



Manuale pratico

# MANIPOLAZIONI PERIFERICHE



**Dott. Marco Aruffo**

[www.ManiEsperte.it](http://www.ManiEsperte.it)



Manuale

# **MANIPOLAZIONI PERIFERICHE**

**Dr. Marco Aruffo**

Il presente materiale è © 2017 in poi Dr. Marco Aruffo



# Indice

<b>PRINCIPI FONDAMENTALI</b> .....	<b>5</b>
Disfunzione .....	7
Diagnostica .....	8
Campi di applicazione .....	9
Controindicazioni .....	10
Anatomia e fisiologia della caviglia .....	12
Anatomia e fisiologia del ginocchio .....	14
Anatomia e fisiologia della spalla .....	19
Anatomia e fisiologia del gomito .....	23
Anatomia e fisiologia della polso e della mano .....	27
Anatomia e fisiologia dell'anca .....	35
Gabbia toracica .....	42
 <b>PARTE PRATICA</b> .....	 <b>43</b>
Manipolazioni spalla e trattamento spalla dolorosa .....	44
Manipolazione Scapolo-Toracica + variante .....	45
Manipolazione Scapolo-Omerale + variante .....	46
Manipolazione Acromion-Clavicolare .....	48
Manipolazione Sterno-Clavicolare .....	49
Manipolazione Gabbia Toracica .....	50
Manipolazione Coste 1-5 .....	51
Manipolazione Coste 6-7 .....	52
Manipolazioni Coste 11-12 .....	53
Manipolazioni gomito e trattamento epicondilite e epitrocleite .....	54
Manipolazione Omero-Radiale .....	55
Manipolazione Omero-Ulnare .....	56



Manipolazione Omero-Back .....	57
Manipolazioni polso e mano e trattamento .....	58
sindrome del tunnel carpale e tendinite del polso	
Manipolazione Semilunare .....	59
Manipolazione Radio Distale .....	60
Manipolazione Radio e Ulna Distale .....	61
Manipolazione Trapezio-Metacarpale (1°Metacarpo) .....	62
Manipolazione Scafoide .....	63
Manipolazione Falangi .....	64
Manipolazioni Anca .....	65
Manipolazione Femoro-acetabolare .....	65
Manipolazione Sinfisi Pubica .....	66
Manipolazione Ginocchio e trattamento .....	67
Gonalgia / Meniscopatia / Distorsione di ginocchio	
Manipolazione Tibio-Peroneale prossimale .....	68
Manipolazione Perone prossimale .....	69
Manipolazione Tibiale .....	70
Manipolazione Disallineamenti laterali e di rotazione .....	71
Manipolazione Piede/Caviglia e trattamento distorsione .....	72
di caviglia fascite plantare	
Manipolazione Tibio-Astragalica .....	73
Manipolazione 1° Metatarso .....	74
Manipolazione 1° e 2° Cuneiforme .....	75
Manipolazione 5° Metatarso .....	76
Manipolazione Cuboide .....	77
Manipolazione Navicolare .....	78
Manipolazione Dita del piede .....	79
<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>80</b>



# PRINCIPI FONDAMENTALI

I principi fondamentali della terapia manuale in generale ma anche delle manipolazioni periferiche che sto per insegnarti, sono: l'autoguarigione e la relazione riferita tra la struttura e la funzione.

**AUTOGUARIGIONE:** il corpo umano contiene tutti i mezzi necessari ad eliminare e prevenire le malattie. La condizione che ciò si verifichi però, può avvenire esclusivamente se i sistemi di autoregolazione sono liberi di funzionare correttamente.

**STRUTTURA-FUNZIONE:** gli ostacoli che si possono frapporre sono da ricercare nelle strutture corporee, più precisamente nel sistema mio-fascio-scheletrico. A seguito di traumatismi diretti o indiretti, le articolazioni possono subire delle modificazioni funzionali che sono l'origine della maggior parte delle condizioni dolorose muscolo-scheletriche.

Anche in questo manuale, così come ho fatto in quello sulle manipolazioni vertebrali, è importante che ti riporti le tre fasi delle manipolazioni. Le manipolazioni che ti insegnerò quindi, saranno suddivise in 3 fasi:

- 1. Stabilire la corretta posizione tua e del paziente:** questo primo passaggio è fondamentale e condiziona il successo o l'insuccesso della manipolazione.
- 2. Trovare la cosiddetta barriera di restrizione:** la barriera è quella resistenza che incontriamo quando muoviamo passivamente il segmento o i segmenti articolari scelti a fine corsa.



**3. Esecuzione del Thrust:** il thrust è l'impulso manipolativo ossia la spinta che va esercitata contro la barriera di restrizione. Si tratta di un micromovimento veloce accompagnato quasi sempre da un rumore che in gergo viene definito "scrocchio".

Questo rumore di scroscio articolare, secondo alcuni studi di ricerca, sarebbe dovuto al fenomeno di cavitazione in cui a causa della separazione delle superfici articolari si formano piccole bolle di gas disciolto nel liquido sinoviale.

Il thrust non deve mai superare il movimento anatomico delle articolazioni perché potrebbero verificarsi lussazioni e/o lesioni muscolo-scheletriche.



# Disfunzione

La disfunzione influisce sul movimento, prima di causare dolore o di creare alterazioni dannose gli organi e anticipa la sua influenza sul movimento ancora prima di aumentare il suo numero o le sue dimensioni. Si manifesta come uno squilibrio quasi impercettibile che spesso devi individuare a livello delle articolazioni, valutando la presenza di blocchi o squilibri, oppure attraverso la valutazione funzionale (restrizioni di movimento). I blocchi e gli squilibri articolari possono essere causati da traumi o da aggressioni esterne, o dalle alterazioni di funzioni interne, che sono spesso il punto di partenza di numerosi fastidi che man mano si evidenziano nel corpo umano. Il corpo tenta di reagire a questi blocchi tramite il primo principio della terapia manuale, cioè l'autoguarigione, ma se l'aggressione è più forte delle difese del corpo allora si instaura una vera e propria disfunzione.



# Diagnostica

La diagnosi può e deve essere fatta solo dal medico, quindi in questa fase noi parliamo di **diagnosi funzionale** e non medica perché il paziente deve ovviamente già avere una diagnosi medica quando si rivolge a te se non sei un medico ma un fisioterapista.

**Anamnesi:** questa serve a fornirci tutte le informazioni necessarie che riguardano la patologia prossima e remota del paziente. Ovviamente la nostra anamnesi include anche la valutazione e interpretazione degli esami strumentali presentati come la risonanza e la radiografia.

**Valutazione Funzionale:** questa ci permette di valutare funzionalmente le articolazioni periferiche interessate. L'obiettivo principale è quello di valutare eventuali limitazioni articolari.

**Palpazione:** questo esame è mirato alla valutazione della consistenza del tessuto, della tensione dei tessuti sottocutanei evidenziando se la zona è sensibile alla pressione in rapporto ai tessuti circostanti.

Quando utilizzeremo le **manipolazioni periferiche** dobbiamo ricordarci che oltre alla diagnostica strumentale è importante avere un approccio globale facendo sempre riferimento alle mappature del dolore che trovi nel mio video-corso in **manipolazioni vertebrali**.

Il mio suggerimento quindi è quello di associare sempre le **manipolazioni vertebrali** che ti ho insegnato nell'altro corso per poter dirigere i tuoi pazienti verso una pronta guarigione.

# Campi di applicazione

## Generici:

- Traumi distorsivi non recenti
- Immobilizzazioni
- Processi degenerativi articolari in fase non acuta
- Calcificazioni periarticolari postraumatiche e postinfiammatorie

## Specifici:

- Spalla Dolorosa
  - Periartrite calcifica o non calcifica
  - Sindrome da conflitto o impingement
  - Borsite della borsa sotto-acromiale
  - Capsulite adesiva o spalla congelata
  - Lesione della cuffia dei rotatori
  - Esiti di lussazione di spalla
  - Tendinite o tendinopatia calcifica dei tendini della cuffia dei rotatori
  - Artrosi gleno-omeroale di grado 2
  - Tendinite/Lesione del sovraspinoso o del capo lungo del bicipite
- Epicondilite / Epitrocleite
- Sindrome dello stretto toracico
- Gonalgia / Gonartrosi di grado lieve
- Lesione dei menischi (trattamento conservativo) / Meniscosi
- Esiti di distorsione di caviglia
- Esiti di distorsione di ginocchio
- Fascite plantare / Metatarsalgie
- Tendinite del polso
- Sindrome del tunnel carpale



## Controindicazioni

Anche se questo è un corso rivolto solo a medici e fisioterapisti ti invito a prendere le giuste precauzioni prima di scegliere di manipolare il tuo paziente perché la sua salute deve stare sempre al primo posto.

Non devi assolutamente manipolare senza una diagnosi medica e senza aver visionato a tua volta i referti e le immagini degli esami strumentali. Solo con una diagnosi medica chiara che spetta al medico puoi mettere al primo posto la salute del tuo paziente.

Ti ricordo che sei tu il responsabile della salute del tuo paziente, quindi prima di manipolare devi assolutamente assicurarti che non siano presenti controindicazioni alle manipolazioni periferiche.

**Il tuo paziente deve avere una diagnosi medica in quanto fondamentale per poter eseguire un approccio manipolativo in totale sicurezza.**



**Come per le manipolazioni vertebrali anche per quelle periferiche è necessario distinguere le controindicazioni in assolute e relative.**

**Controindicazioni assolute:**

- Tutte le affezioni tumorali (primitive o secondarie, benigne o maligne)
- Malattie infettive acute o croniche (spondilodisciti, artriti, Tbc)
- Traumi recenti (fratture, lussazioni, distorsioni)
- Malattie reumatiche
- Osteocondrosi giovanili
- Osteoporosi grave

**Controindicazioni relative:**

- Il paziente ha paura delle manipolazioni
- L'operatore non perfettamente padrone delle tecniche

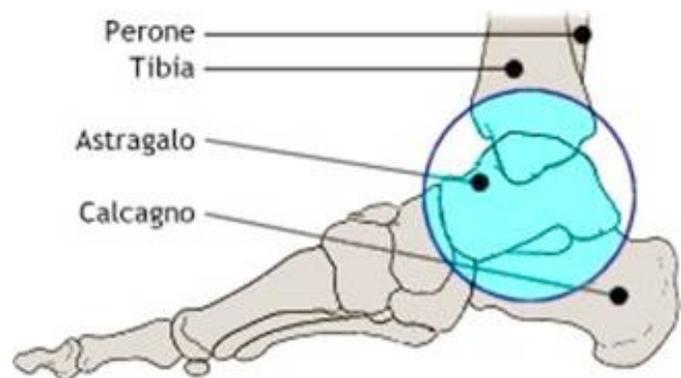
# Anatomia e fisiologia della caviglia

L'articolazione della caviglia o tibio-tarsica è l'articolazione distale dell'arto inferiore. Viene definita troclea perché possiede un solo grado di libertà, è formata dalla tibia e dall'astragalo.

La caviglia viene considerata tra le più importanti articolazioni del retropiede, visto che è indispensabile per camminare, correre e adattare la volta plantare alle asperità del terreno che possiamo incontrare in qualsiasi situazione.

Per potersi adattare a qualsiasi situazione la caviglia partecipa alla rotazione assiale del ginocchio durante la flessione.

Tutta una serie di legamenti conferiscono all'articolazione la sua stabilità.



Sul versante mediale quindi interno abbiamo:

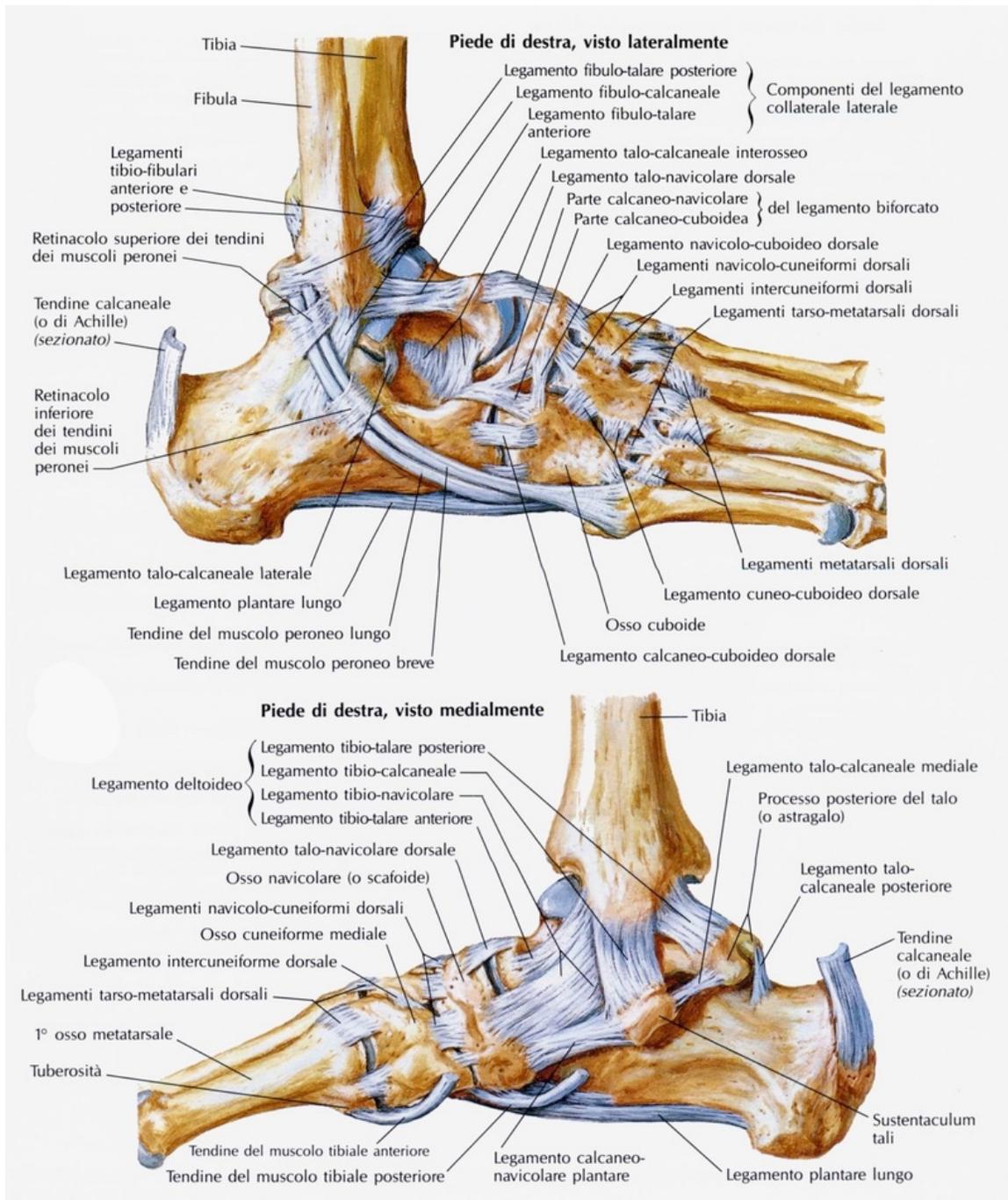
**Legamento collaterale interno:** è formato da 2 piani, uno profondo ed uno più superficiale. Il piano profondo è costituito dai 2 fasci tibio-astragalici (anteriore e posteriore) mentre il piano superficiale è costituito dal legamento deltoideo, molto espanso e triangolare.

**Legamenti anteriori e posteriori:** sono semplicemente ispessimenti "specializzati" della capsula articolare.

Sul versante laterale (esterno) abbiamo:

**Legamento peroneo-astragalico anteriore (LPAA):** origina dal malleolo peroneale e si dirige, in basso e in avanti, all'astragalo.

