



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

**Tesi per il conseguimento del
Diploma in Osteopatia D.O.**

**“Osteopatia, postura e dolore del rachide:
esperienze cliniche.”**

Direttore:

Dott. Luca Bonadonna

CANDIDATO:

Giuseppe Ferrantini

Anno Accademico 2016-2017

INDICE	1
INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1	
IL RACHIDE - CENNI DI ANATOMIA	4
1.1 Colonna vertebrale cervicale.....	8
1.2 Colonna vertebrale toracica	8
1.3 Colonna vertebrale lombare	9
1.4 Osso sacro e coccige.....	9
1.5 Dischi intervertebrali.....	11
CAPITOLO 2	
MUSCOLI DEL TRONCO	13
2.1 Muscoli della colonna vertebrale	13
2.2 Muscoli della gabbia toracica.....	16
2.3 Muscoli dell'addome.....	18
2.4 Anatomia funzionale e biomeccanica della colonna vertebrale.....	18
CAPITOLO 3	
La metodica Osteopatica	27
3.1. Cenni storici fondazione e Sviluppo	27
3.1.1. <i>metodologia</i>	31
CAPITOLO 4	
Parallelismi e teorie. Metodologie a confronto	59
4.1. esposizione casi clinici.....	65
4.2 sintesi e conclusioni finali	79
BIBLIOGRAFIA	82
SITOGRAFIA	83

INTRODUZIONE

Questo lavoro segue e integra uno precedente che svolgeva una riflessione nata dall'esperienza frutto della contaminazione di metodiche riabilitative posturali e osteopatia. Avevo già incontrato l'osteopatia alla fine degli anni 80 quando ero studente Terapista della Riabilitazione e ne ero stato immediatamente infatuato. Allora però, con poca esperienza, alla ricerca di concetti certi, sembrava materia troppo vasta e troppo diversamente interpretata nei metodi pratici per essere considerata una metodica "scientifica", una base su cui costruire. Questo mi aveva scoraggiato. Avevo deciso alla fine di abbandonarla poiché poco conosciuta, non inquadrata nella nostra medicina, eterogenea nella pratica se confrontata agli studi di allora che fornivano un approccio che sembrava più rassicurante. Lavorando con mansioni diverse da terapeuta e da dirigente per molti anni in un centro privato di riabilitazione multispecialistica, ho incontrato un numero considerevole di pazienti con dolori al rachide sia di origine primaria che secondaria. Gli approcci terapeutici e così le figure professionali che si occupano di questi temi nel tempo sono notevolmente cambiati. L'interesse mi ha portato ad esplorare e approfondire le mie conoscenze in questo settore. Nella quantità delle metodiche incontrate, ho potuto apprezzare in particolare quelle dedicate alla fascia e di natura olistica perché sembravano dare risultati migliori delle classiche terapie fisiche. La Globalità del rapporto sembrava essere centrale. Ho conseguito la specializzazione completa in rieducazione posturale globale "Mézières". Ho partecipato ad altri corsi su base manuale come Linfodrenaggio, Taping neuromuscolare e altri. Nel frattempo ho lavorato continuamente con le problematiche associate ai disturbi posturali impiegando le manovre metodiche di rieducazione posturale globale più note apprezzandone l'efficacia nel trattamento di queste disfunzioni. Percorrendo questa direzione è riemersa spontaneamente, la necessità di riavvicinarmi anche all'Osteopatia con nuove prospettive.

Ho scoperto che le varie metodiche pur distanti per molti versi sotto l'aspetto teorico storico, hanno punti in comune nella pratica. L'Osteopatia adesso prendeva la forma che non avevo compreso avere molti anni prima.

Il principio: “La forma influenza la Funzione..)¹ ad esempio, costituisce uno dei punti cardine sia della teoria di Françoise Mézières che di Andrew Taylor Still, rispettivamente fondatori della metodica RPGM e dell' Osteopatia. Oggi comprendo meglio che in passato ciò. Entrambe le filosofie che hanno ispirato Still e Mézières, pongono al centro del trattamento la persona. Entrambi hanno intrapreso queste strade poi sviluppate con successo in tutto il mondo, in modo empirico e con analogismi anche nel campo divulgativo e applicativo. Nello studio Fisiokinesiterapico e nella società di calcio dilettantistica con le quali spesso collaboro, si presentano regolarmente casi di rachialgie di origine primaria o secondaria. Dolori di accrescimento per i più giovani, alterazioni della postura, o motivi diversi nelle persone di età più avanzata. Il lavoro che segue, si prefigge di aprire una finestra, fissare un percorso a livello personale sulla pratica di questo tipo di intervento e sulla scoperta della possibilità di ottenere risultati più efficaci nel trattamento del il “mal di schiena”. Nel nostro lavoro ho descritto un numero limitato di pazienti con rachialgia che ho trattato con tecniche osteopatiche caso per caso. Un sunto emblematico di esperienze fatte negli anni di studio per il conseguimento del diploma in Osteopatia.. Ho concentrato per la valutazione pre e post trattamento la scala di valutazione del dolore riconosciuta internazionalmente “VAS” Visual Analogic Scale (scala visivo analogica) che rappresenta visivamente e numericamente l'ampiezza del dolore avvertito dal soggetto al fine di confrontare l'incidenza delle sedute sul dolore soggettivo stesso e sulla autonomia di movimento prima e dopo il ciclo mediamente di 4/6 sedute.

¹ Nisand M. “*Metodo Mézières Rivoluzione in fisioterapia*”
Still A.T. “*Filosofia e principi meccanici della Osteopatia*”

CAPITOLO 1

IL RACHIDE - CENNI DI ANATOMIA

Il rachide o *colonna vertebrale* rappresenta l'asse del corpo, una “*colonna*”, capace di dare sostegno, protezione al Sistema Nervoso e mobilità all'intero corpo².

La mobilità, la rigidità e l'elasticità della struttura è data dalla particolare architettura della muscolatura a “*sartie*” (*fig. n 1*) dovuti ai molteplici segmenti sovrapposti, uniti da muscoli e legamenti.

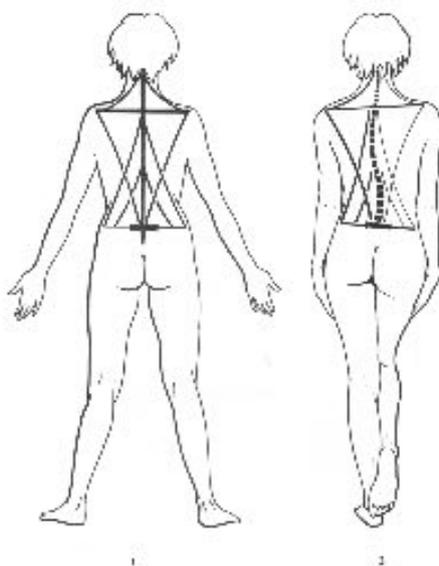


Fig. 1 struttura a Sartie³

Osservando la colonna vertebrale sul piano frontale si presenta rettilinea, sul piano sagittale, si evidenziano, partendo dal basso, una curva sacrale con concavità anteriore, una lordosi lombare con concavità posteriore, una cifosi dorsale a convessità posteriore e una lordosi cervicale a convessità anteriore.

Un rachide che presenta curve accentuate avrà una funzionalità dinamica, mentre un rachide con curve tendenti al piatto presenterà una funzionalità di tipo statico:

²Kapandji, I.A. “*Fisiologia articolare*”, vol.3 – tronco e rachide

³Kapandji, I.A. “*Fisiologia articolare*”, vol.3 – tronco e rachide pag. 15

“La presenza delle curve rachidee aumenta la resistenza del rachide alle sollecitazioni di compressione assiale che è proporzionale al quadrato del numero delle curve più uno”⁴. (Indice di elasticità di Delmas $R = N^2 + 1$). Il rachide si compone di numerosi segmenti ossei, le vertebre, dando luogo ad una struttura solida e flessibile a forma di doppia S. Partendo dall’alto in una proiezione assiale dello scheletro possiamo così suddividerle (*fig. n.2*):



Fig. 2 colonna vertebrale

Le prime 24 vertebre hanno una mobilità differente a secondo del tratto per consentire i vari movimenti di flesso-torsione del busto rendendo la colonna allo stesso tempo una struttura solida e dinamica; l’ultimo tratto invece, il sacro- coccigeo, è composto da vertebre fuse assieme che formano una struttura solida e statica. Sommando i singoli tratti otteniamo un complesso di 33-34 vertebre capaci di svolgere funzioni sia statiche che dinamiche .

L’intera struttura, oltre a fornire un solido sostegno al corpo, permette anche un’ampia gamma di movimenti, protegge il midollo, i nervi spinali e i muscoli che vi si inseriscono, trovando origine dalle apofisi ossee poste in direzione sia sagittale che trasversale.

Le 24 vertebre superiori, escludendo le sacro-coccigee, hanno una forma ad anello in cui si distingue un *corpo vertebrale cilindrico* e un *arco vertebrale*. Il corpo vertebrale è composto

⁴ Anatomia umana AAVV ed. Ermes 2000

di tessuto osseo spongioso circondato da un sottile strato osseo compatto posto anteriormente che assolve alla funzione di sostegno.

L'arco vertebrale è invece situato posteriormente. Le due strutture formano e delimitano il *foro vertebrale*. Le vertebre sono poste le une sulle altre in modo da formare un canale all'interno del quale passa il midollo spinale avvolto nel proprio tessuto. Attraverso il *forame occipitale* il midollo spinale continua con il tronco encefalico mettendolo in connessione con il cervello. Il *peduncolo*, posto dietro il corpo vertebrale, presenta su ambedue i lati due incisioni, una superiore ed una inferiore che sovrapponendosi formano i *forami intervertebrali* dai quali fuoriescono i nervi spinali.

Ogni arco vertebrale presenta 7 processi ossei, un processo *spinoso* in direzione dorsale e due processi trasversi detti anche *apofisi*

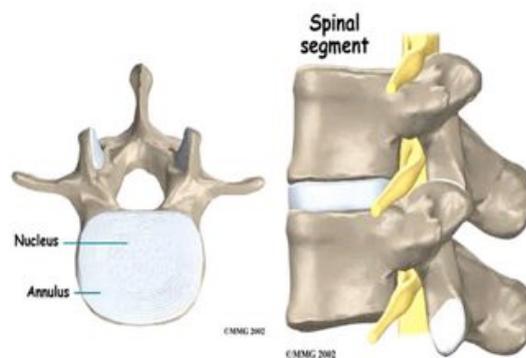


Fig. 3 forame intervertebrale e nervi spinali

muscolari; tutti e tre rappresentano importanti punti di attacco per la muscolatura profonda del dorso. A questi si aggiungono altri due processi articolari, due superiori e due inferiori che permettono la reciproca giunzione mobile fra le singole vertebre.

Nelle singole regioni della colonna vertebrale le vertebre si differenziano sia per quanto riguarda la loro dimensione sia per le loro caratteristiche particolari. Mentre i corpi vertebrali

diventano via via più grandi dalla posizione craniale a quella caudale onde poter sostenere la maggior sollecitazione dovuta al peso corporeo, i forami vertebrali diventano gradualmente più piccoli perché il midollo spinale si assottiglia. Inoltre cambia la conformazione degli archi vertebrali e dei processi adiacenti.

1.1 Colonna vertebrale cervicale

Costituita da sette vertebre se ne distinguono due in particolare per la funzione di sostegno e articolarietà della testa sui tre piani articolari. Sono le prime due Atlante ed epistrofeo (C1, C2) . Le altre, che seguono dall'alto verso il basso, presentano un corpo piccolo a forma di dado⁵ se visto dall'alto e un grande forame vertebrale a forma triangolare. I tubercoli anteriore e posteriore circondano il forame del processo trasverso che a partire dalla sesta vertebra bilateralmente e in direzione craniale, permette il decorso dell'arteria vertebrale. Dalla terza vertebra cervicale attraverso il forame del processo trasverso, decorrono in posizione laterale i nervi spinali. Altra caratteristica delle vertebre cervicali dalla terza alla sesta è costituita dai processi spinosi che sono corti e biforcati mentre già dalla settima vertebra il processo spinoso è prominente e facilmente reperibile alla palpazione.

1.2 Colonna vertebrale toracica

Costituita da dodici vertebre i cui corpi diventano sempre più grossi e larghi in direzione caudale. Presentano un forame vertebrale progressivamente più piccolo rispetto alla colonna vertebrale cervicale. I processi spinosi sono caratteristici per la loro maggiore consistenza ed esposizione e sono posti dietro ogni vertebra in modo obliquo tanto che ogni vertebra appoggia sull'altra a mo' di tegola.⁶

I processi trasversi si dirigono in fuori e posteriormente e posseggono faccette articolari.

Ogni vertebra si articola con la vertebra sottostante tramite le faccette articolari inferiori che guardano su un piano frontale le faccette articolari superiori della vertebra sottostante la quale quindi guarda dorsalmente.

Altra particolarità delle vertebre dorsali dalla uno alla nove, è possedere sui corpi laterali superiori ed inferiori, delle semilunette che formano assieme, una lunetta articolare completa

⁵ Schunke M. et altri "*Prometeus*" atlante di anatomia umana"

⁶ ibidem

predisposta ad alloggiare la costa di riferimento. La prima vertebra ha nella parte superiore laterale una concavità completa per l'alloggiamento della prima costa. Così allo stesso modo la undicesima e la dodicesima vertebra . la decima invece manca nel corpo laterale inferiore, della semilunetta proprio perché la undicesima ne contiene una a se stante.

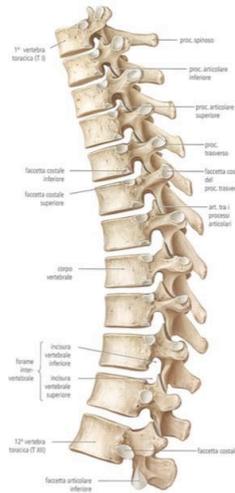


Fig. 4 rachide dorsale⁷

1.3 Colonna vertebrale lombare

I corpi vertebrali del tratto lombare sono cinque e sono costituiti da un corpo molto robusto ed un forame vertebrale a forma quasi triangolare formato da archi vertebrali massicci e da processi spinosi altrettanto robusti, appiattiti ed esposti. La colonna lombare per la sua robustezza e capacità articolare, garantisce in condizioni ottimali una grande qualità e quantità di movimento del rachide in toto e della persona nel suo insieme.

1.4 Osso Sacro e coccige

L'osso sacro consta di cinque vertebre saldate tra loro a formare una piramide rovesciata e quadrangolare con base in alto e apice in basso. Presenta una leggera concavità anteriore e una convessità posteriore. Bilateralmente sono presenti quattro forami per il passaggio dei

⁷ Schunke M. et altri "Prometeus" atlante di anatomia umana" pag. 86 vol. 2

rami nervosi soprastanti. Si articola in alto alla base con la quinta vertebra lombare e in basso con il coccige formato anch'esso da vertebre nel numero di tre o quattro saldate e in senso caudale progressivamente più piccole a formare la cauda. Il coccige permette dei piccoli movimenti dall'avanti in dietro.

Prende parte sia all'articolazione della colonna che a quella del bacino con le faccette auricolari che lo collegano all'osso iliaco.

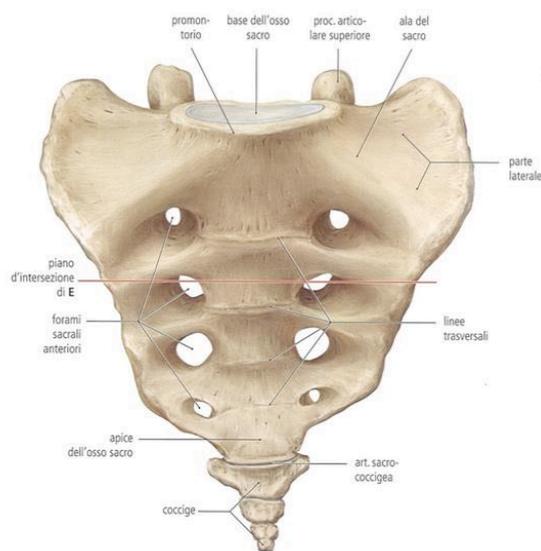


Fig. 5 - Sacro e coccige⁸

⁸ Schunke M. et altri "Prometeus" atlante di anatomia umana" pag. 90 vol. 2

1.5 Dischi intervertebrali

sono strutture fibrocartilaginee particolarmente resistenti costruite da una porzione periferica, l'anello fibroso (o anulus fibroso) e da una porzione centrale, il nucleo polposi.⁹

L'anello fibroso è formato da una serie di lamine concentriche, ciascuna costituita da fasci di fibre collagene a decorso parallelo ma incrociato rispetto al decorso dei fasci delle lamine vicine.



Fig. 6 disco intervertebrale¹⁰

L'anello forma un tessuto resistente che circonda il nucleo polposi e che, nel giovane, impedisce la fuoriuscita della sostanza nucleare.

Il nucleo polposi che alla nascita si presenta voluminoso e di consistenza gelatinosa, è particolarmente idratato. Con il passare degli anni questa idratazione diminuisce. È privo di vasi e nervi e riceve nutrimento per diffusione dai vasi sanguigni posti alla periferia dell'anello fibroso.

Il nucleo polposi agisce come un ammortizzatore rispetto alle forze assiali e da cuscinetto deformabile ma non comprimibile durante i movimenti della colonna vertebrale.

In gioventù è molto difficile che anche forti sollecitazioni creino lesioni ai dischi intervertebrali per la loro robustezza. Tuttavia dopo i vent'anni, si assiste ad una graduale e

⁹ Barni T. et al. "Anatomia dell'apparato locomotore"

¹⁰ Schunke M. et altri "Prometheus" atlante di anatomia umana" pag. 92 vol. 2

fisiologica degenerazione delle fibre che costituiscono le lamine dell'anello fibroso, con la conseguente formazione di fessurazioni, solitamente in direzione postero laterale, attraverso le quali, anche a seguito di deboli sollecitazioni, si può impegnare la sostanza gelatinosa del nucleo. Questa può procedere sino a raggiungere il margine del disco e scivolare sotto il legamento longitudinale posteriore, dando origine a quella patologia meglio nota come "ernia del disco"¹¹

¹¹ ibidem

CAPITOLO 2

MUSCOLI DEL TRONCO

2.1 MUSCOLI DELLA COLONNA VERTEBRALE

Della muscolatura Del tronco fa parte la muscolatura dorsale, nonché la muscolatura toracica e addominale; In senso più ampio essa comprende anche la muscolatura del pavimento pelvico (chiude inferiormente alla cavità addominale e pelvica) e il diaframma che separa la cavità toracica da quella addominale. Il torace in particolare è occupato anche dai muscoli del cingolo scapolare e dell'estremità superiore che nel corso dello sviluppo filogenetico hanno esteso le loro origini al tronco¹²

Quindi la colonna vertebrale esercita forze sulla pelvi e il rapporto tra i vari gruppi di muscoli e legamenti che si crea giova alla riuscita di grandi movimenti che provocano sbilanciamenti e compensi continui ma armonici ancorché non stabili.

La muscolatura del tronco si sovrappone a quella di sostegno legamentosa in più strati funzionali dal profondo al superficiale in modo da dividersi il compito come muscoli ora della stabilità, ora del movimento attivo. Il tono muscolare infatti ci permette il mantenimento prolungato di quella che solo apparentemente sembra una posizione di riposo in piedi. Sono i muscoli della statica appunto.

Nelle figure (7,8,9 seguenti) immagini degli strati profondo, intermedio e superficiale dei muscoli del tronco posteriori che insieme contribuiscono ai movimenti di mantenimento della posizione e della estensione della colonna.

