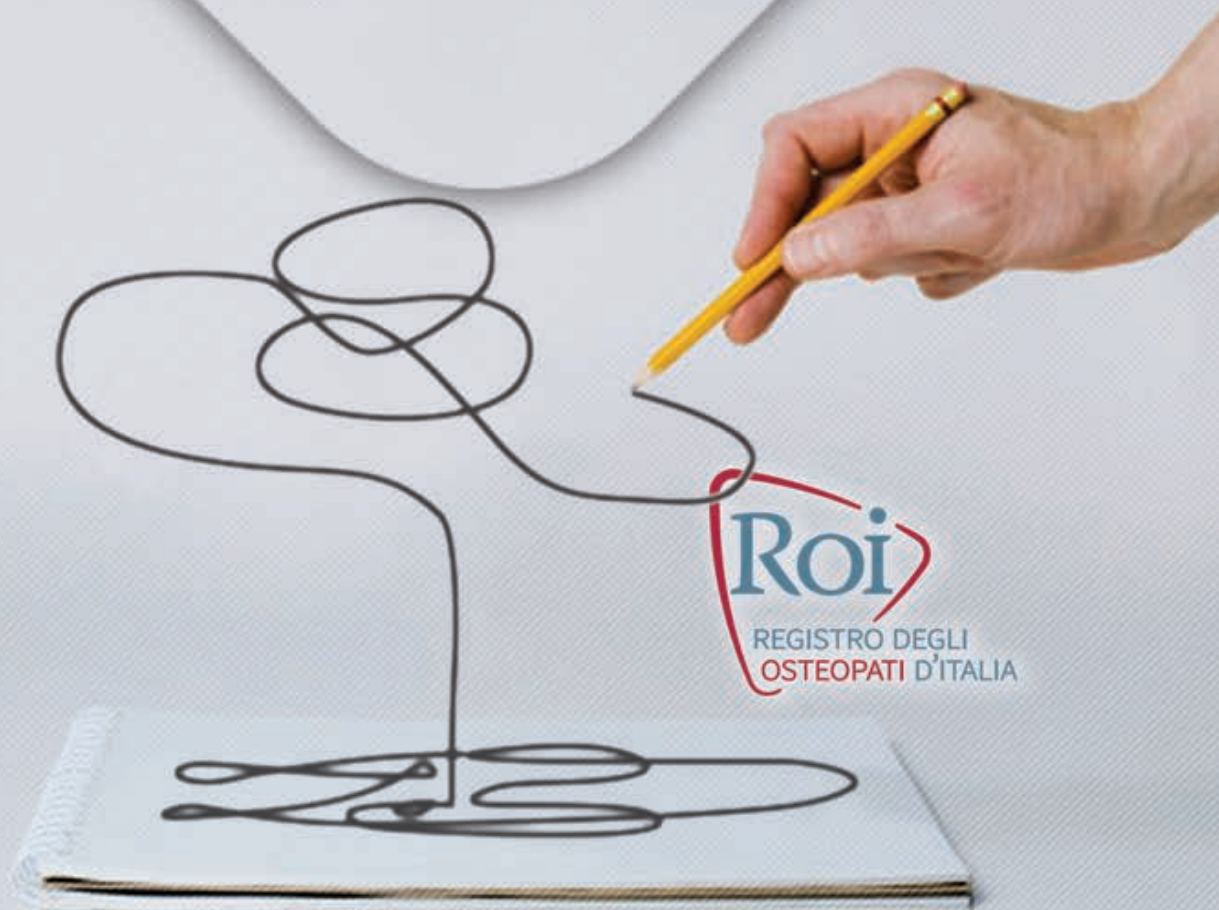




L'attività clinica  
come strumento pedagogico  
per il **professionista** osteopata

2° CONGRESSO NAZIONALE ROI

26-27 Maggio 2016



**ATTI CONGRESSUALI**

## Lettera di Benvenuto

Cari colleghi,

dopo il grande successo dell'anno scorso, con rinnovato entusiasmo, è con grandissimo piacere e onore che Vi invitiamo al **2° Congresso Nazionale del Registro degli Osteopati d'Italia "L'attività clinica come strumento pedagogico per il professionista osteopata"** che si terrà nei giorni **26-27 Maggio 2016 a Milano**.

L'anno scorso abbiamo toccato tutti i punti fondamentali della nostra professione partendo dalla formazione, passando per la ricerca scientifica e la pratica clinica per giungere al profilo professionale dell'osteopata.

Quest'anno ci soffermeremo sulla formazione, intesa come strumento educativo per migliorare la nostra pratica clinica. La letteratura scientifica definisce il ragionamento clinico come un'integrazione tra la pratica clinica e la conoscenza, e può svilupparsi solo attraverso la ricerca scientifica. Se questo non avviene l'osteopatia perde di credibilità. La pratica e l'esperienza clinica si trasformano in competenza attraverso il ragionamento. La ricerca sugli esiti di cura è alla base del ragionamento clinico, e la pratica clinica diventa un vero e proprio strumento pedagogico al servizio del professionista osteopata. Per cui l'obiettivo del Congresso sarà la crescita culturale del professionista osteopata nell'ambito delle proprie competenze professionali, affinché possano essere uno strumento educativo per migliorare il ragionamento clinico osteopatico e poter trattare con sicurezza ed efficacia i propri pazienti.

Il Congresso prevedrà letture magistrali con relatori nazionali e internazionali, e sessioni scientifiche per le comunicazioni orali e la discussione di poster nei principali ambiti di ricerca scientifica in osteopatia. Il Congresso rappresenta anche un'occasione di ritrovo e confronto tra studenti e osteopati professionisti di diversa esperienza clinica. Per cui il vero successo del congresso sarà la Vostra partecipazione.

A seguire, **sabato 28 Maggio 2016** ci sarà l'**Assemblea Generale dei Soci**.

Vi aspettiamo!

Paola Sciomachen e il Consiglio Direttivo

## ORGANIGRAMMA DEL CONGRESSO

### **Presidente del Congresso**

Paola Sciomachen

### **Comitato Scientifico**

Patrizia Rovere Querini

Licia Montagna

Christian Lunghi

Luca Vismara

### **Segreteria Scientifica**

Chiara Arienti, Marco Petracca

### **Segreteria Organizzativa**

Francesca Campagnoli

### **Registro degli Osteopati d'Italia**

Corso Vercelli, 35-20144 Milano

Tel.: 0248199758

Email: [congresso@roi.it](mailto:congresso@roi.it)

### **Sede del Congresso**

Centro Congressi Atahotel Expo Fiera, Pero (Milano)

# LETTURE MAGISTRALI

---

## **“Ministerium”, “techne”, evidenza ed efficienza: quattro parole per l’osteopatia**

*Giorgio Cosmacini*

(Relazione disponibile dopo il Congresso)

1.

### “MINISTERIUM” , “TECHNE” , EVIDENZA ED EFFICIENZA : QUATTRO PAROLE PER L'OSTEOPATIA

In merito al tema generale cui fa riferimento il Congresso. (al quale sono lieto di partecipare dietro gradito invito) mi sono domandato quale apporto può fornire uno storico e filosofo della medicina, avvezzo a riflettere in modo critico, e anche autocritico, sul mestiere di chiunque operi, a qualunque titolo, nell'accidentato campo della medicina e della sanità del nostro tempo.

Prima di rispondere alla domanda che mi sono posto, tengo a ribadire qui quanto ho detto e scritto altrove: cioè che la parola mestiere, in campo medico-sanitario, è preferibile alla parola “professione” perchè “mestiere” viene da ministerium, che significa “servizio”. E mi piace richiamare quel che diceva un filosofo morale come Seneca, coscienza inascoltata dell'imperatore Tiberio, al quale spiegava che il ministerium o “servizio” era fatto di due cose: l'officium, cioè la “mansione”, e il beneficium, cioè la “missione” da compiere per produrre benessere.

La menzione da parte di Seneca di una attività pratica avente per fine il benessere altrui rimanda al concetto di “benessere” e al suo rapporto con il concetto di “salute”. All'indomani della fine del secondo conflitto mondiale, quando a scrivere la parola salute sulla nera lavagna della patologia umana arrivò la penicillina capostipite degli antibiotici, mentre a New York nasceva l'ONU per scongiurare il rischio di ogni guerra futura, a Ginevra nacque l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per garantire al pianeta la tutela della salute. La neofondata Organizzazione fornì allora la ben nota e affermata definizione e valutazione della “salute come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale”.

2.

A ben vedere, l'enunciato formulato settant'anni fa e a tutt'oggi non ufficialmente smentito, aveva un vago sapore biblico, recitando in termini laici l'idea di un essere umano in armonia corporale e spirituale con se stesso e in pace con tutto il Creato: più che una concreta realtà, una astratta utopia.

Io non intendo qui richiamare all'attenzione sull'improbabilità che la piena salute degli uomini e delle donne popolanti il pianeta esista soltanto in chi è in perfetto equilibrio somatico e psichico e goda di risorse socioeconomiche privilegiate o comunque adeguate. Intendo invece far notare che, nella formulazione definitoria e valutativa dell'OMS, la salute, condizione "oggettivamente" parametrabile con esami di laboratorio e bioimmagini, è qualificata come benessere, condizione percepita "soggettivamente". Il che aiuta a capire non solo o non tanto la differenza esistente tra la salute e la sua percezione, ma anche e soprattutto l'importanza, sentita e vissuta da molti assistiti e da non pochi assistenti, che nell'età di una tecnologia a rischio di tecnocrazia è venuta assumendo la necessità di rivalutare, tra curati e curanti, un rapporto di cura che è squisitamente intersoggettivo, interpersonale, interumano.

Ci sono dottrine e discipline sanitarie che oggi giustamente rivendicano l'esigenza e la messa in pratica di questo rapporto, che non è soltanto tecnico come vorrebbe la vulgata corrente del termine tecnica. A quest'altro proposito, ricordo che "tecnica" deriva, ippocraticamente, dal greco-antico tèchne, significante "arte" o, meglio, "artigianato". Era "techne georgica" il mestiere di chi coltivava la terra perchè desse buoni frutti, ed era "techne cibernetica" la maestria di chi governava l'imbarcazione per farla approdare nel porto sicuro.

3.

Era tèchne iatriké il mestiere dello iatròs, del curante che cercava di tutelare il benessere ed eliminare il malessere dell'individuo somato-psichico, della persona psico-somatica sottostante alla maschera psico-sociale (ricordo che in greco "persona" era detta la "maschera").

Questo mestiere di curante della totalità della persona non era quindi soltanto quello di un somatologo, curante del corpo scisso, ma era il lavoro manuale e intellettuale - e, aggiungerei, morale - di un operatore che aveva un suo proprio metodo (che i medici del XIX secolo chiameranno "metodo clinico") e una sua propria teoria (che i filosofi del XX secolo chiameranno "epistemologia"). Nell'uno e nell'altra si inscrivevano i mezzi e i principi in base ai quali i curanti dovevano esercitare la buona pratica perchè i curati potessero continuare a star bene o potessero cessare di star male. Il lavoro era quello di chi, oltre all'esercizio di un buon rapporto interumano, realizzava in concreto l'idea di un rapporto integrato tra le mani e la mente.

Possiamo dire, a tale riguardo, che l'attuale tecnologia, quanto mai preziosa per aumentare la quantità di vita e migliorarne la qualità, nel rispetto di una tradizione di cura che deve perpetuarsi e non esaurirsi, deve identificarsi in una tecnoprassi consapevole e responsabile ad alto contenuto di umanità, esercitata in vari modi da discipline diverse, differenti fra loro ma tutte tutte convergenti, e non mai confliggenti, accomunate dall'intento di dare il meglio nell'impiego dei mezzi tecnici per conseguire fini umani.

Per usare al meglio quei mezzi e ottenere al meglio questi fini - e con specifico riferimento al titolo di questo Congresso nazionale - rammento che, a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, si è sviluppata la cosiddetta Evidence Based Medicine (EBM), proposta dal Centro Cochrane italiano, detto tale in onore di Archibald Cochrane, tra l'altro autore del libro "L'inflazione medica. Efficienza ed efficacia", pubblicato da Feltrinelli nel 1978.

4.

Mi permetto di far notare che la traduzione "medicina basata sulla evidenza" è alquanto fuorviante poiché evidence in inglese non è ciò che appare lampante, nè tantomeno è la mera apparenza, bensì è ciò che viene testimoniato, provato. La locuzione è meglio traducibile come "medicina delle prove di efficacia", dal titolo di un libro di un mio compianto amico, Alessandro Liberati, pubblicato dal Pensiero Scientifico Editore nel 1998.

L'obiettivo di tale medicina rinnovata - medicina nova è stato, nei secoli, il titolo dato a ogni nuova proposta da ogni medico "novatore" - è quello di produrre linee guida tendenti a selezionare e interpretare criticamente l'enorme bagaglio di informazioni scientifiche prodotte su di un dato argomento, proponendole nella forma più facilmente fruibile. La proposta ha percorso, in un ventennio, una sorta di parabola, dalla infatuazione alla perplessità, dai ripensamenti alla maturazione consistente in un richiamo alla formulazione corretta di quesiti specifici, alla ricerca intelligente di informazioni utili, al giudizio ponderato sulla applicabilità concreta delle cosiddette "evidenze", alla decisione motivata dei comportamenti da tenere nel rapporto con i pazienti.

In questo disegno propositivo e prescrittivo, posto che l'obiettivo primario dell'arte della cura è quello di incidere al meglio nella quantità e qualità della vita, l'EBM nella sua versione aggiornata pone l'obbligo di verificare la bontà complessiva, non parziale e non settoriale, di ogni atto o intervento curativo. La difesa della salute è un diritto che va garantito, ma che ha pure un costo economico di cui bisogna tener conto nelle scelte e negli indirizzi. Ben sappiamo che esiste, al riguardo, una spinta molto forte da parte delle istituzioni verso il contenimento della spesa sanitaria alla luce di una gestione il più possibile illuminata delle risorse a disposizione.

5.

Per compiere passi avanti in questa direzione occorre anzitutto conoscere con esattezza le implicazioni di una scelta rispetto a un'altra e, al limite, anche le implicazioni del dissenso rispetto al consenso, nell'interesse di una efficacia curativa che vada a tutto vantaggio del risultato finale: il più elevato grado di salute e il maggiore stato di benessere per il cittadino, secondo quanto è implicitamente sancito dalla Costituzione repubblicana.

Per queste ragioni, e per altre, oggi nessuno nega la rilevanza dell'EBR. Proprio dal Centro Cochrane è venuto il monito di puntare l'attenzione sui rapporti tra ricerca scientifica e sistema informatore, da un lato, e, dall'altro, fra tale sistema informatore e interessi commerciali. Più in generale, le revisioni sistematiche sulle quali si fonda e nelle quali si articola l'EBM devono essere prodotte e diffuse in modo "indipendente"; e, a differenza delle ricerche che offrono risultati favorevoli, quelle che invece danno risultati dubitativi o non positivi devono essere rese note con la medesima "evidenza" onde non contraddire la lezione del grande filosofo della scienza Giovanni Vailati che già nel primo Novecento affermava che "non ogni verità ci indica una via da seguire, mentre ogni errore ci indica una via da evitare".