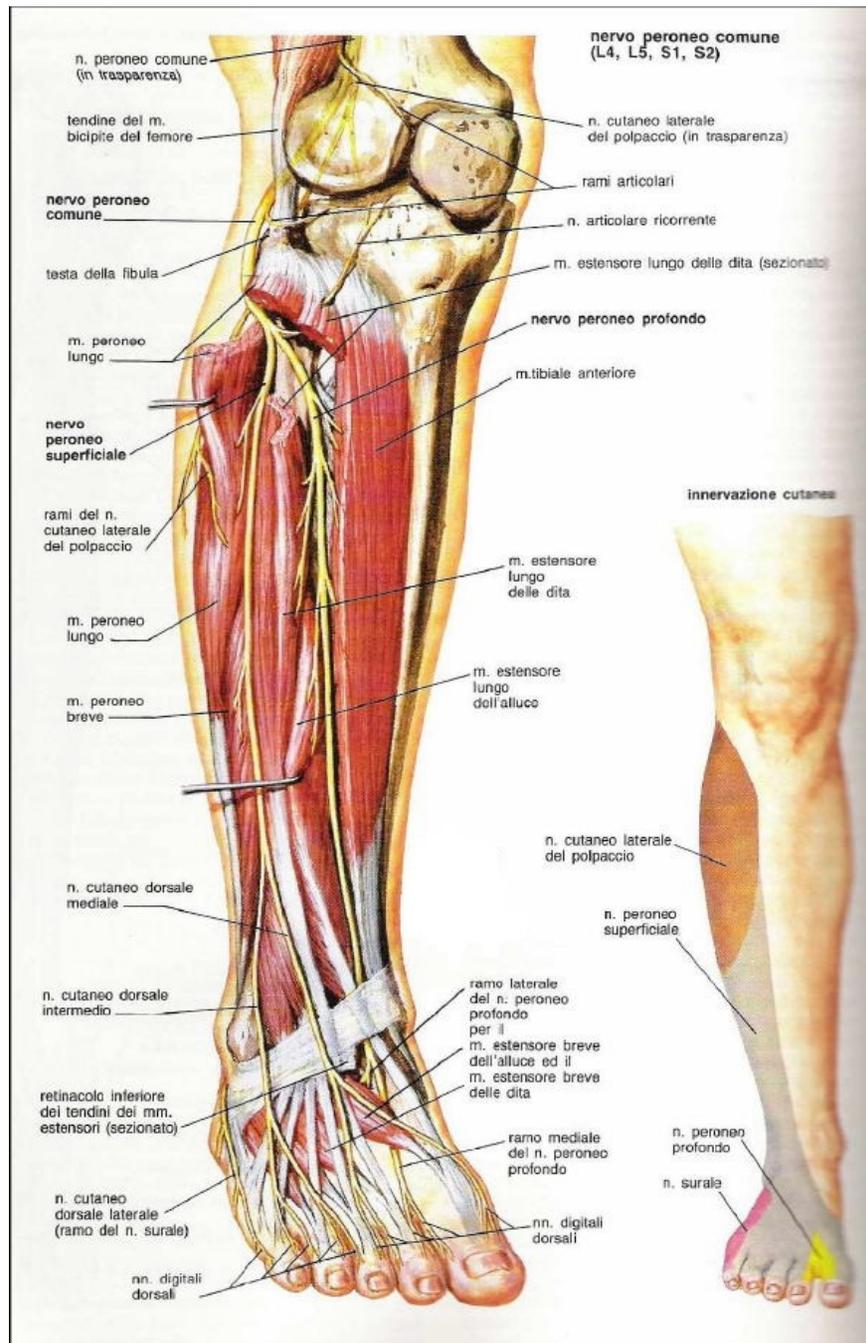
**Legamento peroneo-calcaneare (LPC):** origina dal malleolo peroneale e si dirige in basso e in dietro sul calcagno.



La caviglia è un'articolazione molto "chiusa" che predilige la stabilità, subisce infatti sollecitazioni significative visto che in appoggio monopodale, sopporta tutto il peso del corpo che a sua volta può aumentare a causa dell'energia cinetica sprigionata quando il piede prende contatto con il suolo durante la camminata, la corsa o il salto.

# Muscoli e innervazione

## Anatomia e fisiologia del ginocchio



Il ginocchio è un'articolazione formata dal **femore** e dalla **tibia**, dalla **rotula** e dal **perone**.



Anteriormente troviamo la rotula, un osso sesamoide che, oltre a proteggere il ginocchio, facilita l'azione del muscolo quadricipite funzionando quasi come una carrucola durante la flessione-estensione del ginocchio. Il perone invece si trova posto lateralmente alla tibia e completa questa articolazione.

Il ginocchio si protegge dai traumi e dall'usura grazie alla cartilagine che è presente in tutte le superfici articolari e che appunto diminuisce gli attriti interni e da due menischi, uno mediale ed uno laterale. I menischi sono strutture, con forma semilunare, funzionano come cuscinetti ammortizzatori, facilitando i movimenti e proteggendo il ginocchio.

La capsula invece è un manicotto fibroso che avvolge l'intera articolazione del ginocchio, dandogli stabilità durante i movimenti. La membrana sinoviale invece è quella membrana che riveste la superficie interna della capsula e secerne un liquido vischioso (liquido sinoviale) che da nutrimento e lubrifica l'articolazione.

La stabilità del ginocchio la dobbiamo a quattro legamenti robusti: due extracapsulari, quindi più esterni, chiamati rispettivamente **legamento collaterale mediale** o interno (LCM) e **legamento collaterale laterale** o esterno (LCL), e due intracapsulari, quindi più interni, detti **crociato anteriore** (LCA) e **legamento crociato posteriore** (LCP).

Nel ginocchio esistono comunque altre strutture anatomiche come le borse e legamenti minori che insieme hanno la funzione di aumentare la stabilità e la funzionalità del ginocchio.

Il ginocchio è un'articolazione prevalentemente ad 1 solo grado di libertà, la **flessione-estensione** per questo è un'articolazione definita troclea.

Il secondo grado di libertà, anche se più modesto, è la **rotazione** sull'asse longitudinale e questo movimento si verifica durante la flessione.



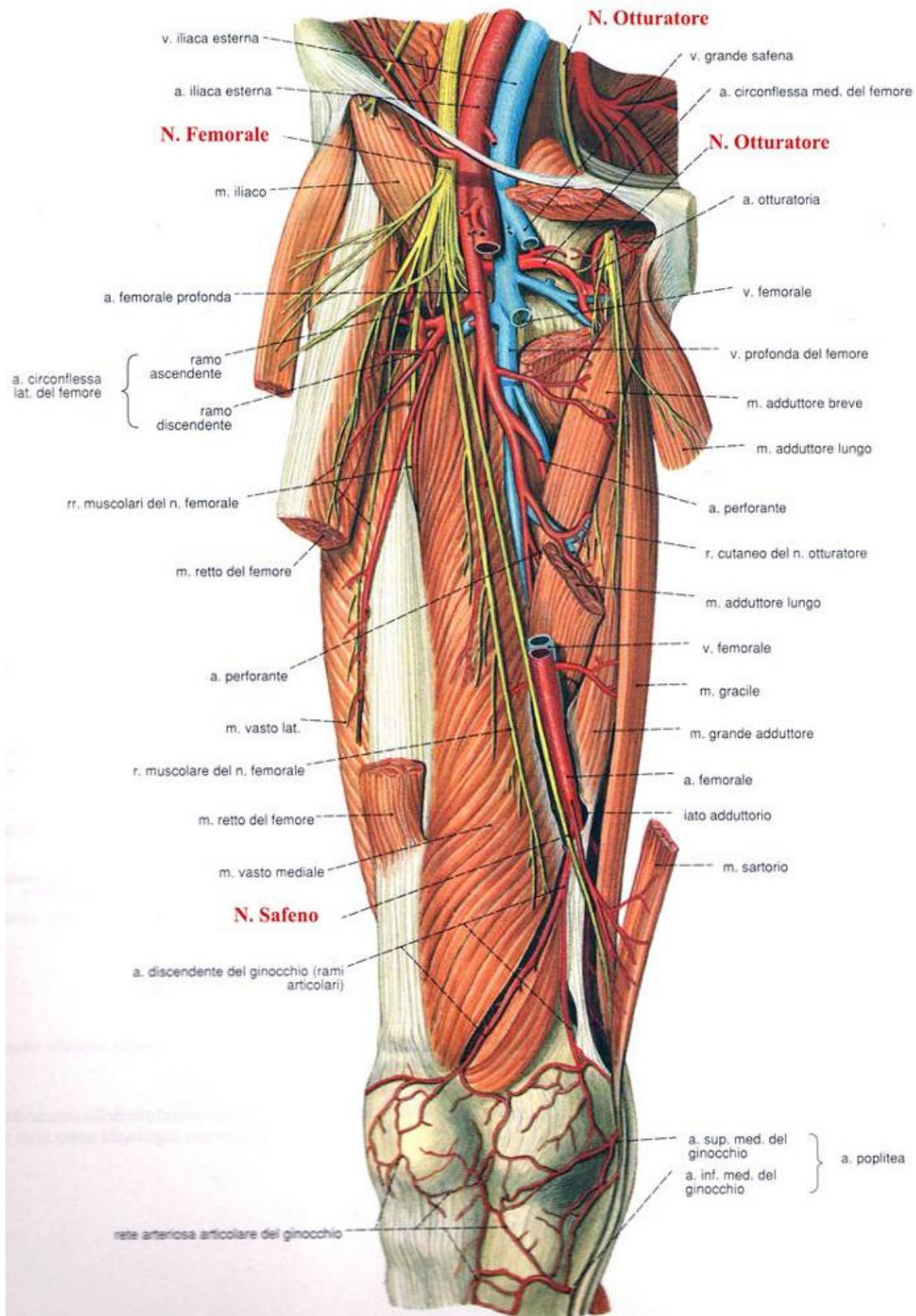
Il ginocchio lavora prevalentemente in compressione, perché in ortostatismo e durante la deambulazione o la corsa viene sottoposto all'azione della forza di gravità.

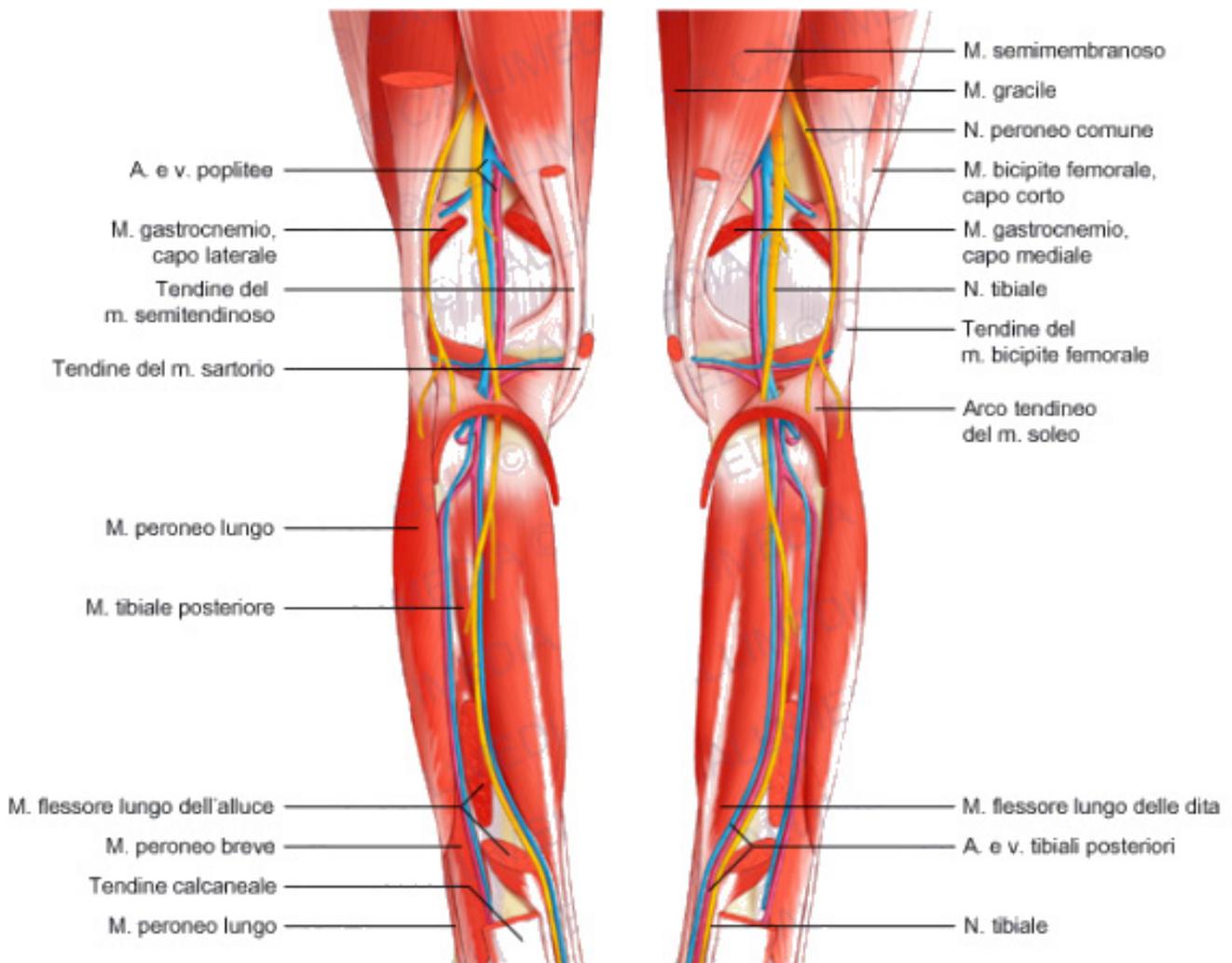
Le due problematiche maggiori che il ginocchio deve risolvere sono:

- Possedere molta stabilità in estensione completa, cioè nella situazione in cui la leva è molto lunga e la forza del peso corporeo molto elevata.
- Acquistare molta mobilità in flessione durante la corsa e anche per adattarsi alle asperità del terreno.

Il ginocchio riesce a risolvere questi problemi anche grazie ai menischi e i legamenti di cui abbiamo parlato.

# Muscoli e innervazione





## Anatomia e fisiologia della spalla

La spalla è l'articolazione prossimale dell'arto superiore e possiamo dire che anatomicamente è abbastanza complessa. Queste di seguito sono le 5 articolazioni che la compongono:

- Scapolo-omerale
- Sotto-deltoidea
- Scapolo-toracica
- Acromion-claveare
- Sterno-costo-claveare

**L'articolazione scapolo-omerale** possiamo considerarla la più importante del complesso articolare della spalla. Si tratta di un'articolazione vera in senso anatomico, in quanto formata dal contatto di 2 superfici con scivolamento cartilagineo. Queste 2 superfici sono la testa omerale e la cavità glenoidea della scapola, sono superfici sferiche proprie delle articolazioni dette enartrosi che hanno quindi 3 assi di movimento e 3 gradi di libertà.

Una componente della spalla molto importante è il **cercine glenoideo**, che è un disco di fibro-cartilagine con forma anulare che ha lo scopo di aumentare la superficie di contatto concavo facendo in questo modo migliorare la congruenza delle superfici articolari.

**L'articolazione sotto-deltoidea** non è un'articolazione in senso anatomico, ma solo in senso fisiologico perchè comprende 2 superfici di scivolamento. E' legata ai movimenti dell'articolazione scapolo-omerale quindi ogni movimento di questa provoca un movimento e un adattamento dell'articolazione sottodeltoidea.

**L'articolazione sottodeltoidea** è formata dalla cuffia dei rotatori, da una borsa sierosa e da un tetto osseo formato dall'arco coraco-acromiale.



