

Fig. 1.4 Processo di valutazione. L'osteopata finalizza una rappresentazione chiara della condizione del paziente attraverso l'applicazione di un processo di valutazione e selezione del modello, dell'approccio e delle tecniche.

c: compensato; g.b.: globalmente bilanciata; g.n.b.: globalmente non bilanciata; l.n.b.: localmente non bilanciati; n: neutro; sc: scompensato; TIS/F: test di inibizione struttura/funzione tra l'eventuale scompenso emerso dal test SCF e la DS clinicamente rilevante; TISsM: test di inibizione struttura/funzione specifici per ogni modello; +: positività al test; -: negatività al test.

La valutazione dell'adattamento generale: test globali

I test globali sono finalizzati alla valutazione dell'andamento della salute della persona e della sua capacità di adattamento generale alle sollecitazioni endogene ed esogene ambientali. Si eseguono procedure quali il test di Zink sullo schema di compenso fasciale (SCF) o i test di valutazione della dinamica di fluidi e ritmi involontari (DiFRI) (cfr. Cap. 3 e Cap. 6) oltre che test dei compartimenti fasciali.

Test dello "schema di compenso fasciale" (SCF) o i test di valutazione della dinamica di fluidi e ritmi involontari (DiFRI) (cfr. Cap. 3) Le sollecitazioni ambientali vengono memorizzate con schemi di compenso fasciale coerenti sia nella persona capace di adattamento, sia in quella sottoposta ad alto carico allostatico. Si ritiene che il compenso fasciale rappresenti una risposta utile, benefica, funzionale (cioè in assenza di sintomi evidenti) da parte del

sistema muscolo-scheletrico, per esempio come conseguenza di anomalie quali un arto inferiore più corto o un uso eccessivo.

Lo scompenso descrive lo stesso fenomeno con la differenza che i cambiamenti di adattamento sono disfunzionali, sintomatici ed evidenziano quindi il fallimento di meccanismi omeostatici (adattamento e autoriparazione).

Attraverso i test di preferenza tessutale (tensione/lassità) in diverse aree, Zink e Lawson (23) sostengono che sia possibile classificare gli schemi in modo clinicamente utile. Per ogni stazione si induce una lieve rotazione e/o inclinazione alternata verso sinistra e verso destra, come se venisse applicata su un cilindro, giudicando quale tra le due direzioni sia qualitativamente preferita.

Si rileveranno quindi:

- SCF neutri: che non condizionano regioni lontane con tensioni tessutali (vedi Fig. 3.7);

- SCF compensati: riferibili a una capacità di adattamento alle domande ambientali, nei quali l'osteopata rileva un processo allostatico di primo tipo attraverso la preferenza tissutale alternata tra un'area e l'altra (vedi Fig. 3.8);
- SCF scompensati: riferibili a un carico allostatico di secondo tipo, rilevabili attraverso la preferenza tissutale non alternata tra un'area e l'altra. L'osteopata interpreta questa condizione come una probabile perdita della capacità di adattamento agli stimoli da parte della persona (cfr. Cap. 3).

Il test può inoltre essere eseguito inducendo intenzionalmente una rotazione alternata sulla dinamica dei fluidi. Quest'ultima modalità può essere usata anche solo come conferma dei risultati percepiti con la procedura classica sopra descritta.

Invece, la valutazione globale e locale della DiFRI potrebbe rilevare:

- un'armonia della ritmica fluidica sull'asse longitudinale; oppure una frammentazione del ritmo sull'orientamento verticale del corpo della persona (spesso associata a schemi scompensati), guidando l'osteopata verso tecniche adattogene con focus globale al bilanciamento della DiFRI (la funzione domina sulla struttura). Il test può essere eseguito con prese bimanuali lungo i poli della linea mediana, oppure testando l'armonia o la frammentazione della ritmica dei fluidi delle differenti cavità tra le aree di transizione (cranio-cervicale, toracica, addomino-pelvica);
- un distretto (es. compreso tra due aree di transizione) con DiFRI più inerte rispetto alle altre, guidando l'osteopata a procedere verso test locali che potrebbero confermare la presenza di un'area disfunzionale. In tal caso sarà eseguito un trattamento mirato a rigenerare la vitalità dei sistemi di autoregolazione locali o segmentali (la struttura domina sulla funzione).

