

CST - NEUROCHIRURGIA - NEUROLOGIA E RIABILITAZIONE

UNO STUDIO PRELIMINARE PROSPETTICO PER IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE AFFETTO DA IDROCEFALO NORMOTESO

Premessa.

Il 31 maggio c.a., si è svolto a Roma, presso il Centro FKT Russo, un incontro tra: il neurochirurgo Dott. Beniamino Nannavecchia (Dirigente Medico U.O.C. Neurochirurgia, Ospedale Civile "Giuseppe Mazzini" di Teramo), il Dott. Diego Maggio Bsc (Hons), D.O., CST-D (membro del General Council of Osteopathy GB dal 2004, docente universitario a contratto, co-presidente e responsabile scientifico dell'Upledger Italia, nonché docente internazionale per l'Upledger International e membro del comitato tecnico-scientifico internazionale dell'Upledger International in America), il Dott. Giovanni Russo (Docente universitario presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma del corso di Laurea in fisioterapia, nonché titolare dell'omonimo centro di FKT presente da 60 anni in Roma, già fisioterapista delle federazioni nazionali sportive in numerose spedizioni olimpiche dal 1972 al 1992), la Dott.ssa Quirini (Psicologa e docente dell'Upledger Italia e dell'Upledger International) e Thea Keber (co-presidente e amministratrice dell'Upledger Italia e coordinatrice per le attività dell'Upledger International - USA in Italia).

Qui di seguito lo storico degli incontri in ordine dal più recente a quello iniziale.

IL REPORT DEL DOTT. BENIAMINO NANNAVECCHIA SUL SECONDO INCONTRO DEL 5 LUGLIO 20018 A ROMA

STUDIO PER IL TRATTAMENTO CON CST (METODO UPLEDGER), DELL'IDROCEFALO NORMOTESO

E' uno studio prospettico che, nel comune interesse scientifico, unisce la Terapia Cranio Sacrale e la Medicina allopatica.

L'obiettivo è ricavare sperimentalmente dati scientifici che dimostrino la validità di un protocollo specifico di Tecnica Cranio Sacrale (Metodo Upledger) per il trattamento conservativo del paziente affetto da idrocefalo normoteso tipico dell'età' anziana, dalla diagnosi e cura ancora complesse.

Un progetto originale ed innovativo rispetto ad un update della letteratura scientifica internazionale che ha evidenziato quanto, su questo tipo di patologia del SNC, non sia ancora contemplata alcuna opzione conservativa, nonché alcun protocollo di gestione ufficialmente riconosciuto.

Sono premesse, queste, che esaltano la portata scientifica del lavoro, le cui tesi, se dimostrate, potrebbero incidere in modo significativo sulla sostenibilità della vita di una popolazione anziana sempre più in aumento, e dagli enormi costi sociali.

Nel corso di un incontro svoltosi il 5 luglio u.s. presso il Church Palace di Roma, il Dott. Beniamino Nannavecchia (Dirigente Medico U.O.C. Neurochirurgia, Ospedale Civile "Giuseppe Mazzini" di Teramo) e la Dott.ssa Patrizia Sucapane (Dirigente Medico UOC Neurologia Resp. Clinico Centro Unità Valutativa Alzheimer dell'Ospedale Civile "San Salvatore", L'Aquila), hanno relazionato in merito allo Stato dell'Arte dell'idrocefalo normoteso, presentando ufficialmente il progetto insieme al Dott. Diego Maggio Bsc (Hons), D.O., CST-D (membro del General Council of Osteopathy GB dal 2004, docente universitario a contratto, co-presidente e responsabile scientifico dell'Upledger Italia, nonché docente internazionale per l'Upledger International e membro del comitato tecnico-scientifico internazionale dell'Upledger International in America), al dott. Giovanni Russo (Docente universitario presso l'Università Cattolica del Saro Cuore di Roma del corso di Laurea in fisioterapia, nonché titolare dell'omonimo centro di FKT presente da 60 anni in Roma, già fisioterapista delle federazioni nazionali sportive in numerose spedizioni olimpiche dal 1972 al 1992) nonché alla dott.ssa Patricia Quirini (Psicologa e docente dell'Upledger Italia e dell'Upledger International).

Per capire il senso del progetto, innanzitutto importante è evidenziare quanto dal rapporto attuale esistente tra l'Evidence Based Medicine e la storia di questa malattia, procedendo dalla clinica alla diagnostica fino alla terapia, emergano molti aspetti ancora da chiarire di questa condizione morbosa, per come alcune patologie, demenza di Alzheimer e morbo di Parkinson su tutte, si sovrappongono ad essa. Allo scopo proprio di

controllare queste difficoltà diagnostiche, è emerso il ruolo essenziale dell'interdisciplinarietà nella gestione della malattia, ed in particolare il coinvolgimento, nel management, delle seguenti 4 discipline: neurologia, geriatria, neurochirurgia e radiologia.

