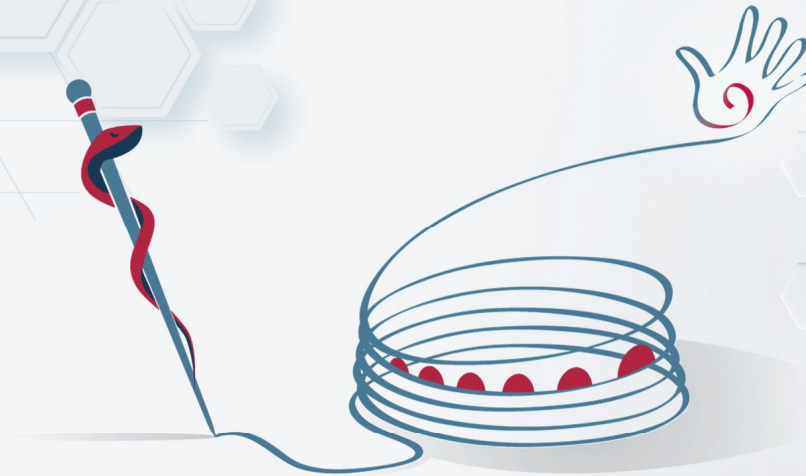


ROMA

25 26  
MAGGIO

2017

IL RUOLO DELL'OSTEOPATIA  
NEL SISTEMA INTERPROFESSIONALE  
PER LA SALUTE DEL CITTADINO



3° CONGRESSO NAZIONALE ROI

ROME LIFE HOTEL, VIA PALERMO 12

*TRANSDISCIPLINARIETA' E RESPONSABILITA' NEL  
PROCESSO CLINICO ASSISTENZIALE*

*Prof. Valter Santilli*

*Professore Ordinario Facoltà di Medicina e Chirurgia Università "Sapienza" di Roma  
Dir. Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa*



**Gli interventi e le pratiche finalizzate alla cura ed alla sicurezza delle procedure sanitarie, ed alla tutela dei pazienti che ad esse si sottopongono, rappresentano parte integrante e fondamentale delle professioni sanitarie.**

**Soprattutto se si considerano le possibili conseguenze in ambito penale e civile, anche in relazione alle corrispettive forme di risarcimento del danno.**



**La galassia di regole e principi che disciplina la responsabilità penale delle professioni sanitarie non riguarda solo la figura del medico ma, con tale termine, si intendono in generale coloro i quali espletano la propria attività nel mondo della medicina (il laureato in medicina e chirurgia, ma anche l'operatore sanitario titolare di laurea, quale ad es. il fisioterapista (anche osteopata), il terapeuta occupazionale e i non laureati come gli ausiliari, o ecc.).**



**2002: L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)**

**riconosce che**

***“...l'osteopatia partecipa al mantenimento della salute***

**e la inserisce tra le Medicine Non Convenzionali,**

**avviando politiche nazionali volte ad integrare le medicine non**

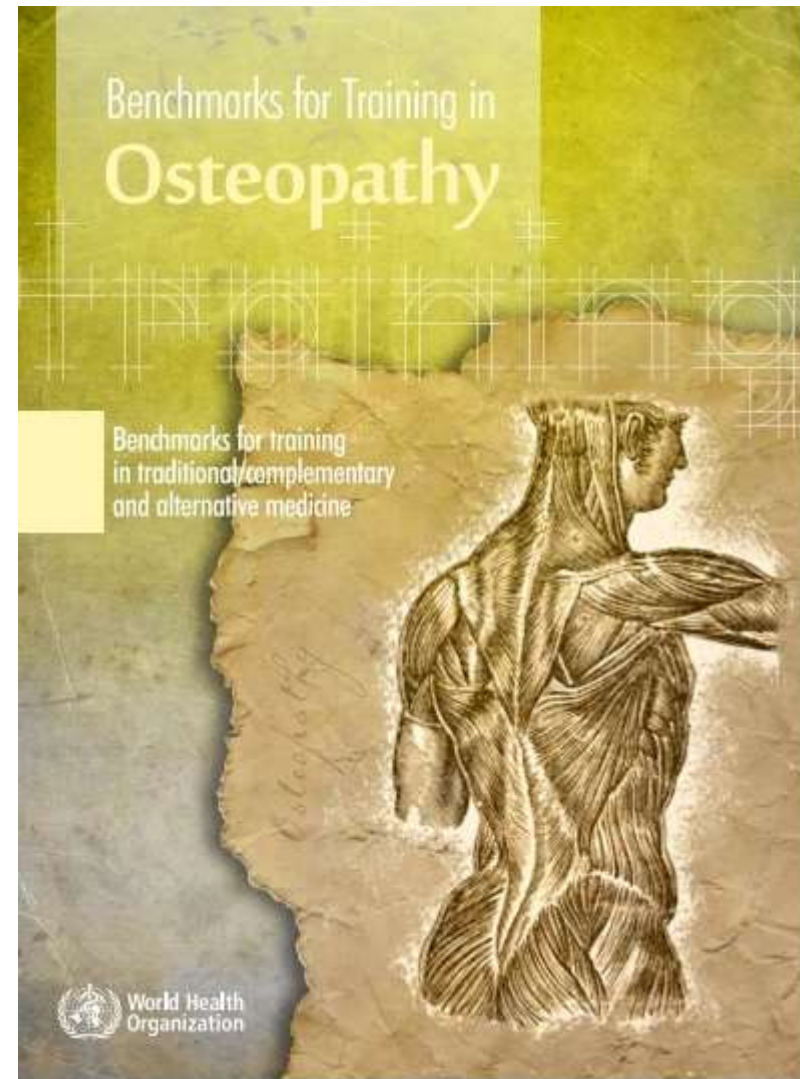
**convenzionali nel sistema sanitario.**



