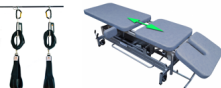


Riabilitazione Oggi

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - LQ/MI



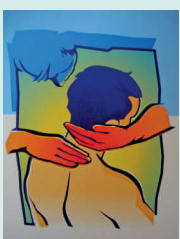
www.masolet.it

Perchè questo corso?

Noi fisioterapisti siamo tenuti all'aggiornamento professionale tramite la frequenza di corsi ECM tenuti da vari provider su tutto il territorio nazionale. Ma quale scegliere? A volte siamo tentati di scegliere quello "meno impegnativo" pur di ottenere i crediti formativi necessari; altre volte, invece, abbiamo bisogno di un corso che fornisca quelle competenze che ci distinguono dagli altri colleghi. Ospiteremo in questo spazio una breve descrizione di quei corsi che a nostro giudizio meritano di essere evidenziati.

La Terapia Manuale e Jochen Schomacher

La Terapia Manuale è un approccio fisioterapico orientato ad aiutare i pazienti affetti da dolore e disfunzioni correlati al sistema locomotore. Jochen Schomacher insegna questa disciplina in Italia da 16 anni sulla base del Concetto OMT (Orthopaedic Manual Therapy) Kaltenborn-Evjenth. Il norvegese Freddy Kaltenborn ha fondato questa specializzazione in fisioterapia nel 1950 coadiuvato, a partire dal 1940, dal suo collega Olaf Evjenth. Nel 1973 Kaltenborn, assieme a Geoffrey Maitland e ad altri fisioterapisti, ha fondato la International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (www.ifompt.org) della quale è membro anche il Gruppo di Terapia Manuale italiano (GTM, www.terapiamaneuale.it). Jochen Schomacher insegna il livello base della Terapia Manuale e consiglia agli studenti che vogliono continuare la loro specializzazione di frequentare un programma Master universitario riconosciuto dal GTM. Jochen Schomacher è un fisioterapista tedesco che segue con passione la Terapia Manuale da oltre 27 anni. Dopo aver acquisito il diploma OMT in Germania, ha studiato per diventare insegnante in fisioterapia in Francia (MCMK) e ha conseguito il "Doctor of Physical Therapy" negli Stati Uniti. Nel 2002 ha iniziato il suo percorso accademico in Germania con il Bachelor of Science e il Master of Science in Physiotherapy, per concludere questo percorso nel 2012 con l'acquisizione del dottorato di ricerca (PhD) presso la Aalborg University in Danimarca. Schomacher ha insegnato per circa 10 anni in una scuola di fisioterapia in Germania e da 19 anni insegna Terapia Manuale nei corsi di educazione continua. Ha inoltre pubblicato 2 libri di cui uno è stato anche tradotto in Inglese, Giapponese e Italiano. Completano la sua attività didattica e scientifica alcuni capitoli di libri di fisioterapia, oltre 50 articoli di cui più di 10 in riviste internazionali e diverse relazioni tenute presso congressi nazionali e internazionali.



Nello spirito della nuova rubrica "Perché questo corso", abbiamo colto l'occasione per fare alcune domande sulla Terapia Manuale a Jochen Schomacher.

Jochen Schomacher, io sono fisioterapista e lavoro già con i pazienti. Perché dovrei imparare la Terapia Manuale?

Lei non deve! Se a già risolvere tutti i problemi dei suoi pazienti, non ha bisogno di niente! Invece (ogni tanto) riscontra delle difficoltà, oppure vuole capire meglio o migliorare il suo approccio al paziente, allora la Terapia Manuale ha qualcosa da offrirle.

Che cosa si impara?

Un metodo sistematico per l'esame e il trattamento dell'apparato locomotore al fine di individuare e correggere le disfunzioni correlate ai segni e ai sintomi del paziente.

Ma questo fa già parte del mio approccio di fisioterapista?

Certo! Effettivamente nella Terapia Manuale parliamo comunque della fisioterapia, ma aggiungiamo nuove conoscenze e capacità. Per questo il corso è riservato a chi è già in possesso della qualifica di fisioterapista.

