

## Fisio - Lab

**FISIO-LAB è la fisioterapia di innovazione, FISIO-LAB ci ribalta nel futuro, è tutto quello che hanno sempre detto e sperato allenatori, genitori, atleti e soprattutto i presidenti di ogni società sportiva.**

Il progetto è proposto dall'Amministrazione Comunale di San Donà di Piave attraverso l'istituzione della FISIO-TERAPIA MULE.

FISIO-LAB non esprime il suo potenziale nelle emergenze, il suo lavoro è non permettere alle emergenze di comparire.

La PREVENZIONE è la sua missione. Tutti gli iscritti delle società aderenti spendendo soli 3€ al mese verranno testati tramite esame posturale, funzionale ed ortopedico. L'obiettivo è quello di individuare segni sufficienti sui quali le correzioni (in terapia manuale, terapia fisica e rieducazione) possano portare ad esito. Individuare piccoli problemi affinché non possano mai diventare grandi, oppure grosse alterazioni (scoliosi, ginocchia valghe, dismorfismi) che, se individuati precocemente, si possono ridurre significativamente.

Sembra semplice ma, la verità è che fino ad oggi mai era stato istituito nulla di simile. Un'esperienza simile fu quella del Milan-Lab, ha funzionato molto bene, ma era rivolto ad un gruppo di atleti adulti. In FISIO-LAB, dove il pubblico di massima espressione sono gli sportivi tra gli 8 ed i 18 anni, la cosa prende tutta un'altra dimensione.



Il generico abbandono dello sport durante l'adolescenza verrà reso meno probabile con FISIO-LAB, i presidenti si troveranno vivai meno sfoltiti, gli allenatori avranno a disposizione una rosa migliore e senza "i soliti difetti" (distorsioni ricorrenti, i soliti strappi dietro la coscia, il solito mal di spalla ecc...), gli atleti avranno a disposizione una capacità percettiva che fa la differenza ed una maturità adeguata agli stressor sportivi, i genitori sosterranno meno spese per le cure (di cui non avranno più bisogno) e quel generico e comune senso di colpa "a prescindere" scomparso.

Introdurre innovazione non è un gioco da ragazzi ma, l'intuibilità dei vantaggi, il forte senso sociale dell'Amministrazione Comunale e il patrimonio formativo e scientifico della Fisioterapia Mule, possono far evolvere quella che gli scorsi anni è stata un'esperienza unica per poche centinaia di atleti in una prassi ai massimi livelli per tutti gli sportivi del nostro territorio.

## Il ruolo del fisioterapista



In Italia esiste un fisioterapista ogni 1.000 abitanti. Se però selezioniamo i fisioterapisti che trattano patologie muscolo-scheletriche (quindi il mal di schiena, i problemi cervicali, le fratture, le distorsioni ecc...) in libera professione (ovvero disponibili

in tempi ordinari e con accesso diretto senza prescrizioni e le attese ospedaliere) il numero di professionisti passa da 65.000 a 10.000. Se poi selezioniamo ulteriormente quelli banalmente assicurati passiamo a 7.000; infine, se leviamo i colleghi che non fanno uso di una anche minima palestra riabilitativa (assolutamente indispensabile) o che non compilano una banale cartella paziente (altrettanto indispensabile) arriviamo all'esiguo numero di 3.000 fisioterapisti: **1 ogni 22.000 abitanti.**

Nella speranza (ma quasi certezza) che questo numero veramente ristretto sia altamente formato ed aggiornato, chiamiamolo "di elezione", dobbiamo considerare quanto San Donà sia un'isola felice con un rapporto di **1 fisioterapista "di elezione" ogni 3.500 abitanti (5 presso la nostra struttura).**

L'ingrediente speciale, però, è "la presa in carico", facile a

dirsi ma, a dire il vero, estremamente rara. Sono tanti gli inganni per credere di prendere in carico o credere d'esser preso in carico senza però neanche sfiorare questa perla rara. Vediamo assieme alcune situazioni purtroppo comuni.

Non si riesce a capire perché la medicina debba sopportare la "medicina" alternativa... eppure non esiste la chimica alternativa, l'ingegneria alternativa o la giurisprudenza alternativa.

Da qualsiasi parte provengano le varie parti di cui si compone la medicina, non c'è che una possibilità per il suo futuro se non che convergere verso soluzioni e pratiche quantomeno comprovate senza sostituzioni quali la suggestione o l'empirica che hanno avuto fin troppo spazio nel recente passato.

Un altro atteggiamento da debellare totalmente (altro fregio col quale possiamo vantare di fare la differenza) è quell'insopportabile prassi per la quale ogni terapeuta sa fare benissimo poche cose, se non una sola. Non è possibile che i pazienti quando vanno da quel determinato chirurgo siano da operare di protesi e, per la stessa situazione, semplicemente bussando ad un'altra porta invece debbano fare una pulizia articolare, o se vanno da un altro, questi riterrà necessaria un'infiltrazione di acido ialuronico... non si può fare a caso o per abitudine (ho pazienti operati tre volte ernia inguinale prima di "indovinare" la protesi d'anca...). Peggio

Continua a pag. 2

## Come si risolve il mal di testa

**C**aro paziente, la maggior parte dei centri italiani delle cefalee non considerano la valutazione del tratto cervicale nella presa in cura di pazienti con cefalee primarie e secondarie nonostante sia stato dimostrato che influenza o provoca il mal di testa 8 volte su 10. Nei vari corsi di specializzazione frequentati e negli anni di esperienza clinica acquisita ho potuto raccogliere ed imparare ad utilizzare al meglio varie soluzioni e possibilità terapeutiche per il mal di testa, capaci di ridurre notevolmente le abituarie 1000 pastiglie all'anno di molti pazienti ed invertire o quantomeno scalfire quel pensiero "non guarirò mai" tipico dei pazienti emicranici e cefalgici.

Non è il momento di arrendersi, anche se di strade più o meno scientifiche per modificare il vostro sintomo ne avete già provate in grande quantità. Non sarà una passeggiata, dovremo aspettarci dei trabocchetti, mille variabili differenti da prendere in considerazione, non abbatterci al minimo ostacolo e continuare a cercare la terapia su misura per quel tipo di mal di testa od emicrania che sia; la soluzione raramente sarà la bacchetta magica, più probabilmente sarà un lavoro ben studiato.

Questa partita la si gioca in squadra, ritengo fondamentale il ruolo del paziente, elemento attivo nel processo di cura, indispensabile per avere risultati duraturi nel tempo.

Come chi va dal dentista non può pretendere di poter mangiare nutella la sera senza lavarsi i denti perché l'otturazione possa aver successo, così anche il paziente con mal di testa deve comportarsi in modo ordinato: non è giusto addormentarsi sul divano con la testa penzolante tutte le sere, non è giusto avere i capelli lunghi raccolti e bagnati (trazione posteriore), non per forza il collo deve sopportare il peso del casco (ed in caso deve allenarsi come qualsiasi altro distretto sottoposto a carichi). Pensiamo poi alle donne a cui passa il mal di testa quando si slacciano la coda di cavallo o a quanto incida l'antepulsione del capo davanti al computer (legata ad un atteggiamento posturale o ad un peggioramento della vista); l'aumento dell'ipercifosi toracica (che costringe all'estensione del segmento cervicale alto, che compri e tutto

Continua a pag. 4 e 5



## All'interno:

02 | Bandiera Gialle

03 | Lo psicologo la chiave di svolta di molte situazioni

03 | Rubrica "L'esperto risponde"

04 | Come si risolve il mal di testa

05 | Tecarterapia

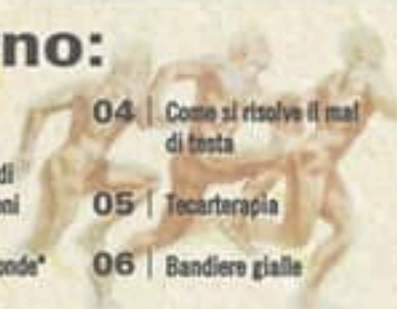
06 | Bandiera gialle

07 | Protesi al ginocchio

08 | Altri nostri servizi

08 | Noi c'eravamo

08 | Contatti





ancora i vecchi pranoterapeuti (come mai si sono estinti?!) o altri stregoni che, regolarmente, distavano 50 o 100 chilometri da casa (anche a San Donà ce ne erano... ma erano meglio quelli lontani, e così viceversa per i "clienti" del pranoterapeuta delle nostre zone) che con una seduta pretendevano di risolvere tutto... o almeno tentavano di indurre l'esito. **Tutte le terapie funzionano, ma è vero anche il contrario, non ci si può più affidare ai tentativi o alla buona sorte:** oggi si può ribaltare completamente la gestione dei traumi, delle distorsioni, delle lombalgie ecc... Ogni caso clinico è unico, bisogna individuare la terapia che ha più probabilità di aiutarlo, verificarne la risposta e modularla e rimodellare la proposta a seconda di come si riesce a condurre la via verso la salute. Questo non è semplice, per un medico rivalutare il proprio operato può essere sventante, frustrante, ma indispensabile.

