

“MEDICINA SPORTIVA: LE TERAPIE”

(2° capitolo - Testo tratto dal sito www.albanesi.it)

GLI ANTINFIAMMATORI

Gli antinfiammatori si suddividono in due categorie: non steroidei (Fans, farmaci antinfiammatori non steroidei, il più noto dei quali è l'aspirina) e steroidei (i cortisonici). L'uso degli antinfiammatori è stato limitato sin dall'origine dai problemi gastrici che il loro uso comportava, per esempio un rischio di ulcera gastrica aumentato di dieci volte ca. Infatti i Fans tradizionali bloccano la produzione di prostaglandine, responsabili del dolore e dell'infiammazione, inibendo la cicloossigenasi, l'enzima che controlla la produzione di prostaglandine. In tal modo bloccano anche le funzioni positive delle prostaglandine, per esempio il controllo della produzione del muco gastrico che protegge lo stomaco.

Dalla scoperta di P. Needleman che esistono due cicloossigenasi (1, o cox1, e 2, o cox2) e che solo la seconda è responsabile dei processi infiammatori (mentre la prima è quella che controlla gli aspetti positivi delle prostaglandine, come la secrezione del muco gastrico) è nata una seconda famiglia di Fans (celecoxib, rofecoxib), molto meno gastrolesivi. Dopo alcuni risultati promettenti, la ricerca sta pensando di utilizzare gli inibitori della cox2 anche per altre patologie, non ultimi i tumori. I nuovi prodotti (identificati con nomi commerciali come Celebrex, Artilog e Solexa) sono mutuabili attualmente solo per casi cronici; per l'acquisto è comunque necessaria la ricetta medica.

L'uso - Trascurando l'azione antipiretica (posseduta da aspirina, nimesulide, piroxicam, ketoprofene), gli antinfiammatori vengono normalmente assunti per alleviare il dolore (cefalee, dolori mestruali, mal di denti, mal di schiena ecc.) o per contrastare infiammazioni (muscoli, tendini, malattie reumatiche ecc.). È da rilevare che alcuni farmaci come il paracetamolo che hanno azione antipiretica non hanno nessuna azione antinfiammatoria. Nella scelta dell'antinfiammatorio si deve considerare il principio attivo (non il nome commerciale!) e il suo dosaggio. Poiché il problema maggiore è la gastrolesività, nella tabella seguente si è tenuto conto non solo dei vantaggi, ma anche delle controindicazioni. Per esempio l'ibuprofene ha un'azione antinfiammatoria minore del piroxicam, ma provoca meno effetti collaterali sullo stomaco.

La classifica degli antinfiammatori

- 1 - Celecoxib, rofecoxib
- 2 - Naprossene
- 3 - Nimesulide
- 4 - Ibuprofene
- 5 - Ketoprofene, piroxicam
- 6 - Aspirina

LA CHIROPRACTICA

La chiropratica fu proposta da Daniel David Palmer (1895) che sottolineò l'importanza della manipolazione della colonna vertebrale e ipotizzò che la compressione di un nervo o di una radice nervosa a livello della colonna vertebrale può causare sintomi locali e remoti dal sito della lesione.

Palmer studiò anche la relazione del bacino con torsioni vertebrali e alcuni tipi di scoliosi, codificò il trattamento manipolativo, dandogli dignità scientifica (The Chiropractor's Adjustor).

Il termine chiropratica deriva dal greco (cheir, mano + praktikè, pratica); è una disciplina che cura alcune patologie con specifiche manovre (aggiustamenti) sulle vertebre e su altre strutture osteoarticolari. Lo scopo dell'aggiustamento è la rimozione delle cause meccaniche all'origine dei disturbi. La chiropratica è indicata per torcicollo, disturbi del complesso collo-spalla-braccio, dolori di schiena.

Lombalgie, sciatica, dolori alle articolazioni sacroiliache, alcuni tipi di cefalea ecc. Può invece essere controindicata in ernie del disco di una certa gravità. Infatti, essendo un fatto tipicamente meccanico, non può sostituire la terapia chirurgica; in altri termini è controindicata in quei casi in cui la situazione è irreversibile, almeno meccanicamente parlando.

Quando ricorrere alla chiropratica - Poiché teoricamente basta una minima alterazione delle strutture delle vertebre e/o un loro minimo spostamento per creare una compressione o uno stiramento diretto o indiretto del midollo spinale, dei nervi e/o delle formazioni vascolari che passano tra le vertebre, molti dolori indefiniti o le cui cause sono sconosciute potrebbero essere curati con la chiropratica. Occorre però un atteggiamento scientificamente corretto e considerare la chiropratica come una delle possibili terapie e non la sola possibilità terapeutica. In realtà esistono molte altre subdole cause che possono giustificare dolori a prima vista inspiegabili: riportare ogni problema a un'alterazione dell'equilibrio della colonna vertebrale è un passo arbitrario che il serio chiropratico non deve fare. Infatti in chiropratica la diagnosi è fondamentale. Si esamina attentamente la colonna vertebrale e il bacino mediante esami radiografici, ortopedici e neurologici. In base ai riscontri il chiropratico deciderà se intervenire o meno.