Ho letto che la manipolazione e la mobilizzazione non sono molto efficaci. Allora dovrei impararle? Effettivamente, studi di alta qualità dimostrano, ad esempio, che la manipolazione lombare non è più

efficace di altre tecniche o del placebo [1, 2]. E nella cervicalgia sappiamo che la mobilizzazione non è molto più efficace dell'esercizio fisico [3]. Per questi motivi nel mio corso insegno le tecniche di mobilizzazione soprattutto per i casi di rigidità articolare, dove l'evidenza clinica ne dimostra l'efficacia.

Nel suo corso insegna le manipolazioni?

Sì, ma non le insegno nel corso di "primo livello" (5 settimane), bensì le introduco in quello di "secondo livello" (2 settimane). Le manipolazioni sono in fondo delle tecniche classiche nella Terapia Manuale. Io insegno solo la manipolazione in trazione in posizione di riposo, ossia quella che è suggerita ai fisioterapisti da Freddy Kaltenborn, in quanto a basso rischio [4]. Le altre tecniche manipolative che prevedono movimenti rotatori sono pericolose. È sufficiente chiedere conferma di questo rischio a un neurologo oppure consultare la letteratura per rendersene conto [5-7].

Ma allora perché devo imparare la mobilizzazione se lei sostiene che l'esercizio sia più efficace?

Gli studi dimostrano che, quando trattiamo il dolore, la mobilizzazione non è più efficace di altre tecniche. Ma la mobilizzazione resta sempre una tecnica importante per la rigidità articolare. Tanti professionisti

sti nel trattare un'articolazione rigida usano la classica mobilizzazione a braccio di leva e tale manovra evoca una compressione puntiforme delle superfici articolari creando danni, così come è stato dimostrato ad esempio nell'articolazione tibiotarsica [8] e nell'anca [9]. Questi danni possono essere evitati utilizzando la trazione traslatoria e rettilinea come proposta da Kaltenborn [4]. L'evidenza scientifica è a favore di questo approccio per esempio nella tibiotarsica [10] e nell'anca [11]. Vale dunque sempre la pena di imparare la mobilizzazione traslatoria e rettilinea!

E gli esercizi attivi?

Gli esercizi hanno un ruolo essenziale nella Terapia Manuale e sono il completamento della sessione di mobilizzazione passiva. Per il trattamento analgesico della cervicalgia gli esercizi sono addirittura più efficaci rispetto alle tecniche passive [12]. Di conseguenza uso molto gli esercizi rispettando per quanto possibile l'evidenza scientifica.

Ma io non sono uno scienziato e non voglio perdermi in discussioni teoriche. Lavoro con i pazienti e voglio solo farli stare meglio!

Lei ha ragione! Lavorare 8-10 ore al giorno con i pazienti e poi cercare alla sera l'evidenza scientifica per il proprio approccio è stancante e quasi infaticabile. Questo è il mio lavoro da insegnante: io devo studiare gli sviluppi scientifici per fornire ai corsisti le conclusioni aggiornate per la pratica. Per tale motivo (80% circa del corso è dedicato alla pratica e il restante 20% alla teoria).

Questo cosa significa?

Significa che il corsista impara a esaminare e trattare il paziente sia attraverso le tecniche sia con un ragionamento clinico ben integrato nella medicina accademica. Vuol dire che ogni medico capirà e accetterà ciò che fa lei con il paziente perché il suo approccio sarà basato sulle scienze di base e sulle attuali evidenze. Inoltre, sarà chiaro che il nostro approccio fisioterapico è diverso da quello medico e lo completa. In questo modo non lavoriamo in concorrenza con il medico, ma ne ricerchiamo la collaborazione.

Perché insiste così tanto sull'evidenza scientifica?

Perché è il futuro! I trattamenti che non dimostrano la loro efficacia, prima o poi non saranno più rimborsati dal sistema sanitario. Ed è anche più corretto di fronte al paziente adottare un trattamento che ha mostrato la sua efficacia anziché dire "io credo che questo possa farla stare bene".