Dobbiamo uscire dall'idea che il medico possa fare diagnosi e conoscere la terapia da somministrare. Questo è un atteggiamento che funziona alla perfezione in urgenza, in emergenza, in tante altre situazioni, ma non di certo in campo muscolo-scheletrico. In tutti i casi in cui il disturbo è legato al carico delle strutture siamo pur certi che le strutture coinvolte sono più di una, stiamo pur certi che reagiscono alla terapia in modo molto diverso di caso in caso... non abbiamo quindi scelta più adeguata se non quella della **PRESA IN CARICO**. Un comportamento quindi capace di seguire passo passo il percorso verso la guarigione e, magari, verso la prevenzione rispetto ricadute o recidive.

Questa "lotta" con gli esiti si accompagna e conduce naturalmente a tutta una serie di relazioni adeguate rispetto le paure che si sollevano nel paziente o le stesse che ingarbugliano la matassa. Spesso la guarigione non la si ottiene attraverso un percorso omogeneo ma con un andamento oscillante che contiene dei peggioramenti temporanei molto destabilizzanti per il paziente che li vive. Gestirli da parte del fisioterapista non è cosa semplice, richiede molta lucidità, concentrazione e sobrietà. Delle volte è importante star vicino al paziente, delle volte si arriva ad "abbaiare" contro le sue stesse insicurezze, in genere è importante riuscire a farlo reagire e intervenire su tutti i fattori "sabotatori" di una faccenda delicata come la guarigione.

Nella relazione col paziente tra le cose più difficili da conte-

nerci sono le interferenze esterne come l'amico in bar che può creare nuove incertezze, o quello che se ne esce con la cura del secolo per la quale gli unici al mondo che non la conoscevano (secondo lui) siamo, ovviamente, io e il suo amico (ovvero il mio paziente).

In ogni nostro studio c'è una parete tappezzata di immagini che spiegano il dolore. Noi però sappiamo che se portiamo il paziente a quella parete in prima seduta questo scapperà a gambe levate. Allora dobbiamo metterci tatto, scegliere le parole giuste, dobbiamo poter rinunciare a qualche vantaggio terapeutico se questo spaventa il paziente, dobbiamo scegliere obiettivi via via raggiungibili, dobbiamo scegliere in che misura aderire ai protocolli, creare la sintesi più adeguata possibile... certamente un lavoraccio, ma, semplicemente, indispensabile. Tutto questo è necessario per mettere noi in una posizione di vantaggio rispetto la patologia e per evitare al paziente di "frangere" verso l'ingigantirsi del problema.

Spesso riusciamo a condurre perfettamente dove sappiamo di poter portare la situazione del paziente attraverso un percorso collaudatissimo, altre volte invece bisogna navigare a vista (magari senza poterlo condividere col paziente) perché le variabili in campo sono veramente eccessive... non abbiamo il benché minimo controllo su tanti aspetti che riguardano la storia e la quotidianità del paziente, soprattutto nel campo degli affetti o dei progetti. Perché questo articolo quindi? Perché siamo un gruppo di professionisti con tanta formazione ed un certo piglio sociale. Non siamo sicuramente in grado di cambiare il mondo ma, nell'intento di sensibilizzare ed alzare la qualità di vita nel nostro territorio abbiamo già fatto tanti risultati, abbiamo innescato una buona tendenza e... non possiamo che continuare in tal senso.

Nella nostra storia tante volte siamo stati sul palco a raccontare le risorse che può mettere a disposizione un fisioterapista, tantissime volte il medesimo patrimonio lo abbiamo portato ai corsi dei medici di base, siamo stati presenti in tanti eventi, vicini alle società sportive, all'università della terza età... prendersi cura del proprio sistema locomotore, della propria colonna con un piglio nuovo è già diventato per tanti sandonatesi una prassi pari al lavarsi i denti tutti i giorni. Siamo entusiasti di questo ma anche orgogliosi di aver condizionato in positivo una certa cura che vive un ritardo ingiusto. Abbiamo piantato un seme nel tessuto sociale che porterà ancora molti

frutti... e poi è giusto anche fare un po' di outing! Ormai abbiamo abbastanza confidenza con tanti di voi da poter svelare quanto è stato difficile in passato non esser capiti da subito. Quanto difficile è stato subire opposizioni e resistenze (e chissà quante altre ne dovremo affrontare). **CAMBIARE** è una cosa molto complicata, ma non si può fare altro. Noi sappiamo benissimo che gli antinfiammatori permettono di non sentire dolore al tendine, forse anche per sempre, ma non si può prescindere dal fatto che solo l'esercizio è in grado di adeguare la struttura interna perché questo non si lesioni durante le attività; così il disco intervertebrale ha le sue regole completamente ignorate dalla prassi medica; oppure i meccanismi che innescano il mal di testa vengono completamente trascurati dalle soluzioni farmacologiche ecc... conosciamo le **abitudini**, sappiamo da dove vengono queste ormai abominevoli procedure, possiamo tollerare qualche convivenza, ma non possiamo smettere di invitare tutti a guardare dentro il cannocchiale di Galileo o di imporlo ai professionisti coi quali condividiamo le storie cliniche dei nostri pazienti. Presto o tardi tutto questo deve diventare un patrimonio a disposizione di tutti. Non ha senso continuare a spiegare le teorie di Newton a scuola quando ormai sono state completamente superate dalla relatività di Einstein già cent'anni fa. Poi però se gli addetti ai lavori usassero Newton non funzionerebbero i satelliti, i GPS, gli smartphone e probabilmente neanche la TV.

Lo sappiamo che niente è più forte delle **resistenze**... ma, come tutti i muri, dovranno crollare. Un disco dolente non può ricevere solo farmaci, deve venir sollevato dai vettori lesivi; un tendine sofferente non può aver a disposizione solo il riposo, ci sono qualità di carico molto più esatte per rimediare alla disfunzione; il mal di testa può esser fatto scomparire manualmente, non serve avvelenarsi... sembrano banalità, ma la disciplina che regola queste soluzioni è molto complessa. Alcuni professionisti azzardano soluzioni per sentito dire, terapie dozzinali che van bene per tutti, ingredienti e ricette speciali che non hanno alcun tipo di storia (se non commerciale). Queste sono parti che può prendere solo un fisioterapista che vede centinaia di nuovi casi l'anno.

Dott. Claudio Mule

## Bandiere gialle: gestire il dolore cronico



Il dolore è una esperienza umana universale; la ricerca sul dolore negli ultimi anni ha fatto passi avanti molto importanti.

Queste nuove conoscenze ci permettono di sapere un po' di più come funziona, come nasce e come si modula l'esperienza del dolore e di conseguenza possiamo offrire delle risposte sempre più mirate ai pazienti che soffrono di sindromi dolorose. Sappiamo che l'esperienza del dolore è prodotta a livello del nostro cervello.

Questo riguarda tutti i tipi di dolore, sia quello acuto che quello cronico. La principale differenza tra il dolore acuto e quello cronico è che il primo è spesso correlato con una lesione o un danno ai tessuti (un legamento stirato, un tendine infiammato, una lesione muscolare...), invece nel dolore cronico questa correlazione tra dolore e coinvolgimento dei tessuti è molto minore o, come spesso accade, assente. Da tali presupposti risulta evidente che la gestione del paziente con dolore persistente debba basarsi su un modello di riferimento più ampio: il modello biopsicosociale, che in medicina, ha sostituito l'approccio biomedico.