Molto meno professionale è l'atteggiamento di chi vuole estendere procedure chiropratiche alla cura di patologie che non interessano direttamente l'apparato locomotore, sostenendo (ma non esistono prove scientifiche in merito) che comunque un'alterazione a livello della colonna vertebrale può creare problemi di svariata natura. Anche in questo caso il delirio di onnipotenza del terapeuta (che ha ottenuto buoni successi in un campo comunque ristretto) porta a un ingiustificato allargamento del suo orizzonte operativo.



LA MANIPOLAZIONE

Osteopati, chiropratici, massaggiatori, fisiokinesioologi ecc. sono terapeuti che utilizzano le proprie mani per risolvere i problemi del paziente; appare cioè logico riunirli in un'unica grande categoria: i manipolatori.

In mezzo a una tale varietà di personaggi è necessario usare alcune semplici avvertenze per scegliere bene.

Effetto tempo - Se lo utilizzate a scopo curativo, verificate che non vi propini la classica serie di dieci sedute. Una terapia quando funziona, di solito funziona da subito. Diluire una terapia in dieci sedute (diciamo due settimane) vuol dire sperare che il tempo faccia la sua parte e guarisca (più della terapia!) il malanno.

Delirio di onnipotenza - In genere il soggetto non ha competenze mediche sofisticate, ma, nonostante ciò, molti manipolatori vanno oltre le loro competenze e decidono di curare tutto, come veri e propri santoni. Diffidate di questi personaggi. Alcuni esempi classici sono il massaggiatore che pretende di curare tendiniti o peggio distrazioni e strappi con un massaggio; l'osteopata che con aria trionfante annuncia, ancor prima di aver visitato il paziente, che lo rimetterà in sesto con qualche manipolazione; il chiropratico che qualunque sia il malanno conclude che si tratta di un problema di masticazione (!).

Effetto scenico - Diffidate anche da tutti coloro che cercano l'effetto scenico. Il crac che molti manipolatori usano per dimostrare al cliente che "qualcosa era fuori posto" ha scarse basi scientifiche. Per convincersene provate a far scrocchiare le dita della mano: ci riuscite senza essere manipolatori, eppure le vostre dita non hanno assolutamente nulla!

No alla filosofia - Appreziate quelli che umilmente si basano sulla loro esperienza; diffidate di tutti quelli che imbevono il loro operato di concetti filosofici come l'armonia interiore, l'equilibrio fra i sistemi e altre amenità simili. Concetti affascinanti, ma per nulla provati.

Uso di esami tradizionali - Non si può curare nessuno senza sapere il suo reale stato. Il manipolatore che visita un paziente senza chiedergli esami tradizionali (ecografie, radiografie ecc.) è pericolosissimo. A titolo d'esempio citiamo tutti i manipolatori che in presenza di sofferenza al tendine

d'Achille non chiedono un'ecografia, ma partono con le manipolazioni sostenendo che il problema può essere risolto rimettendo a posto muscoli e articolazioni. Se il soggetto ha un tendine degenerato, i suoi muscoli e le sue articolazioni tornano a posto (?), ma la prossima volta che corre, oltre a sentire ancora dolore, rischia di spezzare il suo achilleo con risultati disastrosi.

L' ELETTROSTIMOLAZIONE

L'elettrostimolazione consente di eccitare le cellule nervose che trasportano l'impulso elettrico alla placca motrice, il loro collegamento con le fibre muscolari. Viene realizzata con apparecchi dotati di elettrodi da applicare sul muscolo; l'elettrostimolatore è un generatore di corrente con impulsi a onda quadra, ma i cui parametri elettrici possono essere programmati grazie a schede che vengono semplicemente infilate nell'apparecchio. Lo scopo dei vari e sofisticati programmi è di produrre stimoli che diano origine a contrazioni fisiologiche.

I risultati - Nonostante la martellante pubblicità che da qualche anno viene fatta per promuovere gli elettrostimolatori, essi non possono essere impiegati validamente su un atleta che non abbia problemi muscolari, che cioè non sia in fase riabilitativa o che non abbia deficit muscolare (per esempio chi ha un cedimento del piede verso l'interno potrebbe provare a potenziare il tibiale posteriore). Le ragioni di ciò risiedono nel fatto che l'elettrostimolazione viene applicata (con programmi comunque complessi e molto accurati dal punto di vista tecnico-scientifico) a gruppi muscolari ben definiti. Mentre in caso di riabilitazione o di deficit muscolare i risultati sono eclatanti poiché è facile indirizzare la terapia verso questo o quel muscolo, nel caso di un atleta normale i tempi necessari per realizzare un programma completo di allenamento sono decisamente più lunghi (contrariamente a quanto pubblicizzato) rispetto a una normale seduta in palestra (dove per esempio si può ruotare fra le varie macchine allenando un muscolo mentre l'altro riposa) o ad allenamenti naturali come la corsa in salita. D'altro canto non ha molto senso usare l'elettrostimolatore per allenare per esempio solo il quadricipite in quanto si potrebbero facilmente creare squilibri nella muscolatura dell'atleta. Inoltre occorre notare che la seduta allenante con l'elettrostimolatore non è meno impegnativa di una seduta in palestra, sia psicologicamente sia fisicamente: scordatevi di allenarvi mentre guardate la televisione!

Anche le sedute di "recupero" non ottengono i risultati reclamizzati, come è dimostrato da atleti di vertice che hanno impiegato l'elettrostimolatore (o dicono di impiegarlo) dopo i loro più importanti successi: nessuno di questi ha migliorato significativamente le prestazioni.

