



# OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL SCUOLA DI OSTEOPATIA

---

## **TESI PER IL DIPLOMA DI OSTEOPATIA (D.O.)**

### **“TRATTAMENTO OSTEOPATICO PER DISTORSIONE (INVERSIONE) DEL PIEDE DI UN MARCIATORE AGONISTA”**

DIRETTORE:  
Dott. Luca Bonadonna

Candidato  
Giancarlo Antonio Cuscunà

ANNO ACCADEMICO 2016 / 2017

---

*fisiomedic*  
ACADEMY



## INDICE

|                                                                        |                |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Introduzione.....                                                      | pag. 5         |
| <b>1 Il Piede.....</b>                                                 | <b>pag. 6</b>  |
| 1.1 Anatomia.....                                                      | pag. 6         |
| 1.1.1 Ossa.....                                                        | pag. 7         |
| 1.1.2 Muscoli e Tendini.....                                           | pag. 8         |
| 1.1.3 Legamenti.....                                                   | pag. 9         |
| 1.1.4 Articolazioni.....                                               | pag. 10        |
| 1.1.5 Archi.....                                                       | pag. 11        |
| 1.1.6 Nervi.....                                                       | pag. 12        |
| 1.1.7 Vasi Sanguigni.....                                              | pag. 12        |
| 1.1.8 Ghiandole sudoripare.....                                        | pag. 13        |
| 1.2 Mobilità del piede.....                                            | pag. 14        |
| <b>2 Traumi sportivi del piede.....</b>                                | <b>pag. 16</b> |
| 2.1 La distorsione (inversione) del piede.....                         | pag. 16        |
| 2.2 Classificazione dei traumi.....                                    | pag. 17        |
| <b>3 Portamento dei piedi nel cammino e nella marcia atletica.....</b> | <b>pag. 19</b> |
| <b>4 Caso clinico.....</b>                                             | <b>pag. 21</b> |
| 4.1 Dati personali.....                                                | pag. 22        |
| 4.2 Diagnosi clinica.....                                              | pag. 23        |
| 4.3 Anamnesi e valutazione obiettiva.....                              | pag. 24        |
| <b>5 Trattamento Osteopatico.....</b>                                  | <b>pag. 25</b> |
| 5.1 Valutazione osteopatica strutturale.....                           | pag. 25        |
| 5.2 Valutazione osteopatica viscerale.....                             | pag. 31        |
| 5.3 Trattamenti.....                                                   | pag. 32        |
| 5.4 Risultato.....                                                     | pag. 35        |
| <b>6 Conclusioni.....</b>                                              | <b>pag. 36</b> |
| <b>7 Ringraziamenti.....</b>                                           | <b>pag. 37</b> |
| <b>8 Bibliografia.....</b>                                             | <b>pag. 38</b> |



## ***INTRODUZIONE***

Propongo questo caso perché, come terapeuta che lavora in ambito sportivo, me ne capitano parecchi, ma essendo questo atleta promessa dell'atletica italiana e conosciuto da parecchi anni, posso dire che oltre alla professionalità ci ho messo passione. Il caso prevede un trauma ben preciso curato inizialmente con le classiche cure protocollate nella riabilitazione. Essendo questa, una distorsione importante, però successiva ad altre poco tenute in considerazione, in quanto non dolorose e provocate con allenamento di marcia su strade "bianche", mi ha portato a fare un ragionamento globale sullo stato di equilibrio fisico strutturale-viscerale dell'atleta stesso. L'approccio osteopatico (applicato dopo la prima fase dove l'atleta ha seguito il protocollo medico) è stato molto utile nella fase di ri-atletizzazione post traumatica, non solo per far riacquisire forma fisica e prestazione, ma anche per rieducare aspetti della quotidianità che non erano corretti o addirittura trascurati, quali il riposo e la corretta alimentazione e idratazione.

## ***1. Il PIEDE***

Il piede è la parte distale dell'arto inferiore, unito dall'articolazione tibio-tarsica. E' composto dal tallone (calcagno e astragalo) che costituisce l'estremità posteriore e che con scafoide, cuboide e cuneiformi formano il tarso; una parte centrale metatarsale e l'estremità anteriore formato da cinque dita. Nella posizione ortostatica, il piede poggia sulla superficie plantare detta anche "pianta", mentre la superficie superiore è detta "dorso" plantare. Michelangelo Buonarroti definì "... un'opera d'arte e un capolavoro d'ingegneria".



### ***1.1 Anatomia***

L'anatomia del piede è costituito da diversi parti, tutte importanti per capirne la funzionalità e la delicatezza.

Andremo a vedere la parte ossea, la muscolatura e relativi tendini, i legamenti, le articolazioni, gli archi, i nervi, vasi sanguigni e le ghiandole sudoripare.

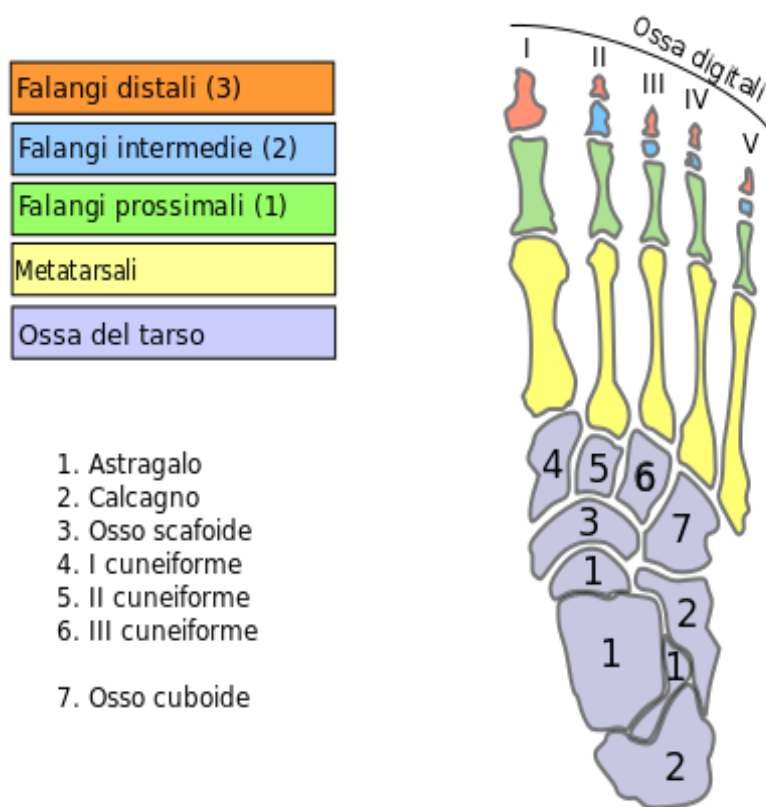
### 1.1.1 Ossa

Il piede umano è una “struttura” pari e simmetrica composta da 52 ossa (26 per piede) e si può suddividere in tre parti:

il TARSO, formato da 7 ossa (calcagno, astragalo, scafoide, tre cuneiformi e cuboide);

il METATARSO, formato da 5 ossa (1°, 2°, 3°, 4° e 5° metatarso);

