

## RISPOSTE ALLE DOMANDE PIU' FREQUENTI



Per chiarire agli utenti gli aspetti più comuni del mondo della rieducazione e della riabilitazione, abbiamo dedicato questo spazio alle risposte sulle domande più frequenti (FAQ: Frequently Asked Questions).

Ringraziamo gli specialisti del Comitato Scientifico dell'Airpec che hanno collaborato alla selezione delle risposte ed alla loro divulgazione agli utenti. L'Airpec chiede ai collaboratori esterni, ai ricercatori ed ai soci professionisti di mantenere l'impegno di monitorare e rispondere alle domande più frequenti che riguardano le patologie, le deformità vertebrali e le disfunzioni dell'apparato locomotore.

Medici Ortopedici, Fisiatri, Posturologi e Fisioterapisti pubblicheranno in questo spazio le risposte alle domande più frequenti sulla riabilitazione.

**Scorrendo in basso questa pagina troverete gli argomenti così disposti:**

- ***Colonna Vertebrale:***

- ✓ Scoliosi
- ✓ Ipercifosi
- ✓ Iperlordosi
- ✓ Postura
- ✓ Spondilolistesi
- ✓ Ernia del disco
- ✓ Lombalgia
- ✓ Dorsalgia
- ✓ Cervicalgia
- ✓ Fratture vertebrali
- ✓ Osteoporosi

- ***Ginocchio:***

- ✓ Sindromi Meniscali
- ✓ Sindromi Legamentose
- ✓ Sindromi Rotulee

- ***Spalla:***

- ✓ Sindrome da Impingment
- ✓ Tilt anteriore

**Colonna Vertebrale:**

✓ ***Scoliosi***

**Q: Cos'è la scoliosi?**

*A: La scoliosi è una deformità vertebrale che evolve con l'accrescimento scheletrico e si sviluppa su tre piani dello spazio: in estensione, in torsione ed in lateroflessione della colonna vertebrale. Può avere caratteristiche estetiche diverse e può impegnare diversi tratti della colonna.*

**Q: Cos'è il gibbo?**

*A: Il gibbo è l'espressione somatica della deformazione del tronco in un soggetto scoliotico. Tale deformazione è dovuta alla componente di torsione, propria della scoliosi strutturata.*

**Q: Come si cura la scoliosi?**

*A: La scoliosi si cura con una ginnastica altamente specifica e, se necessario, con l'ausilio di un corsetto (o gesso) ortopedico. Non esistono al momento dati scientifici comprovati che ammettano l'efficacia di altri trattamenti.*

**Q: Quanto tempo dura il trattamento delle scoliosi?**

*A: Il trattamento delle scoliosi dura almeno fino al termine dell'accrescimento e dell'ossificazione scheletrica. Entro tale termine le scoliosi strutturate evolvono più o meno velocemente, assieme alla crescita dello scheletro: oltre tale termine non peggiorano più (ad eccezione delle scoliosi al limite chirurgico).*

**Q: Tutte le scoliosi si trattano con il corsetto ortopedico?**

*A: Il corsetto ortopedico è uno strumento necessario alla riduzione dell'evoluzione scoliotica. Tuttavia, essendo vistoso e parzialmente limitativo, per chi lo indossa, l'orientamento prescrittivo è legato alla gravità della scoliosi o alla sua scarsa riducibilità con la sola ginnastica. Non esistono regole definite ma si cerca di prescrivere un corsetto se le scoliosi tendono a superare i 30° radiografici.*

**Q: A che serve la ginnastica correttiva o posturale per le scoliosi?**

*A: La ginnastica specifica è parte integrante del percorso di trattamento: serve a stabilizzare le curve scoliotiche, a de-rotarle (specialmente sul tratto lombare) ed educare il soggetto scoliotico a migliorare la postura del tronco ed il controllo delle asimmetrie: in un solo concetto, arresta la tendenza evolutiva della scoliosi.*

**Q: Cosa vuol dire Risser scheletrico?**

*A: Il Risser scheletrico è un metodo di misurazione dell'ossificazione della colonna vertebrale che prende il nome dal suo scopritore. Si basa sulla linea di ossificazione che in radiografia si può osservare sul profilo delle creste iliache del bacino. Serve a capire per quanto tempo ancora una scoliosi può peggiorare ed anche essere trattata.*

**Q: Cosa vuol dire atteggiamento scoliotico?**

*A: L'atteggiamento scoliotico è un "modo di stare" della colonna vertebrale. La caratteristica fondamentale è una deviazione assiale, frontale, della colonna vertebrale che non ha un potenziale evolutivo. Non si apprezzano perciò deformità toraciche e non peggiora con l'accrescimento scheletrico.*

**Q: In tutte le scoliosi serve il rialzo plantare?**

*A: Il rialzo plantare serve solo se esiste uno squilibrio del bacino che comporta un peggioramento dell'equilibrio della colonna vertebrale e della scoliosi: solo in questo caso. Compensare invece presunte eterometrie degli arti inferiori, apprezzabili solo in radiografia, potrebbe costituire un grossolano errore di valutazione.*