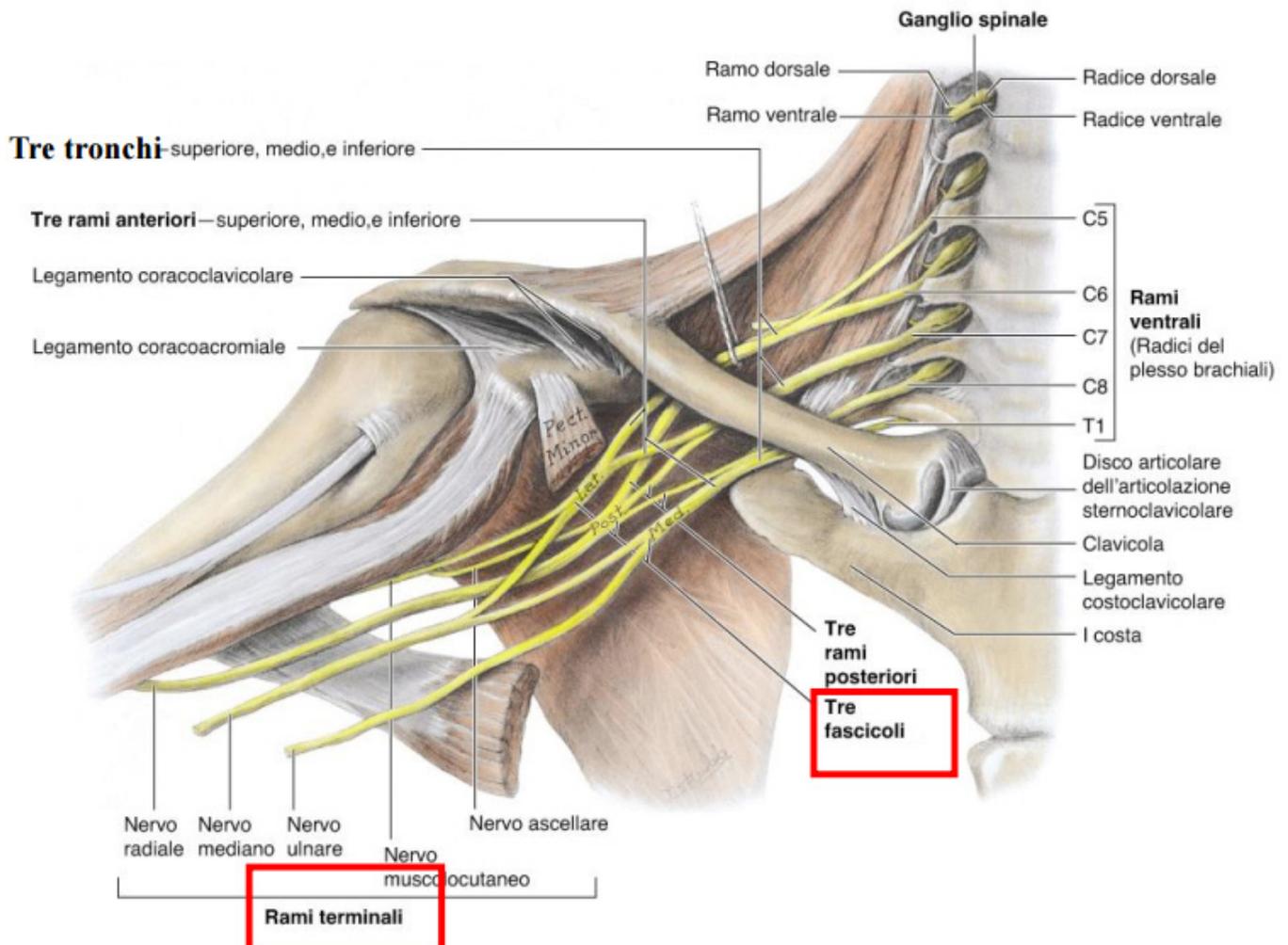
**L'articolazione scapolo-toracica** è un'articolazione in senso fisiologico e non anatomico e possiamo certamente considerarla la più importante insieme alla scapolo-omerale. Consiste nello scivolamento della scapola sul piano toracico, e questo movimento può avvenire in traslazione laterale, traslazione verticale e basculamento.

L'aspetto straordinario su cui voglio farti riflettere perché ti servirà poi quando andremo a manipolare la spalla è il seguente: **se la mobilità dell'articolazione scapolo-toracica è ridotta, tutti gli altri movimenti e articolazioni della spalla ne risentono negativamente.**

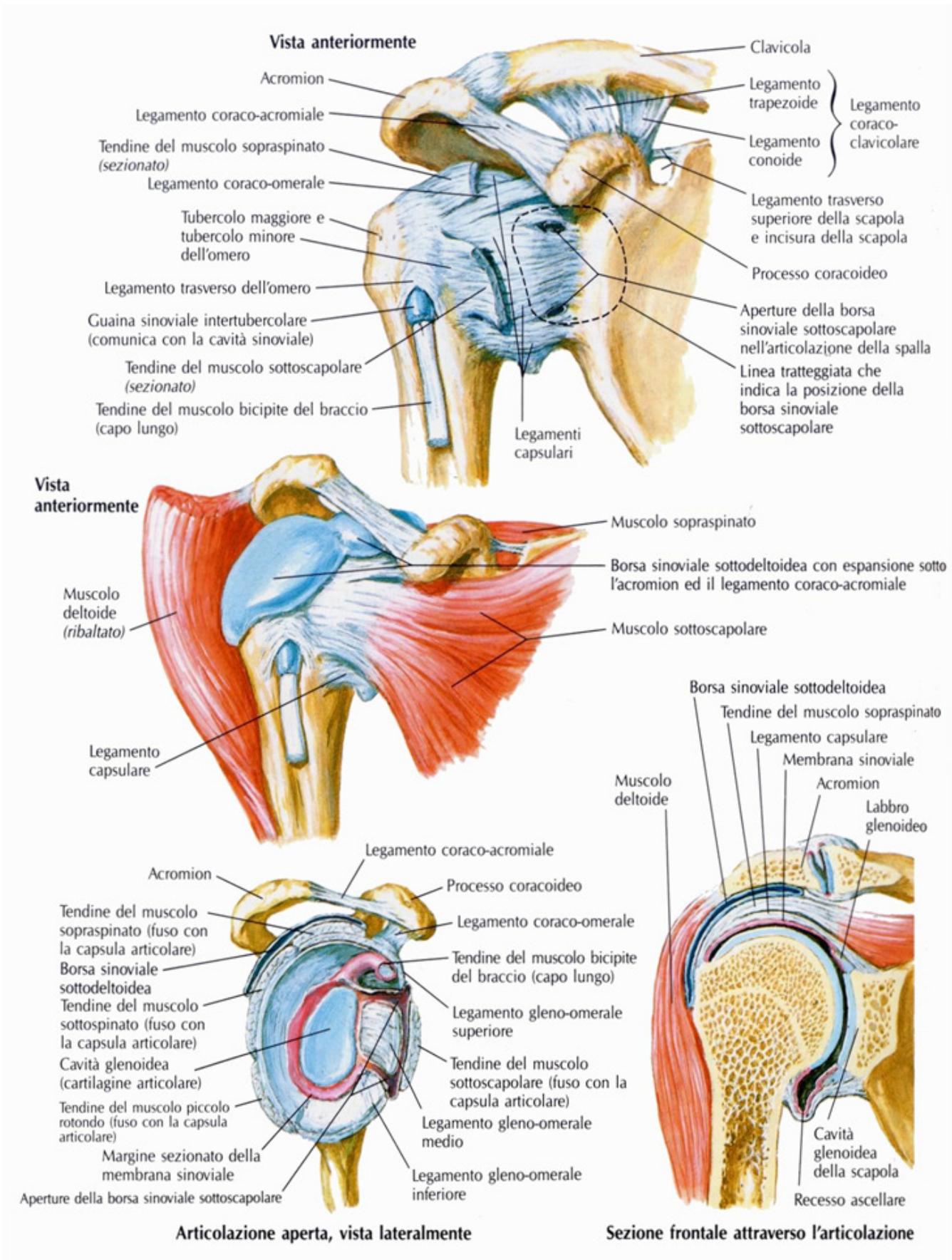
**L'articolazione acromion-claveare** è un'articolazione vera ed è formata dall'acromion e la clavicola, che insieme formano quella che viene definita un'artrodia. Il legamento conoide e trapezoide insieme al legamento acromion-clavicolare e coraco-clavicolare danno stabilità e rinforzano questa articolazione.

**L'articolazione sterno-costoclavicolare** è anche questa un'articolazione vera, formata dalla clavicola, dallo sterno e dalla prima cartilagine costale. Possiede 2 assi e 2 gradi di libertà, ha un modello meccanico definito cardanico.

# Muscoli e innervazione



La fisiologia articolare della spalla è sicuramente tra le più complesse, è influenzata dalla sinergia delle 5 articolazioni che la compongono e per esperienza ti assicuro anche dalla cervicale e dal tratto toracico basso. La spalla è l'articolazione più mobile di tutto il corpo, possiede quindi movimenti molto ampi e su diversi piani dello spazio.



## Anatomia e fisiologia del gomito

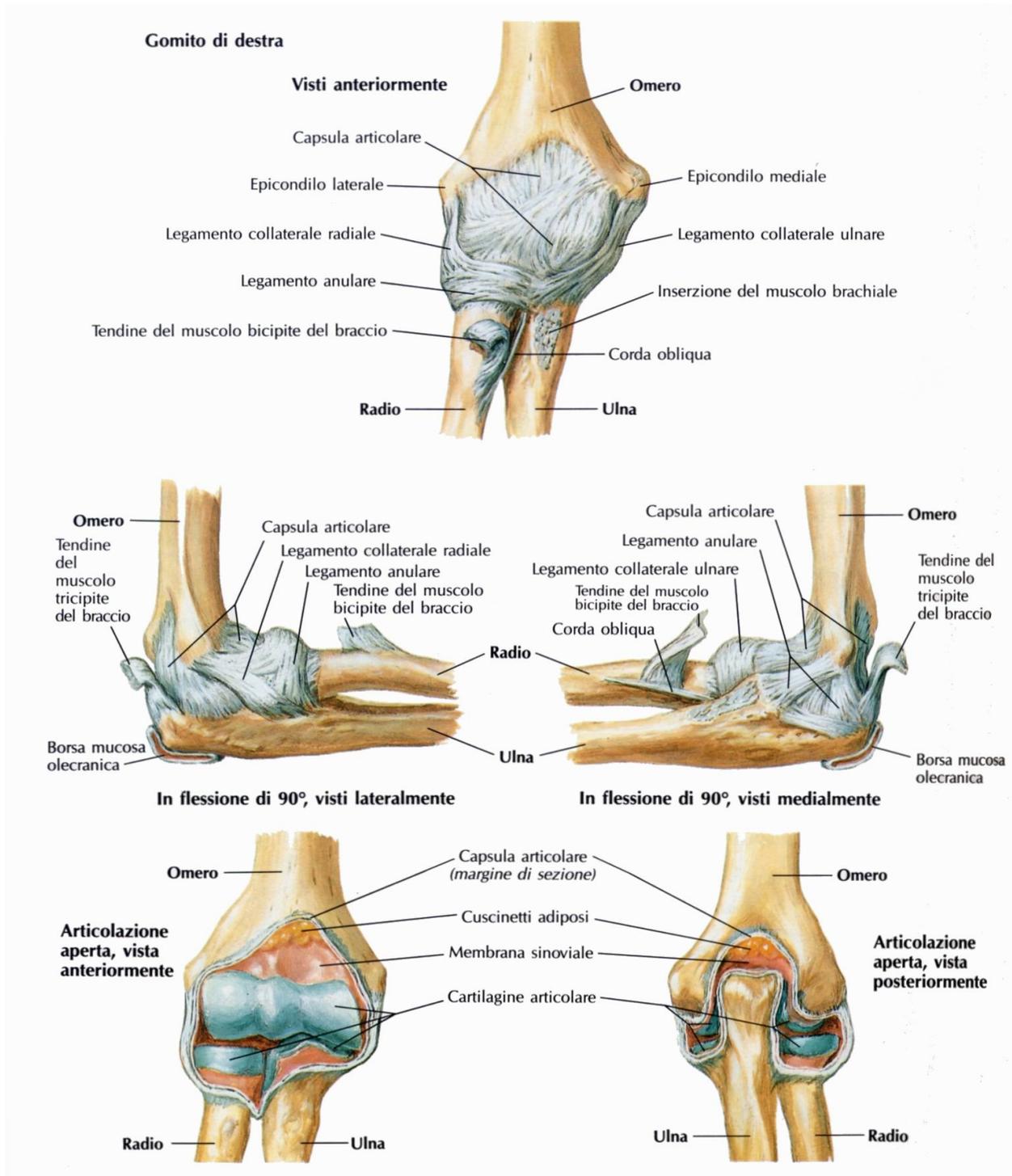
L'articolazione del gomito è formata da tre ossa:

- L'estremità inferiore dell'omero
- L'estremità superiore del radio
- L'estremità superiore dell'ulna

L'estremità inferiore dell'omero larga e piatta chiamata anche “paletta” omerale, presenta una regione centrale, rivestita da cartilagine, costituita dal capitulum humeri e dalla troclea, che permette all'omero di articolarsi con il radio e l'ulna. Su entrambi i lati di questa regione è possibile individuare due prominenze ossee, l'epicondilo esternamente e l'epitroclea internamente, sulle quali si inseriscono numerosi muscoli che permettono i movimenti dell'avambraccio, del polso e della mano.

L'estremità superiore del radio è costituita da una parte più voluminosa ed arrotondata, chiamata capitello radiale o testa del radio e da una parte più ristretta sottostante, detta collo. Il capitello radiale si articola con il capitulum humeri dell'omero costituendo l'articolazione omero-radiale e con l'incisura radiale dell'ulna formando l'articolazione radio-ulnare prossimale.

L'estremità superiore dell'ulna è costituita da una larga cavità a forma di uncino, detta *grande cavità sigmoidea* od incisura trocleare, delimitata da due sporgenze ossee, anteriormente la *coronoide* e posteriormente l'*olecrano*. L'incisura trocleare prende rapporti con la *troclea omerale* per formare l'*articolazione omero-ulnare*. Lateralmente tra la coronoide e l'olecrano è presente una piccola incisura, detta *incisura radiale*, che permette all'ulna di articolarsi con il capitello radiale.



Le tre articolazioni sono mantenute in contatto tra loro da un manicotto fibroso, la *capsula articolare*, rinforzata sui lati dal *legamento collaterale esterno* e dal *legamento collaterale interno*. Un altro importante legamento circonda il capitello radiale come un anello e si inserisce sull'ulna, chiamato *legamento anulare* del gomito.

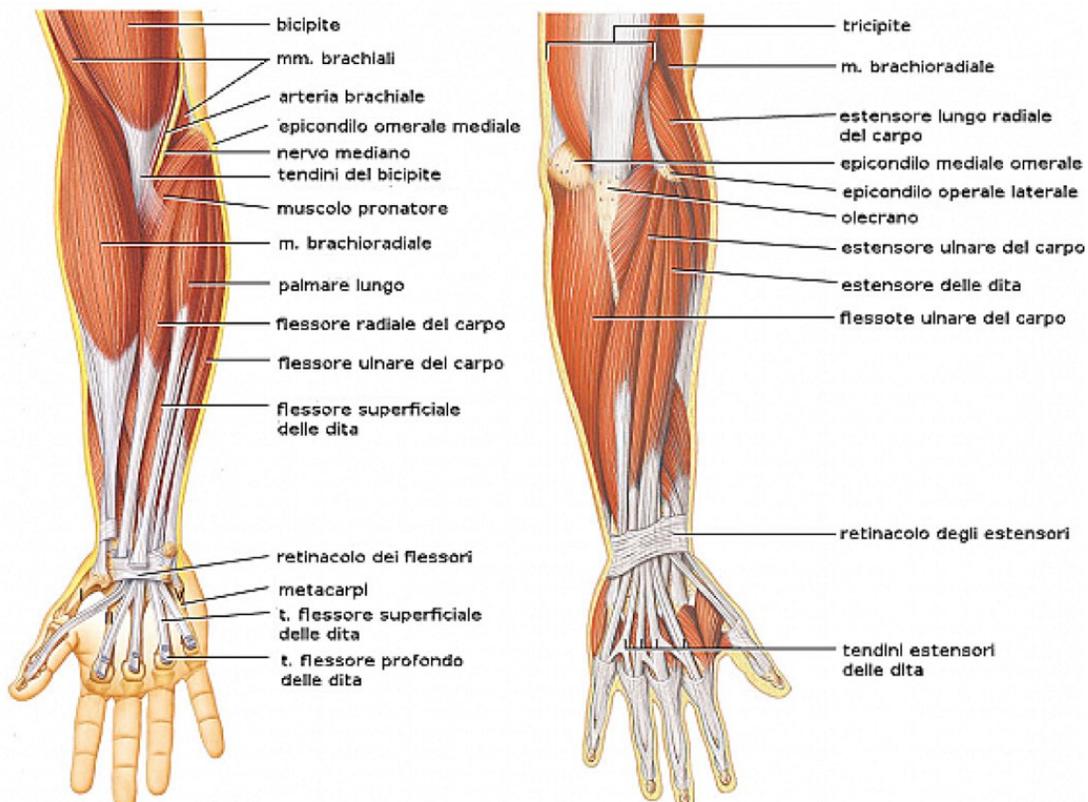
La stabilità del gomito dipende da quattro formazioni anatomiche principali: la coronoide, l'olecrano, il legamento collaterale interno ed il legamento collaterale esterno. Partecipano però al mantenimento della stabilità del gomito anche altre strutture anatomiche come il capitello radiale, la capsula ed i muscoli.