¹² Schunke M. et altri "*Prometeus*" atlante di anatomia umana"

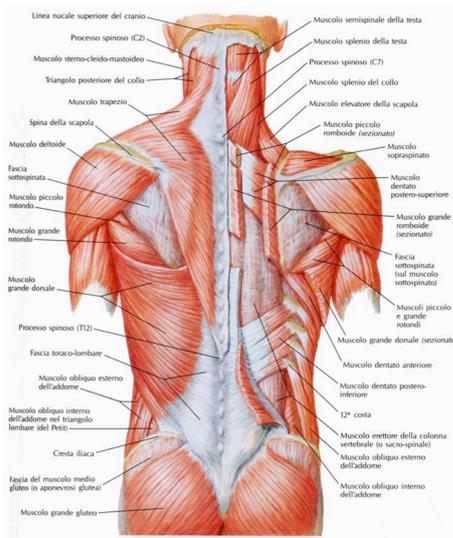


Fig. 7 muscoli del tronco, strato superficiale¹³

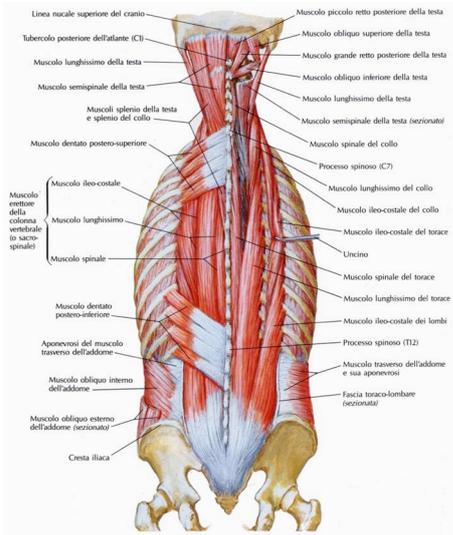


Fig. 8 muscoli del tronco, strato intermedio¹⁴

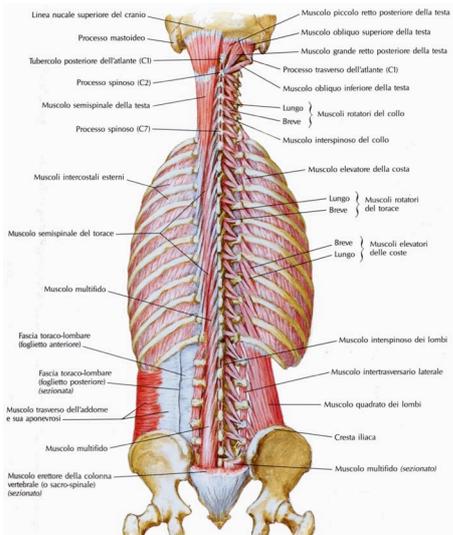


Fig. 9 muscoli del tronco, strato profondo¹⁵

¹³ www.medicinapertutti.it

¹⁴ ibidem

Nella tabella 1 sottostante si evidenzia ogni muscolo con relative innervazioni e funzioni¹⁶

Muscolo	Origine	Inserzione	Nervo	Azione
Superficiali – erettori della colonna (in tre colonne)				
Ileocostale del collo	Prime sei coste	Vertebre cervicali	Rami dorsali dei nn.toracici	Estende, flette lateralmente e ruota la colonna vertebrale.
del dorso	Ultime sei coste	Prime sei coste	Rami dorsali dei nn. Toracici	Estende, flette lateralmente e ruota la colonna vertebrale
dei lombi	Sacro, ileo, vertebre lombari	Ultime sei coste	Rami dorsali nei nn. Toracici e lombari	Estnde, flette lateralmente e riota la colonna vertebrale
Lungchissimo della testa	Vertebre cervicali inferiori e toraciche superiori	Processo mastoideo	Rami dorsali dei nn. Cervicali	Estende la testa
del collo	Vertebre toraciche superiori	Vertebre cervicali superiori	Rami dorsali dei nn. Cervicali	Estende il collo
del dorso	Sacro, vertebre lombari	Vertebre lombari, toraciche	Rami dorsali dei nn. Toracici e lombari	Estende la colonna vertebrale
Spinale del collo	C6-C7	C2-C3	Rami dorsali dei nn. Cervicali	Estende il collo
del dorso	T11-L2	Vertebre toraciche medie e superiori	Rami dorsali dei nn. Toracici	Estende la colonna vertebrale
Semispinale del collo	Processi trasversi di T2-T5	Processi spinosi di C2-C5	Rami dorsali dei nn. Cervicali	Estende il collo
del dorso	T11-L2	Vertebre toraciche medie e superiori	Rami dorsali del nn. Toracici	Estende la colonna vertebrale
Splenio del collo	C3-C5	C1-C3	Rami dorsali dei nn. Cervicali	Ruota ed estende il collo
Lungo del collo	C3-T3	C1-C6	Rami ventrali dei nn. Cervicali	Ruota e flette il collo

Profondi				
Interspinosi	Processo spinoso di tutte le vertebre	Processo spinoso della vertebra soprastante	Rami dorsali dei nn. Spinali	Estende dorso e collo
Intertrasversari	Processo trasverso di tutte le vertebre	Processo trasverso della vertebra soprastante	Rami dorsali dei nn. Spinali	Flette lateralmente la colonna vertebrale
Multifido	Sacro, ileo, processo trasverso di tutte le vertebre	Processi spinosi delle vertebre soprastanti	Rami dorsali dei nn. Spinali	Estende e ruota la colonna vertebrale
Piccolo psoas	T12-L1	Pube	L1	Flette la colonna vertebrale
Rotatori	Processo trasverso di tutte le vertebre	Base del processo spinoso della vertebra soprastante	Rami dorsali dei nn. Spinali	Estende e ruota la colonna vertebrale.

2.2 MUSCOLI DELLA GABBIA TORACICA

¹⁵ ibidem

¹⁶ Seeley- Stephens-Tate “Anatomia”

Sono muscoli in gran parte deputati alle funzione ausiliaria o fondamentale della respirazione. Gli scaleni (fig. 10) ad esempio pur essendo parte della muscolatura profonda del collo, ma dal punto di vista strettamente funzionale sono strettamente correlati con la respirazione.¹⁷

Di questi muscoli fa parte il diaframma.(fig. 11). Muscolo a forma di grande cupola che si contrae e abbassa i visceri permettendo l'espansione della gabbia toracica durante l'espirazione.

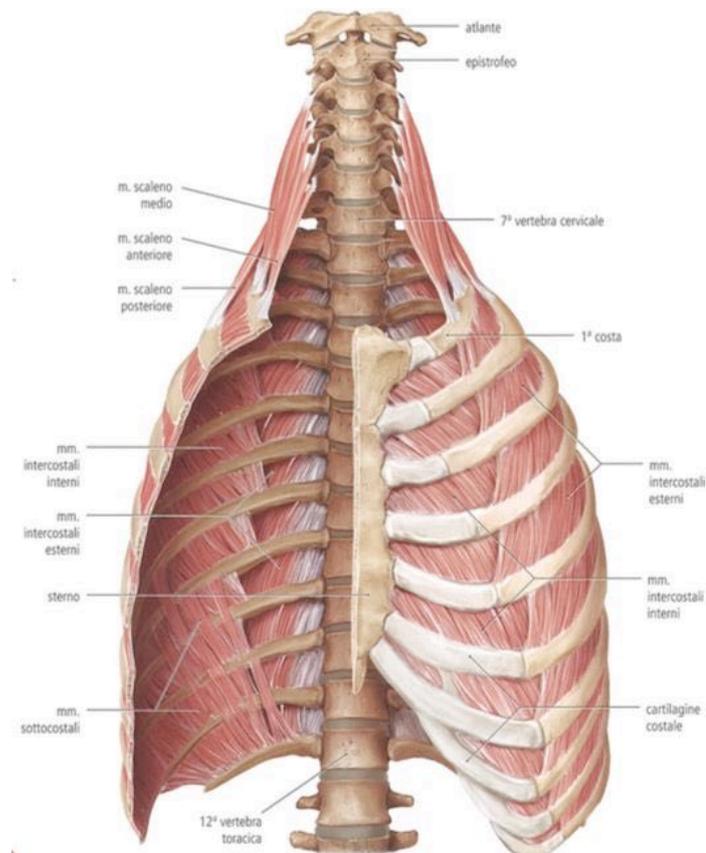


Fig. 10 muscoli scaleni e torace¹⁸

¹⁷ Schunke M. et altri "Prometeus" atlante di anatomia umana"

¹⁸ Schunke M. et altri "Prometeus" atlante di anatomia umana" Pag. 133 vol. 2

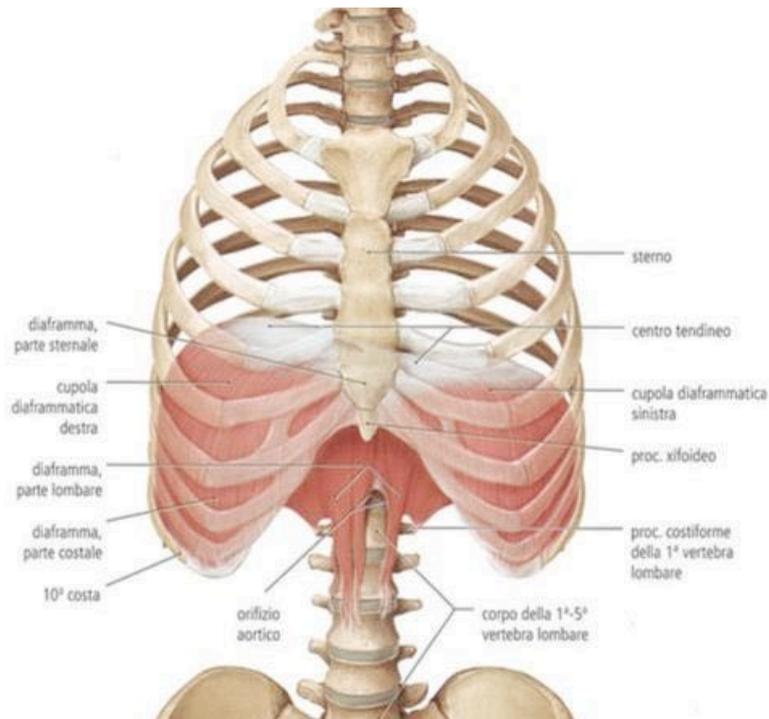


Fig. 11 Il diaframma¹⁹

la tabella 2 indica invece in dettaglio i muscoli della gabbia toracica²⁰

Muscolo	Origine	Inserzione	Nervo	Azione
Diaframma	Coste inferiori, sterno,colonna lombare	Centro frenico	Frenico	Inspiratore,abbassa la base del torace
Intercostali				
Esterni	Margine inferiore di ogni costa	Margine superiore della costa sottostante	Intercostali	Inspiratori, elevano le coste
Interni	Margine superiore di ogni costa	Margine inferiore di ogni costa	Intercostali	Espiratori, abbassano le coste
Scaleni				
Anteriore	C3-C6	Prima costa	Plesso cervicale	Eleva la prima costa
Medio	C2-C6	Prima costa	Plesso cervicale	Eleva la prima costa
Posteriore	C4-C6	Seconda costa	Plesso cervicale e brachiale	Eleva la seconda costa
Dentato posteriore				
Superiore	C6-T2	Coste 2ª- 6ª	Intercostali 1-4	Eleva le coste superiori
Inferiore	T11-L2	Ultime quattro coste	Intercostali 9-12	Abbassa le coste inferiori ed estende il dorso
Trasverso del torace	Sterno e processo xifoideo	Cartilagini costali 2ª- 6ª	Intercostali	Diminuisce il diametro del torace

¹⁹ Schunke M. et altri "Prometheus" atlante di anatomia umana" Pag.135 vol. 2

²⁰ Seeley- Stephens-Tate "Anatomia"

2.3 MUSCOLI DELL'ADDOME

Sono i muscoli che contengono nella cavità addominale i visceri . Sono strutturati in modo tale che incrociati tra loro in modo funzionale, contengono ma sono anche motori quando in contrazione permettono un movimento di flessione e lateralizzazione della colonna lombare. Sono sinergici anche alla respirazione nella fase di espirazione forzata spingendo e schiacciando quindi i visceri contro la parete superiore polmonare.

Nella figura (12) si vedono bene queste relazioni e la funzione sinergica che risulta.

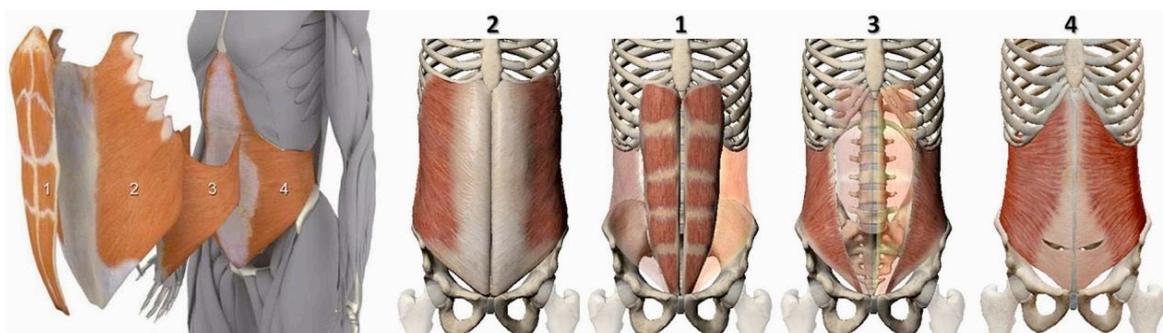


Fig. 12 Muscoli addominali²¹

Tabella 3 con i muscoli addominali²²

Muscolo	Origine	Inserzione	Nervo	Azione
Anteriori				
Retto dell'addome	Cresta e sinfisi pubica	Processo xifoideo e coste inferiori	Rami dei nn. Toracici inferiori	Flette la colonna vertebrale, comprime l'addome
Obliquo esterno	Coste 5 ^a -12 ^a	Cresta iliaca, legamento inguinale, guaina del retto	Rami dei nn. Toracici inferiori	Flette e ruota la colonna vertebrale, comprime l'addome, abbassa le coste (espiratore)
Obliquo interno	Cresta iliaca, legamento inguinale, fascia lombare	Coste 10 ^a -12 ^a , guaina del retto	Rami dei nn. Toracici inferiori	Flette e ruota la colonna vertebrale, comprime l'addome, abbassa le coste (espiratore)
Trasverso dell'addome	Cartilagini costali 7 ^a -12 ^a , fascia lombare, cresta iliaca, legamento inguinale	Processo xifoideo, linea alba, tubercolo pubico	Rami dei nn. Toracici inferiori	Comprime l'addome
Posteriore				
Quadrato dei lombi	Cresta iliaca, vertebre lombari inferiori	12 ^a costa, vertebre lombari superiori	nn.lombari superiori	Flette lateralmente la colonna vertebrale ed abbassa la 12 ^a costa

²¹ www.medicinapertutti.it

²² Seeley- Stephens-Tate "Anatomia"

2.4 ANATOMIA FUNZIONALE E BIOMECCANICA DELLA COLONNA VERTEBRALE

Abbiamo visto all'inizio come la colonna vertebrale sia costituita in modo da rispondere a sollecitazioni contrapposte come la rigidità e la elasticità. Proprio la struttura a sartie vista in (fig. 1) è il cardine di questa struttura.

L'albero della nave ipotizzato infatti, si appoggia sul bacino per innalzarsi al livello delle spalle dove sorregge la "trave" trasversale costituita dal cingolo scapolare. Il cingolo scapolare a sua volta costituisce esso stesso la base per un albero che si dirige verso il basso e si contrappone al primo.

Quando il corpo è stabile in posizione eretta, le forze si annullano e si ha risultante un albero unico, in posizione verticale e direzione rettilinea. Con gli elementi di congiunzione dell'intero sistema costituito dai legamenti che consentono la stabilità e impediscono al tempo stesso movimenti esagerati o comunque eccessivi. Tra i tanti Legamenti fondamentali sono i legamenti longitudinali: quello anteriore, che è largo e aderisce alla superficie anteriore dei corpi vertebrali. Il posteriore che risulta teso sopra i corpi vertebrali con fibre profonde che si espandono lateralmente e uno strato superficiale che passa a ponte sui corpi vertebrali.

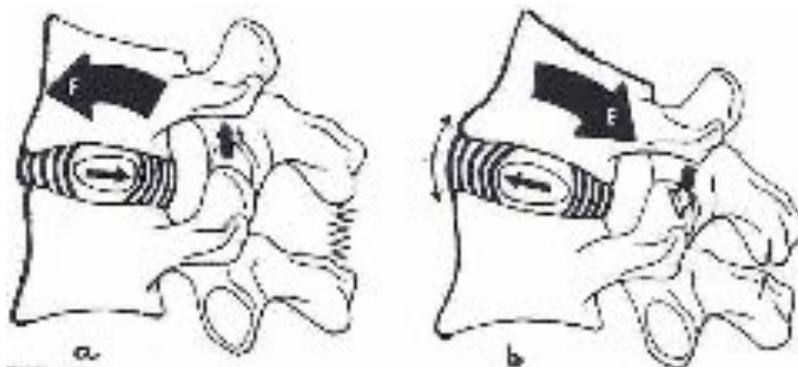
Quando il bacino si inclina da una parte come quando si solleva un arto da terra, il rachide assume una forma sinuosa con una serie di curve che si alternano dal tratto lombare a quello cervicale mentre i tiranti (le sartie) muscolo legamentose, regolano automaticamente le tensioni per cercare di ristabilire l'equilibrio.

E' un automatismo che dipende dalle modificazioni del tono dei vari muscoli posturali sotto il controllo del sistema extrapiramidale e che si alterna secondo le necessità. Crea rigidità tendendo attivamente i tiranti muscolari sulla fisiologica elasticità consentita dagli elementi ossei sovrapposti.

L'unità funzionale della colonna si può dire che sia costituita da due vertebre adiacenti che avendo caratteristiche di carico e movimento tra loro, realizzano il potenziale statico dinamico della colonna. E' un delicato sistema meccanico che permette i movimenti di flesso estensione sul piano sagittale, (fig. 13) e di laterali sul piano frontale (fig. 14)

Generalmente il movimento più ampio della colonna è rappresentato dalla flessione. Questa provoca la compressione nella parte anteriore del disco ed un movimento di scivolamento delle faccette articolari posteriormente che allontanano quindi le stesse tra le due vertebre contigue. il movimento in avanti e in basso sulla parte superiore della vertebra sottostante è limitato dai legamenti posteriori e dai muscoli paraspinali.

Al contrario, l'estensione è più limitata e produce la compressione della parte posteriore del disco. L'estensione è limitata dal legamento longitudinale anteriore in avanti e dal gruppo muscolare flessori della colonna in toto oltre che dai processi spinosi e dalle lamine articolari.



*fig. 13 - flesso estensione*²³

Nella flessione laterale la colonna è sempre accompagnata da una parziale rotazione dei corpi che flettono i processi spinosi verso la concavità. I processi intertrasversari limitano un eccesso di movimento in questa direzione.

²³ Kapandji, I.A. "Fisiologia articolare, vol.3 – tronco e rachide", pag. 83

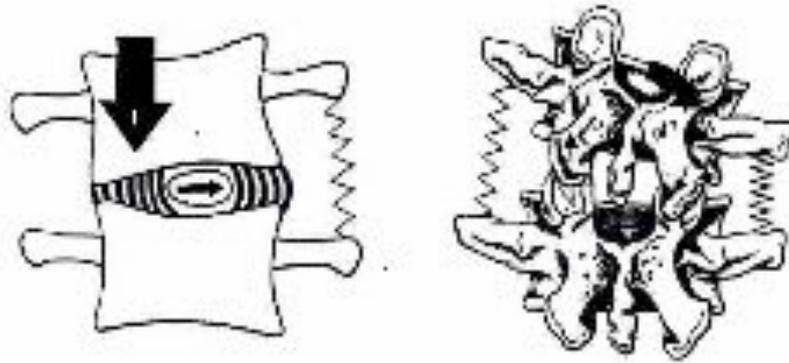


fig. 14 - Inclinazione laterale²⁴

I movimenti di rotazione avvengono intorno al piano trasversale ed orizzontale e sull'asse verticale e coinvolgono nella rotazione tutti i componenti di tutte le vertebre. (Fig15)

Il movimento è più marcato a livello della regione cervicale e dorsale

benché si possa affermare che la colonna nel suo insieme ruoti di circa 90°, la estensione sia permessa con stessa libertà e la rotazione sia permessa intorno ai 60° nei due lati, bisogna aggiungere che tali misurazioni standards sono indicate e discusse tra i vari autori in modo disomogeneo e quindi bisogna prendere come riferimento caso per caso nel dettaglio e calcolare molte varianti come l'età il sesso, attività ed altre varianti.