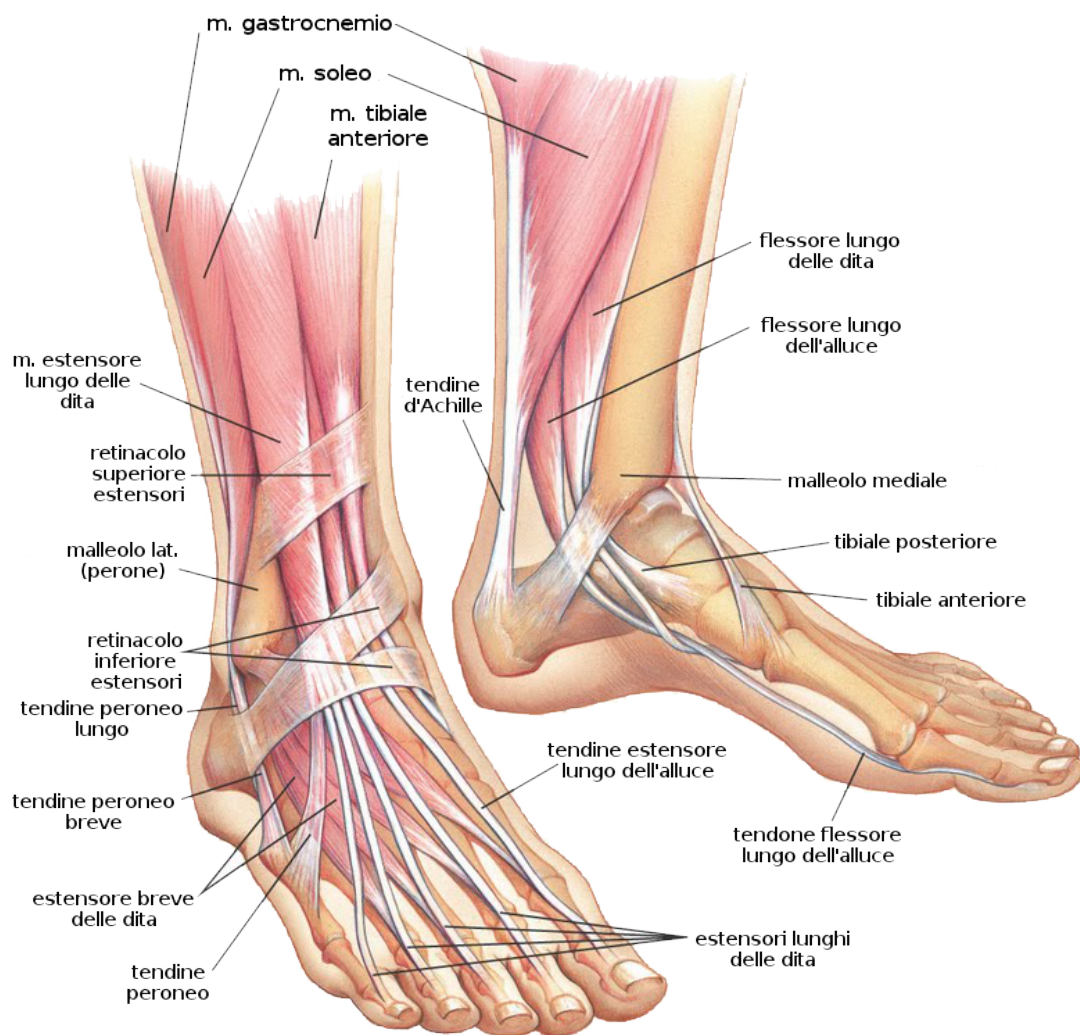
le FALANGI, formate da 14 ossa (5 dita).



### 1.1.2 Muscolatura e Tendini

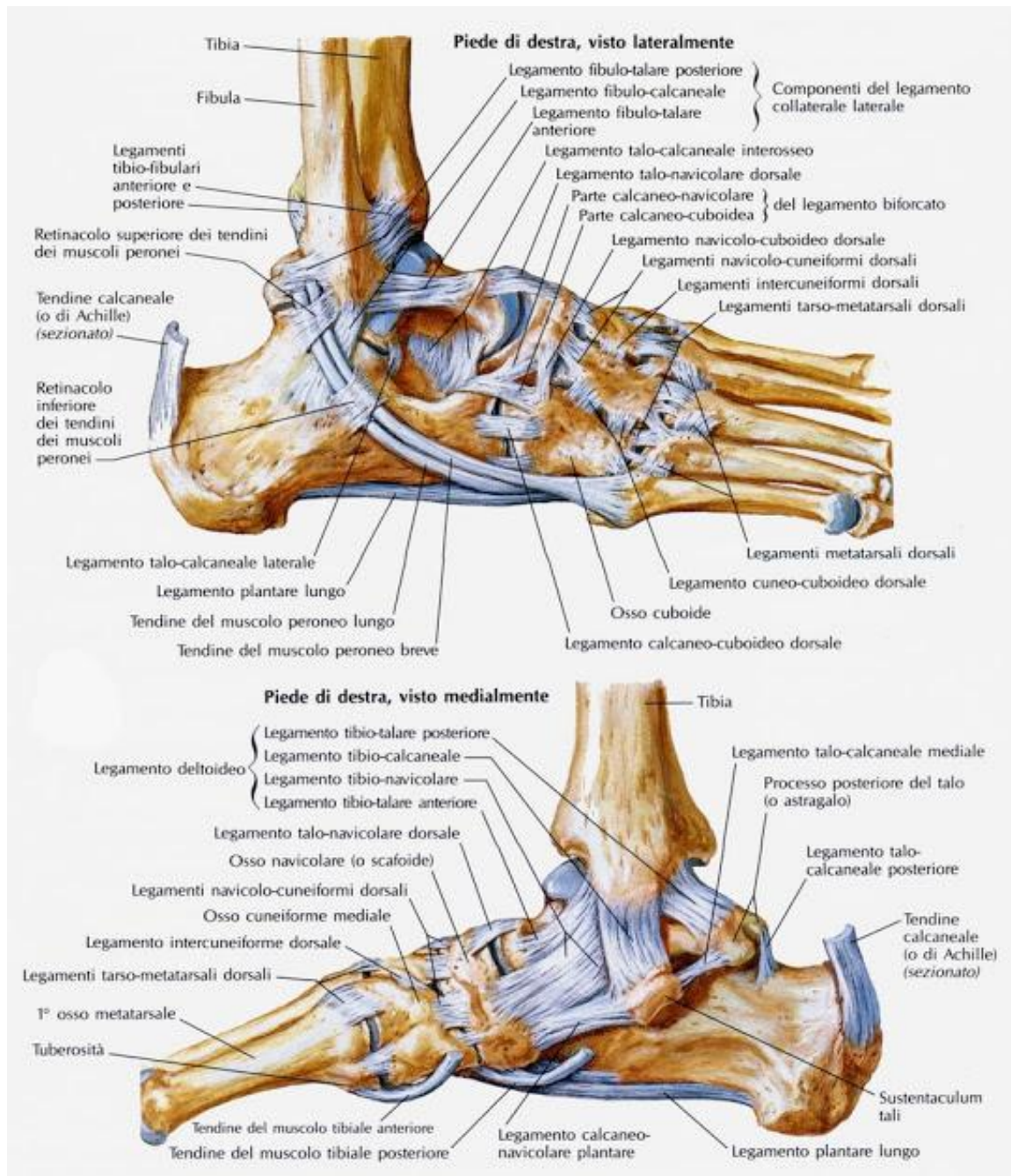
Il piede è interessato da ben 32 muscoli e tendini, quelli plantari sono 18 mentre quelli che partono dalla gamba sono 13. Questi consentono i vari movimenti dei piedi tra gamba e dita.