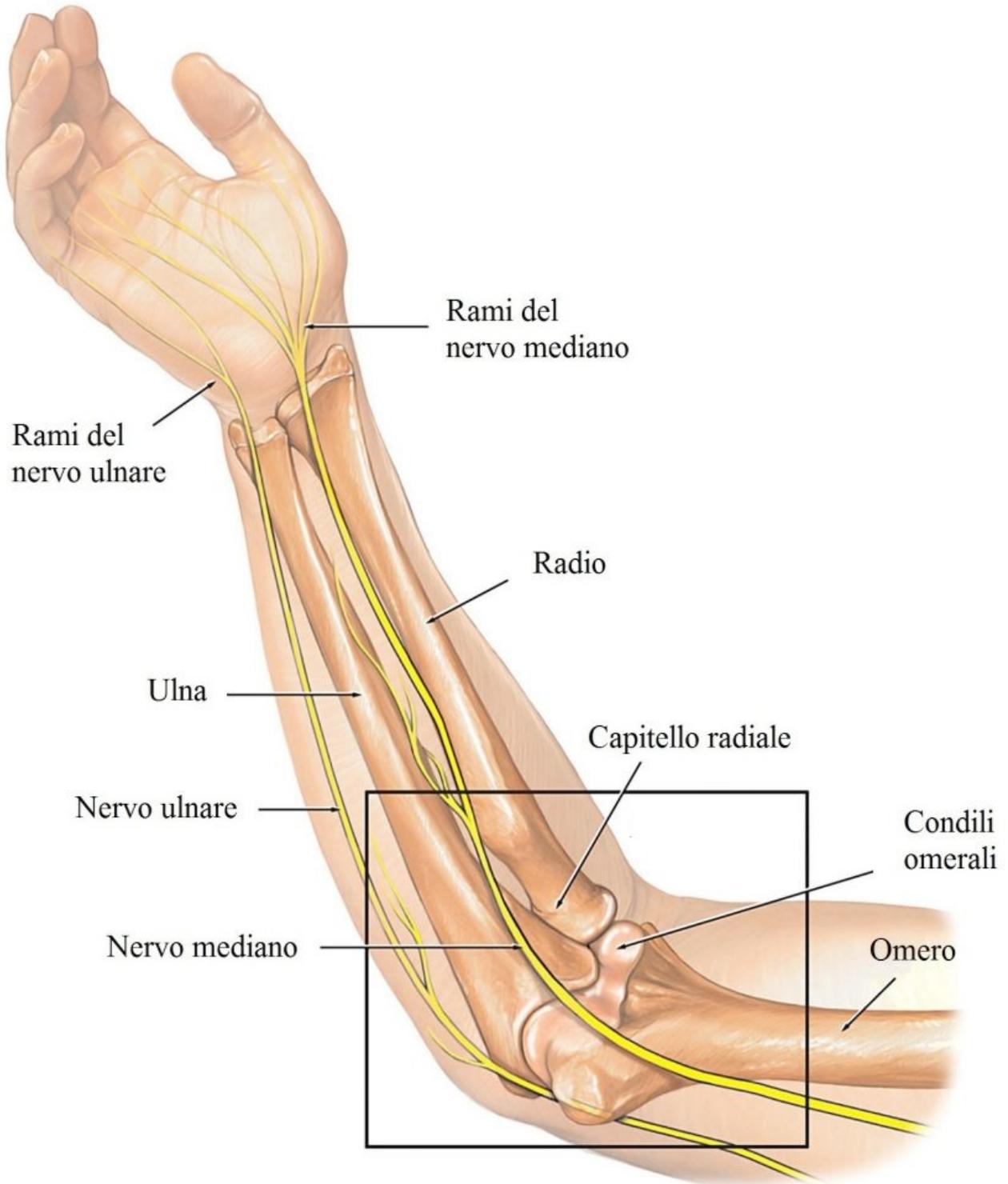
I muscoli che prendono origine o che si inseriscono a livello del gomito si dividono in:

**Muscoli epicondiloidei**, che originano dall'epicondilo omerale, permettono i movimenti di estensione delle dita e del polso.

**Muscoli epitrocleari**, che originano dall'epitroclea, permettono i movimenti di pronazione e di flessione delle dita e del polso.

Altri muscoli importanti che si inseriscono sul gomito sono il bicipite brachiale ed il brachiale anteriormente che permettono il movimento di flessione del gomito e di supinazione dell'avambraccio ed il tricipite brachiale posteriormente, il quale permette il movimento di estensione.





## Anatomia e fisiologia del polso e della mano

L'articolazione del polso è costituita dall'estremità distale del radio insieme alle ossa della prima filiera del carpo. Questa articolazione viene chiamata appunto **radio - carpica**. Si tratta di una condiloartrosi in cui abbiamo dal lato prossimale l'estremità distale del radio che ha la forma di una cavità ovale concava detta cavità glenoidea, dal lato distale dall'estremità prossimale del carpo costituita dall'osso **scafoide**, dal **semilunare** e dal **piramidale** che vanno a costituire un condilo carpico convesso.

A questo gruppo di ossa se ne aggiunge un altro che non prende parte all'articolazione radio carpica ma che comunque fa parte della prima filiera del carpo, l'osso **pisiforme**. La seconda filiera del carpo è composta poi da **trapezio**, **trapezoide**, **capitato** ed **uncinato**.

Tra le due superfici articolari vi è un disco articolare costituito da una fibro-cartilagine interossea. L'estremità distale del radio è costituita da una faccia dorsale, una mediale ed una volare.

Nella faccia dorsale si ha una superficie articolare triangolare dove l'apice è dato dal processo stiloideo in cui passano i tendini dei muscoli estensori e la base formata da un incavo che si articola con l'ulna. Nella faccia mediale abbiamo un duplice rapporto, radialmente con lo scafoide e ulnarmente con il semilunare.

La faccia volare è leggermente concava e liscia. L'estremità distale dell'ulna è formata da una testa semicilindrica che si articola con la faccetta articolare del radio ed inoltre viene separata dall'osso piramidale dalla fibro-cartilagine triangolare.



I mezzi di unione sono dati dalla capsula articolare e dai legamenti di rinforzo rappresentati dal:

- Legamento volare
- Legamento Dorsale
- Legamento Collaterale Radiale
- Legamento Collaterale Ulnare

La capsula articolare è come un manicotto che si inserisce su tutta la superficie articolare del radio, della fibro-cartilagine interossea e delle ossa della prima filiera del carpo. La capsula, inoltre, è sormontata da fasci di rinforzo che si distendono fino all'articolazione medio-carpica.

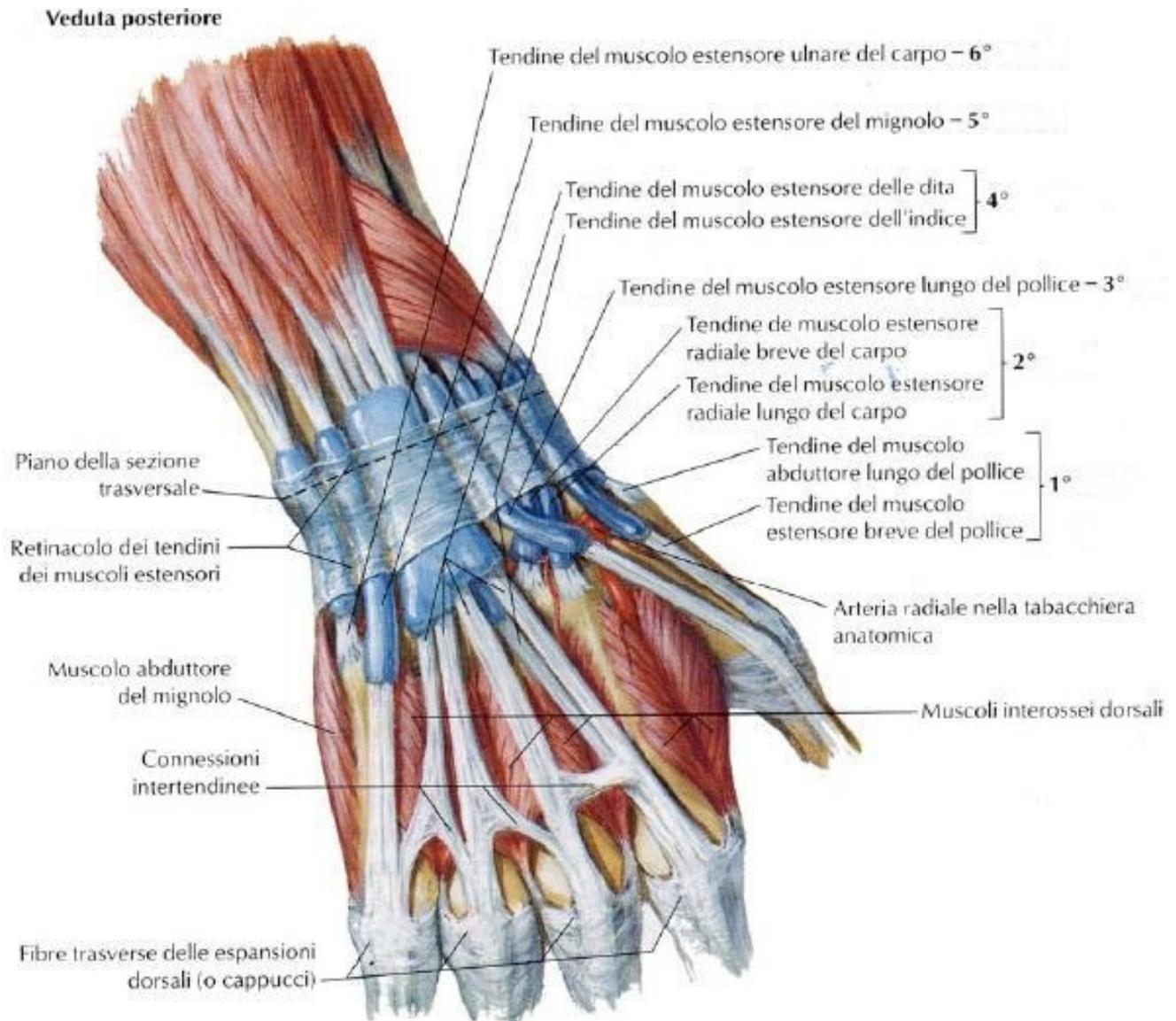
I muscoli motori del polso si suddividono in quattro gruppi:

- 1° Muscolo cubitale anteriore
- 2° Muscolo cubitale posteriore
- 3° Muscoli palmari grande e piccolo
- 4° Muscoli radiali

Nella flessione del polso intervengono i muscoli del primo e terzo gruppo, nella estensione intervengono i muscoli del secondo e quarto gruppo, nella abduzione intervengono i muscoli del primo e secondo gruppo e nella adduzione intervengono i muscoli del terzo e quarto gruppo.

I muscoli motori della supinazione sono il **supinatore breve** ed il **bicipite brachiale**, mentre i muscoli motori della pronazione sono il **pronatore quadrato** ed il **pronatore rotondo**.

I movimenti di flesso-estensione e adduzione-abduzione combinati tra di loro danno il movimento di circumduzione che quindi viene effettuato simultaneamente in rapporto ai due assi dell'articolazione del polso.



La mano è l'estremità più distale di ciascun arto superiore del corpo umano, è dotata di 5 dita, inizia a livello del polso e termina con cinque dita: il pollice, l'indice, il medio, l'anulare e il mignolo.

## Anatomia della mano

Lo scheletro della mano consta di ben **27 ossa**, che gli esperti di anatomia - per semplificarne lo studio - suddividono in tre categorie o gruppi: le **ossa carpali**, le **ossa metacarpali** e le **falangi**.

Le **ossa carpali** le abbiamo già viste sopra quando abbiamo parlato del polso.

Le **ossa metacarpali** o metacarpi appartengono alla categoria delle ossa lunghe e sono in tutto 5.

In ogni metacarpo, si possono distinguere tre porzioni: una centrale, conosciuta come corpo, una prossimale, chiamata base e infine, una distale, che prende il nome di testa.

Ogni lato del corpo presenta una concavità che funge da punto d'inserzione per i muscoli interossei. La base è la porzione che confina le ossa carpali e con cui forma delle articolazioni.

La testa è la regione che prende contatto con la prima falange della dita: ogni metacarpo corrisponde a un dito, quindi ogni testa metatarsale è in associazione con la prima falange di ciascun dito della mano.

**Le falangi** sono complessivamente 14 e rappresentano gli elementi ossei che costituiscono le dita della mano.

Tranne il pollice che è l'unico formato da 2 falangi, tutte le altre dita possiedono 3 falangi.

Le falangi più prossime quindi più vicine alla testa dei metatarsi (falangi prossimali) prendono il nome di prime falangi. A partire da queste, le successive sono dette seconde falangi e terze falangi ma nel caso del pollice, la numerazione termina con le seconde falangi.

### Le articolazioni intercarpali.

Sono le articolazioni con sede tra le varie ossa carpali e che consentono a quest'ultime un certo grado di mobilità contribuendo alla stabilità del polso.

### Le articolazioni carpo-metacarpali.

Sono gli elementi articolari situati tra le ossa carpali della fila distale e i metacarpi corrispondenti. Non sono articolazioni particolarmente mobili ma la loro presenza è fondamentale per fornire stabilità al polso.

A livello metacarpale, hanno sede le articolazioni che uniscono la testa di ciascun metacarpo all'estremità prossimale di ciascuna falange e queste articolazioni prendono il nome di **articolazione metacarpo-falangee**.

Infine, a livello falangeo, spiccano le articolazioni che connettono le falangi tra di loro, cioè:

L'articolazione che unisce la prima falange alla seconda falange, nota anche come **articolazione interfalangea prossimale**.

L'articolazione che lega la seconda falange alla terza falange, il cui nome specifico è **articolazione falangea distale**. Questo elemento articolare però è assente nel pollice perché non c'è la terza falange.

