**SEMINARIO PIEDE-CAVIGLIA: “STESSA DIAGNOSI STESSO TRATTAMENTO? QUANDO IL RAGIONAMENTO CLINICO FA LA DIFFERENZA**

*Docente: Cosimo Faniello*

*Autori Sbobina: Francesco Streppa (S) - Vellano Nicola ®*

**Questions and Answers**

1. *Q: Quando viene proposto l’esercizio isometrico, viene richiesto di spingere contro una resistenza o semplicemente di mantenere la posizione?*

*A: (Faniello) L’isometria è un tipo di contrazione che prevede una velocità nulla. L’indicazione è quella di applicare un sovraccarico e di generare una spinta che venga mantenuta nel tempo. Se è un paziente in una fase ad alta reattività potrebbe essere utile non fargli fare il movimento per arrivare alla resistenza, ma piuttosto dare un sovraccarico e viene richiesto di resistere a una resistenza applicata manualmente o con un carico esterno.*

*A: (Maffioletti) Puoi fare entrambi. Sono due tipi di isometrie differenti. Lavorando sul segmentale cambia poco per noi fisioterapisti. Generalmente chiedi di resistere quando opponi grossi carichi o lavori in modo più globale. Generalmente per lo sviluppo di forza massima e di forza nella velocità, chiedere di spingere potrebbe essere una buona soluzione. Puoi comunque usare entrambe le modalità, a noi cambia poco. Diverso se si parla di test muscolari. In questo caso specifico io chiederei di spingere, però puoi fare entrambe le cose.*

1. *Q: Domanda riguardo la presa in carico dei due casi clinici. Qual è la previsione di frequenza delle sedute? Vista la presa in carico di lunga durata, non tutti i pazienti hanno le disponibilità economiche per seguire tutto questo percorso.*

*A: (Faniello) I due casi sono molto diversi. Nel caso del paziente sportivo, considerando la necessità di tornare a giocare, un maggior numero di sedute subito serve per dare importanza alla gestione del carico, una volta che il paziente ha capito come gestirlo, a quel punto i follow-up possono diventare mensili, perchè è importante dargli una corretta progressione del carico nel momento in cui passa da una fase all’altra. Più difficile per il caso B, perché può essere il profilo di persona che può non ritenere utile fare un esercizio per migliorare il suo stato di salute, e quindi l’educazione sarà la base. Oltre al discorso denaro, c’è da considerare il discorso tempo da dedicare agli esercizi. Inizialmente, nel rispetto delle sue disponibilità, in questo caso lavorerei assieme se non è in grado di lavorare in maniera autonoma. Bisogna far capire alla paziente che ciò che stiamo facendo serve per migliorare il suo stato di salute. Per quanto riguarda il tempo, le persone si lamentano di non averlo. Noi dobbiamo chiedere quando il paziente avrebbe 20 minuti di tempo per fare gli esercizi, così che quel momento (esempio, 20 minuti prima di cena, avendo già posizionato in precedenza ciò che serve per fare gli esercizi) possa diventare un automatismo e la paziente possa essere più autonoma. La si potrebbe invogliare anche a cambiare determinate abitudini, come fare le scale anzichè prendere l’ascensore (rinforzo positivo)*

*A: (Maffioletti) Questi argomenti si affronteranno anche con il colloquio motivazionale. Ci sono alcune strategie per lasciare spazio al paziente: anzichè usare uno stile direttivo (“fai questo a quest’ora”), si può lasciare una domanda aperta al paziente, dove si chiede cosa ne pensa dell’esercizio, riformuli ciò che ti dice e cerchi di indirizzarlo verso le barriere che lui ha nell’esercizio oppure cercare di dare un rinforzo positivo nel momento in cui lui può farti l’esercizio. Quindi, anzichè essere direttivi, ha senso chiedere al paziente: “Quando pensi che riusciresti a farli?”. Alcuni indizi ce li danno già in anamnesi, come ad esempio alcune abitudini: può aiutare unire la nuova abitudine degli esercizi con una vecchia abitudine (es. dare da mangiare all’animale domestico e poi esercizio). Si chiede, quindi, se questi esercizi sono implementabili nella sua routine. L’altra cosa che si può fare per sottolineare l’importanza dell’esercizio è utilizzare le metafore (es. come ti lavi i denti 3 volte al giorno come automatismo, allo stesso modo per mantenere in salute il sistema muscoloscheletrico bisogna fare gli esercizi). Ciò si può fare solo se in precedenza abbiamo ascoltato bene il paziente, così da non essere direttivi. Ci sono invece alcuni pazienti che accettano l’essere direttivi e seguono le nostre indicazioni, altri ancora che sono addirittura oppositivi.*