# ...2010 OMS

## Parametri di riferimento per la formazione in medicina tradizionale / complementare e alternativa

Parametri di riferimento per la formazione in osteopatia



- *L'osteopatia viene riconosciuta come **professione sanitaria autonoma** solamente in 3 Paesi su 28: Regno Unito, Portogallo e Francia (solo da alcuni anni)*
- *Negli Stati Uniti, Nazione in cui è nata l'osteopatia, l'osteopatia non è affatto riconosciuta come professione sanitaria autonoma, bensì esiste solamente la figura dal Medico Osteopatico (osteopathic physician), che ottiene una laurea in Medicina Osteopatica - Doctor of Osteopathic Medicine (D.O.), equivalente alla laurea in Medicina - Doctor of Medicine (M.D.)*
- *In Italia, il Ministero della Salute si è pronunciato, dichiarando l'osteopatia **attività sanitaria, ed in quanto tale, praticabile solo da personale sanitario**<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Camera dei Deputati – Bollettino delle giunte e delle commissioni parlamentari - Affari sociali (XII)  
Risposta - Allegato 2 - 5-01832 Interrogazione Parlamentare Binetti: Profilo professionale dell'osteopata e del chiropratico. 12 marzo 2014



## **RESPONSABILITA' PENALI DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

**Il tema della responsabilità professionale in ambito sanitario è andata assumendo un rilievo sempre maggiore, diventando oggetto di dibattito politico – bipartisan, come emerge dalle c.d. riforme Balduzzi e Gelli, promanati da schieramenti contrapposti – oltre che fenomeno sociale.**



## *La responsabilità della diagnosi*

**“...Il Consiglio di Stato con la pronuncia n. 1890/2013 per fattispecie analoga, ribadendo la centralità e la responsabilità del ruolo del medico nel percorso/progetto/programma terapeutico nell'area della riabilitazione e quindi la previsione del controllo di un medico fisiatra, con la diagnosi, l'individuazione e la prescrizione della terapia, ai fini dell'accesso alle prestazioni riabilitative a carico del S.S.N..”**



## DIAGNOSI MEDICA E DIAGNOSI OSTEOPATICA

### DIAGNOSI MEDICA

PROCESSO MENTALE CHE CONDUCE IL MEDICO ALL'INDIVIDUAZIONE DI UNA MALATTIA ATTRAVERSO L'ESAME DEI SINTOMI, L'ANAMNESI, GLI ESAMI DI LABORATORIO E STRUMENTALI

Questa determinazione secondo le normative italiane è consentita esclusivamente al laureato in Medicina e Chirurgia abilitato alla professione

### DIAGNOSI OSTEOPATICA

RAGIONAMENTO CHE CONDUCE L'OSTEOPATA AD INDIVIDUARE LA CAUSA DISFUNZIONALE (con restrizione di mobilità) CHE PUO' DETERMINARE UNA SINTOMATOLOGIA O PATOLOGIA O ALTERAZIONE POSTURALE, ATTRAVERSO UNA VALUTAZIONE POSTURALE, TEST ATTIVI, TEST PASSIVI ED UNA DISCRIMINAZIONE PALPATORIA

**IL D.D.L. GELLI – BIANCO E LE NORME RILEVANTI IN  
AMBITO PENALE**

- In data 8/03/2017 è stata pubblicata in Gazzetta ufficiale la Legge Gelli – Bianco, “Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario” che mira a riformare, ad appena quattro anni dall’introduzione del D.L. Balduzzi, la disciplina della responsabilità professionale del medico.



**IL D.D.L. GELLI – BIANCO E LE NORME RILEVANTI IN  
AMBITO PENALE**

**Responsabilita' penale dell'esercente la professione sanitaria**

- In particolare **l'articolo 6**

*Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico – assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto”.*



**IL D.D.L. GELLI – BIANCO E LE NORME RILEVANTI IN  
AMBITO PENALE**

- **Il D.D.L. GELLI – BIANCO esplicitamente, prevede all'**articolo 6** che le buone pratiche clinico – assistenziali siano utilizzabili ai fini dell'affermazione dell'insussistenza di responsabilità in sede penale unicamente in assenza di linee guida sulla materia.**



**LE DIVERSE TIPOLOGIE DI REGOLAMENTAZIONE:**  
**LINEE GUIDA**

*“...raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche...”.*



## **OBIETTIVI DELLE LINEE GUIDA**

- ✓ **la promozione delle conoscenze sui percorsi terapeutico-diagnostici e sulle migliori tecnologie disponibili;**
- ✓ **la riduzione della variabilità dei comportamenti medici;**
- ✓ **il controllo dei costi dei trattamenti;**
- ✓ **il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica;**
- ✓ **la tutela del paziente e del sanitario.**



*Le linee guida per la cura di una determinata patologia, oltre a prevedere prescrizioni riconosciute, devono essere “accreditate” dalla comunità scientifica.*

**In Italia prima della Balduzzi non esisteva un sistema di “accreditamento” delle linee guida,**  
**Attualmente esiste un Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) gestito dall’Istituto Superiore di Sanità.**

Per essere accreditate le LINEE GUIDA devono soddisfare 3 criteri fondamentali:

- **MULTIPROFESSIONALITA’**
- **MULTIDISCIPLINARIETA’**
- **PREVEDERE LA PARTECIPAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI**



**LE LINEE GUIDA ACCREDITATE ...Criticità**

➤ **CONFLITTO D'INTERESSI**

➤ (ma il problema è che) a **queste linee guida se ne aggiungono altre, formulate dalle Regioni, dalle aziende ospedaliere, e addirittura dalle compagnie assicuratrici**

➤ (negli USA anche dalle case farmaceutiche... - circostanza che crea un **caos delle fonti**, alla stessa stregua di quanto è accaduto oltreoceano dopo l'introduzione di un'agenzia governativa.)



## LE LINEE GUIDA ACCREDITATE ...*Criticità*

### Vanno escluse quindi:

- **le *linee guida* che non trovino un sufficiente consenso in tale comunità** (o perché isolate o perché nei loro confronti sono state proposte plausibili obiezioni di metodo o relative alla loro validità scientifica);
- **le *linee guida* che abbiano, anche in parte, finalità diverse da quelle dirette alla miglior cura del paziente** (si pensi alle linee guida formulate dalle aziende ospedaliere per limitare le degenze o, in generale, per diminuire i costi di gestione).