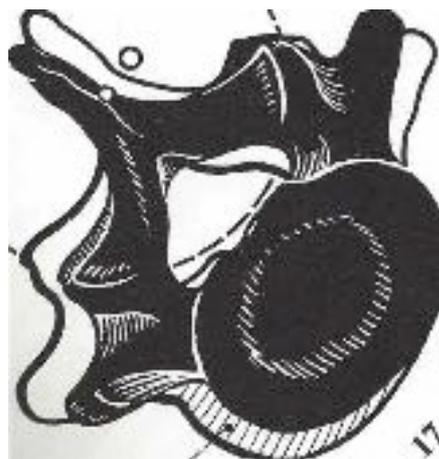


fig. 15 - rotazione²⁵

²⁴ Kapandji, I.A. "Fisiologia articolare, vol.3 – tronco e rachide", pag. 83

²⁵ ibidem pag. 85

Tornando alla colonna come insieme funzionale, notiamo quindi ancora una volta la complessità del lavoro della stessa che deve provvedere al mantenimento della stazione eretta, alla protezione del midollo spinale, alla coordinazione e il trasferimento dei movimenti dalla parte superiore a quella inferiore e sulla pelvi, deve anche ammortizzare le pressioni e i contraccolpi che ad essa derivano dalle sollecitazioni spaziali.

Anche tramite il sistema visto in precedenza delle “Sartie”²⁶ ci si ricorda che questa struttura rigida e mobile allo stesso tempo, è predisposta per trovare un equilibrio tra forze estrinseche determinate dalla forza di gravità e da quelle intrinseche costituite dalla struttura stessa e dalla muscolatura che insieme a legamenti e tendini in sinergia con il sistema nervoso riesce in un tutto armonico. La colonna vertebrale nel suo insieme, ha direzione rettilinea quando vista di faccia o dal dorso.²⁷

Sul piano sagittale invece la colonna vertebrale presenta quattro curve che dal basso in alto sono : la curva sacrale, la curva lombare, la curva dorsale, la curva cervicale.

La curva sacrale ha concavità anteriore, la curva lombare ha concavità posteriore, la curva dorsale presenta ancora una concavità anteriore e la curva cervicale presenta una concavità posteriore.

Nel corso dell’evoluzione degli uomini, il passaggio alla stazione eretta da quella quadrupede ha causato un raddrizzamento prima ed un’inversione poi della curva lombare. Nella figura 16 (da T.A. Willis) si osserva una eguale evoluzione del rachide lombare; alla nascita la curva ha ancora concavità anteriore e alla fig. 7 (a 10 anni di vita) la curva prende la sua forma definitiva.

²⁶ Kapandji, I.A. “Fisiologia articolare”, vol.3 – tronco e rachide pag. 14

²⁷ Kapandji, I.A. “Fisiologia articolare”, vol.3 – tronco e rachide

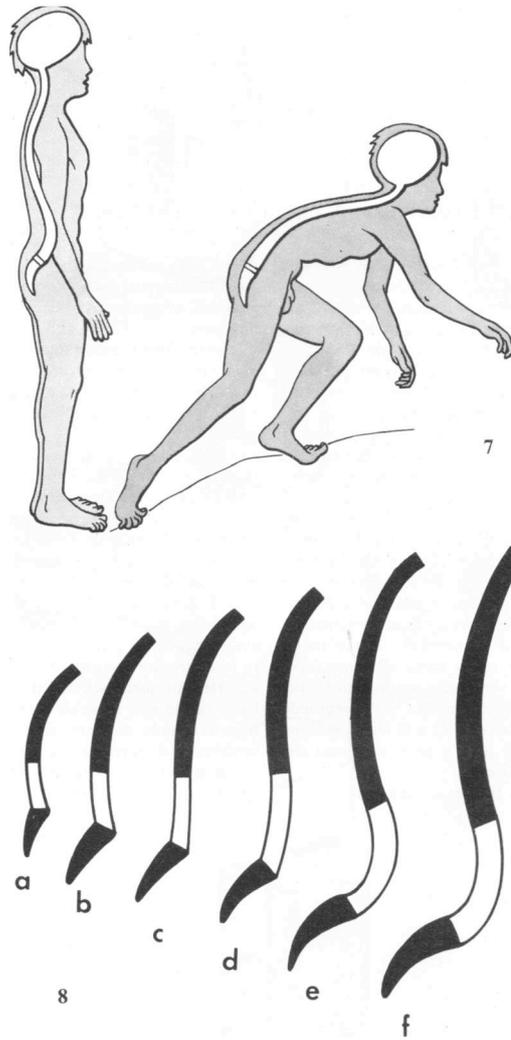


Fig.16 Filogenesi²⁸

La presenza di curve sul rachide lo rende più mobile, più resistente alle compressioni assiali si è dimostrato che “la resistenza della colonna che presenta delle curve, è direttamente proporzionale al quadrato del numero delle curve più uno.”²⁹

Infatti se prendiamo come riferimento una colonna rettilinea avremo una risultante alla resistenza pari ad una unità. (fig. 18 alto) Questa resistenza cresce in proporzione delle curve stesse infatti se abbiamo un rachide con una sola curva allora la resistenza di questa curva sarà il doppio della precedente colonna. In una colonna con due curve la resistenza sarà uguale a $(2 \times 2) + 1$. Cioè pari a cinque volte la colonna rigida

²⁸ Kapandji, I.A. “Fisiologia articolare”, vol.3 – tronco e rachide pag. 25

²⁹ Seeley- Stephens-Tate “Anatomia”

L'importanza delle curve della colonna è fondamentale perché si evince dagli studi in letteratura che un rachide piatto corrisponde sempre ad una colonna funzionalmente statica.

Un rachide che presenta le fisiologiche curve è invece funzionalmente molto dinamico.

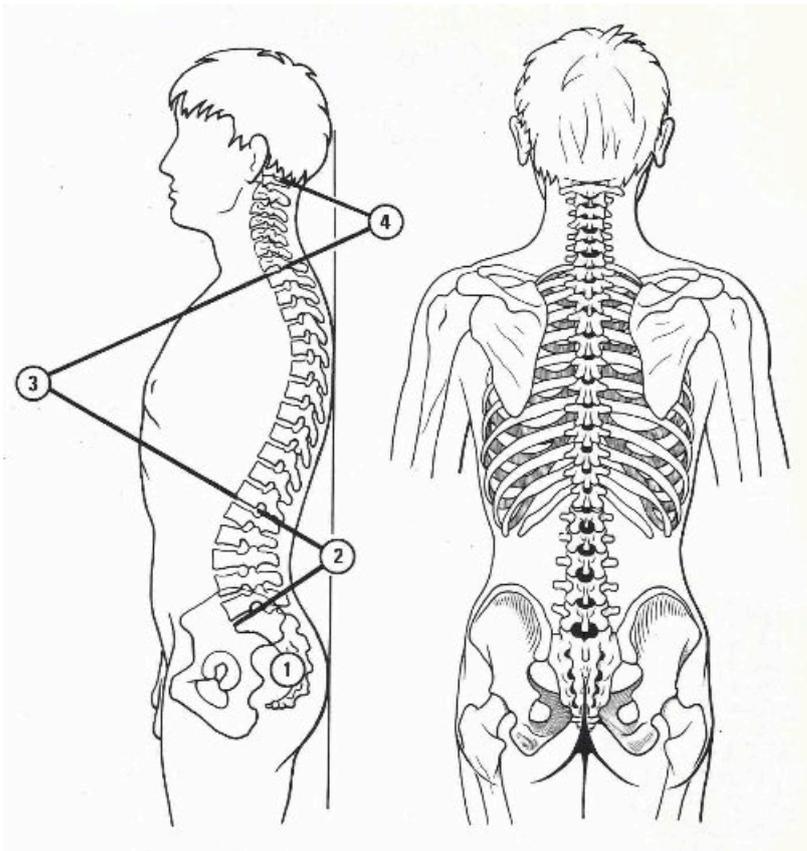


Fig. 17 curve del rachide³⁰

Delmas, (fig. 18 basso) ha sviluppato un indice che prende il suo nome e che può essere misurato anatomicamente.” E’ il rapporto fra la lunghezza sviluppata della colonna misurata dal piatto della prima vertebra sacrale all’atlante e l’altezza presa sempre tra piatto superiore di S1 e atlante³¹ nella (Fig. 18) si vede questo rapporto. Al centro una curva normale (A) possiede un indice di 95; i limiti estremi di una colonna normale sono tra 94 e 96%. Una

³⁰ Seeley- Stephens-Tate “Anatomia”

³¹

colonna con curve accentuate (B) ha un indice di Delmas inferiore a 94. Cioè la sua lunghezza sviluppata è maggiore della sua altezza. Al contrario una colonna più rettilinea come nel caso (C) presenta un indice superiore a 96% con parametri invertiti per cui la sua lunghezza sviluppata è minore alla sua altezza. Questo come visto in precedenza determina anche una maggiore rigidità e minore resistenza della colonna.

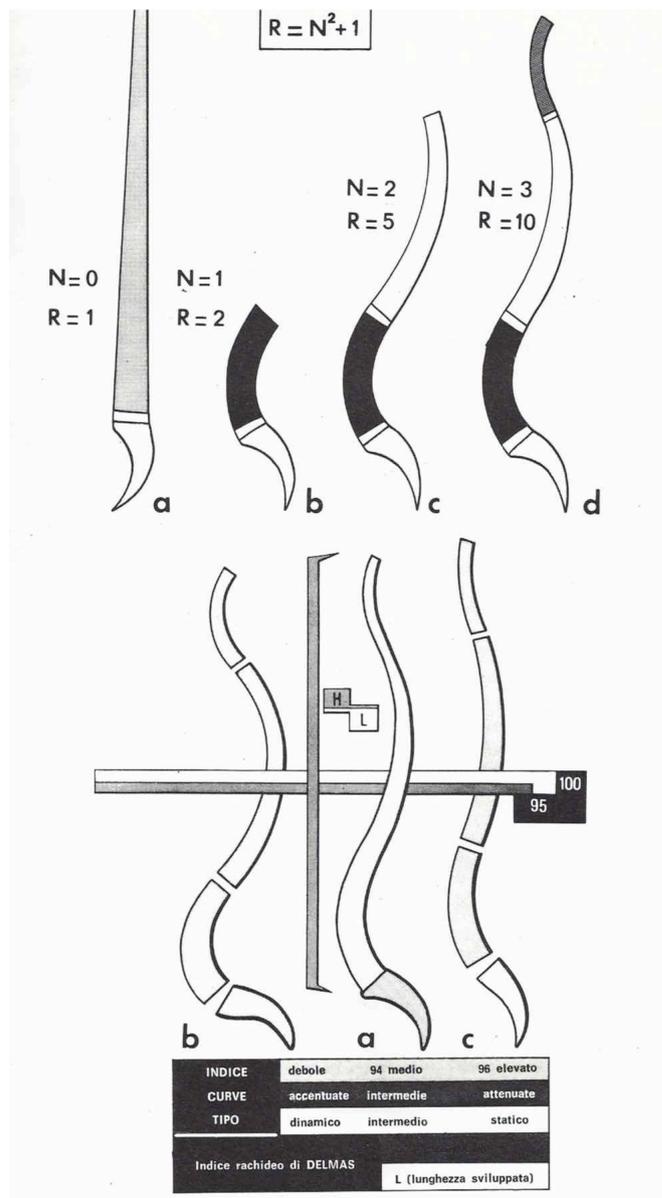


Fig. 18 indice di Delmas³²

³² Kapandji, I.A. "Fisiologia articolare, vol.3 – tronco e rachide", pag. 25

Al rachide, abbiamo visto si associano i dischi intervertebrali e i legamenti che insieme alla muscolatura statica e dinamica determinano grande resistenza, grande motilità.

Nel complesso si comprende quindi come sia possibile in un sistema così complicato e pur resistente andare incontro per molteplici fattori a disfunzioni, ad acquisizione di atteggiamenti sbagliati, a traumi, nonché alla degenerazione spontanea causata dall'età delle strutture ossee con le conseguenti invalidità che ne derivano.

Le alterazioni funzionali della colonna specialmente su base secondaria generalmente sono ben correggibili. Il lavoro di rieducazione risulta fondamentale nel lungo termine prevenendo l'instaurarsi di altre e più consistenti possibili patologie e infermità.

Analizzeremo una carrellata delle metodiche osteopatiche

CAPITOLO 3

La metodica Osteopatica

3.1 Cenni storici, fondazione e sviluppo

La medicina manuale ha una lunghissima storia. La storia dell'osteopatia come medicina olistica come la conosciamo adesso, inizia in America. Negli Stati Uniti. La espone per primo Andrew Taylor Still (1828 Virginia -1917 Kirksville, Missouri). Un medico che con gli anni è rimasto deluso dalla medicina di quel tempo inutile secondo il suo pensiero nella battaglia contro le malattie che lo affliggevano. A proposito dell'Osteopatia dice:

"Non ritengo esser l'autore di questa scienza, nessuna mano umana ne ha disposto le sue leggi; non chiedo onore più grande che averla scoperta"³³, anche perché "i principi meccanici su cui l'Osteopatia si basa sono vecchi quanto l'universo."

"Non cito autori ma il Dio e l'esperienza."³⁴

Le citazioni del dottor Still danno subito un'idea della personalità del padre dell'osteopatia. Per avvicinarsi a questa metodica in effetti occorre ripercorrere le tappe e il pensiero della vita di Andrew Taylor Still. Anch'egli, visse una vita tumultuosa e di ricerca. A ventuno anni si sposa con Mary Margaret Vaughn. Ella morirà dopo dieci anni di matrimonio e lasciandogli in vita tre dei cinque figli avuti. Figlio di un pastore metodista anch'egli medico, ne seguì le orme. Fu impegnato nella guerra di secessione con le forze antischiaviste prendendovi congedo anni più tardi con il grado di maggiore. Dopo la morte della prima moglie a soli 31 anni si risposò con Mary Elvira Turner con la quale rimarrà per 50 anni. Nel 1864 a 36 anni si congeda e perde in pochi mesi però due dei tre figli lasciati dalla prima moglie per meningite spinale e altri due avuti dalla seconda moglie per polmonite acuta.

³³ Still A. T. "Autobiografia"

³⁴ Still A. T. "Osteopatia, ricerca e pratica"

Comincia a studiare cure alternative e getta le basi per il pensiero osteopatico che enuncia pubblicamente presso l'università Baker nel 1874. Un college metodista che aveva con il padre contribuito a costruire.

Questo gli costerà anche il suo forzoso trasferimento a Kirksville (Missouri) dove nel 1882 aprì la prima scuola di osteopatia che comprendeva anche alcuni membri della sua famiglia. Nasceva l'American school of Osteopathy. Durava un anno. Dal 1905 i corsi furono definitivamente organizzati con durata triennale. Anche per lui come per Mézières più in là nel tempo, adotta contro voglia questa scelta per scongiurare il pericolo della divulgazione a studenti affamati di sapere, strumenti sbagliati da parte di *“insegnanti che appena conoscono le basi osteopatiche e che si mettono ad insegnare”*³⁵ che riparavano poi verso la vecchia medicina allopatrica. Fu avversato e deriso in tutti i modi dai colleghi. Fu anche accusato di stregoneria,.

Ha vissuto per molti anni emarginato da quella medicina ufficiale fino a quando i suoi trattamenti non hanno convinto le persone, i pazienti sempre più numerosi e migliori garanti della bontà del suo metodo. La sua tenacia nel perseverare a fronte di tante avversità, e l'efficacia dei risultati ottenuti furono la leva del successo e le basi della sua divulgazione.

Il Dottor Andrew Taylor Still, muore a 89 anni a Kirksville – Missouri lasciando le basi di un insegnamento in continua espansione.

Still non parlò mai di differenziazioni tra viscerale e strutturale o di cranio sacrale, concetti che oggi sono parte integrante dell'osteopatia. In Europa per primi i fratelli Littlejohn esportarono a Londra la metodica dopo essere stati loro stessi pazienti e studenti di Still.

³⁵ Still A. T. *“Autobiografia”*

I punti cardine in cui inizialmente Still basava la sua teoria erano cinque:³⁶ a cui se ne sono aggiunti altri nel tempo.

- Unicità del corpo (visione Olistica della persona)
- Il potere innato del corpo ad auto guarirsi; Affermò che il corpo umano aveva in se tutto ciò che è necessario all'autoguarigione. Il terapeuta osteopata era solo un mezzo per aiutare in questa direzione
- La componente somatica della disfunzione: affermò che il sistema muscolo scheletrico è una parte integrale del corpo e un'alterazione dell'apparato muscolo scheletrico è sintomo di alterazione del sistema.
- La forma influenza la funzione e viceversa . C'è una profonda relazione tra la struttura e l'organizzazione del corpo e dell'apparato muscoloscheletrico
- Il normale movimento dei fluidi corporei è fondamentale al mantenimento della salute

In generale afferma anche i principi base che l'osteopata non fa uso di droghe (Farmaci) per aiutare il corpo a rientrare in armonia e nel processo di autoguarigione.

Si devono liberare le occlusioni che si creano e che costituiscono un ostacolo al normale fluire del sangue che corrisponde al fondamento principale di tutto il concetto osteopatico.

Un organo ristretto, che riceve poco sangue innesca un giro vizioso per cui: una cattiva alimentazione (irrorazione) degli organi stessi produce una cattiva ossidazione con conseguente ristagno, che provoca altre disfunzioni e malattie.

L'osteopatia è contraria anche ai vaccini, e altre forme fisiche di terapia che non servono ad aiutare il fisico a rigenerarsi , ma ad avvelenarlo.

La Chirurgia Per Still è assolutamente controindicata se non in casi salvavita e come ultima possibilità.

³⁶ Greenman's "*Principles of manual medicine*"

Lo stato normativo attuale in Italia dice che la pratica osteopatica è riconosciuta solo sotto l'ambito della legge sulle libere professioni numero 4/2013. Nessun criterio di inquadramento professionale ancora è stato preso da noi dove anzi non viene riconosciuta nemmeno come medicina complementare ma al tempo stesso viene praticata a milioni di italiani. La richiesta è in aumento e il conseguente proliferare di scuole e corsi aumenta più che mai la necessità di un inquadramento professionale soprattutto al fine di tutela della salute pubblica.

L'osteopatia, ha avuto origine e sviluppo molto ampli nella medicina soprattutto negli ultimi 40 anni e per questo il dibattito è aperto a tutto tondo e al momento si può solo ipotizzare, se sarà inserita tra le professioni mediche, paramediche, complementari o altro.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha definito nei Benchmark del 2010 e successivamente nel piano "WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023" i parametri sulla formazione che invitano i rispettivi governi a adeguarsi , ma rimangono difformità davvero notevoli praticamente su tutto; formazione, pratica autonomie, inquadramento.

In questo campo senza confini certi, differenti scuole producono addirittura insegnamenti divergenti tra loro.³⁷

³⁷ Parson J. Marcer N. "*Osteopathy, models for diagnosis, treatment and practice*" (introduzione)

3.1.1 Metodologia

“Io dico ai miei studenti di tenere sempre in mente l'immagine di un corpo sano anche quando ne trattano uno malato”...”per fare questo è importante avere sempre in mente l'anatomia e la fisiologia della parte che trattiamo, ciò che gli è vicino e cosa la può influenzare”³⁸.