Le aree di transizione rappresentano inoltre un'unità funzionale che finalizza l'allineamento corporeo alla linea centrale di gravità, modulando il dispendio energetico nel raggiungimento della stabilità: oltre a essere connesse ad aree di giunzione articolare del rachide e a diaframmi trasversi, sono connesse all'intero tessuto connettivo del corpo, alla sua organizzazione in compartimenti tubulari longitudinali, quali la fascia viscerale e meningea, attraverso aree di giunzione fasciale che possono andare incontro ad adesioni fibrotiche in caso di alto carico stressivo metabolico, emozionale e neuroendocrino. Una distorsione di un'area di transizione comporterà una torsione miofa-

sciale dell'intero asse longitudinale. Di conseguenza risulterà alterata la loro funzione di pompaggio vascolare corporeo, l'efficienza respiratoria e le dinamiche fluidiche corrispondenti, con conseguente aumento dello stress meccanico sull'asse longitudinale. Per questo motivo, qualora il test di rotazione preferenziale riveli aree di transizione scompensate, ovvero che ruotano consecutivamente nella stessa direzione, si ritiene necessario integrare la valutazione dello SCF con i test dei compartimenti fasciali, ovvero dell'organizzazione tubulare longitudinale della fascia nelle sue componenti assiale, viscerale e meningea (86).

Test dei compartimenti fasciali In questo lavoro ci riferiamo alla classificazione del sistema fasciale del corpo in fascia pannicolare, assiale, meningea e viscerale operata da Willard e colleghi (86) (Fig. 1.5).

La fascia assiale-appendicolare deriva dal mesenchima somatico e si ritrova internamente alla fascia pannicolare, dove riveste l'epimisio, il periostio e il peritendine.

1. La componente assiale si organizza in due compartimenti tubulari, separati dalla colonna vertebrale (notocorda nella fase embrionale):

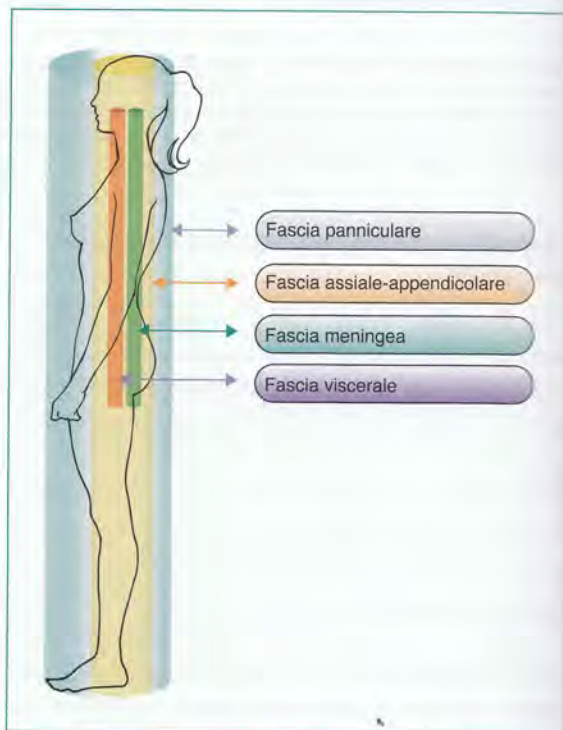


Fig. 1.5 Compartimenti tubulari fasciali. Fascia pannicolare, assiale, viscerale, meningea.

(L'immagine fa riferimento alla classificazione di: Willard, F.H., Fossum, C., Standley, P.R., 2010. "The fascial system of the body". In: Oria, A. (Ed), Foundations of Osteopathic Medicine. 3rd Edn., Lippincott Williams, and Wilkins, Philadelphia. Ch 7, figure 7.13, pp. 81.)

- una porzione anteriore che circonda i muscoli ipoassiali (lungo del collo, scaleni, intercostali, obliquo e retto dell'addome) per inserirsi sui processi trasversi;
 - una porzione posteriore che circonda i muscoli epiassiali paravertebrali, organizzandosi in due tubi che si inseriscono sui processi trasversi e sul processo spinoso.
2. La componente appendicolare ricopre invece i plessi nervosi, quali il plesso brachiale e lombare e si organizza con uno scheletro di tessuto molle che si dipana dalla fascia toraco-lombare sulla linea mediana fino gli arti attraverso un sistema di giunzioni tendinee e interconnessioni connettivali multiplanari definite con termini quali "ectoscheletro", "supertendine", "dynamet" (cfr. Cap. 4). L'osteopata applica il test su questo piano fasciale focalizzando la sua attenzione sul grado di rigidità/tensione, sull'eventuale alterazione della resilienza del tessuto, che oggi è ben descritta da parametri della meccanica tessutale, quali la viscoelasticità, la tixotropia, la capacità di resistere a una deformazione a seguito dall'applicazione di una forza