Al riguardo, illuminante è un protocollo ad hoc adottato presso l'Ospedale Universitario Francese "Hautepierre" di Strasburgo (sede di una sua recente fellowship del dott. Nannavecchia), così come esemplare e' la positiva esperienza prodotta dal Centro UVA coordinato a L'Aquila dalla dott.ssa Sucapane.

Esperienze certamente suscettibili di ulteriori implementazioni funzionali alla giusta selezione di un paziente da trattare congruamente per una malattia ove la Scienza, attualmente, non ha ancora i mezzi per fare "diagnosi di certezza", ma solo "probabile", "possibile" od "improbabile".

L'inquadramento clinico, come storicamente insegna la semeiotica medica, è ovviamente imprescindibile per un efficace risultato della terapia chirurgica. Infatti, nell'iNPH, i fallimenti della terapia chirurgica provenienti dalla Letteratura, al netto delle complicazioni (tecniche, emorragiche, ed infettive), sono soprattutto attribuibili alle difficoltà relative alla giusta definizione delle indicazioni, e non strettamente alla tecnica (che, non scevra, tuttavia, da sempre possibili difficoltà, consiste in uno shunting ventricolo-peritoneale o ventricolo-atriale o spino-peritoneale, la cui scelta dipende giustamente dal profilo del paziente e talvolta dalle necessità e/o abitudini del chirurgo).

Il trattamento invasivo è oggi per definizione appropriato solo quando alla positività della neuroimaging e del Tap-Test, è correlata la cosiddetta "Triade di Adams e Haki" rappresentata da:

1) disturbi della deambulazione, 2) decadimento cognitivo, 3) incontinenza urinaria.

Questa appropriatezza deriva però da una diagnosi di probabilità e non di certezza per i tendenziali rischi non completamente esclusi di altre patologie coesistenti, nella consueta pratica clinica priva di un protocollo scientifico largamente condiviso.

Spesso poi la triade clinica stessa non è franca rendendo conseguentemente la diagnosi solo "possibile", se non addirittura "improbabile".

Secondo la nostra tesi, la complessità della presentazione clinica è correlata alla coesistenza di patologie subcliniche, latenti o sovrapposte (come le suddescritte), decodificando le quali, si dimostrerebbe la multifattorialità patogenetica dell'iNPH, si selezionerebbe in sicurezza il paziente per la chirurgia, e si definirebbe finalmente con certezza scientifica la diagnosi di iNPH, che, pertanto, non sarebbe più "probabile", "possibile" od "improbabile".

Proporre una soluzione che, dunque, preceda la chirurgia, quale la CST, capace nel contempo anche di guidare il paziente ad una sicura diagnosi con congrui criteri di inclusione ed esclusione, è il filo conduttore del nostro studio, il cui razionale muove da un importante dato saliente: la mancanza, all'attuale Stato dell'Arte, di una terapia conservativa per i pazienti affetti da iNPH.

Gli strumenti diagnostici e le strategie gestionali non sono ancora chiaramente definite né esiste un allargato consenso, sebbene linee guida nazionali ed internazionali siano state pubblicate.

Attualmente le decisioni sul trattamento per i casi sospetti di iNPH sono prese su base individuale soppesando attentamente il rischio chirurgico rispetto al potenziale miglioramento della qualità della vita.

Il progetto che presentiamo, gravita attorno alle potenzialità terapeutiche della CST, ove ruolo fondamentale è attribuito al LIQUOR, e dunque al flusso liquorale, al ritmo cranio sacrale, nonché alla normalizzazione del ritmo cranio sacrale e del flusso liquorale all'interno del tubo neurale; evidenze, queste, ricavate dalle osservazioni empiriche prima e scientifiche poi, che accompagnarono il Dott. John E. Upledger nella validazione e diffusione della sua Terapia.

Ognuno dei pazienti selezionati per il nostro progetto, previa sottoscrizione di apposito consenso informato redatto secondo direttive della Commissione per l'etica della Ricerca e la Bioetica del CNR, sarà destinato ad opportuno studio, prima e dopo il trattamento, nel modo più dettagliato possibile sulla base di quanto lo Stato dell'Arte della malattia ci imponga a partire dal Tap-Test, passando poi per la clinica (EON + Gait Analysis + Esame barodopometrico + Test neuropsico-cognitivi di I° e II° livello c/o Unità Valutativa Alzheimer), per gli indicatori laboratoristici (dosaggio dei biomarkers liquorali), per la Neuro-imaging quale la RMN encefalo (con

studio del flusso liquorale, indice di Evans e Callosal Angle), nonché per la RMN rachide in toto. Relativamente a quest'ultimo esame-RMN, un punto cruciale dello studio sarà, infatti, anche l'analisi del rapporto tra turbe della circolazione liquorale e stenosi del canale spinale (maggiormente incidenti proprio nella popolazione anziana). Ulteriore parametro valutativo sarà anche l'analisi dei dati dell'anamnesi patologica remota quali malattie varie viscerali e non, e/o esiti di traumatismi pregressi, spesso responsabili di un rallentamento stesso del flusso liquorale.