Con questa indicazione, <sup>ai cultori,</sup> detta della disciplina osteopatica, che legittimamente si presenta come "consolidato sistema di assistenza incentrato sulla salute e sul benessere" ed esercitata come tecniche non riduzionistica attenta alla totalità e complessità della persona bisognosa di cura, io auguro a coloro che mi ascoltano buona prosecuzione dei lavori congressuali e buon proseguimento nell'esercizio del loro prezioso mestiere.

Giorgio Cosmacini

docente nelle facoltà  
di medicina e di filosofia  
nell'Università Vita-Salute  
del San Raffaele di Milano

## La pedagogia medica e le competenze del professionista sanitario

*Maddalena Pennacchini*

Una delle innovazioni più importanti nel campo della pedagogia medica internazionale è l'orientamento a progettare i corsi di studio basandosi sulla esplicita dichiarazione del risultato finale, espresso come insieme delle competenze che si intendono far raggiungere alla fine del percorso. Questa tendenza è stata denominata *competency-based medical education*, in breve CBME, ed è stata preceduta da una fase in cui in letteratura si è usato principalmente il termine più generico di *outcome-based education*.

Ragionare per competenze ha alcune importanti conseguenze, sia sul piano della progettazione che sul piano della prassi didattica. Innanzi tutto i programmi dei singoli corsi non sono più espressione delle visioni disciplinari - di base, cliniche o specialistiche - ma sono asserviti al conseguimento delle competenze. Queste ultime, infatti, discendono da una valutazione complessiva dei bisogni di salute a cui i futuri professionisti dovranno dare risposta proprio per questo sarà necessario prevedere metodi didattici che consentano lo sviluppo specifico della "capacità di utilizzare". Rimangono validi tutti i metodi per lo sviluppo delle conoscenze (lezioni, seminari, studio personale,...), delle abilità (laboratorio, pratica) e degli atteggiamenti (esercizi di riflessione, *medical humanities*) ma è fondamentale poter disporre di un ambiente formativo che consenta l'integrazione dei tre tipi di contenuto di competenza, ai fini della soluzione di un problema professionale.

Obiettivo dell'intervento è esaminare il rapporto fra teorie pedagogiche e pratiche didattiche al fine di fondare un pensiero in azione che sia utile al futuro professionista sanitario come anche a chi già lo è per acquisire e continuare a implementare le sue competenze. Infatti le teorie hanno seguito le pratiche empiriche, come tentativo di modellare e comprendere ciò che avveniva nei luoghi di apprendimento.

## Il ragionamento clinico nella pratica sanitaria

*Angelo Manfredi, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita Salute San Raffaele e IRCCS Ospedale San Raffaele*

Il ragionamento clinico rappresenta, secondo la definizione classica di Barrows, "Il processo cognitivo che è necessario per valutare e gestire i problemi di salute di un paziente". Si traduce nella capacità di organizzare in modo gerarchico le informazioni cliniche, in modo da raggiungere una diagnosi e da identificare il trattamento appropriato con la maggiore precisione possibile. Il ragionamento gioca un ruolo centrale nella pratica delle professioni sanitarie e molti errori trovano le loro radici in una cattiva applicazione del metodo clinico. Tuttavia i meccanismi alla base rimangono mal caratterizzati, rendendo difficile riconoscere e evitare anche errori comuni. Almeno due approcci fondamentali si applicano al ragionamento clinico. Un approccio "lento", analitico-deduttivo, basato sulla generazione di elenchi di diagnosi possibili. Ciascuna ipotesi viene quindi pesata sulla base delle probabilità, utilizzando più o meno consciamente un algoritmo che tiene in considerazione la presentazione del problema, la prevalenza di una data malattia in una popolazione, gli elementi coinvolti nella patogenesi delle varie malattie, i limiti associati all'interpretazione di test diagnostici per definizione imperfetti. Esiste poi un approccio "veloce", basato su un meccanismo non analitico ma intuitivo, che si giova della capacità di riconoscere a colpo d'occhio un complesso di sintomi o di segni - o addirittura alcune frasi per descrivere sintomi e segni - che portano immediatamente alla scelta di una ipotesi diagnostica. Nella vita

reale, il ragionamento diagnostico comprende sia pensieri lenti che veloci, che prevalgono a seconda del contesto, dell'esperienza e del tipo di presentazione clinica. Questi elementi giocano un ruolo nelle varie professioni sanitarie che rappresentano un contesto più ampio al quale la logica del ragionamento clinico deve adattarsi. Ad esempio nell'ambito della medicina osteopatica molti pazienti sono portatori di condizioni complesse croniche, per cui non è stata identificata una categoria soddisfacente nell'ambito della nosologia medica attuale: spesso l'enfasi del ragionamento clinico si sposta dalla diagnosi all'identificazione e alla definizione delle priorità del trattamento. In tutti i casi, l'identificazione dei meccanismi alla base del pensiero clinico rappresenta una sfida per la riflessione dei prossimi anni, che deve venire affrontata per migliorare la qualità del trattamento del paziente a tutti i livelli.

#### **Bibliografia:**

*Barrows HS. Problem-based learning: An approach to medical education. New York: Springer Publishing Company; 1980.*

### **La formazione delle professioni sanitarie orientata alle competenze**

*Alvisa Palese*

Durante la relazione vengono descritte le finalità professionalizzanti dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie con particolare riferimento alle logiche che sottendono allo sviluppo delle competenze in ambito clinico nei diversi campi di responsabilità dei professionisti sanitari. Sono in particolar modo descritte e discusse le logiche curriculari, le metodologie tutoriali, valutative e certificative. Particolari enfasi viene attribuita alla descrizione dei modelli tutoriali efficaci e ai sistemi di valutazione abilitanti attualmente sperimentati nella pratica formativa sanitaria.

### **Medical education and osteopathy: the state of the art in Europe**

*Jorge Esteves*

Osteopaths possess a set of core competencies which enable them to practice autonomously and that guide them in the diagnosis, management and treatment of their patients and form the foundation for the osteopathic approach to health care. As primary contact healthcare practitioners, osteopaths are required to operate in situations of clinical uncertainty taking into account the location and nature of their patients' reported symptoms, relation to other structures as predisposing and maintaining factors, mechanisms for pain, but also their patients' general health, red flags and biopsychosocial factors. Importantly, this approach is informed by a critical understanding of the principles and concepts of osteopathy to inform and guide their clinical reasoning. However, the multifactorial nature of osteopathic clinical reasoning and patient management poses difficulties to educators in their quest to effectively support undergraduate students. In this presentation, I will be discussing teaching, learning and assessment strategies, which enable students to successfully make the transition from novices to competent autonomous health care practitioners. A particular focus will be placed on the development of safe and effective osteopathic patient management capabilities in a clinical education setting.

### **I cinque modelli osteopatici: linee di ragionamento clinico nella pratica osteopatica**

*Christian Lunghi D.O. N.D.*

L'osteopatia è una medicina tradizionale (WHO, 2013), strutturata su una base antropologica, e fondata su principi applicati attraverso una pratica manuale, piuttosto che su una semplice applicazione di tecniche (Rogers, 2005). La sua base filosofica, l'esperienza clinica e l'identità in continua evoluzione da almeno 142 anni (Gevitz, 2014), sono la base di recenti disegni di studi finalizzati ad investigare l'efficacia delle cure osteopatiche basate su un processo decisionale salutogenico centrato sui bisogni della persona, piuttosto che sull'efficacia di una singola tecnica o di un protocollo predeterminato (Cerritelli, 2015). Attraverso la conoscenza dell'anatomia e della fisiologia e di altre competenze tecnico-scientifiche, l'osteopata interagisce con le alterazioni tessutali riferibili a sovraccarichi dei sistemi autoregolatori, con ripercussioni sull'economia globale del corpo, così da correggere schemi disfunzionali non più sostenibili. Le unità funzionali autoregolatrici in grado di interagire con la capacità adattativa individuale rappresentano cinque modelli concettuali di valutazione del rapporto struttura e funzione, oltre che forze di attivazione cui si rifanno approcci clinici biomeccanici, neurologici, circolatorio-respiratori, metabolico-energetici, biopsicosociali (ECOP, 2011). L'osteopata, applicando un processo decisionale, seleziona la modalità migliore di interazione con la persona, procedendo talvolta con approcci specifici locali indirizzati alle strutture disfunzionali clinicamente rilevanti (disfunzione somatica), talvolta con approcci adattogeni globali indirizzati al bilanciamento delle funzioni in sovraccarico (Lunghi, et al. 2016). La rivisitazione dei principi osteopatici tradizionali e delle loro applicazioni alla luce delle evidenze è rafforzata dal pensiero critico per far emergere una osteopatia incentrata sulla persona: attraverso l'applicazione di modelli struttura/funzione, l'osteopata tende a promuovere la salute in un processo di cura interdisciplinare (Tozzi et al, 2015). Grazie a questo processo l'osteopatia si pone in prima linea nel processo di integrazione dei servizi di biomedicina con gli approcci di medicina complementare (WHO, 2013).

### **Bibliografia**

1. Cerritelli F, Cicchitti L, Martelli M, 2015. *Osteopathic manipulative treatment and pain in preterms: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 8;16:84.*
2. Educational Council on Osteopathic Principles (ECOP), 2011. *Glossary of Osteopathic Terminology. American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (A.A.C.O.M.), Chevy Chase, MD.*
3. Gevitz N, 2014. *A degree of difference: the origins of osteopathy and first use of the "DO" designation. J Am Osteopath Assoc.114(1):30-40.*
4. Lunghi C., Tozzi P, Fusco G 2016. *The biomechanical model in manual therapy: Is there an ongoing crisis or just the need to revise the underlying concept and application?, Journal of Bodywork & Movement Therapies. In Press*
5. Rogers, F.J., 2005. *Advancing a traditional view of osteopathic medicine through clinical practice. J. Am. Osteopath. Assoc. 105(5):255-9.*

### **Ragionare per competenze: un salto di qualità per il professionista osteopata**

*Chiara Arienti, B.Sc.Ost (Hons) D.O. MROI*

La definizione di competenza ha suscitato e ancora mantiene vivo un dibattito intenso fra i pedagogisti, ma possiamo sinteticamente considerarla come la capacità di usare un insieme strutturato di conoscenze, abilità pratiche e atteggiamenti in un contesto specifico, professionale o di formazione. In ambito clinico, la definizione più comunemente accettata è quella di Epstein, che

l'ha indicata come *“l'abitudine all'uso basato su giudizio di conoscenze, ragionamento clinico, abilità tecniche, capacità comunicative, emozioni e valori da ripensare continuamente nella pratica quotidiana per il beneficio dell'individuo e della comunità di cui ci si occupa”*. In essenza la competenza è costituita da tre elementi:

- la capacità di usare;
- i contenuti della competenza: conoscenze teoriche, abilità pratiche, atteggiamenti e sistemi di valori;
- il contesto clinico.

Il ragionamento clinico rientra tra le competenze fondamentali per il clinico, in quanto è definito come il ponte tra la pratica e le conoscenze, in quanto rappresenta un processo dinamico in cui il clinico, in sinergia con le altre figure professionali, i pazienti e i suoi familiari, struttura le migliori strategie di cura sulla base dei dati clinici raccolti, delle scelte del paziente, delle proprie capacità di giudizio e conoscenze.

Diventa, a questo punto, fondamentale per il professionista osteopata acquisire le competenze necessarie per impostare un adeguato ragionamento clinico che consenta di essere consapevoli di ciò che si sta facendo, come lo si sta facendo e perché lo si sta facendo, per essere realmente efficaci nella cura del proprio paziente.

## **La norma CEN sull'assistenza sanitaria in Osteopatia**

*Marco Petracca*

Il CEN (Comitato Europeo per la Normazione/Standardizzazione) è un'associazione che riunisce gli enti di normazione di 33 paesi europei.

Una normativa è un documento che definisce i requisiti per un determinato elemento, materiale, componente, sistema o servizio, o descrive in dettaglio un metodo o una procedura particolare.

La normativa europea EN 16686:2015 specifica i requisiti e le raccomandazioni riguardanti l'assistenza sanitaria, le strutture, i criteri formativi e i principi deontologici idonei a una buona pratica dell'osteopatia. Alla stesura della normativa, richiesta dalle associazioni di osteopatia europee EFO (European Federation of Osteopaths) e FORE (Forum for Osteopathic Regulation in Europe), ha collaborato l'Italia attraverso l'UNI (Ente Italiano di Normazione), membro del CEN, facendo parte del comitato tecnico CEN/TC 414, istituito nell'Ottobre 2011. L'approvazione definitiva della norma è stata votata il 30 Aprile 2015, e la pubblicazione ufficiale è avvenuta il 31 Gennaio 2016. L'EN 16686:2015 definisce Scopo, Terminologia, Principi, Pratica Clinica, Deontologia e Formazione dell'Osteopatia. In particolare il documento descrive gli standard minimi che l'osteopata deve avere per l'esercizio della professione, definendo le competenze essenziali, i criteri per l'anamnesi, la valutazione, il trattamento, l'aggiornamento professionale continuo, e i requisiti formativi dei programmi didattici tipo I e tipo II. Inoltre alla normativa sono allegati le definizioni dei modelli, i principi deontologici e le principali tecniche utilizzate nel trattamento osteopatico. Infine, per Austria, Bulgaria e Italia, il documento CEN specifica alcune “deviazioni”, e cioè possibili conflitti tra le leggi esistenti e i contenuti della normativa stessa.

Una norma europea del CEN non è una legge, e non obbliga nessuno a rispettarla. È però un riferimento europeo ufficiale e condiviso, che le diverse organizzazioni politiche possono tenere in considerazione per legiferare sui prodotti/servizi oggetto della norma.

## **Le strategie e i metodi di verifica dell'apprendimento in ambito sanitario**

### *Licia Montagna*

Nel mondo della formazione quando parliamo di valutazione intendiamo un insieme di azioni il cui esito è quello di produrre un giudizio di valore su un "oggetto", situazione o evento. In didattica si è sempre parlato di valutazione di profitto del discente. Questo modello, che si fonda sostanzialmente sull'approccio docimologico, si basa su alcuni assunti fondamentali come: la definizione di obiettivi chiari, facilmente osservabili e prevedibili e dunque misurabili al termine del processo di apprendimento. Questo approccio, essenziale per la definizione di obiettivi core nella formazione sanitaria, si è rivelato tuttavia riduttivo nella valutazione di alti livelli di competenza quali capacità relazionali, di ragionamento, di presa di decisioni. Competenze queste imprescindibili per una formazione sanitaria professionalizzante.

Da diversi anni, infatti, il mondo medico e delle professioni sanitarie in generale, ha compiuto grandi sforzi nella direzione di rendere la valutazione più accurata e affidabile anche in relazione alla complessità del concetto di competenza, che fa capo ad tutta una serie di aspetti meno visibili e che riguardano apprendimenti che riguardano non solo la conoscenza, ma la capacità del discente di applicare tale conoscenza in uno specifico contesto. La competenza, infatti, agisce sempre all'interno di un contesto, per questo motivo la valutazione deve riguardare più contesti nei quali valutare e monitorare lo studente e il suo processo di applicazione e costruzione del sapere dall'esperienza. In letteratura si parla valutazione di risultato, a indicare quella valutazione che includendo una varietà di strumenti, anche di tipo qualitativo, consente di valutare abilità complesse attraverso un'ampia gamma di eventi e di aprire il processo di valutazione non solo alle competenze raggiunte sulla base di uno standard definito, ma anche al processo di cambiamento messo in atto dallo studente.

