



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

**“INTEGRAZIONE TRA L’ARTE OSTETRICA E IL
TRATTAMENTO OSTEOPATICO AL FINE DI
MIGLIORARE LA FUNZIONALITA’
RESPIRATORIA NELLA DONNA AL TERZO
TRIMESTRE DI GRAVIDANZA”**

Candidato: Morena Terracciano

ANNO ACCADEMICO 2017/ 2018

fisiomedic
ACADEMY

INDICE

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1: SINTOMI E DISFUNZIONI IN GRAVIDANZA NEL TERZO
TRIMESTRE pag.

CAPITOLO 2: LA RESPIRAZIONE, FISIOLOGIA DELLA MECCANICA
RESPIRATORIA; IL RUOLO DEL DIAFRAMMA. pag.

CAPITOLO 3: RACCOLTA DATI pag.

CAPITOLO 4: CASO CLINICO pag.

*4.1: VALUTAZIONE STRUTTURALE E VISCERALE, IN
ORTOSTATISMO pag.*

*4.2: VALUTAZIONE STRUTTURALE E VISCERALE IN
POSIZIONE SUPINA pag.*

4.3: VALUTAZIONE DEI TESSUTI pag.

4.4: TEST OSTEOPATICI STRUTTURALI E VISCERALI pag.

*4.5: OSSERVAZIONE DELLA RESPIRAZIONE E VALUTAZIONE
DEL DIAFRAMMA pag.*

4.6: TRATTAMENTO pag.

CAPITOLO 5: CONCLUSIONI pag.

RINGRAZIAMENTI pag.

INTRODUZIONE

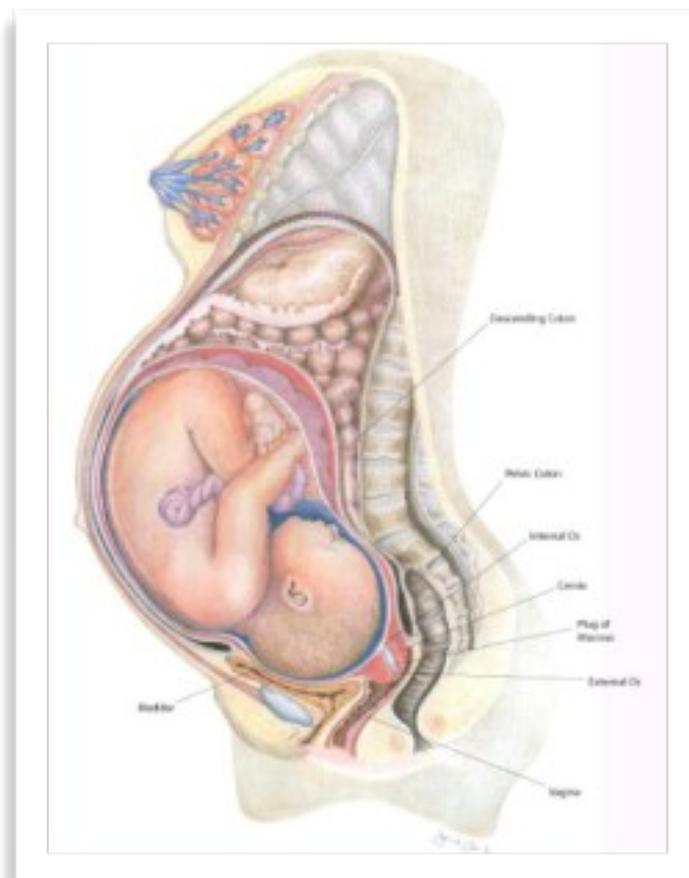
Solo conoscendo la fisiologia ovvero lo studio delle funzioni vitali degli organi viventi, animali e vegetali in condizioni normali è possibile riconoscere la patologia.

Questa frase l'ho sentita tantissime volte durante il mio percorso di studi per diventare ostetrica, percorso durante la quale ho conosciuto quasi per caso l'osteopatia.

L'ostetrica solo con un'ottima conoscenza della fisiologia può riconoscere lo stato di non salute per la mamma e per il feto.

Ecco cosa accomuna queste due discipline, ma soprattutto la loro integrazione è uno strumento utile alla donna in gravidanza per poter gestire attraverso il trattamento strutturale, viscerale e cranio sacrale le disfunzioni che la gravidanza stessa crea.

Da questo pensiero nasce la mia tesi.



CAPITOLO 1: SINTOMI E DISFUNZIONI IN GRAVIDANZA NEL TERZO TRIMESTRE

Durante il terzo trimestre di gravidanza detto anche fase dell'accrescimento ci sono eventi fisiologici che coinvolgono mamma e bambino modificando in modo significativo la vita della mamma che si avvicina al termine di gravidanza quindi alla separazione dal suo bambino.

<i>Settimane + giorni</i>	<i>Corrispondenza in mesi</i>	<i>Trimestri</i>
<i>Fino a 4+3 settimane</i>	<i>1° mese</i>	<i>1° trimestre</i>
<i>Da 4+4 a 8+5 settimane</i>	<i>2° mese</i>	
<i>Da 8+6 a 13+1 settimane</i>	<i>3° mese</i>	
<i>Da 13+2 a 17+4 settimane</i>	<i>4° mese</i>	<i>2° trimestre</i>
<i>Da 17+5 a 21+6 settimane</i>	<i>5° mese</i>	
<i>Da 22+0 a 26+2 settimane</i>	<i>6° mese</i>	
<i>Da 26+3 a 30+4 settimane</i>	<i>7° mese</i>	<i>3° trimestre</i>
<i>Da 30+5 a 35+0 settimane</i>	<i>8° mese</i>	
<i>Da 35+1 a 40+0 settimane</i>	<i>9° mese</i>	

Tutti questi fenomeni sono legati alla crescita del feto che in quest'epoca termina la sua formazione e la funzione di tutti gli organi, compresa la maturazione polmonare, ora non gli resta che crescere nel peso.