Il modello **biopsicosociale** è un modello concettuale secondo il quale, nella valutazione della malattia di un individuo anche i fattori personali, psicologici, sociali e ambientali vengono presi in considerazione, congiuntamente alle variabili biologiche (in particolare la storia della lesione). Un trattamento interdisciplinare basato su tale modello è riconosciuto come l'approccio più efficace da adottare per i pazienti con dolore cronico.

Continua a pag. 6

## Classificazione ed esempi

Le bandiere gialle vengono classificate secondo lo schema "ABCDEFW":

- A**ttitude e Beliefs (atteggiamenti e convinzioni)
- B**ehaviour (comportamento)
- C**ompensation issues (aspetti finanziari)
- D**iagnostic issues (fattori legati alla/alle diagnosi e ai trattamenti)
- E**motions (fattori emotivi)
- F**amily (fattori familiari)
- W**ork (fattori lavorativi)

**Esempi di yellow flags:**

- Atteggiamenti e credenze non appropriate sul dolore (per esempio, la convinzione che il mal di schiena sia dannoso o potenzialmente invalidante, oppure un'alta aspettativa sui trattamenti passivi che tende a limitare la partecipazione attiva del paziente);
- Comportamenti inappropriati legati alla gestione del dolore (ad esempio, il comportamento di paura-evitamento e la riduzione delle attività);
- Problemi connessi al lavoro o problemi di compensazione (per esempio, problematiche legate al lavoro stesso, praticare un lavoro con scarse soddisfazioni sociali, problemi economici/assicurativi);
- Problemi emotivi (come la depressione, l'ansia, lo stress, l'assistenzialismo e il ritiro dall'interazione sociale).



Fisio — UP

Tutto lo sport che hai sempre voluto fare: ma monitorato. Gli attrezzi di fisioterapia a disposizione di un gruppo che porterà grossi risultati nel lavoro e nella salute attraverso la coordinazione e la disattivazione dello stress

Via Venezia, 9 - 30027 San Donà di Piave (VE) - Tel. 0421.307185 - info@fisioterapiamule.it



# Lo psicologo: la chiave della svolta di molte situazioni

A volte è del tutto "frinteso" il possibile aiuto, il sostegno e contributo che questo professionista può dare in diversi episodi o nella stessa vita di una persona.



## Quali differenze tra psicologo e psicoterapeuta?

Lo **Psicologo** è un laureato in Psicologia che deve essere iscritto al relativo Ordine Professionale. Lo psicologo **fornisce un aiuto non farmacologico**, basato su colloqui di **consulenza, valutazione diagnostica, sostegno e riabilitazione**.

Lo **Psicoterapeuta** è uno psicologo, oppure un laureato in Medicina, che ha conseguito una specializzazione post-universitaria (di almeno 4 anni) in Psicoterapia, e che deve essere iscritto all'Albo degli Psicoterapeuti del relativo Ordine Professionale. Diversamente dallo psicologo, è abilitato all'esercizio della

Psicoterapia, cioè può svolgere **terapia** non solo di sostegno alla persona ma anche di cura, con interventi incentivanti il **cambiamento**.

La psicoterapia utilizza come strumenti la **relazione, l'ascolto e la parola** e permette di intervenire sui disagi della persona utilizzando tecniche che variano a seconda della teoria di riferimento. Lo psicoterapeuta accompagna il paziente verso:

- una **riduzione**, e ove possibile, una scomparsa dei sintomi portati,
- il **superamento** delle condizioni che creano disagio o sofferenza,
- una **maggiore** conoscenza di sé,
- una **significativa crescita** personale.

Esistono diversi approcci in Psicoterapia, da cui derivano alcune differenze negli strumenti e nelle modalità di intervento, approfondiamo l'approccio sistemico (mia formazione professionale). La **terapia sistemico relazionale**, come da mia formazione, parte dal concetto secondo cui le relazioni interpersonali esercitano grande influenza sullo stato di benessere o malessere di un individuo. Molto spesso le persone tendono ad adottare gli stessi schemi interattivi ogni volta che si trovano di fronte a situazioni che rievocano sensazioni familiari. A volte, il ripetersi di comportamenti che, nonostante abbiano portato ad insuccessi, restano immutati, può generare una grande sofferenza non solo nella persona che li agisce, ma anche nel contesto interattivo in cui si manifesta (ad esempio la famiglia).

La **Psicoterapia Sistemico Relazionale** punta alla comprensione di queste dinamiche interpersonali, all'elaborazione dei significati sottostanti che molto spesso nascono dal passato ma influenzano quotidianamente il presente. La terapia quindi, si occupa di trovare le modalità relazionali diverse con i sistemi di appartenenza. Viene solitamente privilegiata

l'ottica familiare, ma le dinamiche disfunzionali possono collocarsi anche in altri sistemi come la coppia, l'ambiente lavorativo, gli amici, ecc. ...

**Quando scegliere la Psicoterapia Sistemico-Relazionale?** L'approccio sistemico-relazionale può essere utile per coloro i quali ritengono avere delle difficoltà in specifici rapporti (di coppia, genitoriale, lavorativo, verso se medesimi o interpretazioni come quella del **dolore o della disfunzione**), inoltre può rivelarsi utile al presentarsi di problematiche evolutive da parte dei bambini e/o degli adolescenti. Questo tipo di terapia è indirizzato a leggere alcuni eventi e situazioni in modo maggiormente tollerabile da un punto di vista emozionale e trovare un **nuovo significato possibile** a difficoltà personali e/o familiari. Il lavoro psicoterapeutico non è quindi orientato esclusivamente al trattamento del sintomo proposto ma alle soprattutto alle condizioni relazionali che lo hanno generato.

**Quanto può durare una psicoterapia?** Solitamente la durata dell'intervento, di consulenza o di psicoterapia, viene concordata con il cliente. La terapia sistemica si configura come un tipo di terapia "breve". I primi due - tre incontri hanno lo scopo di **raccogliere informazioni** per capire se e in quale modo il terapeuta può essere d'aiuto al paziente per arrivare a costruire insieme un progetto di intervento. In base alle necessità che emergono viene programmato un ciclo di sedute di cui terapeuta e paziente (o coppia, o famiglia) definiscono durata e frequenza.

## Problematiche trattate:

- gestione, modulazione e controllo del **dolore**;
- fasi difficoltose e/o di **cambiamento** della propria vita (elaborazione di lutti, perdita del lavoro, separazione, pensionamento, nascita di un figlio, ecc. ...);
- depressione e altri disturbi del tono dell'umore;
- disturbi del **sonno**;
- difficoltà individuali, di coppia o familiari (conflitti, difficoltà di comunicazione, separazione);
- disturbi d'**ansia**;
- complessità relazionali in ambito familiare;
- accompagnamento e sostegno alle famiglie adottive e affidatarie disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità).