Questo comporta la necessità di una formazione alla valutazione da parte del corpo docente, capace di utilizzare strumenti valutativi non solo oggettivi e pertinenti (agli obiettivi di apprendimento) ma anche capaci di cogliere il cambiamento del soggetto nella gestione dei processi (p.e. pazienti simulati; prove pratiche...). La relazione avrà una parte dedicata alla breve presentazione di alcuni strumenti per la valutazione dell'apprendimento clinico (osservazioni guidate, simulazioni, portfolio...).

### **La disfunzione somatica e i livelli di concordanza: le modalità di apprendimento**

*Giampiero Fusco, Fisioterapista - Osteopata D.O.*

La disfunzione somatica (DS) viene indicata nell'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems come "una funzionalità compromessa o alterata di componenti somatiche in relazione tra di loro"(1). L'individuo quotidianamente è immerso in un ambiente dove può incorrere in stimoli che risultano stressogeni. Per mantenere lo stato di salute, la persona ricorre a strategie basate su componenti adattative di diversa natura: fisiologiche, psicosociali, cognitive, socioculturali e spirituali. Selye descrisse la Sindrome di Adattamento Locale (SAL) come una reazione infiammatoria cronica dei tessuti in risposta all'azione di eventi stressanti rappresentati da stimoli chimici, fisici, biologici, ambientali, psicologici ed emozionali(2). Osservando la DS in chiave di SAL, potremmo definirla come una reazione mecano-fisiologica somatica volta a reagire, adattare e/o cronicizzare gli insulti esogeni ed endogeni che afferiscono all'uomo(3); le reazioni tissutali permetterebbero la sopravvivenza dell'individuo attraverso la modifica di 4 parametri principi: modifica della trama tissutale, asimmetria strutturale o funzionale, riduzione del range di movimento e dolorabilità. Le ricerche cliniche, le analisi

biologiche e fisiopatologiche nonché l'approccio modellistico alla DS hanno cercato dagli inizi del '900 ad oggi, di spiegare perché nei tessuti si verificano le suddette modifiche e quali potrebbero essere le sequele. Le competenze palpatorie risultano dunque quale componente centrale della pratica clinica osteopatica in quanto essenziali per valutare correttamente le disfunzioni somatiche e selezionare le tecniche di trattamento più idonee(4); a tal fine la ricerca in ambito clinico osteopatico verte negli ultimi anni verso la verifica della diagnostic reliability(5) volta a promuovere e determinare il livello di riproducibilità necessario per soddisfare i criteri evidence-based.

### Bibliografia

1. World Health Organization (WHO), 2011. *International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition.* WHO, Geneva
2. Selye, H., 1978. *The stress of life.* McGraw-Hill, New York.
3. Fusco, G., 2015. *Risposta adattativa locale: la disfunzione somatica.* In: Tozzi, P., Lunghi, C., Fusco, G., *I 5 modelli osteopatici: razionale, applicazione, integrazione. Dalla tradizione, all'innovazione per un'osteopatia incentrata sulla persona.* Edra edizioni. Milano. Ch. 2
4. Esteves, J.E, Spence, C., 2013. *Developing competence in diagnostic palpation: Perspectives from neuroscience and education.* *Int. J. Osteopath Med.*17 (1), 52-60
5. Lucas, N., Bogduk, N., 2011. *Diagnostic reliability in osteopathic medicine.* *International Journal of Osteopathic Medicine*, 14(2): 43-47

## Il metodo PPE per la valutazione dei curricula in ambito medico e osteopatico: uno studio osservazionale

G. Consorti, R. Mancuso, A. Piccolo, F. Consorti, J. Zurlo

### Introduzione

La Peer Physical Examination (PPE) è una metodologia didattica per l'insegnamento delle abilità pratiche utilizzata nei corsi di studio di medicina ed osteopatia. Lo scopo di questo studio è quello di comparare il grado di accettabilità della PPE in due classi di studenti di medicina ed osteopatia come indice di un diverso approccio professionale.

Lo scopo secondario è validare una nuova versione del questionario per valutare l'accettabilità della PPE.

### Metodi

Campione: una classe del terzo anno del corso di laurea in medicina dell'Università Sapienza di Roma (129 studenti) e due classi del primo anno del corso di diploma D.O. della scuola C.E.R.D.O. di Roma (112 studenti) .

Una versione di un nuovo questionario e uno strumento già esistente in letteratura (Examining Fellow Students [EFS]) sono stati somministrati con metodo *cross sectional*.

### Risultati

Il punteggio medio del nuovo questionario è risultato più alto per gli studenti di osteopatia (53,4± 6,3 vs. 43,4± 8,9; p<0,01). All'analisi di regressione lineare le variabili predittive del risultato sono state il genere ed il corso d'appartenenza. Anche il punteggio medio dell' EFS si è mostrato più alto negli studenti di osteopatia (30,76± 2,9 vs 27,85± 4,3; p<0,01)

All'analisi fattoriale del nuovo questionario sono emersi tre fattori (utilità e pertinenza, implicazioni sessuali, ruolo passivo) che da soli spiegano il 62,8% della varianza. La *criterion validity*

è stata valutata per correlazione con l'EFS ( $r$  di Pearson = 0,61). La *reliability* calcolata con l'alfa di Cronbach si è mostrata molto buona (0,86).

### **Conclusioni**

Questi risultati quantitativi sono in accordo con i precedenti studi qualitativi sui processi di caratterizzazione in entrambe le professioni, relativi al contatto col corpo. La nuova versione del questionario si è dimostrata valida e affidabile.

## **Progetto OPERA: il censimento degli osteopati in Italia**

*Francesco Cerritelli*

Il riconoscimento dell'Osteopatia in Italia come professione sanitaria autonoma rappresenta l'obiettivo principale ed attuale di tutta la categoria di professionisti.

Alla luce del recente percorso intrapreso e delle aggiornate stime derivanti da altri paesi Europei, tuttavia, si presenta la necessità di ottenere informazioni dettagliate atte a poter strutturare un dialogo proficuo con le Istituzioni, che solo attraverso una valutazione di stime certe potrà permettere tale riconoscimento.

L'inquadramento della figura professionale dell'osteopata nell'attuale contesto italiano presenta punti di debolezza riguardo diversi aspetti: la mancanza di dati attendibili che possano fornire un quadro reale del numero di osteopati che svolgono la professione sul territorio; insufficienti informazioni relative al contesto socio-lavorativo in cui operano; la tipologia di pazienti che richiede trattamenti; la mancanza di una chiara conoscenza della distribuzione geografica della professione; l'eterogeneità del percorso formativo di base.

Da tali premesse, in accordo con gli obiettivi posti dal Registro degli Osteopati d'Italia riguardo al riconoscimento della professione ne consegue la necessità di un censimento completo della popolazione osteopatica in Italia.

Il progetto italiano Osteopathic Practitioners and Rates (OPERA) ha i seguenti obiettivi primari:

a) definire il numero di osteopati all'interno del territorio italiano, analizzando la distribuzione geografica; b) comparare il numero di membri vs non membri di associazioni di categoria; c) analizzare l'andamento temporale del numero di osteopati; d) acquisire informazioni su: caratteristiche socio-economiche, profilo formativo, pratica clinica.

Il progetto OPERA, pertanto, mira a dare una immagine il più aderente possibile alla realtà della situazione attuale della professione osteopatica sul territorio italiano.

OPERA rappresenterà il primo censimento osteopatico in Italia riempiendo così un vuoto socio-demografico relativo all'ambito osteopatico italiano.

## **Progetto SIPeM: la qualità della formazione in osteopatia delle scuole ROI**

*Licia Montagna, Pedagogista e membro SIPeM*

Il progetto nasce dall'esigenza di avere uno stato dell'arte della qualità del percorso formativo erogato dalle scuole accreditate al ROI, con particolare attenzione alle metodologie didattiche applicate in base ai programmi formativi concordati in Commissione Didattica del ROI.

Le visite hanno avuto l'obiettivo di prendere diretta visione delle strutture della scuola, accertare la corrispondenza tra quanto dichiarato nel questionario di preparazione alla visita e quanto direttamente osservato dalla commissione visitatrice, discutere l'andamento della didattica con il management e una rappresentanza di docenti, di personale amministrativo e degli studenti.

Lo scopo finale della visita è stato quello di fornire consigli orientati al miglioramento della didattica, identificando eventuali criticità ed evidenziando buone pratiche la cui conoscenza sia meritevole di essere promossa. Allo stato attuale, le visite non hanno alcun valore né intento certificativo o di accreditamento, anche se possono essere usati sistemi di standard europei o il regolamento didattico del ROI come riferimento.

Dai primi dati preliminari, esiste una discreta omogeneità delle strutture visitate in termine di luogo idoneo per l'apprendimento didattico e clinico e il materiale a disposizione è sufficiente per l'apprendimento. Buona l'organizzazione gestionale della scuola e delle attività didattico-clinico.

Punto di debolezza, comune alla maggior parte delle scuole è la mancanza di una programmazione per competenze e la formazione dei docenti sulle metodologie didattiche di insegnamento.

Un limite di questo progetto è stata l'auto-somministrazione del questionario, in cui spesso non era chiara la comprensione delle domande, a dimostrazione che manca la conoscenza di un linguaggio educativo comune.

## **Progetto Multicentrico: affidabilità inter-operatore nella ricerca di disfunzioni somatiche della colonna lombare mediante l'utilizzo di test palpatori selezionati**

*Sabellico Fabrizio, DO MROI, Massimiliano Grassi, Psy.D., M.Sc.*

### **Introduzione**

L'obiettivo del presente studio multicentrico è stato quello di valutare se l'affidabilità inter-operatore, nel valutare la presenza di disfunzione somatica del tratto lombare L1-L4, possa essere maggiore tramite l'utilizzo di test specifici selezionati, con cui gli operatori si sono confrontati per un periodo di allenamento di quattro mesi.

### **Metodi**

Lo studio ha avuto inizio nel gennaio 2013, sono state invitate tutte le scuole affiliate al ROI, di queste 8 hanno aderito al progetto con un numero complessivo di partecipanti di 194 soggetti e 24 studenti del 5/6 ANNO operatori

*Criteri di inclusione:* maggiorenni; asintomatici

*Criteri di esclusione:* trauma alla colonna lombare; diagnosi medica di qualunque tipo di patologia lombare; omt spinale da meno di otto settimane

*Valutazione:* 3 valutatori per scuola; Studenti dell'ultimo anno di corso; Presenza di disfunzione somatica su almeno due parametri: TART; da L1 a L4

*Training:* apprendimento dell'ordine e modalità standardizzata dei test

*Analisi statistiche:* La affidabilità inter-operatore è stata valutata attraverso l'indice di correlazione intra-classe (ICC) e la percentuale d'accordo (%-A). Per lo studio del cambiamento a seguito del

training, si è utilizzato un approccio a ricampionamento bootstrap (ICC) e il modello lineare misto generalizzato a misure ripetute (%-A). Quest'ultimo è stato anche impiegato per studiare la relazione tra variabili antropometriche dei soggetti e l'accordo tra valutatori.

### **Risultati**

L'affidabilità inter-operatore è risultata complessivamente maggiore del caso (ICC staticamente significativi) ma limitata. Dalle analisi (sia con l'ICC che con %-A) non è emersa una evidenza complessiva di un significativo miglioramento della affidabilità inter-operatore in seguito al training. Evidenze preliminari di un miglioramento sono risultate solo negli ICC di alcune scuole considerate individualmente. Infine, non sono emerse chiare relazioni tra le caratteristiche antropometriche e l'accordo tra valutatori.

### **Discussione**

I risultati ottenuti non mostrano quindi una efficacia del training nel migliorare l'affidabilità inter-operatore. Nuovi metodi di insegnamento e una loro più uniforme applicazione tra i diversi centri di formazione saranno necessari per poter ridurre la diversità di giudizio frequentemente osservata nelle valutazioni osteopatiche.

### **Bibliografia**

1. *Degenhardt, DO. Interobserver Reliability of Osteopathic Palpatory Diagnostic Tests of the Lumbar Spine: AOA October 2005, Vol. 105, 465-473.*
2. *Degenhardt B.F., Johnson J.C., Snider K. T., DO, Snider E. J., "Maintenance and Improvement of Interobserver Reliability of Osteopathic Palpatory Tests Over a 4-Month Period", JAOA 2010, 110(10):579-586.*
3. *Patterson, et al., "Determination of pressures used in osteopathic palpatory diagnosis", JAOA, 103:382.*

# LAVORI SCIENTIFICI: PRESENTAZIONI ORALI

---

## **Il trattamento manipolativo osteopatico e il dolore nei pretermine: studio clinico randomizzato**

*Barlafante G., Cicchitti L.*

Despite the increasing number of osteopathic manipulative treatment (OMT) studies, no trials have been conducted on pain in preterms. A single blinded placebo-controlled randomized trial was designed to determine OMT effectiveness in reducing pain, length of stay and costs in preterms. Prematures without congenital/genetic complication were enrolled and randomized in: 1) OMT; 2) sham OMT; 3) usual care groups. Primary outcome was the mean differences in Premature Infant Pain Profile (PIPP) scale between groups. 129 newborns were included. At the end of the study, OMT produced a reduction of 0.48 points (-0.89, -0.07;  $p = 0.02$ ) in the PIPP scale compared to no intervention groups. In addition, OMT group significantly shortened the LOS compared to both the sham (OMT:  $13.9 \pm 6.3$  vs sham:  $21.2 \pm 11.1$ ;  $p < 0.001$ ) and the control group (OMT:  $13.9 \pm 6.3$  vs control:  $23.8 \pm 10.2$ ;  $p < 0.001$ ). Generalized linear model showed a significant reduction of days of hospitalization by 7 days (95% CI -13.67, -1.63;  $p < 0.01$ ). Ordinary least square showed that the OMT group significantly decreased costs per preterm per LOS compared to sham and control groups. There were no complications associated to the intervention. The use of osteopathic care was demonstrated to be a promising approach for reducing pain in preterms. ClinicalTrials.gov (NCT02146677).

## **Soddisfazione e qualità percepita dopo trattamento manipolativo osteopatico in ospedale: un'esperienza italiana**

*Tramontano M., Martino Cinnera A., Gaeta A., Tamburella F., Petracca M.*

### **Introduzione**

In Italia è diffuso l'uso del Trattamento Manipolativo Osteopatico (TMO) anche nelle strutture ospedaliere, ma ad oggi l'osteopatia non è una professione sanitaria riconosciuta e non è una prestazione rimborsata dal servizio sanitario regionale.

Inoltre non è mai stata valutata la soddisfazione del paziente collegata all'erogazione di tale servizio ospedaliero.