**Q: Le posture scorrette provocano la scoliosi?**

*A: Le posture scorrette, come il trasporto degli zaini pesanti degli scolari, non provocano la scoliosi. La scoliosi infatti, è una deformità scheletrica con caratteristiche di familiarità. E' ragionevole pensare invece che le posture scorrette possano condizionare l'esito positivo di un trattamento con ginnastica specifica per chi ha già una scoliosi.*

**Q: Perché dalla scoliosi non si guarisce?**

*A: La scoliosi è una deformità scheletrica, non una patologia nel senso stretto del termine, infatti non provoca dolore. Avere una colonna vertebrale perfettamente dritta non è sinonimo di sanità e funzionalità, perciò guarire da una scoliosi non vuol dire ridurre a zero le curve ma frenarne l'evoluitività, cercando di mantenere ridotte le deformità ed assicurando la funzionalità della colonna.*

**Q: Il nuoto serve ai soggetti scoliotici?**

*A: Il nuoto è uno sport, non una ginnastica altamente specifica. Come tutti gli sport aumenta molte capacità di forza e controllo del movimento. Tuttavia non permette di focalizzare esercizi specifici su singoli gruppi muscolari della colonna vertebrale. In secondo luogo, l'ambiente acquatico crea una condizione spaziale temporanea dell'uomo: svolgiamo la maggior parte della nostra vita sotto l'effetto della forza di gravità. La scoliosi evolve sotto l'effetto di tali forze fisiche e va trattata in condizioni*

*di gravità normale. Inoltre nelle scoliosi particolarmente gravi, il nuoto aumenta la componente torsionale delle vertebre velocizzando l'evoluzione scoliotica.*

## ✓ ***Ipercifosi***

### **Q: Cos'è l'ipercifosi?**

*A: L'ipercifosi è un aumento della curva cifotica dorsale, che a volte interessa anche altri tratti della colonna. Tale aumento può essere conseguente a deformità vertebrale oppure ad ipostenia dei muscoli della colonna vertebrale. Nel primo caso l'ipercifosi è denominata osteocondrosica, nel secondo caso è un atteggiamento (che può determinare deformità durante il periodo di accrescimento dello scheletro).*

### **Q: Cosa vuol dire osteocondrosi?**

*A: L'ostecondrosi è una deformità delle vertebre nella loro porzione anteriore. Il risultato di questa deformazione del corpo vertebrale è un aspetto a "cuneo" della vertebra. Con il termine osteocondrosi si identifica anche una sofferenza della porzione anteriore delle cartilagini di accrescimento delle vertebre.*

### **Q: Cosa vuol dire ginnastica anticifosante?**

*A: La ginnastica anticifosante è un trattamento appositamente congeniato per le ipercifosi. La caratteristica fondamentale di questa ginnastica è la localizzazione degli esercizi, la ripetitività, e la specificità di intervento. Serve a ridurre l'azione gravitaria dell'ipercifosi ed invertirne la tendenza evolutiva.*

### **Q: A cosa serve il corsetto e quando si usa nelle ipercifosi?**

*A: Il corsetto ortopedico è uno strumento che serve a ridurre le deformità vertebrali nell'ipercifosi, durante il periodo di accrescimento scheletrico. Viene usato per coadiuvare l'azione della ginnastica specifica qualora esistano condizioni di rigidità della colonna vertebrale, tali da non permettere alla ginnastica di ottenere risultati soddisfacenti.*

### **Q: Quale sport è più consigliato per curare l'ipercifosi?**

*A: Lo sport è un'attività scarsamente specifica per le ipercifosi. Non esiste uno sport consigliato, tuttavia non esiste neanche una proscrizione all'attività sportiva in generale. Il trattamento delle ipercifosi deve essere altamente specifico e tale caratteristica non si può trovare in un'attività ludico-sportiva o di ginnastica generale.*

### **Q: L'ipercifosi si può riconoscere dalle "scapole alate"?**

*A: Le scapole alate sono un indice "estetico" di una condizione di ipotono muscolare o di un certo atteggiamento posturale. Talvolta sono associate ad ipercifosi ma non costituiscono un indice predittivo.*

### **Q: L'ipercifosi può provocare dolore?**

*A: Sappiamo oggi che il dorso curvo rigido o ipercifosi dell'adulto è spesso causa di dolori, anche su tratti vertebrali diversi. L'ipercifosi giovanile, in effetti, può*

*provocare qualche dolore, legato piuttosto alla postura che alle deformità vertebrali. Possiamo dire con certezza che tutte le ipercifosi dell'adulto sono state ipercifosi dell'adolescente: nell'adolescenza però si possono ridurre.*

**Q: L'ipercifosi è solo una patologia dell'adolescente?**

*A: No, l'ipercifosi è una deformità o un atteggiamento nell'adolescente; può diventare una patologia nell'età adulta.*