## **IL MODELLO DI TERAPEUTA ATTENTO AL SAPERE SCIENTIFICO: LE LINEE GUIDA ACCREDITATE**

Secondo uno studio riportato nel 2015 da acuta dottrina (Di Landro), **esaminando 431 linee guida** apparse in un decennio, il 67 % non descriveva il tipo di professionalità coinvolto nella loro elaborazione;

l'87 % non indicava se le linee guida poggiavano su precedenti ricerche sistematiche condotte nella letteratura scientifica;

l'82% non graduava la forza e l'affidabilità delle raccomandazioni in esse contenute, in relazione all'univocità della sottostante evidenza scientifica. **Solo il 5 % delle linee guida esaminate rispettava tutti i tre parametri indicati.**



## **“LE BUONE PRATICHE”**

*”sono riconducibili a schemi rigidi e predefiniti di comportamento diagnostico-terapeutico, prossimi ai protocolli, in quanto strutturate su evidenze scientifiche ed esperienziali di carattere pressochè definitivo”*

*Descrivono le procedure alle quali l'operatore sanitario deve strettamente attenersi in una determinata situazione.*

*Esse costituiscono, dunque, una rigida e predefinita schematizzazione di condotte medico- assistenziali all'interno di specifiche procedure individuate per singole fattispecie clinico gestionali.*

Ai sensi dell'art. 3 L. Balduzzi., anche **le buone pratiche** devono essere **accreditate presso la comunità scientifica**



## **LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE A CONFRONTO**

*Le linee guida hanno valore tendenziale, mentre le best practice o protocolli sono più rigidi e vincolanti.*

- *Una prima differenza è data, dunque, dal carattere **indicativo/orientativo** delle prime e **imperativo/tassativo** dei secondi.*
- *Ulteriore differenza sarebbe data sotto il profilo della **specificità dei contenuti**, perché a differenza dei protocolli, le linee guida definiscono direttive generali relative al compimento di una determinata operazione, o per la conduzione di uno specifico atto diagnostico o terapeutico.*

*La differenza tra linee guida e protocolli consisterebbe quindi, secondo questa ricostruzione, nella genericità delle prime e nella maggiore specificità delle seconde>> (da V. Amirante, *Linee guida e best practices mediche*, sul sito [www.ridare.it](http://www.ridare.it), 4.8.2015);*



## **IL TRATTAMENTO DELLA LOMBALGIA**

### **LINEE GUIDA PUBBLICATE Negli ultimi 5 anni**

- 13 LG per la LOMBALGIA ACUTA E SUBACUTA
- 11 LG per la LOMBALGIA CRONICA
- 8 LG per la LOMBALGIA ASSOCIATA A SINDROME RADICOLARE



## **Il Metodo GRADE per la formulazione di raccomandazioni** (Schünemann et al., 2008)

**Tabella 3.** Graduazione della qualità delle prove.

<b>Livello qualità</b>	<b>Significato</b>	<b>Conseguenza</b>
Alta	Alto grado di confidenza nei risultati	È molto improbabile che ulteriori studi possano cambiare la fiducia nella stima di effetto
Moderata	Discreto grado di confidenza nei risultati	È probabile che ulteriori studi possano confermare o cambiare la fiducia nella stima di effetto
Bassa	I risultati sono poco credibili	È necessaria ulteriore ricerca per ottenere stime affidabili sugli effetti positivi e negativi dell'intervento
Molto bassa	I dati esaminati sono totalmente inaffidabili	Non è possibile fare affidamento sulle stime di effetto disponibili

**LBP acuto/subacuto (con e senza sindrome radicolare)**

Linea Guida (LG) Revisioni Sistematiche (SR)	RACCOMANDAZIONE <i>LBP acuto/subacuto senza sindrome radicolare</i>	RACCOMANDAZIONE <i>LBP acuto/subacuto con sindrome radicolare</i>
<p><b>American College of Physicians</b> 2017 [1] (LG)</p>	<p><b>Massaggio terapeutico</b> (mobilizzazione dei tessuti molli): <b>prove scientifiche di <u>bassa qualità</u>:</b> riduzione della sintomatologia dolorosa a breve termine, No differenze sul lungo termine (5 sett); <b>forme subacute</b> a breve termine, il massaggio risulta più efficace rispetto alle manipolazioni spinali, all’esercizio terapeutico e all’agopuntura per. <b><u>Le manipolazioni spinali vengono raccomandate con forte grado di raccomandazione, basato su evidenze di bassa qualità, dimostrato un miglioramento della funzionalità nel breve termine, ma non una riduzione del dolore.</u></b></p>	
<p><b>OTIma Collaboration</b> 2017 [2] (SR): ▪Van Tulder et al. (2006) LG [3] ▪Cutfoth et al. (2011) LG [4] ▪Livingston et al. (2011) LG [5]</p>	<p>I risultati della Review dell 3 LG mostrano che sia le <b><u>manipolazioni spinali</u></b>, sia le <b><u>mobilizzazioni vertebrali e dei tessuti molli sono raccomandate da tutte e tre le LG.</u></b></p>	

## **LBP acuto/subacuto (con e senza sindrome radicolare)**

Linea Guida (LG) Revisioni Sistematiche (SR)	RACCOMANDAZIONE <i>LBP acuto/subacuto senza sindrome radicolare</i>	RACCOMANDAZIONE <i>LBP acuto/subacuto con sindrome radicolare</i>
<b>NICE</b> 2016 [6] (LG)	<b>Raccomanda</b> , basandosi su <b>evidenze di <u>bassa qualità</u></b> , la terapia manuale, comprensiva di <b><i>manipolazioni spinali e mobilizzazioni vertebrali/dei tessuti molli</i></b> .	Raccomanda, evidenze di <b><u>bassa qualità</u></b> , la terapia manuale, comprensiva di <b><i>manipolazioni spinali e mobilizzazioni vertebrali/dei tessuti molli</i></b>
<b>Colorado Division of Workers Compensation</b> 2014 [7] (LG)	<b><i>Manipolazione spinale: raccomandata (livello I di evidenze)</i></b> alla frequenza di 1 o 2 volte/settimana per le prime 2 settimane (fino ad un massimo di 6 settimane di trattamenti intensivo); durata ottimale e massima del trattamento: 8 settimane. <b><i>Massaggio: raccomandato (livello I di evidenze)</i></b> nelle forme subacute alla frequenza di 1/2 volte/settimana; durata ottimale del trattamento: 6 settimane (durata massima: 2 mesi).	