#### ANATOMIA MUSCOLARE E OSSEA DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE



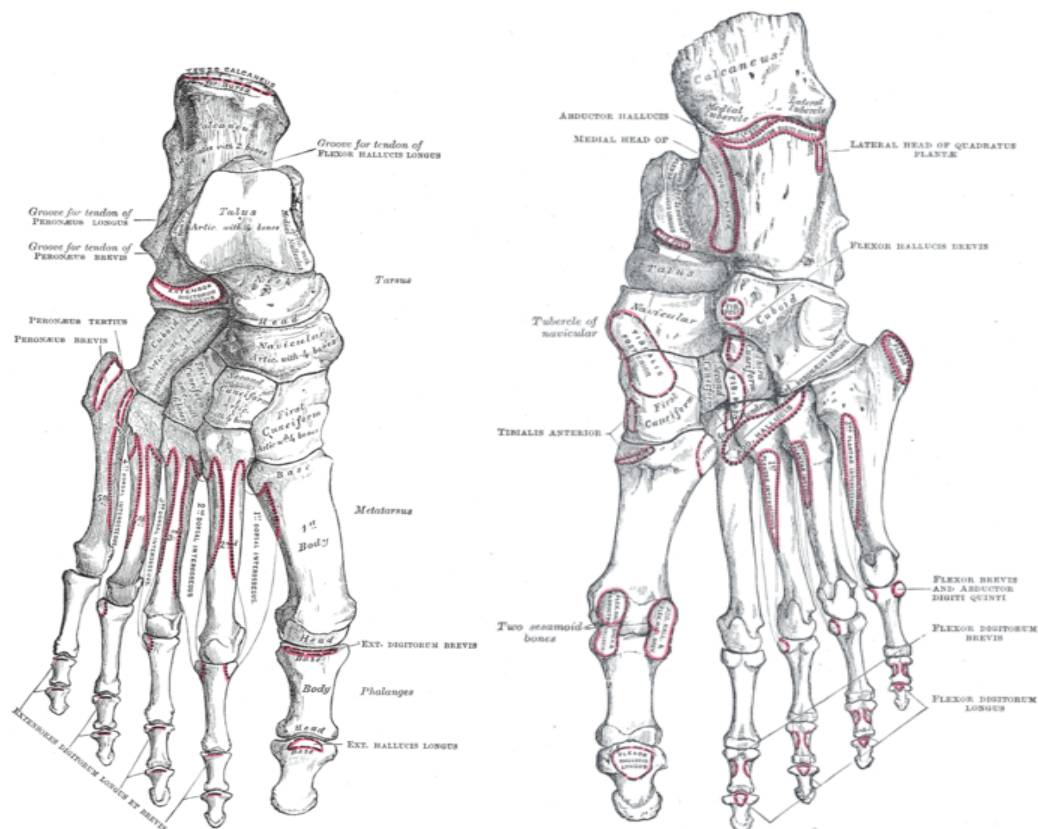
### 1.1.3 Legamenti

Nel piede sono presenti 107 legamenti con la funzione di sostenere integre le giunzioni durante la mobilità articolari affinché si evitino allentamenti delle fibre muscolari.



### 1.1.4 Articolazioni

Essendo il piede formato da molte ossa, dove queste hanno congiunzione danno luogo a varie articolazioni. Il movimento più importante è indubbiamente la flesso-estensione del piede, possibile grazie all'articolazione tibio-tarsica che unisce tibia e sperone con l'astragalo.



### 1.1.5 Archi

Gli archi del piede sono:

“Arco longitudinale interno” che va dal calcagno fino alla testa del primo metatarso con funzione da assorbire e attenuare colpi e sollecitazioni con un comportamento a molla.

“Arco longitudinale esterno” che va dalla parte anteriore del calcagno alla testa del quinto metatarso.

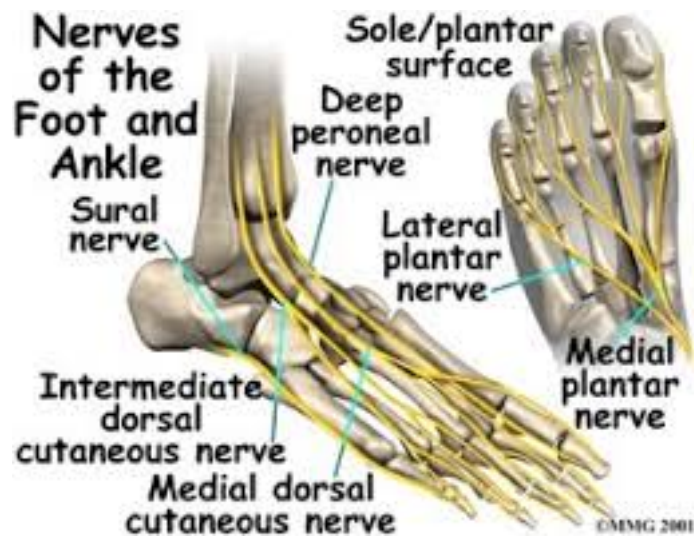
“Arco metatarsale anteriore” che interessa la zona delle teste delle cinque ossa metatarsali e ha forma curva a cupola.

“Arco trasversale” che è indipendente e con l’arco longitudinale interno, coinvolge la sezione trasversale interagenti con le basi delle cinque ossa metatarsali.



### 1.1.6 Nervi

I nervi del piede si caratterizzano come sensori di un sistema elettrico di impulsi che permette di inviare messaggi attraverso recettori (caldo, freddo, pressione, dolore e mali da trauma e generici)



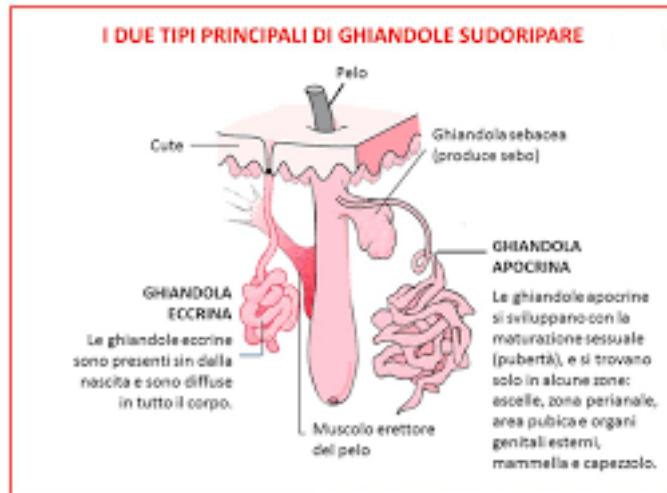
### 1.1.7 Vasi sanguigni

Il sistema sanguigno trasporta da più di 50 fino a circa 90 litri di sangue che fluiscono quotidianamente attraverso ciascun piede.



### 1.1.8 Ghiandole sudoripare

Le ghiandole sudoripare sono presenti nel piede in numero maggiore, per unità di superficie, di quanto lo sia quello di ogni altra parte del corpo. Un canale immette dalla ghiandola e porta in superficie l'umidità. E' uno dei modi che permette al corpo di eliminare liquido non voluto e insieme tiene la pelle flessibile e aiuta a controllare la temperatura. Quando il corpo diventa caldo, per esposizione al sole, per attività muscolare o dovuto alla febbre, una maggiore quantità di sudore viene prodotta e questa rinfresca il corpo mentre evapora



## 1.2 mobilità del piede

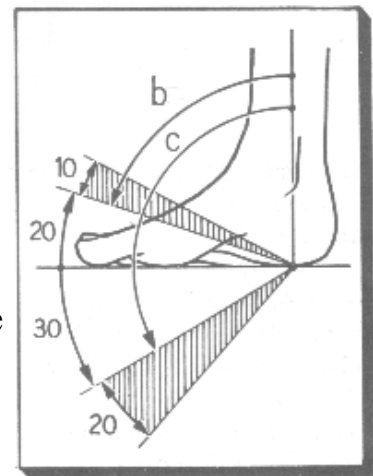
La caviglia e le articolazioni del piede permettono a quest'ultimo un movimento caratterizzato da tre assi e tre gradi di libertà:

- un asse trasversale passante tra i malleoli: esso corrisponde all'asse di rotazione dell'articolazione tibio-tarsica, su cui si effettuano i movimenti di flesso-estensione (flessione dorsale e flessione plantare rispettivamente),
- l'asse longitudinale della gamba intorno al quale si effettuano i movimenti di abduzione ed adduzione,
- l'asse longitudinale del piede intorno al quale si effettuano i movimenti di rotazione interna-esterna.

