

CHRISTIAN PALUSCI

Osteopata D.O.



**OSTEOPATIA
&
PLAGIOCEFALIA**

L'OSTEOPATIA, PRINCIPI ED APPLICAZIONE

L'**osteopatia** è una filosofia, **una terapia manuale** e una scienza medica, non prevede l'utilizzo di farmaci, **non si occupa di patologia ma della Salute.**

Essa **offre il suo contributo terapeutico in ogni condizione patologica**, nel nome delle leggi naturali e delle forze vitali che governano la vita.

L'intervento osteopatico fonda i propri principi olistici sulla fisica, chimica, biologia, neurofisiologia e biomeccanica del corpo umano. Essa **garantisce il ripristino equilibrato di tutte le suddette forze nel corpo, fisiche, chimiche e mentali**, e **garantisce** di fatto i **presupposti necessari alla guarigione**, rispettando la relazione tra corpo-mente-spirito.

I principi biomeccanici alla base del concetto osteopatico riguardano tutti i piani di esistenza dell'uomo: fisico, mentale e spirituale. A differenza di altri approcci terapeutici, l'osteopatia "opera sulla qualità della vita" e **studia l'individuo nella sua totalità**: non fa diagnosi di Patologia, non **si occupa** del Sintomo, ma **dello stato di Salute.**

Riconosce l'esistenza di leggi che regolano l'universo interiore dell'uomo, ben oltre le semplici reazioni biochimiche, favorendo il naturale processo di autoregolazione e autoguarigione del corpo.

Il trattamento osteopatico incoraggia e supporta i principi omeostatici del corpo ed il suo equilibrio naturale.

L'intervento osteopatico è basato sull'unicità psico-fisica del paziente nell'istante preciso della consultazione, piuttosto che sulla definizione patologica in cui il paziente viene imprigionato e ridotto.

Ciò richiede un'attenta valutazione della sua fisionomia, costituzione corporale, stato psico-emotivo, capacità di recupero, postura, ampiezza dei movimenti attivi e passivi, vitalità espressa nella motilità viscerale, fasciale e nel ritmo cranio-sacrale.

Nella luce di tali presupposti, il quadro sintomatico acquisisce un'importanza secondaria (ad eccezione dei casi che mettono a rischio la vita o la stabilità psico-fisica del paziente), poiché viene inserito nella condizione globale dell'individuo in esame.

Ciò implica un distacco dell'intervento terapeutico dall'area in cui si manifesta il sintomo.

Su cosa può intervenire l'osteopatia? Premesso che **l'osteopatia non cura patologie, ma promuove la capacità di recupero e guarigione del corpo ottimizzandone i processi fisiologici e fisici**, il campo di azione dell'osteopatia ricopre:

- **Cervico e lombo algie;**
- **Colpo di frusta, colpo della strega;**
- **Nevralgie, artralgie e dolori reumatici;**
- **Spasmi e crampi muscolari, capsulite adesiva;**
- **Sindrome dell'intestino irritabile;**
- **Costipazione, coliche neonatali;**
- **Emorroidi;**
- **Asma, cefalea, emicrania;**
- **Otiti e sinusiti;**
- **Disfunzioni circolatorie periferiche;**
- **Disfunzioni temporo-mandibolari e del sistema stomatognatico;**
- **Malocclusioni ortodontiche;**
- **Prolassi o spasmi del pavimento pelvico;**
- **Dolori mestruali, lombalgie di gravidanza;**
- **Cistite, infertilità;**
- **Incontinenza;**

- Disfunzioni endocrine;
- **Somato-emozionale.**

LA PLAGIOCEFALIA

Le **plagiocefalie o craniostenosi**, determinano il **blocco di una sutura cranica**, solitamente il termine plagiocefalia è utilizzato per **determinare un'alterazione della forma del cranio**, ovvero **anomalie delle posizioni del capo che poi determinano anomalie della forma.**