## LEGAMENTI DELLA MANO

### LEGAMENTO

Legamento radio-ulnare



### OSSA COINVOLTE

Radio e ulna

Legamento radio-carpale dorsale



Radio e carpo dorsale

Legamenti intercarpali prossimali



Elementi ossei del carpo situati vicino al ulna e radio

Legamenti intercarpali distali



Elementi ossei del carpo situati distante da ulna e radio

Legamenti carpo-metacarpali



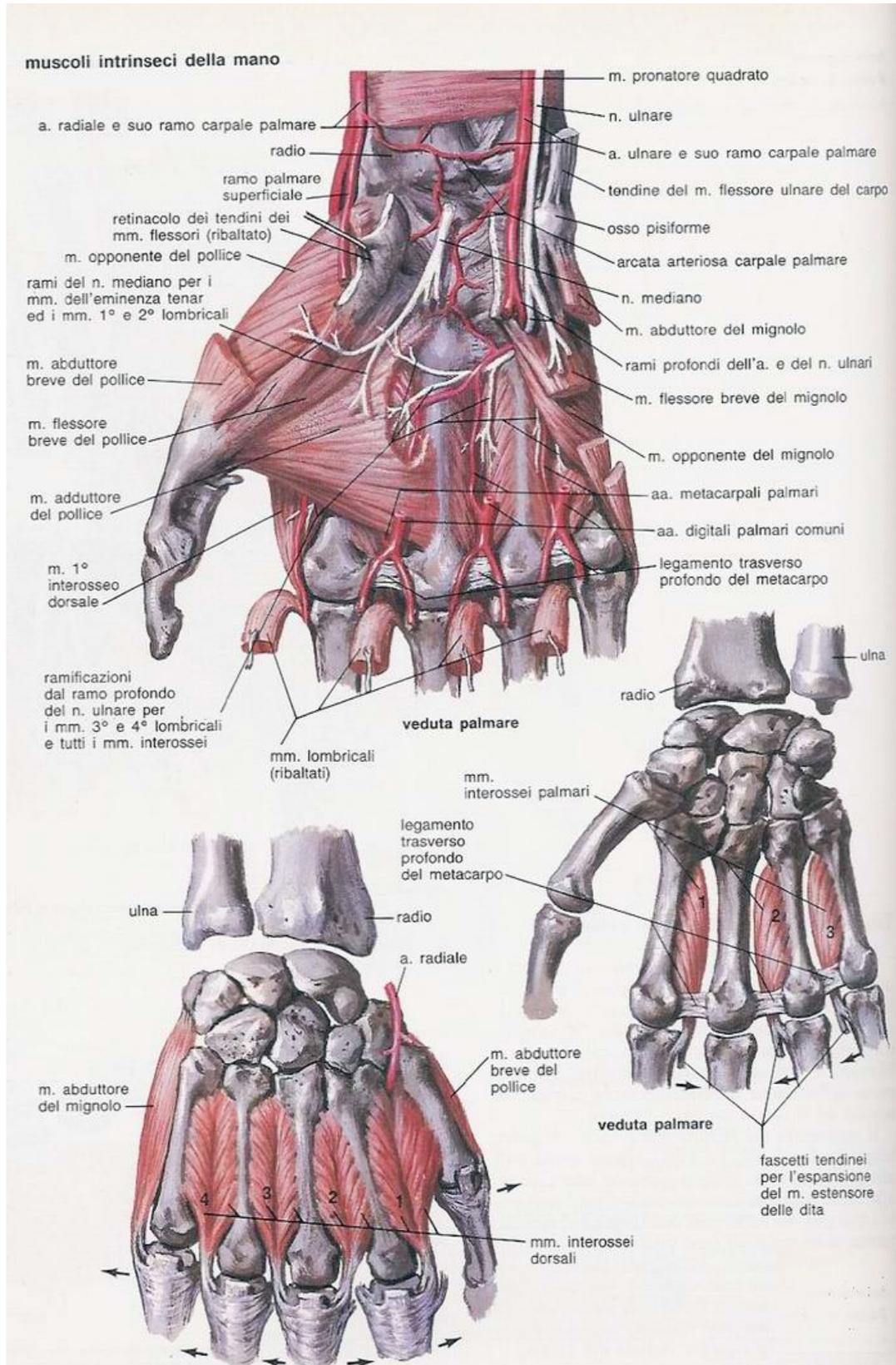
Ossa del carpo e metacarpi

Legamenti intermetacarpali



Ossa metacarpali

### MUSCOLI DELLA MANO





La buona funzionalità della mano dipende dai muscoli che risiedono nella mano e dai muscoli dell'avambraccio che si connettono allo scheletro della mano attraverso i tendini.

Possiamo definire i muscoli presenti per intero nella mano **muscoli intrinseci**, mentre i muscoli situati prevalentemente nell'avambraccio con il termine di **muscoli estrinseci**.

Esistono due categorie di muscoli estrinseci: gli **estensori estrinseci**, che servono a distendere la mano e raddrizzare le dita, e i **flessori estrinseci**, che permettono la chiusura della mano.

Ciascuno di questi muscoli si aggancia alle ossa della mano per mezzo dei **tendini**. Il tendine come sappiamo è una formazione, strutturalmente, molto simile a un legamento, con la differenza che unisce un muscolo a un elemento osseo.

Una banda di tessuto connettivo, che prende il nome di **retinacolo** garantisce ai tendini della mano una certa stabilità e previene eventuali malformazioni.

## Innervazioni

I nervi che provvedono a innervare la cute e i muscoli della mano sono derivazioni del plesso brachiale e sono tre: il **nervo mediano**, il **nervo ulnare** e il **nervo radiale**.

Ognuno di questi nervi possiede sia una componente di fibre nervose sensitive, sia una componente di fibre nervose motorie. Possiamo quindi far rientrare questi nervi nella categoria dei nervi misti.

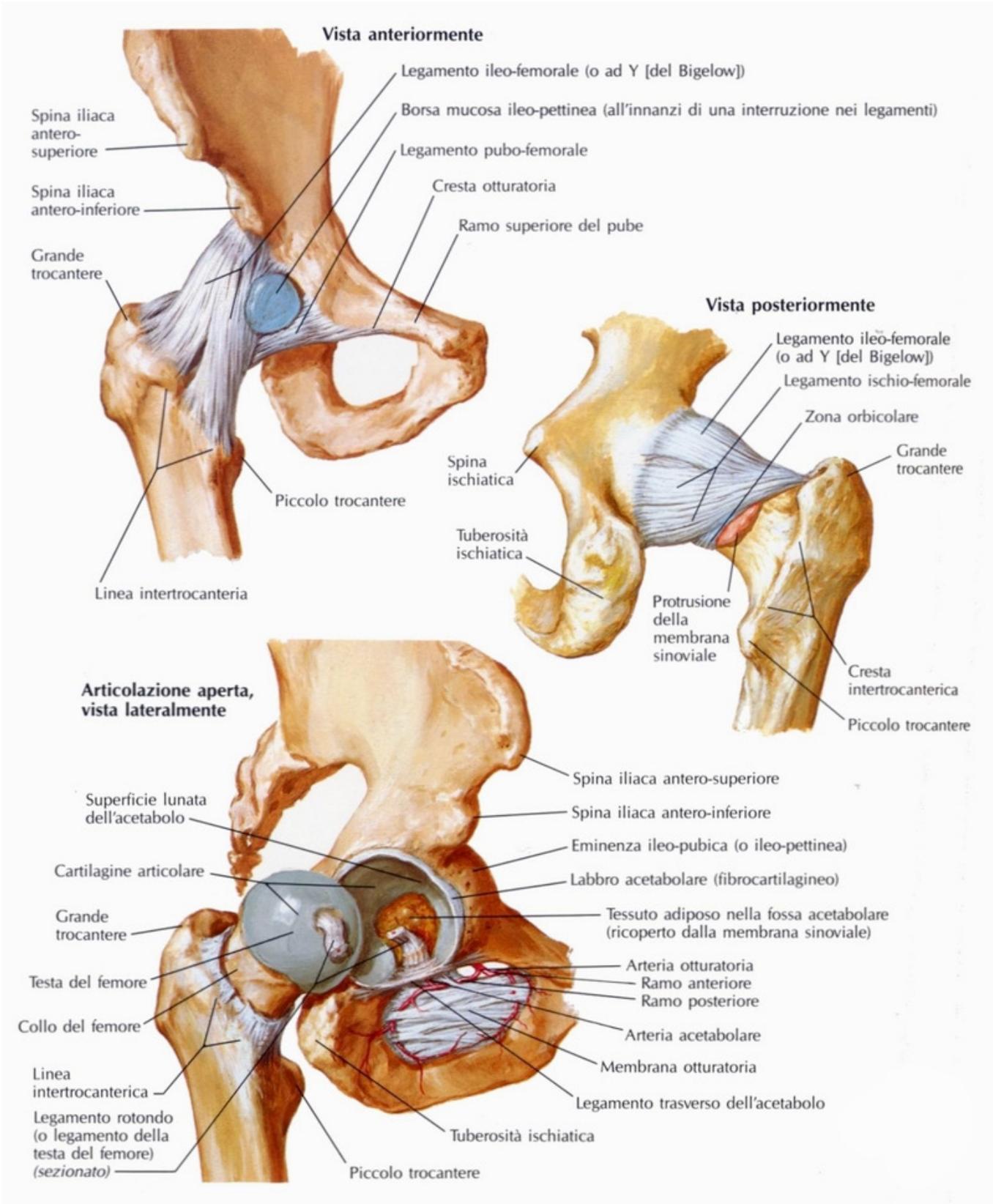


## Anatomia e fisiologia dell'anca

L'**articolazione dell'anca**, viene chiamata anche coxo-femorale ed è una classica **enartrosi**, ovvero un'articolazione le cui superfici articolari sono costituite da un osso con forma sferica, o semisferica, e da una concavità, sempre sferica, che lo contiene. Un altro esempio di enartrosi è l'articolazione della spalla e queste articolazioni sono le più mobili in assoluto perché consentono movimenti di rotazione e circonduzione, flessione ed estensione, adduzione e abduzione.

L'articolazione dell'anca è quindi composta dalla testa del femore, che ha una forma quasi sferica di 4-5 cm di diametro, si articola con il bacino e possiede una cavità emisferica chiamata acetabolo in grado di accoglierla quasi perfettamente.

Il **labbro dell'acetabolo** è una protuberanza di tessuto connettivo che rende più ampia la superficie dell'acetabolo, consentendo di avvolgere in modo più completo la testa del femore e svolgendo anche una funzione di contenimento dell'articolazione.



## Legamenti dell'articolazione dell'anca

**Legamento rotondo del femore:** si inserisce al centro della cavità glenoidea dove si trova una depressione a forma di quadrilatero, non rivestita da cartilagine e si inserisce sulla testa del femore in una zona chiamata “**fovea capitis**” che vuol dire fossetta della testa del femore. La caratteristica di questo legamento è che non è particolarmente teso, come lo sono abitualmente i legamenti interossei ad esempio come quelli del ginocchio.

- Legamento ileo femorale
- Legamento ischio femorale
- Pubofermorale

Poi abbiamo la **capsula articolare** e anche lei contribuisce a mantenere in sede questa articolazione. Si tratta di un manicotto fibroso che avvolge l'articolazione ed è ulteriormente rinforzato dai tre legamenti, **ileofemorale**, **ischiofemorale** e **pubofermorale** che sono ritenuti ispessimenti della capsula stessa.

Un'altra struttura importante è la **zona orbicolare**, che è un fascio di rinforzo situato sotto la capsula, in posizione profonda e che staccandosi dall'acetabolo “abbraccia” il femore tornando a collegarsi nel punto di origine.

La **membrana sinoviale** invece riveste la superficie interna della capsula articolare, avvolgendo il legamento rotondo totalmente.



## Muscoli e innervazione

I muscoli dell'anca si inseriscono sul femore, sul bacino e sulla colonna vertebrale consentendo i numerosi movimenti che può compiere l'anca.

Ti elenco qui sotto i muscoli dell'anca in funzione del movimento ai quali contribuiscono.

**Rotazione esterna:** grande gluteo; medio e piccolo gluteo; ileopsoas; adduttore breve, lungo e grande adduttore; piriforme; sartorio; pettineo; otturatore esterno; otturatore interno; quadrato del femore.

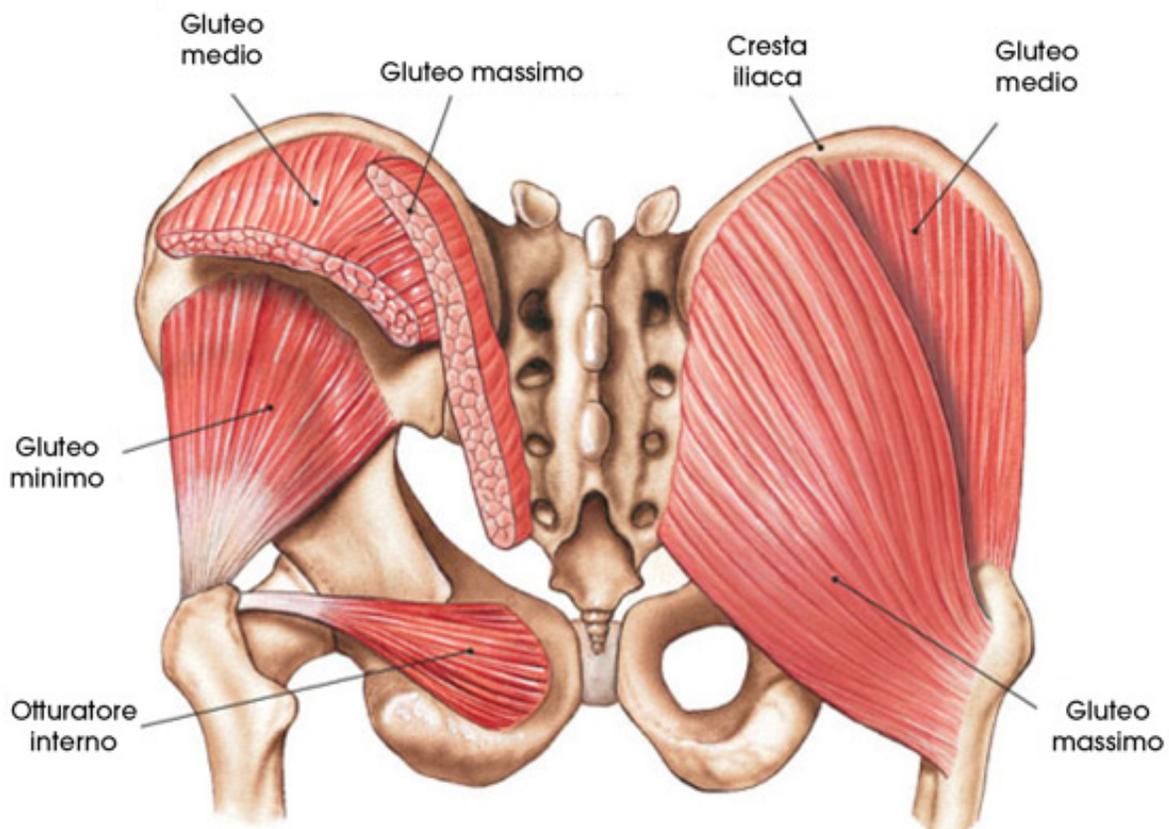
**Rotazione interna:** medio e piccolo gluteo; tensore fascia lata; grande adduttore.