**Q: L'ipercifosi può provocare dolore cervicale?**

*A: Il dolore cervicale ha molte cause. L'ipercifosi nell'età adulta è spesso motivo di predisposizione ai dolori cervicali e lombari, perché un tratto della colonna vertebrale presenta una mobilità fortemente ridotta, a discapito degli altri tratti della colonna. Non esiste una regola di causalità diretta, tuttavia può essere motivo di dolore cervicale.*

**Q: L'ipercifosi si cura definitivamente?**

*A: Rispetto al trattamento della scoliosi, l'ipercifosi può essere ridotta ai minimi termini, talvolta definitivamente. Esiste una forma di prevenzione e di cura, poco diffusa forse, che serve ad ottenere risultati eccellenti.*

## ✓ ***Iperlordosi***

**Q: L'iperlordosi è una patologia?**

*A: L'iperlordosi non è classificata come patologia e neanche come deformità. In effetti non andrebbe considerata neanche in termini di disfunzione. È piuttosto una caratteristica della colonna lombare, spesso grossolanamente male interpretata.*

**Q: L'iperlordosi si può curare con il nuoto a dorso?**

*A: L'iperlordosi non deve essere curata. Spesso è solo una conseguenza di un'ipercifosi, talvolta un'ipercifosi dorso-lombare: quest'ultima non si cura con il nuoto, ma con un percorso di ginnastica specifica e, se serve, con trattamento ortesico.*

**Q: L'iperlordosi può dare problemi in gravidanza?**

*A: Solo nel caso di iperlordosi conseguente a ipercifosi dorso-lombare o antepulsione del bacino per varismo dell'anca, si possono avere problemi dolorosi alla colonna durante la gravidanza. Esistono presidi ortopedici dedicati a questo tipo di patologie e, comunque, non ci sono pericoli per la gestante o per il nascituro.*

**Q: L'iperlordosi è congenita?**

*A: Per le deformità vertebrali esiste la pacifica convinzione che esista una familiarità. L'iperlordosi è una caratteristica della colonna vertebrale, non è una deformità, tanto meno una patologia: in quanto tale non ha nessuna caratteristica congenita.*

**Q: L'iperlordosi si cura con gli esercizi addominali?**

*A: L'iperlordosi non si cura. Gli esercizi addominali sono spesso integrati nel trattamento della colonna vertebrale, con varie finalità, alcune delle quali ridurre la curva lordosica. Tuttavia ciò è pensato in un'ottica di globalità del trattamento al fine di riorganizzare i sistemi di compenso posturale. Gli esercizi addominali non sono pensati per curare l'iperlordosi.*

**Q: L'iperlordosi fa venire l'ernia al disco?**

*A: L'ernia del disco è sempre causata da convergenze di forze meccaniche sul disco intervertebrale. Una colonna vertebrale che presenta caratteristiche meccaniche alterate (disfunzioni), è sempre soggetta a sovraccarichi dei dischi intervertebrali. Tuttavia è stato studiato che le persone che hanno le curve fisiologiche del rachide aumentate (lordosi e cifosi), mantenendo però caratteristiche di ipermobilità articolare, sono meno soggetti a queste patologie. Il fattore determinante è dunque la mobilità, non l'aumento della lordosi.*

## ✓ **Postura**

**Q: Le posture scorrette possono provocare dolori alla schiena?**

*A: La postura è un modo di relazionarsi con l'ambiente esterno. Assumere posizioni statiche prolungate nel tempo può essere motivo di disfunzione o di dolore. L'uomo è fatto per muoversi.*

**Q: A che età andrebbe fatto l'esame posturale per prevenire patologie?**

*A: L'età della pre-adolescenza è in genere il momento in cui si possono manifestare deformità scheletriche e/o caratteristiche predittive di patologie. In realtà l'unico mezzo che esiste per fare una buona prevenzione è la diagnosi precoce. L'età migliore è dunque 6-7 anni, se non ci sono cause ereditarie per anticipare. Il consiglio migliore è quello di rivolgersi al medico pediatra.*

**Q: Quale postura si consiglia a chi lavora per molto tempo seduto?**

*A: Esistono dei consigli ergonomici e posturali, pubblicati e fruibili anche su questo sito, che aiutano a sostenere al meglio le posizioni sedute prolungate nel tempo. Tuttavia il consiglio migliore è quello di "rompere" lo schema posturale con regolarità, cioè muoversi dalla sedia il più possibile, cambiare posizione, fare piccoli esercizi di mobilità articolare ogni 20 minuti circa.*

**Q: Esiste una postura ottimale per quelli che lavorano stando sempre in piedi?**

*A: No, non si può mantenere una postura ottimale per tutto il tempo in cui si sta in piedi. Una buona educazione alla postura aiuta, così come un buono stato di allenamento dei muscoli posturali, però il consiglio è lo stesso di chi svolge un'attività sedentaria: evitare la staticità, muoversi.*

**Q: Esistono degli esercizi posturali per prevenire il mal di schiena?**

*A: Gli esercizi posturali possono prevenire le cause del mal di schiena, specialmente se queste sono correlate a deformità vertebrali dell'adolescenza. In senso più stretto però gli esercizi posturali vengono utilizzati per il trattamento delle*