**LBP acuto/subacuto (con e senza sindrome radicolare)**

Linea Guida (LG) Revisioni Sistematiche (SR)	RACCOMANDAZIONE <i>LBP acuto/subacuto senza sindrome radicolare</i>	RACCOMANDAZIONE <i>LBP acuto/subacuto con sindrome radicolare</i>
<b>Sezione Ortopedica e dell'American Physical Therapy Association</b> 2012 [10] (LG)	<b>Raccomandate</b> le <b>manipolazioni spinali</b> e le <b>mobilizzazioni:</b> <u>grado A</u> di raccomandazione, basato su evidenze di <u>livello I</u> .	
<b>Negrini et al.</b> 2006 [11] (LG)	<b>Manipolazioni spinali</b> e le <b>mobilizzazioni</b> vengono raccomandate con <u>grado A</u> di raccomandazione ( <b>le manipolazioni spinali sono raccomandate dopo l'esclusione dei fattori di rischio</b> )	<b>Manipolazioni vertebrali</b> e <b>massaggio terapeutico</b> risultano <b>sconsigliati</b> con un <u>grado A</u> di raccomandazione.
<b>Furlan AD et al.</b> 2015 [13] (SR)	Evidenze di <u>bassa qualità</u> : minima efficacia del <b>massaggio terapeutico</b> nella riduzione del dolore e del miglioramento della funzionalità a breve termine	
<b>Nielens H et al.</b> 2014 [14] (SR)	<u>Forti livelli</u> di <b>evidenze a favore delle manipolazioni spinali</b> , nella riduzione del dolore e nel miglioramento della funzionalità a breve termine (1-3 mesi). <u>Moderati livelli</u> di evidenze supportano l'efficacia ( <b>manipolazioni spinali + mobilizzazioni</b> ) in combinazione con il trattamento <b>farmacologico</b> nella riduzione del dolore, rispetto al solo trattamento farmacologico	

**Generalmente le Linee Guida raccomandano la terapia manipolativa a pazienti che non evidenziano un miglioramento con la terapia farmacologica o con il trattamento conservativo;**

**la manipolazione deve, inoltre, necessariamente essere messa in opera da uno specialista nella cura della colonna vertebrale, come un medico specializzato in medicina muscolo-scheletrica, fisioterapista, un chiropratico, un medico osteopata.**

# INCIDENTI E LEGISLAZIONE

- **Responsabilità del medico sul piano:**
  - Civile
  - Penale
  - Disciplinare
- **La legislazione in Europa:**
  - **manipolazioni sono un ATTO MEDICO: in Francia, Belgio, Lussemburgo, Olanda, Danimarca e Spagna.**
  - ***In Italia le manipolazioni chiropratiche possono essere praticate sotto sorveglianza di un medico Fisiatra o Ortopedico***
  - **(dal parere del CSS sessione XXXVIII, sez. III; seduta del 21.07.83)**



Atto  
Completo

Avviso di rettifica  
Errata corrige

Lavori  
Preparatori

## DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)

18-3-2017

Supplemento ordinario n. 15 alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 65

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca1	Branca2	Branca3	Branca4
	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione			
	93.11.F	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione			
	93.11.G	RIEDUCAZIONE MOTORIA MEDIANTE APPARECCHI DI ASSISTENZA ROBOTIZZATI AD ALTA TECNOLOGIA. Rieducazione motoria di gravi patologie secondarie a lesioni del SNC, con l'esclusione delle patologie neurodegenerative. Per seduta di 45 minuti. Ciclo di 10 sedute.		Medicina fisica e riabilitazione			
	93.11.H	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo fino a 10 sedute		Medicina fisica e riabilitazione			
	93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute		Medicina fisica e riabilitazione	Ortopedia		
	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incoerente di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare		Ortopedia	Medicina fisica e riabilitazione		

# Risk versus Benefit



Narrative Review

# Safety of cervical spine manipulation: are adverse events preventable and are manipulations being performed appropriately? A review of 134 case reports

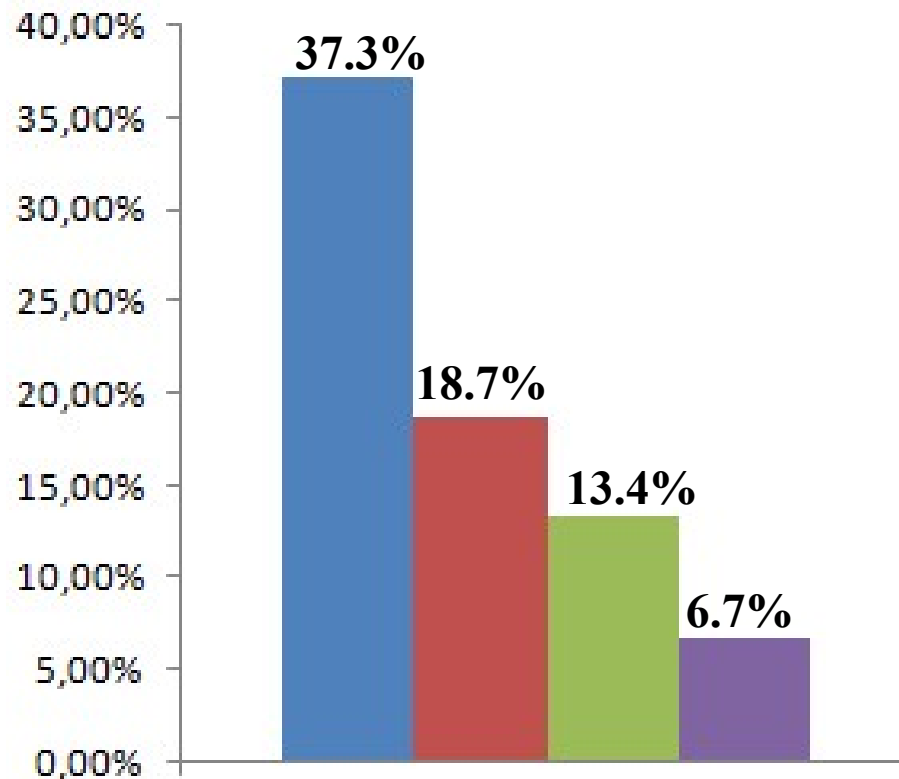
Emilio J. Puentedura<sup>1</sup>, Jessica March<sup>1</sup>, Joe Anders<sup>1</sup>, Amber Perez<sup>1</sup>, Merrill R. Landers<sup>1</sup>, Harvey W. Wallmann<sup>2</sup>, Joshua A. Cleland<sup>3</sup>