Obiettivo del presente studio è la valutazione della soddisfazione dei pazienti che effettuano trattamenti osteopatici in regime di intramoenia in un ospedale italiano.

### **Metodi**

Sono stati intervistati 101 pazienti con alterazioni muscolo scheletriche che si sono sottoposti ad almeno un trattamento osteopatico presso l'ospedale Fondazione Santa Lucia IRCCS di Roma.

Per la valutazione sono stati somministrati 2 questionari (Patient Satisfaction Questionnaire Modified, Patient Satisfaction With Outpatient Physical Therapy) ed una scala VAS per la soddisfazione. Attraverso i Test di Pearson e Spearman è stata effettuata un'analisi parametrica e non parametrica per valutare le correlazioni statistiche tra variabili demografiche e questionari.

### **Risultati**

L'analisi statistica, effettuata su un campione di 97 pazienti (50F; età media  $42,48 \pm 16,1$ ), mostra alti valori di soddisfazione generale dopo il TMO (VASs:  $9.36 \pm 1.00$ ; PSOPT:  $43.27 \pm 3.65$ ). Una significativa correlazione si riscontra tra i questionari e le variabili Età ( $r = -0.24$ ,  $p < 0.05$ ), Gender ( $r = 0.23$ ,  $p < 0.05$ ) Livello di Istruzione [ $(r = 0.20$ ,  $p < 0.05$ ); ( $r = 0.24$ ,  $p < 0.05$ )] e tra le interdimmensioni dei questionari.

## Discussione

I risultati dello studio mostrano un alto livello di soddisfazione per pazienti con disturbi muscolo-scheletrici sottoposti a TMO in un setting ospedaliero. Il tasso di soddisfazione generale è maggiormente influenzato dalla percezione che ha il paziente delle capacità tecniche dell'operatore, dalla continuità del trattamento e dal costo del servizio con alcune differenze tra Età, Gender e Livello di Istruzione.

Le informazioni derivate dal presente studio potrebbero essere utili per migliorare l'assistenza terapeutica legata all'erogazione di un servizio di TMO e per aumentare la soddisfazione percepita dei pazienti.

## Bibliografia

1. Licciardone JC, Brittain PD, Coleridge ST. Patient satisfaction and clinical outcomes associated with osteopathic manipulative treatment. *J Am Osteopath Assoc.* 2002 Jan;102(1):13-20.
2. Morin C, Aubin A. Primary reasons for osteopathic consultation: a prospective survey in Quebec. *PLoS One.* 2015;10(3):e0121180
3. Cross V, Leach CM, Fawkes CA, Moore AP. Patients' expectations of osteopathic care: a qualitative study. *Health Expect.* 2015 Oct;18(5):1114-26.

## Tattamento manipolativo osteopatico della dismenorrea primaria e dei fattori associati: studio randomizzato controllato

Zecchillo D., Pannunzio A. D.O., Pisa V. PhD., Uberti S. D.O., Grassi M. Psy.D., Castagna C. D.O.

### Introduzione/obiettivo

La dismenorrea primaria<sup>1</sup> è una problematica molto diffusa<sup>2</sup>, invalidante<sup>3</sup> e con un alto costo socio-economico<sup>4</sup>. Nonostante l'OMT sia comunemente utilizzato per questa patologia, esistono scarse evidenze scientifiche a riguardo<sup>5</sup>. Obiettivo: valutare l'efficacia dell'OMT su dolore e fattori associati alla dismenorrea primaria.

### Materiali e metodi

RCT in singolo cieco. Campione di 26 donne (età 26,9±6,3) con diagnosi medica di dismenorrea primaria, randomizzate in due gruppi (OMT e light-touch), entrambi riceventi un ciclo di 6 trattamenti da 50 minuti all'interno di un ciclo mestruale. Outcome primario: dolore medio (NRS) giornaliero durante la fase mestruale. Outcomes secondari: qualità di vita (SF-12), quantità di sintomi associati, quantità di farmaci assunti e quantità di ore di assenza da scuola/lavoro<sup>6</sup> (diario per raccolta dati). Al follow-up, grado di soddisfazione del trattamento ricevuto (PGIC<sup>7;8</sup>).

### Risultati

Al termine dello studio rispetto al baseline, il gruppo studio ha mostrato statisticamente (t-test:  $p \leq 0,001$ ) e clinicamente un miglioramento degli outcomes valutativi: media del dolore dismenorrico (6,2±1,3vs2,5±1,5[-59,7%];  $p=0,001$ ), farmaci assunti (4,2±2,6vs1,5±2,2[-64,3%];  $p < 0,001$ ), ore di assenza da scuola/lavoro (7,2±3,3vs0,9±1,9[-87,5%];  $p < 0,001$ ), quantità di sintomi associati (7,8±1,5vs2,7±1,8[-65,4%];  $p < 0,001$ ) qualità di vita (+57,9%PCS: 30,9±4,7vs48,8±8,2;  $p < 0,001$  & +31,6%MCS: 37,3±4,3vs49,1±6,3;  $p < 0,001$ ). L'analisi degli outcomes inter-gruppi studio-controllo tra inizio e fine dello studio ha mostrato significative differenze ( $p \leq 0,001$ ). Al termine dello studio si è osservata una differenza del gradimento del trattamento ricevuto nella scala PGIC tra i due gruppi del 75,4% (5,7±1,1vs1,4±0,9;  $p < 0,001$ ).

## Discussioni

I risultati di questo studio supportano l'efficacia dell'OMT sulla diminuzione della percezione del dolore e sull'aumento della qualità di vita<sup>5</sup>. Si evince inoltre l'effetto positivo su importanti fattori socio-economici come il numero di farmaci assunti e le ore di assenza da scuola/lavoro. S'individua come limite di questo studio la ridotta ampiezza del campione e l'utilizzo di un unico terapeuta coinvolto in tutte le fasi dello studio.

## Bibliografia

1. Proctor et al. *Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhea. The Cochrane database of systematic reviews. 2006, 19 (3).*
2. Latthe et al. *WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Public Health. 2006.*
3. Yu. *Complementary and alternative treatments for primary dysmenorrhea in adolescents. The Nurse practitioner. 2014, 39 (11): 1-12.*

## Gli effetti del trattamento manipolativo osteopatico (OMT) nei pazienti affetti da asma bronchiale: studio randomizzato controllato

Dall'Omo F., D.O. FT, Atebong Nojang S. D.O. MMG, Tarocco F. D.O. Biologa

L'obiettivo del nostro studio è stato verificare se la somministrazione di un protocollo osteopatico ad un gruppo di soggetti affetti da asma bronchiale in terapia medica rispetto ad un gruppo di controllo sottoposto a trattamento placebo più terapia medica fosse in grado di produrre modificazioni qualitative sui sintomi percepiti, e miglioramento quantitativo della capacità respiratoria misurata attraverso l'esame spirometrico.

### Materiali e Metodi

Il campione di pazienti coinvolti nella sperimentazione è formato da 80 soggetti, 44 femmine e 36 maschi, di età compresa tra i 16 e i 75 anni, reclutati casualmente da data-base denominato Millewin dei medici di Medicina Generale (MMG) e da reparto ambulatoriale di Pneumologia dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone.

I soggetti sono stati suddivisi in maniera randomizzata in 2 gruppi: un gruppo (A) formato da 45 soggetti a cui è stato somministrato un protocollo osteopatico più terapia medica abituale; un gruppo (B) composto di 35 soggetti sottoposti a trattamento placebo più terapia medica abituale. La durata della sperimentazione ha coperto un arco di tempo di circa 4 mesi (da febbraio a maggio 2015).

### Risultati

La media dell'FVC dei pazienti trattati è risultata in modo statisticamente significativo più alta di quella del gruppo placebo.

La media dell'FEV1 dei pazienti trattati è risultata in modo statisticamente significativo più alta di quella del gruppo placebo.

La media dell'FEV1/FVC% dei pazienti trattati è risultata statisticamente significativa più alta di quella del gruppo placebo

### Discussioni

Dall'analisi statistica è emerso che il gruppo OMT ha riscontrato un aumento statisticamente significativo delle variabili FVC e FEV1 per quasi tutti i gruppi mentre la variabile FEV1/FVC% quasi mai ha avuto un aumento statisticamente significativo.

## Bibliografia

1. *Hahtela T, Jarvinen M, Kava T, Kiviranta K, Koskinen S, Lehtonen K, et al. Comparison of abeta 2-agonist, terbutaline, with an inhaled corticosteroid, budesonide, in newly detected asthma. N Engl J Med 1991;325:388-92.*
2. *van Essen-Zandvliet EE, Hughes MD, Waalkens HJ, Duiverman EJ, Pocock SJ, Kerrebijn KF. Effects of 22 months of treatment with inhaled corticosteroids and/or beta-2-agonists on lung function, airway responsiveness, and symptoms in children with asthma. The Dutch Chronic Non-specific Lung Disease Study Group. Am Rev Respir Dis 1992;146:547-54.*
3. *Kerrebijn KF, van Essen-Zandvliet EE, Neijens HJ. Effect of long-term treatment with inhaled corticosteroids and beta-agonists on the bronchial responsiveness in children with asthma. J Allergy Clin Immunol 1987;79:653-9.*

## Trattamento manipolativo osteopatico nella cefalea tensiva episodica frequente: protocollo dello studio EBOTTH

Rolle G., Tremolizzo L., Somalvico F.

### Introduzione

La cefalea tensiva (CTT) è la tipologia più comune di cefalea primaria, con una prevalenza nel corso della vita stimata tra il 30% e il 78%. L'impatto sui pazienti può essere molto elevato, includendo il carico di malattia dei sintomi ictali, il carico intercritico, il carico cumulativo e l'impatto su altre persone. I costi per il sistema sanitario sono elevati. Dal punto di vista clinico, la CTT è un disturbo multi-fattoriale, che implica strategie di trattamento individuali. Il nostro precedente studio pilota ha suggerito, nella CTT episodica frequente (CTTE-f), un'efficacia del trattamento manipolativo osteopatico (OMT),<sup>19</sup> che potrebbe rappresentare una strategia di trattamento alternativo alla farmacoterapia profilattica.

### Obiettivi

Verificare l'efficacia dell'OMT nella CTTE-f rispetto ad un trattamento manipolativo osteopatico simulato (ST), in termini di riduzione della frequenza media degli attacchi, dell'intensità degli attacchi, dei farmaci sintomatici assunti, riduzione del punteggio dei questionari auto-somministrati (HDI, HIT-6), riduzione delle disfunzioni osteopatiche mediante Goal Attainment Scale (GAS).

### Metodi

Studio clinico prospettico, multicentrico, randomizzato, in doppio-cieco. Prevede, presso i Centri partecipanti, l'arruolamento di 264 pazienti adulti affetti da CTTE-f. La numerosità campionaria è stata calcolata osservando lo studio pilota di riferimento, ipotizzando una riduzione media della frequenza di attacchi del 30% per il gruppo OMT e del 10% del gruppo ST.

Lo studio prevede:

Fase Pre-arruolamento, in cui tutti i pazienti ritenuti affetti da CTTE-f sono selezionati nel contesto di cure primarie da medici di medicina generale; la diagnosi di tipologia di cefalea (tensiva) viene confermata da un neurologo in un contesto ambulatoriale separato.

Fase di arruolamento: un valutatore in cieco (Osteopata) verifica sul diario dei pazienti che il numero degli attacchi sia compatibile con la diagnosi di CTTE-f ( $3 \leq$  attacchi mensili  $\leq 14$ ), consentendo la randomizzazione del paziente (computerizzata) da parte del Centro coordinatore. Tale operatore effettua anche una valutazione osteopatica generale, che include

obbligatoriamente l'articolazione temporo- mandibolare (ATM) e il rachide cervicale.

- Fase di Trattamento: prevede OMT (gruppo trattamento) oppure ST (gruppo controllo).
- Fase di Follow-up: l'osteopata in cieco raccoglie diari e questionari ricompilati al primo e al secondo mese, per la rilevazione degli esiti.
- Fase Finale: alla fine del terzo mese di follow-up, in aggiunta alla raccolta dei dati sopra esposti, l'osteopata in cieco rivaluta il paziente per rilevare:
  - presenza di disfunzione osteopatica ATM e cervicale
  - presenza di disfunzioni in altri distretti - calcolo della GAS

La durata complessiva dello studio è di  $120 \pm 5$  giorni, mentre il periodo di trattamento per ciascun paziente è di 30 giorni: 4 sedute settimanali. Per quanto concerne l'OMT, la correzione di eventuali disfunzioni a carico dell'ATM e del rachide cervicale è obbligatoria (trattamento semi-strutturato). Per gli altri distretti corporei, l'operatore ha libertà di azione nell'ambito delle sedute previste. ST invece prevede la valutazione del movimento respiratorio primario a livello cranico. Per minimizzare le differenze percepite, il lasso di tempo di ogni seduta è simile nei due gruppi.

#### **Bibliografia**

1. *Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. Lancet Neurol. 2008;7(4):354-361.*
2. *Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA. 1998;279(5):381-383.*
3. *Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population— a prevalence study. J Clin Epidemiol. 1991;44(11):1147-1157.*

## **Effetti del trattamento manipolativo osteopatico nel reflusso gastroesofageo infantile: studio pilota**

*Guidi S., Lucarini F., Petracca M.*

### **Introduzione**

Il reflusso gastroesofageo è generalmente associato a rilassamenti transitori dello sfintere esofageo inferiore che permette al contenuto gastrico di entrare nell'esofago. Il reflusso gastroesofageo si verifica più frequentemente dopo i pasti ed è particolarmente comune negli infanti a causa della lunghezza ridotta dell'esofago, dell'immatunità dell'esofago e dello stomaco, di un angolo ottuso di His e di una dieta costituita principalmente da liquidi. L'obiettivo di questo studio è quello di valutare gli effetti del trattamento osteopatico nel reflusso gastroesofageo infantile e di individuare disfunzioni somatiche prevalenti in questa categoria di pazienti.

### **Metodi**

In questo studio pilota è stato preso un campione di convenienza per la valutazione pre-post trattamento di infanti con diagnosi di reflusso gastroesofageo. Sono stati reclutati pazienti di età compresa 0-12 mesi che non avevano controindicazioni assolute al trattamento osteopatico con un risultato del questionario I-GERQ-R > 16. Sono stati esclusi infanti con patologie genetiche, neurologiche o metaboliche gravi.

Sono state effettuate 3-4 sedute, a distanza di 1-2 settimane, nel periodo compreso tra gennaio e giugno 2015, presso uno studio privato in provincia di Roma. Le valutazioni venivano eseguite prima dell'inizio dei trattamenti e al termine dell'ultimo trattamento.

## Risultati

24 infanti (14M e 10F) di età media 5,5 mesi (range 1-11mesi) erano eleggibili per lo studio. La differenza del punteggio del questionario I-GERQ-R pre-post trattamento è statisticamente significativa (pre: 22,16±3,25; post: 10,33±4,51; P<0.0001). Le disfunzioni più ricorrenti sono state evidenziate nel cranio, nel torace, nell'addome e nella regione sacro-iliaca. Nessun evento avverso è stato riportato.