Ma l'esperienza spesso ci insegna delle tecniche che funzionano bene!

L'esperienza è la base della nostra fisioterapia, perché quasi tutto ciò che facciamo è nato dall'esperienza di alcuni terapisti molto bravi e appassionati come Kaltenborn e Evjenth. Ora però siamo in un periodo in cui dobbiamo verificare e sviluppare queste conoscenze. Le faccio un esempio: alcuni studi hanno dimostrato che non vi è alcuna differenza nel trattamento del dolore cervicale cronico tra manipolazione, mobilizzazione postero-anteriore e gli SNAGS (Sustained Natural Apophyseal Glides) di Mulligan [13]. Lo stesso risultato è stato ottenuto trattando il

dolore cervicale con la mobilizzazione secondo Maitland, secondo Mulligan e solo con esercizi attivi [14]. Inoltre, una revisione della letteratura ha mostrato che non vi è alcuna differenza sul dolore cervicale tra il trattamento secondo McKenzie e l'"attendere e non fare niente" e altre tecniche [14]. L'esperienza ci "consiglia" di imparare questi metodi/concetti. Noi però dobbiamo essere onesti e cercare quello trattamento è il migliore per il paziente - e che cosa vale la pena imparare.

Questo è scoraggiante. Se non vi sono differenze tra i diversi concetti fisioterapici, perché allora devo studiarli? E perché devo fare un suo corso? Il suo Concetto OMT Kaltenborn-Evjenth è un corso migliore degli altri?

Non pretendo di dire che sia migliore. Tutte le strade portano a Roma e sono anche convinto che i colleghi fisioterapisti che usano gli altri concetti possano aiutare molto bene i pazienti. Nel Concetto OMT Kaltenborn-Evjenth cerchiamo semplicemente di strutturare e trasmettere le attuali conoscenze abbinandole a ciò che ci ha dato l'esperienza della Terapia Manuale. Chi impara bene la Terapia Manuale possiede gli strumenti per un approccio logico, veloce e pratico da usare nel lavoro con il paziente e può spiegarlo e giustificarlo con le conoscenze e l'evidenza scientifica e clinica disponibili.

Dove posso informarmi se voglio saperne di più?

La letteratura sulla Terapia Manuale è molto vasta. PubMed, per esempio, indica 28.553 articoli in risposta alla stringa di ricerca "Manual Therapy" (accesso del 31/03/2015) - impossibile leggerli tutti! È necessario focalizzare la ricerca su un aspetto che interessa in modo particolare. Kaltenborn ed Evjenth hanno scritto tre libri ciascuno (in lingua inglese). Il mio libro sulla Terapia Manuale li completa e rappresenta la base del mio corso. Visiti il seguente link: <http://ebookstore.thieme.com/product/orthopedic-manual-therapy>. In tale pagina può cliccare sull'icona "Viewinside" e leggere gratuitamente 36 pagine del libro, giusto per farsi un'idea. Quest'estate è prevista la pubblicazione della seconda edizione italiana da parte della Casa Editrice EDRA LSWR di Milano.

Se vuole la lingua tedesca può visitare il mio sito www.mt-omt.de dove sono a disposizione gratis alcune delle mie pubblicazioni. Se desidera, può partecipare gratuitamente a una mezza giornata in uno dei miei corsi (dopo aver avvisato sia me sia l'organizzatore per evitare un numero troppo alto di partecipanti).

Dove e quando è possibile frequentare i suoi corsi? È sufficiente andare su <http://goo.gl/L9HmXn> o leggere il QR Code riportato qui sotto per venire a conoscenza dei miei corsi.