Le controindicazioni - L'impiego esagerato dell'elettrostimolazione provoca il classico dolore del giorno dopo; la cosa è confermata da diverse ricerche a partire dal 1995. La cosa che molti non sanno è che tali dolori possono coinvolgere anche i tendini. Le controindicazioni da tenere presenti sono:

- donne in gravidanza
- problemi neurologici (anche lievi, come fascicolazioni)
- patologie cardiache con disturbi del ritmo (anche i portatori di pacemaker)
- epilessia
- diabete
- ipertensione arteriosa
- danni muscolari non risolti

Quando non si deve usare

- 1) Quando la muscolatura è tonica e si pratica regolarmente un'attività sportiva.
- 2) Quando diventa il surrogato di un'attività sportiva.
- 3) Quando si vuole dimagrire. Con l'elettrostimolazione non si bruciano significative quantità di calorie (nonostante uno dei motivi più comuni dell'acquisto sia proprio quello estetico).

Quando si può usare

- 1) Quando si vuole mantenere tonica la muscolatura e non si ha la possibilità (per infortunio) di praticare attività sportiva. L'uso dell'elettrostimolatore è giustificato se non si possono impiegare sport alternativi e se il periodo di stop supera la settimana.
- 2) Quando si deve recuperare la tonicità di uno specifico gruppo muscolare, per esempio dopo un intervento chirurgico.

IL FISIOTERAPISTA

L'efficacia delle terapie antinfortunistiche si misura (o si dovrebbe misurare) con una formula molto semplice: $E=1-TG/TR$ dove TG è il tempo reale di guarigione, mentre TR è il tempo necessario per guarire col solo riposo. Per esempio una semplice peritendinite al tendine d'Achille richiede circa 15 gg. con il solo riposo assoluto; se si decide di curarla con la **terapia x** e il tendine guarisce in 10 gg., si può affermare che il rendimento della terapia è del 33% (0,33).

Poiché gran parte degli infortuni più comuni hanno ormai un tempo standard di guarigione (per esempio una contrattura da 3 a 7 gg. a seconda della gravità, un'elongazione da 7 a 20 gg. ecc.), è possibile realmente capire quali terapie sono efficaci e quali no.

I risultati - Purtroppo si deve rilevare che gran parte delle terapie ha un'efficienza molto bassa: idromassaggi, ultrasuoni, laser a infrarossi, ionoforesi ecc. sembrano essere semplicemente un insieme di palliativi con cui si fa scorrere il tempo sperando che sia proprio il riposo a effettuare la guarigione. La stessa cosa è rilevabile anche per strumentazione più sofisticata e costosa; se si analizzano i dati delle guarigioni si scopre che non sempre è così: per una percentuale piccola di casi l'efficienza è altissima, cioè ci vuole pochissimo tempo per risolvere il problema. Senza entrare nel merito delle patologie si può concludere che:

a) una terapia è veramente efficace se ha un'efficienza molto alta

b) una terapia con efficienza bassa può essere sostituita dal solo riposo.

L'affermazione **b)** non vale ovviamente per i campioni per i quali anche un giorno recuperato può essere importante; per gli amatori il costo delle cure quasi mai vale il reale tempo guadagnato (che a volte è nullo).

Il ruolo del fisioterapista - Purtroppo la situazione sopradescritta è aggravata (per non dire generata) dal comportamento classico del fisioterapista. Questo articolo infatti vuole rivolgersi non solo agli atleti, ma anche ai fisioterapisti per sensibilizzarli alla massima professionalità. Di fronte a un infortunio, il fisioterapista o riesce a risolvere quasi immediatamente il problema (e allora siamo nel caso **a)** o interviene, ma poi prescrive il semplice riposo (e allora siamo nel caso **b)** e di fronte a un fisioterapista molto professionale) o interviene, sa che la terapia ha un'efficienza comunque bassa, ma, per non perdere il cliente, prosegue comunque usando il riposo come "arma segreta". In quest'ultimo caso basta fare cicli di terapia a giorni alterni o addirittura un giorno sì e due no ed ecco che magicamente il problema in cinque sedute, cioè in dieci-dodici giorni scompare: peccato che sarebbe scomparso anche non facendo nulla!

Diverso è il caso in cui il fisioterapista usa male strumentazione sofisticata che in mano ai progettisti potrebbe avere un'efficienza non trascurabile. Purtroppo se non si capiscono i presupposti fisiologici e fisici del funzionamento, spesso non basta girare due manopole, impostare un tempo o un programma per ottenere gli stessi risultati che vengono descritti in uno studio scientifico. Anche in questo caso i tempi sono solo leggermente inferiori al recupero con il solo riposo (solo che le sedute costano di più rispetto a terapie convenzionali!).

La ripresa cauta - La ripresa cauta è una delle armi con cui i fisioterapisti allungano i tempi delle terapie aspettando che l'inattività (totale o parziale) faccia effetto. È abbastanza comune sentirsi dire: "Sì, puoi riprendere blandamente. Per questa settimana non fare più di un quarto d'ora di corsa lenta.". Oggi che esistono mezzi di potenziamento efficaci nel caso di recupero da infortunio (l'elettrostimolazione), una tale posizione è ingiustificata per due motivi:

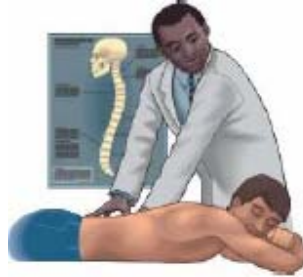
a) spesso la patologia si prolunga per un carico (non allenante) su una situazione non ancora risolta;

b) scientificamente un'unità fisiologica sana è in grado di espletare funzioni normali. Chi si allena tutti i giorni e prova ancora dolore facendo solo qualche chilometro, che corre a fare? È evidente che il problema non è risolto, non è possibile riprendere un allenamento serio e il carico (anche se lieve) non concorre certo a risolvere l'infortunio. Se si ha l'influenza si sta in casa per una settimana: quando si è guariti e si esce, si è nelle condizioni di fare una vita normale, non è necessario prendere mille precauzioni (se servono, è meglio stare ancora al caldo!).