## Discussione

Gli infanti trattati hanno avuto un notevole miglioramento del reflusso gastroesofageo, statisticamente significativo, come documentato dai risultati del questionario I-GERQ-R. Futuri studi randomizzati e controllati sono necessari per verificare se il beneficio ottenuto migliora la storia naturale del reflusso infantile.

## Bibliografia

1. Shay S, Tutuian R, Sifrim D, et al. Twenty-four hour ambulatory simultaneous impedance and pH monitoring: a multicenter report of normal values from 60 healthy volunteers. *Am J Gastroenterol.* 2004;99(6):1037–1043.
2. Lightdale JR, Gremse DA, and SECTION on GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY, and NUTRITION. Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician. *Pediatrics* 2013;131(5):1684-1695.
3. Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS, et al; North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2001;32(suppl 2):S1–S31.

## Gli eventi avversi in osteopatia: Delphi Panel Study

Adragna V. DO-Ft, Costa N. DO-Ft, Postinghel M. DO-Ft, Mosconi R. DO-Ft, Turcato R. DO-Ft-ScM, Desideri R. DO-MFt

### Introduzione

Il Trattamento Manipolativo Osteopatico (TMO) può esporre i pazienti al rischio di eventi avversi (EA), la sufficiente presenza di studi sulle terapie manuali (TM) e la necessità di sviluppare ulteriori studi mirati sugli EA nel TMO spinge a riflettere su quanto conoscere qualitativamente e quantitativamente il rischio di EA nel TMO possa essere molto utile nella pratica clinica e per aumentare gli standard di sicurezza del paziente.

### Obbiettivi

Valutare il rischio di EA in ambito Osteopatico attraverso l'utilizzo di un "Delphi Panel Study" come base per la progettazione di un consenso informato in ambito osteopatico

### Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto utilizzando il metodo Delphi, è stato quindi selezionato un "Panel" di 60 osteopati esperti, DO iscritti al ROI distribuiti su tutto il territorio nazionale, a cui sono stati somministrati dei questionari in due fasi consecutive (rounds). Nel primo round è stato chiesto di elencare quali segni/sintomi siano stati rilevati come EA durante la pratica clinica e segnalati dai pazienti nelle ore/giorni successivi al TMO; è stata fornita una definizione di EA, descritti dall'OMS come "Qualsiasi evento clinico avverso che può presentarsi durante il trattamento [...] ma che non ha necessariamente un rapporto causale con questo trattamento". Nel secondo round è stato chiesto di indicare l'intensità dei tre eventi che più frequentemente si sono rilevati dalle risposte

del primo round (grave, media, lieve/non avverso) nonché la necessità di ricorrere all'utilizzo dei farmaci per ciascuno degli eventi considerati. Per poter definire i risultati come validi le risposte dovevano raggiungere o superare un grado di accordo del 74%.

### **Risultati**

Al primo round hanno risposto il 100% degli osteopati riportando per gli EA avvenuti durante o immediatamente dopo il TMO un accordo del 30,5% sulla cefalea, del 22% sulle vertigini e del 20,3% sulla nausea mentre per gli EA avvenuti nelle ore/giorni successivi al TMO un accordo del 40,68% sulla cefalea, del 18,64% sul peggioramento dei sintomi motivo del consulto e del 13,56% per nausea e sonnolenza. Al secondo round hanno risposto 40 osteopati su 60 riportando un valore valido di accordo superiore al 74% per l'EA della nausea rilevata durante il TMO (accordo del 95%) e dopo il TMO (accordo del 90%).

### **Conclusioni**

Il dato più significativo nonostante il mancato raggiungimento del 74% come soglia di accordo valida per l'inquadramento di un segno/sintomo come EA pone questo lavoro in linea con gli studi precedenti in viene affermato che gli eventi avversi in un trattamento osteopatico sono rari anche se non possiamo escluderli del tutto.

Nonostante la cefalea sia stata rilevata come il sintomo più frequente sia durante che dopo il TMO, la nausea è emersa come sintomo concordante fra gli esperti raggiungendo e superando la soglia di accordo (95% e 90%) al secondo round; quindi per gli osteopati esperti c'è concordanza nell'affermare che, sia che il sintomo si manifesti durante il trattamento o dopo alcune ore o giorni, comunque risulta di lieve entità.

### **Bibliografia**

1. *Armon K, Stephenson T, MacFaul R, Eccleston P, Werneke U. An evidence and consensus based guideline for acute diarrhoea management. Archives of Disease in Childhood 2001;85(21):132–42.*
2. *Barret A J, Breen A C. Adverse effects of spinal manipulation. Journal of the Royal Society of Medicine 2000; 93(5):258-9*
3. *Behrens A, Doyle J, Stern L, Chuck R, McDonnel P –clinical investigation of medical devices for human subjects – part 1: general requirements;, ISBN 0 580 41393 4; 2003.*

## **Impatto di un modello di cura interdisciplinare sulla partecipazione e sull'esito terapeutico nei pazienti disfonici**

*Carlile V.*

### **Introduzione**

La logopedia è efficace per le disfonie e consiste nell'educazione del paziente di esercizi disegnati per modificare abitudini vocali e ribilanciare il sistema fonatorio, richiedendo grande partecipazione del paziente in termini di frequenza alle sedute e costanza nell'esecuzione di esercizi a casa. I soggetti disfonici non curati sperimentano conseguenti disagi sociali e limitazioni lavorative. La scarsa partecipazione alla logopedia da parte dei soggetti disfonici è un problema frequentemente riscontrato per scarsa presenza, mancanza di esercizio domiciliare, dropout (quantificati il 65%). Fattori associati alla scarsa presenza alle sedute sono: costo totale della terapia, alta frequenza e numero delle sedute, risultati. Il trattamento manipolativo osteopatico si è dimostrato efficace nella gestione delle disfonie.

Si vuole valutare l'impatto di un Team multidisciplinare (Foniatra, logopedista, osteopata) sulla gestione del paziente disfonico rispetto alla procedura classica di valutazione foniatrica con invio a logopedista in termini di partecipazione ed esito terapeutico.

### **Materiali e Metodi**

Sono stati osservati due centri foniatrici. In uno (E1) l'approccio medico-terapeutico veniva gestito in un Team multidisciplinare (Foniatra, logopedista, osteopata), nell'altro (E2) era presente il foniatra che eseguiva le visite inviando poi al logopedista (procedura standard). Si è controllata nel periodo di 1 anno (gennaio 2014-gennaio 2015) la gestione dei pazienti eligibili nei due centri per un totale di 180 pazienti (E1-83, E2-97). L'interesse dell'osservazione è stata rivolta a: partecipazione (valutata con completamento terapia) e esito terapeutico (valutazione disfonia). A distanza 1 anno è seguito follow-up sulla disfonia. Durante il periodo di osservazione in entrambi i centri è stata eseguita valutazione con test VRQOL e GRBAS.

### **Risultati**

I pazienti gestiti in E1 sono stati sottoposti a più controlli foniatrici nel corso della terapia, rispetto ai pazienti trattati in E2 (Media 3.1 – 1,24;  $p < 0,0001$ ). I pazienti gestiti in E1 sono stati più propensi a portare a termine la terapia ( $p = 0,02$ ). 95,2% dei pazienti trattati in E1 hanno portato a termine la terapia contro il 25,8% di quelli trattati in E2. 69% dei pazienti trattati in E1 si è presentato al follow-up contro il 13,4% di E2. I pazienti gestiti in E1 hanno riportato migliori esiti terapeutici ( $p < 0,001$ ).

### **Discussione**

I pazienti gestiti in E1 hanno dimostrato una maggior partecipazione terapeutica e migliori risultati rispetto ai pazienti gestiti in E2. Per questi motivi sarebbe auspicabile una collaborazione Foniatrica multidisciplinare.

### **Bibliografia**

1. Scott S, Robinson K, Wilson JA, MacKenzie K. Patient-reported problems associated with dysphonia. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1997; 22:37-40
2. Hapner E, Portone-Maira C, Johns MM III. A study of voice therapy dropout. *J Voice* 2009; 23:337-40
3. Portone C, Johns MIII, Hapner ER. A review of patient adherence to the recommendation for voice therapy. *J Voice* 2008;22:192-6.

## **Trattamento Manipolativo Osteopatico in pazienti affetti da disordini dello sviluppo psicomotorio: studio pilota**

della Vecchia G., Civitillo C., Fortino T., Pagano M.

### **Introduzione/obiettivi**

Valutare l'uso del Trattamento Manipolativo Osteopatico (OMT) aggiuntivo alla Cura Standard (CS) (OMT + CS) nel trattamento dei disordini dello sviluppo psicomotorio (DSPS) (1) e determinare se il OMT + CS possa apportare ulteriori miglioramenti in pazienti pediatrici con DSPS

### **Design**

Questo studio pilota ha utilizzato per convenienza di campionamento casi consecutivi ed è stato condotto presso un Centro di Riabilitazione Neuromotoria di cura primaria convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale Italiano. I pazienti valutati convenzionalmente con diagnosi definitiva di DSPS dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di appartenenza e soddisfacenti i criteri di inclusione sono stati ammessi a partecipare volontariamente

### Intervention and measures

La popolazione ha ricevuto da uno studente al 6° anno di formazione accademica in osteopatia idoneo per la tesi la valutazione osteopatica (VO) pre/post trattamento e 1 sessione di OMT + CS (2,3) a settimana per una durata complessiva di 8 settimane da (Marzo 2014 ad Aprile 2014). Le tecniche osteopatiche utilizzate erano limitate al rilascio miofasciale ed energia muscolare indirizzate alle disfunzioni somatiche generali e cranio sacrali specifiche. La valutazione cognitiva comportamentale è stata effettuata con la registrazione della Denver Development Screening Test (DDST II)(4) pre-post OMT + CS

### Risultati

Dei 25 soggetti di etnia caucasica arruolati al baseline un totale di 16 soggetti (64% [11M-5F]) età cronologica media al basale 4 anni e 7 mesi ( $ds \pm 2,15$ ) hanno terminato lo studio. Il Test t per la verifica della varianza media pre-post OMT + CS registra una differenza di  $-2.37$  punti % associata ad un miglioramento statisticamente significativo ( $p=.00$ )

### Conclusioni

I dati pilota suggeriscono che il OMT + CS può essere una modalità di trattamento non farmacologico con effetti positivi in pazienti affetti da DSPS

**Key words:** osteopathic manipulative treatment; denver developmental screening test; ritardo dello sviluppo psicomotorio

### Bibliografia

1. Barkley R. *Advances in the diagnosis and subtyping of attention deficit hyperactivity disorder: what may lie ahead for DSM-V.* Rev Neurol 2009; 48 (supl.2): 101-106
2. Alcantara J, Davis J. *The chiropractic care of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective case series.* Explore (NY) 2010 May-Jun; 6(3):173-82
3. Mulas F, Gandía R, Roca P, Etchepareborda MC, Abad L. *Pharmacological update in attention deficit hyperactivity disorder: models of intervention and new drugs.* Rev Neurol. 2012 May 21;54 (3): 41-53

## Effetti emodinamici di una specifica tecnica osteopatica ritmica, applicata alle principali arterie degli arti inferiori

Ghedina A. D. O. BSc

### Introduzione/Obiettivo

Lo studio esamina l'effetto di una specifica tecnica osteopatica, direttamente sulle arterie. La tecnica utilizza il sistema arterioso attraverso il fenomeno dell'onda di polso (Van de Vosse e Stergiopoulos, 2011), per indurre delle modificazioni funzionali sul sistema stesso. Questa metodica ha un'influenza sul sistema fasciale e neurovegetativo (Tozzi 2015 A, 2015 B). La domanda di ricerca è: "può la tecnica in esame indurre una regolazione del sistema arterioso in direzione di una maggiore performance emodinamica, localmente sull'arteria femorale comune, a livello regionale sul sistema arterioso degli arti inferiori e sull'intero sistema arterioso?"

### Materiali e Metodo

**Materiali:** eco-color-doppler Esaote – MyAlpha, VaSera – VS 1500 ABI – CAVI Index.

**Metodo:** studio pilota strutturato in RCT, 11 soggetti partecipanti allo studio, 6 maschi e 5 femmine. Età 40-85 anni. Doppio cieco. Due gruppi: Gruppo 1 sperimentale - DS 6,82 Gruppo 2,

controllo - DS 5,66. Tre prove per ogni soggetto a distanza di una settimana l'una dall'altra T0 T1 T2.

### **Risultati**

Sono stati misurati Range, Media e Deviazione Standard per cinque parametri primari: Picco sistolico, media picco sistolico-diastolico, velocità di flusso, Indice ABI (Ankle Brachial Index) (Khan Niazi e Farooqui, 2008). Indice CAVI (Cardio Ankle Vascular Index) (Sun, 2013). Si evidenziano differenze su tutti e cinque i parametri primari tra Gruppo 1 e Gruppo 2.

### **Conclusioni**

Dalla questa prima ricerca vi è una significativa differenza tra gruppi 1 e 2. Lo studio indica che esistono le basi per uno studio su un campione più ampio di soggetti al fine di avere una visione statistica più significativa del fenomeno. E' in atto attualmente un ampliamento su una popolazione complessiva di ca 50 soggetti.

### **Bibliografia**

1. Khan T. H., Farooqui F. A. and Niazi K. (2008). *Critical Review of the Ankle Brachial Index. Current Cardiology Reviews. 4, 101-106*
2. Sun C.-K. (2013) *Cardio-ankle vascular index (CAVI) as an indicator of arterial stiffness. Dove Press journal. Integrated Blood Pressure Control 6*
3. Tozzi P. (2015) *A unifying neuro-fasciogenic model of somatic dysfunction – Underlying mechanisms and treatment e Part I. Journal of Bodywork & Movement Therapies. xx 1-17*

# LAVORI SCIENTIFICI: POSTER

---

## **Efficacia del Trattamento Manipolativo Osteopatico sulla stipsi funzionale: studio pilota di outcome research**

*Adragna V., Carlucci F., Mansueto G., Persico L., Salzarulo D., Quaranta C.*

### **Introduzione**

Cottone et al. hanno evidenziato che circa 1/3 dei pazienti afferenti agli ambulatori di MMGG si considera affetto da stipsi. Questa percentuale scende al 20% se i MMGG utilizzano definizioni diagnostiche della ICD. I lassativi sono tra i farmaci più utilizzati. Solo due studi in letteratura mostrano l'applicazione del trattamento manipolativo osteopatico (TMO) per i disturbi di stitichezza: un case report su una donna con inerzia del colon e indicazione chirurgica e uno studio su stipsi secondaria in bambini neurolesi. Lo scopo del nostro studio è di verificare l'efficacia del TMO su pazienti con stipsi funzionale.

### **Metodi**

Trenta soggetti con diagnosi di stipsi funzionale sono stati inseriti in un unico gruppo di trattamento. La scala sulla qualità della vita SF-12, il Patient Assessment of Constipation Quality of Life (PAC-QOL) ed il Cleveland Clinic Constipation sono stati rilevati in fase di arruolamento (t0) e dopo l'ultima seduta di TMO (t1). I soggetti sono stati sottoposti a tre sedute di TMO a distanza di una settimana tra le prime due e due settimane tra la seconda e la terza. Il TMO è stato applicato per ogni soggetto individualmente e sono state usate differenti tecniche in funzione delle disfunzioni somatiche (DS) riscontrate. Per ogni seduta è stata valutata la prevalenza di DS.