Fondamentale per la diagnosi di I° livello di Idrocefalo Normoteso, al netto della diagnosi differenziale con altre patologie, è il quadro clinico di base, che determina la diagnosi medica dell'idrocefalo normoteso e che corrisponde alla già citata "Triade di Adams e Haki".

Sono, poi, stati definiti i seguenti **criteri essenziali di inclusione/esclusione** dei pazienti afferenti al nostro studio

Criteri di Inclusione:

- Presenza della Triade clinica documentata dall'anamnesi e dalla consulenza specialistica neurologica, indipendentemente dalla dominanza dei segni
- Età > 60 anni
- Progressione lenta ed insidiosa dei sintomi > 3 mesi con Imaging positiva

Criteri di Esclusione:

- Grave demenza di Alzheimer anche con disturbi della marcia ed incontinenza urinaria indipendentemente dalla positività dell'Imaging
- Patologia neoplastica indipendentemente dalla sede.

Quindi, sono stati definiti i seguenti **metodi valutativi di medicina convenzionale nel PRE/POST trattamento di CST.**

- Studio anamnestico
- Test neuropsicognitivi I° (FAB + MMST) e II° livello con cut-off delle scale di riferimento per l'indicizzazione di gravità
- Dosaggio dei bio-markers liquorali
- RMN encefalo + rachide in toto "ad alto campo" (1,5 - 3 Tesla) con cut-off della dinamica liquorale, indice di Evans, Callosal Angle
- valutazione urologica con uroflussometria con cut-off delle scale di riferimento per l'indicizzazione di gravità
- GAIT Analysis / Es. baropodometrico con cut-off delle scale di riferimento per l'indicizzazione di gravità

Una volta stabiliti i criteri di esclusione/inclusione dei pazienti, ed i metodi valutativi, si definisce l'**algoritmo del progetto**, che vede i pazienti suddivisi in due gruppi principali.

1° gruppo:

- Imaging positiva + TAP TEST negativo, destinati al trattamento con CST.

2° gruppo:

- Imaging positiva + TAP TEST positivo

Dal 2° gruppo si sviluppa un'ulteriore suddivisione in 2 sottogruppi, A e B.

Sottogruppo A:

- *Imaging positiva + Clinica con “un solo segno dominante” della triade presente, destinati al trattamento con CST*

Sottogruppo B:

- *Imaging positiva + Clinica con “almeno due segni dominanti” della triade presenti, destinati al trattamento chirurgico.*

Lo studio è randomizzato con software e prevederà una fondamentale fase preliminare in cui la CST sperimentalmente verrà eseguita una volta alla settimana per 3 mesi sui pazienti affetti da idrocefalo normoteso; i risultati verranno valutati utilizzando i criteri, i parametri ed i test sopra descritti, con un follow-up a 6 mesi.

Da parte dell'Upledger Italia è previsto il protocollo di trattamento che i terapisti e gli operatori eseguiranno una volta alla settimana per tre mesi sui pazienti affetti da idrocefalo normoteso, che verrà valutato con i

Il protocollo CST sarà il seguente.

- *Tecniche protocollari per la valutazione:*

SQAF

- *Tecniche protocollari per il trattamento:*

- 1. rilascio dello stretto toracico*
- 2. rilascio della base occipitale (V Diaframma)*
- 3. rilascio L5-S1 - e - trazione del tubo durale e dondolio*
- 4. pompaggio cranico*
- 5. snodamento delle membrane intracraniche*
- 6. Still Point*

- *Tecniche protocollari per la rivalutazione:*

SQAF

- *I pazienti selezionati durante il trattamento non dovranno essere sottoposti ad alcuna somministrazione di farmaci.*
- *I pazienti selezionati non dovranno essere affetti né da patologia neoplastica né da patologia autoimmune, né dovranno avere terapia in corso per il trattamento della Malattia di Alzheimer.*
- *Non ci sono controindicazioni alla selezione del paziente, correlate a terapie in corso a base di antipertensivi, antiaggreganti, anticoagulanti ed acetazolamide.*
- *La CST Upledger non ha effetti collaterali e sarà totalmente gratuita per i pazienti destinati al trattamento.*
- *Ogni struttura clinica e diagnostica sarà coinvolta ufficialmente nel progetto, previo ottenimento del parere favorevole dal Comitato Etico di riferimento.*

Il punto nodale evidente del progetto è poter dunque, in prima istanza, identificare, ove possibile, quel gruppo di pazienti con diagnosi incerta di iNPH, che spesso sono trattati chirurgicamente senza franchi risultati migliorativi; successivamente l'obiettivo finale dello studio-pilota è di verificare l'iniziale beneficio di una

terapia come la CST che per la prima volta si misura con una condizione come la iNPH da implementare come unica terapia o in associazione alla chirurgia

Se le informazioni che avremo da questo studio preliminare saranno incoraggianti, allora si passerà alla seconda fase, più ampia, del progetto.