Come curarsi - Dopo queste considerazioni si comprende che l'atteggiamento da tenere nei confronti del fisioterapista è il seguente:

a) farsi documentare sulla prognosi a riposo del problema (per esempio 20 gg.)

b) farsi documentare sul ciclo di terapia e sui tempi della terapia. Il tempo della terapia deve essere quello per una ripresa funzionale completa, non parziale (quella ripresa funzionale completa che si avrebbe con il riposo). Se tali tempi non comportano un reale guadagno temporale, preferire il riposo. Il motivo dell'ultima affermazione non è solo economico. In presenza di un infortunio esiste spesso un sovraccarico; curando la parte infortunata la si porta in condizione di riprendere "prima" che il resto dell'apparato "sportivo" abbia assorbito il sovraccarico, predisponendosi a ricadute.



GHIACCIO E INFORTUNI

In genere si parla di crioterapia. Il termine può non essere felice perché sembra che il ghiaccio possa guarire. In effetti non è così: può bloccare il fenomeno infiammatorio e la cosa non sempre è positiva. Nella fase acuta di molti infortuni il ghiaccio blocca le conseguenze dell'infortunio stesso, mentre nella fase cronica (per esempio un'inflammatione tendinea) può migliorare la prognosi solo se l'inflammatione è molto lieve. In caso di infiammazioni gravi il bloccarne la normale evoluzione significa alterare anche il ripristino della situazione di normalità. Per chiarirne una volta per tutte l'impiego, il ghiaccio si usa:

- a) su un infortunio acuto
- b) su un infiammazione lieve

Come si deve applicare il ghiaccio, quante volte e quando?

Quando - Il ghiaccio non va applicato sulla parte dolente prima dell'esercizio fisico, quando quest'ultimo è compatibile con l'infortunio. Se si applica prima, si raffredda la parte infortunata (per esempio un tendine), ma per contatto si può raffreddare anche qualche parte muscolare, ingenerando potenzialmente nuovi problemi. Il ghiaccio va applicato dopo l'esercizio fisico, cioè a riposo.

Come - Esistono diverse teorie. Chi usa una borsa del ghiaccio, eventualmente appoggiata su una pezza leggera per evitare il contatto con la pelle, chi usa un cubetto di ghiaccio da sfregare sulla parte infortunata fino al completo scioglimento. Il primo metodo ha il difetto di provocare solo una modesta diminuzione della temperatura della zona infortunata; il secondo quello di essere troppo rapido (e a volte troppo traumatico). La soluzione migliore consiste nell'impiego dei ghiacci sintetici racchiusi in contenitori di plastica sufficientemente fini da raffreddare realmente e al tempo stesso sufficientemente spessi da poter essere usati a diretto contatto con la pelle.

Quante volte - La terapia può essere ripetuta un paio di volte al giorno.

LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI



Molti runner corrono, corrono, corrono senza mai porsi il problema dell'infortunio. Vivono nell'assurda convinzione che a loro non toccherà mai o che se succederà, basterà rivolgersi a un qualunque terapeuta per risolverlo in poco tempo.

La prima posizione è assurda: chi pratica sport sa che non è immune da infortuni. Personalmente posso dire di essere stato fortunato perché in trent'anni ho avuto solo quattro o cinque infortuni

veramente seri, fra cui due operazioni, al rotuleo (basket) e al tendine d'Achille (corsa). Per infortunio serio intendo quello che blocca almeno per 20 gg. la normale pratica sportiva, innescando i processi di deallenamento tanto temuti da chi ricerca un allenamento scientifico. Altri meno fortunati di me quasi annualmente hanno un periodo di stop. Quindi:

Se fai sport sai che prima o poi ti infortunerai.

La strategia migliore è rimandare il più possibile quel momento. Per farlo occorre sapere come si fa.

Spesso ci si preoccupa delle scarpe, del terreno su cui si corre, del tipo di allenamento ecc. In realtà l'esperienza ha dimostrato che **le cause d'infortunio sono diverse decine** e, sorpresa, quelle più gettonate spesso non sono le più importanti.

Consideriamo per esempio le scarpe. Un runner che si allena tre volte alla settimana facendo una decina di km per volta e che corre con un qualsiasi paio di scarpe di marca non può attribuire un eventuale infortunio alle scarpe. Sì, correrà male, sarà pronatore o supinatore, ma molti pronatori o supinatori con quel carico sportivo corrono tranquillamente per anni con scarpacce ben peggiori di quelle del nostro amico. Per cui non fermatevi alla spiegazione più banale, ma cercate di verificare se "regge".

Spesso infatti le cause sono più d'una, concomitanti. Per questo è importante conoscerle tutte.