### **Risultati**

È stata riscontrata una prevalenza maggiore di DS al sigma: 53% in prima seduta e 43% nelle altre due. È stata osservata la riduzione delle DS sui sistemi muscoloscheletrico, viscerale e craniosacrale alla seconda e terza seduta ( $p=$  da 0,00 a 0,04). Sono stati osservati a t1 significativi risultati (t-student) sulla scala SF-12 sia per la salute mentale ( $p=0.00$ ) che fisica ( $p=0.02$ ) e su tutti gli score di PAC-QOL e Cleveland Clinic Constipation ( $p=0.00$ ).

### **Conclusioni**

Il TMO in soggetti affetti da stipsi funzionale può essere efficace sul miglioramento della qualità della vita e agire sui sintomi caratteristici della stipsi, ponendo le basi per la strutturazione di trial di maggiore rilevanza (RCT) per lo studio del trattamento somatico di disturbi funzionali.

### **Bibliografia**

1. *Brandt LJ, et al. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. Am J Gastroenterol 2005;100 (Suppl 1): S5-212*
2. *Cohen-Lewe A. Osteopathic Manipulative Treatment for Colonic Inertia. J Am Osteopath Assoc, March 2013 | Vol 113 | No. 3*
3. *Cottone C, et al. Prevalence of constipation in general practice in Italy. Gut 2009;50 (Suppl 2): A189*

## **Osteopathic manipulative treatment in Parkinson's disease: preliminary results of a double blind sham-controlled cross-over study**

*Barlafante G., Cicchitti L.*

### **Objective**

The primary objective of this study is to quantitatively evaluate the effect of osteopathic manipulative treatment (OMT) in Parkinson's disease.

### **Background**

Patients with Parkinson's disease exhibit a variety of motor and non-motor symptoms such as fatigue, pain, constipation and urinary issues, which can ultimately contribute to decreased quality of life. The primary objective of this study was to quantitatively evaluate the effect of osteopathic manipulative treatment (OMT) in Parkinson's disease.

### **Methods**

The data presented are the preliminary results of a double blind sham-controlled cross-over ongoing study. The preliminary analysis involved 9 patients (2 F, 7 M). The study involved the following visits: T0 baseline/randomization, T1 after 4 weeks of omt/sham treatment, T2 after 4 weeks of rest (no treatment), T3 after 4 weeks of cross-over treatment and T4 after 4 weeks of rest (no treatment). Patient were evaluated at T0, T1, T2, T3 and T4 with the following: the revised MDS-Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS), the Hoehn and Yahr staging system (H&Y), the Visual analogue scale for pain (VAS), the Fatigue severity scale (FSS), and a questionnaire for urinary incontinence (ICIQ-FS); all patients were also questioned about the number of bowel movements per week. The dopaminergic treatments (LED) remained stable over the study period, but patients were allowed to take 1 extra L-dopa dose per day if needed. The results of both sham and OMT treatments compared to baseline are presented here.

### **Results**

At baseline mean age of patients were 66.89 ( $\pm 2.85$ ), 4 patients had H&Y stage of 3 and 5 patients had H&Y stage of 2, mean MDS-UPDRS total score was 60 ( $\pm 7.30$ ), mean LED was 690,44 ( $\pm 86.52$ ) mean VAS was 5 ( $\pm 0.7$ ), mean FFS was 42.44 ( $\pm 3.97$ ); 5 patients had  $\leq 3$  bowel movement per week. Compared to baseline OMT improved VAS ( $p=0.001$ ), constipation ( $p=0.03$ ) and fatigue ( $p=0.07$ ); sham did not show any changes compared to baseline. None of the patients needed extra L-dopa doses during the OMT treatment period, while 4 patients needed 1-5 extra L-dopa doses during the sham treatment period.

### **Conclusion**

Although preliminary and partial the data presented suggest that osteopathic manipulation may be an effective physical treatment method in the management of several troublesome symptoms of PD, such as fatigue, pain and constipation, which generally show poor response to traditional pharmacological interventions.

## **Efficacia a breve termine del trattamento manipolativo osteopatico sulla forza muscolare degli arti superiori e inferiori: un protocollo di studio clinico controllato randomizzato crossover**

Civitillo C., Della Vecchia G., Granito A.

### **Introduzione/obiettivi**

Il mantenimento della forza è indicato dalla comunità medica nel migliorare la prestazione e la prevenzione nello sport, nella salute generale e negli anziani<sup>1</sup>. Studi di ricerca quantitativa non sperimentali, hanno esplorato le possibili associazioni biologiche tra il trattamento manipolativo osteopatico (OMT) e variazioni di forza muscolare<sup>2,3</sup>. Pertanto è progettato un trial clinico controllato randomizzato (RCT) per studiare l'efficacia a breve termine del OMT sulla forza muscolare

### **Materiali e metodi**

RCT (crossover triplo cieco) a 2 gruppi paralleli, pazienti, valutatori esiti, allocatori randomizzazione in cieco. Un campione di 76 volontari (18-70 anni) esenti da fattori di rischio certificati saranno reclutati e assegnati a 2 condizioni di intervento in modalità casuale attraverso un processo di randomizzazione a blocchi<sup>4</sup>, con sequenza intervento A - B (OMT - SCHAM) / B - A (SCHAM - OMT) in 7 settimane. La forza esplosiva degli arti inferiori<sup>5</sup>, la forza veloce dei muscoli del torace/forza resistente degli arti superiori<sup>5</sup> saranno le misure di esito primarie. Le disfunzioni somatiche<sup>6</sup>, e le reazioni al trattamento<sup>7</sup> saranno le misure di esito secondarie. Le misure saranno rilevate nei gruppi pre/post sequenza A - B / B - A. Un numero di 4 sessioni di OMT sarà l'intervento sperimentale, e 4 sessioni SCHAM sarà l'intervento di controllo. Periodo I sequenza A - B (3 settimane), periodo II washout (1 settimana), periodo III sequenza B - A (3 settimane). I software SPSS versione 21 / Effect Size Calculators saranno utilizzati per analizzare la variazione pre/post trattamento con il test t di student, e l'ampiezza dell'effetto del trattamento con la d di choen's, potenza statistica P=0.05; IC 95%

### **Discussione**

Gli investigatori ipotizzano che il OMT somministrato a soggetti con riduzione fisiologica della massa muscolare, e della forza muscolare possa avere effetti positivi sulla forza complessiva in età adulta

### **Bibliografia**

1. American College of Sports Medicine Position Statement. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998; 30:992-1008
2. Brolinson PG, Smolka M, Rogers M, Sukpraprut S, Goforth MW, Tilley G, Doolan KP. Precompetition manipulative treatment and performance among Virginia Tech athletes during 2 consecutive football seasons: a preliminary, retrospective report. *J Am Osteopathic Assoc.* 2012 Sep;112(9):607-15
3. Yates HA Vardy TC, Kuchera ML, Ripley BD, Johnson JC. Effects of osteopathic manipulative treatment and concentric and eccentric maximal-effort exercise on women with multiple sclerosis: a pilot study. *J Am Osteopathic Assoc.* 2002 May;102(5):267-75

## **Trattamento Manipolativo Osteopatico per la cefalea in una paziente politraumatizzata: case report**

*Adragna V. DO-Ft, Piazzola S. DO-TdR, Lo Voi G. DO-Ft*

### **Background**

La International Headache Society inserisce tra le cefalee secondarie quelle derivanti a seguito di un trauma cranico e/o del collo (ICHD-III). A conoscenza degli autori, non ci sono articoli precedenti in letteratura che descrivono un approccio di trattamento manipolativo osteopatico (OMT) per i pazienti con cefalea post-traumatica cronica.

### **Descrizione del caso**

Una donna di 50 anni, incidente automobilistico nel 1994 con trauma cranico lieve (GlasgowComaScale=13), segni e sintomi di sindrome concussiva, distrazione del rachide cervicale, fratture dell'acetabolo, bacino, collo femorale, ginocchia, ulna e radio, lussazione alla spalla è stata ricoverata in ospedale per intervento chirurgico. Durante il ricovero ha cominciato a soffrire di cefalea. L'esame neurologico e le indagini neuro-radiologiche non hanno rilevato anomalie, è stata poi diagnosticata cefalea post-traumatica. Dal 1995 al 2005 interventi chirurgici per la rimozione di fissazione e protesi alle anche seguiti dalla riabilitazione. In questo periodo permanente cefalea ricorrente: 2/3 attacchi al mese per un periodo di 2/3 giorni, non sempre tollerabili e placati con l'assunzione di FANS. Nel 2012 tamponamento, con una verticalizzazione del rachide cervicale, è stato prescritto collare di Shanz, terapia farmacologica e fisioterapia. Nonostante la terapia, ha continuato ad avere circa 3 episodi di mal di testa al mese. Nel 2013, con la diagnosi di cefalea cronica post-traumatica da trauma cranico lieve (ICHD-III:5.2.2-ICD10:G44.31) ha chiesto la nostra consulenza. Nei quindici giorni precedenti aveva mal di testa continuo.

### **Trattamento**

L'OMT è stato applicato individualmente e tecniche differenti sono state utilizzate a seconda delle disfunzioni somatiche (DS) riscontrate. Sono stati eseguiti cinque trattamenti. I primi tre a due settimane di distanza, il quarto dopo tre settimane ed il quinto a distanza di un mese.

### **Risultati**

Sono stati utilizzati come esito la scala HIT-6 al primo trattamento (t0), all'ultimo trattamento (t1) e a distanza di un mese dall'ultimo trattamento (t2) e la scala di valutazione quantitativa del dolore NRS prima di ogni trattamento (t0-1-2-3-4). Per la HIT-6 sono stati rilevati i seguenti risultati: t0=63; t1 e t2=38. Per il NRS, i risultati sono stati: t0=8, t1=0, t2=2, t3 e t4=0.

### **Conclusioni**

Dai risultati si è riscontrato come l'OMT ha cambiato l'impatto della cefalea sulla vita della paziente. Un anno dopo l'ultimo trattamento, la paziente dice di aver avuto solo due episodi di mal di testa, ma lievi, della durata di un solo giorno e non è stato più necessario prendere farmaci.

### **Bibliografia**

1. Haas DC: *Chronic posttraumatic headaches classified and compared with natural headaches. Cephalalgia* 1996;16:486-493
2. Hachinski VV; *Posttraumatic headache. Arch Neurol* 2000;57:1780
2. Lucas S. *Headache management in concussion and mild traumatic brain injury. PM R.* 2011 Oct;3(10 Suppl 2):S406-12. doi: 10.1016/j.pmrj.2011.07.016. Review.

## **Trattamento Manipolativo Osteopatico nelle stipsi cronica in età pediatrica: 3 casi clinici**

*De lasio G., Civitillo C., Granito A.*

### **Introduzione/obiettivi**

La stipsi cronica<sup>1</sup> è un disturbo molto comune del tratto gastrointestinale di cui sono affetti adulti e bambini, caratterizzato da difficoltà e/o ridotta frequenza dell'atto evacuativo e quando i lassativi non risultano efficaci può diventare una condizione clinica difficile da trattare<sup>2</sup>. I dati presenti in letteratura riguardanti la terapia della stipsi affermano che l'immissione di fibre nella dieta aumenta la frequenza di defecazioni, ma non migliora la consistenza delle feci, l'uso di lassativi e la defecazione dolorosa<sup>3</sup>. Lo scopo di questo lavoro è stato osservare il potenziale di effetto del Trattamento Manipolativo Osteopatico (OMT) come cura complementare nella difficoltà e/o ridotta frequenza dell'atto evacuativo in 3 soggetti in età pediatrica.

### **Materiali e metodi**

Per la verifica delle misure di esito sono state somministrate pre/post OMT la Bristol Stool Form Scale (BSFS) per la consistenza/tipo di feci prodotte e numero di defecazioni settimanali, la Numerical Rating Scale (NRS)<sup>6</sup> per il dolore incontrato durante la defecazione, e la scheda di valutazione osteopatica Subjective Objective Assessment Plan (SOAP) per la determinazione delle disfunzioni somatiche.

### **Risultati**

Dopo 4 sessioni di OMT test dipendente in assenza di reazioni avverse, utilizzando tecniche Fasciali, Viscerali e di Bilanciamento delle Tensioni Legamentose, si osserva per la BSFS: tempo della defecazione 5' (pre OMT 12'), defecazioni settimanali n.3 (pre OMT n.1), tipo feci 5 (pre OMT tipo 1/2), per la NRS 2 (pre OMT 8).

### **Discussione**

I dati indicano che il numero di defecazioni settimanali dopo l'OMT è aumentato, le feci prodotte sono meno dure e più facili da evacuare per la riduzione del dolore, ed in un tempo di 5'. Queste evoluzioni cliniche segnalano che l'OMT può essere un intervento sicuro e di sostegno alla difficoltà e/o ridotta frequenza dell'atto evacuativo in soggetti in età pediatrica con stipsi cronica.

### **Bibliografia**

1. *Liu LW.* Chronic constipation: current treatment options. *Can J Gastroenterol.* 2011 Oct; 25 Suppl B:22B-28B.
2. *Thayalasekeran S, Ali H, Tsai HH.* Novel therapies for constipation. *World J Gastroenterol.* 2013 Dec 7; 19(45): 8247-5
3. *Yang J., et al.* Effect of dietary fiber on constipation: a metaanalysis. *World J Gastroenterol.* 2012 Dec 28; 18(48): 7378-83

## **Paralisi di Bell e osteopatia: case report**

*Adragna V. DO-Ft, Niccolai C. DO-Ft, Lo Voi G. DO-Ft*

### **Introduzione**

L'incidenza di paralisi idiopatica unilaterale del settimo nervo cranico (Bell) è stimata in 20-30 casi su 100.000/anno, con una risoluzione completa di oltre il 70%. Attraverso la descrizione di un caso, il nostro scopo è quello di ipotizzare i meccanismi d'azione e di efficacia del trattamento manipolativo osteopatico (TMO) nella paralisi di Bell. Per quanto a nostra conoscenza, non ci sono pubblicazioni in letteratura che descrivano l'approccio osteopatico per pazienti con paralisi di Bell al di fuori di un case report in cui non viene usata alcuna scala di valutazione.

### **Case report**

Una donna di 21 anni, al risveglio rileva impedimento dell'attività muscolare facciale del lato destro, incapacità di chiudere la palpebra, rima buccale deviata a sinistra e alterazione della parola. Ricoverata in ospedale, riceve una diagnosi di paralisi di Bell (ICD 10:G51.0) e una prescrizione farmacologica. Giunta alla nostra osservazione, a quattro giorni dopo l'evento acuto inizia il TMO. Dal 10 giugno 2013 al 18 aprile 2014 sono state eseguite tredici sedute utilizzando tecniche diverse a seconda delle disfunzioni somatiche riscontrate: 8 sedute bisettimanali, 2 sedute a 10 giorni di distanza tra loro, due sedute dopo 5 mesi dalla precedente e una dopo 4 mesi dalla precedente.