*patologie e deformità vertebrali. La prevenzione consiste in una diagnosi precoce piuttosto che in un trattamento preventivo.*

**Q: Ci sono esercizi posturali per i dolori della colonna vertebrale?**

*A: Gli esercizi posturali hanno diverse finalità, una delle quali è ripristinare lo stato di benessere delle articolazioni e dei muscoli, cercando di agire sulla causa del dolore e non sull'effetto. Esistono certamente metodiche di esercizi che servono a curare il mal di schiena, la scelta del percorso riabilitativo o rieducativo sottende però ad una accurata analisi posturale e funzionale. A volte la cura del mal di schiena passa attraverso una serie differenziata di cure, abilmente strutturate e prescritte.*

✓ ***Spondilolistesi***

**Q: Che differenza c'è tra listesi e spondilolistesi?**

*A: La listesi è uno scivolamento anteriore di una vertebra rispetto alle altre superiore e/o inferiore, dovuto all'indebolimento dei legamenti e dei muscoli del muro posteriore e trasverso. La spondilolistesi, invece, è una rottura dell'arco posteriore della vertebra che ne determina uno scivolamento anteriore, spesso ingravescente.*

**Q: Come si cura la spondilolistesi?**

*A: L'orientamento nella cura è determinato dalla gravità del caso, in relazione all'età del soggetto e ad altri fattori condizionanti. Esiste una pertinenza terapeutica, farmacologica e con ginnastica specifica; una pertinenza conservativa, con l'ausilio di corsetto ortopedico; una pertinenza chirurgica con bloccaggi fissi o elastici.*

**Q: Ci sono farmaci che curano la spondilolistesi?**

*A: No, i farmaci servono a curare il sintomo, non la causa patologica.*

**Q: Si può perdere l'uso delle gambe se non si cura la spondilolistesi?**

*A: L'uso delle gambe si può perdere per diverse cause. La spondilolistesi è, il più delle volte, sintomatica, perciò viene sempre curata in tempo. Da un punto di vista squisitamente meccanico, se la vertebra continuasse a scivolare anteriormente, ad un certo punto strozzerebbe il midollo spinale compromettendo l'uso degli arti inferiori: normalmente si interviene prima.*

**Q: La spondilolistesi può provocare la sciatica?**

*A: Sì, la spondilolistesi è spesso associata a compressione del nervo ischiatico, anzi, talvolta la sciatalgia è bilaterale, cioè il dolore è irradiato su tutt'e due gli arti inferiori.*

✓ ***Ernia del disco***

**Q: Protrusione ed ernia, sono la stessa cosa?**

*A: La protrusione è una deformazione dell'anello fibroso del disco (la parte esterna) che deborda rispetto al profilo anatomico delle vertebre. L'ernia invece è la rottura dell'anello fibroso associata alla fuoriuscita del nucleo polposo (parte interna del disco). La differenza sostanziale è che nel primo caso il disco è integro, nel secondo caso è danneggiato.*

**Q: L'ernia del disco si riduce con le manipolazioni?**

*A: Le manipolazioni vertebrali riducono alcune cose ma non l'ernia. L'ernia è un danno del disco che gli fa perdere la sua funzione. Talvolta le manipolazioni possono ridurre le tensioni dei tessuti muscolari dovute al meccanismo antalgico dell'ernia. Altre volte le manipolazioni possono acutizzare il dolore per l'azione meccanica sul disco danneggiato. In ogni caso la riduzione dell'ernia è possibile solo per disidratazione o chirurgicamente.*

**Q: Le infiltrazioni di cortisone curano tutte le ernie?**

*A: Le infiltrazioni di farmaci steroidei servono per ridurre i processi infiammatori. Nella cura dell'ernia possono fare parte della terapia ma non ci sono esperienze scientifiche che ci diano certezza di effetto stabile nel tempo. L'uso di farmaci cortisonici è relativo alle condizioni generali del paziente ed alla necessità terapeutica: non curano tutte le ernie e i casi vanno valutati singolarmente.*

**Q: L'ernia può tornare?**

*A: La letteratura scientifica è piena di articoli sulle recidive delle ernie. Il disco completamente erniato e ridotto chirurgicamente non produce più alcun danno. Si verifica però nel tempo la possibilità che dischi di metameri superiori o inferiori si possano erniare. Per questa ragione l'orientamento chirurgico è molto cauto sulla riduzione per mezzo dell'operazione.*

**Q: Il nuoto aiuta a curare le ernie?**

*A: Il nuoto può essere contemplato nel trattamento delle ernie, in quanto i vantaggi sono legati soprattutto alla diminuzione della forza di gravità in ambiente acquatico. Siamo però disposti a riflettere sul fatto che esistono delle ginnastiche specifiche in acqua che possono avere effetti più rapidi nella cura di queste patologie, come ad esempio l'idrokinesiterapia.*