Per esempio chi ragiona in modo astratto e senza competenze è spesso portato a ritenere che un infortunio sia dovuto a un **deficit muscolare** (devi rinforzare i muscoli!); in realtà, come sottolineano i migliori ortopedici sportivi, non è il deficit muscolare responsabile dell'infortunio bensì il fatto che l'atleta abbia corso con i muscoli stanchi, cioè dal **mancato recupero muscolare**.

Appreziate la differenza. Se io attribuisco l'infortunio al deficit, andrò in palestra mi rafforzerò (ammesso che sia possibile, cioè che la mia muscolatura non sia già al top), ma poi, seguendo lo stesso piano di allenamento, continuerò a eseguire sedute di allenamento con i muscoli più forti, ma sempre stanchi e quindi non potrò che infortunarmi nuovamente.

Per discutere la seconda posizione di chi ritiene banalmente gestibile un infortunio (cioè che un qualunque terapeuta vada bene). vediamo due casi dalla pratica.

1° caso: una delle ultime e-mail (in rosso le omissioni per motivi di privacy e per... censura):

Sicuramente devo ringraziarti, perché grazie ai tuoi consigli sul sito riguardo le tendiniti ho **insistito** con l'ortopedico affinché mi prescrivesse una ecografia. Ho davvero verificato una realtà incredibile. Te la racconto perché credo sia davvero importante fare sapere a tutti cosa avviene in giro. Dunque ad agosto ho capito che il mio tendine sinistro non andava e che era meglio fermarsi e indagare a fondo. Il problema, adesso l'ho capito e tu me l'hai ripetuto nella mail, avevo corso troppo e stancato i muscoli...

Comunque... Mi sono rivolto ad un ortopedico considerato nel **(zona geografica)** un vero esperto di problemi del piede. Tralascio cifre spese [importante ma non troppo].

Appena visitato mi ha detto che avevo un varismo al ginocchio sx molto pronunciato e che era logico il mio infortunio.

Cure:

1. rottura del ginocchio, inserimento di cuneo per raddrizzare ossa, 2 mesi di rieducazione
2. indispensabile uso di plantare

Gli ho risposto che per l'intervento aspettavo... e memore dei tuoi suggerimenti gli ho chiesto se non era il caso di fare una ecografia...

"Voi podisti avete fretta"...mi ha risposto il professorone. "Facciamo un plantare...10 sedute di laserterapia e poi vedrà che riprende a correre".

Ovviamente il plantare lo si doveva fare presso un negozio di sua fiducia e le sedute di laserterapia presso uno studio di un fisioterapista ben preciso. Gli ho detto che secondo me la laserterapia era "acqua fresca" e che il plantare andava fatto da un architetto di qualità superiore.

Mi ha guardato come per dire "E tu che **bip** ne sai? Lascia fare l'ortopedico a chi fa l'ortopedico" e poi mi ha risposto secco: "Per il plantare lo studio direttamente io, per la laserterapia è senz'altro indicata. Non certo la mesoterapia, invasiva e fuori moda".

Ma una cura o metodo medico possono andare "fuori moda?" Mah io sono un informatico! Non saprei...

Risultato :ho fatto il plantare. "Lo studio direttamente io!!> Una palla. Sì, l'ortopedicone era presente in

negozio, ma alla fine mi hanno fatto un calco e poi il plantare in base allo stesso. Nessuna "personalizzazione". Costo del plantare? Presto detto: **280.000 lire**.

E già lì mi stavo a **bippà**. Erano passati 15 gg. ed il male non passava.

"Facciamo un'eco?". "Ah ma lei non la vuole capire. Semmai facciamo una risonanza, comunque mi ascolti faccia il laser".

"Risonanza? Ma la risonanza non la si fa per vedere in profondità ginocchia, caviglia etc. Per i tendini non è meglio un'eco?"

Dentro di me avevo deciso che era ora di mandare a **bip** il professorone e rivolgermi a qualcun altro.

Mi sono rivolto allora al centro di medicina dello sport di **città**. Lì la mesoterapia è la base!! Altro che fuori moda.

"Facciamo un'eco?" ... "sì, sì ... ma impostiamo 4 sedute di mesoterapia e così lei potrà riprendere a correre".

"Voglio fare un'eco!!!!!!!!!" "OK, OK la può fare qui da noi. Costa 110.000 lire."

"Non me ne frega niente! Voglio fare l'eco subito".

Fatta l'eco! Se ti interessa ti manderò il referto preciso. In sintesi. "Lo studio ecografico del tendine d'Achille evidenzia a sinistra accentuazione dell'alone anecogeno periferico al tendine in corrispondenza dell'inserzione calcaneare. Il quadro ecografico è suggestivo di entesite del tendine d'Achille di sinistra e tendinosi parziale con peritendinite del tendine d'Achille destro. Si consiglia riposo assoluto".

Mi è stato spiegato che l'alone anecogeno significa rotture di fibre è che era proprio il caso di fermarsi!!!

"Però facciamo mesoterapia. Guarirà prima".

Fatta mesoterapia! Dolorrrrrrossssissima! Benefici! Secondo me scarsi per non dire nulli. 70 gg dovevo stare fermo e 70 gg sono stato fermo. Ho fatto bici e nuoto. Io NON so stare fermo. E quindi probabilmente ho rallentato la guarigione.

Il nostro amico ha sicuramente commesso una serie di errori, sintetizzabili nel fatto che non ha avuto fino in fondo il coraggio di **essere il primo medico di se stesso**.