### **Risultati**

La paziente ha risolto il suo problema in poco tempo, senza assumere ulteriori farmaci e senza sequele. E' stata utilizzata come outcome la scala House-Brackmann, che distingue sei diversi gradi di paralisi, al primo (t0), secondo (t1), sesto (t2), ottavo (t3) e decimo trattamento (t4). Nelle ultime tre sedute, la scala non è stata somministrata in quanto la paziente ha mostrato segni più bassi del punteggio I. Sono stati rilevati i seguenti risultati: t0=IVgrado; t1=IV, t2=II, t3=II e t4=I.

### **Discussione**

Possiamo supporre la presenza di fattori che favoriscono l'insorgenza di questo disturbo come una tensione fasciale all'uscita del foro stilomastoideo, con forze di torsione e compressione, come la variazione della PH relativo nei tessuti sottoposti a stress (acidosi locale) e fattori di azione e di efficacia del TMO come la riduzione della tensione durale, fasciale e muscolare, l'effetto sull'attività metabolica del nervo e la circolazione del liquor nonché l'azione di drenaggio linfatico periferico.

### **Conclusione**

L'inizio precoce del TMO potrebbe essere utile per migliorare il quadro clinico e la qualità di vita di pazienti con paralisi di Bell e per ridurre il rischio di degenerazione e sprouting.

### **Bibliografia**

1. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 146-147
2. Lancaster DG, Crow WT. Osteopathic Manipulative Treatment of a 26-year-old woman with Bell's palsy. *J Am Osteop Ass*, (student contribution) May 2006, Vol. 106, 285-289
3. Murthy JMK, Saxena AB. Bell's palsy: treatment guidelines. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011 Jul;14 (suppl.1): S70-S72

## **“Osteopatia, Prevenzione, Performance” - La disfunzione somatica in atleti d'elite italiani praticanti la disciplina sportiva della lotta**

*Adragna V. DO-Ft, Lo Voi G. DO- Ft, Boussemart M. DO, Di Miceli G. DO-ScM, Bisegna C. DO- Ft, Colusso L. DL, Bruscolotti M. DO-ScM*

### **Introduzione**

I traumi costituiscono molto spesso parte integrante dello sport di alto livello, ciò è maggiormente vero in riferimento a discipline di contatto quale è ad esempio la lotta. Negli ultimi anni, malgrado l'affermazione dell'approccio osteopatico, pochi dati sono tuttora presenti in letteratura.

### **Obiettivo**

Individuare la prevalenza di disfunzione somatica (DS) tra atleti d'elite praticanti lo sport della lotta, favorendo così l'individuazione di strategie di prevenzione e di miglioramento della performance sportiva.

### **Materiali e metodi**

Questo studio cross-sectional è stato condotto su dieci lottatori appartenenti al C.N. Fiamme Oro della Polizia di Stato. Gli atleti sono stati sottoposti ad esame osteopatico e le DS rilevate sono state annotate su scheda valutativa osteopatica.

### **Risultati**

Sugli atleti sono state riscontrate maggiormente DS del diaframma toracico con prevalenza del 70%, della vertebra D1 con prevalenza del 60%, della vertebra C1, dell'articolazione occipite/C1 disfunzioni craniali con una prevalenza del 50%.

### **Conclusioni**

La lotta è uno degli sport a più alto rischio di danno biologico e la prevalenza di DS riscontrata, consente all'osteopatia di fornire un contributo finalizzato alla prevenzione ed al miglioramento della performance atletica. In letteratura si stimano percentuali di danno derivato da eventi non correlati a contatto da tecnica sportiva, bensì dal cosiddetto “no contact”, che si attestano intorno al 16,5 % in gara e al 12,1 % in allenamento.

La prevalenza di DS riscontrate a carico del complesso occipite-C1 (50 %), delle vertebre cervicali (80 %) e delle prime quattro vertebre toraciche (80 %) possono ritenersi tipiche di questa disciplina e del ruolo svolto dalla testa durante il gesto tecnico. In virtù di questo ulteriori studi sono necessari per verificare se la riduzione delle DS, nella loro qualità di fattori modificabili, consenta di migliorare biomeccanicamente l'azione dei segmenti in disfunzione e metabolicamente la risposta all'esercizio fisico, proprio con specifico riferimento alla relazione tra complesso C3-C4-C5 e muscolo diaframma.

### **Bibliografia**

1. Agel J, Ransone J, Dick R, Oppliger R, Marshall SW; *Descriptive Epidemiology of Collegiate Men's Wrestling Injuries: National Collegiate Athletic Association Injury Surveillance System, 1988–1989 Through 2003–2004. Journal of Athletic Training* 2007;42(2):303–310
2. Alvarez-Argote S, Gransee HM, Mora JC, Stowe JM, Jorgenson AJ, Sieck GC, Mantilla CB; *The Impact of Midcervical Contusion Injury on Diaphragm Muscle Function. J Neurotrauma.* 2015 Nov 19.
3. *American Academy of Osteopathy; Outpatient Osteopathic SOAP Note—Follow-up Form; ed. AAO 2002*

## **Effetto del trattamento manipolativo osteopatico sulla variazione di acqua intra/extracellulare corporea: protocollo di studio clinico controllato randomizzato**

della Vecchia G., Granito A., Civitillo C.

### **Introduzione/obiettivi:**

Lo studio dell'acqua intra-extra cellulare (1) può essere un importante punto di partenza nella comprensione dei fenomeni che sottendono eventi patologico-disfunzionali e le relazioni tra questi e il trattamento medico-sanitario applicato. L'ipotesi da investigare è l'influenza del OMT (2), nel breve o nel medio termine, rispetto alla composizione dell'acqua corporea intra ed extra cellulare misurante mediante esame bioimpedenzometrico (EBI) (3).

### **Materiali/metodi:**

RCT a gruppi paralleli in doppio cieco a blocchi bilanciati con numerosità campionaria >70 soggetti eterogenei per sesso e per età compresa tra i 18 e 40 anni e BMI tra 18 e 25. Il gruppo sperimentale (GS) sarà sottoposto ad EBI più un OMT (4) a settimana per l'intero periodo di studio di 4 settimane. Tra una sessione di OMT e la successiva viene programmato un intervallo di almeno 6gg. Follow-up valutativo dopo 15 giorni dalla fine dello studio per valutazione EBI. L'OMT sarà applicato ad aree specifiche del corpo previa individuazione della presenza di almeno due dei quattro parametri TART(5), compreso un protocollo standardizzato rivolto ai diaframmi e applicazione del C4V. Il gruppo di controllo (GC) sarà sottoposto ad EBI più trattamento SHAM in modo parallelo rispetto a GS. I pazienti e il valutatore dei dati statistici saranno in cieco rispetto al trattamento sperimentale.

### **Discussione:**

Alla fine dello Studio saranno raccolti i dati. Mediate IBM SPSS versione 21, verranno analizzati i dati delle variabili quantitative mediante il test t di student-fisher, l'ampiezza dell'effetto (choen's d), e il calcolo della P value stabilita a P=0.05, IC 95%. Saranno registrati da strumento dedicato per esame bioimpedenzometrico i punteggi totali/medi per valutare l'effetto del trattamento. Saranno inoltre programmate procedure per il blinded, drop-out, per effetti indesiderati/eventi avversi, per sicurezza/raccolta dati, per la gestione e registrazione degli eventi avversi, per il timing registrazione outcome.

### **Bibliografia**

1. Justine p, kurt p, *Efficacy of osteopathic manipulative treatment for low back pain in euhydration and hypohydrated condition: a randomized crossover trial*. The Journal of the American Osteopathic Association, May 2012, Vol. 112, 276-284
2. World Osteopathic Health Organization. *WOHO. Osteopathic glossary, 2011*
3. *Dsmedica di dsmedicalgroup: <http://www.dsmedigroup.it/dsmedica>*

## **Vuoti fasciali e confini corporei ed emotivi; riflessioni e approfondimenti in Osteopatia**

*Durante S.*

Dal punto di vista embriologico, la pelle ha la stessa origine ectodermica del Sistema Nervoso Centrale. Attraverso il tatto, definito “la madre dei sensi” per la derivazione embriologica, la pelle svolge un ruolo di contenitore e di collegamento tra le componenti della personalità. Il confine emotivo è la traduzione psichica della distanza che si percepisce tra sé e gli altri, ed è sempre soggettivo, la percezione corporea invece è la percezione del nostro corpo vivente con confini ben definiti, vissuto come integro e vitale. Partendo dal concetto che la vitalità è un processo dinamico che si struttura nel tempo e coinvolge l'aspetto biologico, psichico e relazionale creando un apparato psichico sempre più valido, con l'aumentare della complessità integrata si struttura la capacità di rapportarsi- percepire- separarsi- ricordare. Non sempre nella persona i confini corporei ed emotivi sono oltre che integri, integrati. Le problematiche correlate al mutamento patologico e/o disfunzionale del soma “visibile” e “non visibile” comportano un'alterazione della percezione del sé e dei propri confini sia corporei che emotivi. Queste alterazioni si possono manifestare come “buchi”, interruzioni percettive dell'integrità, veri e propri vuoti fasciali, spesso relegati a “sola” alterazione miofasciale.

La consapevolezza e valutazione da parte dell'osteopata di queste dimensioni permette una ulteriore, fondamentale, conoscenza dell'essere umano, utile sia per una corretta relazione e comunicazione sia per impostare l'attività clinica integrando così l'intervento osteopatico. Un nuovo campo di indagine che va ulteriormente a completare la competenza dell'osteopata.

### **Bibliografia**

1. *Coslett, La descrizione strutturale del corpo. (1998)*
2. *Paillard, J. Body schema and body image: a double dissociation in deafferented patients. In G. Gantchev & J. Massion, Motor control: today and tomorrow. Sofia: Accademic Publishing House. (1999)*
3. *Ruggieri V., Fabrizio M.E., Sapora L., Troiano M., Test dei confini corporei, XVII Congresso Nazionale S.I.M.P. Significato e senso della malattia. Siena. (1999)*

## **Corea di Huntington ed osteopatia: uno studio osservazionale**

*Adragna V. DO-Ft, Freschi A. DO-Ft, Landoni R. DO-Ft, Cirillo L. DO-Ft, Quaranta C. DO-Ft*

### **Introduzione**

La Corea di Huntington è una patologia genetica neurodegenerativa con un'ereditarietà autosomica dominante. Le lesioni interessano la corteccia cerebrale e i nuclei grigi centrali, quelle principali riguardano i neuroni dello striato a proiezione GABAergica, soprattutto i neuroni GABAergici della via indiretta che proietta sul globo pallido esterno. Da ciò deriva una diminuzione delle proiezioni eccitatorie del nucleo subtalamico sul globo pallido interno e in definitiva una disinibizione eccessiva del talamo che spiega i movimenti anomali. Questi cambiamenti danno segni motori, cognitivi e psichiatrici. La Corea ha una prevalenza in Europa di 4-7/100,000 persone, l'età media della diagnosi è 44,4 anni, l'esordio si può verificare tra i 30 e 60 anni, la durata media della malattia (dall'esordio alla morte) è di 17 anni con un range dai 2 ai 40 anni. In letteratura non è presente alcuno studio in ambito osteopatico sulla patologia della Corea.

## **Metodi**

È stato eseguito uno studio osservazionale trasversale con l'obiettivo di verificare la prevalenza di disfunzioni somatiche in soggetti con Corea rispetto a soggetti sani. I soggetti sono stati sottoposti ad analisi osteopatica da tre operatori e sono state trascritte su un apposito documento solamente le disfunzioni riscontrate da tutti e tre gli operatori.

## **Risultati**

Sono stati selezionati 11 soggetti con Corea, 4 maschi/7 femmine di età media 45,1 anni e 23 soggetti sani, 8 maschi/15 femmine di età media 35,86. Nel gruppo di soggetti con Corea è stata rilevata una prevalenza di disfunzioni craniosacrali (CRS) del 100%, muscoloscheletriche del 72,7% e viscerali del 54,5%, tra le disfunzioni riscontrate le prevalenze maggiori sono state dell'81,8% per la disfunzione di compressione della Sincondrosi Sfeno Basilare (SSB) e del 36,3% per le disfunzioni del diaframma toracico e intraossee sacrali. Nei soggetti sani è stata rilevata una prevalenza del 91,3% di disfunzioni muscoloscheletriche, 73,9% viscerali e 60,8% caniosacrali, tra le disfunzioni riscontrate le prevalenze maggiori sono state del 26,1% per le disfunzioni del diaframma toracico e del 17,4% per le disfunzioni di C3 e di compressione della SSB. Vista l'alta prevalenza delle disfunzioni CRS nei soggetti con Corea è stata valutata l'associazione tra queste e la patologia rilevando una elevata associazione (OR 15.07) ma in assenza di significatività statistica (p 0.07).

## **Conclusioni**

E' stato possibile rilevare come le disfunzioni CRS siano presenti in tutti i soggetti con Corea ed in particolare come la compressione della SSB abbia una elevata prevalenza, riteniamo però che il risultato della significatività possa essere stato condizionato da un limite dello studio ovvero l'arruolamento nel gruppo dei soggetti con Corea di stadi diversi della patologia. Pertanto per constatare la possibile associazione tra disfunzioni CRS e la Corea e poter costruire un'ipotesi su cui basare un possibile trattamento si sta programmando uno studio con maggiore numerosità campionaria che permetta una stratificazione per stadio di patologia ed un confronto tra soggetti affetti da Corea che manifestano i sintomi e soggetti affetti, positivi ai test genetici ma che non manifestano ancora i sintomi.

## **Bibliografia**

1. AUBEELUCK A & WILSON E (2008) Huntington disease. Part 1 essential background and management. *British journal of nursing*, 17(3), pp 146-151
2. AUSTIN BRADFORD HILL (1965) The Environment and Disease: Association or Causation? *Proc R Soc Med*. 58(5): 295–300.
3. GRIMBERGEN YA, KNOL MJ, BLOEM BR, KREMER BP, ROOS RA & MUNNEKE M (2008) Falls and gait disturbances in Huntington's disease. *Movenents disorders* 23(7), pp 970-6

## **La comunicazione non verbale nell'ambito delle competenze professionali dell'osteopata: il ruolo del tocco**

*Iacopini A., Cerritelli F.*

### **Introduzione**

L'interazione paziente-osteopata è una parte fondamentale della pratica clinica osteopatica. La comunicazione verbale e non verbale, caratteristiche di questa interazione, sono integrate all'interno dell' approccio osteopatico e rappresentano un punto chiave per un trattamento efficace (Matthews et al., 1993).