Oltre al fattore estetico, che un'asimmetria cranica può produrre, **è importante correggere le deformazioni per evitare che si instaurino disfunzioni funzionali.** Una **plagiocefalia può alterare la corretta funzionalità visiva** di uno o di entrambi gli occhi, si viene a **modificare la forma dell'orbita** con conseguenze sia sul bulbo oculare che sui muscoli estrinseci che lo controllano; **può sostenere problematiche all'orecchio**, facilita l'insorgere di **otiti** a causa dell'alterazione della verticalità della tromba uditiva, **può favorire l'insorgere di sinusiti** a causa della deformazione dei seni del frontale, può produrre **problematiche al sistema stomatognatico (bocca) e dell'ATM** (articolazione temporo-mandibolare). Quest'ultimo a sua volta viene deformato dalla deformazione dell'occipite, arretrato o traslato anteriormente, **può causare l'insorgere di scoliosi.**

Ci sono delle classificazioni per distinguere le plagiocefalie dalle craniostenosi.

La deformità del cranio deriva da precoce ossificazione di una o più fontanelle, o da un'intera sutura del cranio. Così facendo **il cranio non cresce e comprime il cervello ed i danni saranno sempre cerebrali e/o neurologici.**

Di solito sono presenti già alla nascita ed il cui trattamento è quasi esclusivamente chirurgico.

Le **plagiocefalie non sinostotiche sono tutte posizionali**, ma posizionali possono esserlo anche in modo diverso.

Le fontanelle sono destinate a scomparire per la formazione di tessuto osseo e cartilagineo.

Le **fontanelle sono molto utili**: durante il parto conferiscono **elasticità al cranio** permettendo un certo grado di deformazione fisiologica; durante i primi 2-3 anni di vita conferiscono plasticità al cranio consentendo uno sviluppo contemporaneo delle ossa craniali della massa encefalica sottostante. **I tempi di saldatura possono essere ritardati (dovuta ad alterazioni del metabolismo del calcio come nel rachitismo) o anticipati (per craniostenosi o craniosinostosi).**

Nei bambini con pochi capelli si può notare che la **fontanella anteriore pulsa**, questa è normale, **non bisogna aver paura di toccarla durante le cure quotidiane il bambino, è molto resistente.**

È necessario che la mamma controlli a fontanella perché può rivelare lo stato di salute del bambino in particolare:

- **Se appare leggermente abbassata e forma una depressione visibile nella testa significa che il bambino è disidratato**, ha bisogno di bere liquidi, può succedere se c'è molto caldo o quando il bambino ha febbre;
- **Se la fontanella è tesa e dura, potrebbe essere il sintomo di una patologia cranica specifica da far valutare al pediatra.**

Le **craniostenosi sono anomalie congenite caratterizzate da prematura saldatura, prima del completamento della crescita encefalica.** Questo **determina un mancato accrescimento delle regioni corrispondenti della volta cranica**, con **crescita compensatoria di altre regioni** e pertanto

deformazione del cranio. Il primo segno è un'anomala forma della testa, frequenti sono i segni oculari tra cui: lo strabismo divergente, la diminuzione dell'acutezza visiva ed esoftalmo (protrusione dei globi oculari per riduzione di volume delle carità orbitaria).

Anche l'encefalo ne risente in quanto **non può accrescersi per le ridotte dimensioni del cranio e ne consegue** così una **sofferenza encefalica**. Alcuni casi **possono essere associati** con disordini quali: **ritardo mentale con sviluppo psicomotorio deficitario, microcefalia** (in cui il cranio è ridotto di volume per sviluppo deficitario dell'encefalo) ed **idrocefalo** (alterazioni della circolazione liquorale). Il principale segno dell'idrocefalo in un infante, è l'anormale crescita della circonferenza cranica con la fontanella anteriore tesa e non pulsante; i **sintomi** da verificare sono il **vomito**, la **sonnolenza**, l'**irritabilità** e lo **sguardo bloccato verso l'alto**. **Possono anche verificarsi crisi epilettiche e cecità**. La **craniostenosi si può valutare tramite la periodica misurazione della circonferenza cranica valutando l'accrescimento del cranio**. La radiografia e la tomografia computerizzata del cranio confermano le anomalie ossee ed evidenziano la parziale o correlata saldatura delle suture. **L'encefalo durante il primo anno di vita triplica il volume, è dunque importante intervenire il prima possibile permettendo l'encefalo di espandersi normalmente.**