Una corretta gestione del problema richiedeva:

a) periodo di stop assoluto (nel mio libro sugli infortuni è indicato per un problema grave al tendine d'Achille 20 gg.);

b) durante tale periodo assunzione per qualche giorno di antinfiammatori (attenzione: non a scopo curativo, ma informativo per verificare la gravità del problema; quanto più è grave quanto meno gli antinfiammatori funzionano);

c) sicuramente ecografia. Non c'è bisogno che la prescriva un Nobel per la medicina. È banale imparare quando serve una radiografia, un'ecografia o una risonanza.;

d) Dopo il periodo di stop tentativo di ripresa secondo il protocollo Albanesi. Non una ripresa del tipo faccio 10 km e vedo se fa male. Il primo passo del mio protocollo di ripresa prevede il primo giorno 1 km (sì, avete letto bene un chilometro): se si avverte dolore, stop, è inutile continuare. Ci si deve rivolgere a un ortopedico sportivo.

Qui si deve essere in grado di dialogare con l'ortopedico conoscendo minimamente la validità delle terapie:

a) plantare. NO. Notate la finezza. Il plantare non guarisce l'infortunio, semmai aiuta a prevenire una ricaduta. Tu medico, prima mi devi far guarire poi, si parla di plantare.

c) laser. SÌ, se non è a infrarossi (che come dice giustamente il nostro amico è acqua fresca).

c) mesoterapia. Assolutamente no. È fuori moda per il semplice fatto che i rischi sono notevoli. Può essere fatta in circostanze particolari, non come routine. Per convincersene basta osservare la pelle nei dintorni del punto dove è stata fatta una mesoterapia o un'infiltrazione con cortisonici. Anche dopo settimane è biancastra, completamente degenerata.

Ultimo errore. Qualunque sportivo deve imparare, con un opportuno allenamento psicologico, a "stare fermo".

2° caso: Giuseppe è un runner con una passione sfrenata per la corsa. Si allena con una certa continuità da due anni, tutti i giorni, o quasi. Un giorno, dopo una gara, il suo tendine d'Achille incomincia a fare le bizze; la mattina dopo il povero Giuseppe quasi non cammina. Durante il giorno le

cose vanno meglio e la sera decide di allenarsi lo stesso: non può perdere la condizione faticosamente raggiunta!

La mattina dopo, stessa situazione. Per fortuna che ci sono gli **antinfiammatori**, un paio di pastiglie e la sera le ripetute saranno uno scherzo.

Proprio uno scherzo non sono, ma almeno quando il tendine si è scaldato il dolore è sopportabile. Un amico gli consiglia il **ghiaccio** e il nostro campione passa la sera sfregandosi lo scellerato tendine con cubetti di ghiaccio, uno dopo l'altro finché non è quasi ibernato. Ora sì che va molto meglio. Ricapitoliamo antinfiammatori e ghiaccio, tanto stasera c'è un lento.

Sì, fa male ma è sopportabile. Sicuramente domenica grande gara.

Arriva la domenica; già il riscaldamento è un calvario, poi la gara, non parliamone... Giuseppe si batte come un leone, ma soffre come un cane e fa un tempaccio.

Occorre cambiare strategia, forse basta riposare qualche giorno, continuando però con antinfiammatori, ghiaccio e una **pomata miracolosa** scoperta proprio domenica.

Dopo tre giorni si sente rinato, prova ad allenarsi, un medio di dieci km: così riposato sarà uno scherzo! Sì, il dolore c'è ancora, ma si è molto attenuato, finalmente sta passando.

Alla fine del medio cambia idea: il tendine fa ancora un male boia. Forse è il caso di sentire il **fisioterapista**.

Detto fatto. Diagnosi: peritendinite, una settimana di riposo, **ultrasuoni**, **ionoforesi**, **laser** (il nostro Giuseppe non lo sa, ma è un laser a infrarossi, poco più di una stufetta...). E poi tanto **stretching**: e lui che non l'aveva mai fatto! Una seduta, un giorno sì e uno no. Le macchine faranno sicuramente il miracolo.

Finita la settimana di riposo, su consiglio del fisioterapista, è ora di provare. Poco per ora, poco più di un riscaldamento. Il dolore c'è sempre, ma le macchine...

Finiscono anche le dieci sedute, sono passati venti giorni, volatilizzati 200 euro e Giuseppe comincia a rimpiangere i bei tempi in cui correva senza problemi. Ma una sera un lampo nella disperazione: su una rivista legge che con i **plantari** si risolve tutto. Si butta sulle Pagine Gialle, ma non trova nulla; allora divora avidamente tutte le riviste sulla corsa finché non trova un centro specializzato nella costruzione di plantari. "Col computer": non può fallire.

Il giorno dopo, uscito dalla visita, è un altro: si sente sicuro, la sua nuova protesi (la ritirerà fra qualche giorno) costa sì un po', ma lo farà volare. E dire che non si era mai accorto che caricava di più con il sinistro: benedetti computer!

Primo allenamento col plantare: il dolore al tendine è attenuato dalle vesciche per l'inserimento del nuovo plantare nella scarpa. Basta solo adattarsi. Del resto, è scientifico: col plantare si carica di meno.