compressiva o tensiva. Il test appropria alla componente appendicolare, attraverso rotazione interna-esterna, flessione estensione, compressione e tensionamento, applicati alle catene cinematiche toraco-lombo-crurale e cervico-toraco-brachiale, per valutarne il grado di fluidità del movimento, di scivolamento del piano fasciale sui tessuti sottostanti, o un eventuale suo rallentamento, sia esso generale o in corrispondenza di una regione. Ciò permette di approfondire la valutazione con una seconda fase del test, durante la quale, attraverso la pressione esercitata localmente sulla regione precedentemente individuata, si identifica la rigidità alla pressione e al rilascio di un'area rispetto alle circostanti. Il test della componente appendicolare/ectoscheletro viene eseguito nelle sue differenti fasi con il paziente posizionato supino e/o prono (Fig. 1.6). Nella scansione di questo compartimento viene inoltre testata l'eventuale componente disfunzionale della porzione assiale, compresa ogni possibile adesione con il compartimento fasciale viscerale, attraverso una procedura che nella tradizione osteopatica viene defi-

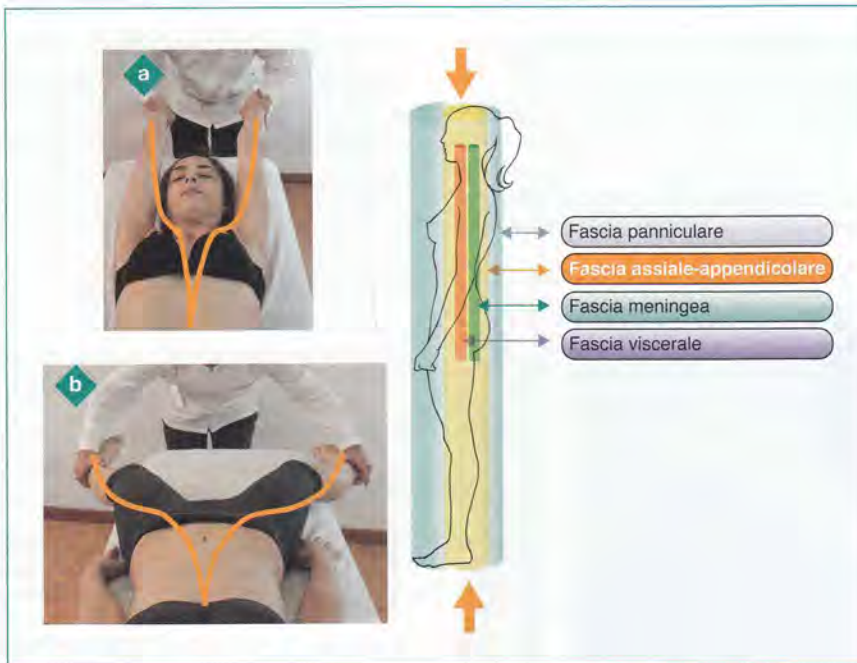


Fig. 1.6 Test della fascia assiale-appendicolare/ectoscheletro. Con il paziente in posizione supina e poi prona, l'osteopata procede con la fase di mobilità passiva del test attraverso rotazione interna-esterna, flessione estensione, compressione e tensionamento, applicati alle catene cinematiche toraco-lombo-crurale (a) e cervico-toraco-brachiale (b). Valuta il grado di fluidità del movimento, per poi approfondire la valutazione di eventuali aree di rallentamento della cinematica, grazie alla fase palpatoria del test. Durante quest'ultima, per mezzo di una pressione esercitata localmente, si obietta la rigidità alla pressione e al rilascio di un'area rispetto alle circostanti. L'obiettivo di questa fase è quello di valutare lo stato di elasticità dell'intero compartimento, ovvero la sua proprietà di ritornare alla sua forma originale dopo una forza impressa. L'elasticità esprime la relazione statica (lineare) e dinamica (viscoelastica) tra stress e tensione del tessuto.

L'immagine fa riferimento alla classificazione di: Willard, F.H., Fossum, C., Standley, P.R., 2010. "The fascial system of the body". In: Chila, A. (Ed), Foundations of Osteopathic Medicine. 3rd Edn., Lippincott Williams, and Wilkins, Philadelphia. Ch 7, figure 7.13, pp. 81.)