Infatti una maggior completezza dei "materiali e metodi" di lavoro potrà solo derivare sia da una più estesa popolazione di pazienti, sia da più estese informazioni clinico-strumentali a cui correlare con validità scientifica le "torte numeriche" che si ricaveranno dai risultati.

Questo è il traguardo che ci proponiamo di raggiungere proprio per tracciare una direzione accurata, sensibile, efficace e ripetibile, lungo la strada che deve condurre ad una congrua terapia dell'iNPH a partire da una diagnosi di certezza e non più di probabilità.

Uno studio che, come accennato all'inizio, potrebbe avere un alto impatto socio-sanitario sull'attuale periodo storico.

Una riflessione che muove dall'aumento sempre più esponenziale della popolazione anziana, ove i risultati favorevoli del nostro studio, offrirebbero risposte precisi in termini di "diagnosi e cura", con riduzione dei costi economici di degenza per conseguente miglioramento del turn-over di un'utenza, tanto sovradimensionata quanto sottodiagnosticata, nelle relative strutture di appartenenza.

NEL FRATTEMPO... UN CASO DI LOMBOSCIATALGIA

Un paziente di 35 anni che accusa un'Ernia in L4-L5 (divenuta acuta dopo 6 anni) viene visitato per stabilire possibili deficit neurologici riconducibili alla patologia. L'esito dell'esame neurologico risulta negativo e dunque viene scelta l'opzione conservativa con terapia cortisonica accompagnata da trattamenti di Tecnica Cranio Sacrale e Rilascio Somato-Emozionale (CST + SER). Alla fine della terapia associata ai trattamenti di CST + SER, l'RMN ha evidenziato il riassorbimento sostanziale dell'ernia.



IL SECONDO INCONTRO DEL 5 LUGLIO 2018 A ROMA

Relazione Sintetica, dell'incontro del 5/7/18 a Roma sul progetto: "Studio preliminare sul trattamento del paziente affetto da idrocefalo normoteso".



Come già sapete, lo scorso 5 luglio si è svolto a Roma un incontro per discutere un programma di lavoro che possa unire, nel comune interesse scientifico, la Terapia Cranio Sacrale e la Medicina allopatrica. Durante l'incontro ([link: il PROGRAMMA e i partecipanti](#)) abbiamo avuto modo di presentare un protocollo specifico di Tecnica Cranio Sacrale da avviare sperimentalmente per il trattamento del paziente affetto da idrocefalo normoteso.

Un progetto originale e innovativo rispetto ad un update della letteratura scientifica internazionale.



Nel corso dell'incontro, il Dott. Beniamino Nannavecchia (Dirigente Medico U.O.C. Neurochirurgia, Ospedale Civile "Giuseppe Mazzini" di Teramo) e la Dott.ssa Patrizia Sucapane (Dirigente Medico UOC Neurologia Resp. Clinico Centro Unità Valutativa Alzheimer dell'Ospedale Civile "San Salvatore", L'Aquila), hanno relazionato in merito allo Stato dell'Arte dell'idrocefalo normoteso.



È stato illustrato il rapporto attuale tra l'Evidence Based Medicine e la storia di questa malattia, procedendo dalla clinica alla diagnostica fino alla terapia, guidandoci ai molti aspetti ancora da chiarire di questa condizione morbosa, per come alcune patologie, demenza di Alzheimer e morbo di Parkinson su tutte, si sovrappongono ad essa.



Allo scopo proprio di controllare queste difficoltà diagnostiche, è emerso il ruolo essenziale dell'interdisciplinarietà nella gestione della malattia, ed in particolare il coinvolgimento, nel management, delle seguenti 4 discipline: neurologia, geriatria, neurochirurgia e radiologia.



Esperienze certamente suscettibili di ulteriori implementazioni funzionali alla giusta selezione di un paziente da trattare congruamente per una malattia ove la Scienza, attualmente, non ha ancora i mezzi per fare "diagnosi di certezza", ma solo "probabile", "possibile" od "improbabile".



L'obiettivo dell'inquadramento clinico, come storicamente insegna la semeiotica medica, è ovviamente imprescindibile per un efficace risultato della terapia chirurgica. Infatti, nell'iNPH, i fallimenti della terapia chirurgica provenienti dalla Letteratura, al netto delle complicazioni (tecniche, emorragiche, ed infettive), sono soprattutto attribuibili alle difficoltà relative alla giusta definizione delle indicazioni, e non strettamente alla tecnica (che, non scevra, tuttavia, da sempre possibili difficoltà, consiste in uno shunting ventricolo-peritoneale, ventricolo-atriale o spino-peritoneale, la cui scelta dipende giustamente dal profilo del paziente e talvolta dalle necessità e/o abitudini del chirurgo).

Il trattamento invasivo è oggi per definizione appropriato solo quando alla positività del neuroimaging e del Tap-Test, è correlata la cosiddetta "Triade di Adams e Hakim" rappresentata da: 1) disturbi della deambulazione, 2) decadimento cognitivo, 3) incontinenza urinaria.