*Dott.ssa Christina Marchetta*

## "L'ESPERTO RISPONDE"

### L'INTEGRITÀ DELLA CUFFIA DEI ROTATORI DELLA SPALLA



La patologia della cuffia dei rotatori che comprende la tendinopatia, le lesioni di vario grado ed ampiezza ma anche l'artropatia (artrosi) da cuffia è di frequenza molto comune soprattutto dopo i 50

anni di età. L'incidenza di lesioni tendinee varia dal 5% al 40% sino a superare il 52% dopo gli 80 anni di età. Tuttavia molto probabilmente tali percentuali si devono considerare più alte in funzione del fatto che, essendo di origine degenerativa ed a lento decorso, sono molto spesso asintomatiche. Alcuni autori hanno messo in evidenza come, nei loro studi epidemiologici, sia presente ben il 20% di lesioni asintomatiche nelle popolazioni di pazienti soggette allo studio. Da qui la difficoltà, a volte, ad inquadrare lesioni in tempo utile ad una eventuale riparazione. Lesioni che tuttavia possono coesistere con un sistema funzionale articolare che potrebbe non richiedere alcun trattamento chirurgico. Su tali basi è quindi utile, ed ultimamente oggetto di numerosi studi approfonditi, considerare e valutare i fattori di rischio delle patologie di cuffia, onde poter intervenire ove possibile, per diminuire o rallentare l'evoluzione del processo patologico. In questo modo possiamo quindi considerare dei fattori di rischio "intrinseci", dovuti cioè a situazioni patologiche soggettive, all'età, al sesso e fattori di rischio "estrinseci", legati a conformazioni anatomiche, difetti posturali, attività fisiche e molto più raramente a fattori di rischio traumatici. L'età è indubbiamente il fattore di rischio più eclatante variando dal 5% della fascia 30/39 anni al 55% della fascia 60/69 anni sino al 80% negli over 80. Per quanto riguarda l'attività lavorativa, legata naturalmente all'età, le conclusioni delle varie ricerche dimostrano una netta prevalenza del rischio per un'attività lavorativa moderata piuttosto che

per attività lavorative pesanti, forse quest'ultime legate ad un atteggiamento posturale meno sfavorevole al sovraccarico tendineo.

Per quanto riguarda patologie sistemiche predisponenti il diabete e l'ipertensione si possono annoverare tra i fattori di rischio. Il peso corporeo inoltre, considerando predisponente un BMI (indice di massa corporea) superiore a 25. Come in tante altre situazioni patologiche anche in questo caso il fumo è senza alcun dubbio un fattore di rischio di una certa entità.

Per quanto riguarda l'influenza della genetica e della familiarità, pur considerati dei fattori di rischio, non ne è ancora stata definita con precisione la causa biologica.

Dalla **Tabella 1** si può evidenziare l'insieme di questi fattori, la loro percentuale di influenza come rischio e

soprattutto se tali fattori siano modificabili in senso positivo. Balza subito all'occhio come l'**angolo scapolare** e l'**indice acromiale** (condizioni anatomopatologiche di non facile spiegazione ad un profano ma ben noti agli specialisti di questa patologia), legati alla conformazione della scapola siano i fattori di rischio più frequenti ma che tuttavia sia possibile agire con **interventi di correzione non chirurgica nelle mani di terapisti culturalmente preparati**.

Concludendo, senza nulla togliere all'importanza della chirurgia per il trattamento di tali patologie, è importante capire quante cause importanti e predisponenti possano essere modificate da uno stile di vita più corretto e dall'intervento conservativo della terapia fisica.

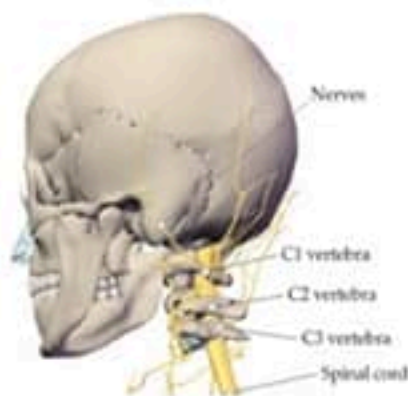
*Dott. Nicola Colletti*

FATTORI	PROBABILITÀ	INTRINSECO/ESTRINSECO	MODIFICABILE
Angolo scapolare	10.08	Estrinseco	SI
Indice Acromiale	10.02	Estrinseco	SI
Età > 80	80	Intrinseco	NO
Postura	2 - 15	Estrinseco	SI
Bilateralità	67	Intrinseco	NO
Familiarità	2,4 - 4,7	Intrinseco	NO
Genetica	2 - 5	Intrinseco	NO
Fumo	> 3	Intrinseco	SI
Traumatismi	2.05	Estrinseco	SI
BMI	2,4	Estrinseco	SI
Iperensione	2 - 4	Intrinseco	SI
Etnia	1,9	Intrinseco	NO
Arto Dominante	1,4	Estrinseco	NO
Lavoro con Sovraccarico	1,2	Estrinseco	SI



## Come si risolve il mal di testa

il giorno il nervo di Arnold, per mantenere lo sguardo orizzontale); pensiamo quanto possa essere importante la posizione di chi allatta o di chi studia per molte ore al giorno; alla rigidità dell'articolazione temporo-mandibolare o alla contrattura dei muscoli masticatori (e scoprire che da 3 mesi, a seguito di un problema odontoiatrico, la persona mastica solamente da un lato); senza dimenticare che il mal di testa può essere alimentato da un vecchio problema di spalla ritenuto superfluo (la scapola condivide importanti muscoli con il collo).



**"Le ho provate tutte, proviamo anche questa"**, è una frase che spesso mi ritrovo ad ascoltare in prima battuta con le persone che soffrono di mal di testa da molti anni. Queste parole sono uno stimolo molto importante, in quanto non voglio assolutamente essere l'ennesimo tentativo finito male ed accantonato. È uno dei motivi per cui continuo a formarmi, ad informarmi e a confrontarmi con altri professionisti, non è opportuno sottovalutare la complessità della problematica "mal di testa".

Nessuno possiede la bacchetta magica, ma ritengo di essere un professionista in grado di "prendermi cura" di una persona con cefalea. "Prendermi cura" e non "risolvere", questo poiché ritengo che dare al paziente gli elementi per capire quale sia la strada di gestione più corretta, che possano divenire parte del proprio bagaglio di vita, sia la strategia vincente in questo tipo di situazioni (la scienza ad oggi ha fatto passi da gigante ma aiuta ancora fino ad un certo punto).

In prima istanza potrebbe sconsigliarvi puntare alla "cura" invece che alla "risoluzione" ma "far sparire il dolore" possono farlo in molti, ogni massaggiatore, psicologo o anestesista, ma chi non passa attraverso la cura non ha speranze di conservare il risultato, motivo per il quale chi ha mal di testa lo conserva per anni o per tutta la vita a suon di "soluzioni".

Le metodiche nelle quali mi sono specializzato le utilizzo a seconda della necessità terapeutica, ritengo importante per un professionista della salute avere tante frecce al proprio arco. L'apertura di vedute la ritengo un ingrediente indispensabile per trattare il mal di testa, soprattutto nelle situazioni croniche che durano da moltissimi anni. Sono sempre disponibile ed aperto al confronto con altri colleghi, medici, neurologi, psicologi, nutrizionisti, con l'obiettivo di portare un vantaggio per il paziente.

Rispetto alla complessità del problema una collega fisioterapista che soffre di emicrania da molti anni ha scritto un articolo molto interessante. Alla domanda "come va il mal di testa" ha risposto: "né bene né male, è come un lavoro, cui mi dedico da anni, a volte con soddisfazione a volte meno".

Ma è stato un percorso lungo e, per quanto possa suonare retorico, è un lavoro multidisciplinare. Sempre nello stesso articolo scrive che inquadrare la patologia non è facile come sembra. Partiamo dal fatto che se decidiamo di seguire il modello medico, è necessario capire a quale tra i 14 tipi diversi di cefalea ci si trova davanti, di cui il 14° è un rassicurante: "altri disturbi cefalgici" divisibili in "cefalea non classificata altrove" e "cefalea non specificata". C'è l'imbarazzo della scelta: 6 forme di emicrania (e sottogruppi), poi si passa alla cefalea di tipo tensivo (4 tipi diversi); si prosegue con 5 sottoclassificazioni di "Cefalea a grappolo e altre cefalee autonomico-trigeminali"; 10 forme di "Altre cefalee primarie"; dopodiché si apre la categoria della cefalee dette secondarie: post trauma cranico o cervicale (6 tipi); "Cefalea attribuita a disturbi cranici o cervicali" (9 quadri differenti) e arriviamo così "solo" al settimo tipo, "Cefalea attribuita a patologie intracraniche non vascolari".

Capite bene come ricevere una diagnosi corretta sia tutt'altro che scontato e come spesso sia anche difficile che si riesca a fare una distinzione netta tra un quadro e l'altro.