**Q: La chinesiterapia è indicata per la cura dell'ernia del disco?**

*A: La chinesiterapia e la rieducazione funzionale servono a diminuire il dolore e ripristinare la funzionalità della colonna vertebrale, riducendo le zone di convergenza di forze meccaniche sul disco erniato. Se l'ernia è di pertinenza terapeutica, la chinesiterapia è sempre indicata. Così come dopo l'intervento di riduzione chirurgica.*

**Q: Le fasce elastiche aiutano a curare le ernie o sono nocive alla muscolatura?**

*A: Senz'altro i bustini elastici aiutano a sostenere la colonna vertebrale nella fase sub-acuta da esiti di ernia del disco. Così come è innegabile che aiutino a diminuire il dolore muscolare. È essenziale però che l'uso del bustino sia ben programmato,*



*monitorato nel tempo e progressivamente abbandonato: è bene che siano i muscoli a sorreggere la colonna vertebrale.*

**Q: L'intervento chirurgico è sempre risolutivo?**

*A: No, l'intervento chirurgico da un margine di soluzione molto alto, solo se l'ernia produce un insulto dannoso su una zona innervata spinale. L'orientamento del chirurgo è subordinato alla gravità della compressione dell'ernia e non alla quantità del dolore che essa produce.*

✓ **Lombalgia**

**Q: Come si cura il blocco doloroso della colonna lombare?**

*A: Essenzialmente con una buona cura farmacologica, con un riposo forzato che deve essere abbandonato progressivamente ed il più presto possibile, con l'ausilio controllato di un bustino elastico e con una buona ginnastica di sostegno vertebrale.*

**Q: La lombalgia è sempre causata da un'ernia?**

*A: No, lombalgia vuol dire "dolore alla colonna lombare", può essere causata da un danno (come ad esempio l'ernia) o da una disfunzione, cioè da cause o caratteristiche biomeccaniche che minacciano l'integrità delle strutture mio-articolari e neurologiche, determinando una reazione di contrattura, infiammazione e perdita di controllo posturale: in breve, dolore.*

**Q: La lombalgia si cura solo con farmaci e riposo?**

*A: La cura della lombalgia è determinata dalle cause di questa. Comprende sistemi di terapia farmacologica, ortesica, fisica, manuale e del movimento. Il farmaco serve per curare l'effetto della lombalgia, non la causa. Il riposo può aiutare solo in una prima fase, poi è necessario invece riconquistare progressivamente la mobilità della schiena.*

**Q: La lombalgia si può prevenire?**

*A: Come tutte le patologie, la prevenzione più efficace è la diagnosi precoce, ai primi sintomi. Tuttavia prevenire la lombalgia potrebbe significare non sapere mai se sarebbe arrivata. Un sano costume di vita sarebbe mantenersi in forma, con un'adeguata ginnastica generale: il resto viene da sé.*

**Q: Lombalgia e sciatalgia sono collegate?**

*A: Spesso la lombalgia è il primo sintomo di una sciatalgia, tuttavia non sono sempre correlate da causalità diretta. Esistono infatti stati di compressione periferica del nervo ischiatico (es. sindrome del piriforme) che si manifestano con una sciatalgia, senza sintomi di lombalgia.*

**Q: La lombalgia può venire per una postura scorretta?**

*A: Naturalmente sono molti i dolori che possono emergere per una postura scorretta prolungata nel tempo, uno di questi è la lombalgia.*

## ✓ *Dorsalgia*

### **Q: I dolori dorsali possono provocare dolori allo sterno?**

*A: Sì, nelle dorsalgie da ipercifosi dell'adulto è piuttosto frequente che il meccanismo articolare tra costole e vertebre tenda a non funzionare correttamente, impedendo il libero movimento delle costole durante gli atti respiratori e trasmettendo tensioni muscolari alle articolazioni sterno-costali.*

### **Q: I dolori dorsali possono creare difficoltà alla respirazione?**

*A: Le difficoltà della respirazione hanno cause differenti. La dorsalgia può compromettere la libertà di movimento della gabbia toracica, durante l'atto respiratorio. Ciò potrebbe causare la sensazione di "respiro spezzato" ma la dorsalgia tende a non compromettere la funzionalità degli organi della respirazione.*

### **Q: La dorsalgia può provocare dolori cervicali?**

*A: La dorsalgia è spesso associata ad una ipomobilità delle vertebre toraciche. Nell'ottica di globalità funzionale della colonna vertebrale, questo fatto, richiede una ipermobilità dei tratti cervicale e lombare. Nel superuso di uno di questi tratti vertebrali è possibile identificare motivi di dolore associato.*

### **Q: La dorsalgia provoca anche limitazione e dolore alle articolazioni omerali?**

*A: Le articolazioni gleno-omerale, da un punto strettamente biomeccanico, avrebbero un sistema di mobilità autonomo rispetto al dorso ed alla gabbia toracica. Nelle condizioni di forte dolore e rigidità del dorso però, il movimento delle spalle subisce uno spostamento anteriore coassiale a quello della colonna toracica. A lungo andare, l'anteriorizzazione del centro di rotazione delle spalle può provocare dolore e nei casi di grave cronicità, persino danni ai tessuti muscolo-tendinei.*