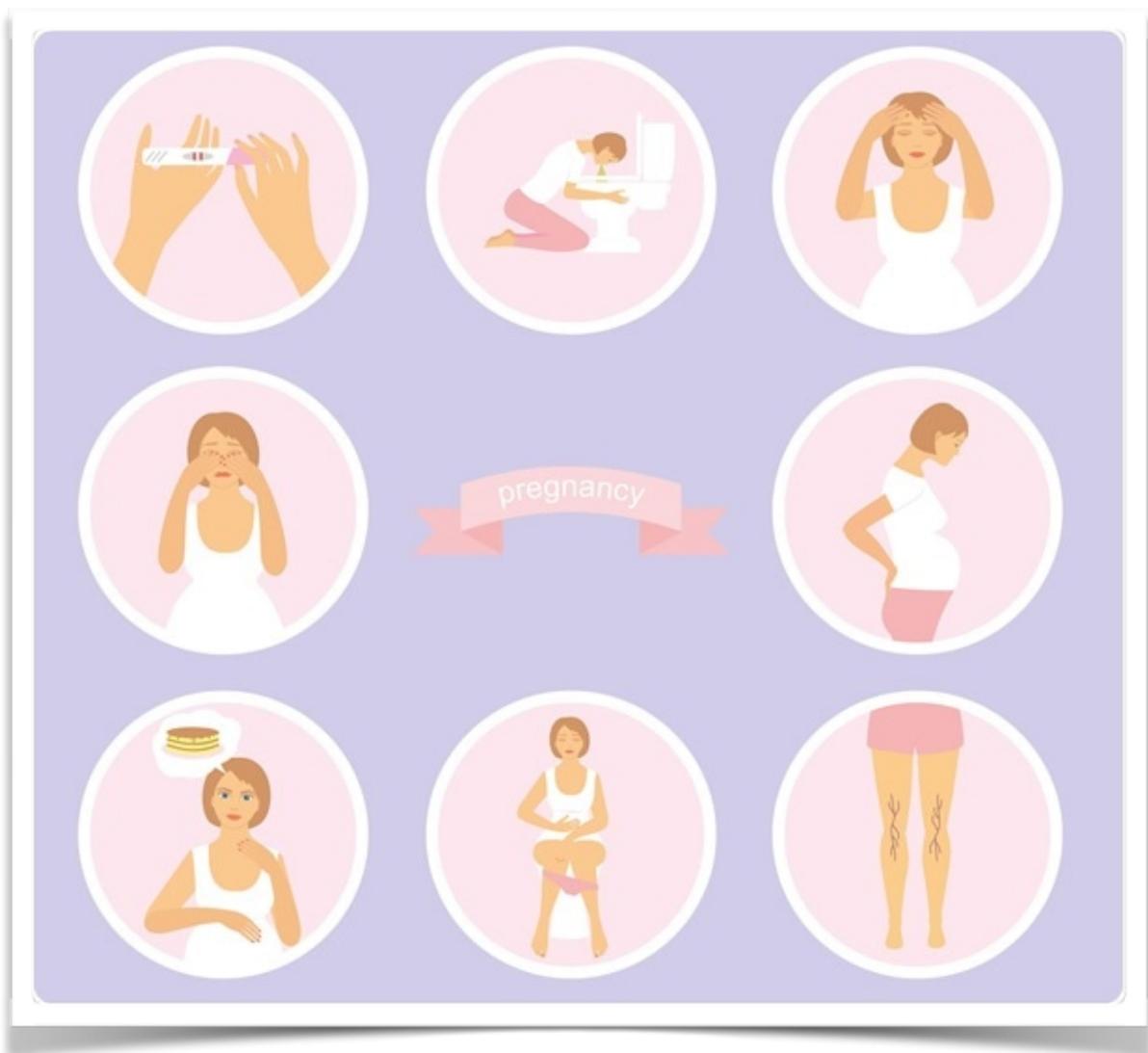
Questa crescita comporta una diminuzione dello spazio per gli altri organi che riducendo la propria area di movimento potrebbero andare in disfunzione.

I sintomi principali sono:

- Incremento di peso della mamma che comporta un aumento del rischio di ipertensione, edemi per difficoltà del ritorno venoso;
- Astenia dovuta al dispendio energetico anche nelle attività quotidiane;
- Aumento del rischio di patologie legate alla gravidanza come il diabete gestazionale, la colestasi, l'ipertensione;
- Difficoltà respiratoria dovuta alla ridotta espansione polmonare e alla riduzione della capacità respiratoria polmonare residua, inoltre in questa fase, il feto è cresciuto e l'utero si espande, facendo pressione sul diaframma. Per questo, spesso, la futura mamma ha delle difficoltà respiratorie;
- Pirosi data dal rallentamento del transito gastrico;
- Cistiti e vaginiti ricorrenti;
- Inizio dell'attività contrattile uterina, contrazioni di Braxton Hicks: si tratta di un dolore lieve nella parte bassa dell'addome che appare e scompare all'improvviso;
- Alterazione del sonno con il pancione, dormire serenamente diventa complicato e trovare una posizione comoda diventa quasi impossibile. Molte mamme, specialmente nelle ultime settimane,

preferiscono dormire leggermente di lato. Inoltre l'alterazione del sonno è preparatoria al futuro allattamento.

- Ipotensione supina data dallo schiacciamento della vena cava da parte dell'utero in posizione supina, motivo per la quale la posizione consigliata è il decubito laterale sinistro;
- Lombalgie: il peso della pancia può provocare dolore alla schiena. Evita di trascorrere troppo tempo in piedi e di sollevare bruscamente il busto per non affaticare ulteriormente la colonna vertebrale.



Tutte questi sintomi fanno sì che la donna a termine di gravidanza modifichi la sua vita sociale e inizi a rallentare le attività quotidiane, inoltre aumentano il desiderio di avvicinarsi alla nascita.