Journal of Manual & Manipulative Therapy

2012

## FREQUENZA DEGLI EVENTI AVVERSI



94 articoli selezionati

134 Case report

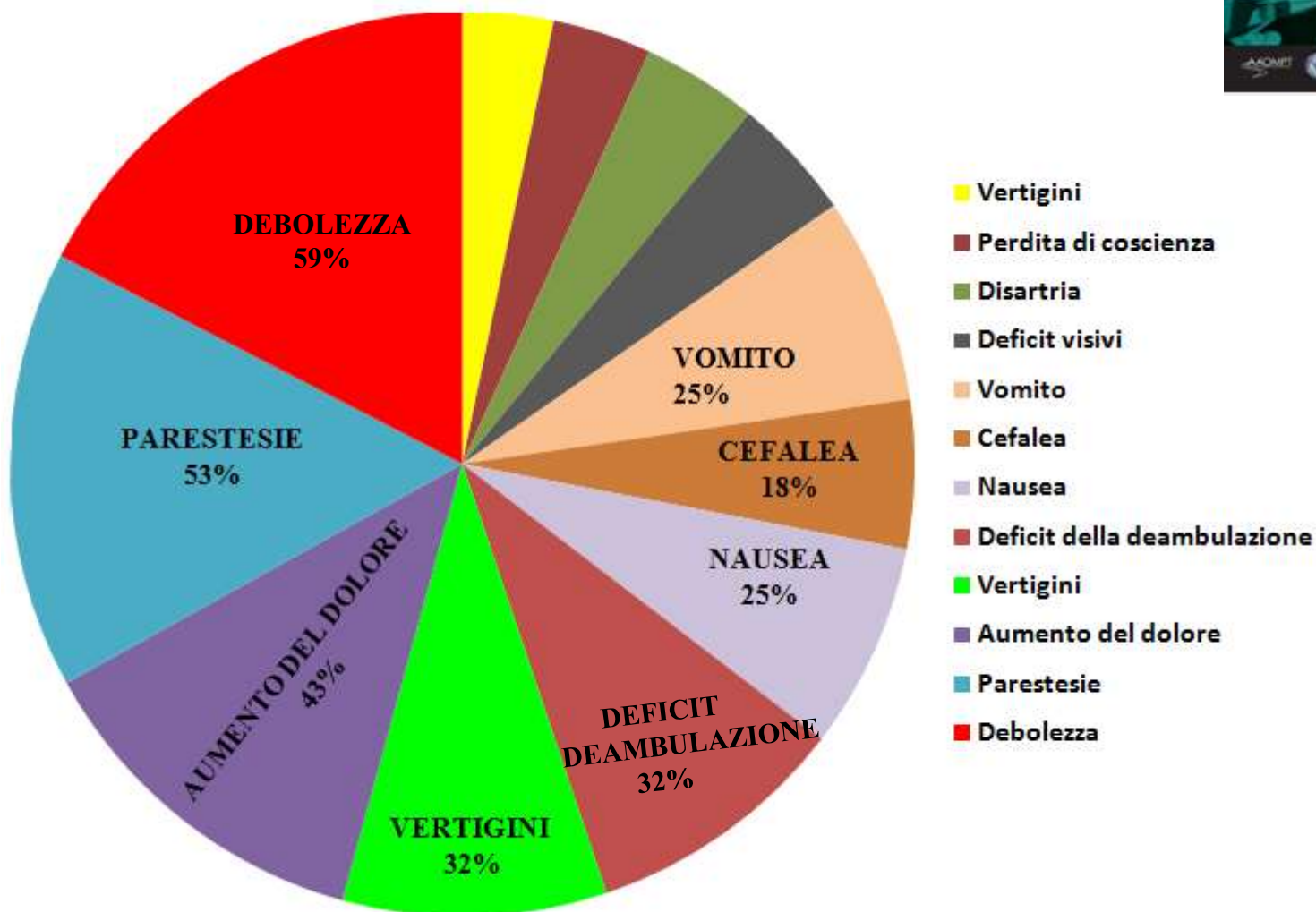
- dissecazione arteriosa
- erniazione discale
- accidenti cerebrovascolari
- dislocazione vertebrale o frattura vertebrale



Safety of cervical spine manipulation: are adverse events preventable and are manipulations being performed appropriately?  
A review of 134 case reports



## Sintomi associati alle manipolazioni



## Craniocervical arterial dissections as sequelae of chiropractic manipulation: patterns of injury and management.

Albuquerque FC<sup>1</sup>, Hu YC, Dashti SR, Abila AA, Clark JC, Alkire B, Theodore N, McDougall CG.

2011

**JNS** JOURNAL OF  
NEUROSURGERY  
OFFICIAL JOURNALS OF THE AANS SINCE 1944

*Object.* Chiropractic manipulation of the cervical spine is a known cause of craniocervical arterial dissections. In this paper, the authors describe the patterns of arterial injury after chiropractic manipulation and their management in the modern endovascular era.

*Methods.* A prospectively maintained endovascular database was reviewed to identify patients presenting with craniocervical arterial dissections after chiropractic manipulation. Factors assessed included time to symptomatic presentation, location of the injured arterial segment, neurological symptoms, endovascular treatment, surgical treatment, clinical outcome, and radiographic follow-up.

*Results.* Thirteen patients (8 women and 5 men, mean age 44 years, range 30–73 years) presented with neurological deficits, head and neck pain, or both, typically within hours or days of chiropractic manipulation. Arterial dissections were identified along the entire course of the vertebral artery, including the origin through the V<sub>4</sub> segment. Three patients had vertebral artery dissections that continued rostrally to involve the basilar artery. Two patients had dissections of the internal carotid artery (ICA): 1 involved the cervical ICA and 1 involved the petrocavernous ICA. Stenting was performed in 5 cases, and thrombolysis of the basilar artery was performed in 1 case. Three patients underwent emergency cerebellar decompression because of impending herniation. Six patients were treated with medication alone, including either anticoagulation or antiplatelet therapy. Clinical follow-up was obtained in all patients (mean 19 months). Three patients had permanent neurological deficits, and 1 died of a massive cerebellar stroke. The remaining 9 patients recovered completely. Of the 12 patients who survived, radiographic follow-up was obtained in all but 1 of the most recently treated patients (mean 12 months). All stents were widely patent at follow-up.