### **Q: La ginnastica respiratoria riduce i rischi di dorsalgia?**

*A: La ginnastica respiratoria è ideata per varie necessità, correlate naturalmente alla respirazione. È plausibile dire che in un programma rieducativo o riabilitativo per ridurre la dorsalgia, possano essere introdotte metodiche di ginnastica respiratoria. Ciò per puntualizzare il fatto che non esiste una sola metodica per la cura delle patologie, ma solo una buona integrazione delle metodiche.*

### **Q: La dorsalgia si può ridurre con una fascia elastica reggi spalle?**

*A: La dorsalgia non è un problema relativo all'estensione delle spalle. Per ridurre i dolori dorsali è necessario integrare diverse forme terapeutiche dove, in certi casi rari e specifici, l'uso di un tutore elastico per estendere le spalle può contribuire ad alleviare alcuni dolori. Non esistono al momento tendenze terapeutiche e lavori scientifici che attribuiscono al reggi-spalle funzioni curative.*

### **Q: I dolori al dorso sono causati dall'artrosi?**

*A: L'artrosi è causa secondaria di patologie dolorose, in sé però è una tendenza alla calcificazione ed alla perdita di mobilità delle vertebre. La conseguenza di questo minus può essere motivo di dolore.*

## ✓ **Cervicalgia**

### **Q: I dolori cervicali comportano mal di testa?**

*A: Il mal di testa ha poche cause chiare e conclamate: una di queste è l'algodisfunzione della colonna cervicale. Si può manifestare come emicrania, come dolore occipitale e sottocipitale, come neuropatia del nervo trigemino o del nervo vago. Un buon esame clinico e diagnostico può rivelare le cause e le correlazioni tra cervicalgia e mal di testa.*

### **Q: La cervicalgia può provocare le vertigini?**

*A: Esistono principalmente due tipi di vertigini: oggettive (l'ambiente esterno si muove) e soggettive (la testa gira e si ha la sensazione di non camminare in linea retta). La cervicalgia, frequentemente può causare il secondo tipo di vertigine, l'altro è deputato a sindromi dell'orecchio interno.*

### **Q: La sensazione di nausea può essere attribuita alla cervicalgia?**

*A: Sì, fa parte delle caratteristiche neurovegetative della cervicalgia acuta o post-traumatica. Esistono test clinici e funzionali per attribuire o meno tale sensazione a disfunzioni cervicali.*

### **Q: La cervicalgia può venire per problemi di masticazione?**

*A: L'apparato di masticazione e deglutizione contrae rapporti strettissimi con i muscoli della colonna cervicale. Ci sono cervicalgie che dipendono dal meccanismo stomatognatico e possono essere curate in modo indiretto agendo su quest'ultimo.*

### **Q: Il nuoto aiuta a curare la cervicalgia?**

*A: Il nuoto, pur essendo uno sport e non una terapia, può aiutare molto a ripristinare la mobilità articolare e mantenerla nel tempo. Le caratteristiche negative dell'attività in acqua però possono essere l'umidità dell'ambiente e dei capelli bagnati, e la capacità di saper nuotare facendo la respirazione bilaterale. È necessario valutare ogni caso specifico.*

### **Q: Esistono esercizi per ridurre i dolori da cervicalgia cronica?**

*A: A parte i programmi terapeutici pertinenti, si possono apprendere ed eseguire degli esercizi molto semplici di mobilità del capo e delle spalle per mantenere efficienti le articolazioni ed i tessuti muscolo-tendinei, nonché per ridurre i dolori da staticità.*

### **Q: Il collare è utile nel trattamento della cervicalgia?**

*A: L'uso del collare è subordinato alla causa della cervicalgia. Solitamente le cervicalgie acute da danno o post-traumatiche necessitano di un certo tempo di*

*immobilizzazione, talvolta in quelle sub-acute un collare morbido può ridurre parte dei dolori. È certo però che il collare deve essere progressivamente abbandonato per rieducare funzione, forza e mobilità del collo e della cintura scapolo-omerale.*

**Q: La chirurgia risolve anche i problemi di cervicalgia?**

*A: L'atto chirurgico in ortopedia ripara quasi tutto. Risolve i danni ai tessuti e ripristina anche solo parzialmente la funzione articolare. Dove le tecniche di riabilitazione non producano risultati soddisfacenti o stabili, la chirurgia propone qualche soluzione: non esiste però una chirurgia sostitutiva della terapia, così come non esiste il contrario. Il chirurgo opera solo in casi di conclamata necessità.*

### ✓ *Fratture vertebrali*

**Q: Esiste un'età a rischio per le fratture vertebrali?**

*A: Se non esistono fattori organici predisponenti, dopo la menopausa e dopo l'andropausa, quando la densità ossea tende a diminuire.*

**Q: Esiste una cura farmacologica per ridurre il rischio di frattura vertebrale?**

*A: Naturalmente sì, la cura farmacologica è a base di calcio, veicolato nel tessuto osseo dalla vitamina D e dal suo precursore.*