Passano quindici giorni, tre, quattro allenamenti penosi, la condizione non c'è più, ma il dolore sì. In un impeto di rabbia Giuseppe getta i plantari e le **scarpe nuove**... Già, quelle nuove perché le scarpe vecchie erano state gettate quindici giorni prima quando un amico gli aveva fatto presente che "tutti gli infortuni dipendono dalle scarpe".

A piedi nudi torna alla macchina; è talmente depresso che sarebbe disposto ad andare a piedi a Lourdes, se ciò servisse per risolvere il problema. Fruga nella mente e si ricorda che gli hanno parlato di un **osteopata** o forse un chiropratico, sicuramente non era uno stregone indiano perché il nome, se lo ricorda bene, faceva Luigi. Attiva i contatti e finalmente ottiene un appuntamento.

Luigi lo tranquillizza subito, risolverà il problema: lo fa sdraiare e incomincia la manipolazione; Giuseppe scricchiola tutto, ma questo è buon segno perché sta andando a posto. L'elenco di ciò che è stato sistemato è praticamente un volume di anatomia, ma ora Luigi può farlo alzare: "prova a fare qualche passo". Giuseppe cammina e in due passi non sente dolore, vorrebbe provare con un allungo, ma la stanza è piccola e l'unica cosa che schizza via sono i 60 euro che il manipolatore incassa con la destrezza di un ragazzino.

Il giorno dopo è il grande giorno: accontentiamoci di un lento. Sì, funziona, nessun dolore, forse qualcosa, un dolorino, no è come prima. Non infieriamo sul povero Giuseppe...

"Qui c'è qualcosa di grave, basta fare una **radiografia** e saprò finalmente cosa ho". La luce ricompare nella vita del nostro runner.

Prenotazione, radiografia a pagamento ed esito: nulla.

"Come nulla?"

"Sì, nulla"

"Ma io quando corro sento un male boia al tendine d'Achille"

"Ah, ma allora doveva fare un'eco. Può prenotarla per venerdì"

Giuseppe in coma paga la radiografia e prenota l'**ecografia**.

Venerdì ha l'esito: il suo tendine è da buttare. Unica alternativa, l'operazione. Sono passati **tre mesi e dodici giorni**...

INFORTUNI: COME RIPRENDERE?

L'infortunio acuto (o meglio improvviso, poiché potrebbe trattarsi anche di un aggravamento repentino di una situazione cronica) è un evento che altera la qualità della vita di chi è abituato a fare sport.

In molti casi il problema è evidenziato dalle indagini del caso, in altri (sindrome invisibile da carico) no. Quest'ultimo dato è poco noto a medici poco attenti che concludono in modo affrettato che un loro paziente che non si fa più vedere è brillantemente guarito.

In presenza di un infortunio improvviso occorre procedere con estrema rapidità con l'intervento di personale qualificato (fisioterapista, medico sportivo ecc.). Una volta avviata la ripresa, è opportuno stabilire una **strategia di ritorno**. Primo punto da sottolineare:

- **non ascoltate il terapeuta che vi invita a "provare" un eventuale miglioramento**

Un concetto che deve essere chiaro è che:

- **se la guarigione dall'infortunio non è totale qualunque sovraccarico rischia una recidiva**

Ci sono atleti che trascinano per mesi un infortunio che si risolveva in tre settimane. La causa è spesso l'amore per lo sport e il significato che esso ha nella nostra vita. Non poter esercitare la propria attività sportiva vuol dire non frequentare un ambiente (la palestra, il parco in cui corriamo, la pista d'atletica ecc.), non vedere gli amici, non provare certe sensazioni, non poter scaricare le tensioni della giornata.

Significa dover rinunciare a eventi che si erano preparati per settimane. Significa temere di perdere il proprio stato di forma (ricordatevi comunque che con un riposo attivo, per esempio usando, se è possibile, la bici anziché la corsa, non si perde poi molto, soprattutto se non siete professionisti). Occorre mantenersi lucidi e riflettere come se fossimo noi i medici e dovessimo visitare un paziente. Con questo spirito, la strategia di ritorno deve essere questa:

Fase 0 - Il fastidio non deve essere presente nella normale attività di un sedentario, deve essere completamente scomparso. Un leggero fastidio presente camminando, correndo si trasforma in una recidiva dolorosa.

Fase 1 (test del chilometro) - Correte a 5'30"/km per 1 km (o 30" più lenti se valete più di 21' sui 5000). Se non sentite nulla passate alla fase 2. Appena avvertite fastidio o dolore, fermatevi e rimandate il test: non siete ancora pronti.

Fase 2 (test del riscaldamento) - Correte 1 km a 5'30" + 1 km a 5' + 1 km a 4'30" (sempre 30" in più se valete più di 21' sui 5000). Come sopra, se sentite qualcosa: STOP.

Fase 3 (test del lento) - Correre 6 km al ritmo del vostro fondo lento + 1 km al ritmo del 10000. Come sopra, se sentite qualcosa: STOP.

Fase 4 (go!) - Dopo i 6 km di fondo lento, effettuate 500 m al ritmo dei 3000: tre minuti di sosta e, dopo il solito stretching dolce, 3 allunghi sciolti da 80 m. Se non sentite nulla, potete ricominciare con un programma di allenamento (che evidentemente dipenderà dalla durata della sosta).

Le varie fasi possono essere provate una al giorno, successivamente. In caso di stop si deve aspettare due o tre giorni per riprovare.