Al momento, a proposito di trattamento e valutazione, esistono dei punti di riferimento nelle metodologie insegnate in tutto il mondo comunemente riconosciuti dagli osteopati.

“Ogni professionista, seppur seguendo linee comuni, sembra utilizzare un diverso protocollo come processo diagnostico e questo porta alla scelta del tipo di trattamento che riterrà più idoneo”³⁹ Pertanto si possono trovare linee guida simili ma metodiche applicative anche molto diverse. Possiamo dire però che sulla base del pensiero di Still, riveduto nel tempo da diversi autori, ritroviamo comuni punti di vista e basi su cui poggiano nuove forme e metodiche in evoluzione.

Il **concetto di struttura e funzione** nelle porzioni fasciali ed articolari dell'apparato muscolo scheletrico sono fondamentali per la comprensione della valutazione delle tecniche terapeutiche in Osteopatia.

Il comitato scientifico atto a stabilire i principi guida e le linee generali di sviluppo e studio dell'osteopatia americano *“American association of colleges of osteopathic medicine”⁴⁰* afferma l'importanza di ciò e quindi la importanza del concetto di anatomia funzionale come bagaglio fondamentale per la comprensione nella valutazione e nel trattamento. Parleremo qui allora di metodiche oramai riconosciute a livello internazionale e limitatamente ai problemi del dolore del rachide oggetto di questo lavoro.

³⁸ Still A. T. *“Filosofia della Osteopatia”*

³⁹ Guolo Franco *“Atlante di tecniche di energia muscolare”*

⁴⁰ Nicholas Alexander S. *“atlante di tecniche osteopatiche”*

Il **concetto di barriera** è fondamentale in questa prima valutazione. Il R.O.M (Range of motion) articolare infatti rappresenta la barriera insuperabile nelle manovre correttive. Lo sconfinamento da questo limite, se ignorato nella sua fisiologia, potrebbe portare a lesioni o lussazioni e comunque danni anziché benefici.

Quando ci troviamo di fronte ad una limitazione di movimento in una qualsiasi direzione, consideriamo questa una *disfunzione*.

La disfunzione somatica è il criterio per cui si indica l'intervento osteopatico. Ovvero si interviene in un corpo che presenta una modifica strutturale dello scheletro per una qualsiasi causa che dobbiamo ricercare. Questa è una disfunzione. Si cerca di correggerla con manipolazioni e posture che formano le tecniche rientranti nei criteri esposti in precedenza e che vanno in direzione della liberazione delle barriere e dei restringimenti.

Le Tecniche utilizzate in osteopatia sono davvero moltissime, tanto che sembra impossibile elencarle tutte. In pratica però, non sono innumerevoli ma al contrario molte sono sovrapponibili. Di fatto, ci si rende conto subito che il corpo reagisce in modo simile a diversi stimoli e che la completa padronanza di tutte le tecniche disponibili fa la differenza nel risultato che si cerca di ottenere. Un percorso che richiede tempo e dedizione.

Generalmente si possono dividere le tecniche manuali in due tipologie; tecniche dirette e indirette.

Le tecniche dirette spingono il segmento in disfunzione a ritornare nella corretta posizione forzando contro la **restrizione** che lo mantiene nella posizione scorretta.

Le tecniche indirette lavorano in senso contrario ovvero accentuando il movimento nel senso di quello che è l'atteggiamento sbagliato (che di solito corrisponde alla postura antalgica assunta dal soggetto). Queste seconde sono più sicure, atraumatiche e spesso indolori.

Al contrario di quanto possa sembrare le tecniche indirette, rappresentano la stragrande maggioranza tra quelle in uso.

La tecnica **Cranio sacrale**. Tecnica viscerale. Creata nel 1943 da William Garner Sutherland D.O. allievo di Still, si basa sull'ascolto passivo con le mani su diverse aree del cranio per cercare movimenti e occlusioni che si cerca di assecondare o correggere. Questa tecnica si basa molto sull'importanza del coinvolgimento della circolazione del fluido cerebrospinale e della respirazione cranio sacrale. Prevede molta esperienza e manualità con lo scopo di armonizzare tali circolazioni e in grado di agire anche a distanza dal luogo di trattamento. Ha avuto negli anni molti sviluppi e solitamente è parte integrante della formazione completa osteopatica anche se richiede proprio per gli sviluppi in senso viscerale e emotivo, approfondimenti e studi complementari continui.

Dalla metodica origina anche il metodo viscerale **Barral**⁴¹ proposto da “Barral e Mercier “ nel 1983 a Parigi. Ha acceso l'interesse mondiale verso questo approccio sin dal 1988 da quando è stato tradotto in inglese ed esportato.

“Any or all problems may benefit from the application of visceral osteopathy, even if the symptoms arise within the musculoskeletal system (and the patient has no accompanying visceral symptoms or disorders)”⁴²

le metodiche viscerali si differenziano per il tipo di approccio alla disfunzione. Ovvero si considera che la disfunzione muscoloscheletrica possa avere origine dalla disfunzione primaria viscerale. In altri casi si considera come anche in assenza di sintomi viscerali la disfunzione strutturale muscolo scheletrica si possa avvalere del beneficio derivante dal trattamento viscerale. In qualche modo un metodo interpretativo che si aggiunge a quello strutturale che prevede un diverso metodo di valutazione iniziale ma sulle stesse basi osteopatiche

⁴¹ Barral J.P. e Mercier P. “*Visceral manipulation*”

⁴² ibidem

Tecniche ad energia muscolare. Sono state sviluppate da Fred E. Mitchel.⁴³

La tecnica “Mitchel” invece è una tecnica indiretta che consiste nel posizionare il segmento corporeo verso la lesione al limite del restringimento di movimento, bloccando il movimento in tale posizione si chiede al paziente di spingere contro resistenza verso la direzione opposta, ossia quella di maggior libertà. Dopo poche esecuzioni si è in grado di aumentare il R.O.M di movimento verso la direzione restrittiva fino alla completa escursione possibile, ossia quella di maggior libertà. Dopo alcune esecuzioni si è spesso in grado di aumentare il R.O.M di movimento verso la direzione restrittiva in virtù di una completa escursione.

Tra le **tecniche dirette** troviamo quelle chiamate più semplicemente “**Trust**”, o “**LAHV**” (Low Amplitude, High Velocity) tradotto come “impulso ad alta velocità e piccola escursione di movimento”. Essa consiste nella “diagnosi” del malposizionamento articolare, che limita il movimento in una certa direzione. Consiste nel posizionare il segmento corporeo in disfunzione nella posizione di restrizione, al limite del movimento e si applica una spinta veloce ma breve nel segmento che si vuole trattare. Tale spinta deve superare il limite della restrizione, senza mai oltrepassare il limite fisiologico dell'articolazione stessa. Questa manovra ricorda da vicino le tecniche e la pratica Chiropratica. Però le manovre osteopatiche sono molto diverse da quelle Chiropratiche. Sono molto più dolci e spesso capita che il solo posizionamento in tensione dei segmenti in aiuto con la respirazione, provochino lo sblocco automatico e in modo meno traumatico per l'articolazione stessa.

Altra tecnica indiretta la così detta **Miofasciale**. Si tratta applicando manualità delicata sulla cute agevolando lo scorrimento dei tessuti superficiali e/o profondi bloccati dalle restrizioni fasciali. ovvero da una tensione che si crea tra le fasce che dividono cute, muscoli ed organi, le quali infiammate, lesionate o compresse possono influenzare con dolori tal volta anche distanti rispetto alla zona d'origine. La tecnica prevede l'agevolare i tessuti a scorrere nella

⁴³ Greenman's “*Principles of manual medicine*”

direzione di minor restrizione con lievi trazionamenti che progressivamente producono un progressivo rilassamento della zona in tensione.

Si aggiunge in questo lavoro anche la tecnica **Strain counterstrain**.

Nasce da un'intuizione dell'osteopata Lawrence H. Jones nel 1954 avuta cercando di posizionare in maniera comoda un paziente che presentava dolore spasmodico del muscolo grande psoas. Sistemando il paziente in posizione antalgica e lasciandolo un lasso di tempo in questa posizione, notò un miglioramento della sintomatologia dolorosa.

Secondo il Dr Jones, L'effetto della disfunzione somatica, è dovuto ad una disfunzione primariamente neuromuscolare. Se un muscolo è contratto e provoca quindi dolore, al suo allungamento vengono stimolati i recettori anulospirali dei fusi neuromuscolari che provocano a loro volta una contrazione riflessa in un muscolo già contratto. Un "circuito vizioso" che può protrarsi e instaurare la disfunzione somatica e limitare il movimento.

Tutte le fibre e gli organi vicini per contiguità, e anche quelli più lontani per riflesso, verranno quindi interessati e alterati nella loro normale fisiologica condizione. La metodica consiste nel ricercare i punti dolorosi "Tender Point" riflessi. Questi infatti sarebbero la manifestazione somatica del problema. È conosciuta in origine proprio come "tecnica di rilasciamento posizionale" (Position Release Technique). Si cercano questi punti estremamente dolorosi specifici sulle articolazioni e muscoli in zone limitrofe al dolore e da qui, si favorisce nel soggetto un posizionamento a favore della "Lesione". Si mantiene la posizione per circa 90 secondi. La pressione sul Tender point non dovrebbe più provocare dolore. Una tecnica come molte sovrapponibile, ma di grande validità perché da in pochi minuti un risultato ben avvertibile dal soggetto anche per lesioni datate.

Viene da molti considerata la tecnica manuale tra le migliori poiché più completa perché abbraccia insieme il viscerale e lo strutturale, perché ha moltissimi punti diagnostici, e perché

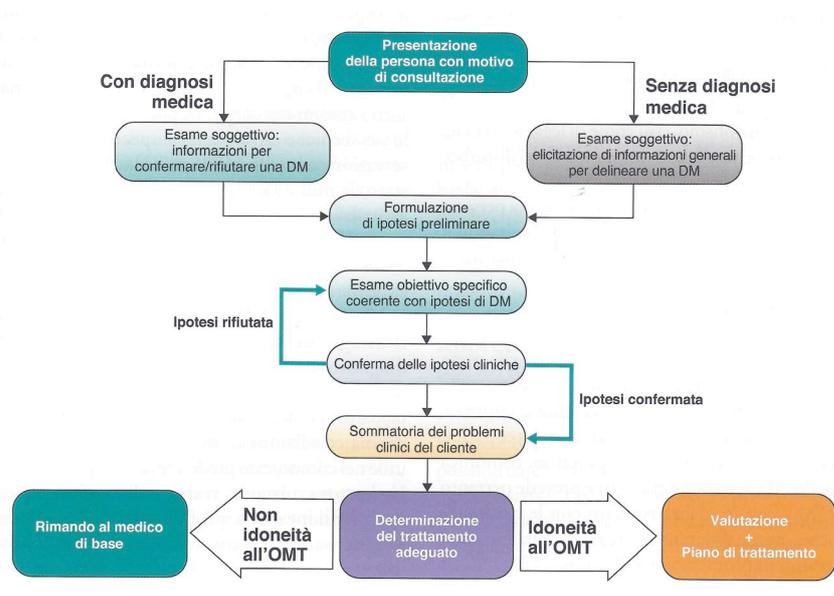
sistema in grado di poter sviluppare in modo scientifico e controllabile il metodo pur senza stravolgerne le fondamenta.

In questa parziale carrellata rapida delle metodiche in maggior uso non può mancare la metodica **Still**. Sono tecniche che ci provengono da studenti diretti del Dott. Still. Si basano su un'accurata diagnosi del segmento in disfunzione somatica, caratteristicamente sono esercizi di manipolazione passiva. I pazienti sono in situazione passiva per tutta la seduta. La mobilizzazione avviene in tutti i piani dello spazio ed è leggermente esagerata per favorire il rilasciamento dei tessuti. Si porta il segmento in restrizione per creare un fenomeno di "rilascio" dell'articolazione trattata. Si effettua nuova valutazione.

Una premessa fondamentale per definire in che ambito e con che occhi l'osteopatia vada a valutare il paziente, vale dire che la visione è globale e funzionale e che in prima battuta la persona che si rivolge all'osteopata in genere va condotta già dalla prima fase del colloquio in una direzione che escluda "Bandiere rosse"⁴⁴ tramite un'anamnesi accurata che prevedendo una valutazione differenziale, non cada nella diagnosi di pertinenza medica, ma sappia riconoscerne limiti al trattamento anche in termini di controindicazioni e non solo di fattibilità e di successo al fine di poter decidere di procedere alla completa valutazione funzionale e al trattamento delle disfunzioni sia posturali che non.

⁴⁴ Tozzi P., Lunghi C., Fusco G. "I cinque modelli osteopatici" pgg. 20, 21

Nella figura sottostante⁴⁵ è proposta una tabella che racchiude questo percorso in breve di “arruolamento” del paziente.



Di seguito, si descrivono con l’ausilio di foto e figure, alcune valutazioni e trattamenti .

Abbiamo inserito una scheda di valutazione evidenziata nella fig. 39 che segue.

Modificata e aggiunta alla scheda usata per la valutazione della postura e del rachide relativamente alle esclusive necessità di questo lavoro di raccolta in alcuni casi clinici.

In questa scheda si notano oltre ai dati anamnestici i test fondamentali usati e loro valutazione utile al trattamento. Abbiamo poi inserito la scala V.A.S. (Visual Analogic Scale).

⁴⁵ Tozzi P., Lunghi C., Fusco G. “I cinque modelli osteopatici “ pgg. 20, 21

SCHEDA RACCOLTA DATI

Cognome e nome _____

Indirizzo _____ n° _____

Città _____ Età _____ Alt _____ Peso _____ Profess. _____

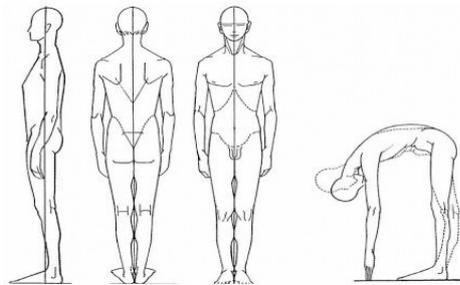
Tel. _____ Mail _____

ESAMI SVOLTI NEGLI ULTIMI DUE ANNI:

RX _____ TAC _____ RMN _____ ECO _____

Eventuali terapie in atto _____

Motivo della consultazione _____



Annotazioni:

TEST BASE - DISFUNZIONI SACRALI

TFE Dx Sx _____

TFS Dx Sx _____

Gillet _____

Dondolamento iliaco _____

Downing Test _____

Spring Test _____

Inclinaz. Lat. Dx Sx _____

Lasegue Dx Sx _____

Wasserman Dx Sx _____

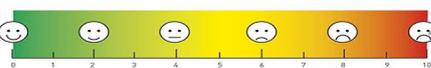
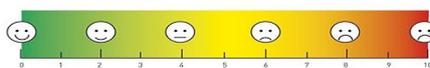
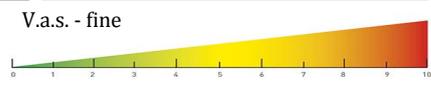
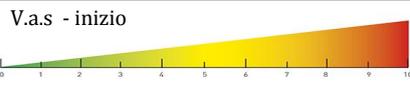


Fig. 39 Scheda valutazione

riprendendo dalla premessa della valutazione iniziale osteopatica, questa inizia quando il soggetto sta sulla porta di ingresso. Si cercano da subito atteggiamenti posturali particolari e soprattutto è fondamentale accogliere empaticamente il soggetto al fine che esso assuma una condizione fiducia e collaborazione. Ciò è fondamentale.

Tecnicamente invece il soggetto, viene valutato nel suo insieme si annotano gli squilibri posturali e le tensioni delle fasce e annotate sul parangone presente sulla cartella.

Si raccolgono informazioni, si esegue un controllo sulla cute a livello visivo e termico.



Fig. 41 controllo visivo⁴⁶



Fig. 42 controllo termico⁴⁷

Si eseguono test di limitazione funzionale importanti usati molto anche in campo ortopedico:

i test di Wasserman e il test di Lasegue

⁴⁶ Nicholas Alexander S. "atlante di tecniche osteopatiche"

⁴⁷ ibidem



fig. 43 Wasserman test⁴⁸

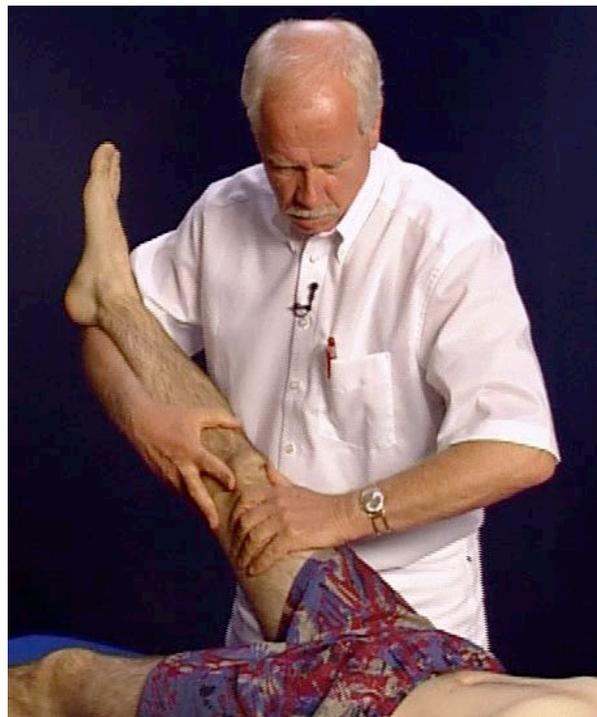


Fig. 44 Lasegue test⁴⁹

Questi sono necessari per evidenziare la prima se vi siano protrusioni discali o ernie negli spazi limitatamente da L1-L2 - L2-L3 - e L3-L4

⁴⁸ Greenman's "Principles of manual medicine" fourth edition

⁴⁹ Spallek et al. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2007 2:12

Mentre il Lasegue mette in tensione gli spazi sottostanti L3-L4 - L4-L5 - L5-S1. Si dice positivo a 40° ad esempio se a tale livello di escursione a gamba tesa e da supini come mostrato in figura, si avverte dolore e limitazione funzionale a 40° di R.O.M.

Un altro test importante che si può eseguire al fine di evidenziare o meno la presenza di tensione discale e stiramento durale, è lo “**Slump test**” in “fig. 45”

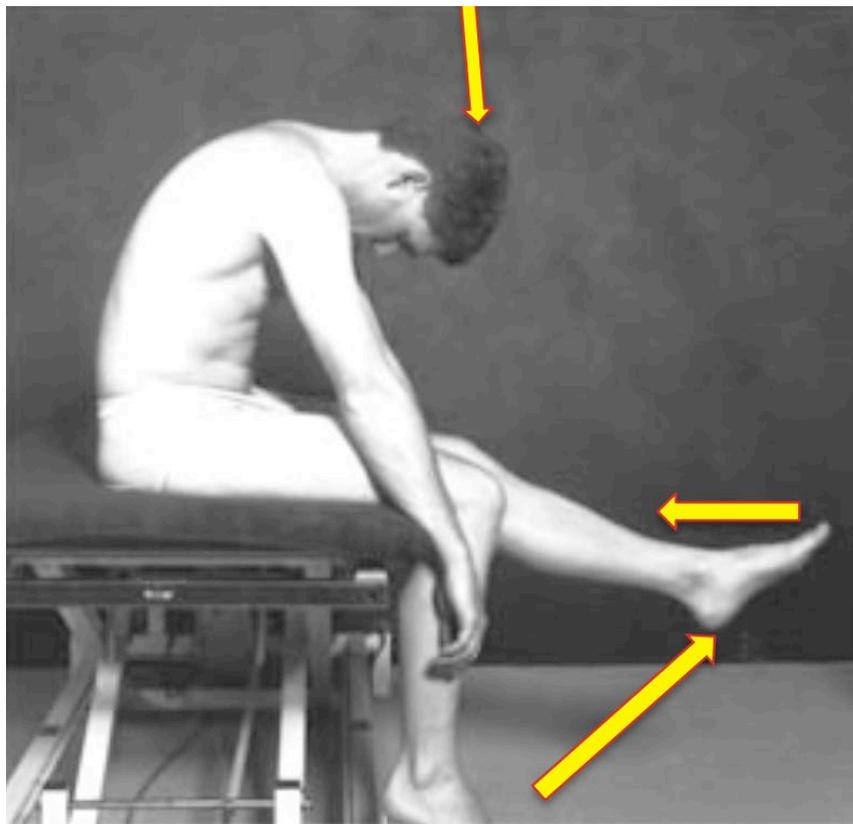


Fig. 45 SLUMP Test⁵⁰

Forzando in tensione come evidenziato nelle figure, ci da le risposte accennate.