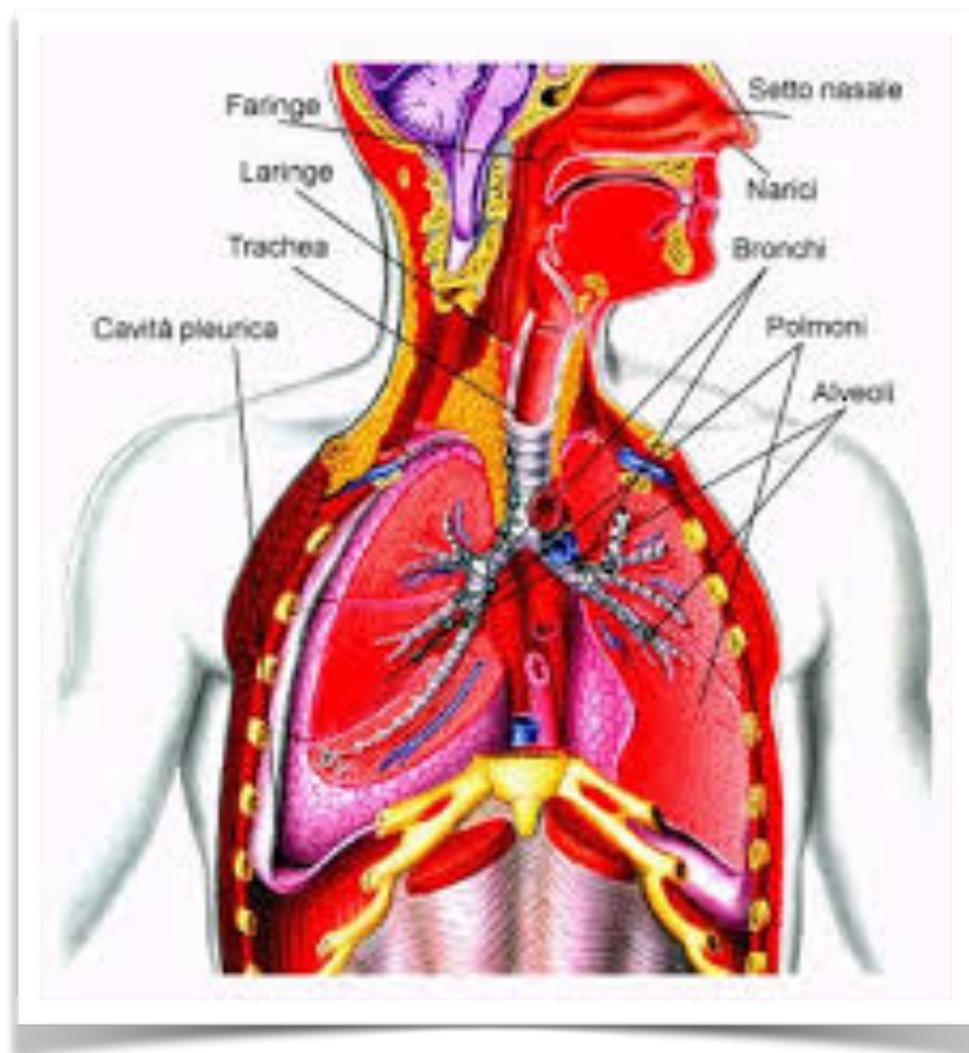
Inizia il periodo di maternità, la donna inizia preparare il nido per l'arrivo del cucciolo. Questo è il trimestre della separazione.



CAPITOLO 2: LA RESPIRAZIONE, FISIOLOGIA DELLA MECCANICA RESPIRATORIA; IL RUOLO DEL DIAFRAMMA.

La respirazione è resa possibile dalla presenza dei polmoni contenuti all'interno della gabbia toracica.

I polmoni si possono espandere e retrarre grazie allo spostamento verso il basso o verso l'alto del diaframma, un muscolo inspiratorio che si contrae durante l'inspirazione e si rilassa durante l'espirazione.



Quando il diaframma si contrae si abbassa e si appiattisce determinando una trazione verso il basso dei polmoni; quando invece si rilascia i polmoni si retraggono.

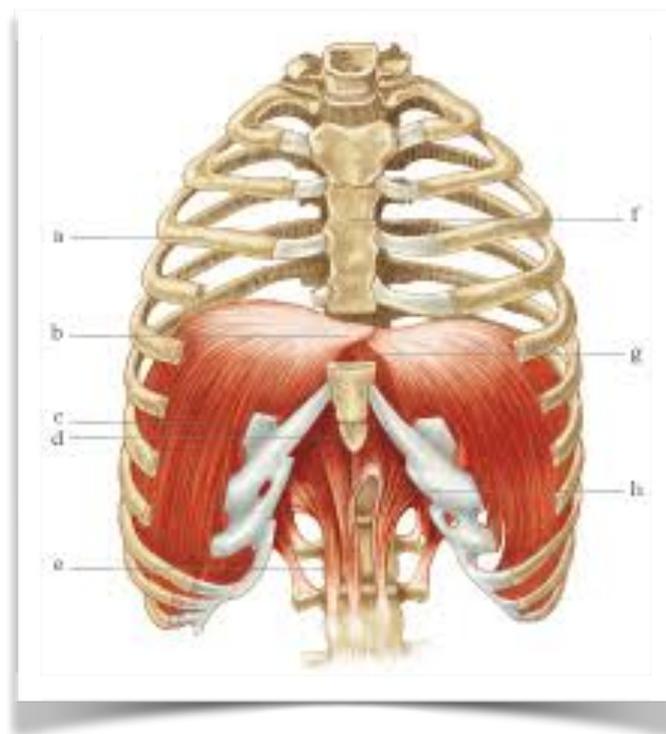
In base a quanto detto possiamo affermare che l'inspirazione è un movimento attivo o muscolatorio mentre l'espirazione è un fenomeno passivo.

Durante l'inspirazione la gabbia toracica si espande anche grazie all'innalzamento delle costole.

Ciò è reso possibile dalla loro particolare conformazione anatomica che, in condizione di riposo, le dispone con un'inclinazione diretta verso il basso.

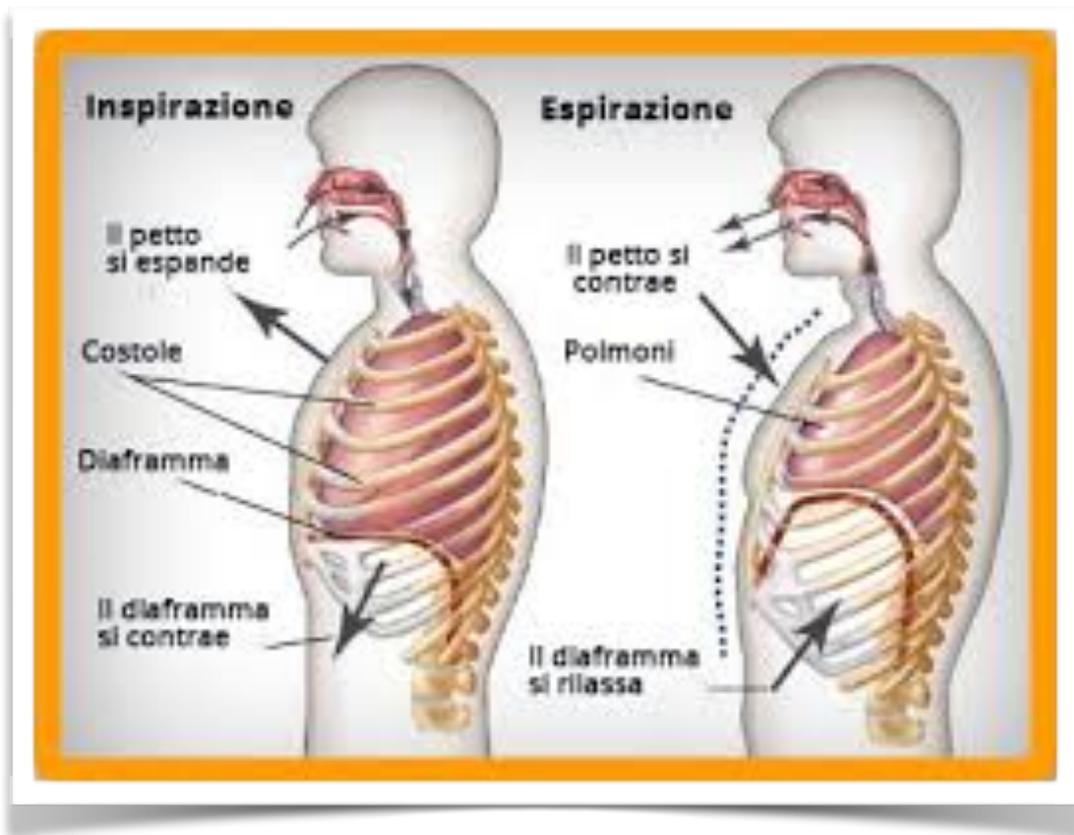
Quando le costole si sollevano si proiettano in avanti così come succede per lo sterno.