Questa appropriatezza deriva però da una diagnosi di probabilità e non di certezza per i tendenziali rischi non completamente esclusi di altre patologie coesistenti, nella consueta pratica clinica priva di un protocollo scientifico largamente condiviso.

Spesso poi la triade clinica stessa non è franca rendendo conseguentemente la diagnosi solo “possibile”, se non addirittura “improbabile”.

Secondo la nostra tesi, la complessità della presentazione clinica è correlata alla coesistenza di patologie subcliniche, latenti o sovrapposte (come le suddescritte), decodificando le quali, si dimostrerebbe la multifattorialità patogenetica dell'iNPH, si selezionerebbe in sicurezza il paziente per la chirurgia, e si definirebbe finalmente con certezza scientifica la diagnosi di iNPH, che, pertanto, non sarebbe più “probabile”, “possibile” od “improbabile”.

Proporre una soluzione che preceda la chirurgia, quale la CST, capace nel contempo anche di guidare il paziente ad una sicura diagnosi con congrui criteri di inclusione ed esclusione, è poi il filo conduttore del nostro studio, il cui razionale muove proprio dal dato saliente più importante che è quello della mancanza, all'attuale Stato dell'Arte, di una terapia conservativa per i pazienti affetti da iNPH.

Gli strumenti diagnostici e le strategie gestionali non sono ancora chiaramente definite né esiste esteso consenso, sebbene linee guida nazionali ed internazionali siano state pubblicate.

Attualmente le decisioni sul trattamento per i casi sospetti di iNPH sono prese su base individuale soppesando attentamente il rischio chirurgico rispetto al potenziale miglioramento della qualità della vita.

Il progetto, sulla base di quanto già emerso a Strasburgo, e prendendo atto dell'apertura alla multidisciplinarietà, gravita attorno alle potenzialità terapeutiche della CST, correlate al ruolo fondamentale che ha il LIQUOR e dunque il flusso liquorale, il ritmo cranio sacrale, nonché la normalizzazione del ritmo cranio sacrale e del flusso liquorale, nelle osservazioni empiriche prima e scientifiche poi, che accompagnarono il Dott. John E. Upledger nella validazione e diffusione della sua Terapia.

Ognuno dei pazienti selezionati per il nostro progetto, previa sottoscrizione di apposito consenso informato redatto secondo direttive della Commissione per l'etica della Ricerca e la Bioetica del CNR, sarà destinato ad opportuno studio, prima e dopo il trattamento, nel modo più dettagliato possibile sulla base di quanto lo Stato dell'Arte della malattia ci imponga a partire dal Tap-Test, passando poi per la clinica (EON + Gait Analysis + Esame barodopometrico + Test neuropsico-cognitivi c/o Unità Valutativa Alzheimer) per gli indicatori laboratoristici (dosaggio dei biomarkers liquorali) per la Neuro-imaging quale la RMN encefalo (con studio del flusso liquorale, indice di Evans e Callosal Angle) nonché per la RMN rachide in toto. Relativamente a quest'ultimo esame-RMN, un punto cruciale dello studio sarà, infatti, anche l'analisi del rapporto tra turbe della circolazione liquorale e stenosi del canale (maggiormente incidenti proprio nella popolazione anziana). Ulteriore parametro valutativo sarà anche l'analisi dei dati dell'anamnesi patologica remota quali malattie varie viscerali e non, e/o esiti di traumatismi pregressi, spesso responsabili di un rallentamento stesso del flusso liquorale.

Durante l'incontro è stato illustrato nel dettaglio, al netto della diagnosi differenziale con altre patologie, il quadro clinico di base, che determina la diagnosi medica dell'idrocefalo normoteso e che corrisponde alla già citata “Triade di Adams e Hakim”.

Sono, poi, stati definiti i seguenti **criteri essenziali di inclusione/esclusione** dei pazienti afferenti al nostro studio

Criteri di Inclusione:

- Età > 60 anni
- Progressione lenta ed insidiosa dei sintomi > 3 mesi con Imaging positivo

Criteri di Esclusione:

- Grave demenza di Alzheimer anche con disturbi della marcia ed incontinenza urinaria indipendentemente dalla positività dell'Imaging
- Patologia neoplastica indipendentemente dalla sede.

Quindi, sono stati definiti i seguenti **metodi valutativi di medicina convenzionale nel PRE/POST trattamento di CST.**

- Studio anamnestico
- Studio clinico neurologico
- Test neuropsicognitivi I° (FAB + MMSE) e II° livello
- Dosaggio dei bio-markers liquorali
- RMN encefalo + rachide in toto
- valutazione urologica con uroflussometria

- GAIT Analysis / Es. baropodometrico

Una volta stabiliti i criteri di esclusione/inclusione dei pazienti, ed i metodi valutativi, è stato indicato l'**algoritmo del progetto**, che vede i pazienti suddivisi in due gruppi principali.

1° gruppo:

- Imaging positiva + TAP TEST negativo, destinati al trattamento con CST.