*Conclusions.* Chiropractic manipulation of the cervical spine can produce dissections involving the cervical and cranial segments of the vertebral and carotid arteries. These injuries can be severe, requiring endovascular stenting and cranial surgery. In this patient series, a significant percentage (31%, 4/13) of patients were left permanently disabled or died as a result of their arterial injuries. (DOI: 10.3171/2011.8.JNS111212)

**13 pazienti avevano presentavano deficit neurologici nelle 24h successive ad una manipolazione chiropratica cervicale**



12 pazienti presentavano DISSECAZIONE ARTERIA VERTEBRALE

1 paziente presentava DISSECAZIONE ARTERIA CAROTIDE INTERNA BILATERALE

**Le manipolazioni cervicali possono causare la dissezione della arteria vertebrale e della carotide**





Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



Revue du Rhumatisme 71 (2004) 415–419

REVUE DU  
RHUMATISME

[www.elsevier.com/locate/revrhu](http://www.elsevier.com/locate/revrhu)

Fait clinique

Fracture ostéoporotique de l'apophyse odontoïde révélée par  
une manipulation cervicale

Osteoporotic fracture of the dens revealed by cervical manipulation <sup>◇</sup>

Hang-Korng Ea, Anne-Joëlle Weber, François Yon, Frédéric Lioté \*

*Fédération de rhumatologie (centre Viggo-Petersen), hôpital Lariboisière (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris), 2, rue Ambroise-Paré,  
75475 Paris cedex 10, France*

Reçu le 4 février 2002 ; accepté le 7 mai 2003

## 2003: Case report

**Frattura osteoporotica  
dell'apofisi odontoidea  
in seguito a manipolazione cervicale  
Frattura del corpo vertebrale di C7 e  
dell'apofisi spinosa C6**



Fig. 1. Rachis cervicale de profil : fracture de la base de l'apophyse odontoïde, de type III dans la classification d'Anderson et d'Alonzo, probablement engrenée. Fracture du corps vertébral de C7 et de l'apophyse épineuse de C6.

# **MANIPOLAZIONI ...EVITARE I RISCHI**

**ANAMNESI E ANAMNESI DEL DOLORE**

**SCRUPOLOSA VALUTAZIONE  
RADIOGRAFICA ed EVENTUALE RMN**

**CONOSCENZE MEDICHE ESTESE**

**DIAGNOSI DI CERTEZZA**

**ACCURATA SEMEIOTICA TRADIZIONALE  
PRE-MANIPOLATIVA**

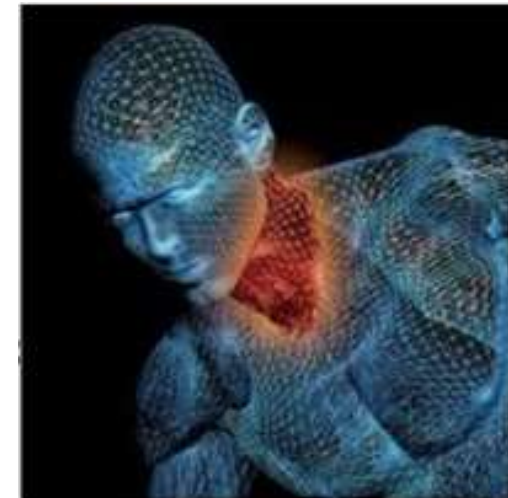
**CORRETTA TECNICA MANIPOLATIVA**



**..... LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE**

**LA RESTRIZIONE DI MOBILITA' PUO' ESSERE  
PRESENTE O ASSENTE IN OGNUNA DELLE SEGUENTI  
PATOLOGIE**

- CONFLITTO DISCO-RADICOLARE
- SINDROME FACETTALE
- MALFORMAZIONI
- WISHPLASH (COLPO DI FRUSTA)
- SINDROME MIOFASCIALE
- DISTURBO DOLOROSO INTERVERTEBRALE MINORE
- SPONDILO-UNCOARTROSI
- STENOSI DEL CANALE VERTEBRALE
- SINDROME DELL'EGRESSO TORACICO
- SINDROME DELLO SCALENO ANTERIORE
- SINDROME DELLA COSTA SOVRANUMERARIA
- PATOLOGIE REUMATOLOGICHE (ARTRITE REUMATOIDE, SPONDILITE ANCHILOSANTE)
- PATOLOGIE INTERNISTICHE
- INFEZIONI
- NEOPLASIE
- FRATTURE VERTEBRALI



## **..... LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE**

<b>Diagnosi differenziale radicolopatie cervicali</b>	
<b>Condizione</b>	<b>Caratteristiche Cliniche</b>
Dolore cardiaco	Irradiato arti superiori, particolarmente verso spalla e braccio sinistro
Mielopatia spondilotica cervicale	Alterazioni deambulatorie, cadute, disfunzioni addominali e vescicali, difficoltà dei movimenti, disfunzioni sessuali
Sindrome regionale complessa dolorosa (distrofia simpatica riflessa)	Dolore e debolezza alle estremità accompagnate da disturbi della cute, turbe vasomotorie e della temperatura
Sindromi da intrappolamento	Per esempio sindrome del tunnel carpale ed ulnare
Herpes Zooster	Flogosi acuta dei gangli nervosi con dolore a distribuzione dermatomera
Neoplasie intra ed extra spinali	Schwannomi, osteocondromi, tumore apice polmonare (Sind. di Pancoast), neoplasie esofagee o tiroidee, linfomi, meningiti carcinomatose.
Sindrome di Turner	Dolore acuto alle estremità seguito da turbe sensitive per lo più a carico del plesso brachiale superiore
Lesioni da sternotomia	Pregresso intervento ( es. cardiocirurgia)
Patologia della cuffia dei rotatori	Dolore laterale al braccio ed alla spalla
Sindrome dello sbocco toracico	Sintomatologia a carico nel nervo ulnare e radiale da compressione da cause vascolari o neurogene



## **LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE MEDICA**

- Tra le più ricorrenti esemplificazioni di **colpa del medico** vi è la diagnosi differenziale.
  
- Orbene, nella diagnosi differenziale l'individuazione della malattia è la tappa di arrivo di un percorso intellettuale per esclusione:
  - la malattia viene quindi individuata per via residuale, una volta che le ipotesi alternative sono state eliminate, mediante l'esame diretto del paziente (la c.d. clinica), ovvero mediante indagini strumentali quali analisi di laboratorio o immagini diagnostiche.
  - E l'individuazione della malattia altro non è che la diagnosi.
  - Quando si parla di *diagnosi differenziale* si fa quindi riferimento a questo percorso di esclusione.