I TIPI DI CRANIOSTENOSI

- **Oxicefalea**, il cranio assume la forma a sfera

Oxicefalia



- **Brachicefalia**, si riferisce ad una forma del capo che è accorciata in senso antero-posteriore e larga in senso latero-laterale. Non c'è un problema bilaterale, perché la testa è più piatta dietro, **deriva dal fatto che è stato ipomobile, ovvero appoggiato sempre supino da un lato**, così non si è mai mosso e alla fine assume questa posizione;
- **Plagiocefalia**, anteriore o posteriore, forma del cranio di tipo asimmetrico **causata dalla chiusura precoce di una sutura** che provoca appiattimento della regione fronto-laterale con deformità compensatoria. Può essere associata a deviazione della piramide nasale e ad appiattimento della regione zigomatica dal lato plagiocefalico. L'orbita del lato della stenosi è più alta con forma ovale, dal lato opposto l'orbita controlaterale sembra avere una posizione più bassa. Se però paragoniamo i pavimenti sono sullo stesso livello. Nella plagiocefalia posteriore, la zona posteriore dove si presenta la chiusura della sutura, sarà piatta e l'orecchio dello stesso lato risulterà avanzato e abbassato rispetto a quello del lato opposto;
- **Acrocefalia**, il cranio assume la caratteristica forma "a pera"



- **Dolicocefalia e scafocefalia**, è l'esatto contrario della brachicefalia, il bambino non è troppo appoggiato sull'occipite, ma è completamente schiacciato da un lato, tipica dei bambini prematuri messi in incubatrice. **È arrestato il processo di crescita del cranio in larghezza, determina uno sviluppo compensatorio in lunghezza.** I neonati affetti da questa deformazione cranica, che **spesso si sviluppa come risultato di lunghi tempi trascorsi giacendo di lato, presentano una testa lunga e stretta**, simile ad uno scafo. Questa deformazione è frequentemente osservata nei prematuri ed è **spesso determinata dalla necessità di porre il piccolo neonato in decubito laterale per favorire l'assistenza ventilatoria e il monitoraggio dei parametri fisiologici durante il periodo degenza in terapia intensiva neonatale**



- **Trigonocefalia o monosinostosi**, i bambini presentano la **fronte a forma di triangolo**



- Le **polisinostosi** sono il **blocco di più di una sutura**, che si possono bloccare in maniera randomizzata con caratteristiche particolari, tra cui la turicefalia e la microcefalia (blocco di tutte le suture).

Sintomatologicamente le **craniostenosi vanno classificate in forme:**

- **Compensate**, le quali presentano **l'accrescimento del cervello normale senza apparenti segni di compressione del sistema nervoso.** I segni clinici più evidenti riguardano **lo scheletro, deformazione cranica, il ridotto perimetro cranico e alterazioni facciali;**
- **Scompenstate**, sono palesemente **più gravi**, determinano una sintomatologia **d'ipertensione endocranica** che può instaurarsi in modo subdolo e presentare una sintomatologia invalidante. **L'ipertensione endocranica comporta una sofferenza del sistema nervoso che si esprime attraverso una serie di sintomi neurologici.**

LA PLAGIOCEFALIA POSIZIONALE

Con **plagiocefalia posizionale** si intende una condizione di **anomalia morfologica del cranio** osservata in **assenza di un'anomalia delle suture craniche:** I bambini si presentano con un **cranio asimmetrico.** Le **cause possono essere tante: l'applicazione di forze esterne (assenza di stenosi), madre che allatta sempre dallo stesso lato, gravidanza multipla, anomalie della forma dell'utero, precoce discesa del feto, problematiche della mamma o bambino durante il parto (il parto cesario può rappresentare una causa in quanto il bambino passa rapidamente da pressione positiva a negativa), posizione in decubito dorsale del bambino.** L'asimmetria si presenta spesso già alla nascita **molto spesso è presente anche il torcicollo.**