2° gruppo:

- Imaging positiva + TAP TEST positivo

Del 2° gruppo si è definita un'ulteriore suddivisione in 2 sottogruppi, A e B.

Sottogruppo A:

- Imaging positiva + Clinica con un solo segno della triade presente, destinati al trattamento con CST

Sottogruppo B:

- Imaging positiva + Clinica con almeno due segni della triade presenti, destinati al trattamento chirurgico.

Da parte dell'Upledger Italia è stato esposto il protocollo di trattamento che i terapeuti e gli operatori eseguiranno una volta alla settimana per tre mesi sui pazienti affetti da idrocefalo normoteso, che verrà valutato con i criteri, i parametri ed i test sopra descritti.

Il protocollo CST sarà il seguente.

- Tecniche protocollari per la valutazione: SQAF
- Tecniche protocollari per il trattamento:
 1. rilascio dello stretto toracico
 2. rilascio della base occipitale (V Diaframma)
 3. rilascio L5-S1 - e - trazione del tubo durale e dondolio
 4. pompaggio cranico
 5. snodamento delle membrane intracraniche
 6. Still Point
- Tecniche protocollari per la rivalutazione: SQAF

È stata quindi avviata una discussione sulla possibilità di rendere operativo questo progetto e di espanderlo ad altre province e regioni, dovendo comunque superare le difficoltà logistiche, etiche ed amministrative, che potrebbero insorgere ad ostacolarne l'attuazione.

Il punto nodale del progetto è poter dunque, in prima istanza identificare, ove possibile, quel gruppo di pazienti con diagnosi incerta di iNPH, che spesso vengono trattati chirurgicamente senza franchi risultati migliorativi; successivamente l'obiettivo finale dello studio-pilota è di verificare l'iniziale beneficio di una terapia come la CST che per la prima volta si misura con una condizione come l'iNPH da implementare come unica terapia o in associazione alla chirurgia.

Se le informazioni che avremo da questo studio d'esordio saranno incoraggianti, allora si passerà alla seconda fase, più ampia, del progetto.

Infatti una maggior completezza dei "materiali e metodi" di lavoro potrà solo derivare sia da una più estesa popolazione di pazienti, sia da più estese informazioni clinico-strumentali a cui correlare con validità scientifica le "torte numeriche" che si ricaveranno dai risultati.

Questo è il traguardo che ci proponiamo di raggiungere proprio per tracciare una direzione accurata, sensibile, efficace e ripetibile, lungo la strada che deve condurre ad una congrua terapia dell'iNPH a partire da una diagnosi di certezza e non più di probabilità.

Ringraziamo dunque tutti gli intervenuti tra i quali: il Dott. Maurizio Assetta (Direttore UOC di Neurologia Ospedale Civile "G. Mazzini") e il Dott. Matteo Di Giuseppe (Dirigente Medico UOC di Neurologia Ospedale Civile "G. Mazzini") e quanti, pur non essendo potuti intervenire all'incontro del 5 luglio, sosterranno questo progetto e daranno il loro contributo fondamentale alla sua attuazione, tra gli altri: il Dott. Danilo Lucantoni (Direttore UOC di Neurochirurgia Ospedale Civile "G. Mazzini") e il Dott. Domenico De Angelis (Dirigente medico, Fondazione S. Lucia IRCCS, Roma).

Ringraziamo anche il Dr. Salvatore Chibbaro (Neurochirurgo presso l'ospedale Universitario di Strasburgo), che ha contattato personalmente l'Upledger per esprimere la sua approvazione ed il suo sostegno a questa iniziativa.

In particolar modo il Dott. Diego Maggio e la sig.ra Thea Keber, in qualità di Co-Presidenti dell'Upledger Italia - Accademia Cranio-Sacrale, desiderano ringraziare il Dott. Beniamino Nannavecchia, senza il quale questo progetto non avrebbe mai preso forma e la Dott.ssa Patrizia Sucapane, entrambe persone di alto profilo umano

e scientifico, che hanno condiviso con noi loro competenza professionale; non ultimi, ringraziamo il Dott. Giovanni Russo che ha contribuito all'organizzazione dell'evento ed ha magistralmente discusso la sua relazione di apertura, nonché la Dott.ssa Patricia Quirini che ha esposto con la consueta competenza il protocollo della CST.

Ringraziamo soprattutto tutti i terapeuti, i medici e gli operatori facenti capo all'Upledger Italia che sono intervenuti (come da programma) e che interverranno in seguito, dandoci fiducia ed impegnandosi a collaborare, con la loro competenza professionale, per rendere possibile questo progetto: senza il loro essenziale contributo operativo sul campo, non potremmo fare nulla.

Infine i nostri ringraziamenti vanno anche allo sponsor RO+TEN S.r.l., che ha finanziato l'incontro del 5 luglio a Roma.

Vi terremo informati su ogni futuro sviluppo attraverso la nostra pagina "fb" ed apriremo la pagina "ALUMNI" a tutti coloro che sono o saranno coinvolti in questo "studio preliminare prospettico per il trattamento del paziente affetto da idrocefalo normoteso" e potranno contribuire attivamente ad ogni livello.