**Q: L'intervento chirurgico è l'unica soluzione per le fratture delle vertebre?**

*A: L'intervento chirurgico è una delle soluzioni, tuttavia si preferisce il trattamento conservativo non invasivo se le condizioni della frattura lo permettono.*

**Q: Esiste una terapia che cura le fratture vertebrali?**

*A: La terapia è costituita da un insieme di cose: farmaci, fisioterapie antalgiche e ricalcificanti, ginnastica di stabilizzazione vertebrale.*

### ✓ *Osteoporosi*

**Q: La cura migliore per l'osteoporosi è solo farmacologica?**

*A: La cura farmacologica è oggi la più usata, visto che la ricerca scientifica in questo settore ha prodotto dei risultati soddisfacenti. Inoltre il farmaco è una soluzione facile, immediata e non invasiva. Le ricerche hanno anche appurato che l'attività motoria rallenta il processo di osteoporosi e facilita la fissazione del calcio nelle ossa.*

**Q: L'osteoporosi si può curare con il sole?**

*A: L'esposizione al sole facilita il metabolismo del precursore della vitamina D, che serve a veicolare e fissare il calcio nelle ossa. Il sole però non è una cura sufficiente.*

**Q: L'osteoporosi è solo una malattia degli anziani?**

*A: No, esistono patologie organiche che depauperano le trabecole ossee, cioè l'impalcatura strutturale del tessuto osseo. L'osteoporosi è una malattia tipica della terza età ma non esclusiva.*

**Q: Esiste una ginnastica per l'osteoporosi?**

*A: Non esiste una ginnastica specifica per curare l'osteoporosi. È stato dimostrato che l'attività motoria rallenta il processo di osteoporosi e ne favorisce la cura.*

**Q: A che età è consigliabile fare un controllo per l'osteoporosi?**

*A: La densitometria ossea femorale e vertebrale andrebbe fatta nel periodo di menopausa ed andropausa, a meno che non sussistano caratteristiche patologiche sufficienti per anticipare il controllo.*

**Ginocchio:**

✓ *Sindromi Meniscali*

**Q: Che significa “frattura a manico di secchio”?**

*A: Questo tipo di lesione è una recisione del bordo anteriore del menisco, le cui estremità rimangono attaccate al corpo meniscale: appunto come un manico di secchio.*

**Q: Il dolore al menisco si può curare senza intervento chirurgico?**

*A: Il dolore al menisco può avere diverse cause, alcune di pertinenza terapeutica, altre di pertinenza chirurgica. Di solito si riducono chirurgicamente solo le lesioni che compromettono il funzionamento del ginocchio, e si cura tutto il resto.*

**Q: La riabilitazione per il menisco risolve il problema definitivamente?**

*A: La riabilitazione può dare una “restitutio ad integrum” delle patologie infiammatorie del menisco, ma la soluzione definitiva va ricercata sempre a monte delle cause patologiche. Se la causa è traumatica è necessario non riproporre il motivo di trauma; se la causa è disfunzionale, si deve riuscire a ricostituire la funzione articolare.*

**Q: L'infiammazione del menisco si risolve con le infiltrazioni di cortisone?**

*A: I farmaci steroidei, come il cortisone, sono potenti antinfiammatori. A volte possono essere risolutivi per un certo periodo di tempo ma, come tutte le cure farmacologiche, rischia di non risolvere la causa del problema.*

✓ *Sindromi Legamentose*

**Q: Si può vivere con il legamento crociato anteriore rotto?**

*A: Il legamento crociato anteriore rotto destabilizza parzialmente il ginocchio, consentendo movimenti non fisiologici di slittamento. Nel caso di uso continuo di questa articolazione, le cartilagini meniscali possono andare incontro ad usura. Tuttavia in un soggetto adulto, prevalentemente sedentario, questo processo è*

*poco accusato nel tempo, perciò si può scegliere di non intervenire chirurgicamente ma solo terapeutamente.*

**Q: La lesione parziale di un legamento può essere curata?**

*A: Come tutte le lesioni dei tessuti, il legamento parzialmente rotto si cura da solo. È possibile, nel frattempo, usare tecniche fisioterapiche per ridurre i processi infiammatori e ridurre molto i tempi di riparazione.*

**Q: La riabilitazione pre-chirurgica serve a migliorare l'esito dell'intervento?**

*A: L'atto chirurgico è indifferente alla riabilitazione pre-chirurgica. Questa serve esclusivamente per facilitare la riabilitazione post-chirurgica e non per preparare il ginocchio all'intervento.*

**Q: La riabilitazione post-chirurgica è sempre necessaria?**

*A: Riabilitare un ginocchio cruentato dalla chirurgia non è un lavoro di recupero della forza muscolare. La riabilitazione post-chirurgica serve a riattivare i sistemi autonomi di risposta neuromotoria e riprogrammare i meccanismi statico-dinamici degli arti inferiori. Questo è sempre necessario dopo un intervento chirurgico.*