Nel **periodo post natale** comportamenti come il **decubito supino obbligato**, il mancato **alternare da parte della madre dell'appoggio del bambino** nella fase di allattamento, sembrano **incrementare l'entità del fenomeno**. L'**asimmetria del capo**, spesso di **irrilevante entità all'inizio**, può **passare inosservata ai genitori e sfuggire alla considerazione del pediatra**. **Fondamentale è la modificazione frequente del decubito variandolo tra destra e sinistra per evitare l'insorgenza del peggioramento di una deformità cranica da posizione**.

La **plagiocefalia posizionale** si riferisce ad una forma del capo che presenta un **appiattimento postero-laterale unilaterale**, **dislocazione anteriore all'orecchio** e **gradi diversi di protrusione della bozza frontale omolaterale all'appiattimento posteriore**. La **continua pressione su un lato del cranio determina la protrusione di tutte le ossa di quel lato creando un'asimmetria e, spesso, una distorsione dell'allineamento del viso**.

La **plagiocefalia posizionale** viene identificata come una deformità a forma di **parallelogramma** perché, osservata dall'alto, la testa del bambino suggerisce tale forma geometrica.

Plagiocefalia posizionale



Ad essa si associa un **torcicollo**, causato dall'**asimmetrica tensione del muscolo sternocleidomastoideo**.

Il **torcicollo muscolare congenito o torcicollo miogeno**, **acquisito in fase prenatale** è il tipo più comune di torcicollo ed è **dovuto all'asimmetria della lunghezza e/o della forza dei muscoli sternocleidomastoidei su ciascun lato del collo**; per l'**attività motoria** provocano una **plagiocefalia posizionale**. Il tessuto muscolare interessato nei pazienti con torcicollo muscolare congenito dimostra che il muscolo è stato sostituito da tessuto fibroso denso.

Si ritiene che il **torcicollo muscolare congenito** sia **dovuto alla discesa della testa fetale o a un anomalo posizionamento fetale intrauterino nel corso del terzo trimestre**, con conseguente **trauma al muscolo sternocleidomastoideo** e occasionali **deformazioni associate di dorso, fianchi e piedi**.

Quando il **muscolo di un lato è teso ed accorciato**, la **testa del bimbo sarà, inclinata verso il lato interessato dalla tensione** mentre il **viso sarà rivolto verso la spalla opposta**.

A causa di questa **squilibrata tensione muscolare** il **bambino prediligerà decombere sempre nella stessa posizione di riposo**, creando o **aggravando le asimmetrie**.

Oltre all'**asimmetria facciale** che si verifica con il **torcicollo muscolare congenito**, alla **persistente inclinazione del capo** e alla percezione del bambino dell'ambiente circostante **conseguono** esiti di **sviluppo atipici posturali** e della **motricità grossolana**. I bambini piccoli si affidano alle risposte di raddrizzamento del collo per affrontare i movimenti antigravitazionali e generare un controllo posturale stabilizzante. Il **torcicollo muscolare congenito può alterare la base bilanciata del sostegno** oppure l'**interazione tra gruppi muscolari profondi e superficiali**. Le alterazioni posturali dei neonati con **torcicollo muscolare congenito comprendono l'escursione e la flessione laterale della spalla sul lato accorciato**.

I **bambini affetti da torcicollo bilaterale presentano** un ventaglio di **disturbi del movimento in entrambi i lati** e un lato è peggiore dell'altro. Questa diagnosi viene spesso mancata perché i bambini con **torcicollo bilaterale di solito non presentano un'inclinazione evidente della testa**. In questi

casi la discrepanza tra destra e sinistra non è così marcata perché entrambi sono limitati. **Questi bambini non presentano plagiocefalia evidente ma possono invece mostrare brachicefalia.**

La maggior parte dei casi di torcicollo muscolare congenito, se diagnosticati con sufficiente precocità, possono essere trattati con successo in maniera conservativa con esercizi di stretching del collo.