Trattando vari pazienti con emicrania ho capito che il ruolo della colonna cervicale non è quasi mai indagato, **nonostante il 70-90% delle persone con emicrania presenti problemi cervicali.** Nonostante la classificazione IHS (International Headache Society) sia stata riconosciuta come la più importante negli ultimi anni, molti pazienti con cefalea possono presentare caratteristiche miste che rendono difficile la loro classificazione, specialmente in caso di cefalea tensiva ed emicrania. Esistono delle connessioni neuroanatomiche peculiari tra il rachide cervicale superiore e la testa. In ciò i disturbi cervicali sono in grado di stressare al massimo il sistema nervoso centrale.

Questo cosa significa? Che il sistema nervoso di una persona con emicrania, già per natura sensibile, può divenire ipersensibile ed iperecicabile a causa del disordine cervicale. In questo modo il cervello può cominciare ad interpretare in modo esagerato ed anomalo qualsiasi stimolo (aria condizionata, bicchiere di vino, fonti di luce, profumi intensi, rumori...) e innescare reazioni che producono l'esperienza dolorosa del mal di testa.

**Per questi motivi ogni persona che soffre di emicrania ha il diritto e deve ricevere un'accurata valutazione del rachide cervicale,** soprattutto quando lamenta dolori e rigidità del collo prima, durante o dopo gli attacchi di cefalea.

Risolvere i disturbi cervicali latenti può migliorare notevolmente l'andamento dell'emicrania. In quanto ad epidemiologia la cefalea è davvero una problematica diffusa tanto quanto il mal di schiena ed oramai mi sento di dire che il fisioterapista ha la possibilità e le competenze di trattare la prima con la stessa professionalità con cui gestisce la seconda. **Continuare a provare diverse soluzioni terapeutiche perché "tanto male non fa" è un concetto che nel 2019 andrebbe abolito: ogni terapia (medica o non) cui il paziente si sottopone, se non risolutiva, rafforza in lui il concetto che "non guarirò mai".**

La Terapia Manuale o Manipolativa è una branca specialistica della riabilitazione neuro-muscolo-scheletrica moderna. La certificazione internazionale di "terapista manuale o manipolativo" si consegue attraverso percorsi formativi privati o universitari e sono garanzia di un alto livello di capacità cliniche e terapie riabilitative. La terapia manuale comprende l'insieme delle migliori tecniche di valutazione, trattamento e mantenimento, senza farmaci, utilizzate a livello internazionale.

L'approccio terapeutico che abbiamo utilizzato per il mal di testa fino ad oggi era efficace ma spesso il risultato non era duraturo, motivo che mi ha spinto a frequentare diversi corsi per cercare risposte che potessero aiutarci nella pratica clinica quotidiana. Tra i vari corsi che ho frequentato **"L'approccio Watson" del dottor Dean Watson** l'ho reputato rivoluzionario.

Una delle prime domande provocatorie che il dottor Watson propone è: **"perché un mal di testa UNILATERALE dovrebbe essere acceso da un bicchiere di vino bianco?"** I soliti viaggiano nel circolo sanguigno in tutto il corpo. Gli elementi che spesso scatenano l'emicrania sono sistemici: ormoni, cibo, stress, luci, rumori, odori. La cefalea, primaria e secondaria, di contro è spesso unilaterale alternante.

Il modello medico della cefalea non può spiegare la cefalea unilaterale alternante e circa l'80% della cefalee alternano. Il dottorato di ricerca del dottor Watson ha dimostrato come il lato predominante della cefalea è direttamente correlato all'orientamento della seconda vertebra cervicale, C2. Sempre più studi sostengono che le cefalee primarie (emicrania, cefalea tensiva, cefalea a grappolo ecc...) risultano da una sensibilizzazione del nucleo trigemino-cer-



## Gruppo Lombare

### EDUCAZIONE E PREVENZIONE

L'obiettivo è diventare esperti per evitare banali e deleteri episodi acuti. Una precisa istruzione didattica, attraverso l'addestramento al buon uso della schiena guiderà verso la guarigione e meglio ancora, la prevenzione.

Via Venezia, 9 - 30027 San Donà di Piave (VE) - Tel. 0421.307185 - info@fisioterapiaimule.it



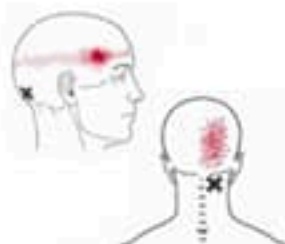
vicale, che da come dice il nome stesso, riceve informazioni provenienti dai primi 3 segmenti cervicali. Lo scopo del metodo Watson è dunque quello di individuare l'origine esatta delle informazioni provenienti dai nervi spinali delle prime tre vertebre cervicali, che determinano e sostengono il quadro di cefalea o emicrania.

**Un elemento fondamentale della valutazione è la capacità dell'operatore di riprodurre esattamente il mal di testa del paziente, sia qualitativamente che come localizzazione.** Nel giro di circa un minuto il mal di testa evocato scompare completamente. Questa caratteristica di "riproduzione e risoluzione" è stata oggetto di studi recenti, che hanno validato il trattamento del sistema muscolo-scheletrico per desensibilizzare un tronco encefalico sensibilizzato.

I medici di medicina generale dovrebbe essere a conoscenza dell'utilizzo di questa modalità di approccio terapeutico così popolare, in modo da facilitare la sicurezza, l'efficacia e la coordinazione del piano di cura. Nonostante i dati disponibili in letteratura siano limitati e con delle considerevoli limitazioni metodologiche, l'utilizzo della terapia manuale sembra essere l'approccio non farmacologico più utilizzato per la gestione dei mal di testa ricorrenti.

La ragione più comune per questo tipo di scelta è la ricerca di sollievo dal dolore. Anche le raccomandazioni della European Federation of Neurological Societies indicano che l'utilizzo di approcci non farmacologici, avendo meno effetti collaterali rispetto alle terapie farmacologiche possono costituire una valida soluzione terapeutica per pazienti con cefalea. Purtroppo, gran parte della medicina tradizionale continua ancora a conferire loro poca importanza, o a ignorare tali disordini cervicali, etichettandoli sempre e solo come "una conseguenza" della cefalea primaria. È necessario cambiare questa cultura, promuovere la multidisciplinarietà, e fare buona e nuova informazione: le persone con emicrania o cefalea di tipo tensivo soffrono anche, e spesso, di disordini cervicali o mandibolari che possono influenzare negativamente l'andamento delle loro cefalee. La gestione non farmacologica ha anche il vantaggio di avere pochi eventi avversi, l'assenza di pericolosità e di non avere gli effetti collaterali tipici del farmaco.

Sembra già molto complicato così, e invece non è finita qui.



Nel processo di cura è altrettanto importante considerare il ruolo co-causativo o contributivo delle principali comorbidità o disordini associati come per esempio: disordini del sonno e deficit di recupero, deficit nutrizionali, regimi alimentari scorretti, dis-stress psico-emozionali, stile di vita e altre patologie (metaboliche, vascolari, neurologiche). Dieta e attività fisica rappresentano due importantissimi aspetti da considerare.

Nel dolore cronico l'attività fisica aerobica su base regolare è una strategia per attivare l'inibizione discendente del dolore. Acquisizioni recenti (studio presentato al XVIII Congresso 2017 della International Headache Society tenutosi a Vancouver, pubblicato nel 2018) sostengono però che per ridurre la frequenza delle crisi di emicrania, la tipologia di allenamento più indicata sia l'HIIT (High-Intensity Interval Training) rispetto ad attività moderate come jogging, ciclismo e nuoto. Non spetta sicuramente a noi fisioterapisti fornire diete e consigli nutrizionali, ma possiamo aiutare a rendere il paziente cosciente di situazioni sistemiche infiammatorie di basso grado sostenute da regimi alimentari non bilanciati e quindi portare all'attenzione del paziente l'utilità di un aiuto professionale in tale ambito.

Regimi alimentari a basso indice glicemico, diete chetogeniche o VLCD (Very Low Carbohydrate Diet), rappresentano tutte situazioni verso le quali il paziente non ha dimestichezza, ma la letteratura dimostra essere efficaci nella gestione del mal di testa cronico.