Mentre il movimento di flesso-estensione è conferito alla caviglia, gli altri due gradi di libertà del piede sono da attribuire, anche se in rapporti differenti, all'articolazione *astragalo-calcaneale*, *medio-tarsica*, *tarso-metatarsica* e *scafo-cuboidea*. Il ruolo che le articolazioni del piede rivestono in realtà è duplice, infatti oltre a dare al piede i gradi di libertà menzionati hanno l'importante compito di adattarlo alle asperità del terreno modificandone la sua forma, e di creare tra suolo e gamba un sistema di ammortizzatori che dia al passo elasticità e scioltezza. Le caratteristiche cinematiche del piede risultano quindi piuttosto complesse, data anche la natura di questa estremità e la diversità delle funzioni che è chiamata/deputata a compiere: compiti di presa, compiti di equilibrio stazionario, compiti sensitivi, etc. Dal punto di vista della sua riproduzione robotica questo giunto viene quindi spesso semplificato ed analizzato solo per la sua funzione nel compito di camminamento.

### I movimenti di flessione e di estensione

La posizione di riferimento per la flesso-estensione del piede si realizza quando il piano plantare è perpendicolare all'asse longitudinale della gamba. Partendo da questa posizione, la flessione del piede (che come si è detto può essere attribuita alla caviglia), è il movimento che avvicina il dorso del piede alla faccia anteriore della gamba, mentre l'estensione del piede allontana il dorso dello stesso dalla faccia



anteriore della gamba e lo porta a disporsi sul prolungamento della stessa. L'angolo di flesso-estensione del piede viene misurato come l'angolo che la pianta del piede forma con l'asse verticale della gamba. In flessione questo angolo ha valori massimi tipici che variano da 20° a 30°, mentre in estensione la sua ampiezza varia da 30 a 50 gradi.

#### I movimenti di abduzione-adduzione

La posizione di riferimento è con il piede sul piano orizzontale, in queste condizioni si ha un movimento di abduzione quando la punta del piede si porta in dentro, verso il piano di simmetria del corpo, mentre si ha un movimento di adduzione quando la punta del piede gira all'esterno e si allontana dal piano di simmetria. L'ampiezza dei movimenti di adduzione-abduzione eseguiti unicamente nel piede varia dai 35° ai 45°. Va tenuto presente che il movimento del piede sul piano orizzontale può essere aumentato grazie alla somma delle rotazioni esterne-interne del ginocchio e dell'anca che possono portare il piede ad abduzioni di 90°.

#### I movimenti di rotazione interna-esterna

La posizione di riferimento è quella definita per il movimento di flesso-estensione.

La rotazione interna è il movimento che orienta la pianta del piede verso l'interno, questo movimento viene indicato come *supinazione*. L'ampiezza di questo movimento è di circa 50°.

La rotazione esterna è il movimento che orienta la pianta del piede verso l'esterno, viene indicato come movimento di *pronazione*. L'ampiezza di questo movimento è circa la metà di quello di supinazione e varia dai 20° ai 25°.

## **2. “TRAUMI” DEL PIEDE**

Il piede, sia nella vita quotidiana che nella vita sportiva, può subire dei traumi. Questi possono essere suddivisi in microtraumi o macrotraumi. Tra i microtraumi ci sono la fascite plantare, le metatarsalgie, le inversioni o eversioni del piede (con grado basso di trauma). Tra i macrotraumi ci possono essere le lesioni e le fratture a carico delle ossa del piede, le lussazioni, sindromi da iperuso, ecc.).

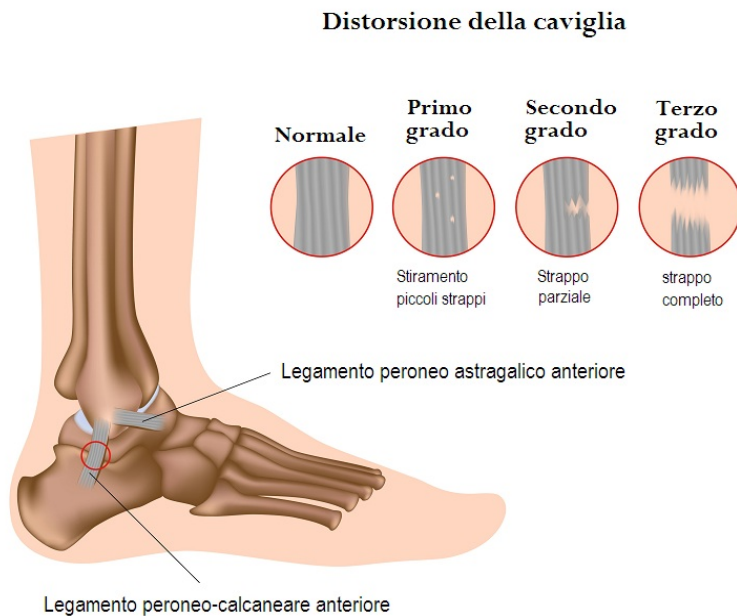
### **2.1 la distorsione del piede**

L'inversione del piede (adduzione+supinazione+flessione plantare del piede) coinvolge la muscolatura del tricipite della sura, tibiale posteriore, flessore lungo dell'alluce, flessore lungo delle dita, tibiale anteriore e muscoli plantari.



## 2.2 classificazione dei traumi

Tra le varie classificazioni proposte nelle distorsioni di caviglia quella più accreditata da un punto di vista anatomo-patologico che riguarda esclusivamente i traumi del compartimento esterno, per la notevole frequenza e per lo specifico interesse in ambito medico sportivo, suddivide le lesioni in:



- **lesione di I grado:** rottura totale o parziale del legamento peroneo astragalico anteriore (PAA)
- **lesione di II grado:** rottura del legamento peroneo astragalico anteriore e del peroneo calcaneare (PAA + PC)
- **lesione di III grado:** rottura del legamento peroneo astragalico anteriore, del peroneo calcaneare e del legamento peroneo astragalico posteriore (PAA + PC + PAP).

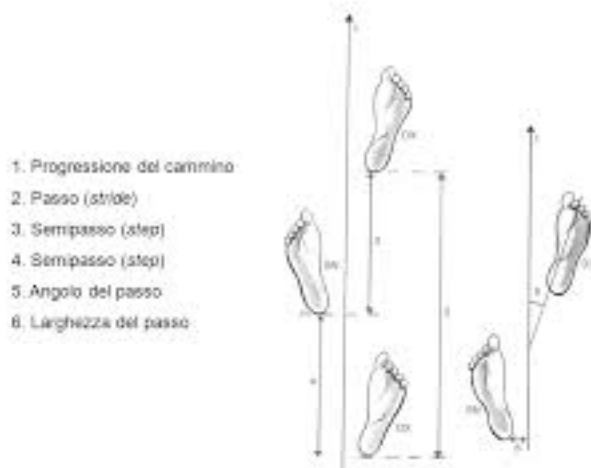
Un'altra classificazione, che può essere di aiuto a quella anatomicopatologica per un più preciso inquadramento dei vari quadri clinici, è quella che considera l'elemento temporale e suddivide le lesioni in:

- **lesioni acute:** primo evento discorsivo
- **lesioni acute su precedenti:** episodi distorsivi sei – dieci mesi successivi al primo trauma
- **lesioni inveterate:** frequenti episodi distorsivi (lassità croniche).