Nel loro insieme questi movimenti causano un sensibile incremento del volume della cassa toracica rendendo di fatto possibile l'inspirazione.



L'azione di sollevamento è possibile grazie ai muscoli intercostali interni.

La respirazione può essere esaltata ulteriormente attraverso la ventilazione forzata dove oltre al diaframma ed ai muscoli intercostali esterni vengono reclutati ulteriori fasci muscolari.



RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA

Grazie alla contrazione del diaframma, che si espande verso il basso (respirazione addominale o diaframmatica)

Grazie alla contrazione dei muscoli intercostali interni, che sollevano le costole ed allargano il torace (respirazione costale o toracica).

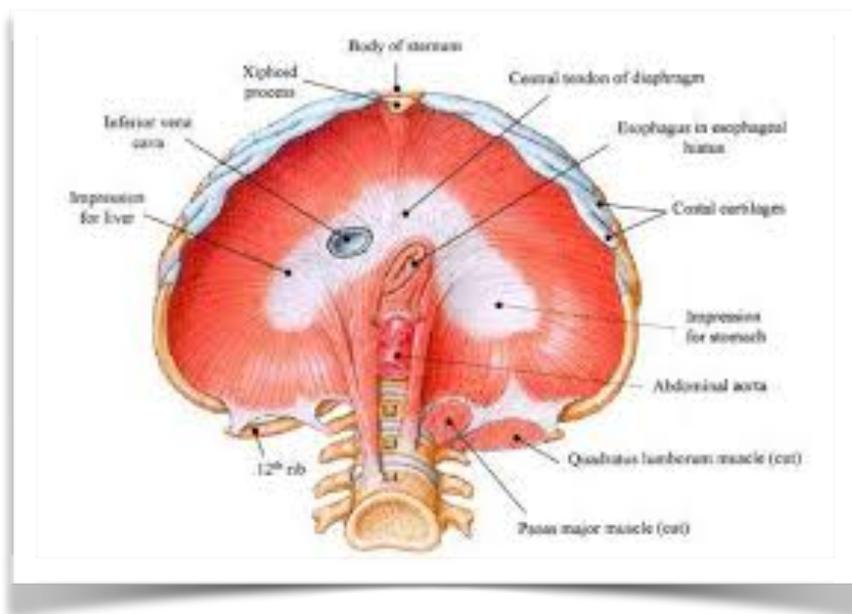
Nel maschio prevale un'attività respiratoria di tipo addominale o diaframmatica, mentre l'organismo femminile è maggiormente prediposto ad una respirazione costale o toracica.

Al di là delle differenze anatomiche tra i due sessi, nei Paesi occidentali la maggior parte delle persone utilizza prevalentemente una respirazione di tipo toracico.

La cultura orientale con tutte le sue arti di meditazione considera il respiro come un aspetto importantissimo nell'equilibrio fisico e psicologico dell'individuo.

Secondo questi principi la respirazione avviene grazie ad un meccanismo riflesso ed involontario.

Ogni uomo, di conseguenza, dovrebbe imparare a conoscere tale meccanismo in modo da non interferire con la sua spontaneità .



DIAFRAMMA

Innervato dai nervi frenici (C3-C5). Inserzioni su sterno, costole più basse, colonna vertebrale, e legamento centrale aderente al pericardio.

Inspirazione profonda: 10 cm (\uparrow volume = 2-4 l).

Contrazione: \uparrow volume gabbia toracica.

Inspirazione tranquilla (eupnoica): abbassamento cupola diaframmatica 1-2 cm (\uparrow volume 200-400 ml).

Minore efficienza: donna in gravidanza, obesi, compressione parete addominale.

Rilasciamento diaframma: \downarrow volume gabbia toracica

L'espiazione tranquilla è un fenomeno passivo assicurato dalle forze di retrazione del polmone.

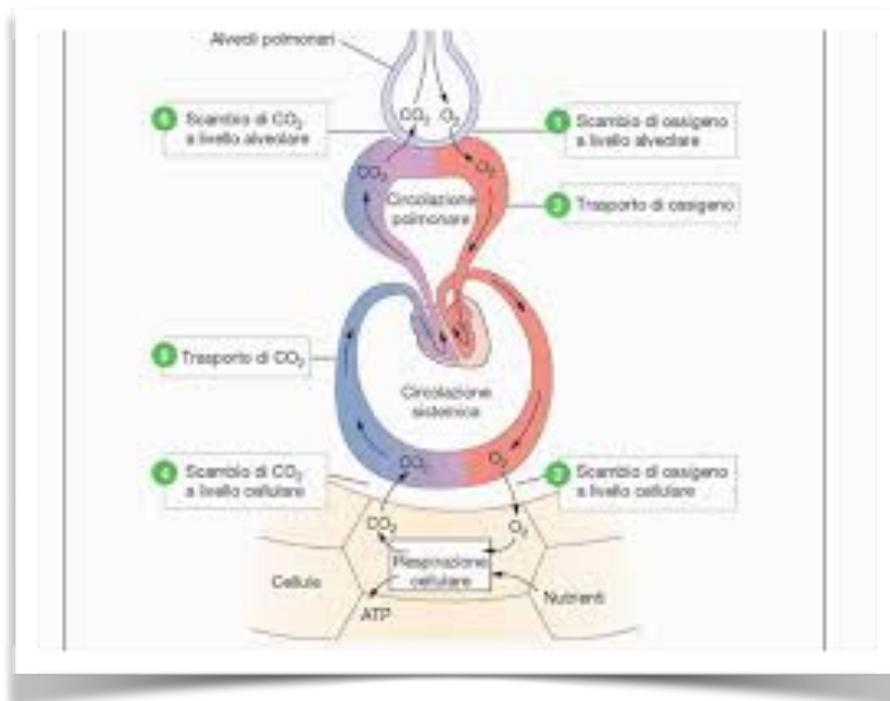
Le sostanze nutritive forniscono la loro energia alle cellule attraverso una reazione chimica di ossidazione, analoga alla combustione.