Bibliografia

- Rubinsten SM, Terwee CB, Assendelft WJ et al. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain: an update of the cochrane review. Spine 2013;38:1598-1577.
- Rubinsten SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ et al. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain: an update of a Cochrane review. Spine 2011;36(3):E825-46.
- Lluch E, Schomacher J, Gizzi L et al. Immediate effects of active cranio-cervical flexion exercise versus passive mobilization of the upper cervical spine on pain and performance on the cranio-cervical flexion test. Manual Therapy 2014;25:31.
- Kaltenborn FM. Manual Mobilization of the Joints, Vol.III. Traction-Manipulation of the Extremities and Spine, Basic thrust techniques. Oslo: Norli, 2008.
- Ernst E, Canter PH. A systematic review of systematic reviews of spinal manipulation. Journal of the Royal Society of Medicine 2006;99:192-6.
- Schomacher J. Manipulation der HWS und evidenzbasierte Medizin, Literaturstudie

- zur Manipulation für Physiotherapeuten. Manuelle Therapie 2007;11:229-39.
- Ernst E. Manipulation der Wirbelsäule. Wie gut ist diese Therapieform belegt? Manuelle Therapie 2012;16:170-1.
- Schomacher J. Impingement-Syndrom des oberen Sprunggelenks. Manuelle Therapie 2010;14:91-7.
- Baer TE, Stollery MP, Thedens DR et al. Development of an ankle distraction device compatible with MRI and radiography. Foot and Ankle International 2006;27(6):472-4.
- Schomacher J. Traktion des Hüftgelenks - Eine Pilotstudie. Manuelle Therapie 2008;12:67-76.
- Kay TM, Gross A, Goldsmith CH et al. Exercises for mechanical neck disorders (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;(8):1-140.
- Perez LM, Perez JLA, Martinez AD et al. Is one better than another? A randomized clinical trial of manual therapy for patients with chronic neck pain. Manual Therapy 2014;19(3):212-21.
- Ganesh GS, Mahanty P, Pattanik M, Mishra C. Effectiveness of mobilization therapy and exercises in mechanical neck pain. Physiotherapy Theory and Practice 2014;31:8 (ahead of print).
- Takasaki H, May S. Mechanical Diagnosis and Therapy has similar effects on pain and disability as 'wait and see' and other approaches in people with neck pain: a systematic review. Journal of Physiotherapy 2014;60:78-86.



Nella nuova edizione del volume di Jochen Schomacher (di prossima pubblicazione da parte di Edra) il lettore trova la stessa impostazione dei suoi corsi: la necessità di conoscere in modo accurato la biomeccanica ma anche l'importanza delle competenze pratiche necessarie a individuare, valutare e influenzare positivamente la disfunzione del paziente.

Nel volume *Terapia manuale - Imparare a muovere e percepire*, Schomacher presenta un approccio sistematico per la valutazione e il trattamento delle disfunzioni posturali e del movimento, con la chiarezza e la coerenza didattica che ne hanno garantito il grande successo internazionale.

Presto disponibile su www.edizioniedra.it

RiabilitazioneOggi Diagnosi fisioterapica

Sindrome da conflitto della spalla: è davvero una "diagnosi"?

STEVEN DE CONINCK, MSC PT
Gruppo Europeo Insegnamento
di Medicina Ortopedica (ETGOM)
info@etgoma.eu

La cosiddetta "sindrome da conflitto" è una delle più frequenti condizioni dolorose della spalla. Mi colpisce però che spesso utilizzo senza questa terminologia senza riflettere abbastanza. La "sindrome da impingement" certamente è una non-diagnosi, ma solo una sorta di dichiarazione. Dal punto di vista clinico, tale osservazione non mi aiuta molto. Le sotto-classificazioni della sindrome - "impingement primario", "impingement secondario", "conflitto subacromiale esterno" e "postero-superiore interno glenoideo" - sono molto belle in teoria, ma nella pratica clinica riabilitativa non sono di grande aiuto. Veramente non siamo in grado di fare meglio di così?