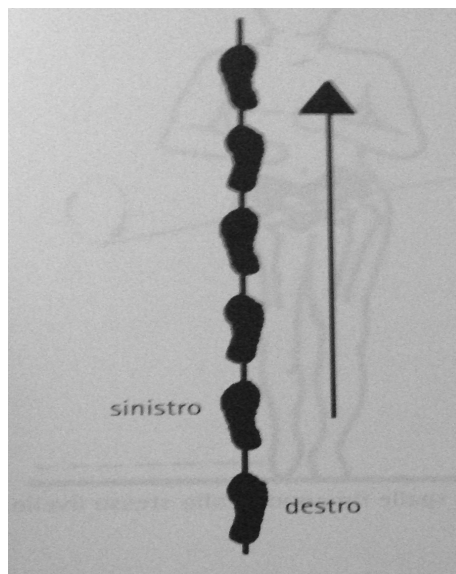


### 3. ***PORTAMENTO DEI PIEDI NEL CAMMINO E NELLA MARCIA ATLETICA (ASPETTO TECNICO)***

Nel cammino comune, ovvero quello che utilizziamo per spostarci quotidianamente, posizioniamo i piedi seguendo il ciclo rappresentato nel seguente disegno:



mentre nella marcia atletica per favorire il movimento delle anche (gesto tecnico caratteristico del marciatore) i piedi vengono messi uno davanti all'altro (vedi foto)



## La tecnica della marcia

### • Doppio appoggio

#### Arto anteriore:

- disteso ma non rigido
- poggia di tallone avanti alla verticale del corpo
- La caviglia è a  $90^\circ$
- Le dita sono in flessione dorsale per preparare la rullata



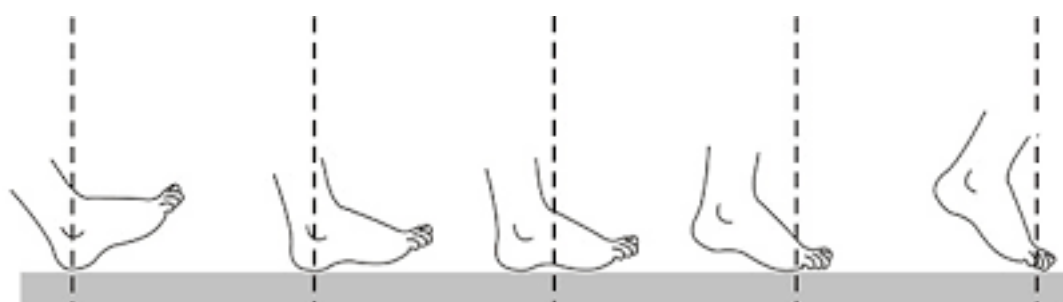
#### Arto posteriore:

- il contatto è con metatarso e dita del piede

## La tecnica della marcia

### • La spinta

- inizia quando la proiezione del baricentro oltrepassa la base di appoggio e termina nel momento in cui il piede lascia il terreno (altrimenti ci sarebbe dispersione verso l'alto)
- Deve avvenire per un tempo il più lungo possibile
- Deve essere la più orizzontale possibile
- Deve vedere la completa distensione dell'arto



MOVIMENTO A TAMPONE

#### ***4. CASO CLINICO***

Marciatore agonista categoria Junior di medio/alto livello (tempo personale sui 10km di 44'30'' circa) in allenamento ad andatura media (5' al km) trovandosi su un tratto di percorso non asfaltato ma con ghiaia ha posizionato male il piede destro su un sasso e ha avuto una distorsione del piede con evidente trauma articolare e legamentoso. Dopo aver trattato la zona tempestivamente con ghiaccio, si è recato in ospedale per accertamenti.



#### ***4.1 dati personali***

- Sesso: Maschile
- Et : 19 anni
- Altezza: 180
- Peso: 68 Kg
- Professione: Studente
- Allenamenti settimanali: 7
- Trattamenti sportivi: Massaggi al bisogno e raramente; visita osteopatica annuale
- Patologie note: Nessuna. **Soffre almeno una volta al mese di mal di schiena (lombare)**
- Patologie in famiglia: Diabete1 del nonno paterno (assume insulina)
- Altri hobby e/o attivit : Lettura, Camminate per boschi e sentieri, Nuoto 1 volta a settimana.

#### ***4.2 diagnosi clinica***

Dalla documentazione presentatami, il medico diagnostica una distorsione della caviglia dx con lesione di primo grado (lesionato il legamento peroneo-astragalico anteriore), versamento nella zona malleolare laterale.

Si consiglia terapia farmacologica, fisica e riabilitativa.



### 4.3 *anamnesi e valutazione obiettivo*

L'atleta riferisce che circa tre mesi fa ha avuto l'episodio traumatico durante l'allenamento domenicale che svolge come abitudine nel parco, dove il terreno del perimetro dei circa due chilometri è composto da tratti asfaltati, tratti in ghiaia e altri secchi o fangosi in caso di pioggia. Nei quattro anni di attività ha avuto altri episodi di distorsioni lievi guariti in pochi giorni. Circa sei mesi fa tendinite al tendine d'Achille dx. Polpacci sempre contratti dopo allenamento. Dopo allenamenti in pista a velocità sostenuta (4'15''/al km) tendenzialmente ha mal di schiena nella zona lombare.

Ha eseguito cura farmacologica e fatto trattamenti fisioterapici (tecar terapia; mobilizzazione, ginnastica propriocettiva, kinesio tape).

Inoltre frequenta la piscina dove svolge allenamenti di medio-bassa intensità di nuoto a stile libero e dorso, senza dolori.

Nella mia valutazione obiettiva noto:

atteggiamento lordotico della zona lombare;

capo protruso in avanti su piano sagittale;

iperestensione degli arti inferiori con cavo popliteo scarso;

spalla dx più bassa della sx;

capo leggermente inclinato a dx;

respirazione toracica evidente.

Altre domande poste:

assumi farmaci? NO

fumi? NO

bevande alcoliche? RARAMENTE

dormi regolare? SÌ, ma ho periodi con insonnia!

bevi regolarmente acqua? NO

vai regolarmente in bagno? NO

mangi velocemente? SÌ

mangi di tutto? PREVALEMENTAMENTE PASTA, PANE, CARNE...POCA FRUTTA E VERDURA.

## **5. TRATTAMENTO OSTEOPATICO**

### **5.1 valutazione osteopatica strutturale**

test effettuati:

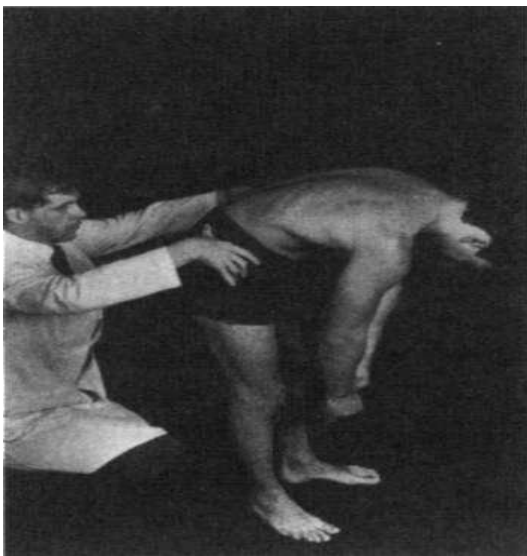
- Test Differenziale : Strutturale;
- TFE : **positivo a dx**;

(Paziente in piedi ; P.PZ = posiz. Paziente P.OS. =posiz. Osteopata) **P.PZ**: in piedi, scalzo, piedi distanti ca. 15-20 cm.(a

distanza acetabolare). **P.OS**: in piedi o in ginocchio dietro al PZ, gli occhi all'altezza delle creste iliache e delle spine iliache postero- superiori (SIPS).