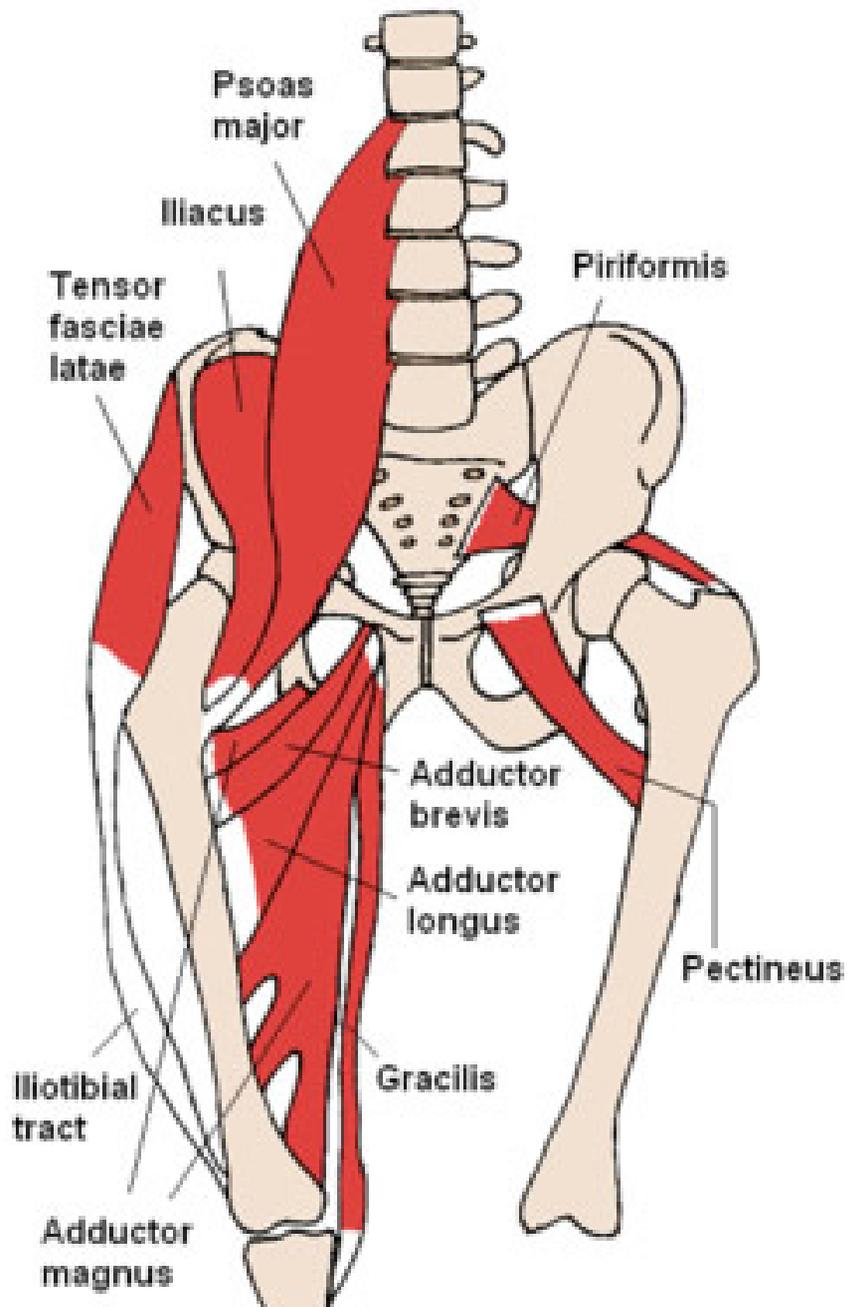
Estensione: grande gluteo; medio e piccolo gluteo; grande adduttore; piriforme; semi-membranoso; semitendinoso; bicipite femorale (capo lungo);

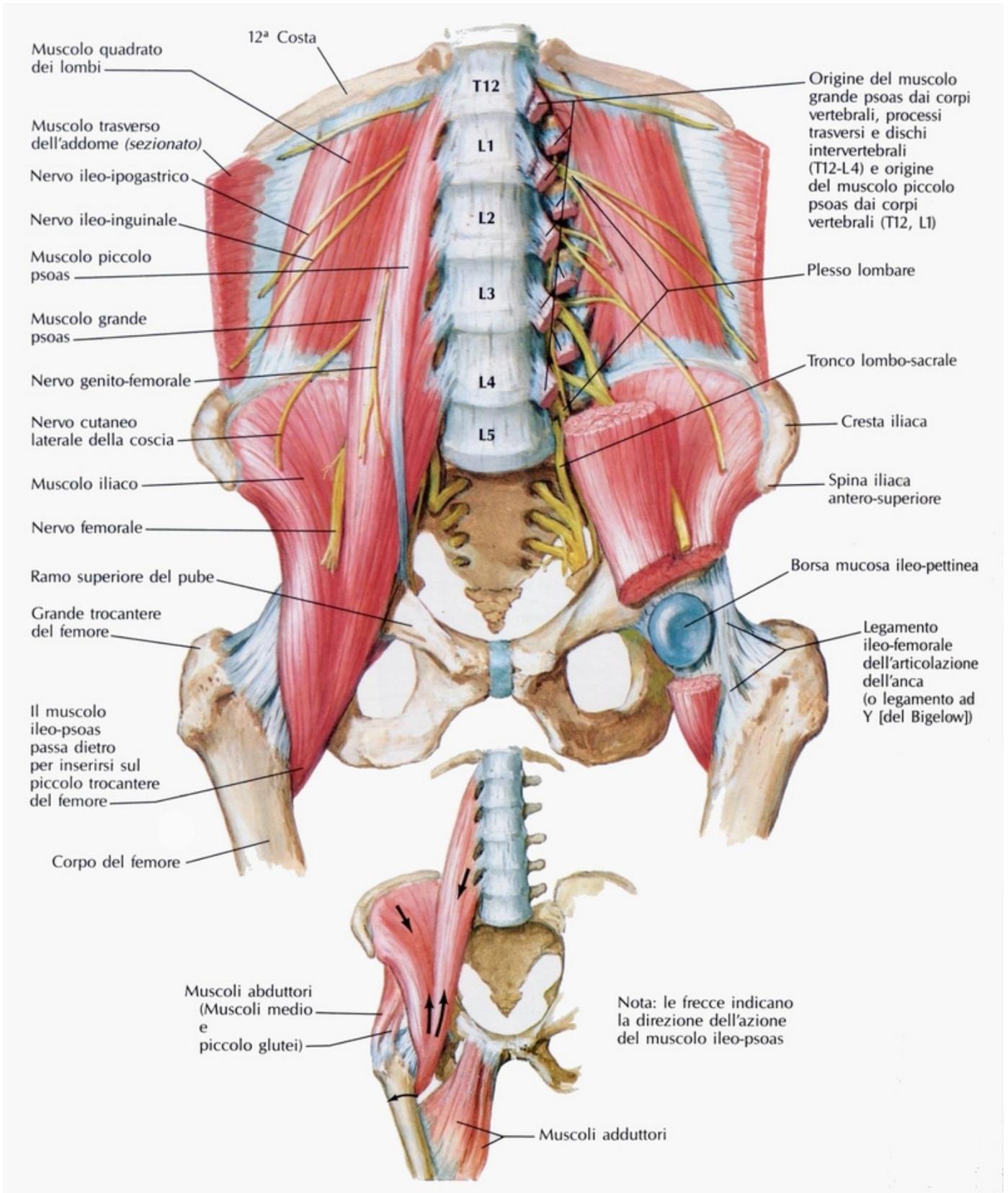
**Flessione:** ileopsoas; tensore fascia lata; pettineo; adduttore lungo; adduttore breve; gracile; retto femorale; sartorio.

**Abduzione:** medio gluteo; tensore fascia lata; grande gluteo; piccolo gluteo; piriforme; otturatore; interno.

**Adduzione:** grande adduttore; adduttore lungo; adduttore breve; grande gluteo; gracile; pettineo; quadrato del femore; otturatore esterno.







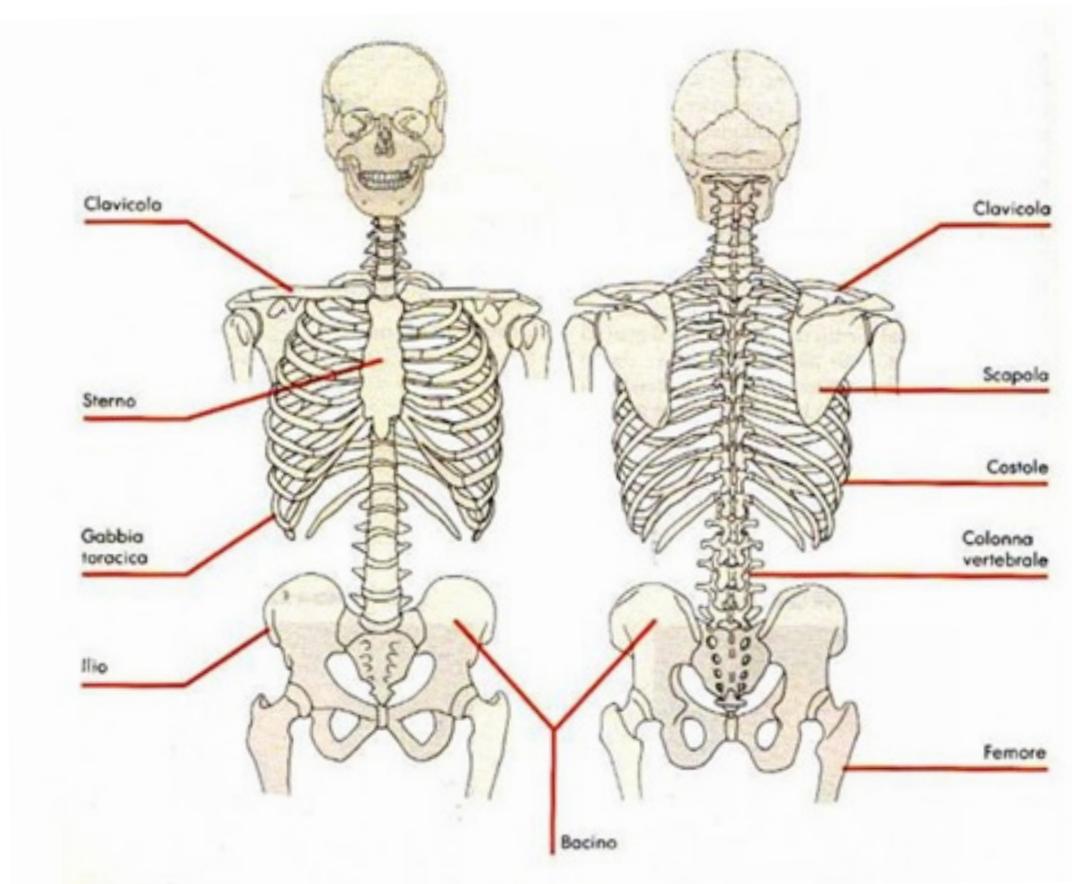
## Gabbia Toracica

La gabbia toracica protegge il cuore e i polmoni, è composta da 12 paia di costole (ossa piatte) che si articolano posteriormente con le vertebre toraciche per mezzo di articolazioni cartilaginee.

Le prime 7 costole si dicono costole vere e sono unite allo sterno.

Le tre successive si dicono costole false unite fra loro da cartilagine articolata con lo sterno.

Le ultime due costole si dicono fluttuanti perché più corte e non raggiungono lo sterno.





# PARTE PRATICA

Le manipolazioni che imparerai saranno un mix di tecniche manuali ispirate a quelle di origine osteopatica e chiropratica da me rielaborate con l'esperienza per renderne semplice ed efficace l'esecuzione.

**Prima di eseguire qualsiasi manipolazione assicurati che il tuo paziente abbia una diagnosi e non siano presenti controindicazioni alle manipolazioni periferiche.**



## Manipolazioni spalla e trattamento spalla dolorosa

Devi sapere che questa parte del mio metodo ti renderà unico/a e imparagonabile nel trattare le principali condizioni dolorose di spalla come:

- Periartrite calcifica o non calcifica
- Sindrome da conflitto o impingement
- Borsite della borsa sotto-acromiale
- Capsulite adesiva o spalla congelata
- Lesione della cuffia dei rotatori
- Esiti di lussazione di spalla
- Tendinite o tendinopatia calcifica dei tendini della cuffia dei rotatori
- Artrosi gleno-omeroale di grado 2 quando la degenerazione artrosica è di grado moderato
- Tendinite/lesione del sovraspinoso o del capo lungo del bicipite

Ho infatti elaborato un metodo valido ed efficace per tutte le condizioni dolorose che ti ho descritto sopra. Si tratta di tecniche e ragionamenti clinici che ho imparato insieme alla mia personale esperienza e sperimentazione.

Il mio approccio alla spalla considera e tratta questo insieme di articolazioni come **un'unica unità funzionale**, per questo le manipolazioni che ti insegnerò andranno a riallineare questa unità funzionale in modo da favorire la guarigione di tutte le parti molli che la compongono.

Ti assicuro che nella stragrande maggioranza dei casi questo che sto per insegnarti è un metodo che ti farà avere successo lì dove la maggior parte dei tuoi colleghi falliscono e sono strafelice di insegnartelo.

# Manipolazioni spalla

## Manipolazione Scapolo-Toracica

- Posizione paziente: prono
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano di stabilità posizionata a coppetta sotto la spalla e l'altra posizionata verticalmente sul margine mediale della scapola.
- Test e Manipolazione scapolo-toracica
- Test post-manipolativo (funzionale)



Variante a gomito flesso (vedi video)

## Manipolazione Scapolo-Omerale

- Posizione paziente: seduto
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano di stabilità posizionata a coppetta davanti la spalla e l'altra posizionata verticalmente sul margine mediale della scapola.
- Test e Manipolazione scapolo-omerale
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Variante in piedi

- Posizione paziente: in piedi con una mano sul fianco
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano di stabilità posizionata a coppetta davanti la spalla e l'altra dietro al gomito.
- Test e Manipolazione scapolo-omerale
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione Acromion-Clavicolare

- Posizione paziente: seduto con una mano sulla testa
- Posizione terapeuta: dietro al paziente, omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano di stabilità posizionata sull'articolazione acromion-clavicolare e l'altra davanti al gomito.
- Test e manipolazione acromion-clavicolare
- Test post-manipolativo (funzionale)





## Manipolazione Sterno-Clavicolare

- Posizione paziente: supino
- Posizione terapeuta: di fianco al paziente, omolaterale alla disfunzione
- Presa: il pisiforme della mano che manipola posizionata sull'articolazione sterno-clavicolare mentre la mano opposta stabilizza posizionandosi sul moncone opposto (presa crociata)
- Test e Manipolazione Sterno-Clavicolare
- Test post-manipolativo (palpazione)

Per poter essere sempre efficace in tutte le condizioni dolorose di spalla che ti ho elencato, ti consiglio di associare sempre a questo trattamento globale, anche le manipolazioni cervicali e toraciche che ti ho insegnato nell'altro corso.

### Conclusione e considerazioni trattamento spalla dolorosa

Il mio consiglio è quello di considerare la spalla e trattarla quindi come una **singola unità funzionale** senza ragionare clinicamente su ogni singolo muscolo e funzione separatamente, come erroneamente facevo anche io.

Quello che ti ho insegnato è l'approccio che mi ha permesso di risolvere con successo moltissimi casi di spalla dolorosa che altrimenti sarebbero stati destinati a un intervento chirurgico.

# Manipolazioni Gabbia Toracica

## Manipolazione Gabbia Toracica

- Posizione paziente: prono
- Posizione terapeuta: di fianco al paziente, controlaterale alla disfunzione
- Presa: una mano sulla spina iliaca antero-superiore e l'altra mano a contatto con le prime articolazioni costo-vertebrali
- Test e Manipolazione Gabbia Toracica
- Test post-manipolativo (palpazione/mobilità)



## Manipolazione Coste Anteriori (1-5)

- Posizione paziente: supino
- Posizione terapeuta: di fianco al paziente, omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano con indice e medio tra la costa da manipolare, l'altra posizionata verticalmente attraverso il pisiforme o solco spinge in direzione obliqua.
- Test e Manipolazione Coste Anteriori (1-5)
- Test post-manipolativo (palpazione/mobilità)



## Manipolazione Coste 6-7

- Posizione paziente: supino con le braccia incrociate
- Posizione terapeuta: davanti, omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano con il solco tra tenar e ipotenar si posiziona sull'articolazione costo-vertebrale 6 e 7, l'altra mano sotto la nuca del paziente lo porta in flessione laterale verso il terapeuta
- Test e Manipolazione Coste 6-7
- Test post-manipolativo (palpazione/mobilità)



## Manipolazione Coste 11-12

- Posizione paziente: seduto con mani incrociate dietro la testa
- Posizione terapeuta: dietro al paziente, omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano afferra la spalla del paziente posteriormente passando davanti al torace del paziente, l'altra mano in appoggio con il pisiforme sulle articolazioni costo-vertebrali 11 e 12
- Test e Manipolazione **Coste 11-12**
- Test post-manipolativo (palpazione/mobilità)