Qual è l'esatta struttura che entra in conflitto? La borsa, le strutture legamentose, quelle contrattili? Quale (o quali) e soprattutto dove, precisamente? Una diagnosi più specifica ed affidabile potrebbe indicarci la strada verso un trattamento più efficace. Così dobbiamo concentrarci sul ragionamento clinico, che di fatto è il fondamento della moderna Terapia Manuale e anche della Medicina Ortopedica Cyriax. Cyriax? Non è un po' datato? In effetti, alcuni di noi potrebbero condividere questa percezione, ma il metodo di ragionamento clinico obiettivo di Cyriax è forse più attuale che mai. In fondo noi fisioterapisti condividiamo la stessa sfida: un paziente ci descrive il suo problema e noi dobbiamo cercare di scoprire che cosa lo produce. Perciò poniamoci una domanda sinché: basandoci sugli elemen-

ti anamnestici, della storia della condizione e sull'esame funzionale, è possibile differenziare tra un'artrite traumatica di III stadio, una borsite cronica sottodeltoidea, una tendinosi tenoperiostale del sottospinato o una lesione della parte profonda dell'acromion-clavicolare? Le suddette diagnosi corrispondono a quadri clinici completamente diversi e necessitano di approcci terapeutici specifici. Questo tipo di conoscenze cliniche è molto importante sia per il medico che per il fisioterapista. Così, quando abbiamo il sospetto di una sindrome da conflitto, l'obiettivo principale è quello di scoprire quale struttura entra in conflitto e in quale preciso punto. Una volta stabilita una diagnosi più specifica, allora saremo in grado di influenzare in modo ottimale la nostra strategia di trattamento. Il sopraspinato è la prima struttura ad entrare in conflitto: in tal caso la (ripetuta) abduzione contro resistenza (*musssima contrazione isometrica, da una posizione neutra*) sarà il principale test che risulterà positivo all'esame funzionale, con qualche segno "focalizzante". Che cos'è un segno localizzante?

È uno specifico segno che troviamo durante l'esame funzionale che ci aiuta a individuare la specifica parte della struttura che sta subendo il conflitto. Se troviamo dolore nell'abduzione contro resistenza in combinazione ad un arco doloroso (AD), allora questo AD ci indirizza verso una menomazione della parte tenoperiostale del sopraspinato e non della porzione muscolo-tendinea. Lo stesso vale per il dolore a fondo corsa nell'elevazione passiva. Nella Medicina Ortopedica Moderna Cyriax è sempre molto importante focalizzarsi sul quadro clinico completo; gli elementi caratteristici della storia della condizione del paziente e un gruppo di segni positivi e negativi che devono essere compatibili. Siamo sempre alla ricerca delle cosiddette "verosimiglianze intrinseche". Certamente, un AD non ci orienta soltanto nella direzione di un'altezza del sopraspinato. Esistono un certo numero di altre opzioni.

• Dolore alla rotazione esterna resistita e un AD: parte tenoperiostale dell'infrazionato. • Dolore alla rotazione interna resistita e AD: porzione craniale tenoperiostale del sottoscapolare. • Dolore a fine corsa nelle rotazioni passive, elevazione e adduzione orizzontale passiva e un AD: stiramento della parte profonda dell'acromion-clavicolare (dolore nel dermatoma C4). • Dolore a fine corsa nelle rotazioni passive, elevazione e AD: pensiero ad una borsite cronica sottodeltoidea (dolore nel dermatoma C4). Quindi un AD, in combinazione con altri test positivi, può essere un utile segno clinico, che rende la non-diagnosi di impingement più specifica. È importante sottolineare che un AD non è mai presente nel caso di una borsite sottodeltoidea acuta o nel caso di un artrite. Una volta stabilito, per esempio, che la parte tenoperiostale dell'infrazionato è alterata, possiamo iniziare un piano di trattamento più specifico: una tecnica di massaggio trasversale profondo in un preciso punto potrebbe essere molto utile, magari in combinazione con altre modalità di trattamento (per esempio un tape che aumenti la distanza acromion-omero!).

Per la tua pubblicità su RiabilitazioneOggi [pubblicita@riabilitazioneoggi.com](http://www.riabilitazioneoggi.com)