*Contro-Q: Quindi può funzionare come modalità di presa in carico (dando per assunto che il paziente abbia capito l’importanza degli esercizi) fare la prima settimana 2 sedute (educando all'autonomia a domicilio negli esercizi), con feedback telematico in seguito per poi rivederlo quando rientra nella fase successiva della patologia?*

*A: (Maffioletti) sulla base della mia esperienza, solitamente dopo la prima visita lo rivedo dopo una settimana. Il follow-up direttamente a 3 settimane te lo puoi permettere con alcuni pazienti, progressivamente andando avanti con il percorso si può fare una seduta distanziata dall’altra di diverse settimane. Il feedback in via telematica si può fare, ma c’è il rischio che il paziente non lo prenda in maniera seria*

*A: (Lucato) capita soprattutto nei primi anni di lavoro di fare quello che è definito “control transfer”, ovvero proietti tu quelli che credi siano i pensieri del paziente ma in realtà sono i tuoi. Prima di pensare quindi che questa difficoltà economica ci sia, verificalo. Capita spesso, soprattutto a inizio carriera. Quindi attendi che il paziente ti ponga questo problema. Deve essere chiaro l’optimum del trattamento, e deve essere fatto all’inizio del percorso terapeutico, quindi dire al paziente la previsione del numero di sedute necessarie; se poi c’è questo problema economico, ci si può venire incontro, ma non rispettando l’optimum, c’è la possibilità che non si raggiungano tutti gli obiettivi.*

1. *Q: Domanda inerente il RTS. È stato citato l’Hop test. Avete preso in esame solo il Single Hop Test o una batteria di test più ampia (Triple Hop Test, Six Meter, Crossover, Medial Hop Test, Endurance)?*

*A: (Faniello) Esistono tante tipologie di salto. In questo caso specifico non ricordo quale fosse il salto. Sicuramente erano test di salto legati alle nostre valutazioni nella baseline. Legato al caso dello sportivo di prima, sicuramente c’erano i test verticali massimali (considerando attività sportiva) e anche i salti in orizzontale. Non ricordo al momento se ce ne fossero altri*

1. *Q: Vi chiedo una vostra opinione legata alle isometriche. Sappiamo che ci sono le Hielding e le Overcoming isometrics. Le isometriche vengono ritenute utili soprattutto in una fase iniziale reattiva, spesso per modulare il sintomo nel breve periodo. Dal punto di vista delle performance, credo che l’utilizzo delle overcoming isometrics siano utili anche più in avanti nella riabilitazione anche per lavorare sulla forza massima, considerando un atleta.*

*A: Sì, andare a lavorare ulteriormente anche nelle fasi più avanzate può essere utile. In questo caso, non verrebbero più utilizzate per modulare il sintomo ma per sviluppare la forza massima, utilizzando anche altre strategie. Nel caso A, lui nel Seated Calf Raise raggiungeva un BW di 1, mentre in diversi articoli diversi atleti raggiungevano anche il 1.5-1.6*

1. *Q: Dubbio nella parte di passaggio alla fase isotonica nel trattamento. Ho visto che adesso nelle tendinopatie si utilizza l’HSR (Heavy Slow Resistance). Esiste un altro modo per lavorare a livello isotonico su un paziente con un buon livello di attività e di forza? Si può lavorare direttamente sul distretto o bisogna fare per forza l’HSR, che prevede solo esercizi bipodalici?*

*A: (Faniello) In letteratura viene proposto questo tipo di passaggio, perchè si è visto abbia una maggior efficacia. Non so se ci siano altre tipologie di approcci a livello isotonico.*