Tanti professionisti (biologi, nutrizionisti, dietisti, dietologi) cui un paziente con problema cronico arriva a rivolgersi, non sono in grado di gestire questo tipo di situazione o non riescono ad ammettere di non avere le conoscenze necessarie per fronteggiarla. Il paziente finisce così per non vedere

risolto il proprio problema e inizia a rimbalzare tra una miriade di figure, cercando, sempre più disperatamente, qualcuno che capisca ciò che lui sente, ma a cui non sa dare un nome. Con ciò spesso il paziente finisce per credere di essere lui stesso il problema. Il fisioterapista è una delle poche figure sanitarie in grado di avere una visione così ampia del problema del paziente da poterlo aiutare e, di conseguenza, indirizzandolo verso il professionista più adeguato.

Per darvi un'idea il simposio internazionale sulla cefalea a cui ho partecipato a maggio 2018, a cui hanno partecipato 120 persone provenienti da 13 paesi diversi, rappresentanti di Oceania, America ed Europa, è stato presieduto da 9 relatori, clinici e ricercatori da tutto il mondo. Erano presenti medici, fisioterapisti neurologi e dietisti, la parola "simposio" non è stata usata per caso. Il mal di testa è una problematica complessa che può essere affrontata solamente se il fisioterapista ha seguito un percorso di specializzazione sul trattamento della stessa. Richiede preparazione ed esperienza clinica.

In questi anni abbiamo seguito più di 1000 pazienti con forme miste di mal di testa, con risultati soddisfacenti nell'80% della popolazione. Utilizziamo vari tipi di tecniche ma a differenza del passato il "metodo Watson" ci ha permesso di dare maggiore stabilità nel tempo ai risultati clinici ottenuti. I trattamenti richiesti per avere un cambiamento terapeutico variano tra i 4 e i 5 trattamenti manuali in media. Queste sono le sedute con cui mi aspetto di vedere un importante miglioramento, sia in termini di intensità del mal di testa, ma soprattutto in termini di frequenza e durata degli episodi. Fondamentale ricordare che il mio approccio non punta ad escludere la collaborazione con altre figure come neurologi, ricercatori nell'ambito della nutrizione e medici di base. Come fisioterapista ho quindi l'obiettivo di aiutare il paziente con emicrania o mal di testa non solo trattandolo ma anche indirizzandolo verso figure competenti in modo da fornirgli una rete di aiuto efficace ed efficiente che non lo porti a sentirsi disperso in un mare di proposte terapeutiche disorientanti e senza evidenza di efficacia.

Andrea Pagotto

## Tecarterapia

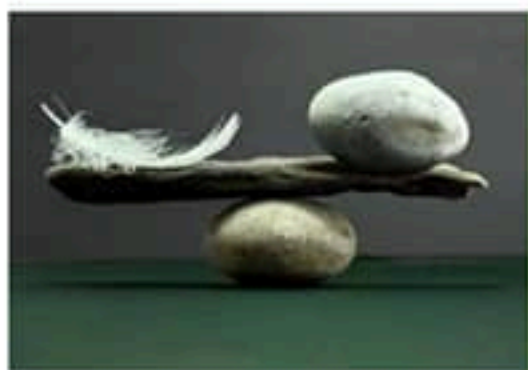
Una delle terapie fisiche più diffuse è la TECAR o terapia endogena capacitiva e resistiva; versione moderna degli antenati Marconi, radioterapia e infrarossi che permette di sviluppare calore non solo a livello cutaneo ma soprattutto all'interno della struttura producendo così effetto biostimolante e rigenerativo.

Si compone di una piastra e un manipolo che scambiano onde radio con frequenza di 75.000 volte al secondo; questo movimento fa oscillare e scontrare tra loro particelle d'acqua ed elettroliti che innalzano la temperatura interna. Tutto questo produce effetti sistemici di vasodilatazione, aumenta la permeabilità dei tessuti, riduce la viscosità delle fasce e incrementa gli scambi metabolici (apporto di ossigeno e smaltimento dei cataboliti).

È possibile selezionare due modalità di intervento: capacitiva e resistiva. Quest'ultima indirizza le cariche a tessuti più resistivi come osso, legamenti e tendini, etc., mentre la capacitiva raggiunge i tessuti più vascolarizzati (tipicamente il muscolo).

Lo strumento permette di scegliere intensità diverse secondo la profondità che voglio raggiungere e grazie ad un movimento continuo si somministra la terapia anche ad alta intensità senza pericolo di saturare il tessuto. Tipicamente si sceglie un'intensità tra il 40 e il 60% con un movimento lento del manipolo che rende una sensazione piacevole. Raggiungere un territorio piuttosto che un altro è compito della geometria che sceglie il terapeuta. Per un territorio superficiale si dispongono piastra e manipolo sullo stesso lato mentre per tessuti più profondi è necessario disporli a "panino" quindi uno per lato.

La TECAR trova maggiore indicazione nelle lesioni muscolari, patologie croniche, situazioni di sovraccarico e come coadiuvante in trattamenti manuali per "allentare" i tessuti. È importante ricordare che tutte le terapie fisiche, e in particolare la TECAR, riescono a produrre i migliori esiti in associazione alla terapia manuale e non in sostituzione: affidare la propria salute al solo trattamento strumentale è tipicamente insufficiente soprattutto a lungo termine.



## Corpo e Coscienza

(Metodo di Georges Courchinoux)

OSSERVARE - RISPETTARE - EVOLVERE

È la progressione per armonizzare le competenze introspettive con quelle relazionali. In questo corso il movimento è un'esperienza didattica di altissimo valore posturale in coordinato con l'ambiente.

Via Venezia, 9 - 30027 San Donà di Piave (VE) - Tel. 0421.307185 - info@fisioterapiaimule.it



## Bandiere gialle: gestire il dolore cronico

L'eziologia del dolore persistente è multifattoriale e un ruolo fondamentale è assunto anche dai molteplici fattori di rischio denominati "yellow flags" o "bandiere gialle". Le "bandiere gialle" sono fattori prognostici negativi per la trasformazione del dolore da acuto a persistente, perciò diventa molto importante saperli riconoscere e affrontare non solo per il trattamento del dolore persistente in sé, ma anche allo scopo di prevenire la cronicizzazione del dolore. In base a queste nuove informazioni, la pianificazione del trattamento prevede interventi specifici di gestione delle bandiere gialle.

Gli obiettivi principali del trattamento saranno la desensibilizzazione e, in secondo luogo, il coinvolgimento del paziente in un programma progressivo di riabilitazione.

**Primo passo:** definire gli obiettivi del paziente. **Stipulare un vero e proprio accordo** con il paziente riguardante le funzioni o le attività che il paziente sente di aver perso totalmente o parzialmente.

Il paziente deve essere "ingaggiato", deve vivere il trattamento come un impegno da portare avanti in maniera attiva. Non deve assolutamente pensare: mi sdraio sul lettino, tu fai qualcosa con le tue mani e io sono curato.

Questi pazienti hanno bisogno di trattamenti che durano a lungo, e spesso con il passare del tempo si può perdere il senso di quello che si sta facendo. Avere "l'accordo firmato" con gli obiettivi a portata di mano ogni volta, serve a mantenere la rotta e a ridare significato al lavoro svolto fino ad allora e al lavoro che ci aspetta nel futuro.

La **seconda componente** è la necessità di fornire spiegazioni: la **ricontestualizzazione (educazione)**.

È la parte più nuova del nostro trattamento: si tratta di accompagnare il paziente a ragionare in maniera diversa da come ha fatto finora relativamente al suo dolore, fornendo nuove informazioni e spiegazioni sui **meccanismi del dolore**.

Le yellow flags devono essere affrontate durante la fase educativa iniziale definita "Explain Pain". Serve a spiegare ai pazienti ciò che sta succedendo al loro corpo a tutti i pazienti interessa sapere di più riguardo le loro problematiche. Spesso le informazioni da loro già possedute riguardano quasi esclusivamente i meccanismi tissutali e periferici: è il disco, il tendine, il muscolo.

L'educazione del paziente passa anche attraverso l'**individuazione dei comportamenti e degli schemi** motori malsadattivi che contribuiscono alla persistenza del dolore.