In osteopatia le disfunzioni sono da ricercare per potere essere normalizzate.

Nel bacino ci sono forze che agiscono sulla meccanica globale ascendenti e discendenti.

⁵⁰ Greenman's "Principles of manual medicine" fourth edition

Il sacro è molto importante perché è “*Il direttore della gravità*”⁵¹. Il sacro infatti che rimane sospeso tra le due ali iliache di destra e di sinistra, ha in ottica posturale, l’importante compito di ripartire le forze che riceve dall’alto dalla gravità tramite la quinta vertebra lombare alle articolazioni sacro iliache per scaricare a terra il carico sovrastante. In appoggio bipodalico di equilibrio le forze sono suddivise simmetricamente sulle teste femorali. A questo punto sull’articolazione coxo-femorale agiscono le forze che provengono dal basso come reazione all’appoggio plantare. Questa forza, ascendente, tende a spingere sulla sinfisi pubica e a salire sul sacro tramite l’ileo.

La forza discendente tende in sostanza a spingere l’ileo in anteriorità o nutazione. La forza ascendente tende invece a portare il sacro in posteriorità o contronutazione.

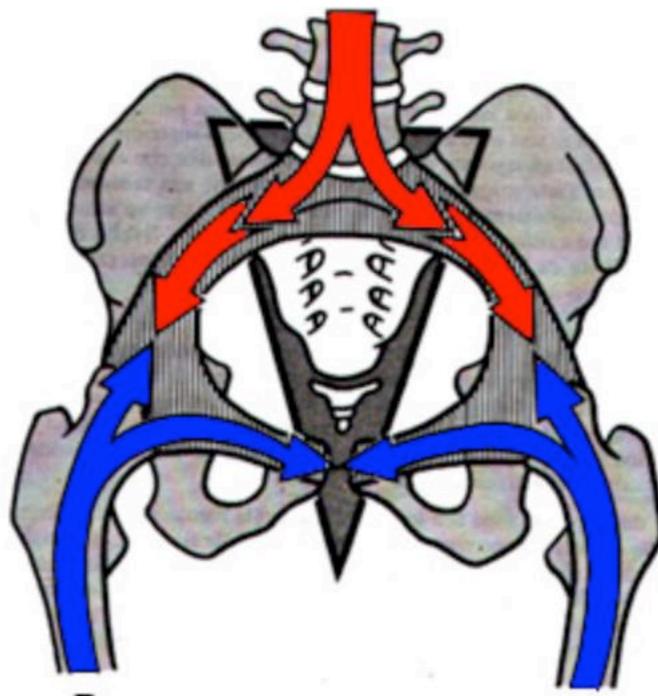


fig. 46 forze che agiscono sul sacro⁵²

Molto importante allora nella seduta effettuare sempre test specifici che ci indicano a questo livello se ci sono disfunzioni e in che direzione.

⁵¹ Nirchio V. Mossi E. Malfanti G. “*Sacro e Bacino*”

⁵² ibidem

TFE (Test in Flessione dalla posizione Eretta), si esegue con soggetto in piedi., scalzo e con piedi leggermente divaricati. Operatore dietro di lui in ginocchio cerca i punti di repere appoggiando le mani sulle creste iliache e i pollici sotto le SIPS (Spine Iliache Postero Superiori) si chiede al paziente una flessione lenta in avanti fino a toccarsi i piedi e l'operatore rileva il movimento delle due SIPS. La flessione del rachide lombare porta la base del sacro a spostarsi inizialmente all'indietro e solo quando tutte le vertebre hanno completato l'escursione e i legamenti risultano tesi la base si muove in avanti introducendo il movimento nelle articolazioni sacroiliache

La *restrizione* da un lato fa bloccare, prima della completa escursione, l'articolazione iliosacrale alzando pertanto la SIPS prima da questo lato. Questo è considerato test positivo ovvero una *disfunzione ileo sacrale dal lato omolaterale*.

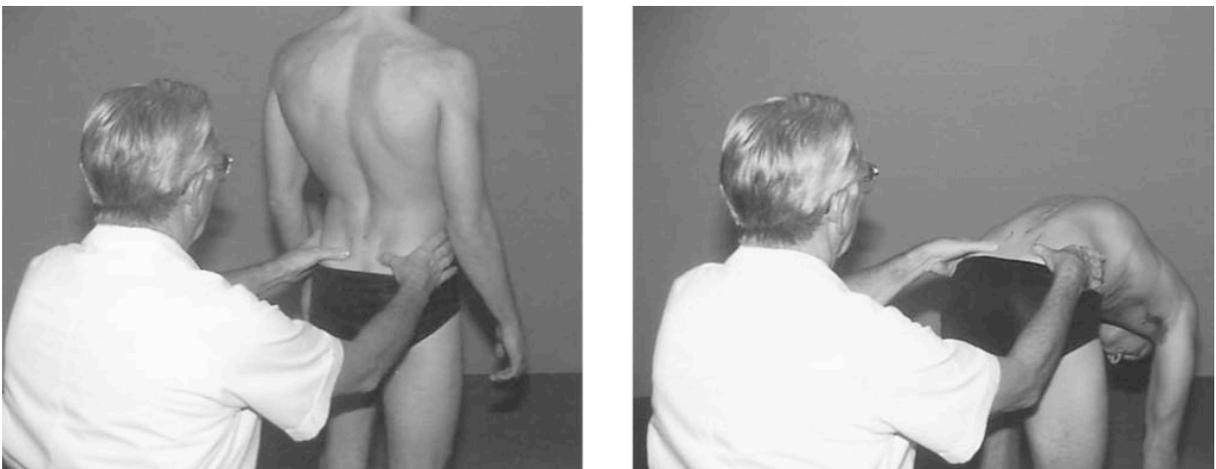


Fig. 47 Test TFE⁵³

⁵³ Greenman's "Principles of manual medicine"

TFS (Test in flessione dalla posizione seduta). Si esegue con soggetto seduto con le stesse modalità. In questo secondo caso però la grande tuberosità ischiatica risulta bloccata dalla posizione seduta e quindi alla flessione in avanti l'articolazione sacro iliaca viene coinvolta quando il sacro impegna l'ileo nella rotazione in avanti. In questo momento se vi è una restrizione del movimento da una parte, questa ruota prima in avanti (essendo bloccata) e ancora una volta si nota un innalzamento della SIPS da quel lato.

In questo caso avremo una *disfunzione sacro iliaca dal lato omolaterale*.



Fig.48⁵⁴ TFS posizionamento



Fig. 49⁵⁵ TFS movimento

⁵⁴ Greenman's "Principles of manual medicine"

⁵⁵ ibidem

Questi due test sono molto importanti perché permettono all'osteopata di determinare se la disfunzione sia ascendente o ileo sacrale o se sia invece discendente e quindi sacro iliaca.

Se il segnale è dubbio con una TFE e una TFS leggermente positivi, allora si possono eseguire altri test per arrivare alla determinazione corretta della disfunzione.

Test utile per il controllo e confronto a questo punto non solo della postura, ma della struttura a livello degli arti inferiori ovvero la simmetria degli arti stessi può essere effettuato con paziente supino. I test TFS e TFE infatti potrebbero indurre una rotazione in anteriore o posteriore di un emi lato facendo risultare un arto più corto o più lungo in conseguenza di ciò.

Per non incorrere in “false gambe corte” si effettua un'azione di “reset”; il soggetto, sul lettino in posizione supina piega le gambe ed alza leggermente il bacino dal lettino per pochi centimetri lasciandolo ritornare a caduta libera subito dopo. Lo si ripete due o tre volte. Dopo facciamo distendere le gambe allineate. L'operatore si posiziona ai piedi del letto, in presa caudale sulle caviglie e con i pollici sopra ai malleoli mediali di entrambi i piedi. Si valuta anche tutta la lunghezza dell'arto dal bacino al calcagno e si valutano eventuali dismetrie.

Se dopo questa manovra di reset, un arto risulta più caudale rispetto all'altro, allora si può anche ulteriormente indagare che tipo di disfunzione sia con l'aiuto di un altro test che è il **Downing Test** (test di allungamento e accorciamento della gamba). Dove il soggetto sempre da supino viene esaminato dall'operatore. Se nel test di allungamento la gamba si porta in ulteriore direzione caudale, mentre con il test di accorciamento, resiste e rimane in posizione caudale, allora avremo una disfunzione iliaca primaria.

Se nella stessa valutazione, nel test di allungamento la gamba va si porta ulteriormente in direzione caudale e nel test invece di accorciamento accorcia l'arto più del controlaterale portando in posteriore addirittura l'ileo, allora si parlerà di disfunzione iliaca secondaria

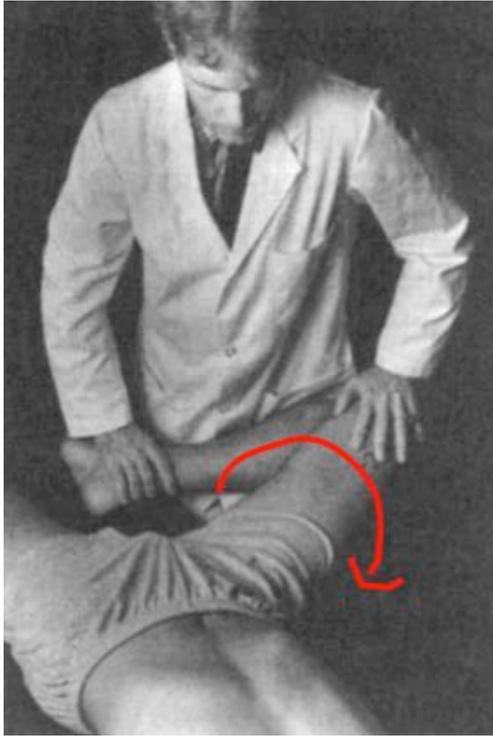


Fig. 50⁵⁶ test di allungamento Downing

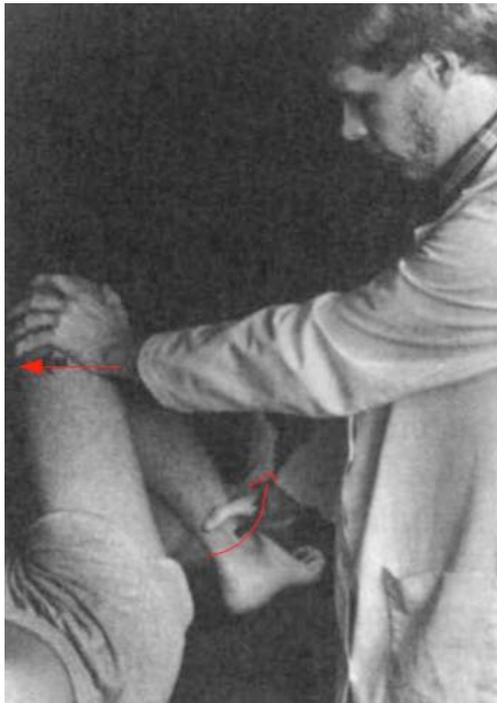


Fig. 51⁵⁷ test di accorciamento Downing

Dopo approfondita valutazione l'operatore può intervenire a normalizzare la disfunzione.

⁵⁶ Greenman's "Principles of manual medicine"

⁵⁷ ibidem

Il sacro in osteopatia è molto importante anche per le funzioni strutturali in relazione alla postura oltre che per la parte viscerale.

Basti pensare al cammino. Il basculamento del bacino è fisiologicamente un insieme armonico di questo insieme di movimenti. La valutazione quindi dei movimenti sacrali associati a quelli dell'ileo dei quali alcuni abbiamo visto, sono imprescindibili.

Spring Test è uno di questi. Si valuta applicando le mani sul sacro con soggetto supino. E si cercano anche i solchi sacrali . il respiro del soggetto ci indica se il sacro effettua i movimenti e le escursioni normalmente o se ha qualche restrizione.

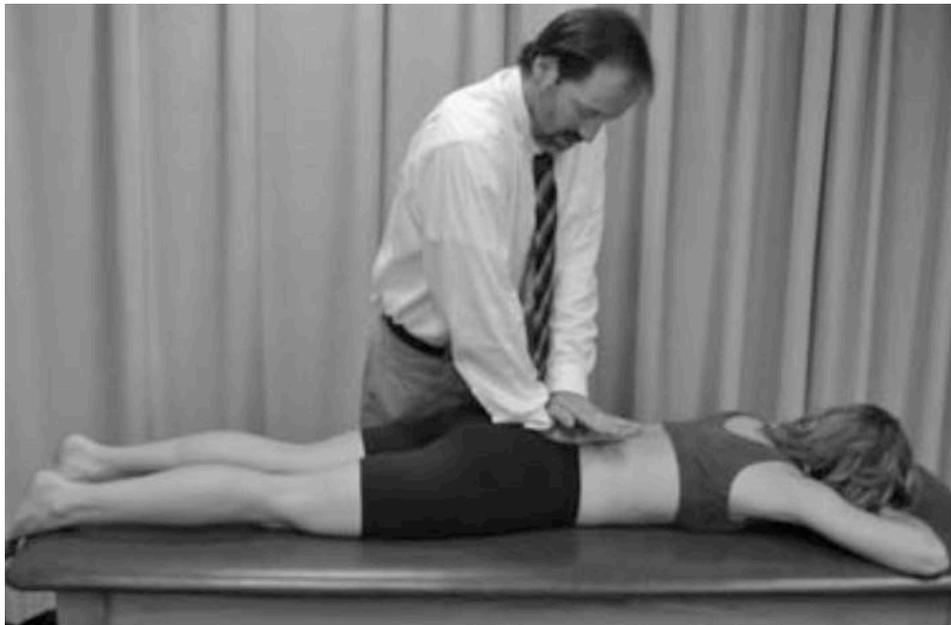


Fig. 52⁵⁸ Spring Test

Associati a questo test per il sacro sono molto importanti il TFS visto in precedenza e il **test della sfinge** che vediamo adesso insieme ad altre diapositive che mostrano l'importanza di valutare il movimento vertebrale in dettaglio oltre che nel suo globale.

⁵⁸ ibidem

Pertanto, ripetendo anche da posizioni diverse e con diverse modalità la valutazione dei singoli segmenti del rachide si prova a comprendere se vi siano disfunzioni e quali. Il risultato ci porta allo sviluppo della risoluzione.



Fig. 53⁵⁹ test della sfinge



Fig. 54⁶⁰ test genuflesso

⁵⁹ Nicholas Alexander S. "atlante di tecniche osteopatiche

⁶⁰ ibidem

in questi ultimi due test (Fig. 53 e 54), si cerca di evidenziare disfunzioni controllando visivamente e manualmente la mobilità e la posizione dei processi spinosi al fine di individuare eventuali disfunzioni strutturali vertebrali in estensione e in flessione. Si considerano queste lesioni ultime mai neutre . questo ci è spiegato dalla fisiologia articolare vertebrale e dalle **leggi di Fryette** che descriviamo brevemente per l'importanza che rivestono. I movimenti del rachide si svolgono tramite i pilastri posteriore ed anteriore. Quello anteriore costituito dai corpi vertebrali e dal disco. Quello posteriore costituito dalle articolazioni interapofisarie. In un atteggiamento neutro di postura ideale, se si effettua una lateroflessione a sinistra, si ottiene un accorciamento dei muscoli corto e lungo lamellare, che accorciandosi da una parte mettono in tensione e stirano quelli opposti (che quindi rispondono a loro volta con una contrazione), provocando una rotazione della vertebra a destra.

I° legge di Fryette: *In posizione neutra un'inclinazione laterale si accompagna ad una rotazione in direzione opposta (meccanica di 1° tipo)*

N. S. R. dove N= Neutro - S.= Lateroflessione (Sidebanding) - R.= Rotazione

II° legge di Fryette: *In Flessione o in Estensione un'inclinazione laterale si accompagna ad una rotazione dallo stesso lato (meccanica di 2° tipo)*

E. R. S. dove E.= Estensione - R.= Rotazione - S.= Inclinazione laterale (Sidebanding)

F. R. S. dove F.= Flessione - R.= Rotazione - S.= Inclinazione laterale (Sidebanding)

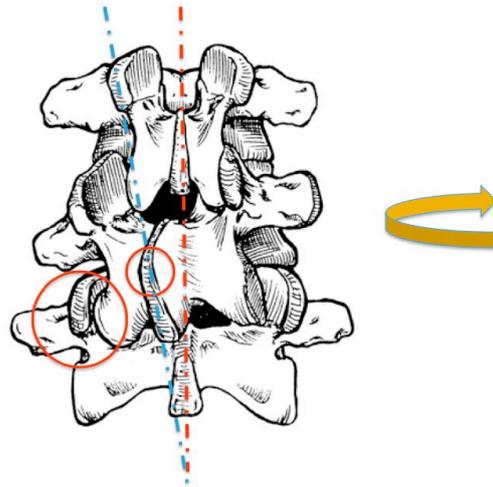
III° legge di Fryette: Un movimento intervertebrale in un piano, inibisce la mobilità della stessa articolazione negli altri due piani dello spazio

le leggi di Fryette⁶¹

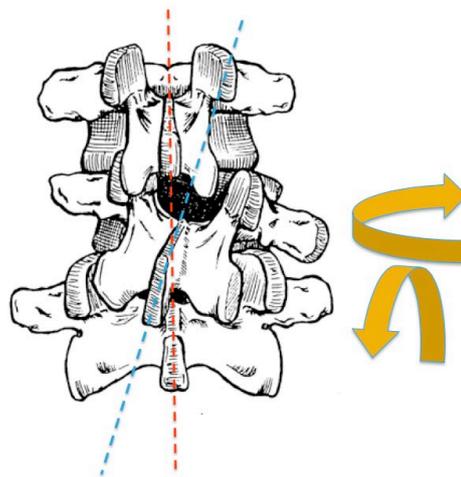
⁶¹ Nirchio V. Mossi E. Malfanti G. "Sacro e Bacino" interpretazione funzionale test osteopatici di valutazione
49

E' fondamentale la funzione di questi ultimi test anche perché dalla valutazione e dalle considerazioni fatte si passa al trattamento. Generalmente si evidenziano in soggetti con curva lombare accentuata, disfunzioni in E.R.S. con una restrizione quindi in flessione.

Al contrario spesso coloro che evidenziano una rettilineizzazione della fisiologica lordosi lombare, presentano disfunzioni di tipo F.R.S. con restrizione in estensione.



TIPO 1
-lateroflessione SX – rotaz.DX



TIPO 2
Estensione - Lateroflessione DX – rotazione DX

Fig. 55 Fryette tipo uno e due schematizzate⁶²

⁶² Nirchio V. Mossi E. Malfanti G. "Sacro e Bacino" interpretazione funzionale test osteopatici di valutazione

Ancora importante è la valutazione dei processi spinosi e di quelli trasversi che si può effettuare come mostrano le prossime figure.