SUL PRIMO INCONTRO DEL 31 MAGGIO 2018 A ROMA

In occasione di questo incontro si è discusso del possibile utilizzo della Terapia Cranio Sacrale (CranioSacral Therapy - CST) del Dott. John Upledger, per un lavoro congiunto nelle modalità, di un progetto preliminare di ricerca sui pazienti affetti da " idrocefalo normoteso o dell'anziano".

Ne è risultata la proposta di "uno studio preliminare prospettico per il trattamento del paziente affetto da idrocefalo normoteso", da sviluppare, in modo condiviso, con neurochirurghi , neurologi e terapeuti di CST (Terapia Cranio Sacrale) ciascuno con le proprie specifiche competenze.

La parte riguardante la Terapia Cranio Sacrale sarà a cura dell'organizzazione dell'Upledger Italia - Accademia Cranio-Sacrale che, in Italia, rappresenta l'Upledger Institute International (quest'ultimo presente in più di 170 nazioni, attraverso un centro per ogni nazione nel mondo).

L'Upledger Italia metterà a disposizione del progetto due supervisori in loco (afferenti alla regione Lazio), nelle persone del Dott. Giovanni Russo e della Dott.ssa Patricia Quirini, che interverranno anche operativamente nei trattamenti dei pazienti suggeriti dal Dott. Beniamino Nannavecchia e dai neurochirurghi che parteciperanno al progetto.

Il progetto consiste nel dimostrare come la suddescritta Terapia Cranio Sacrale (nata in USA) possa avere una sua efficacia in una condizione morbosa di come l'Idrocefalo Normoteso, ove il trattamento è solo chirurgico, ma soprattutto dove l'eziologia e la diagnosi siano ancora terreni tutti ancora da esplorare.

Sfida certamente coraggiosa, ma soprattutto stimolante per come la Scienza abbia finora sempre trascurato i trattamenti conservativi sperimentali per questa patologia, la cui diagnosi spesso è di non facile definizione, per le numerose sovrapposizioni patologiche con cui nell'anziano si presenta (vd. demenza di Alzheimer e parkinsonismo su tutte). Lo è, poi, ancor di più se si pensa che il trattamento sperimentale "in fieri" non ha effetti iatrogeni dato che è un trattamento fisico senza effetti collaterali.

L'ideatore del progetto, è stato il Dott. Beniamino Nannavecchia , il quale, dopo essersi in passato opportunamente documentato sulla CST e sulle sue tecniche, ha subito creduto nel trattamento interpellando l'Upledger Italia per poterne approfondire alcuni aspetti e poterlo avviare sui pazienti del proprio ambulatorio. La sua felice esperienza personale avuta sulle sindromi neurologiche funzionali nonché sulla patologia degenerativa del rachide non chirurgica, oltre che nella gestione dei propri pz. operati sul rachide, lo ha indotto a valutare la necessità di una maggior visibilità e vestibilità scientifica della CST con un progetto che avesse un alto impatto di innovazione per la letteratura, nonché di rapida e quantificabile percezione del risultato.

Alla base delle sue valutazioni che hanno, poi, avanzato l'ipotesi di una stretta correlazione tra idrocefalo normoteso ed efficacia su di essa della Terapia Cranio Sacrale, c'è il ruolo fondamentale che ha il liquor, il flusso liquorale, il ritmo cranio sacrale, nonché la normalizzazione di ritmo cranio sacrale e flusso liquorale,

nelle osservazioni empiriche prima e scientifiche poi, che accompagnarono il Dott. John E. Upledger nella validazione e diffusione della sua Terapia.

Il Dott. americano Upledger pensò fermamente e giustamente alla colonna vertebrale come ad un'unica ed integrata struttura anatomica encefalo-spinale, e dunque cranio sacrale basata su sottili equilibri biomeccanici, governata da schemi ideo-motori modulabili/riprogrammabili, condizionata da memorie eterogenee, e variabile ad ogni minimo movimento od alterazione dell'intero corpo umano fatto anche da una parte somato-emozionale (leggi anche visione olistica).

Non a caso Upledger era proprio un medico chirurgo, osteopata e prof. di biomeccanica, né poteva essere diversamente se egli, già da medico chirurgo visionario, osservasse l'inevitabile rapporto di natura biochimica, biomeccanica e neuroviscerale, esistente tra cranio e sacro mediato dal liquor encefalorachidiano.

Un liquido dal cui flusso, dipende il metabolismo del nostro cervello, di tutte le nostre strutture nervose e di conseguenza di tutti i nostri organi viscerali.

Un liquido, la cui dinamica equilibrata per l'organismo è imprescindibile se si pensa a come un'ostruzione al suo flusso cerebrale possa portare a patologie gravi finanche mortali (vd. "l'idrocefalo iperteso"), oppure se si pensa a come una "perdita liquorale" lungo il midollo spinale (liquorrea per una fistola spinale) possa generare una sindrome molto seria come "la sindrome ortostatica da ipotensione liquorale".