Il coinvolgimento con il lattante è fondamentale per rendere gli esercizi di stretching efficaci e piacevoli, la madre deve stimolare il bambino a muoversi in tutti i lati, deve parlargli a destra e sinistra.

Molti genitori sono intimiditi dall'entità della protesta del lattante e si preoccupano che gli esercizi possano essere dolorosi. Inoltre molti genitori non compiono gli esercizi in modo efficace per paura di far male al lattante. A causa delle difficoltà di insegnare ai genitori come praticare gli esercizi in modo appropriato e di dare consigli generali posturali che potrebbero far peggiorare la plagiocefalia o provocare nuove deformità della testa è **prudente un invio precoce all'osteopata, anche per un breve periodo.**

Promuovere la posizione prona quando i bambini sono svegli e sotto osservazione può aiutare a ridurre al minimo queste differenze nel normale sviluppo motorio rinforzando i muscoli del collo del bambino e agevolando le attività motorie in posizione prona. Poiché la maggior parte dei neonati che dormono supini non sono soliti guardare il mondo dalla posizione prona, hanno bisogno di questa esperienza visiva per facilitare il loro sviluppo motorio. **Offrire ai neonati un tempo adeguato sulla pancia mentre sono svegli è importante anche per facilitare lo sviluppo della rotazione del capo in posizione prona come meccanismo di protezione chiave nel caso in cui il bambino passi dalla posizione supina a quella prona durante il sonno. I bambini dovrebbero trascorrere delle ore svegli in posizione prona sotto sorveglianza di un adulto.** L'intervento precoce è fondamentale per il successo del trattamento sia del torcicollo muscolare congenito sia della conseguente plagiocefalia posizionale. Quanto più tempestivamente i neonati sono identificati e trattati con valido stretching e strategie efficaci, tanto più breve è la durata del trattamento necessario per ottenere un'escursione completa di movimento del collo e la risoluzione della plagiocefalia.

LA CLASSIFICAZIONE DELLA PLAGIOCEFALIA POSIZIONALE

- **TIPO I**, l'asimmetria cranica è limitata alla parte posteriore del cranio. **Il grado di depressione posteriore può variare, ma l'azione deformante è limitata a questa regione anatomica.** I bambini più grandi, che iniziano a sviluppare i processi mastoidei, potrebbero avere un lieve peggioramento rispetto a bambini più piccoli nello sviluppo dello stesso;



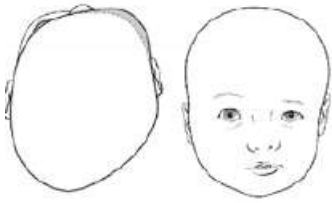
- **TIPO II**, è il tipo 1 più lo spostamento dell'orecchio. In questo tipo di deformità, vi sono **gradi variabili di asimmetria cranica posteriore.** La **parte anteriore del cranio non è offesa e la fronte è simmetrica.** Non vi è asimmetria facciale. Interessa non solo il cranio posteriore ma anche la base cranica. **Può creare anche problemi sul sistema vestibolare, acustico;**



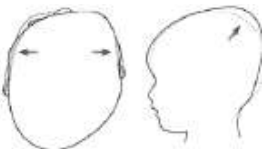
- **Tipo III è la 2 più l'asimmetria frontale.** La deformità di tipo III **comprende l'asimmetria cranica posteriore e sono coinvolte anche le bozze frontali.** Questo grado di asimmetria completa la figura a parallelogramma del cranio definita classicamente nelle plagiocefalie posizionali. La faccia è simmetrica. La valutazione ha maggior riscontro esaminando il bambino direttamente dall'alto. **Comincia ad interessare anche l'aspetto degli occhi e vagamente anche la mascella;**