**Q: La ripresa dell'attività sportiva è possibile dopo una lesione parziale di un legamento?**

*A: Se il legamento è completamente riparato è possibile una progressiva ripresa dell'attività sportiva, seguita e controllata dagli esperti di attività motoria che si cureranno di ripristinare mobilità, forza e propriocezione di un ginocchio costretto all'immobilità per lungo tempo.*

## ✓ ***Sindromi Rotulee***

**Q: Il dolore alla rotula è dovuto all'artrosi?**

*A: Ci sono diverse cause del dolore rotuleo e tra queste l'artrosi è una delle tante. Quasi sempre è l'infiammazione dei tessuti, dovuta all'artrosi, la causa del dolore.*

**Q: La lussazione rotulea si risolve solo chirurgicamente?**

*A: Esistono varie condizioni di lussazione, alcune di pertinenza terapeutica, altre di competenza chirurgica. Si decide per ogni caso specifico.*

**Q: La rotula risalita può compromettere la funzione del ginocchio?**

*A: A volte la rotula risalita può determinare un conflitto femoro-rotuleo che, provocando dolore, compromette la funzionalità del ginocchio. L'articolazione femoro-tibiale però risente raramente della risalita della rotula.*

**Q: L'usura della cartilagine rotulea si può curare con le infiltrazioni?**

*A: Non esiste al momento un farmaco che curi l'usura della cartilagine sub-condrale. Esistono però delle categorie di farmaci che stimolano la produzione di cellule cartilaginee o che comunque "lubrificano" l'articolazione. Niente di più.*

**Q: I rumori articolari della rotula determinano patologie future?**

*A: No, gli scrosci articolari sono fisiologici e non predittivi di patologie.*

## **Spalla:**

### ✓ *Sindrome da Impingment*

#### **Q: La lesione della cuffia dei rotatori guarisce spontaneamente?**

*A: Come tutte le lesioni dei tessuti, quelle della cuffia dei rotatori si riparano spontaneamente. Il fatto è che la guarigione non è subordinata alla riparazione del tessuto ma alla riorganizzazione della funzione sinergica tra i muscoli.*

#### **Q: La periartrite scapolo-omerale si può curare senza intervento chirurgico?**

*A: La periartrite non è una definizione patologica completa, anzi è del tutto generica. In linea generale però si può affermare che l'intervento chirurgico ripara i danni, i farmaci e le fisioterapie riducono e curano i dolori, la rieducazione e la riabilitazione ricostituiscono le funzioni articolari e muscolari. Ad ogni patologia la propria pertinenza.*

#### **Q: Il dolore da conflitto dei muscoli rotatori si risolve con la ginnastica?**

*A: Ove non esistano lesioni di pertinenza chirurgica, la ginnastica deve essere rivolta al ripristino delle funzioni propriocettive, di capacità di contrazione sinergica dei rotatori e di mobilità e ripristino del centro di rotazione della spalla. Solo allora può risolvere un conflitto da impingment.*

#### **Q: Le infiltrazioni di cortisone curano la sindrome da impingment?**

*A: Come altri tipi di infiltrazioni possono essere temporaneamente risolutive, curano tuttavia un sintomo. Non è inusuale che favoriscano il recupero spontaneo. Si tende però a non usare cortisonici per le proprietà postume di cristallizzazione delle molecole.*

#### **Q: L'agopuntura è una cura efficace per i dolori della peri-artrite?**

*A: L'agopuntura è scarsamente indagata dalla medicina classica, esistono in letteratura dei lavori sparsi che ne comprovano l'efficacia nel trattamento sintomatico. È ragionevole pensare che abbia molti meno effetti collaterali di un farmaco.*

### ✓ *Tilt anteriore*

#### **Q: Il dolore alla spalla, sul tendine del sovraspinoso, può dipendere dalla postura?**

*A: Se la spalla, a causa di posture del tronco in ipercifosi, anteriorizza il suo centro di rotazione, è possibile che si verifichino stiramenti e lesioni inserzionali al muscolo sovraspinoso. Ciò deriva maggiormente da un'analisi biomeccanica che da comprovate ricerche scientifiche.*

#### **Q: Il dolore al deltoide può essere causato dall'uso continuato del "mouse"?**

*A: Il deltoide ha la funzione di muovere il braccio come se fosse una gru. È possibile che l'uso prolungato di questi movimenti possa causare una sindrome da "overuse", come appunto per l'uso continuato del "mouse"*

**Q: Il dolore alla spalla, senza una patologia conclamata, può derivare dall'uso "lavorativo"?**

*A: Le sindromi da "overuse" sono ampiamente studiate, specialmente negli Stati Uniti. È sempre possibile che l'uso continuativo di un'articolazione o un gruppo muscolare in modo selettivo, possa essere causa di patologie.*

*Se si desidera porre una domanda al Comitato Scientifico dell'Airpec, si può digitare il proprio testo cliccando su*



[airpec@yahoo.it](mailto:airpec@yahoo.it)

*sarà nostra cura rispondere nel più breve tempo possibile.*