Alla luce proprio di queste considerazioni, si comprende bene quanto possa essere strategica la portata scientifica del progetto, anche per avvicinare costantemente, in nome di un'istanza di sanità spesso disattesa dal territorio, tre discipline, quali Neurochirurgia, Neurologia e Riabilitazione, spesso lontane tra loro a scapito dei pazienti.

Entrando nel merito specifico delle competenze mediche del progetto, è stata definita una piattaforma metodologica di sviluppo su cui avviare il lavoro d'equipe che stiamo presentando.

In particolare, col rigore scientifico del caso, ognuno dei pazienti selezionati, previa sottoscrizione di apposito consenso informato redatto secondo direttive della Commissione per l'etica della Ricerca e la Bioetica del CNR, verrà sottoposto ad opportuno studio, prima e dopo il trattamento, nel modo più dettagliato possibile sulla base di quanto lo Stato dell'Arte della malattia ci imponga sia per quel che riguarda la clinica (Gait Analys ovvero l'analisi del cammino + Test neuropsico-cognitivi della Unità Valutativa Alzheimer + dosaggio dei biomarkers liquor) che la diagnostica per immagini (RMN encefalo con indice di Evans e rachide in toto, con studio del flusso liquorale). Altri punti cruciali dello studio saranno l'analisi del rapporto tra turbe della circolazione liquorale e stenosi del canale (maggiormente incidenti proprio nella popolazione anziana), nonché l'analisi dei dati dell'anamnesi patologica remota quali malattie varie viscerali e non, e/o esito di traumatismi progressivi, spesso responsabili di un rallentamento stesso del flusso liquorale.

Sarà un lavoro basato sullo studio di n. 2 gruppi di pazienti + 2 sottogruppi: 1° gruppo con Tap-Test negativo destinato alla CST+RS / 2° gruppo di pazienti con Tap-Test positivo. Quest'ultimo da dividere in 2 sottogruppi (1° gruppo con clinica più evidente - 1° gruppo meno evidente-*): 1 destinato alla chirurgia, 2 destinato alla CST+RS (-*da poter fare senza verosimili impedimenti di tipo etico considerando che il gruppo da non operare può essere correlato ad un determinato timing di attesa "sorvegliato" prima della procedura chirurgica che potrà, tuttavia, sempre essere eseguita in caso di insuccesso della CST+ SR.

Fino ad ora, l'Upledger Italia ha individuato sette terapisti (compresi i due supervisor) che parteciperanno attivamente allo studio preliminare, nel Lazio. Inoltre, come osservatori a distanza, ha proposto tre neurochirurghi, già terapisti di CST, i quali si sono dichiarati interessati all'espansione del progetto nelle regioni Veneto e Lombardia.

Il Dott. Diego Maggio, ha formato un protocollo di Terapia Cranio Sacrale specifico, al quale tutti i terapisti di CST si atterranno, per il trattamento del paziente idrocefalo normoteso. Inoltre, il Dott. Maggio fungerà da collegamento per la presentazione del progetto all'Upledger Institute International INC - USA.

Il protocollo per il trattamento proposto dal Dott. Diego Maggio, per la CST, tiene conto dei seguenti fattori:

- La CST agisce su il sistema cranio sacrale (SCS), che è un sistema fisiologico meglio conosciuto come sistema respiratorio primario.

- Questo sistema è composto dalle ossa craniche, da tutte le membrane all'interno di esse, dal cervello, dalle strutture e meccanismi che governano la produzione e il riassorbimento del liquor e, ovviamente, dal midollo spinale e le membrane che lo avvolgono e lo accompagnano fino al secondo segmento dell'osso sacro e, per ultimo, dal filum terminale periosteale del coccige.
- Questo sistema ha anche una forte influenza sul sistema endocrino, sul sistema immunitario e sul sistema nervoso.

E' un protocollo specifico che potrà essere applicato dai terapeuti CST, per un periodo di tre mesi consecutivi nei quali verrà svolto un trattamento alla settimana su ogni paziente suggerito dal Dott. Nannavecchia, come primo approccio, per poterne poi fare una finale valutazione collegiale.

Si è mantenuto il protocollo di Tecnica Cranio Sacrale:

- LINEE GUIDA CST IN APPLICAZIONE CLINICA
- ELEMENTI OGGETTIVI DI RELAZIONE SUI CASI
- SCALA NUMERICA CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE
- SQAF SCHEDA VALUTAZIONE
- RILASCIO STRETTO TORACICO
- RILASCIO STRETTO TORACICO VALUTAZIONE
- BASE OCCIPITALE CRANIO CONSIDERAZIONI
- RILASCIO L5-S1 + TRAZIONE TUBO DURALE
- POMPAGGIO CRANICO
- SNODAMENTO MEMBRANE INTRACRANICHE
- STILL POINT
- SQAF SCHEDA RIVALUTAZIONE