Questa reazione, come tutte le reazioni di combustione, necessita di ossigeno (O₂). La maggior parte dei viventi non potrebbe ricavare energia sufficiente al mantenimento delle funzioni vitali se non avesse una continua disponibilità di questo gas.

Nei mitocondri di ogni cellula avviene una serie di reazioni chimiche che consente di bruciare gli zuccheri in presenza di ossigeno e di produrre energia; il complesso di tali reazioni costituisce la respirazione cellulare.

I prodotti della respirazione cellulare sono acqua e anidride carbonica (CO₂). L'acqua è un composto utile all'organismo, mentre l'anidride carbonica non può accumularsi e deve pertanto essere allontanata.

L'assorbimento dell'ossigeno e l'eliminazione dell'anidride carbonica generano un meccanismo di scambi gassosi tra l'organismo e l'ambiente esterno che, nel suo complesso, viene chiamato respirazione.



Per la maggior parte degli animali, l'ingresso dell'ossigeno avviene attraverso alcuni organi specializzati quali branchie, trachee e polmoni. Qualunque sia la via di ingresso, l'ossigeno entra nel sangue per diffusione semplice. L'aria è ricca di ossigeno, mentre il sangue ne è povero; pertanto, sulla superficie di contatto tra i capillari e l'aria, le molecole di O_2 passano spontaneamente dall'aria al sangue. L'ossigeno è trasportato dal sangue a tutti i tessuti del corpo.

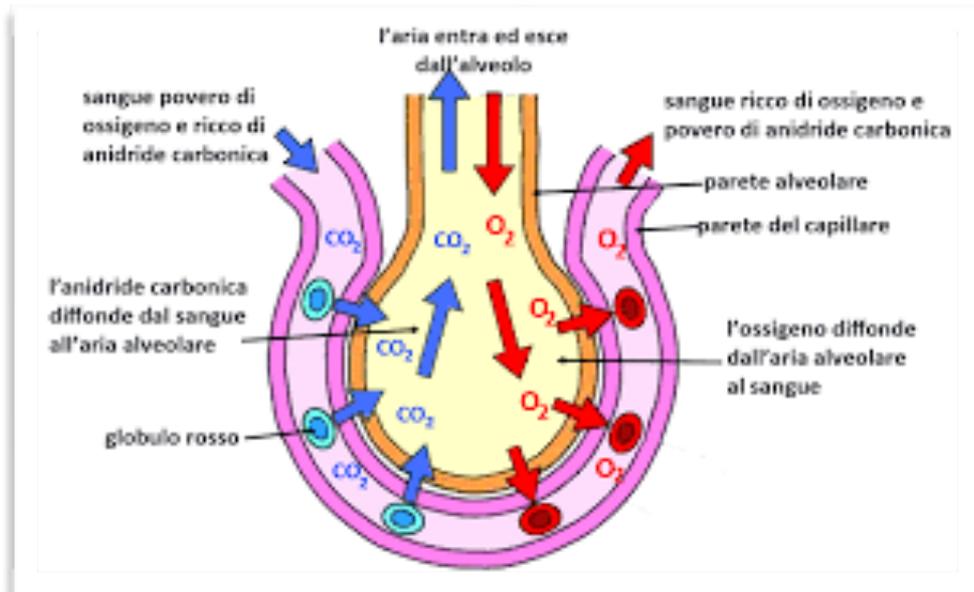
Il gas, entrato nelle cellule per diffusione, è infine utilizzato dai mitocondri per la respirazione cellulare. Il consumo di ossigeno abbassa la concentrazione delle molecole di O₂ nel citoplasma e quindi favorisce la diffusione dell'ossigeno dal sangue alla cellula. L'anidride carbonica (CO₂) diffonde dalle cellule al sangue ed è da questo trasportata fino agli organi respiratori, che provvedono ad eliminarla all'esterno del corpo.

Il sangue può tenere in soluzione soltanto una piccola quantità di ossigeno.

Nei vertebrati, nell'*Homo sapiens* e in tutti gli animali che possiedono il sangue rosso, l'ossigeno è trasportato dall'emoglobina. Questa proteina è composta da quattro catene polipeptidiche ripiegate; ciascuna catena contiene un gruppo chimico, chiamato «eme», al centro del quale è collocato un atomo di ferro. L'atomo di ferro rappresenta il punto a cui l'ossigeno è in grado di agganciarsi; ne risulta che una sola molecola di emoglobina può trasportare quattro molecole di O₂.

I polmoni sono contenuti all'interno del corpo e sono costituiti da cavità rivestite da un sottile strato di cellule costantemente umido.

Allo scopo di aumentare l'estensione della superficie respiratoria, la parete interna dei polmoni si presenta estremamente ramificata e concamerata, in quasi tutti gli organismi. La cavità viene continuamente riempita e svuotata d'aria attraverso le vie respiratorie.



Lo scambio gassoso nel corpo umano e la distribuzione dell'ossigeno a tutte le sue cellule sono garantiti da due apparati che agiscono in stretta collaborazione:

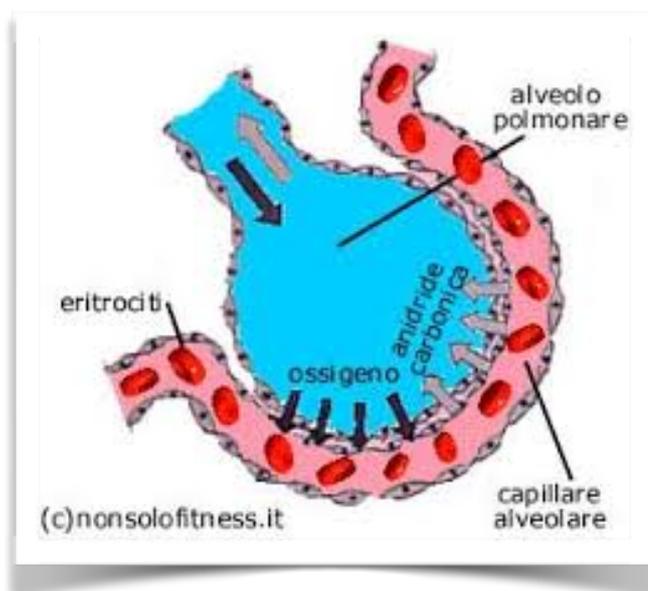
- l'apparato respiratorio, di cui fanno parte il naso, la trachea e i polmoni;
- l'apparato cardiocircolatorio, che comprende i vasi sanguigni, il sangue e il cuore.