### **Discussione**

Il tocco svolge un ruolo centrale nella diagnosi osteopatica nel processo di cura e nello sviluppo delle relazioni terapeutiche. Il tocco è considerato uno stimolo multiforme, tramite l'attivazione di una serie di meccanoettori e percorsi neurali, a seconda del luogo e della modalità di stimolazione. Le informazioni tattili non solo trasmettono e caratterizzano gli stimoli esterni, vale a dire, la dimensione sensoriale-discriminativa, ma decodificano anche stimoli piacevoli e sociali, vale a dire, la dimensione affettiva-motivazionale. Quindi hanno una duplice funzione: da un lato localizzare lo stimolo (esterocezione), dall'altro stabilire/ promuovere il contatto interpersonale e i comportamenti relazionali (interocezione). Prove da un recente studio qualitativo, dimostrano che gli osteopati credono che il tocco svolga un ruolo importante nella rassicurazione, nell'effetto placebo, nella consapevolezza propriocettiva, nella modulazione del dolore, nel ripristinare la fisiologia dei tessuti e che il suo ruolo nella comunicazione non verbale sia al centro sia del processo diagnostico che di quello terapeutico (McGlone et al., 2014; D'Alessandro et al., 2016)

### **Conclusioni**

Una buona comprensione dei problemi che lo influenzano, permette al paziente di comprendere le opportunità di trattamento, modificando i suoi atteggiamenti e i suoi comportamenti, seguendo correttamente l'approccio proposto (Stewart, 1995).

Dunque all'interno della pratica clinica la comunicazione dovrebbe rappresentare una competenza di base, che attraverso l'esperienza, il ragionamento critico, l'interpretazione delle evidenze disponibili e la ricerca dovrebbe consentire agli osteopati di comunicare e interagire meglio con i loro pazienti, creando un ambiente sicuro e fecondo in cui il paziente stesso può comprendere il suo ruolo in tutto il processo di guarigione.

### **Bibliografia**

1. *D'Alessandro G, Cerritelli F and Cortelli P (2016) Sensitization and Interoception as Key Neurological Concepts in Osteopathy and Other Manual Medicines. Front. Neurosci. 10:100.*
2. *Matthews DA, Suchman AL, Branch WT Jr. Making "connexions": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. Ann Intern Med. 1993;118(12): 973-977.*
3. *McGlone, F., Wessberg, J., and Olausson, H. (2014). Discriminative and affective touch: sensing and feeling. Neuron 82, 737-755.*

## Affidabilità inter-operatore sui test osteopatici sacrali

Consorti G., Masi L, Lucci F., Pugliese L., Petracca M.

### Introduzione

Le disfunzioni somatiche sono un elemento chiave nella pratica osteopatica. Diversi studi hanno indagato l'affidabilità inter-esaminatore sui test osteopatici, ma nessuno di questi prende in considerazione i test osteopatici sacrali. Lo scopo di questo studio è di valutare l'affidabilità inter-esaminatore sui test osteopatici sacrali.

### Metodi

Tre studenti dell'ultimo anno della scuola CERDO di Roma hanno effettuato un training di 9 ore per acquisire un metodo di test uniforme dei parametri TART. È stato reclutato un campione di convenienza di 52 soggetti volontari tra gli studenti della scuola CERDO di Roma. I soggetti sono stati testati in posizione standardizzata da tutti e 3 gli operatori separatamente per un tempo di 3 minuti ad operatore. Gli operatori erano in cieco rispetto ai risultati degli altri operatori. L'affidabilità inter-operatore è stata valutata tramite il calcolo della k di Cohen per ogni parametro TART e sulla definizione di disfunzione.

### Risultati

Un totale di 52 soggetti è stata arruolato nello studio di cui: 32uomini (61.5%) e 20 donne (38.5%) con un'età media  $25.9 \pm 7.03$ , e un' altezza media di  $1.73 \pm 0.09$  metri, un peso medio  $68.73 \pm 14.2$  kg e un BMI di  $22.66 \pm 3.58$ .

31 di questi (59.6%) ha dichiarato di soffrire nella zona lombo-sacrale o sacro-iliaca. Il valore della k per il cambio della trama tissutale è 0,28 ,per la presenza di asimmetrie è 0,29 , per il riconoscimento della medesima posizione spaziale del sacro è 0,06 , per il parametro di restrizione di mobilità è 0,32 , per il parametro dolorabilità è 0,34 , per la definizione della disfunzione somatica è 0,17.

### Discussione

I risultati ottenuti sono assimilabili a quelli riscontrati in altri studi di inter-examiner reliability in osteopatia. Il valore più alto della k è stato riscontrato nella dolorabilità , che per tanto risulta essere il parametro più attendibile tra i TART.

### Bibliografia

1. *Educational Council on Osteopathic Principles (ECOP) of the American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM), Glossary of Osteopathic Terminology, s.l. , s.n., 2011*
2. *Licciardone JC, Nelson KE, Glonek T, Sleszynski SL, des Anges Crusier. Osteopathic manipulative treatment of somatic dysfunction among patients in the family practice clinic setting: a retrospective analysis. J Am Osteopath Assoc. 2005*
3. *Lucas N, Bogduk N, Diagnostic reliability in osteopathic medicine, International Journal of Osteopathic Medicine, 2011*

## **Osteopatia e atleti d'élite italiani praticanti la disciplina sportiva del Pentathlon Moderno**

*Adragna V., Bruscolotti M.*

### **Background**

La medicina dello sport da anni aggiorna i dati inerenti l'incidenza e l'entità del danno biologico correlato alla pratica sportiva di alto livello e non solo, anche le multidisciplinari non sono esenti da queste considerazioni. Negli ultimi anni invece pochi dati sono tuttora presenti in letteratura riguardo le possibili relazioni tra danno correlato alla pratica sportiva e disfunzioni somatiche.

### **Obiettivo**

Individuare la prevalenza di disfunzione somatica (DS) in atleti d'élite praticanti lo sport del pentathlon moderno.

### **Materiali e Metodi**

Studio cross-sectional condotto su diciotto pentatleti appartenenti alla rappresentativa nazionale della Federazione Italiana Pentathlon Moderno (FIPM). Gli atleti sono stati sottoposti ad esame osteopatico e le DS rilevate sono state annotate su scheda valutativa osteopatica.

### **Risultati**

Le DS più frequenti riscontrate sugli atleti sono state rilevate a carico del segmento toracico con prevalenza dell'88,89%, della gabbia toracica (prevalenza del 64,29%) e del bacino (prevalenza del 77,78%).

### **Conclusioni**

Il pentathlon moderno è uno sport che espone l'atleta a differenti rischi di danno biologico e la prevalenza di DS riscontrate, consente all'osteopatia di fornire un apporto positivo per l'elaborazione di una strategia di prevenzione e di miglioramento della performance atletica. L'elevato numero di DS rilevate si ritiene possa trovare giustificazione nell'elevata somministrazione dei carichi di lavoro, anche in combinazione con discipline ad impegno atletico asimmetrico. In considerazione di questo, accanto alle raccomandazioni di carattere metodologico presenti in letteratura in riferimento all'associazione tra eventi dannosi per la salute e carichi di lavoro combinati, si ritiene possa essere utile introdurre la figura dell'osteopata nell'ambito dello staff tecnico. Stante il carattere di modificabilità della DS, si ritiene opportuna la riduzione delle stesse,

con l'obiettivo di incidere sulle asimmetrie funzionali indotte dai carichi asimmetrici e favorire i processi fisiologici che sottendono al restauro dall'esercizio fisico.

### **Bibliografia**

1. JM Hootman, R Dick, J Agel; *Epidemiology of Collegiate Injuries for 15 Sports: Summary and Recommendations for Injury Prevention Initiatives. Journal of Athletic Training* 2007;42(2):311–319
2. S Piolanti, M Cellini, A Soldati, F Speciale, P Bonifacci, M Scacchetti, A Masotti, T Cuzzani, S Alberti, T Stassi, R Marzovillo, A Garulli, G Poletti, 2012; *Patologie dello sport [online]; Roma: edoctor; disponibile su: <http://www.idoctors.it/articolo/patologie-da-sp/220/34>*
3. RC Ward; *Glossary of osteopathic terminology. In: Foundation for osteopathic medicine; II Ed. Baltimore: Lippincot Williams e Wilkins, 2002.*

## **Effetti del trattamento osteopatico della sutura occipito-mastoidea negli infanti con reflusso gastroesofageo: studio pilota**

Rucci G., Tramontano M., Giancola M.

### **Introduzione**

Il reflusso gastroesofageo (GER) rappresenta un processo fisiologico e consiste nel passaggio di contenuto gastrico nell'esofago (con o senza rigurgito o vomito). La malattia da reflusso (GERD) è una condizione patologica nella quale gli episodi di reflusso provocano complicanze esofagee ed extra esofagee (1). Ad oggi, il trattamento del GERD prevede tre tipologie di approcci: non farmacologico, farmacologico e chirurgico (1).

Il rationale dello studio risiede nella stretta relazione anatomica e fisiologica tra X nervo cranico, sutura occipito - mastoidea (OM) e giunzione gastroesofagea (GEJ).

Lo studio si pone l'obiettivo di verificare la presenza di una relazione causa - effetto tra il trattamento osteopatico della sutura OM ed il reflusso gastroesofageo del bambino.

### **Metodi**

Nello studio sono stati arruolati 9 bambini di età compresa tra 2 e 24 mesi suddivisi successivamente in due gruppi in base all'età: gruppo A < 8 mesi e gruppo B ≥ 8 mesi. I pazienti in esame sono stati valutati attraverso la somministrazione del questionario I GERQ R (2 – 5), eseguito prima del trattamento e a distanza di 3 e 6 settimane.

I criteri d'inclusione allo studio comprendono un punteggio I GERQ R > 16 e l'assenza di terapie farmacologiche in corso.

Per il trattamento è stata utilizzata la tecnica "V – spread" sulla sutura OM (6) preceduta dalla valutazione dello stato dell'osso occipitale.

### **Risultati**

Entrambi i gruppi in esame hanno mostrato una riduzione del punteggio totale I GERQ R ( $p > 0,05$ ); è stata evidenziata una correlazione statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) tra punteggio totale ed età gestazionale di nascita dei bambini inclusi nello studio.

### **Discussione**

Nonostante lo studio sia limitato dal piccolo campione di pazienti e da un follow-up breve, i dati ottenuti sono molto incoraggianti e pongono le basi per nuove sperimentazioni necessarie a confermare gli effetti a lungo termine del trattamento osteopatico nei pazienti in età pediatrica affetti da GERD.

### **Bibliografia**

1. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al; North American Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition; European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition. *Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN)*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009; 49(4): 498–547.
2. Orenstein SR, Cohn JF, Shalaby TM, et al. *Reliability and validity of an infant gastroesophageal reflux questionnaire*. *Clin Pediatr (Phila)* 1993; 32: 472–84.
3. Orenstein SR, Shalaby TM, Cohn JF. *Reflux symptoms in 100 normal infants: diagnostic validity of the infant gastroesophageal reflux questionnaire*. *Clin Pediatr (Phila)* 1996; 35: 607-14.

## **Emicrania senza aura e medicina osteopatica, un approccio non farmacologico al dolore e alla qualità della vita: studio aperto pilota**

*Adragna V. DO-Ft, Bertino AS. DO, Carano M. DO, Soru A. DO, Taranto G. DO, Desideri R. DO*

### **Introduzione**

L'emicrania senza aura è la più diffusa cefalea primaria, ne soffre più di una persona su 10. D'Amico et al. (2013) affermano che i PROM (patient-reported outcome measures) più comunemente utilizzati per la valutazione della qualità della vita (es.SF-36) sono sensibili agli effetti benefici dei trattamenti che si verificano nel corso del tempo nei domini che riguardano la funzionalità e la qualità di vita in pazienti cefalgici. Anderson (2006) utilizza il diario della cefalea per rilevare dati statistici, mentre il questionario MIDAS è stato utilizzato nello studio di Voight (2011) ed il questionario HIT-6 in uno studio più recente di Cerritelli (2015). Il nostro studio ha lo scopo di verificare l'efficacia del Trattamento Manipolativo Osteopatico (TMO) nella gestione del dolore e sulla qualità della vita in soggetti con emicrania senza aura.

### **Metodi**

8 soggetti con emicrania senza aura (IHS:1.1-ICD10:G43.0) sono stati inclusi in un unico gruppo di trattamento. Quattro trattamenti sono stati effettuati in 8 settimane. Sono stati utilizzati come outcome la frequenza degli attacchi, l'assunzione di farmaci, le scale SF-36, MIDAS, HIT-6 e BAQ (consapevolezza corporea) e la prevalenza di disfunzioni somatiche (DS). I risultati sono stati misurati alla baseline (t0), 1 mese dopo l'ultimo trattamento (t1) e 3 mesi dopo l'ultimo trattamento (t2), tutti i soggetti hanno compilato un diario della cefalea da tre mesi prima t0 e per tutta la durata dello studio e hanno continuato la terapia farmacologica prescritta.

### **Risultati**

Nella prima seduta è stata rilevata una prevalenza del 100% di DS nell'articolazione occipite-C1 e nelle altre sedute si è rilevata una prevalenza del 37% nella stessa articolazione. E' stata osservata una riduzione di DS nei sistemi muscoloscheletrico, viscerale e craniosacrale alla seconda, terza e quarta seduta ( $p =$  da 0,001 a 0,04). Sono stati osservati risultati significativi sulla scala HIT-6 a t2 ( $p=0,05$ ), sulla MIDAS-b a t1 ( $p=0,01$ ) e t2 ( $p=0,03$ ) e sulla SF-36 a t1 ( $p=0,02$ ) e t2 ( $p=0,01$ ). La scala BAQ, gli altri item della MIDAS e i risultati del diario della cefalea, nonostante la riduzione dei punteggi, dei giorni di attacchi di emicrania e di assunzione di farmaci, non hanno prodotto risultati significativi.

### **Conclusioni**

Questo studio suggerisce che il TMO ha un effetto positivo per la riduzione del dolore e il miglioramento della qualità della vita nei soggetti con emicrania senza aura. Ulteriori miglioramenti contemplano la valutazione di ansia e depressione, l'uso di un gruppo di controllo e un follow-up a lungo termine.

### **Bibliografia**

1. Chaibi A, Tuchin P, Russell M: *Manual therapies for migraine: a systematic review. J Headache Pain, 2011,review,12:127-133*
2. Anderson R.E., Seniscal C., "A comparison of selected osteopathic treatment and relaxation for tension-type headache", *Headache, Sep 2006, 46(8): 1273-80*
3. Voigt K. e al., "Efficacy of OMT of female patients with migraine: results of a RCT", *J Altern Complement Med, 2011, 17(3): 225-230*

Con il patrocinio di:  
**Ministero della Salute**

 **S.I.P.e.M.**  
Società Italiana di Pedagogia Medica



**ISO** ISTITUTO SUPERIORE OSTEOPATIA



ISTITUTO OSTEOPATIA MILANO



**CHINESIS I.F.O.P.**  
ISTITUTO DI FORMAZIONE IN OSTEOPATIA E IN POSTUROLOGIA



**TCIO MILANO**  
istituto di osteopatia



EUROPEAN INSTITUTE FOR OSTEOPTIC MEDICINE



INTERNATIONAL COLLEGE OF OSTEOPTIC MANUAL MEDICINE



STEOPATIA



COLLEGIO ITALIANO OSTEOPTIA



Centro Studi di Osteoptia Tradizionale



Mediapartner:



il portale dell'osteoptia



REGISTRO DEGLI OSTEOPTI D'ITALIA