*A: (Maffioletti) Bisogna interpretare ciò che ci dice la letteratura. Vero è che il protocollo HSR, usando un carico esterno elevato, sfrutta esercizi bilaterali. Probabimente funnziona perchè ci sono carichi elevati, perchè c’è un prolungato tempo sotto tensione, perchè essendo movimento c’è una dose di strain sul tendine, perchè modulabile. Sfruttando i principi dell’HSR si possono proporre esercizi unilaterali con carico minore. Bisogna ricordarci che la spiegazione che viene data è quella di un rimaneggiamento del tessuto tendineo, però se poi noi ci buttiamo nella funzionalità ci sono altre qualità che ci interessano che il nostro paziente sviluppi. Se riteniamo che il paziente debba lavorare direttamente sul tendine, si possono proporre delle isometrie massimali inizialmente, poi con HSR bilaterale. Se invece ci accorgiamo che il paziente con tendinopatia ha un eccessivo strain del tendine perchè il polpaccio è debole e il tendine deve continuare a funzionare come una molla, allora magari l’obiettivo sarà di lavorare sul polpaccio e la logica sarà un lavoro muscolare sul polpaccio. Non prendete gli strumenti che vi abbiamo dato come una regola, questa è la letteratura, la clinica è un altra roba. Ciò che ci dice la letteratura va applicato nella clinica, considerando che ci saranno delle sfumature che dovremo cogliere anche sulla base di quello che sono i sottosistemi che gli strumenti dati vanno a colpire. Quindi se penso che quello strumento sia la cosa migliore per colpire quel sottosistema ed è ciò che voglio indirizzare il mio paziente allora lo uso così, sennò cambierò. Potrei lavorare unilaterale o forza-resistenza sul polpaccio, dipende da quali sono i fattori che fanno si che persista la sintomatologia sulla base di quello che hai discriminato. Non prenderlo come un protocollo da appiccicare perchè probabilmente non funzionerà, prendilo come uno strumento da utilizzare quando serve, oppure prenderne solo una parte perchè servono solo alcune caratteristiche.*

*6)Q: Domanda in merito al caso A. In prima fase abbiamo detto che aumenteremo i riposi tra un allenamento e l’altro, diminuendo la quantità di allenamento al paziente. Quando poi abbiamo parlato di RTS, si intendono i livelli pre infortunio o diversamente? Da quel che ho capito il pz non ha interrotto la pratica sportiva, ma solo ridotto il carico.*

*A: (Faniello) è tutto basato su una progressione per gestire il carico. Ci basiamo sul modello di carico-capacità di carico. Gestiamo il carico in virtù di un atleta che non può fermarsi. Quando parliamo di RTS, si intende ritorno al ritorno all’attività e alla partecipazione completamente. Ci aspettiamo di ottenere un risultato in cui l’atleta riesca a fare la sua attività rispettando tutti i criteri*

*7)Q: Riguardo il caso A, essendo un atleta in-season, a fronte delle pressioni imposte dalla società, non è inverosimile pensare a una gestione che preveda solo due allenamenti a settimana per un periodo di tempo così lungo? Potrebbe essere ipotizzabile una gestione dei carichi che renda piu partecipe l’atleta nel corso della settimana con volumi di salti ridotti?*

*A: (Faniello) Dipende. Lui è un palleggiatore. Un case study ha evidenziato come questo ruolo preveda numerosissimi salti in allenamento e partita, sia in attacco che in difesa. All’interno della stessa attività sportiva si fanno allenamenti diversi. Se l’allenamento in questione non prevede prevalentemente salti, potrebbe essere utile mandarlo all’allenamento. Questo è un altro tipo di gestione. Oppure, fai l’allenamento ma non fai la partitella finale. Il percorso è lungo, ti devi confrontare con la squadra, ma l’obiettivo è farlo giocare e bisogna trovare una strategia.*

*Q: Però un palleggiatore che si allena poco essendo il fulcro del gioco perderebbe anche in termini di qualità della performance.*

*A: (Faniello) Sì, ed è per questo che abbiamo le pressioni da parte della squadra. Per quello abbiamo un co-driver che è importante non dimenticarcelo. Quando siamo di fronte a bandiere blu o gialle o altri co-driver (esempio salute generale del caso B), non dobbiamo sottovalutarle. Sicuramente questo può incidere sulla performance. Se la squadra non può fare a meno del giocatore, non si riduce la frequenza di allenamento, ma magari il volume dei salti. Comunque un paziente con dolore non ha comunque una performance al 100%, quindi avrebbe senso non avere tante performance in settimana al 30-40-50%, ma performance più alte per meno volte. Questo succede per atleti che non si possono fermare o per atleti che non hanno sostituti.*

*8)Q: Chiedo un chiarimento su ciò che ha detto Giacomo Maffioletti. A seconda della baseline e della richiesta funzionale del paziente, l’esercizio isometrico è uno step che possiamo saltare, partendo da esercizi con altri obiettivi direttamente?*

*A: (Maffioletti) Assolutamente sì. Sono solo strumenti, sta a voi poi capire quando e come usarli.*

*Q: Altra domanda sul caso A. Visto che si parla di un atleta in season, creare un warm-up o un esercizio che permetta all’atleta di allenarsi con minor dolore ottimizzando la sua performance, controllando che quell’esercizio che modula il sintomo inizialmente non lo sovraccarichi nelle 24-48h successive, può essere una buona strategia? Ad esempio, in questo caso è un atleta che ha più male alla fine dell’allenamento, ma se fosse più irritabile mi verrebbe da proporgli un warm-up con un esercizio di HSR o isometria ad alta intensità per ridurre il sintomo così da fare un allenamento più lungo rispetto alla sua baseline.*