Il naso è la parte visibile dell'apparato respiratorio umano. Le narici (con la bocca) sono il punto di ingresso dell'aria nel nostro corpo e costituiscono l'inizio delle vie respiratorie.

Nella cavità nasale, inoltre, l'aria subisce tre modificazioni importanti: essa viene riscaldata, grazie ai capillari della mucosa, umidificata, tramite la cessione d'acqua per traspirazione e filtrata, grazie ai peli di cui la cavità stessa è rivestita.

L'aria, dopo aver attraversato la faringe, entra nella laringe, l'organo della fonazione, che permette l'emissione di suoni. In realtà, durante

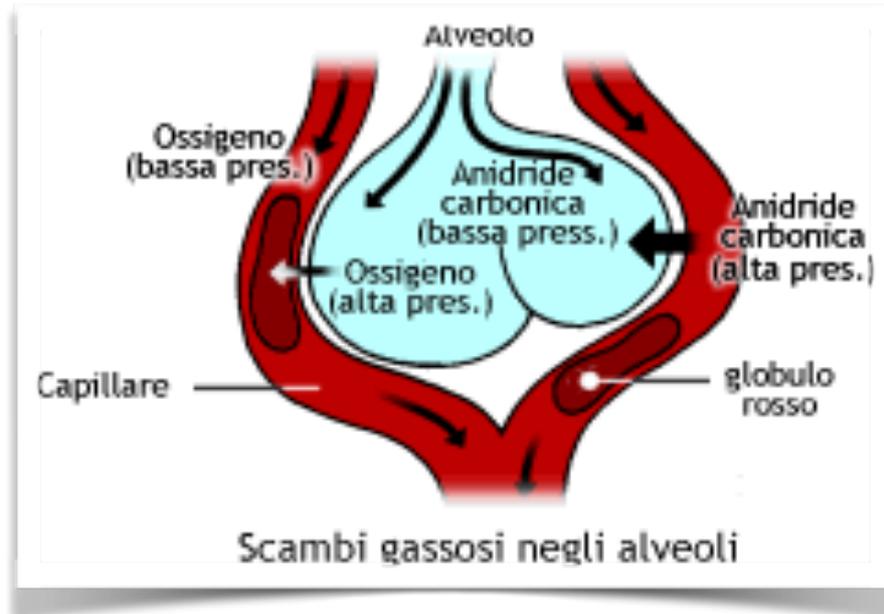
il percorso d'entrata, l'aria non produce nessun rumore; i suoni vengono prodotti sfruttando l'aria espirata. La modulazione dei suoni avviene grazie ad alcune pieghe della mucosa presenti nella laringe, dette corde vocali, e all'azione della muscolatura della bocca. L'aria inspirata percorre poi la trachea per entrare nei polmoni. La trachea è un tubo sostenuto da una serie di anelli di cartilagine, che le conferiscono rigidità e permettono il passaggio dell'aria. La trachea si dirama in due bronchi, che una volta nei polmoni si dividono in numerosi rami, via via più piccoli: i bronchioli. I bronchioli terminano infine con alcune minuscole sacche – gli alveoli polmonari – riunite in grappoli. Ciascun alveolo è costituito da un epitelio sottilissimo, al di là del quale scorre una fitta rete di capillari sanguigni. Questa delicata parete rappresenta la superficie respiratoria dei polmoni ed è la sede dello scambio gassoso tra aria e sangue.



La ventilazione polmonare è un processo meccanico che permette di rinnovare in continuazione l'aria presente nei nostri polmoni tramite l'alternarsi di inspirazioni e di espirazioni.

L'ingresso dell'aria, che è chiamato inspirazione, si realizza attraverso la contrazione del muscolo detto diaframma e degli altri muscoli presenti tra le costole: la gabbia toracica si espande, il volume dei polmoni aumenta, la pressione interna diminuisce, risucchiando l'aria dall'esterno verso l'interno.

La fuoriuscita dell'aria dai polmoni, detta espirazione, si ottiene viceversa con un semplice rilassamento del diaframma e dei muscoli intercostali: il volume dei polmoni diminuisce e di conseguenza la pressione interna aumenta, fino a superare quella atmosferica, all'esterno, consentendo l'espulsione di una parte dell'aria.



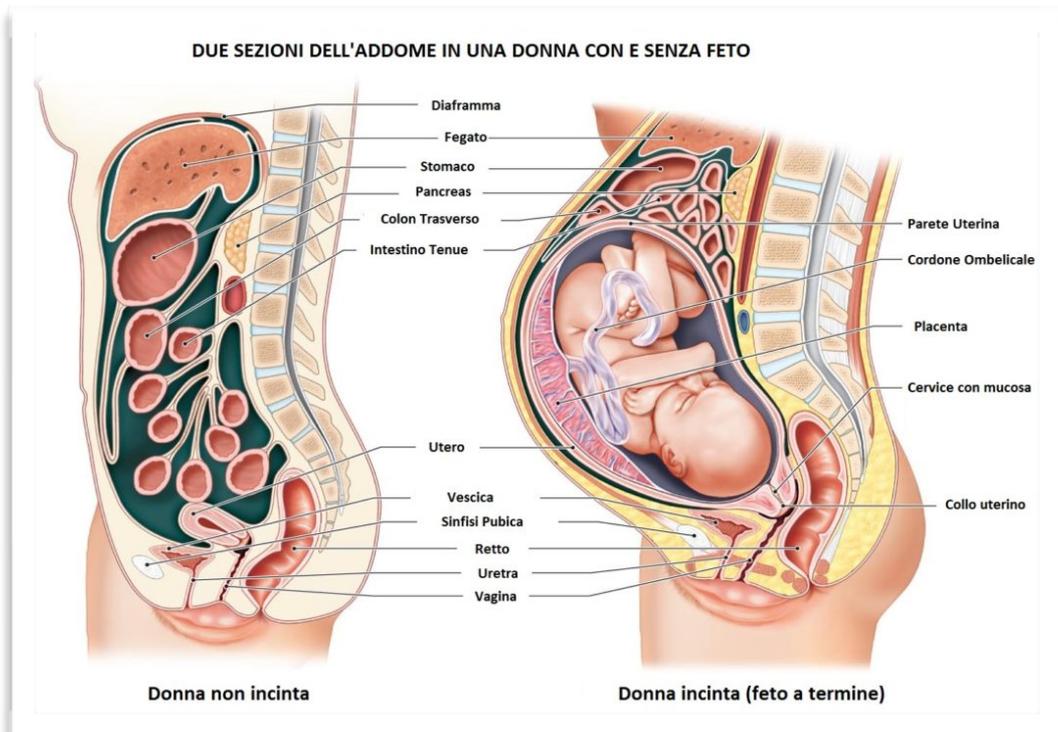
CAPITOLO 3: Raccolta dati

Questo elaborato parlerà di un caso clinico di una futura mamma che ho raccolto in un gruppo di 30 donne a termine di gravidanza che seguivano il corso preparato alla Clinica Mangiagalli, struttura nella quale lavoro da 12 anni.