## **LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE QUALE FATTISPECIE TIPICA DI COLPA MEDICA**

- **In presenza dei sintomi tali da rendere concreto il sospetto di una possibile diagnosi diversa rispetto a quella iniziale che non si rivelava immediatamente certa ed esatta, è imposto al medico di coltivare, quantomeno, la strada dei necessari approfondimenti diagnostici, atti a confermare la diagnosi iniziale e ad escludere quelle alternative più gravi.**
- **E ciò *a fortiori* quando si tratti di sintomi gravi, tali da legittimare una situazione di rischio concreto per la salute del paziente.**



## **DIAGNOSI DIFFERENZIALE**

Tunis Med. 2011 Jul;89(7):598-603.

**[Uncommon cervicobrachial neuralgia: about 17 cases].**

[Article in French]

Cheikhrouhou Abdelmoula L, Daoud L, Ben Hadi Yahia C, Tekaya R, Chaabouni L, Zouari R.

Secondo questo studio condotto sui **17 casi** di pazienti con cervicobrachialgia da cause non comuni le indagini radiografiche hanno mostrato:

- **5 RADIOGRAFIE DELLA COLONNA CERVICALE ERANO NORMALI**
- **6 HANNO MOSTRATO IMMAGINI LITICHE**
- **2 RESTRINGIMENTO DELLO SPAZIO INTERVERTEBRALE CON EROSIONI VERTEBRALI**
- **3 FRATTURE VERTEBRALI**

Ulteriori indagini hanno concluso che il dolore cervicobrachiale era dovuto a:

- Pancoast's syndrome 5 casi
- Spondilite infettiva 3 casi
- Metastasi ossee cervicali 2 casi
- Siringomielia 2 casi
- Neuroma 1 caso
- Sindrome dello stretto toracico 1 caso
- Spondiloartropatia erosiva 1 caso



## PATOLOGIE VASCOLARI

[Kulak Burun Boğaz İhtis Derg.](#) 2011 Jul-Aug;21(4):237-40. doi: 10.5606/kbbihtisas.2011.034.

**[Progressive carotid artery dissection causing tinnitus and one-sided head and neck pain]**

[Article in Turkish]

[Karadaş O.](#), [İpekdağ İH.](#), [Meteoğlu A.](#), [Gül LH.](#)

Erzincan Asker Hastanesi, Erzincan, Türkiye. [dromerkaradas@hotmail.com](mailto:dromerkaradas@hotmail.com)

Il dolore cervicale acuto può  
talvolta essere associato a  
patologie vascolari



## NEOPLASIE DEL RACHIDE

J Assoc Physicians India, 2011 May;59:334-5.

**Solitary plasmacytoma of the axis vertebra presenting as severe neck pain.**

Sinha PK, Paul B, Bandopadhyay R, Roy A.

PMID: 21751618 [PubMed - indexed for MEDLINE]

J Pediatr Orthop B, 2011 Nov;20(6):408-12.

**Primary Ewing's sarcoma of the second cervical vertebra: a rare entity.**

Gulati D, Aggarwal AN, Kumar S, Chaturvedi S.

Department of Orthopaedics, University College of Medical Sciences, Delhi, India

Zhongguo Gu Shang, 2012 Jan;25(1):68-9.

**[Diagnosis and treatment for rupture of epidural cavernous angioma within cervical spinal canal: a case report].**

J Clin Neurosci, 2011 Jul;16(7):945, 1005.

**An unusual cause of skull and cervical spine masses. Multiple myeloma.**

Liubinas SV, Morokoff AP.

Department of Neurosurgery, The Royal Melbourne Hospital, Grattan Street, Parkville, Victoria 3050, Australia. simon.liubinas@gmail.com



## **PATOLOGIE NEOPLASTICHE EXTRA-RACHIDEE**

Orthopedics, 2004 Oct;27(10):1092-5.

**Cervicobrachialgia and pancoast tumor: value of standard anteroposterior cervical radiographs in early diagnosis.**

Villas C, Collia A, Aguerreta JD, Arista J, Torre W, Diaz De Rada P, Gocci S.

Department of Orthopedics, University Clinic of Navarra, Pamplona, Spain.

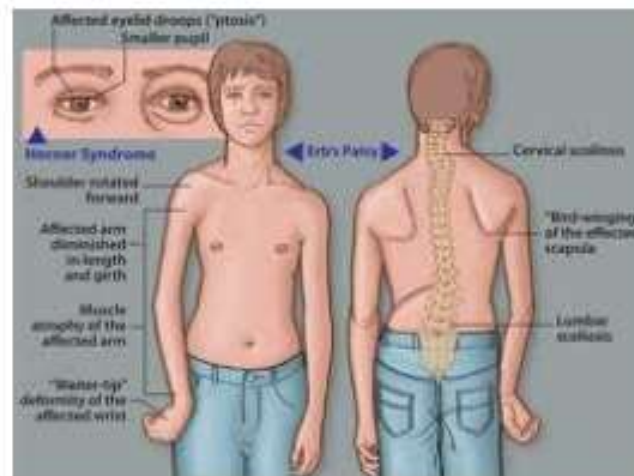
Arch Bronconeumol, 1998 Jun;34(6):307-9.

**[Pancoast's syndrome secondary to neck metastasis with normal radiography of the thorax].**

[Article in Spanish]

Bonet G, Ribas J, Ruiz J, Salavert A, Bechini J, Morera J.

Servicios de Neumología, Hospital Universitario Germans Trias y Pujol, Badalona, Barcelona.



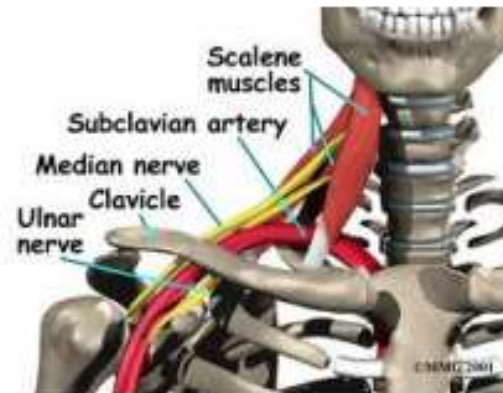
## **SINDROME DELLO STRETTO TORACICO**

Br Med J. 1949 Oct 29;2(4634):956-8.

**Upper-limb pain due to lesions of the thoracic outlet; the scalenus syndrome, cervical rib, and costoclavicular compression.**

ROGERS L.