*A: (Faniello) Se il paziente è più irritabile, cambiano anche le nostre strategie. Se prima la forza massima isometrica l’avremmo utilizzata dopo, se è un paziente più reattivo, rivalutiamo l’isometria per la riduzione del dolore. Se cambia la tipologia e intensità di dolore, per un flare up o altro in anamnesi, allora cambia anche la gestione. Quindi non passiamo direttamente allo step successivo (HSR), ma cerchiamo di ridurre i sintomi per far sì che possa allenarsi meglio. Potrebbe avere senso fare questo esercizio poco prima dell’allenamento, dipende però dalla sua reazione e reattività rispetto a questo esercizio proposto. Non proporrei un esercizio ad alta intensità, perchè può superare il livello di dolore previsto dal pain monitoring model (4/10) ed alterare ulteriormente la performance*

*Q: Pensavo che un atleta che si allena un’ora è diverso da uno che dopo 20 minuti non ce la fa. Se quell’esercizio permette di aumentare la sua autonomia di allenamento magari può essere funzionale al mantenere la performance.*

*A: (Faniello) Non so se ci siano in letteratura proposte di esercizi fatti prima di allenamento. Magari è da proporre non nella fase più reattiva. Poi gli si propone di andare all’allenamento, fare l’esercizio e vedere se aumenta il tempo di allenamento possibile. Se non si modifica niente o peggiora, capiamo che la strategia non è utile*

*A: (Maffioletti) Dipende su cosa stai lavorando. Nelle tendinopatie può essere una buona strategia perché vai a lavorare sull’effetto warm-up del tendine. Questo ti riduce il gap tra partire da 0 e arrivare subito ad alte intensità (questo vale di più per i pazienti che hanno dolore da subito). In questo caso essendo sul tendine ha senso proporre un esercizio per ridurre questo gap, basta che sia senza dolore o molto lieve, così è funzionale. Bisogna però valutare la struttura che siamo targetizzando e la posologia.*

*9)Q: Nel momento in cui valuto la quantità di carico, quindi la percentuale di una RM che voglio andare a utilizzare nel caso di questi pazienti. La RM la intendo come la teniamo classicamente o la misuriamo in base a quello che riesce a fare durante la nostra valutazione alla baseline?*

*A: (Faniello) Noi gestiamo quello che abbiamo visto alla nostra valutazione alla luce del perchè noi andiamo a fare questo test. Per quel che riguarda il carico che noi andiamo a introdurre, cerchiamo di settare una baseline in base alle capacità del paziente e da lì progredire. Non ho capito la parte sulla RM*

*Q: Quando noi proponiamo il carico, lo propongo in base a quello che ho visto all’inizio, ciò che lui riesce a fare compatibilmente con il dolore?*

*A: (Faniello) Il paziente riusciva a fare 10-12 rep senza dolore con quel carico. Quindi parto da qui. Quando vedo che quell’esercizio riesce a farlo senza problemi, devo modificare qualche parametro dell’esercizio. Mi baso sempre su esame obiettivo e anamnesi*

*10)Q: domanda inerente il Talar Tilt Test. Ho visto un video in cui proponendolo nei vari range di movimento (flessione dorsale-neutra-flessione plantare) si riusciva a isolare-stressare un diverso legamento del compartimento laterale. Nella pratica è possibile stressare selettivamente un legamento piuttosto che un altro?*

*A: (Bonfatti) Partiamo dal presupposto che i test vengono creati per avere poi i criteri di sensibilità e specificità su cadavere, studiati anche con ecografia e risonanza magnetica per essere sicuri. Quindi i test proposti attualmente sono i migliori. Nel Talar Tilt Test per capire se il legamento viene stressato, devo portarlo a un livello di tensionamento, quindi si fa fatica a stretchare un Talar tilt test in flessione plantare, quindi lo devo portare in una posizione neutra. Per chi ha studiato il Talar Tilt Test, non si può portare l’articolazione in massima flessione dorsale perchè altrimenti la stabilità sarebbe data dalle strutture ossee (astragalo dentro il mortaio). Quindi il test è stato studiato così perchè isolo di più il legamento. Parallelamente a questo abbiamo altri criteri, come l’aumento di lassità e il dolore evocato nella zona in cui penso ci sia la lesione (nel caso del TTT 30° posteriori dal perone verso il calcagno dove il soggetto dovrebbe avere dolore). La costruzione del test è data da elementi ottenuti in laboratorio, indicatori anamnestici sintomatici detti dal paziente che ci guidano per aumentare la sensibilità. Il TTT ha un’ottima sensibilità per le lesioni del fibulo-calcaneare. Probabilmente lo stressa in maniera abbastanza specifica. Allo stesso modo il cassetto anteriore con qualche grado di plantiflessione in un soggetto supino va a isolare i fasci del talofibulare anteriore e i fasci anteriori del legamento deltoideo. Nella caviglia questi test hanno una buona affidabilità. Poi, oltre che su cadavere, i test vanno confrontati con la risonanza. Prendo 10 soggetti, li testo, metto una croce su chi penso sia positivo, poi li confronto con risonanza (gold standard dopo l’artroscopia) e poi capisco quelli realmente intercettati.*