Ho valutato e trattato 30 donne per almeno 2 volte, le patologie ricorrenti sono state: reflusso, sciatalgie, lombalgie, cervicalgie, dorsalgie e dispnee meccaniche.

Quest'ultima sintomatologia mi ha particolarmente attratto e incuriosito.

La crescita dell'utero a termine di gravidanza occupa tutto l'addome spingendo gli organi soprastanti contro il diaframma che riduce notevolmente il suo movimento fisiologico.



Con il progredire della gestazione, nel terzo trimestre l'utero inizia a premere sul diaframma, impedendo una proporzionata dilatazione della cavità toracica, rendendo così più faticosi gli atti respiratori, per tale motivo è bene allenare la respirazione in gravidanza a partire fin da subito da questo importante muscolo, per educarlo a lavorare correttamente "involontariamente". Si avrà un aumento della profondità dei singoli atti. Il tipo di respirazione diventa perlopiù costale, per cui sono più frequenti episodi di dispnea, specie sotto sforzo (per esempio difficoltà a salire le scale).

CAPITOLO 4: Il caso clinico Sig.ra VALENTINA A.

Anamnesi:

Data di nascita: 9/9/1976

Primigravida a 33 settimane in data 5 marzo 2018.

Lavoro: Impiegata

Patologie note: nulla

Interventi chirurgici: nulla

Eventi traumatici: nulla

Allergie note: nessuna

Terapie in atto o di nota: integratori della gravidanza

Pratica sportiva: Yoga

Altro: nulla

Motivo del consulto: Algie dorsali da una settimana e fiato corto.

MOTIVO DEL CONSULTO:

Valentina mi racconta il suo malessere e il suo disagio per il mancato riposo notturno dato dalle algie dorsali e dalla difficoltà di trovare una posizione compiacente.

4.1 VALUTAZIONE STRUTTURALE E VISCERALE, IN ORTOSTATISMO

1. Flessione attiva busto da stazione eretta: sono conservate le fisiologiche curve della colonna tranne a livello dorsale basso dove si nota una rettilineizzazione.

2. Rotazione attiva busto ds-sin in stazione eretta con le braccia incrociate al petto: buona mobilità a sinistra, mentre a destra il paziente riferisce tensione e dolore.

3. Flessione laterale attiva busto ds-sin in stazione eretta con le braccia lungo i fianchi: buona mobilità a sinistra, mentre a destra il paziente riferisce tensione e dolore.

4. Mobilizzazione attiva della cervicale in flessione-estensione, rotazione e flessione laterale: movimento ridotto in rotazione destra, mentre vengono mantenuti i fisiologici ROM articolari negli altri movimenti.

5. Valuto la mobilità attiva delle spalle in stazione eretta, sollevando le braccia tese in avanti e poi in fuori in abduzione fino sopra la testa: non si notano particolari restrizioni né difficoltà dei movimenti richiesti

6. Ascolto le cavità, craniale, toracica e pelvica e le valuto in seguito a una lieve compressione

7. Valuto il movimento dei diaframmi toracico e pelvico

4.2 VALUTAZIONE STRUTTURALE E VISCERALE IN POSIZIONE SUPINA

1. Con le mani sulla gabbia toracica ne valuto il movimento e la risposta durante l'atto respiratorio

2. Durante l'atto respiratorio valuto la mobilità della cupola e il movimento del diaframma

3. Dislocando l'utero valuto il movimento fisiologico degli organi addominali a partire dallo stomaco, fegato, intestino tenue e crasso con maggiore attenzione ai tratti compresso dall'utero gravido

4. Valuto il bacino in tutte le sue componenti

5. Ascolto il diaframma pelvico in relazione al quello toracico
6. Ascolto i visceri in relazione alla struttura in particolare le relazioni tra: diaframma/tratto dorsale, cardias/tratto dorsale, mediastino/gabbia toracica, colon/tratto lombare, sigma-retto/sacro
7. Ascolto il sacro
8. Ascolto il cranio

4.3 VALUTAZIONE DEI TESSUTI

Paziente supino, osservo i tessuti e attraverso la palpazione ricerco elementi quali densità, calore, rossore e colore della cute.

4.4 TEST OSTEOPATICI STRUTTURALI E VISCERALI

1. *TFE* in stazione eretta
2. *SPRING TEST* su tutta la colonna vertebrale sin posizione sul fianco data la grandezza dell'utero, che risulta positivo sul sacro e sul passaggio cervico dorsale
3. *TEST GLOBALE PER I LEGAMENTI SOSPENSORI DELLA CUPOLA PLEURICA*: Test sempre positivo a destra
4. *TEST DELLA LOGGIA VISCERALE DEL COLLO*: Test che esprime una densità a livello del mediastino
5. *TEST DI REBOUND SULLO STERNO*: Il ritorno post pressione dello sterno risulta mantenuto
6. *TEST DELL'ESOFAGO ADDOMINALE*: Test che provoca dolore nella paziente a livello del cardias

7. TEST GLOBALI DI ORGANO IN TUTTI I QUADRANTI, VALUTAZIONE DELLE SINGOLE PORZIONI D'ORGANO CON TEST DI INIBIZIONE rispettivamente ai seguenti organi: fegato, colicisti, stomaco, milza, pancreas, intestino tenue e crasso. Alla valutazione eseguita gli esiti sono: densità a livello del fegato, ridotta mobilità dello stomaco e del sigma, gli altri organi risulta lievemente compressi nei loro spazi, ma mantengono il loro movimento fisiologico.

4.5 OSSERVAZIONE DELLA RESPIRAZIONE E VALUTAZIONE DEL DIAFRAMMA

Paziente supina sul lettino con le braccia rilassate lungo i fianchi: le chiedo di respirare in maniera naturale e osservo come avviene la sua respirazione. Mi sembra che il paziente abbia una respirazione prevalentemente bassa, con un buon movimento delle coste inferiori a manico di secchio, meno evidente il movimento a braccio di pompa delle coste superiori. Per avere conferma della mia osservazione, appoggio le mani a ventaglio sulla parte alta del torace e ascolto la respirazione, sempre naturale, non forzata, della paziente.

Dopo qualche respiro sposto le mani sulle coste basse e ascolto di nuovo: sento la conferma di quanto osservato in precedenza, ovvero un buon movimento a manico di secchio, mentre il movimento a braccio di pompa si percepisce molto meno.