Fig. 56 test processi spinosi⁶³

In questo test il soggetto in decubito laterale con le ginocchia in posizione comoda fuori dal lettino. Operatore con la mano cefalica cerca e monitorizza i processi spinosi e ne apprezza l'apertura e la chiusura al movimento che egli stesso induce con l'arto caudale nelle direzioni raffigurate di flessione estensione. In questa posizione si possono anche seguire tecniche ad energia muscolare dirette cambiando il gioco delle forze.

⁶³ Nicholas Alexander S. "atlante di tecniche osteopatiche"
51

Nella figura seguente la posizione del soggetto è la stessa. L'operatore, porta in flessione le ginocchia come per la precedente monitorizzando i processi spinosi, poi si porta sui processi trasversi e facendo forza sulle caviglie provoca una rotazione che gli permette di monitorare bene i movimenti di questi processi ed eventuali disfunzioni. Anche in questa posizione come in molte altre nell'osteopatia con piccoli aggiustamenti si possono effettuare manovre con tecniche di energia muscolare dirette.

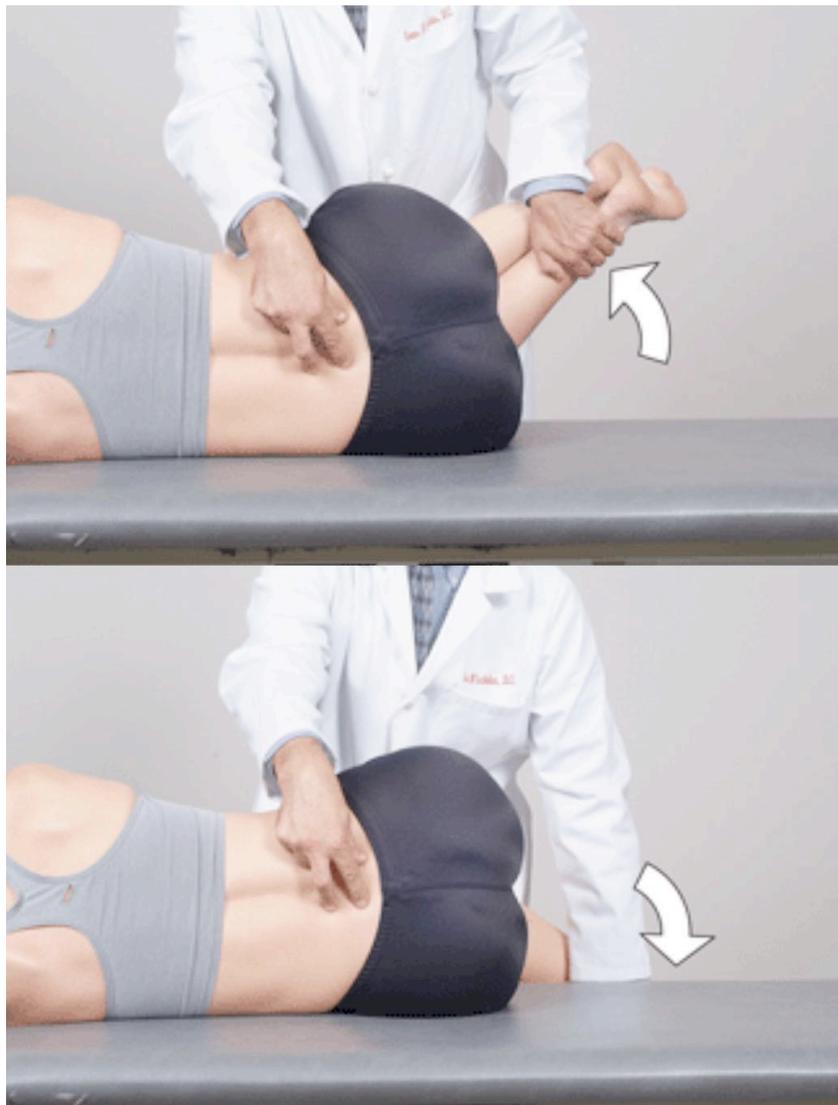


Fig. 57 test processi trasversi⁶⁴

⁶⁴ Nicholas Alexander S. "atlante di tecniche osteopatiche"
52

Abbiamo visto alcune tra le molte tecniche di valutazione. Ce ne sono tantissime altre. L'osteopatia richiede applicazione e anni di esperienza forse come poche altre discipline.

*“Find it, fix it and leave it alone”*⁶⁵ altra citazione di Still che sintetizza tutto il lavoro dell'osteopata. Sapendo che l'organismo è in grado di autoguarirsi, *“trova l'ostacolo, rimuovilo e poi aspetta che il corpo faccia il suo lavoro”*

il trattamento del soggetto può prevedere tecniche più superficiali o più profonde, ed è mirato a rimuovere la disfunzione trovata con l'osservazione ed i test.

Le tecniche miofasciali, sono utili nel trattamento del tessuto connettivo e muscolare. Vanno eseguite lentamente e in direzione trasversale ai muscoli che vogliamo trattare.

Possono essere tecniche di stiramento e quindi dirette. O superficiali sul connettivo leggero e quindi indirette. Riducono le tensioni muscolari e fasciali, migliorano l'elasticità delle strutture accorciate, aumentano il drenaggio linfatico e venoso e potenziano anche l'effetto di altre metodiche osteopatiche applicate.



*Fig. 58*⁶⁶ *tecnica miofasciale*

⁶⁵ Still A.T. *“Filosofia e principi meccanici della Osteopatia”*

⁶⁶ Nicholas Alexander S. *“atlante di tecniche osteopatiche”*

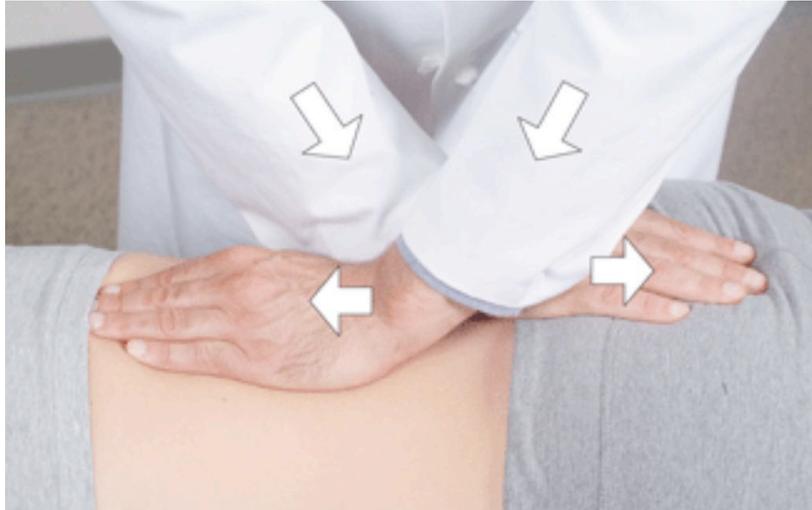


Fig. 59, 60 e 61 Tecniche miofasciali⁶⁷

⁶⁷ Nicholas Alexander S. "atlante di tecniche osteopatiche"
54



Fig. 62 Tecniche miofasciali⁶⁸



Fig. 63 Tecniche miofasciali⁶⁹

⁶⁸ Nicholas Alexander S. "atlante di tecniche osteopatiche"

⁶⁹ Greenman's "Principles of manual medicine"

Le tecniche ad energia muscolare, o tecniche Mitchel.

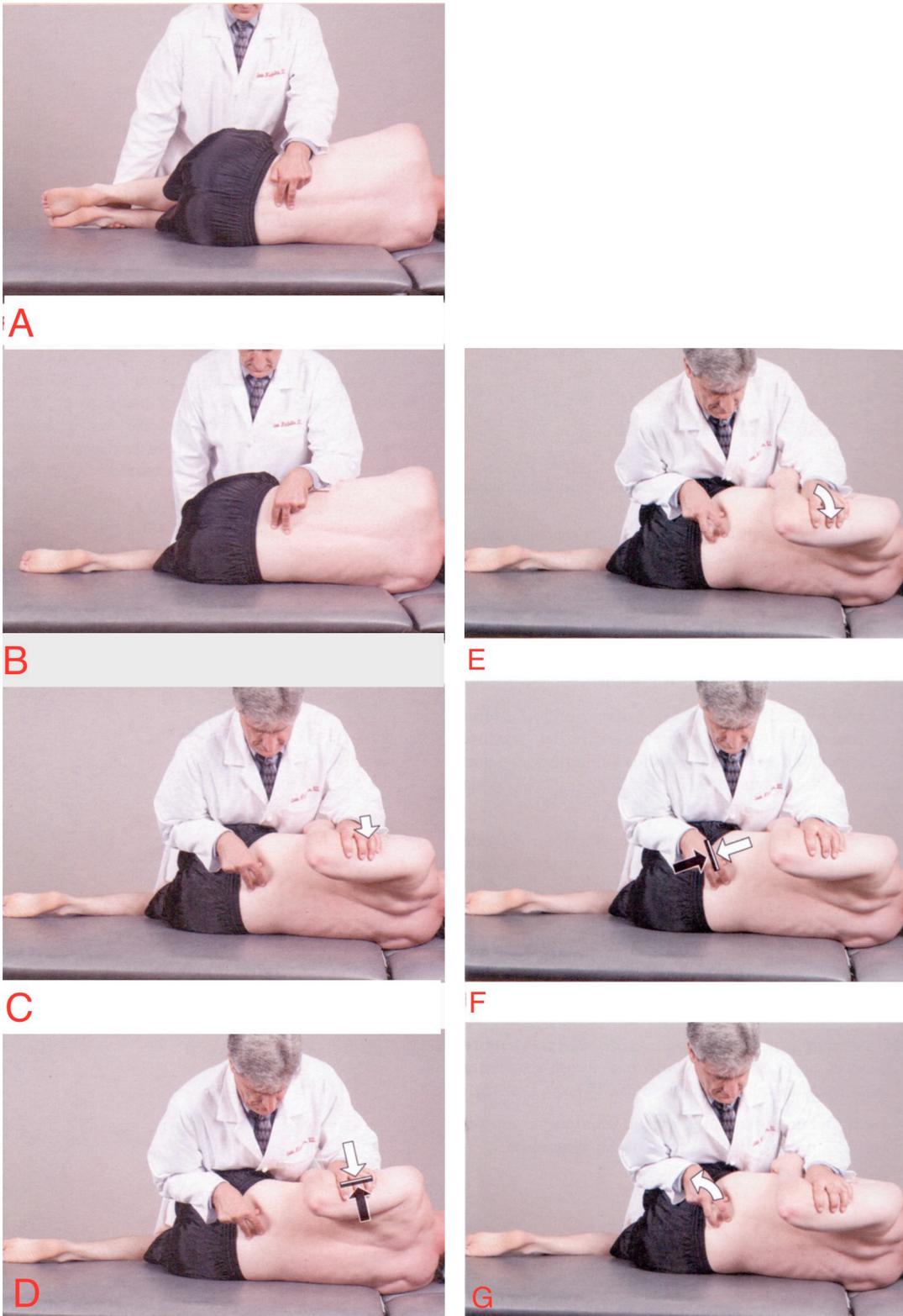


Fig. 64⁷⁰ Paziente in disfunzione di I° tipo L4 N.S.L.R.R.

⁷⁰ Nicholas Alexander S. "atlante di tecniche osteopatiche"
56

In Fig. 64, un esempio di trattamento ad energia muscolare con un soggetto *in disfunzione di I° tipo L4 N. S.L. R.R.* che presenta quindi un restringimento della rotazione a destra e in lateroflessione sinistra per una disfunzione a livello di L4 di primo tipo .

Il soggetto viene posizionato in fig. (A) in decubito laterale dalla parte della componente rotazionale della disfunzione e nella fig. (B) posizionato con la gamba estesa verso l'operatore al fine di portare il bacino in rotazione anteriore fino a percepire la tensione sulla mano monitor su L4 in questo caso. La spalla sul lettino ruota

Poi l'operatore cambia posizione delle mani e porta gradualmente e lentamente il soggetto al massimo grado della restrizione del movimento. Il soggetto a questo punto si nota con la freccia nera in fig. (D). qualche secondo di contrazione isometrica e si fa rilasciare il soggetto. Appena si è ottenuto un rilassamento sufficiente, si cerca di guadagnare in senso della restrizione. Ancora in Fig.(F) si chiede attiva contrazione al soggetto anche con l'anca in direzione della spalla contrastandolo e dopo qualche secondo si chiede di rilassare. Si possono ripetere anche più volte gli esercizi di allungamento fino a ottenere una libertà di movimento sufficiente. Alla fine del trattamento si testa nuovamente l'escursione totale e se necessario si ripete il trattamento.

Per una lesione in *disfunzione di tipo II° tipo*, sempre di L4 ad esempio L4 E./F. S.R. R.R. In estensione o in flessione ovvero che presenta una restrizione di movimento in lateroflessione destra e sempre a destra restringimento in rotazione, si possono usare gli stessi pattern appena visti ma in figura (B) si posiziona la caviglia del soggetto sempre in flessione nel cavo popliteo del ginocchio sottostante. Non si ruota la spalla sul lettino ma la si lascia posizionata. In Figura (F) l'operatore spinge il bacino del paziente in avanti ed il paziente allora spinge il bacino indietro contro decisa resistenza. Dopo qualche secondo di contrazione isometrica anche qua si chiede di rilassare. Si cerca la nuova barriera restrittiva e si ripete tre, quattro o cinque volte fino al raggiungimento dello scopo e si rivaluta ancora il soggetto.

Questa tecnica come molte altre si può effettuare anche con il paziente seduto usando gli stessi parametri. Si sceglie la posizione più comoda per il soggetto e per la manovra stessa .

L'osteopatia è in continua evoluzione ed espansione e è impossibile elencare tutte le metodiche e le manovre possibili ad oggi. Il suo successo è dovuto anche al prendere in esame il soggetto nel suo insieme dal punto di vista della salute. Alla non invasività delle manovre e alla mancanza di rischi che sono più associabili alle sole manovre di sblocco e alla chiropratica.

CAPITOLO 4

Parallelismi, teorie e metodologie a confronto

Nel quotidiano professionale Osteopatia posturale e rieducazione posturale si incrociano spesso. Viene spontaneo un confronto. Sorgono dubbi sull'efficacia di questo a discapito di quello, Il campo è "naturalmente" definibile come multidisciplinare. La posturologia deve essere praticata da una figura specializzata nella capacità di inquadrare nel complesso sistema multifunzionale anomalie che poi però vanno, se necessario, ricondotte anche ad altre figure professionali come Oculista, Dentista, Logopedista, Fisioterapista, Podologo, Osteopata.

Difficilmente si può intervenire a tutto campo. L'esperienza quotidiana ed il confronto, aiutano. Tutto si amplia e si riparte da capo; nuove certezze e nuovi dubbi.

Di seguito, si proverà a fare una breve riflessione nata inizialmente sul confronto con la Metodica Mézières, utilizzata da qualche anno con soddisfazione dal sottoscritto. Una delle metodiche più conosciute ed usate per la sua validità funzionale.

Non è facile creare due binari paralleli e confrontare cose che su binari paralleli apparentemente non possono stare e che hanno basi, pensiero, e sviluppi così eterogenei tra loro.

L'osteopatia è nata nel profondo sud Statunitense nella seconda metà dell'ottocento da un medico Americano.

*"Inizio questo viaggio, da solo, senza alcuna bussola al di fuori della mia ragione, e se fallirò, nessuno al di fuori di me avrà sofferto per il viaggio"*⁷¹

⁷¹ 1909 citazione introduttiva di A.T.Still al testo di "filosofia e principi meccanici dell'osteopatia" 1909. Nella prefazione Still chiede comprensione al lettore per quell'opera che lui si sente il dovere di scrivere "...alla mia età"

La rieducazione posturale vede nella metodica sviluppata da Françoise Mézières, uno sviluppo importante in direzione olistica. Francese, autodidatta,.. “anarchica” al confronto, individua quella che sarà la sua metodica molti anni più tardi in tramite la sua “osservazione principe”⁷²

Il primo punto in comune si riscontra nelle basi intuitive iniziali del loro percorso. Unicità della persona, del corpo. Una medicina olistica che cura la persona afflitta dalla patologia e non viceversa.

Nella stessa intuizione che la forma influenza la funzione e viceversa, troviamo un collegamento che si ripercuote su tutto il resto a venire. Questo oggi sembra una cosa scontata. Non era così in quei tempi iniziali.

Curioso anche come questa intuizione “globale” del punto di vista funzionale anatomico sia stata rivelazione comune e sia pure per motivi molto diversi tra loro; In Francia, si applicavano le moderne metodologie che si basavano sulle conoscenze di allora e Mézières ha dovuto sovvertire quel sistema incentrato sul concetto che la legge di gravità schiacciava al suolo catene di muscoli deboli a vincerne la resistenza, spiegando come le catene muscolari formassero al contrario delle contratture e come i muscoli fossero troppo forti, non deboli. Ma si parlava di postura, di biomeccanica in quei termini.

Il pensiero di Still, matura diversamente. Nel suo percorso, egli appassionato di ingegneria meccanica anche per necessità⁷³ arriva alla conclusione della unicità dell’essere vivente nel suo insieme capace di autoguarirsi e quindi in salute e “funzionante” nella norma delle cose. L’alterazione di questo stato è la **disfunzione** che lui intuisce trattare con la liberazione dei restringimenti in quanto cause principali di malfunzionamenti che creano ristagni, cattiva

⁷² Nisand M. “Metodo Mézières Rivoluzione in fisioterapia”

⁷³ nella biografia Still spiega come la passione e gli studi ingegneristici lo abbiano stimolato nel comprendere il meccanismo di questa macchina umana così perfetta. Egli infatti era intento oltre che a fare il medico a studiare sistemi di facilitazione per la irrigazione e il raccolto che per l’epoca era davvero manuale e privo di mezzi ma necessario ai coloni che sopravvivevano di quello.

circolazione, cattiva ossidazione e quindi gas nocivi che quando tornano in circolazione avvelenano ammalandolo il corpo.

Tutto questo parte da considerazioni di un medico che cerca una soluzione medica a problematiche che la medicina contemporanea non riusciva a risolvere.

L'evoluzione delle due metodiche nel tempo percorre fasi diverse.

Per Mézières, in Europa, agli inizi degli anni 80' quando la metodica è al suo massimo successo, viene praticata, studiata e implementata da molti addetti ai lavori come fisioterapisti, medici che ne abbracciano il pensiero e lo seguono.

In alcune circostanze lo rimodellano, in altre cercano di evidenziarne ed oggettivarne la metodologia per renderla (a loro modo di vedere) più facilmente trasmissibile e praticabile con certezza di risultati e tramite percorsi ripetibili e con modalità scientifiche "evidence based".⁷⁴

Il cammino dell'osteopatia invece prende strade completamente opposte, si è divulgata in Europa dall'Inghilterra, alla Francia ancora in Italia, Svizzera Belgio e altri paesi con difformità almeno in Europa davvero notevoli.

In alcuni casi come in Francia, Belgio, Svizzera e soprattutto in Inghilterra, recentemente in Portogallo, il corso di studi è stato regolamentato, disciplinato e riconosciuto. In Italia ancora le scuole possono formare osteopati con differenze didattiche enormi non avendo il legislatore messo ancora mano alla regolamentazione della materia.⁷⁵

Quindi il cammino dell'osteopatia che è elemento evidentemente ancor più vasto e sicuramente di pertinenza sanitaria, si basa al momento su una preparazione lontana dalle facoltà di medicina. Questo potrebbe non essere un problema. Anzi, secondo molti potrebbe

⁷⁴ Si fa riferimento qua ai testi e gli autori come Mauro Lastrico e Philippe Souhard che hanno cercato di inquadrare in schemi più oggettivi una metodica empirica come descritto nei loro testi.