*11)Q: Domanda sul dolore dato da una tendinopatia. Il fatto che il paziente abbia dolore durante una proposta di esercizi isotonici è un campanello di allarme che sottende una possibile regressione, o il dolore è ammesso basta che sia sul lieve-intermedio?*

*A: (Morello) Proporre un esercizio isotonico, non vuol dire che la reattività sia ridotta. Potrebbe esserci un’altissima reattività, ma potrei proporre un isotonico come un Seated Calf Raise o addirittura in scarico per mantenere afferenze a livello cutaneo-tendineo-articolare. Il dolore è influenzato da tantissimi fattori oltre allo stato tissutale. In generale abbiamo delle prove di efficacia che dimostrano che l’esercizio con dolore è sicuro, al netto di una valutazione ben fatta non vai a compromettere la struttura. Non sappiamo di preciso da dove venga il dolore tendineo ma sappiamo che non è completamente nocicettivo e che quindi non stia indicando una lesione in atto o potenziale. Prendilo come una risposta al carico. Sappiamo che le tendinopatie sono una situazione di mancata guarigione (motivo per cui non si chiamano più tendiniti o tendinosi), il dolore ci indica che il processo di recupero è sotto stress, l’omeostasi dell’individuo è messo in difficoltà. Sta a noi capire in base all’intensità e alla durata di quella risposta (ricordiamo pain monitoring model nelle 24h) quanto quel carico sarà adeguato o meno.*

*12)Q: Curiosità su un caso clinico. Rottura completa di tendine d’Achille su un pallavolista giovane professionista, ruolo libero. No sintomi prima dell’evento traumatico, se non fastidi dati dal sovraccarico gestibili con trattamenti manuali. Non ha mai dovuto limitare la performance. Un giorno durante la preseason, in uno scatto avviene l’infortunio. All’imaging appare, oltre alla rottura, un’importante degenerazione tendinea, presente anche nel controlaterale asintomatico. Nelle lezioni precedenti abbiamo visto che non c’è correlazione tra imaging e sintomo, però è possibile in qualche modo intercettare questi rischi di lesione?*

*A: (Bonfatti) Purtroppo ad oggi l’ecografia non ci ripara da questi eventi. Secondo la letteratura non è in grado di intercettare una lesione che avverrà. Può intercettare una tendinopatia di grado avanzato considerando anche i fattori anamnestici.*

*A: (Morello) I ⅔ delle lesioni tendinee avvengono in pazienti asintomatici. Anormalità all’ecografia aumenta dal 3 al 15% il rischio di una lesione tendinea. Si aprono due strade. Se non si sa niente di questo paziente, sarebbe poco sostenibile dal punto di vista sociale e economico fare ecografie a tutti i tendini di tutti gli sportivi per prevenire. Se invece lui ha fatto accertamenti, ha senso parlare con gli allenatori per adeguare i carichi in modo più sicuro. Va detto che già prima che si sviluppi un quadro tendinopatico sia per la struttura, che per funzione e dolore c’è una fase abbastanza lunga preclinica in cui il paziente riferisce perdita di forza e funzione in quell’arto (es “lo sento meno reattivo nello scatto”), che potrebbe essere un campanello di allarme.*

*A: (Mazzoni) Ci sono molti pazienti che hanno una lesione tendinea mai accertata con imaging e ci vivono tranquillamente su senza andare incontro a lesioni. Se uno però intercetta questa situazione, può eseguire delle azioni preventive. C’è chi vive con pochi fasci del tendine rimasto attaccato e ne viene a conoscenza solo con imaging collaterali (es. eco alla fascia plantare). Se lo si intercetta, bene, ma non si può fare con tutti.*