4.6 TRATTAMENTO

Da marzo 2018 propongo a Valentina un ciclo di incontri ogni 10 giorni circa. L'obiettivo del mio trattamento è quello di migliorare la sintomatologia trattando il paziente in modo globale senza localizzare il mio intervento esclusivamente nella zona specifica, attraverso un approccio sia strutturale che viscerale.

Durante i trattamenti utilizzo tecniche articolatorie, tecniche di release muscolare e fasciale, tecniche MET (muscle energy technique) e tecniche di tipo funzionale.

La MET è una tecnica efficace e soprattutto poco invasiva che alterna un lavoro attivo da parte del paziente ad un lavoro passivo guidato dall'osteopata. La componente attiva consiste in una leggera spinta contro resistenza verso quella che viene definita lesione osteopatica, mantenuta per circa 6-8 secondi. A questa fase segue un rilascio da parte del paziente della contrazione muscolare, un momento di latenza di 2 secondi e il conseguente recupero del rom articolare nella direzione opposta alla lesione, ottenuta con una leggera e graduale spinta di guadagno da parte dell'osteopata.

La tecnica funzionale è una tecnica dolce non invasiva che ha come scopo quello di portare il paziente, nello specifico la struttura che si sta trattando, verso la lesione osteopatica, ovvero nella posizione in cui la stessa struttura vuole stare. L'osteopata sfrutta movimenti piccoli e quasi impercettibili per trovare un punto in cui percepisce un rilascio da parte del paziente: una mano fa da monitor, per sentire il rilascio della struttura e dei tessuti, l'altra mano muove cercando la posizione di massimo confort, che viene mantenuta per circa 90 secondi.

Ecco di seguito come svolgo nello specifico il trattamento osteopatico:
Ascolto del cranio: paziente supino, posiziono le mie mani in presa a cinque dita sul cranio

Ascolto del sacro: paziente supino, metto una mano a coppa sotto il sacro e rimango in ascolto.

Inibizione dei paravertebrali e del quadrato dei lombi: paziente supino, metto le mie mani sotto la sua schiena posizionando le dita prima sui paravertebrali e poi sul quadrato dei lombi. Chiedo a Valentina di respirare secondo il suo ritmo e mantengo, fino a quando

sento che i tessuti mollano e si rilassano. Ripeto su entrambi i lati
Tecnica MET per il rilasciamento degli ischiocrurali: paziente supino, sollevo un arto inferiore teso, aiutandomi tenendolo in appoggio sulla mia spalla, fino a raggiungere una posizione di buona tensione della muscolatura posteriore. Chiedo al paziente di contrarre leggermente la muscolatura posteriore spingendo con la gamba contro la mia spalla e dopo circa 6-8 secondi chiedo un rilascio.

Release della muscolatura posteriore tenendo la paziente sul fianco (trapezio, romboidei, gran dorsale, paravertebrali, quadrato dei lombi): appoggio le mani sui tessuti dove mantengo una spinta ed una pressione di una certa intensità, dal mediale al laterale, fino a quando sento che i tessuti stessi mollano. Agisco in maniera abbastanza generale su tutto il tratto cervicale, dorsale e lombare, soffermandomi dove sento maggiore necessità.

Tecnica articolatoria generale sul sacro (pendolo) con paziente in quadrupedia: appoggio le mani una sopra l'altra sul sacro e lo mobilizzo delicatamente in tutte le direzioni, se serve faccio appoggiare il pancione della donna sulla mia gamba posta sotto la donna.

Tecnica di inibizione degli organi addominali alla quale arrivo spostando l'utero gravido cercando di ridare agli organi il loro movimento fisiologico attraverso la ricerca del punto neutro.

CAPITOLO 5:CONCLUSIONI

Valentina riferisce miglioramento della sintomatologia respiratoria dopo ogni trattamento e miglioramento delle algie dorsali, ma solo dopo qualche trattamento.

La crescita dell'utero gravido ha compromesso la stabilità strutturale della colonna della donna, ma attraverso i trattamenti strutturali è stato più semplice per il sistema una corretta stabilizzazione.

Per quanto riguarda l'attività respiratoria è migliorata attraverso lo sblocco del diaframma dislocando l'utero e il fatto di essere anche ostetrica ha reso la paziente più serena durante il trattamento.

I trattamenti eseguiti a tutte le donne dei corsi di accompagnamento alla nascita hanno avuto esiti spesso positivi oltre che per la validità del trattamento anche per la fiducia che queste mamme hanno risposto in me conoscendomi come ostetrica e quindi coscienti che le tecniche da me eseguite non facessero alcun dolo al feto.

RINGRAZIAMENTI

Eccoci giunti al momento dei ringraziamenti, nonostante sia il mio terzo elaborato questo è il momento più sentito.

ringraziare le persone che mi sono state accanto in questi tre anni, amici nuovi e vecchi.

La mia famiglia in tutte le sue componenti sempre presente e collaborante in tutte le mie follie, mamma Teresa, la nostra roccia, papà Tonino il coccolone, Enzo "quello che studia", mio fratello anche lui prossimo al suo primo traguardo, a Luisa, la sorella che tutti dovrebbero avere razionale, ma allo stesso tempo profondamente empatica e sensibile. Non dimentichiamo Fabio il mio cognatino e le piccole Chiara e Sofia.

Grazie a Luca Bionadonna e a tutto lo staf di docenti e segreteria.

Grazie a Stefano Jori insegnate, ma soprattutto un amico.

Martina con la quale ho passato due anni pieni di progetti e sogni che pian pianino sono certa si realizzeranno.

Grazie a tutti i miei compagni di corso.



Grazie alle mie coordinatrici Irene e Cristina che mi hanno aiutato a incastrare il lavoro con lo studio e come non ringraziare tutte le mie colleghe per i cambi turno, in particolare Claudio Plumeri, il mio paziente zero.

Grazie a tutte le donne che si sono fidate di me durante i miei primi trattamenti e grazie al Dott. Laquintana e al Prof. Ferrazzi che hanno autorizzato il progetto che porterà l'osteopatia nel mio ospedale.

Grazie a Gabriele che mi sopporta in tutte le mie attività che mi portano lontano da casa.

Grazie al supporto delle mie amiche, Mercedes, Eleonora, Aua, Eloisa e Maria Luisa, ma soprattutto grazie al loro lettino strumento fondamentale nelle mie pratiche.

Grazie a tutti coloro che non ho nominato, ma che sono certa capiranno.

Grazie a ME perchè nonostante gli eventi della vita di questi tre anni ho raggiunto il mio traguardo sempre sorridendo... perchè nulla e nessuno potrà mai cancellare dal mio volto il sorriso, perchè la vita è una sola e bisogna viverla in tutte le sue sfaccettature

ALLA PROSSIMA!

MORENA