#### **TECNICA:**

L' OS poggia le mani sulle creste iliache del PZ e valuta la simmetria delle altezze. Il PZ si piega in avanti con il busto iniziando la flessione del rachide a livello cervicale, dorsale, lombare fino a toccare le punte dei piedi con le mani senza piegare le ginocchia. L' OS pone i pollici sotto le SIPS e ne confronta le altezze.

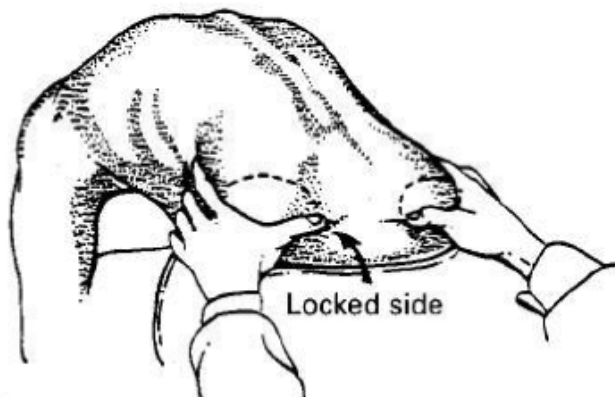
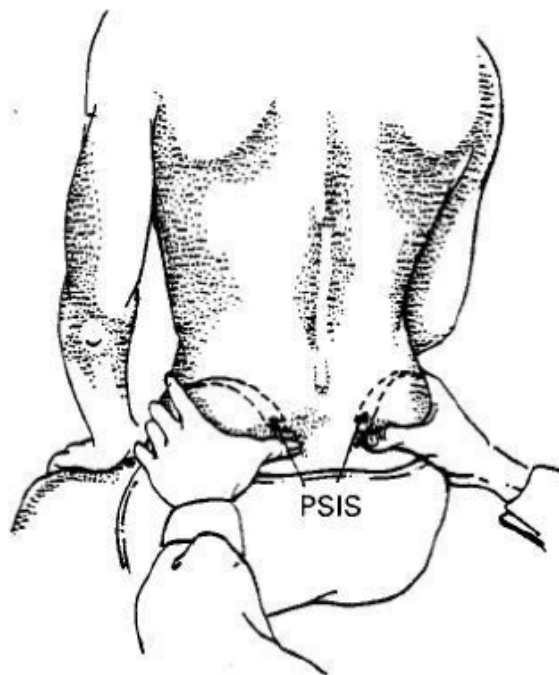


- TFS : **negativo**;

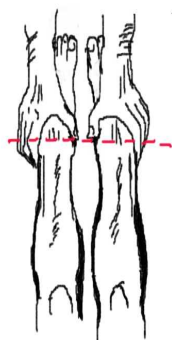
**P.PZ:** seduto su di uno sgabello, meglio se ergonomico, piedi appoggiati a terra e braccia a riposo sulle cosce. **P.OS:** dietro al PZ con gli avambracci alla stessa altezza delle creste iliache.

**TECNICA:** L'OS mette i pollici sulla superficie inferiore delle SIPS.

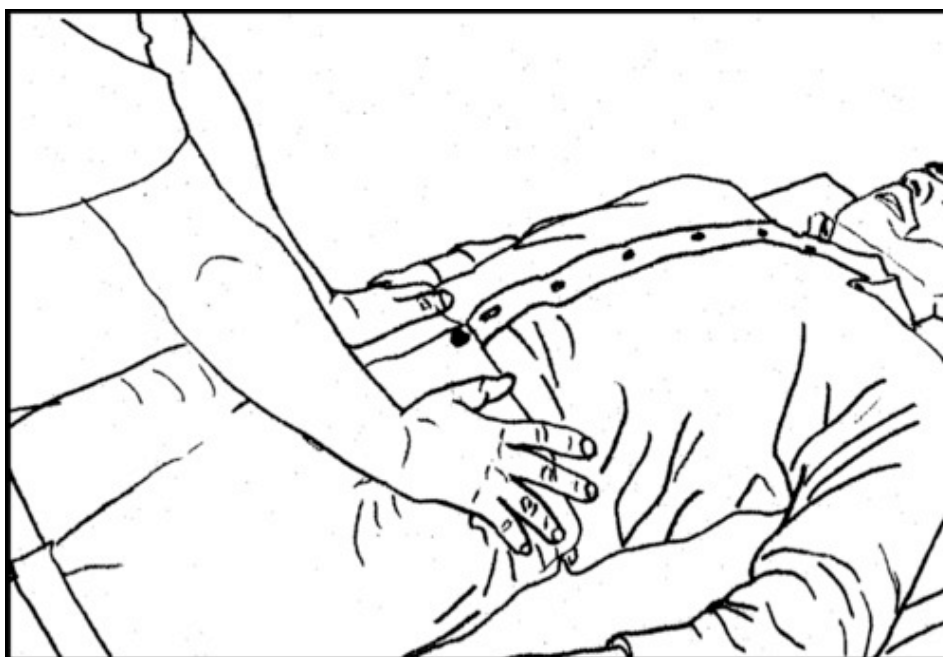
Il PZ si piega con il busto in avanti verso il pavimento, flettendo capo, collo, dorso e tronco in sequenza. L'OS esamina il movimento delle SIPS e annota il lato di maggior movimento del sacro sull'ilio, che farà sollevare “cranialmente” la SIPS omolaterale.



- Allineamento Malleoli Mediali : **caudale malleolo dx**



- Dondolamento Innominati : **scarso movimento a dx**



- Test di DOWNING: sia in accorciamento che in allungamento non noto anomalie.

P.PZ: supino, con il lato da esaminare vicino al bordo del tavolo;

L'OS si porta a lato del tavolo,

*flette, abduce ed extraruota*

l'arto inferiore del PZ più vicino a lui.

Mantenendo l'extrarotazione riporta la gamba distesa sul lettino.

Confronta la lunghezza dei malleoli o di un punto di riferimento segnato precedentemente allo stesso livello su entrambe le gambe.

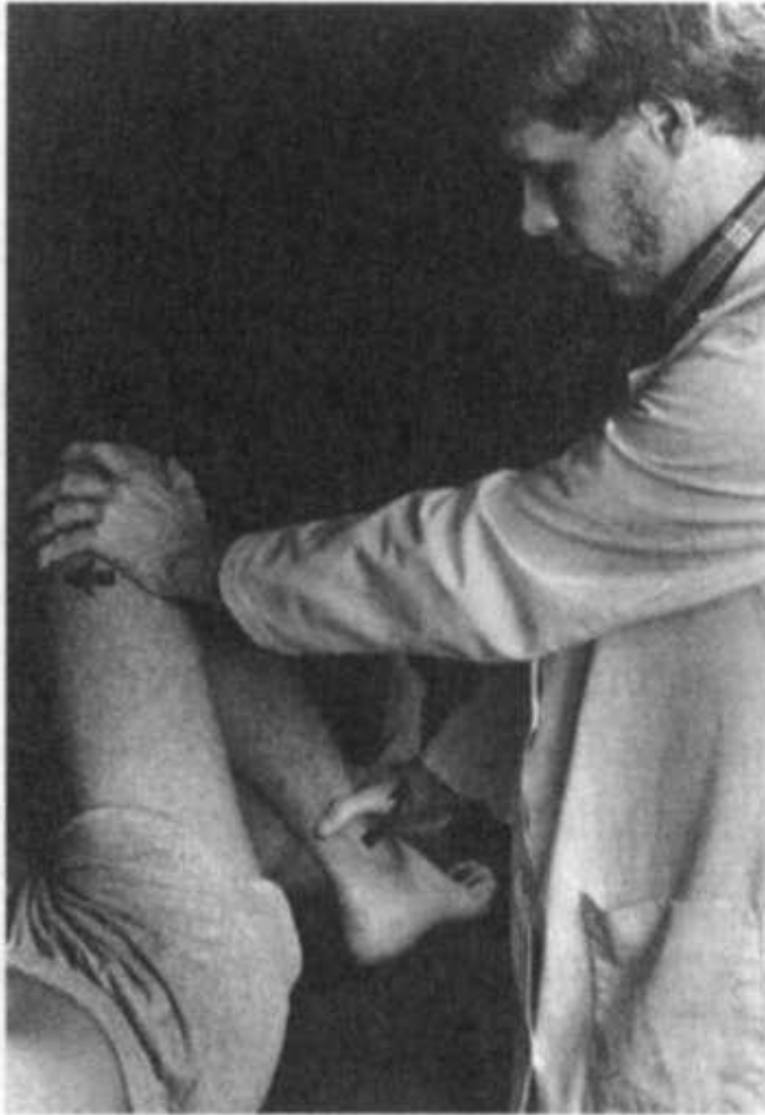
In questo caso nella normale fisiologia del movimento l'ilio verrà indotto in avanti e la gamba risulterà più lunga o il malleolo più “caudale”