- Sindrome dello scaleno
- Costa cervicale
- Compressione costoclavicolare
- Ipertrofia del piccolo pettorale



### **CLINICA:**

- compressione vascolare arteriosa (fenomeni ischemici) e venosa (trombosi, rari casi di embolia polmonare)
- compressione dei nervi: sono le alterazioni più frequenti, con dolore del collo e della spalla, fino al braccio e mano, indolenzimento diffuso, crisi di vasospasmo delle arterie

## **PATOLOGIE INFETTIVE**

Neurology, 2005 Feb 8;64(3):530-2.

### **Radiculoplexopathy with conduction block caused by acute Epstein-Barr virus infection.**

Vucic S, Palmer W, Cros D.

Department of Neurology, Massachusetts General Hospital, Boston, MA 02114, USA

BMJ Case Rep. 2012 May 8;2012: pii: bcr0120125642. doi: 10.1136/bcr.01.2012.5642.

### **Complicated septic cervical and lumbar discitis.**

Idris S, Collum N.

Emergency Department, Ulster Hospital, Belfast, UK.



J Clin Neurosci. 2011 Mar;18(3):428-30. Epub 2011 Jan 15.

### **A patient with brucellar cervical spondylodiscitis complicated by epidural abscess.**

Eker A, Uzunca İ, Tansel Ö, Birtane M.

Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Edirne State Hospital, 22030 Edirne, Turkey.



## **RESPONSABILITA' PENALI DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

➤ **il fisiatra ed il fisioterapista (anche osteopata)**, entrambi titolari di posizioni di garanzia ai sensi dell' art. 40 c. 2 c.p.

➤ lo svolgimento di attività in sinergia da parte di queste figure professionali, è stato (ed è ancora) oggetto di contenzioso in sede amministrativa, **“rivendicando” i fisioterapisti autonomia operativa nei confronti dei medici fisiatristi**, attesi i profili professionali dettati dall' art. 1 comma 2 del D.M. 741/1994



## **LE INTERAZIONI TRA LE POSIZIONI DI GARANZIA DI FISIATRA**

### **E FISIOTERAPISTA IN AMBITO PENALE**

#### **ERRORE DIAGNOSTICO DEL FISIATRA**

- **D: Nel caso il fisiatra, invii un pz. al fisioterapista (osteopata) e commetta il più classico errore diagnostico – ad es. nelle forme della c.d. *diagnosi differenziale* - il fisioterapista (osteopata) risponde del danno recato al paziente ai sensi degli articoli 40 c. 2 e 113, 589 o 582 c.p.?**
- **R: No, poiché al fisioterapista (anche osteopata) non è consentita la diagnosi, che è atto tipico ed esclusivo del medico.**



## **ERRORE TERAPEUTICO DEL FISIATRA**

- **D:** Nel caso il fisiatra versi in colpa professionale, questa volta per un errore terapeutico – ad es. per non aver considerato alcune interazioni tra farmaci e riabilitazione, ovvero per aver trascurato le ricadute clinico funzionali delle comorbidità interagenti... – può essere mosso un addebito di colpa professionale anche al fisioterapista?
- **R:** *Se il fisioterapista (anche osteopata) si limita ad eseguire il programma riabilitativo elaborato su diagnosi e prescrizione del fisiatra, no, salvo che l'errore nel quale è caduto il fisiatra fosse talmente macroscopico da essere individuato agevolmente dal fisioterapista sulla base delle sue conoscenze.*



## **ATTIVITA' DIAGNOSTICA DEL FISIOTERAPISTA**

- **D: Se il fisioterapista (anche osteopata) – forte della sua esperienza sul campo – nell'ambito della sua attività ordinaria, formuli una diagnosi al paziente, dalla quale consegue un danno alla salute (anche per un ritardo nell'individuazione della diagnosi vera)– ne risponde il fisiatra responsabile del progetto di riabilitazione individuale?**
- **R: Assolutamente no, la diagnosi è atto tipico del solo medico, ed il fisioterapista (osteopata) risponderà di truffa ed esercizio abusivo della professione, oltre ovviamente al delitto contro la persona (lesioni, omicidio...), atteso che – come insegna la Suprema Corte sez. VI, Data: 27/09/2011, n. 39292**



**L'osteopatia alla luce della nuova legge Bianco- Gelli**  
**“Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario”**



***....Problemi Aperti.....***

- **Come viene tutelata la figura dell'Osteopata?**
- **La diagnosi differenziale può essere aiutata dalla semeiotica osteopatica con la ricerca della restrizione di mobilità?**
- **La collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale garantisce maggiormente, in qualche maniera, il professionista alla luce della Legge Bianco-Gelli?**





*Maurice Audouard*

*Un Ricordo e  
un omaggio  
a chi mi ha  
insegnato  
l'Osteopatia*



**ROME REHABILITATION 2017**  
**INTERROGHIAMOCI SULLE LINEE GUIDA**  
**CON IL TELEVOTO**

**24/25 NOVEMBRE 2017**

*Centro Congressi Marriott Park Hotel*  
*Via Colonnello Tommaso Masala, 52 - Roma*

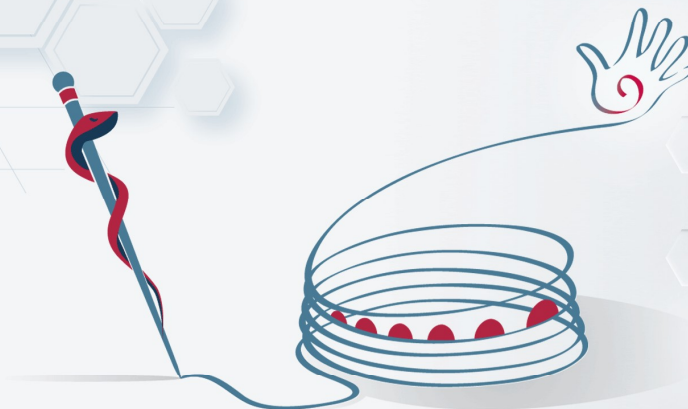
**Presidente: Prof. Valter Santilli**

ROMA

25 26  
MAGGIO

2017

IL RUOLO DELL'OSTEOPATIA  
NEL SISTEMA INTERPROFESSIONALE  
PER LA SALUTE DEL CITTADINO



3° CONGRESSO NAZIONALE ROI

ROME LIFE HOTEL, VIA PALERMO 12

*Grazie*