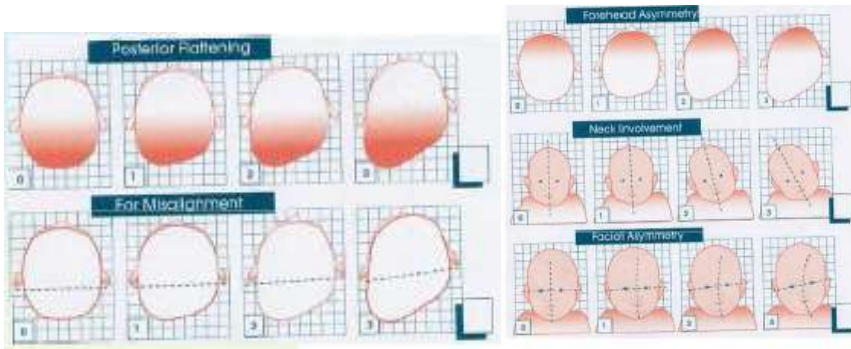


- **TIPO IV,** nella deformità di tipo IV sono presenti asimmetria cranica posteriore, mal posizionamento dell'orecchio omolaterale, l'asimmetria frontale omolaterale e l'asimmetria facciale omolaterale. **L'asimmetria facciale è il risultato dell'eccessiva quantità di tessuto,** nella maggior parte dei casi, l'asimmetria facciale è un **tessuto puramente molle,** anche se **nei casi più severi, una certa asimmetria ossea può comunque svilupparsi;**



- **Tipo V,** in pazienti con questo tipo di deformità, è presente asimmetria cranica posteriore, il mal posizionamento delle orecchie, asimmetria importante della fronte, ed asimmetria facciale. **In questi casi è evidente un anatomico tentativo di compensazione della compressione encefalica.** I **bambini presentano,** inoltre, un **rigonfiamento a livello della zona temporale e/o uno sviluppo verticale anormale del cranio posteriore come conseguenza della riduzione cranica volumetrica** che porta lo sviluppo cefalico a contribuire nella deformazione cranica verso l'alto. Il quinto tipo, oltre a tutti questi parametri già elencati **abbiamo anche una deformità verticale.**





Solitamente le persone affette dalle plagiocefalie alla nascita non presentano un'alterazione della forma del cranio, l'alterata posizione non si è sviluppata durante il parto (ad esempio per causa del parto gemellare) quindi non è congenita, ma la crescita e le posizioni anomale che vengono a svilupparsi durante la primissima infanzia, sono loro a determinare la plagiocefalia.

L'ipomobilità del bambino, i ritardi motori, lo stare troppo fermo, è già un fattore predisponente per la plagiocefalia. Il bambino deve assolutamente assumere la posizione della "back slipper" durante il sonno, ovvero sempre supino, deve stare a pancia in giù 1/2 ore durante il "party time". Questo ci fa capire come la plagiocefalia si può evitare, perché durante le prime settimane, il bambino assume delle posture alterate e questa deformazione avviene nel 1 mese/1 mese e mezzo, poi si consolida piano piano negli altri mesi.

LA CLASSIFICAZIONE DELLA BRACHICEFALIA

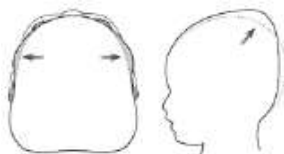
La lesione del plesso brachiale o brachicefalia determina il blocco motorio da un lato, preferirà quindi sempre il movimento in un verso.

La classificazione della BRACHICEFALIA POSIZIONALE:

- **Tipo I**, importante depressione nella zona postero-laterale. Solitamente riguarda bambini con difficoltà neurologiche, anomalie inerenti lo sviluppo, la cui attività motoria è compromessa o ridotta (le principali cause troviamo la frattura concomitante della clavicola o della gamba). La posizione delle orecchie, della fronte e della faccia è comunque normale. Questa deformità cranica viene frequentemente raffigurata come la depressione provocata su una pallina da ping-pong quando viene parzialmente schiacciata;



- **Tipo II**, in questi bambini, vi è, oltre ad alla depressione posteriore del cranio un'espansione simmetrica a livello delle bozze biparietali;