L'OS *flette l'anca ed il ginocchio* del PZ ed induce una *rotazione interna* spostando all'esterno il piede della gamba flessa e *adducendo la coscia*.

Ridistende l'arto inferiore sul lettino e valuta la lunghezza dei malleoli o del punto di riferimento segnato.

L'ilio dovrebbe portarsi in leggera rotazione posteriore ed accorciare la gamba, il malleolo di quel lato diventa "craniale"



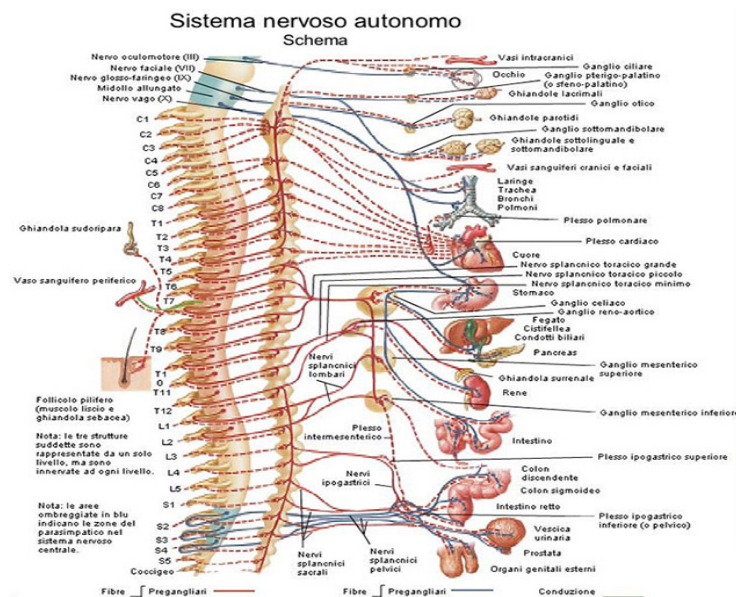
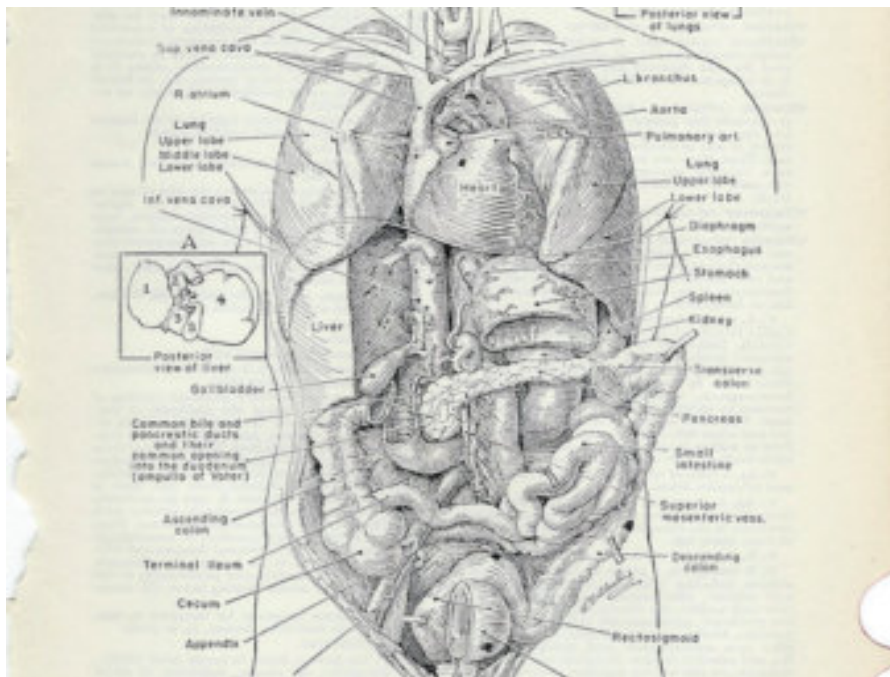
- **FLESSIONE DEI PIEDI:** piedi vanno in flessione plantare, ma **il piede dx non va completamente in flessione dorsale rispetto al sx.**



- Alla palpazione: **dolente la coscia prossimale e muscolo tibiale**

## 5.2 valutazione osteopatica viscerale

- Addome “rigido” e freddo al tatto nella zona del colon discendente;
- Dolente il Cardias;
- Dolente la valvola ileocecale;
- Dolente la zona pubica (vescica);
- Colon fastidioso zona trasverso-discendente.



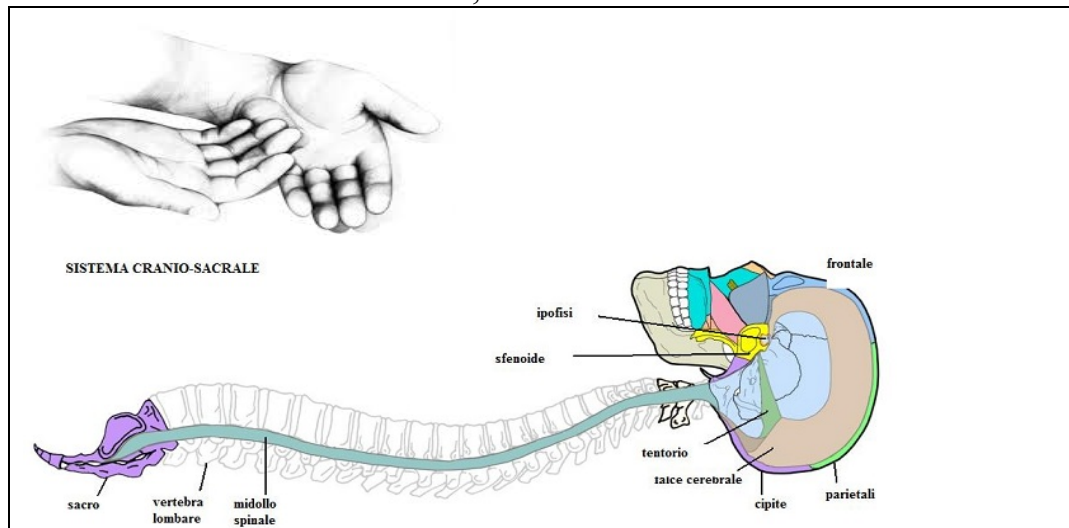
correlazione organi

### Correlazione viscerale

Il trauma distorsivo della tibio-tarsica può portare (causa postura e deambulazione antalgica!!) al mal posizionamento o spostamento della vescica, che tenderebbe a laterizzarsi. Con manovre di “correzione” del viscere, si è potuto notare la modificazione della postura da posizione statica in piedi e relativo riallineamento con la conseguenza di un recupero funzionale più veloce