⁷⁵ Ciò nonostante in alcuni ospedali, ad esempio il pediatrico Mayer di Firenze riconoscono ed ospitano la collaborazione di osteopati nel lavoro con i pazienti. Il centro iperbarico di Ravenna è un altro esempio. Lì lavora con l'equipe medica un osteopata. Altri ospedali stanno iniziando collaborazioni simili.

essere anzi un bene. Questi, sostengono che la costrizione della medicina osteopatica dentro canali tecnici come prevede l'insegnamento universitario sanitario, potrebbe snaturare l'autonomia e le funzioni base dell'osteopatia. Pur nella differenza di vedute e con mire ad inquadrare l'osteopatia in ambiti diversi tra scuole private e università, tutti concordano sul fatto che urge un inquadramento della professione anche come medicina complementare. Invece al momento è riconosciuta come attività professionale, ma ancora da inquadrare.

Le metodiche posturali, non solo quella ideata da Mézières, più dell'osteopatia possiedono al momento un inquadramento nella formazione che si rivolge a specialisti del settore già operativi come massofisioterapisti, fisioterapisti o laureati in scienze motorie ad esempio. Le prime figure possono trattare i casi sanitari e le seconde, quelli riferibili a prevenzione e mantenimento. Ma citiamo anche solo la valutazione podologica, come ottica e così via..

Il primo paradosso che si evidenzia è proprio questo. Oggi è inquadrata in un ambito ben preciso parasanitario più la mirata metodica posturale della Mézières dell'Osteopatia che è nella pratica senza dubbio una pratica sanitaria complessa ma che ancora non ha trovato standard internazionali comuni.

Le retrazioni delle catene enunciate da Françoise Mézières, sono evidenti nei dolori di accrescimento dell'età puberale e in tutti quei casi in cui inattività, cattiva postura e alterazioni dismorfiche del rachide provochino dolore.

Le tipologie di intervento sono diverse ma sinergiche.

Pur tra mille enunciate contraddizioni, è la pratica olistica che sembra essere il comune denominatore. Il punto importante che collega le cose. Le persone oggi necessitano di attenzione ai bisogni, ai dettagli e questo si è visto bene nello sviluppo di questo lavoro con l'osteopatia.

Concepite con storie diverse tra loro ma ancora una volta fondamentali si incontrano i concetti di unicità del meccanismo umano nel suo complesso. E come il corpo parli tramite la

forma descrivendoci quindi funzionamenti e malfunzionamenti, permettendoci di percorrere a ritroso questa affermazione e indicandoci infine la strada che porta al trattamento necessario che aiuta il corpo a riprendere la sua naturale fisiologica funzione.

Mézières parlava di “*liberare il respiro*”⁷⁶ non di educare il diaframma, liberare i vincoli delle catene provocate dalle stesse costrizioni delle fasce e delle contratture.

Still apriva agli stessi concetti di liberare la circolazione, le costrizioni, il ristagno fisiologico affinché il corpo potesse funzionare perfettamente.

In ambito strutturale e posturale, le manovre osteopatiche sembrano essere sinergiche alle manovre Mézières.. Attingendo al meglio, la tecnica, si arricchisce e migliora la seduta e l'efficacia nel suo complesso sicuramente.

In definitiva, se si proviene da un percorso che ha esplorato molti campi si tende per un certo tempo a tenere separate le conoscenze, le funzioni e le tecniche che sono molte in questo campo. Con il tempo però le attività, le conoscenze stesse sommate e “contaminate”, assumono aspetti diversi che confluiscono non solo in una somma di cose , ma che costituiscono in definitiva una nuova pratica che utilizza i concetti base olistici e nel nostro caso osteopatici.

La ampiezza delle possibilità in Osteopatia in effetti costituisce una ricchezza unica nel suo genere dove solo con le mani si può riuscire a valutare e trattare allo stesso tempo le disfunzioni che ci si presentano.

La visione Osteopatica del termine postura è in infine la più ampia. E' globale.

In effetti, nella realtà, non ci si può rifare ad un modello biomeccanico base per la definizione dell'allineamento posturale. Non ci sono riferimenti al numero aureo come non ci sono riferimenti che non comprendano la unicità di equilibrio in rapporto con l'ambiente di ogni singola persona.

⁷⁶ Nisand M. “*Metodo Mézières Rivoluzione in fisioterapia*”

Si può quindi parlare di tensioni antigravitazionali, e di manifestazioni chiave di questi.

Il corpo scompensato, cerca compensi e la visita/valutazione osteopatica posturale è un possibile mezzo iniziale di valutazione.

Oggi sono descritti cinque modelli osteopatici che costituiscono la base di intervento osteopatico e che sono descritti nella tabella sottostante⁷⁷

TABELLA 1.1 Approcci osteopatici alla cura del paziente		
Modello	Correlati anatomici	Funzioni fisiologiche
Biomeccanico	Muscoli posturali, colonna vertebrale ed estremità	Postura e movimento
Respiratorio-circolatorio	Ingresso toracico, diaframmi toracico e pelvico, tentorio del cervelletto, gabbia toracica	Respiro, circolazione, sistema venoso e drenaggio linfatico
Metabolico-energia	Organi interni, ghiandole endocrine	Processi metabolici, omeostasi, bilancio energetico, processi regolatori; attività immunologiche e infiammazione e riparazione; digestione, assorbimento dei nutrienti, eliminazione delle scorie; riproduzione
Neurologico	Capo (organi di senso speciali), cervello, midollo spinale, sistema nervoso autonomo, nervi periferici	Controllo, coordinamento e integrazione delle funzioni dell'organismo; meccanismi protettivi; sensazioni
Comportamentale	Cervello	Attività psicologiche e sociali, per esempio ansia, stress, lavoro, famiglia, abitudini come sonno, abuso di sostanze, attività sessuale, esercizio fisico, valori, atteggiamenti, convinzioni

La “Rivelazione “ se si può chiamare così infine di tutto questo percorso è proprio che non si può legare con paragoni la medicina osteopatica ad altre metodiche né posturali né altro. L’osteopatia abbraccia nel suo complesso una filosofia che interviene e si intreccia con moltissime cose ma rimane se stessa come medicina complementare. Questo sembra a chi scrive questo lavoro la grandezza pur con i suoi limiti di una pratica che merita sicuramente di rimanere libera non inquadrata in una serie di metodiche che ricordano più propriamente la riabilitazione fisioterapica che non l’osteopatia. I casi descritti di seguito sono in larga parte contaminati dalle due cose poiché come detto rappresentano un iter personale lungo cinque lustri che sono serviti ad arrivare al lavoro di Osteopata.

⁷⁷ Chila G. Anthony. in associazione con AOA (American Osteopathic Association) “Fondamenti di medicina Osteopatica” Sec. Ed. italiana Casa editrice Ambrosiana 2015

4.1 Esposizione casi clinici

Si espongono di seguito una sintesi di problematiche e di risultati pre e post trattamento con alcuni casi trattati con metodiche osteopatiche. I casi sono una piccola parte randomizzata dei trattamenti svolti negli ultimi tre anni a soggetti sofferenti di rachialgia per i più svariati motivi.

Sono stati scelti e descritti brevemente per la scelta di concentrarsi sull'efficacia dei risultati tramite la scala V.A.S. e anche perché rappresentano per l'esperienza personale di chi scrive che ripercorre nel trattamento il processo "evolutivo" del percorso di studi delle metodiche osteopatiche. Questo lavoro spero possa essere preludio a creare uno studio più complesso e di evidenza di risultati con dei parametri e criteri di valutazione in ottica E.B.M.

Si descrivono quindi come segue :

Caso N°) Cognome, nome (iniziali) – anni - Sesso - problematica principale – VAS iniziale e VAS finale

Caso 1: M.K. F. di 32 anni Leggera scoliosi L dx convessa, dolore lombare cronico tollerato fino a quando ogni tanto raggiunge livelli fastidiosi generalmente curati con antinfiammatori. VAS iniziale (7).

Alla valutazione posturale presentava uno sbilanciamento del bacino in Antero versione a dx con TFE +++.

Si sono eseguiti test di Downing,

Trattamento consigliato dal medico: rieducazione posturale. Si sono eseguite 6 sedute a cadenza settimanale con trattamento a tappeto e posture base che fin dalla prima seduta hanno dato notevole sollievo alla paziente.

Le tensioni sono diminuite da subito e si è raggiunto un livellamento bilanciato dei muscoli ileocostale di destra e sinistra associato ad una maggiore mobilità e miglioramento generale. Si sono effettuate in associazione alle posture, manovre fasciali di massaggio decontratturante alla fine di ogni seduta. Alla fine il TFE/ TFS di controllo. Alla fine delle sedute già dalla terza, la paziente ha sentito la maggiore libertà di movimento associata a sicurezza datale dal calare importante della sintomatologia. Non è stato necessario insistere oltre visto la bontà del risultato ottenuto. **Vas finale (0)**

Caso 2: R. P. F. di 58, Rachide sofferente da anni con rettilineizzazione della fisiologica lordosi cervicale. VAS iniziale (8/9)

La valutazione posturale non presentava in effetti evidenti scompensi ma la rigidità di tutto il rachide contrastava con la evidente mobilità dal bacino in giù e presentava piedi ad artiglio ed atteggiamento Antero flesso se esaminato lateralmente ma di tutto il tronco.

Anche ai test osteopatici effettuati risulta rigida in flessione e lateralità con un bacino “attaccato al tronco” con picchi di dolore e giramenti di testa soprattutto focalizzati al tratto cervico dorsale.

Dopo due sedute però il dolore era sceso di poco e la rigidità rimaneva importante anche se leggeri miglioramenti erano evidenziati dalla paziente come “sensazione di maggiore mobilità).

Con il medico che ha ricontrollato la paziente, si è deciso di aggiungere alle posture di stiramento, manovre miofasciali leggere sulla parte cervicale e TEM (tecniche ad energia muscolare soprattutto con tecnica per l’estensione del sacro da prono).

Alla sesta seduta i miglioramenti erano sensibili ed il dolore compariva a tratti e solo in forma minore. Si sono eseguite in forma mista e per dieci sedute tecniche osteopatiche e Mézières. La paziente alla fine delle dieci sedute presentava una **VAS finale a (1)**. Soprattutto dal punto di vista posturale la maggiore mobilità e il riallineamento della catena cinetica posteriore permetteva una migliorata mobilità in armonia tra tronco alto e sacro. Non si è controllata la differenza radiografica del tratto cervicale che anche per problemi fisiologici degenerativi permane in un atteggiamento meno mobile con rettilineizzazione della fisiologica lordosi da mantenere sotto controllo.

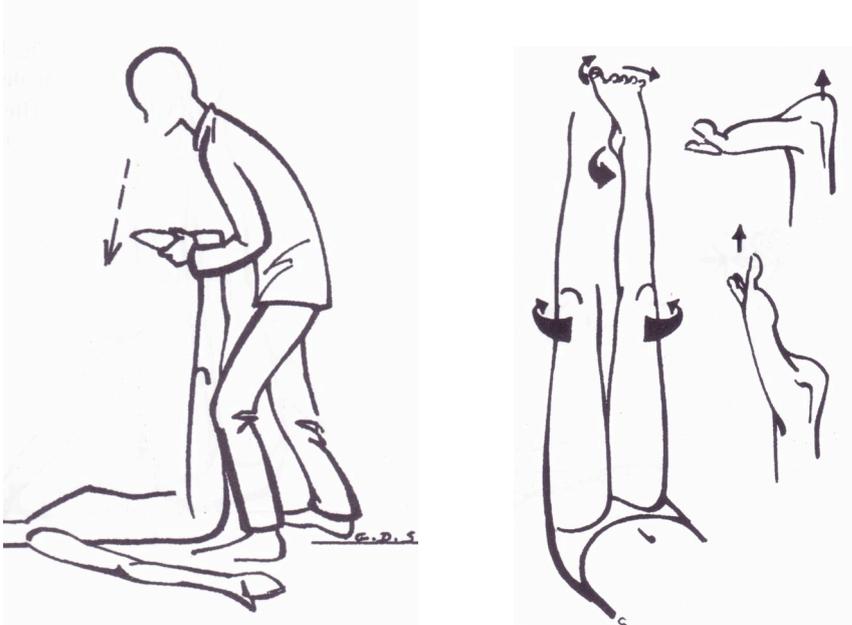
Caso 3: *Z.G. M. di 13 anni. da molti mesi aveva dolore e debolezza e limitazione funzionale al tratto lombo sacrale del rachide. VAS iniziale 5 a riposo e 9/10 sotto sforzo.*

Arrivato allo studio dopo un percorso di valutazione multidisciplinare vario. Visto il notevole accrescimento degli ultimi mesi alla visita lo specialista proponeva un percorso di rieducazione posturale per vincere le grandi tensioni della fascia posteriore.

Presentava una cifosi dorsale e impossibilità alla flessione totale. Dopo una prima valutazione effettivamente risultava molto costretto in tensione per qualsiasi allungamento. Data la giovane età è risultato difficile cercare le tensioni sul lavoro a tappeto spalle a terra, con le gambe distese e le anche che non si alzavano più di 45 gradi da terra con grossa sofferenza.

La mobilità limitata dalla poca sopportabilità e dal senso di costrizione dolorosa generalizzato.

Si sono inizialmente usate manovre fasciali sul tratto dorso cervicale da supino che hanno subito donato un po' di sollievo al paziente che ha aumentato la fiducia e gli sforzi conscio della possibilità di migliorare.



referimenti figg 35 e 36 pagine 42,43

Con calma e spiegando bene i movimenti che avrebbe dovuto fare e le reazioni che avrebbe avuto e dovuto superare, siamo riusciti a arrivare ad una flessione di 60/65 gradi circa delle anche da terra distese. Alla fine della prima dura seduta il ragazzo appariva davvero sollevato e crescentemente motivato a fare ogni sforzo per migliorare.

Siamo riusciti a conquistare la posizione seduta con gambe distese e busto eretto alla 4 seduta e facendo molti esercizi di facilitazione con le caviglie e con le mani sempre lavorando a tappeto.

Alla fine del trattamento di otto sedute base più due eseguite a distanza di 2/3 settimane la **VAS finale era 0** ed è stato in effetti uno dei risultati migliori se non il migliore perché siamo riusciti a portare le gambe in estensione a novanta gradi a tappeto, spalle a terra e conquistato la posizione seduta riequilibrando quindi il bacino e togliendo di fatto i dolori trafittivi dovuti al veloce sviluppo corporeo di quel periodo. Ha ripreso a giocare a calcio normalmente e con le sole precauzioni di effettuare sempre prima riscaldamento e stiramenti mirati. Ad ogni seduta si sono usate tecniche dolci fasciali e rilassamento con ascolto cranio

sacrale perché sortiva un effetto rilassante e rassicurante molto importante soprattutto agli inizi del trattamento, nelle prime sedute.

Caso 4 : R.L. F. di 42 anni. Dolore del rachide a livello lombo sacrale. Associato a questo, spesso dolore trafittivo a livello dorso lombare e cruralgia destra VAS iniziale 7,5.

Alla valutazione posturale presentava una iperlassità legamentosa e una piccola rotazione del bacino in senso antiorario . il bacino era rigido nei basculamenti iliaci testati dalla posizione supina.

Si è eseguito un trattamento Miofasciale con stiramenti nella zona dei muscoli paravertebrali dalla posizione prona fig. 65 e trazioni - basculamenti delle anche e degli arti inferiori con il paziente in posizione supina sul lettino e operatore in fondo al letto con le mani sulle caviglie della paziente . Gambe estese come mostrato in fig. 66 .



Fig. 65⁷⁸

⁷⁸ Nicholas Alexander S. “atlante di tecniche osteopatiche” ed. Piccin 2013



Fig. 66⁷⁹

Dopo effettivo rilassamento, si sono applicate le posture di stiramento a tappeto con paziente supino gambe alzate e si è potuto in effetti ottenere uno stiramento efficace e resistente senza reazioni dolorose della paziente che ha effettuato sei sedute.

Nelle sedute dalla seconda alla sesta si è utilizzato tecniche miste osteopatiche soprattutto di rilassamento con il posizionamento e la detensione di tender point che hanno permesso il lavoro più pesante a tappeto con paziente seduto in atteggiamento a squadra attivo. Manovre di compressione/decompressione sacrale sono state utili perché toglievano molta della tensione lombare accumulata anche in sede sacro iliaca

Il risultato anche qua eccellente con la **VAS finale che è scesa a 1** la cruralgia è scomparsa del tutto e le indicazioni che sono state date sono soprattutto di igiene posturale per lei che svolge un lavoro sedentario fisicamente.

⁷⁹ ibidem

Caso 5: E.E. F. di 24 anni Dolore trafittivo in tutto il tratto del rachide con particolare impegno a livello cerco dorsale. VAS iniziale 8,5 con soggetto che assume antinfiammatori regolarmente.

Questo caso con una persona giovanissima, attiva e sportiva , ma totalmente contratta secondo la valutazione dello specialista per attività fisica non corretta e postura di lavoro sedentaria e prolungata in atteggiamento sempre scorretto.

Dopo la valutazione posturale si evidenziano contratture marcate a livello del trapezio, della catena posteriore e dei muscoli del collo . il rachide si presenta mobile ma appiattito nella fisiologica lordosi cervicale e lombare .

Si è proposto ed iniziato con un trattamento volto a togliere le tensioni con posture di allungamento a terra alternate al lavoro sul lettino con stiramenti leggeri del rachide e miofasciali.

La scarsa collaborazione della paziente e l'incostante presenza alle sedute non ha permesso un lavoro ottimale che si è basato molto sul rilassamento miofasciale e del massaggio che la paziente prediligeva rispetto al lavoro di messa in tensione (più doloroso).

I limiti della collaborazione e empatia che si deve creare tra soggetto ed operatore purtroppo sono parte di questo caso. Forse non si è riusciti a motivare sufficientemente la paziente a resistere qualche minuto al fine di un riequilibrio posturale che credo, sarebbe stato un buon lavoro per lei. Soprattutto in prospettiva. Si è però ottenuto un risultato più immediato mirato alla risoluzione del dolore con i trattamenti miofasciali osteopatici che ha portato la **VAS finale a 4** questo è un caso che secondo me poteva avvalersi di più e con risultati più stabili nel tempo con un lavoro completo che non si è riusciti a svolgere.

Caso 6: R. M. M. di 48 anni con ernia discale su L3, L4 dolorosa e rachialgia diffusa più consistente ovviamente nel tratto lombo sacrale. VAS iniziale 9/10

Il signore svolge un lavoro molto pesante soprattutto nella stagione primaverile ed estiva. Si è presentato con un atteggiamento a C ovvero letteralmente piegato in avanti e verso sinistra. Una deambulazione incerta dovuta stando alla diagnosi medica ad un'ernia su L3 L4 che gli provoca un dolore molto forte ma che non può curare con riposo per necessità lavorative per lui irrinunciabili. (lavoratore stagionale che non può lasciare gli impegni presi) Riesce a stare sul trattore solo perché la postura antalgica di rotazione in avanti e a sinistra è quella che mantiene gran parte della giornata per controllare oltre alla guida in avanti, quello che succede dietro di lui .

Viene indirizzato per mobilizzazioni manuali. Difficile testare la mobilità attiva poiché bloccato in questa posizione.

Si è impostato un graduale movimento passivo partendo dagli arti inferiori a quelli superiori e con un trattamento miofasciale dalla posizione prona (unica possibile sul letto).

Si sono eseguite otto sedute a giorni alterni . Trattamento ravvicinato per recuperare il ROM per quanto possibile prima di svolgere altre manovre. Ai movimenti basculanti in posizione supina siamo arrivati alla terza seduta. Si sono eseguite tecniche ad energia muscolare alla quarta seduta con paziente seduto. Massaggi decontratturanti.

Dalla quinta seduta si sono eseguite tecniche ad energia muscolare con paziente di lato sul lettino. Si è ottenuto un graduale miglioramento a tratti marcato della sintomatologia dolorosa e in parte anche della postura che rimane alla fine delle sedute da correggere. Il paziente deve iniziare a breve un altro ciclo di sedute in estate. VAS fine trattamento 3/5 secondo degli impegni lavorativi che nei giorni pesanti aumentano in negativo la sintomatologia dolorosa.