Spesso i pazienti continuano a muoversi e a comportarsi come se fossero ancora in fase di dolore acuto e ciò comporta cambiamenti a livello della rappresentazione corticale di quella parte del corpo. In inglese si dice: "Use it or Lose it", ovvero "usala (la schiena), o rischi di perderla (la funzionalità)". Tali cambiamenti drammatici a livello corticale sono alimentati dalle Bandiere Gialle, e la principale di queste cause rimane sempre la paura! Paura del dolore, paura del movimento, paura anticipatoria di quello che potrebbe succedere. Sono tanti i fattori che possono attivare la matrice del dolore, sarà compito del fisioterapista individuare tutti questi fattori tramite lo screening delle bandiere gialle e successivamente, affrontarli nell'ambito del percorso riabilitativo.

Lo **scopo finale** della strategia educativa alla neurofisiologia del dolore deve essere rendere chiaro per il paziente che il dolore che sente è più un problema di **maladattamento** e non è sempre correlato con un problema o qualche cosa che

non va in quella determinata parte del corpo.

**Terzo punto** del management fisioterapico del paziente con dolore persistente è la riabilitazione vera e propria delle attività e delle funzioni ADL, con l'aiuto di strategie di "carico" progressivo.

Dobbiamo esporre il paziente in maniera graduale ad alcune attività, a carico minimo e a piccole dosi, passando sotto il radar del dolore.



Il principio fondamentale degli esercizi da svolgere è quello della capacità di carico dei tessuti: "quanto carico ci vuole per danneggiare un tessuto? Quanto forza ci vuole per lesionare un tendine o un disco? quanto carico sopporta una articolazione prima che si lussi?"

La risposta in tutti i casi è: tanta, ci vuole tanta forza per creare una lesione. La risposta dolorosa arriva poco prima della massima caricabilità di un tessuto proprio con l'obiettivo di proteggere il tessuto dalla probabile lesione.

Nei pazienti con dolore persistente questa differenza minima, tra carico che provoca dolore e carico che provoca lesione si allarga molto; la risposta protettiva contro il dolore arriva con carichi molto più bassi.

Il rischio di questo circolo vizioso è che il paziente con il tempo smette di muoversi perché sente dolore anche con attività che normalmente non lo provocherebbero. La causa di questo aumento della differenza tra carico che provoca dolore e carico che lesiona il tessuto non è da ricercare nei tessuti ma nella neuromatrice del dolore. In alcuni casi, soltanto pensare o immaginare un movimento causa dolore. Quindi è possibile che durante lo svolgimento degli esercizi, anche quelli con un carico minimo, anche essendo molto

lontani dall'intensità di esercizio che può causare una lesione, comunque il paziente percepisca un po' di dolore.

È necessario aver chiaro che questo dolore non è correlato con un danno ai tessuti periferici, ma causato dall'attivazione della neuromatrice del dolore.

L'obiettivo ultimo di questo percorso riabilitativo non è il rinforzo dei muscoli o l'aumento della capacità di carico, ma la **desensibilizzazione delle strutture**.

Per fare ciò, bisogna elevare la soglia oltre la quale si scatenano la neuromatrice del dolore, ma senza mai superarla.

La strategia più indicata è una esposizione graduale (Graded Exposure) all'attività.

Per esempio, se il paziente non si flette perché ha paura di sentire male si potrebbe cominciare con piccole flessioni lombari inizialmente passive (effettuate dal fisioterapista), poi attive con l'assistenza del fisioterapista, e poi attive ma in assenza di gravità (paziente di fianco), per poi passare alla flessione lombare con facilitazioni e piccolo "range", per passare a quelle con meno facilitazione aumentando il range.

Il risultato finale sarà che quell'attività risulterà meno minacciosa e il paziente riprenderà a svolgerla senza avvertire un aumento del dolore.

Il percorso del paziente con dolore cronico verso il riappropriarsi di una vita libera dal dolore è simile alla fatica che si prova durante un'escursione impegnativa verso una vetta in montagna. Se non si conosce il percorso, se non si hanno guide, se si è da soli, ignari di quando la salita finirà, senza possibilità di conoscere né vedere la vetta da raggiungere, il percorso può diventare un inferno, la fatica insopportabile e il desiderio di mollare prendere il sopravvento.

Al contrario, sapere e conoscere il percorso che si va ad affrontare, sapere quando finirà la salita impegnativa, sapere esattamente quanto è distante la vetta e che qualsiasi cosa succeda ci sono delle guide o dei compagni di condita che sostengono e aiutano, permette di affrontare il percorso con più coraggio, sentendo meno la fatica e magari anche apprezzando il panorama.

*Dott. Nicola Spessotto*



Fisio — SALUTE

PREVENZIONI OSTEOPOROSI - PREVENZIONE CADUTE  
LONGEVITÀ IN SALUTE - CAPACITÀ SOCIALI

Curare l'osteoporosi, prevenire cadute e lavorare per mantenere un'alta qualità di vita attraverso il movimento.

Questi gli obiettivi dei piccoli gruppi che proponiamo per qualsiasi età e problematica



## Protesi di ginocchio



L'intervento di artroprotesi di ginocchio è la chirurgia d'elezione per il trattamento dell'artrosi di ginocchio quando trattamenti conservativi, fisioterapici, farmacologici, infiltrativi non hanno apportato sufficienti benefici ai sintomi tali da poter riprendere una soddisfacente qualità di vita.

Il sintomo principale che porta il paziente a ricercare cure è certamente il dolore, molto spesso anteriore di ginocchio o interno che compare già alla mattina, migliora con movimento a basso carico ma diventa lancinante dopo uno sforzo come una lunga camminata, tanto da portare a zoppia e ridurre così drasticamente la performance motoria, finendo nel corso degli anni a ritrovarsi rinchiusi in casa.



Oltre al dolore ci sono però segni e sintomi non così invalidanti ma di cui è fondamentale aver conoscenza per poter aiutare il clinico ad una corretta diagnosi e proposta terapeutica:

- Sensazioni di cedimento durante il cammino, debolezza dell'arto;
- Rigidità nell'iniziare i movimenti dopo un periodo di riposo, la morning stiffness ne è un esempio;
- Rumori, scrosci articolari;
- Limitazione funzionale, di solito il ginocchio si presenta bloccato in flessione ed è impedito il raggiungimento dell'estensione completa;
- Atteggiamento in valgismo o varismo, si perde il fisiologico allineamento di anca-ginocchio-caviglia.

L'artrosi è un fenomeno imputabile a molte cause. È bene sapere che esiste un'artrosi fisiologica: processo naturale dovuto all'avanzare dell'età, come le rughe ed i capelli bianchi. Questa non è sintomatica e non necessita di alcun trattamento.

Le cause che conducono invece ad artrosi sintomatica di ginocchio invece sono spesso deformità congenite (assiali o rotatorie), traumi o artriti (come l'artrite reumatoide). Nell'80% dei casi l'artrosi si sviluppa nel compartimento mediale portando alla perdita del già citato allineamento anca-ginocchio-caviglia, portandosi verso il caratteristico varismo, se invece colpisce il solo compartimento laterale (5-10% dei

casi) determina l'atteggiamento opposto in valgismo.

L'artrosi è facilmente diagnosticabile con un esame clinico, non necessita infatti di indagini diagnostiche. Radiografie, risonanza magnetica o tomografia assiale computerizzata (TAC) sono d'elezione quando la presentazione è atipica: età di insorgenza dei sintomi al di sotto dei 40 anni oppure la comparsa contemporanea di dolore a più distretti sono esempi di variabili non comuni che lo specialista considererà nella sua valutazione.

Il trattamento chirurgico è ormai una procedura comune, il primo intervento risale a quasi 50 anni fa, nel corso degli anni sono tuttavia evoluti materiali e tecniche ma non solo...

Anche la gestione del **trattamento pre e post-chirurgico** ha subito notevoli evoluzioni, dapprima elemento di contorno, ora considerata dalle linee guida di centrale importanza al pari del trattamento chirurgico. **La fisioterapia** è divenuta infatti fondamentale per la remissione completa di segni e sintomi e nella prevenzione delle complicanze post-chirurgiche.