### 5.3 trattamenti

- Con cliente supino, faccio approccio viscerale con mano aperta su addome;
- Primo ascolto. Sacro e Cranio;



- Sblocco del diaframma;



- Approccio con stimolazione/trattamento del cardias, piloro, “C” duodenale, fegato, valvola ileocecale e stimolazione a pinza su tratto del colon discendente;



- Trattamento della vescica;
- Tecnica a energia muscolare sull'osso innominato posteriore (con paziente supino sul lettino, gamba-coscia dx in caduta laterale del lettino portando l'anca verso la sua barriera ristrettiva, posizionando la mia mano sulla SIAS controlaterale, faccio spingere la coscia verso l'alto per pochi secondi (circa 5) e poi faccio rilassare accompagnando l'estensione dell'anca dx verso la nuova barriera ristrettiva. Ripeto per 4 volte.
- Rivaluto l'allineamento malleoli medial: tornati allineati.
- Mobilizzo la fibula sia prossimalmente che distalmente.
- Eseguo delle manovre specifiche per la membrana interossea TIBIA-PERONE.
- THRUST sulla caviglia (non più dolorosa ed edematosa).
- Rivaluto flessione dorsale del piede dx: uguale al sx.
- Allungamento fasciale della zona del quadrato dei lombi
- Riascolto Cranio-Sacrale.

### **Astragalo anteriore**

restrizione in flessione dorsale (spesso post distorsione)

**Pz supino con ginocchio e anca lato disfunzione piegati! Os infondo al lettino! Os dopo aver valutato la restrizione dell'astragalo abinilflizezsaio reneildporoslasloe . pone il piede del paziente nella barriera di restrizione ed appoggia avampiede su proprio ginocchio! Os pone ipothenar mano in appoggio su faccia anteriore astragalo e sovrappone altra mano per aver maggior impatto!**

**Os aumenta la dorsiflessione del piede mentre contemporaneamente esegue un rapido thrust in direzione antero posteriore sull'astragalo!**

**si rivaluta dorsiflessione**



#### **5.4 risultato**

L'atleta dopo tre sedute (una a settimana) , continuando gli esercizi di propriocettività e su mio consiglio integrando esercizi per la respirazione diaframmatica, di rinforzo del CORE e allungamento sia lombare che dei muscoli ileo-psoas, **ha trovato miglioramenti a livello di elasticità. Inoltre ha riacquisito regolarità sia nel sonno che nei bisogni fisiologici.** Abbiamo finito un ciclo di 12 sedute in 12 settimane ed ha ripreso regolarmente gli allenamenti, intensificandoli dalla seconda settimana senza però tralasciare gli esercizi di propriocettivi dei piedi. A sei mesi dal trauma la lesione non crea più disagi durante allenamenti di intensa durata.

Ho consigliato una seduta di massaggio sportivo a settimana (per rilassare la catena cinetica posteriore e i polpacci, soprattutto quello dx) e di una seduta mensile di osteopatia.

Osteopatia e massoterapia sportiva dovrebbero essere parte integrante di una preparazione atletica adeguata per ogni sport.

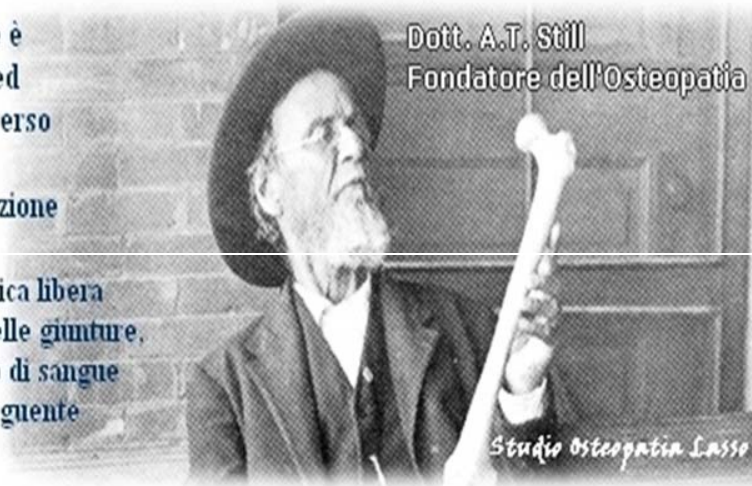
Inoltre le buone abitudini a bere costantemente durante il giorno, consumare più frutta e verdura, utilizzare integratori e fermenti lattici (sotto indicazione del medico o farmacista).

## 6. CONCLUSIONI

Lo sport mi ha insegnato tantissime cose, quella più importante è di conoscere me stesso, i miei limiti e le mie capacità, ma soprattutto a stupirmi ogni qualvolta riuscivo a superare ogni aspettativa di risultato. Quando praticavo, oltre all'allenatore, alle grandissime squadre, ebbi la fortuna di avere un fisioterapista che studiava osteopatia in Francia e iniziava ad alternare terapie classiche a terapie e approcci alternativi applicandomeli ogni qualvolta ero infortunato. Ricordo che per un male al ginocchio ci ragionò su e dopo mi iniziò a trattare con la nocca dell'indice dall'attaccatura muscolare occipitale fino a sotto il piede e mentre cambiava punto, sentivo come dell'energia in circolo...il recupero ci fu in qualche giorno...

Erano gli inizi degli anni '90 e mai avrei pensato che venticinque anni dopo mi sarei messo io a servizio di altri sportivi più o meno competitivi, ma con una gran voglia di dare il massimo per se stessi, passando il messaggio che **nella vita e nello sport conta l'equilibrio del nostro corpo e della nostra mente.**

"Io ho scoperto che la salute è il risultato del flusso libero ed ininterrotto di sangue attraverso arterie e vene.  
La malattia deriva dall'ostruzione del libero flusso di sangue.  
Una manipolazione osteopatica libera le aderenze dei muscoli e delle giunture, e consente il regolare flusso di sangue nella zona malata, con conseguente stato di benessere"...



## **7. RINGRAZIAMENTI**

Presentando questa Tesi di diploma in Osteopatia non mi sento certo “arrivato” ad un traguardo professionale, ma è solo l’inizio di un nuovo percorso formativo di vita che con questi tre anni hanno solo avuto inizio.

Devo ringraziare prima di tutto la mia famiglia che mi ha sostenuto e supportato moralmente durante questo periodo non facile per tanti piccoli ostacoli presentatesi.

Un grazie particolare al direttore della scuola dott. Luca Bonadonna per l’aiuto personale e lo stimolo che ha saputo dare a me e alla classe, avvalendosi di ottimi collaboratori e docenti che ci hanno trasmesso il “concetto osteopatico” e fatto capire che non si finisce mai di studiare e di imparare questa splendida disciplina.

Ringrazio, per finire, tutti i miei compagni di classe, nessuno escluso, perché in tre anni si è vissuta una propria e vera atmosfera di armonia in aula, pur essendo numerosi.

## **8. BIBLIOGRAFIA**

**Principi di medicina manuale**, Philip E. Greeman, 2001

**Anatomia e Osteopatia** -basi anatomiche per osteopati-, A. Chantepie  
J.F. Pérot

**Manipolazione viscerale**, JP Barral P. Marcier

**Manuale di Trattamento Manipolativo Osteopatico**, D.R. Essig-Beatty  
K.M. Steele

**Atlante di tecniche Osteopatiche**, A. S. Nicholas E. A. Nicholas

**Terapia Manuale dell'Apparato Locomotore**, Chad E. Cook

**Anatomia dell'uomo**, EdiErmes