In questo paziente si sono utilizzate esclusivamente tecniche manuali miofasciali di natura osteopatica e decontratturante, ma sarebbe utile al momento in cui il dolore scendesse ancora un po' provare, a inserire manovre correttive e di detensionamento al fine di correggere una postura che è davvero viziata al momento e che può essere se non corretta nel breve, causa di altre problematiche del rachide.

In questo caso anche i trattamenti miofasciali leggeri e rilassanti hanno efficacia soprattutto al fine di preparare ad un lavoro di stiramenti spesso dolorosi ma indispensabili per correzioni posturali di importanza rilevante, resistenti e ben strutturati.

Il paziente ricomincerà una seconda parte di riallineamento strutturale a settembre. Obiettivo prossimo stabilizzare i risultati ottenuti e migliorare ulteriormente una postura ancora alterata. Vas finale 2,5

Caso 7: M.A. Signora di 65 anni. con dolore lombo sacrale a tratti molto acuto VAS iniziale 8/9

Al controllo posturale presenta marcate rigidità su tutto il tronco, ma anche un test positivo in flessione dalla posizione eretta. TFE +++.

Il Downing test evidenzia un atteggiamento in effetti di disfunzione in anteriore dell'ileo .

In questo caso si sono eseguite manovre miofasciali come per (caso 5) e si sono aggiunte più ripetizioni di esercizi ad energia muscolare . (Figg. 67 e 68)



Fig. 67

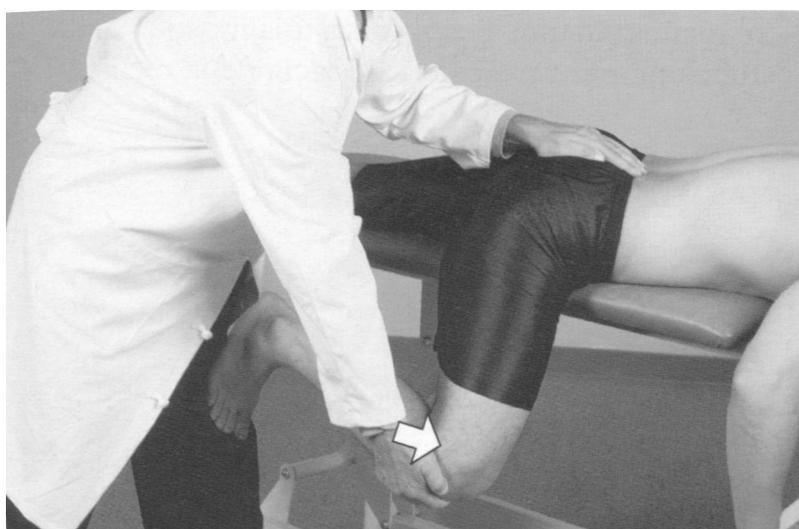


Fig. 68

dopo tre ripetute degli esercizi in fig. 67 in cui il paziente spinge dalla posizione prona il piede verso la gamba dell'operatore, e questi resistendo in pari intensità, aspetta circa cinque secondi e chiede il relax al paziente. Operatore spinge in flessione l'anca a guadagnare escursione in flessione e si ripete nuovamente. Dopo 3 cicli di 3 ripetizioni e la successiva rivalutazione il TFE risultava non positivo ed il paziente avvertiva un piccolo miglioramento. Nelle sedute successive si sono eseguite sempre tecniche miofasciali in assenza di test positivi per il bacino e il sacro e la **VAS finale 2** evidenziava dopo un ciclo di sei sedute bisettimanali, un miglioramento sostanziale sia del dolore che di una maggior mobilità acquisita.

Caso 8: P.R. Signore di 62 anni affetto da lombalgia cronica con periodi di acuzie VAS

Iniziale 5,5

Questo è il caso di un professionista che soffre costantemente di lombalgia che arrivava dopo molteplici esperienze posturali. Dalla medicina complementare alle varie possibilità interpretative che offre anche all'odontostomatologia . ciò premesso permaneva un generale senso di costrizione con limitazione funzionale costante ed una VAS iniziale 5,5 che praticamente accompagna la persona sempre.

Alla valutazione posturale sono emersi anche problemi clinici come uno stato di rigidità osteoporotica importante alla testa del femore sinistro con conseguente limitazione funzionale. il paziente presentava un arto inferiore a riposo da supino in atteggiamento abdotto ed estraruotato già a riposo con limite di rom in estensione e intra rotazione dell'anca quasi totale.

Alla deambulazione quindi la gamba flette in avanti l'anca ma non riesce a fare tutta l'escursione al passo seguente con conseguente zoppia se si cerca di allungare il passo. La prognosi ortopedica prevede un probabile intervento di protesizzazione totale di anca.

Si è insistito a cominciare con metodiche rilassanti e fasciali all'inizio del ciclo di 7 sedute ad intervallo settimanale svolte ad oggi. Si sono attenuate con piccolo miglioramento articolare le contratture profonde a livello dell'anca.

Ottenuto un rilassamento anche sotto il punto di vista della fiducia soggetto / operatore, si è iniziato il lavoro a tappeto molto pesante per il paziente che però molto motivato ha di buon grado svolto con collaborazione e già dalla seconda seduta. Anche a questo paziente si sono applicate alla fine di tutte le sedute Taping posturale "TNM method"⁸⁰ al fine di favorire un drenaggio linfatico dopo gli stiramenti provocati dalle posture eseguite allo studio.

⁸⁰ Blow David *"Taping Neuromuscolare, trattamento edemi, ematomi, cicatrici"* ed. Edi-Ermes 2013

Si è ottenuto un buon margine di miglioramento alleviando le tensioni della catena posteriore molto contratta.

I risultati sono stati molto positivi con un benessere conquistato e una sensazione di maggiore libertà di movimento che ha poi prodotto un miglioramento della VAS . il paziente ha descritto il risultato come una riconquista di una situazione di normale benessere.

VAS finale 1

Caso 9: G.L. Signora di 49 anni affetto da cervicalgia cronica con periodi di acuzie

VAS Iniziale 6,5

Questa Signora presentava un quadro radiografico molto compromesso della colonna cervicale in particolare. Aveva appena concluso inefficacemente ciclo di terapie da chiropratico e molto sfiduciata.. concomitanza con inizio meno pausa le è stato proposto di fare tre sedute di manipolazioni osteopatiche.

La paziente presentava una rigidità associata ad una compattezza fisica difficilmente valutabile a livello motorio . assenza di flessione. Cervicale e dorso piatti. Grossa stabilità e rigidità dal bacino in giù.

In prima seduta dalla posizione supina si è effettuato un reset body completo che è culminato in un trattamento finale della cervicale con pompages, leggerissimi e trattamento dei tender point nella zona del trapezio.

Alla seconda seduta la signora aveva davvero un altro aspetto ed era rilassata moltissimo. Si sono eseguite manovre indirette atte a guadagnare almeno la mobilità dorsale e sempre le manovre della prima seduta. Alla terza seduta la paziente riferiva di avere avuto nuovamente il ciclo dopo mesi di assenza. Abbiamo spostato le sedute sul piano dell'ascolto cranio

sacrale e del rilassamento. La paziente è in trattamento al momento con indicazione di fare una seduta una tantum per scopi preventivi e di sostegno.

Qua il risultato è stato molto importante e onestamente anche al di sopra delle aspettative ma ha costituito anche per il sottoscritto una conferma ulteriore della inseparabilità del rapporto persona/persona. Riuscire ad “accogliere” le problematiche di questa persona così complessa alla valutazione iniziale ha costituito una grande soddisfazione e un grande stimolo.

I notevoli problemi del tratto cervicale basso necessitano comunque una considerazione e un controllo continuo per accompagnare positivamente l’evoluzione di questo quadro specifico.

Vas finale 2

Caso 10: P.R. M. di 39 anni affetto da lombalgia cronica con periodi di acuzie VAS

Iniziale 7

Abbiamo testato TFE --- TFS Che sembrava positivo a destra. Il paziente presenta una rigidità e dolore irradiato tra pelvi ed anca. Si sono eseguiti test sacrali Spring e test di respirazione. Alla restrizione del movimento e la rotazione con leggera elevazione della AIL, si sono effettuate manovre prima di mobilità bacino ed anche. I movimenti rigidi .

Si sono eseguite manovre di rilassamento da prono e fasciali sulla zona lombare.

Manovre di rilasciamento del sacro con mano cefalica sulle vertebre dorsali basse e mano caudale sulla estremità del sacro. Eseguiti movimenti facilitatori ritmici agevolando il respiro e l’escursione del movimento.

Alla rivalutazione il TFS risultava sempre positivo . si sono eseguite una manovra in Sim Laterale con tecnica ad energia muscolare. Effettivamente dopo 5 ripetute e un discreto guadagno del movimento verso il pavimento, alla rivalutazione il TFS era negativo.

Si sono eseguite 4 sedute che dopo tecniche descritte si sono concluse con rilassamento ed ascolto craniale che è ben rilassante . il paziente viene mensilmente per un trattamento di

prevenzione visti i buoni risultati . infatti, da subito è passato il dolore pelvico e dalla seconda seduta escluso quello delle anche.

Il paziente non ha ancora voluto chiedere al medico curante di fare se lo ritenesse opportuno come sembrerebbe, una radiografia anche per valore storico non solo anamnestico e valutativo in una persona che da tanto tempo lamenta comunque disturbi lombari sempre trascurati se non nel momento del dolore acuto.

VAS finale 1

5.2 SINTESI E CONCLUSIONI FINALI

Abbiamo descritto sommariamente il percorso di dieci soggetti eterogeni per età , sesso, professione.

Ognuno di loro presentava un caso diverso in tutto e per tutto. La cosa in comune , il dolore del rachide, “il mal di schiena”.

Il trattamento manuale dei dismorfismi del rachide e delle alterazioni posturali prevede un approccio diverso e più articolato di come comunemente intendiamo.

Nell’esperienza fatta, in questi anni, il percorso con i soggetti qua riportati, è stato caratterizzato da un approccio comune. Ovvero ci si è trovati spesso di fronte ad una prescrizione medica che indicava una indicazione iniziale, una diagnosi in base al dolore. Un punto di partenza che si è evoluto in un trattamento osteopatico di volta in volta adattato ai cambiamenti e ai miglioramenti del soggetto.

Questo percorso ha evidenziato meglio lati conosciuti e creato al tempo stesso nuovi interrogativi ma anche nuove certezze.

I pazienti trattati in questo periodo sono in effetti molti di più . Oltre centocinquanta.

All’inizio credevo che utilizzare metodiche osteopatiche con altre metodiche fosse l’aspetto positivo.

Il percorso effettuato invece ha proprio trasformato il modo di vedere le cose.

Ho scoperto un modo nuovo di aiutare le persone. Ho scoperto l’importanza dell’ascolto anche in momenti di caos.

Ho riscoperto una passione che sembrava un po’ spenta, e che le persone sono al centro di tutto.

Ho preso molto di più dai pazienti e dagli amici trattati di quanto ho dato ed ho scoperto quanto c’è da fare, da studiare, da lavorare.

La visione dell'insieme della persona mi ha portato in dote una conquista in breve tempo ovvero che la Osteopatia non era una metodica, ma una medicina a se stante con tutti i suoi pregi e limiti.

La Visione olistica e tridimensionale del corpo e la globalità della persona portano anche a capire i propri limiti, ma aprono anche porte incredibilmente ampie dietro le quali ci sono moltissime sfaccettature da scoprire.

Per chi ha iniziato molti anni fa con un percorso di riabilitazione come me non è stato facile valutare oggettivamente un modo diverso di vedere le cose.

Ci è voluto molto tempo e solo per capire che ci vuole e ci vorrà molto lavoro, determinazione e passione.

Tutto ciò premesso, ci tengo a sottolineare l'importanza delle metodiche riabilitative posturali classiche che anzi in questi anni ho continuato a nutrire, esse sono parte di una funzione fondamentale in certi percorsi fisiokinesiterapici delle quali ogni terapeuta può testimoniare l'efficacia. E' necessario capire solo il distinguo tra riabilitazione e fisioterapia e osteopatia.

In questo lavoro si sintetizza con l'esposizione di alcuni casi un percorso di crescita personale appena iniziato. I risultati ottenuti in termini prevenzione, di risoluzione del dolore e di acquisizione di libertà di movimento, nei casi trattati in questa tesi evidenzia senza dubbio la validità della strada Osteopatica che non disconosce il pregresso, ma che stratificandosi, amplifica notevolmente le possibilità di intervento ed incoraggia sicuramente a percorrere questa strada. Un pensiero finale, porta, spontaneo a ribadire infine la speranza che un percorso rapido e adeguato porti questa "medicina complementare"⁸¹ verso una definizione e

⁸¹ Così come viene definita negli ultimissimi dati dell'O.M.S. in merito al progetto sanitario "WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023" "in cui Osteopatia viene anche ridefinita "T&CM" Traditional and complementary medicine; stabilendo quindi e ridefinendo ulteriormente la tradizione e complementarità di questa metodica che così come spiega l'OMS, contribuisce al benessere, incide fortemente nel risparmio e va incontro alla determinazione comune di "demedicalizzare la medicina" la dove sia possibile.

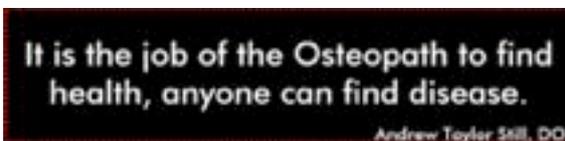
un inquadramento professionale specifico necessario ad il raggiungimento di un adeguato livellamento della preparazione degli osteopati.

L'Europa ha fornito le linee guida per la formazione degli osteopati che però in Italia rischiano di essere difficilmente applicabili per colpa di tutte le norme divergenti che ad oggi hanno creato molteplici e diverse professionalità che andranno sanate ma nessuno sa come.

Negli Stati Uniti d'America dove è nata l'osteopatia, gli osteopati sono a tutti gli effetti medici che possono prescrivere anche farmaci antinfiammatori in preparazione o comunque congiuntamente ai trattamenti manuali.

Evoluzione o involuzione. Questo il tema discusso anche in Europa e in Italia oggi.

Certamente il dottor A.T.Still, era contrario a questo. Speriamo che le scelte fatte nel prossimo futuro possano comunque portare in direzione di una professionalità ben distinta e alla costituzione di percorsi di studio formativi validi per le nuove generazioni di osteopati.



BIBLIOGRAFIA

- Balboni G.C. et altri “*Anatomia Umana*” ed. Edi Ermes 2012
- Barni T. et al. “*Anatomia dell’apparato locomotore*” ed- EdiSES 2013
- Barral J.P. e Mercier P. “*Visceral manipulation*” revised edition ed. Eastland press Seattle - 1998-2005
- Beatty R. David et altri. “*Osteopathic Manipulative Treatment For Physicians*” the pocket manual. Second edition. Ed. Lippincott Williams & Wilkins/ Wolters Kluwer Health 2011
- Blow David “*Taping neuromuscolare, dalla teoria alla pratica*” ed. Edi-Ermes 2012
- Blow David “*Taping Neuromuscolare, trattamento edemi, ematomi, cicatrici*” ed. Edi-Ermes 2013
- Chila G. Anthony. in associazione con AOA (American Osteopathic Association) “*Fondamenti di medicina Osteopatica*” Sec. Ed. italiana Casa editrice Ambrosiana 2015
- Corbanese J.J.E. dispense corso ufficiale “*Mézières Italia Formation*” ed. Fisiocorsi 2012
- Daniel L., Worthingham C. “*esame del sistema muscolare*” quarta edizione ed. Verducci 1988
- Di Giovanna E., Dowling D.J., Schiowitz S. “*An Osteopathic approach to diagnosis and treatment*” third edition ed. Lippincot, William & Wilkins 2005
- Dioguardi F., Paola D., Reggiani E. “*Educazione motoria per l’età evolutiva, teoria, metodologia e didattica*”– Edi Ermes – 2005
- Fiocca- Netter “*Fondamenti di anatomia e fisiologia umana*” ed. Sorbona 2^a ed. Piccin 1991
- Gnata Claudio “*La lesion dominante in Osteoposturologia*” ed. Marrapese – Roma 2006
- Godelieve Denys-Struyf “*il manuale del Mezierista volume 1*” ed. Marrapese 1996
- Godelieve Denys-Struyf “*il manuale del Mezierista volume 2 prontuario pratico*” ed. Marrapese 1996
- Greenman’s “*Principles of manual medicine*” fourth edition ed. colters Kluwer, Lippincot, William & Wilkins 2011
- Guolo Franco “*Atlante di tecniche di energia muscolare*” ed. Piccin
- Jones Lawrence D.O., Randall Kusunose PT, Goering Ed D.O. “*Jones Strain CounterStrain*” Ed. Jones Strain-CounterStrain, Inc. 1995

- Kapandji, I.A. *“Fisiologia articolare, vol.3 – tronco e rachide”*, ed. Malone, 2002.
- Kendal H., Kendal F.P., Wandsworth G.E. *“i muscoli, esame del studio funzionale”* ed. Piccin seconda edizione 1985
- Lastrico Mauro *“Biomeccanica muscolo scheletrica e metodica Mézières”* ed. Marrapese 2009
- Makovsky Howard W. *“ Spinal Manual Therapy” second edition* ed. Slack incorporated New York – 2010
- Myers W. Thomas *“Meridiani miofasciali” seconda edizione* ed. tecniche nuove 2011
- Niel-Asher *“trigger point” guida pratica* ed. Edi-Ermes 2007
- Nisand M. *“Metodo Mézières Rivoluzione in fisioterapia”* ed. Fisiocorsi 2010
- Nicholas Alexander S. *“atlante di tecniche osteopatiche”* ed. Piccin 2013
- Nirchio V. Mossi E. Malfanti G. *“Sacro e Bacino”* interpretazione funzionale test osteopatici di valutazione – ed. Marrapese Roma 2003
- Ori Ennio *“tecniche funzionali in osteopatia”* ed. Piccin 2014
- Parson J. Marcer N. *“Osteopathy, models for diagnosis, treatment and practice”* ed. Churchill Livingstone – 2006/2008 London
- Ricciardi P.M., Cignetti A. *“Medicina posturale multidisciplinare”* GR Editrice – Roma 2005
- Ricciardi P.M., Trimboli G. *“Prontuario del posturologo”* GR Editrice – Roma 2005
- Scanu G. *“il metodo terapeutico PRALD”* ed. Piccin 2009
- Seeley- Stephens-Tate *“Anatomia”* ed. Idelson-Gnocchi 2° edizione 2006
- Schunke M. et altri *“Prometeus” atlante di anatomia umana”* ed. UTET 2008
- Souchard Ph.E. *“Ginnastica posturale e tecnica Mézières”* Editore Marrapese – Roma 1982
- Still A.T. *“Filosofia e principi meccanici della Osteopatia”* ed. Castello, 2000
- Still A. T. *“Autobiografia”* ed. Castello, 2000
- Still A. T. *“Filosofia della Osteopatia”* ed. elettronica Castello 2012
- Still A. T. *“Osteopatia, ricerca e pratica”* ed. elettronica Castello 2012
- Stone Caroline *“Visceral and obstetric Osteopathy”* ed. Churchill Livingstone Elsevier Ltd 2007

Tomson D., Schuchhardt C. *“Drenaggio Linfatico” teorie e tecniche di base applicate e fisioterapia decongestionante* Ed. Edi-Ermes

Tozzi P., Lunghi C., Fusco G. *“I cinque modelli osteopatici”* ed. EDRA S.p.a. Milano 2015

SITOGRAFIA

Articoli e materiali:

<http://www.inserm.fr>

Foto:

<http://medicinapertutti.altervista.org>