**È fondamentale che il paziente, come ricerca il chirurgo che reputa più esperto e degno di fiducia, si comporti allo stesso modo nella scelta del fisioterapista.**

Arrivare preparati all'intervento, sapere a cosa si andrà incontro e cosa fare nei momenti appena successivi l'operazione sono condizioni che devono essere chiarite prima di entrare in sala operatoria. L'informazione è l'elemento chiave, così da conciliare aspettative del paziente ed il reale risultato della chirurgia.

L'operazione ha lo scopo di riallineare anca-ginocchio-caviglia e ridurre il dolore ma questo non produce in modo automatico la ripresa delle attività che si facevano un tempo. È fondamentale concordare con il fisioterapista prima della chirurgia gli obiettivi riabilitativi, verrà definita la progressione dei goal, i tempi e le modalità con cui verranno raggiunti.

Al problema artrosico si aggiungono spesso altri disturbi muscoloscheletrici: rigidità articolari, dolori muscolari, deficit di escursione articolare, problematiche a strutture limitrofe come anca e rachide lombare. È bene risolvere tramite la fisioterapia tali disturbi in questa fase pre-chirurgica. Infine studi hanno mostrato che la forza del quadricipite (il muscolo che estende il ginocchio) è inversamente correlata

al dolore di ginocchio a qualunque grado artrosico. Pertanto il rinforzo pre-intervento oltre a ridurre i tempi di riabilitazione nel post operatorio permette di contenere il dolore al pari dei farmaci. Come il quadricipite, anche altri muscoli possono essere compromessi, è quindi fondamentale rapportarsi allo specifico motorio di ogni paziente per scegliere gli esercizi più indicati, rispettando carichi e tempi. Attenzione al fatto che si può sentire dolore ad un ginocchio sano nel momento in cui è il muscolo a soffrire e proiettare dolore.

La fisioterapia post-chirurgica ha invece due compiti: la prevenzione delle complicanze post-chirurgiche e il recupero della massima qualità di vita.

Rispetto alla fisioterapia rieducativa, è necessario concordare con il chirurgo ortopedico il programma, che si differenzierà a seconda della protesi impiantata, della tecnica chirurgica ed alla presenza di esiti cicatriziali. Inoltre è fondamentale considerare lo stato di salute generale del paziente: comorbidità, preferenze, peso, situazione familiare ne sono esempi.

Gli obiettivi iniziali sono molto incentrati sulla nuova struttura ginocchio; presa di coscienza, recupero del movimento e rinforzo rappresentano qui il centro della riabilitazione.

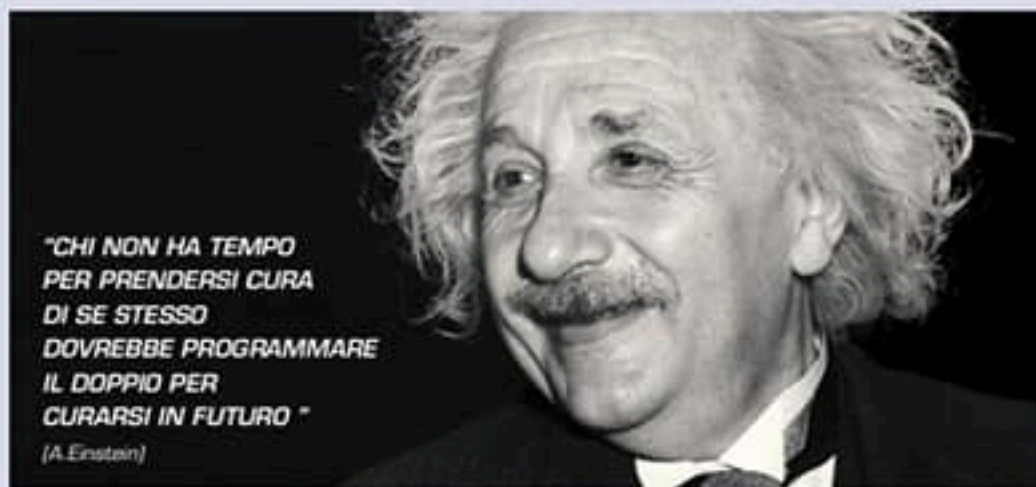
Nelle fasi successive si sposterà il focus all'intero arto inferiore, per arrivare alla fine ad avere la stessa fiducia tra i due arti. L'obiettivo? dimenticare l'intervento!

Tali passaggi non sono né semplici né scontati, specie in chi trascorre molti anni con dolore, poiché l'esperienza negativa modifica in modo malsadattivo la sequenza motoria. Ripristinare lo schema del passo corretto in una zoppia non è un gioco da ragazzi.

Pertanto, per ridurre al minimo la probabilità di insuccesso della chirurgia, è fondamentale che anche l'intervento fisioterapico pre e post chirurgia sia di alto livello, il fisioterapista deve saper inquadrare con particolare attenzione il punto di partenza, i punti di forza e gli ostacoli del percorso e stabilire reali obiettivi condivisi con il paziente.

Dott. Alberto Dattar

### L'aforisma



## Fisio — LAB

ESAME POSTURALE, ESAME FUNZIONALE SPORT SPECIFICO E MONITORAGGIO NEL TEMPO

Per individuare e prendersi carico delle difformità individuali.

Il prezzo della PREVENZIONE per i giovani sportivi a San Donà è di 36 euro! ELASTICITÀ, COORDINAZIONE, FORZA e SIMMETRIA sono solo alcune tra le caratteristiche fondamentali per affrontare al meglio la stagione sportiva!

Chiedi al presidente della tua società di aderire





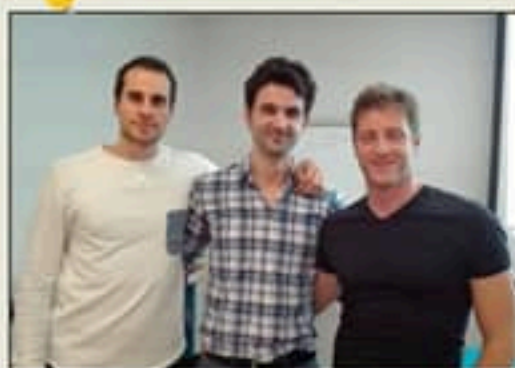
## Altri nostri Servizi

- Idrochinesiterapia
- Trattamento mal di testa
- Trattamento articolazione temporo - mandibolare
- Running Clinic
- Trattamento Pre-Chirurgia
- Trattamento Post-Chirurgia
- Gruppi anziani
- Terapie fisiche (Laser, Tecar)
- Gruppi Prevenzione

## Noi c'eravamo



Corso MET "Olsen Institute"



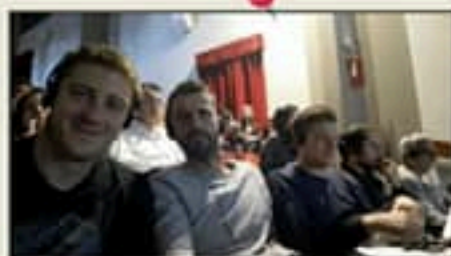
Corso "Chronic low back pain" con Luca Maestroni



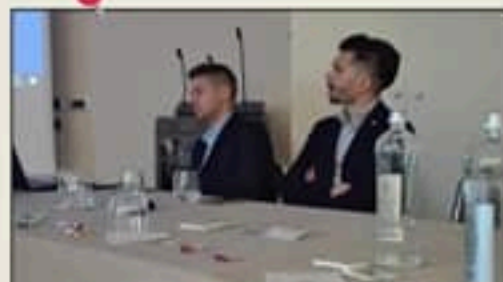
Corso "La spalla dolorosa" con Shirley Saharmann



Chirurgia robotizzata d'anca



Corso "Chirurgia di spalla"



Didattica ECM pediatrico "Patologia d'anca"



Intervento formativo scuole superiori



Corso "Dry Needling" con Cesar De La Penas



Didattica "Disfunzione di movimento" con i medici



Via Venezia, 9  
30027 San Donà di Piave (VE)



Tel. 0421 307185  
Cell. 333 2036109



info@fisioterapia.mulè.it



www.fisioterapia.mulè.it



Fisioterapia Mulè Sas di Claudio Mulè

Il tuo riferimento in Salute

FISIOTERAPIA MULÈ