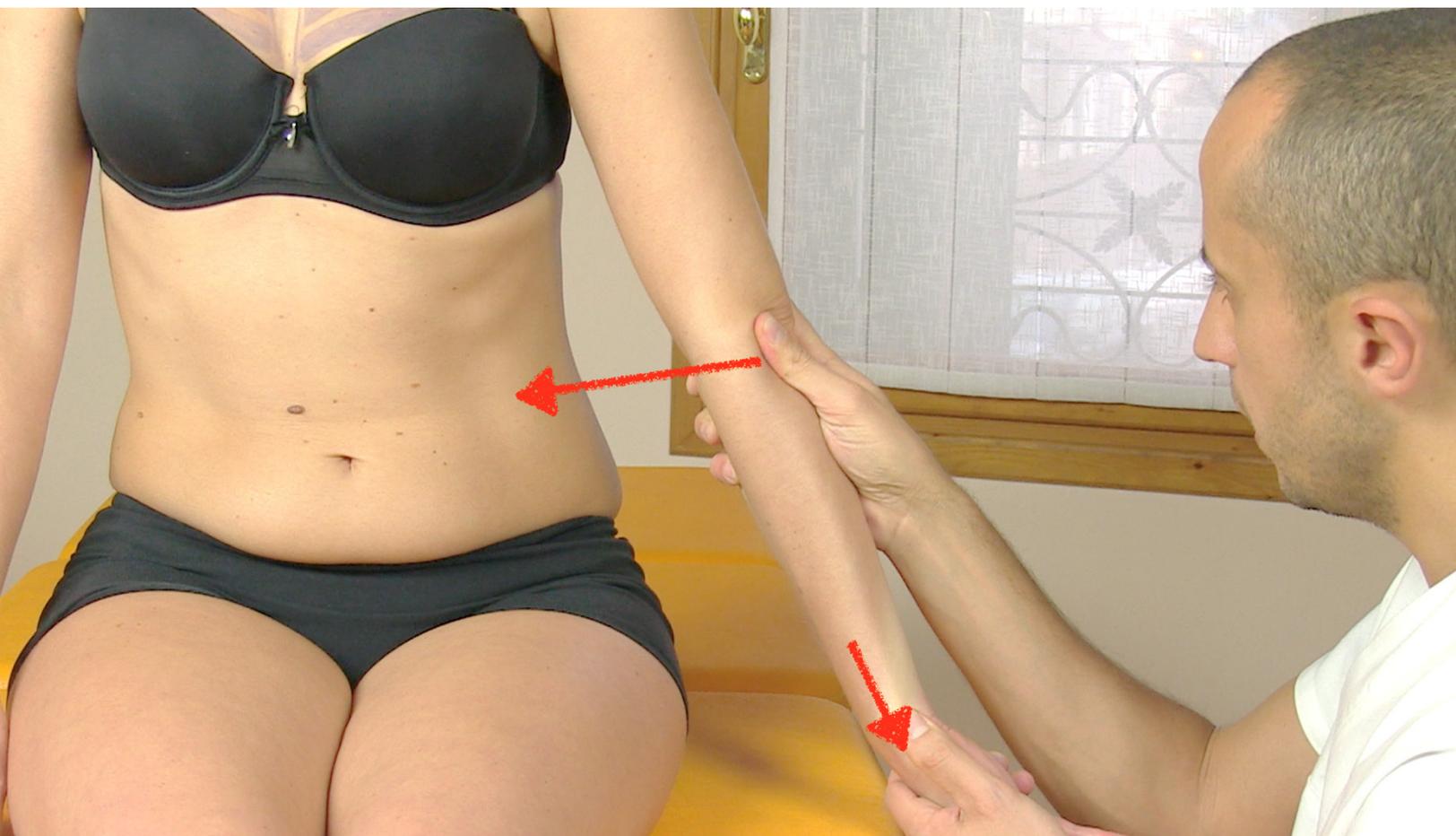
## **MANIPOLAZIONI GOMITO E TRATTAMENTO EPICONDILITE / EPITROCLEITE**

Il gomito così come il ginocchio lo considero biomeccanicamente parlando come una “vittima” nel senso che solitamente subisce i carichi e i microtraumatismi a causa degli squilibri delle articolazioni vicine.

Il mio consiglio quindi è quello di trattare tutte queste componenti articolari vicine al gomito (polso, spalla) con le manipolazioni che ti insegno, associandole a queste specifiche sul gomito che sto per insegnarti e a quelle vertebrali cervicali dell’altro corso, perché in questo modo vedrai che potrai avere sempre risultati sorprendenti.

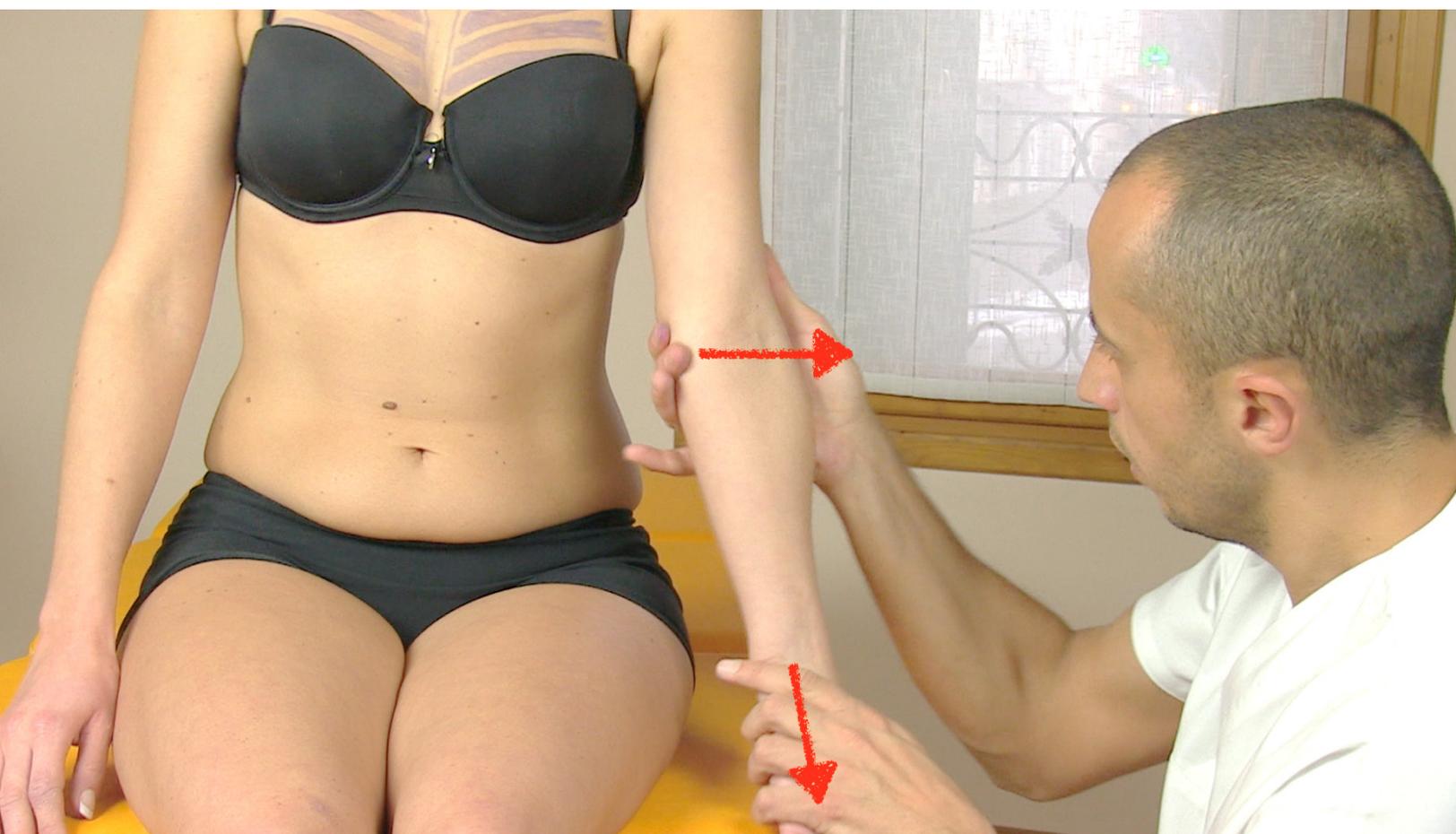
## Manipolazione Omero-Radiale

- Posizione paziente: seduto
- Posizione terapeuta: di fianco al paziente, omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano con il pollice a contatto con l'articolazione omero-radiale e l'altra sulla parte distale del radio
- Test e Manipolazione omero-radiale
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione Omero-Ulnare

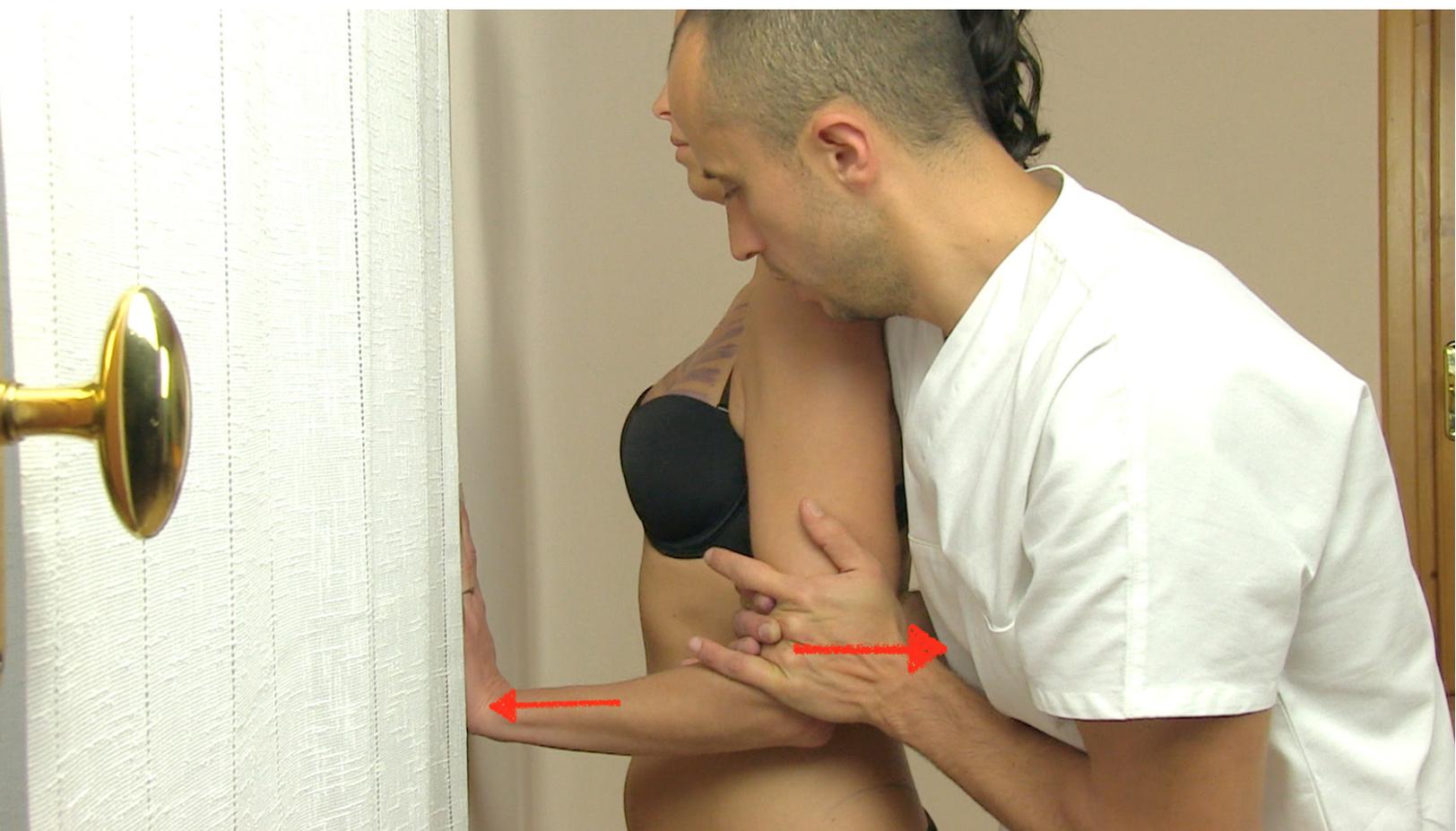
- Posizione paziente: seduto
- Posizione terapeuta: di fianco al paziente, omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano con il pollice a contatto con l'articolazione omero-ulnare e l'altra sulla parte distale del radio
- Test e Manipolazione omero-ulnare
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione Omero-Back

(da utilizzare solo in alcuni casi cioè quando c'è un deficit di estensione del gomito e l'articolazione del gomito è troppo dolorante per essere manipolata)

- Posizione paziente: in piedi
- Posizione terapeuta: dietro al paziente, omolaterale alla disfunzione
- Presa: tutte e due le mani avvolgono da dietro la parte distale dell'omero del paziente
- Test e Manipolazione Omero-Back
- Test post-manipolativo (funzionale)





## MANIPOLAZIONI POLSO E MANO

(TRATTAMENTO SINDROME DEL TUNNEL CARPALE E TENDINITE POLSO)

Ti ho voluto inserire nuovamente il trattamento della sindrome del tunnel carpale in questo paragrafo perché il trattamento di questa sindrome così come ti ho insegnato nel corso sulle manipolazioni cervicali viene anche definita “Double Crush Syndrome” che appunto in italiano vuol dire sindrome causata da un doppio schiacciamento.

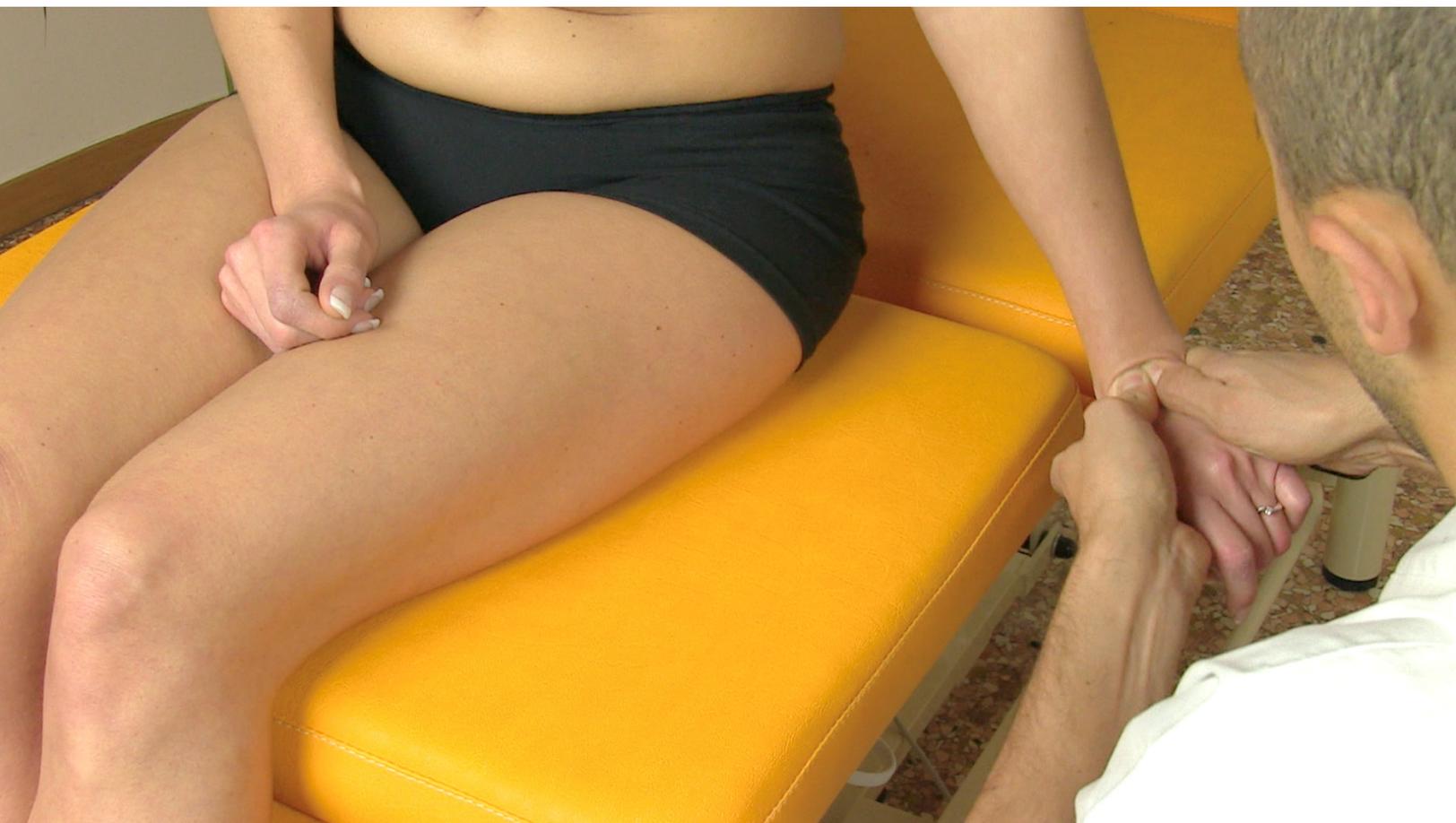
La prima causa che a livello sintomatologico è la più importante, è la causa che io attribuisco alle disfunzioni cervicali, l'altra causa è attribuibile alle disfunzioni del polso e della mano.