- **Tipo III**, la brachicefalia di tipo III è la **forma più severa** in cui non solo è presente un appiattimento ed allargamento del cranio posteriormente ma anche un'espansione verticale del vertice ed un rigonfiamento della regione temporale



ORTESI PER LA PLAGIOCEFALIA

Fino a quattro mesi di vita, infatti, la plasticità delle ossa del cranio del bambino è tale da permetterne il rimodellamento semplicemente sotto la spinta gravitazionale. Più adeguato, appare, in questi casi, un trattamento di tipo conservativo attraverso l'intervento di un professionista in campo osteopatico il quale agirà tramite metodologie finalizzate al rimodellamento del cranio ed alle disfunzioni della motilità del collo, spesso presenti in questi casi. In considerazione del rapido sviluppo volumetrico del cranio durante i primi mesi di vita, e della relativa plasticità delle ossa del cranio, il trattamento deve essere iniziato quanto prima possibile, non appena accertata la diagnosi. Per i bambini che non avessero ottenuto risultati soddisfacenti dal programma di decubito obbligato e quelli nei quali la diagnosi sia stata effettuata successivamente, viene suggerito un trattamento di ortesi cranica per il rimodellamento del cranio.



L'esame ecografico è necessario per documentare il reale coinvolgimento dello SCOM e per monitorizzare i risultati del trattamento conservativo.



CONCLUSIONI

I bambini affetti da plagiocefalia vanno visitati immediatamente e frequentemente.

L'ipotesi della disfunzione craniale rende ragione del fatto che **le alterazioni osservabili alla nascita a volte scompaiono spontaneamente, a volte permangono diventando sempre più evidenti: non tutte le disfunzioni craniche sono infatti traumatiche e quindi fisse a meno che non vengano normalizzate con trattamento osteopatico.**

In questi casi **da 0 a 4 mesi lavoriamo noi osteopati con lavori globali, se dopo questi trattamenti non ci sono miglioramenti della forma, interverremo con lo sfruttamento del caschetto strutturale, determinando il blocco della crescita ossea-deformazionale.**

I disturbi associati- sintomi spesso sono: pianto, vomito, disturbi del sonno, reflusso, lacrimazione, problemi anche correlati alla dura madre, disturbi dell'anca. Sono imputabili, secondo l'ipotesi osteopatica, al disturbo delle strutture nervose nei tragitti ossei intracranici o all'alterata tensione delle strutture connettivali e quindi risentono positivamente del trattamento cranio-sacrale. Questa continua espansione cerebrale e fissazione suturale sono un punto di blocco perché impediscono l'espansione.

Una precoce visita osteopatica di stretching dello SCOM è raccomandata dalla letteratura come primo livello nel trattamento del torcicollo miogeno e della plagiocefalia posizionale eventualmente associata.

L'obiettivo è di evitare interventi costosi o invasivi, come ortesi craniche (caschi) o interventi chirurgici. L'invio precoce ad un osteopata può istituire uno stretching efficace del muscolo sternocleidomastoideo interessato da parte di un professionista preparato e con esperienza. Oltre ad assicurare che il bambino sia sottoposto a esercizi efficaci per almeno un certo periodo, l'osteopata può anche dimostrare e insegnare al caregiver come praticare gli esercizi a casa in modo che essi siano più efficaci. Inoltre, dato il rischio di ulteriori ritardi motori associati alla diagnosi di tensione muscolare congenita, il coinvolgimento di un osteopata può risolvere anche questi problemi.

In conclusioni, la diagnosi palpatoria osteopatica può integrare la semeiotica tradizionale valutando l'esistenza di una eventuale "disfunzione craniale e turbe posturali (IPA) associate. **Il trattamento cranio-sacrale si mostra come un trattamento possibile e consigliabile per la delicatezza del gesto e per l'outcome davvero notevole.**

 320.2390233 info@equilibrioearmonia.it www.equilibrioearmonia.it [Equilibrio e Armonia](#) [Equilibrio.Armonia](#)