Con le manipolazioni che ti insegnerò ora quindi andremo a normalizzare le disfunzioni quasi sempre presenti sia nella sindrome del tunnel carpale che nella tendinite del polso. Devi sapere inoltre che le disfunzioni del polso, sono quasi sempre la causa primaria o secondaria dell'epicondilite e dell'epitrocleeite. Quindi il mio consiglio è quello di normalizzare anche le disfunzioni del polso e della mano in presenza di sindromi dolorose del gomito.

Un piccolo inciso voglio fartelo sulla **rizoartrosi** perché negli stadi non gravi e con cautela se la tratti con lo stesso ragionamento clinico globale che ti ho insegnato finora, potrai avere dei grandi risultati anche nella rizoartrosi.

## Manipolazione Semilunare

- Posizione paziente: seduto
- Posizione terapeuta: di fianco, omolaterale alla disfunzione
- Presa: un pollice posto sul semilunare e l'altro sovrapposto a questo (spinta postero-anteriore o inversa)
- Test e Manipolazione Semilunare
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione Radio Distale

- Posizione paziente: seduto
- Posizione terapeuta: di fianco, omolaterale alla disfunzione
- Presa: un pollice posto sul radio distale e l'altro sovrapposto a questo (spinta postero-anteriore o inversa)
- Test e Manipolazione Radio Distale
- Test post-manipolativo (funzionale)



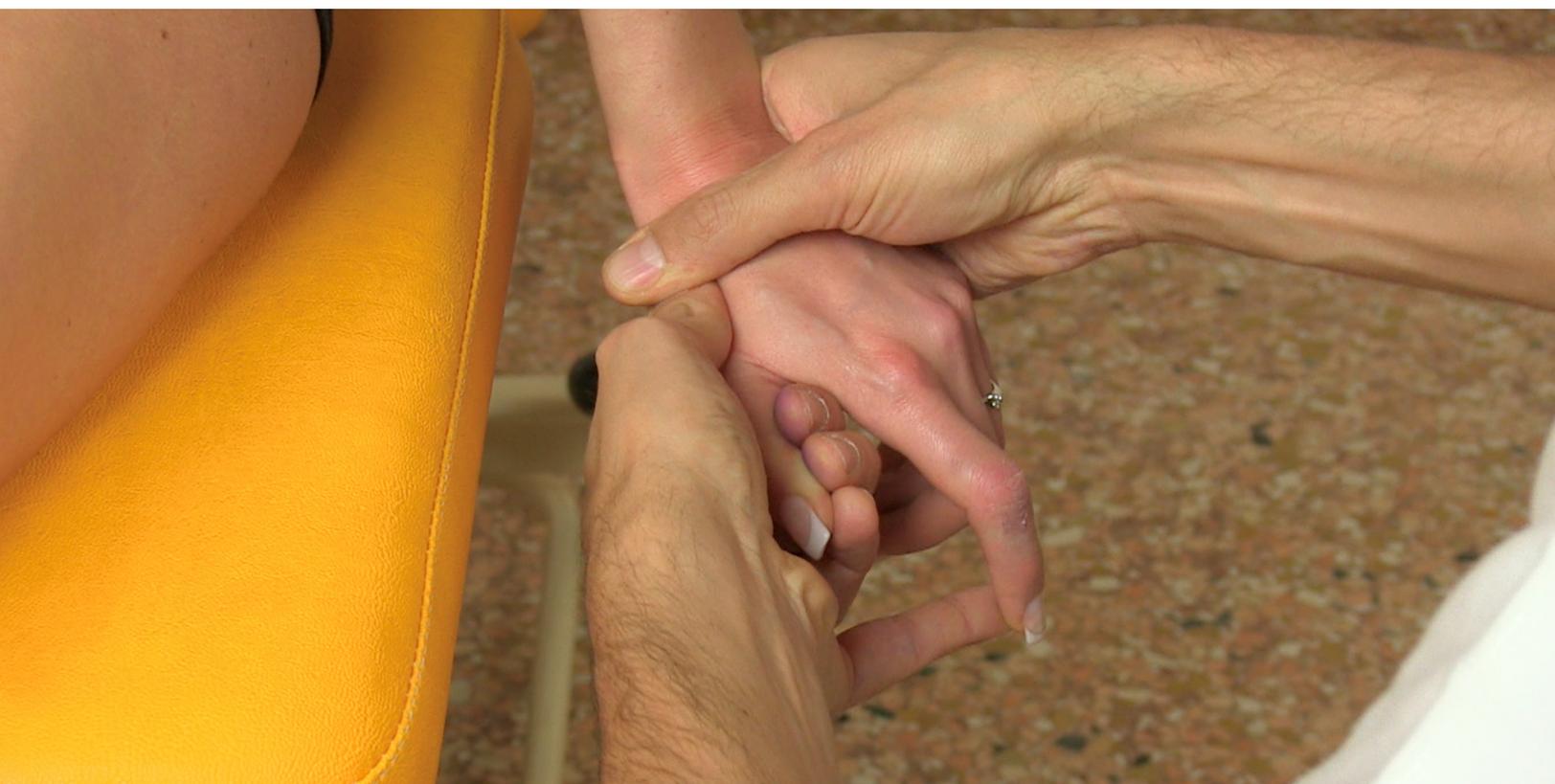
## Manipolazione Radio e Ulna Distale

- Posizione paziente: seduto
- Posizione terapeuta: di fianco, omolaterale alla disfunzione
- Presa: un pollice posto sul radio distale all'esterno e l'altro sovrapposto a questo (spinta latero-mediale)
- Test e Manipolazione Radio e Ulna Distale
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione Trapezio-Metacarpale (1° Metacarpo)

- Posizione paziente: seduto
- Posizione terapeuta: di fianco, omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano afferra il 1° Metacarpo posizionando il pollice della stessa mano sull'articolazione trapezio-metacarpale, l'altra mano si posiziona sul radio distale orizzontalmente e una volta traziionato va a rinforzare con il pollice quello a contatto con l'articolazione trapezio-metacarpale.
- Test e Manipolazione Trapezio-Metacarpale
- Test post-manipolativo (funzionale)



Per un trattamento efficace di condizioni dolorose come l'**epicondilite**, l'**epitrocleite**, la **tendinite del polso** e la **sindrome del tunnel carpale** ti consiglio quindi di associare sempre le manipolazioni delle articolazioni di tutto l'arto superiore con in più quelle cervicali e toraciche che trovi nel mio corso sulle manipolazioni vertebrali.

Il motivo è abbastanza intuitivo in quanto a livello biomeccanico tutte le articolazioni collegate funzionalmente a quella con la disfunzione più significativa tendono ad andare anche loro in disfunzione e quindi intervengono negativamente se non trattate.

## Manipolazione Scafoide

- Posizione paziente: seduto
- Posizione terapeuta: di fianco, omolaterale alla disfunzione
- Presa: un pollice si posiziona sullo scafoide e l'altra mano si sovrappone con il pisiforme a contatto
- Test e Manipolazione Scafoide
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione Falangi

- Posizione paziente: seduto
- Posizione terapeuta: di fianco, omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano sorregge il polso del paziente mentre l'altra avvolge il dito da manipolare
- Test e Manipolazione Falangi
- Test post-manipolativo (visivo, guarda rotazione esterna/interna delle unghie)



# Manipolazioni anca

## Manipolazione Femoro-Acetabolare

- Posizione paziente: supino
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano sulla parte laterale e prossimale del femore all'altezza del grande trocantere e l'altra poggia sulla parte mediale del ginocchio
- Test e Manipolazione Femoro-Acetabolare
- Test post-manipolativo (funzionale, abduzione/adduzione)



## Manipolazione Sinfisi Pubica

- Posizione paziente: supino, ginocchia piegate
- Posizione terapeuta: di fianco al paziente
- Presa: le mani poggiano nella parte mediale delle ginocchia del paziente
- Test e Manipolazione Sinfisi Pubica
- Test post-manipolativo (funzionale, abduzione/adduzione)





# Manipolazioni ginocchio

## TRATTAMENTO MENISCOPATIA - GONALGIA ESITI DI DISTORSIONE DI GINOCCHIO

Il ginocchio così come il gomito lo considero biomeccanicamente una “vittima” in questo caso principalmente delle sollecitazioni che riceve dai piedi, dall'anca e dalla schiena.

Seguendo l'approccio che ti ho insegnato nel corso sulle manipolazioni vertebrali ti accorgerai di come trattando la schiena e le articolazioni vicine al ginocchio tu possa dare sollievo sin da subito anche a un paziente che in prima seduta si trova in una condizione di forte dolore, infiammazione e limitazione dei movimenti.

Ovviamente ora ti sto per insegnare le tecniche specifiche mirate al trattamento delle disfunzioni del ginocchio che ti consiglio di associare al trattamento globale quindi alle manipolazioni vertebrali. Molte di queste manipolazioni anche se eseguite singolarmente, quindi non in associazione al trattamento globale possono dare un beneficio istantaneo se eseguite correttamente e se il motivo principale della sintomatologia è proprio la disfunzione dell'articolazione periferica trattata.

## Manipolazione Tibio-Peroneale prossimale (anteriorizzazione)

Quando abbiamo una disfunzione in cui c'è una posteriorità prossimale tibio-peroneale.

- Posizione paziente: supino
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano avvolge anteriormente la caviglia e l'altra con indice e medio dietro la testa del perone
- Test e Manipolazione Tibio-Peroneale (prossimale)
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione Perone prossimale (posteriorizzazione)

Per direzionare la testa del perone superiore quindi prossimale posteriormente.

- Posizione paziente: sul fianco con un cuscino tra le gambe, il lato in disfunzione sopra e il ginocchio flesso a 90°
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione e davanti al paziente
- Presa: il pisiforme di una mano a contatto con la testa superiore del perone mentre l'altra mano stabilizza la parte inferiore del perone
- Test e Manipolazione Tibio-Peroneale (posteriorizzazione perone prossimale)
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione Tibiale (anteriorizzazione)

Se la tibia si è posteriorizzata rispetto al femore che può avvenire in un evento in cui abbiamo un impatto da anteriore a posteriore.

- Posizione paziente: prono
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: tutte e due le mani si uniscono avvolgendo la parte prossimale della tibia posteriormente
- Test e Manipolazione Tibiale (anteriorizzazione)
- Test post-manipolativo (funzionale)



Se il ginocchio oltre a subire una spinta da davanti a dietro ha subito anche una rotazione interna o esterna bisogna manipolare ruotando prima la tibia nel senso opposto.

Quindi se il ginocchio ha subito una distorsione oltre all'impatto da davanti a dietro bisogna ruotare la tibia prima dell'impulso nel senso opposto alla distorsione.

## Manipolazioni per ridurre disallineamenti laterali e di rotazione

- Posizione paziente: supino
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa 1: una mano sul malleolo tibiale e l'altra sulla parte laterale del ginocchio
- Presa 2: una mano sul malleolo peroneale e l'altra sulla parte mediale del ginocchio
- Test e Manipolazioni per ridurre disallineamenti laterali e di rotazione
- Test post-manipolativo (funzionale)





## Manipolazioni caviglia e piede

### (TRATTAMENTO ESITI DI DISTORSIONE CAVIGLIA - METATARSALGIE FASCITE PLANTARE)

Le manipolazioni per la caviglia e per il piede che sto per insegnarti ti aiuteranno a ridurre le disfunzioni che si creano e che spesso sono la causa di distorsioni di caviglia, metatarsalgie e fascite plantare.

Ovviamente come tutte le manipolazioni che ti insegno puoi eseguirle sempre come routine di approccio globale così come faccio io associandole al trattamento per qualsiasi problema all'arto inferiore dove la caviglia e il piede sono sicuramente coinvolti.

## Manipolazione Tibio-Astragalica

- Posizione paziente: supino
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: tutte e due le mani afferrano l'articolazione tibio-astragalica facendo forza principalmente con medio e anulare
- Test e Manipolazione Tibio-Astragalica
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione 1° Metatarso

- Posizione paziente: supino con il ginocchio piegato e ruotato all'interno
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: l'eminanza tenar di una mano si posiziona sul 1° metatarso mentre l'altra sovrapposta funge da supporto
- Test e Manipolazione 1° Metatarso
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione 1° e 2° Cuneiforme

- Posizione paziente: supino
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: tutte e due le mani afferrano 1° e 2° cuneiforme facendo forza principalmente con medio e anulare
- Test e Manipolazione 1° e 2° cuneiforme
- Test post-manipolativo (funzionale)

Manipolazione 1° e 2° cuneiforme (simile alla tibio-astragalica ma senza eversione).



## Manipolazione 5° Metatarso (ruotato esternamente)

- Posizione paziente: supino
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano avvolge il dorso del piede a contatto con il 5° metatarso e l'altra mano la supporta dall'interno
- Test e Manipolazione 5° Metatarso
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione Cuboide

- Posizione paziente: supino
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano avvolge la parte mediale dell'avampiede e stabilizza mentre l'altra è a contatto con il cuboide lateralmente con l'eminenza tenar
- Test e Manipolazione Cuboide
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione Navicolare

- Posizione paziente: prono
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: la mano destra se il piede è destro o viceversa avvolge il dorso del piede e con il dito medio afferra il navicolare, il pisiforme dell'altra mano si sovrappone al dito medio dell'altra mano come da supporto
- Test e Manipolazione Navicolare
- Test post-manipolativo (funzionale)



## Manipolazione 1° 2° 3° 4° e 5° Dito

- Posizione paziente: supino
- Posizione terapeuta: omolaterale alla disfunzione
- Presa: una mano afferra un dito tra pollice e indice e l'altra si sovrappone di supporto
- Test e Manipolazione 1° 2° 3° 4° e 5° Dito
- Test post-manipolativo (funzionale)





# Conclusioni

Complimenti per aver deciso di imparare le mie tecniche manipolative periferiche; mi auguro e sono sicuro che i miei insegnamenti ti faranno fare la differenza.

Lo scopo principale di questo corso è quello di poter migliorare la tua vita professionale e la salute dei tuoi pazienti.

Ti suggerisco di integrare le manipolazioni periferiche che hai appena imparato, alle manipolazioni vertebrali che hai imparato nel mio corso precedente. In questo modo potrai offrire ai tuoi pazienti dei trattamenti globali completi e sicuramente ti daranno una marcia in più nel trattamento di numerose condizioni dolorose muscolo-scheletriche.

Ti auguro il più grande successo come professionista e sono felice di aver contribuito alla tua formazione professionale!

Buon lavoro!

**Marco Aruffo**



[www.ManiEsperte.it](http://www.ManiEsperte.it)

## Manipolazioni Periferiche

Il presente materiale è © 2017 in poi Dr. Marco Aruffo

Senza previa autorizzazione dell'autore: sono vietate la divulgazione, la riproduzione e la distribuzione (anche parziale), con qualsiasi mezzo. Qualsiasi violazione sarà perseguibile nei termini di legge.

Tutti i Diritti sono Riservati.

### Disclaimer / Note legali

Questo video-corso fornisce una visione d'insieme delle tecniche manipolative periferiche nel suo complesso come sistema osteoarticolare e dei rispettivi tessuti molli. In nessun modo vuole sostituirsi al parere del medico che rimane sempre il riferimento primario per ogni patologia e disturbo del paziente. Sulla base di ciò Marco Aruffo declina ogni responsabilità in relazione ai contenuti del video-corso Manipolazioni Periferiche e rimanda al soggetto che fruisce del video-corso stesso, il rispetto delle leggi vigenti in tale materia. Buona parte delle foto utilizzate sono di proprietà di ManiEsperte.it. Per tutte le foto di anatomia si fa riferimento alle foto free a disposizione su Google immagini. Tutte le informazioni del video-corso non devono essere usate come sostituti di consulenze mediche, di valutazioni professionali e o terapie mediche, in quanto trattasi di informazioni generiche e non di informazioni personalizzate. Si ricorda che la diagnosi di patologie e disfunzioni è prettamente di competenza medica.











[www.ManiEsperte.it](http://www.ManiEsperte.it)

ISBN 978-88-943308-2-3



9 788894 330823