Un'avvertenza: non barate! Non ripetetevi: "non sento nulla" se invece è presente quel piccolo fastidio o il doloretto sopportabile.

Ricordatevi che la gestione di un infortunio dà anche la vostra dimensione umana. Per quanto lo sport sia importante, un periodo di stop non può mandarvi in crisi esistenziale. Nello spirito del libro "Perché non essere felici?" si può indirizzare la propria capacità d'amare verso altri oggetti d'amore. Molti runner che l'hanno letto mi hanno confessato di essere rimasti sorpresi di come hanno affrontato positivamente un infortunio imprevisto...

LA KINESIOLOGIA

La kinesiologia nacque nel 1964 per opera di un chiropratico americano, George Goodheart che introdusse la relazione muscolo-meridiano, grazie alla quale era convinto fosse possibile mantenere nel tempo le correzioni delle manovre chiropratiche. Stimolando opportuni punti si ottenevano secondo Goodheart risultati duraturi nel tempo. Dalla originaria impostazione di Goodheart, la kinesiologia è evoluta in moltissime indirizzi, influenzati anche da tecniche orientali e terapie tradizionali. È pertanto difficile operare una sintesi approfondita che descriva ogni corrente. La kinesiologia ritiene che la salute sia determinata dall'equilibrio di tre fattori, rappresentati graficamente da un triangolo i cui lati rappresentano un determinato sistema del corpo umano. Ogni sistema è in relazione con gli altri due, li influenza e ne è influenzato. La base del triangolo è il sistema strutturale (articolazioni e muscoli, colonna vertebrale, piedi e bocca), campo di applicazione dei fisioterapisti, dei chiropratici e degli odontoiatri. Il lato di sinistra è in relazione con il metabolismo (alimentazione e organi interni) ed è di competenza dei nutrizionisti e dei medici tradizionali. Il lato di destra è in relazione allo stato psichico ed è competenza di psichiatri e psicologi. Anche per la kinesiologia è importante il concetto di equilibrio fra i vari sistemi; l'indagine ha lo scopo di stabilire la causa della disarmonia e di scoprire quel lato sia più interessato. In base a risposte neuromuscolari a opportuni stimoli, sarebbe possibile diagnosticare e curare la patologia.

Funziona? - Come si vede dalla descrizione, la confusione è terribile. Molti terapeuti, vittime del più grande delirio di onnipotenza (dal quale partì lo stesso Goodheart), interpretano la kinesiologia in maniera personale o scolastica (nel senso di scuola all'interno della disciplina), facendo perdere ogni credibilità a ciò che fanno. La lista delle patologie curabili è infinita, ma anche per la kinesiologia vale la legge di guarigione totale: non esiste alcuna patologia certamente guarita dalla terapia kinesiologica. In sostanza si tratta spesso di un'ultima spiaggia in cui l'abilità psicologica del terapeuta di usare l'effetto tempo e un cambiamento dello stile di vita del paziente vale molto di più della terapia stessa. Per una valutazione corretta rimando all'articolo sui manipolatori.

Alcune assurdità recuperate da siti Internet:

"La kinesiologia applicata è una recente tecnica diagnostica e terapeutica, che, tramite la valutazione del tono muscolare permette di conoscere lo stato di salute del nostro organismo". Penso che nessuno dei lettori sia così scarso da non capire che il tono muscolare è influenzato più dall'esercizio fisico che dallo stato di salute.

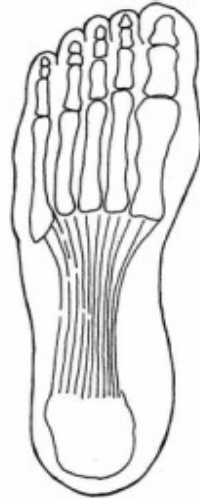
"... praticamente ogni malattia conosciuta sia fisica che psichica può avere come origine un'intolleranza alimentare. Il test kinesiologico risulta a tutt'oggi l'unico che permetta una valutazione completa ad ampio raggio non solo delle sostanze verso cui si sia sviluppata una intolleranza, ma anche delle cause che le hanno determinate."

Qui il delirio di onnipotenza è totale. Ma non hanno mai sentito parlare delle malattie genetiche, la cui UNICA origine è un'alterazione dei geni dell'individuo?

"Si parte dal principio che un muscolo è nutrito energeticamente da un meridiano specifico. Quando c'è dello stress, l'energia si blocca, il muscolo non è più nutrito e quindi diventa debole e cede ad una pressione minima.

Qui crolla tutta la kinesiologia. Nata studiando i sedentari, se si analizza un body builder (o uno sportivo allenato) lo si troverà sempre sanissimo. Peccato che anche gli sportivi si ammalinano.

IL LITOTRITORE



Il litotritore è indicato
nella fascite plantare

Le onde d'urto sono onde acustiche ad alta energia generate da strumentazione elettrodinamica, elettromagnetica o piezoelettrica. A differenza degli ultrasuoni non hanno andamento sinusoidale, ma sono impulsive e hanno ampiezza molto maggiore (500 bar contro 0,5). Se vengono applicate a una parte del corpo, il passaggio dell'onda d'urto attraverso ai tessuti ha caratteristiche che sono funzione dei tessuti stessi e, pur non essendo ancora completamente chiare le cause, produce una rigenerazione dei vasi nella zona investita.

I meccanismi di azione sono due: quello meccanico e quello dovuto alla cavitazione, cioè la formazione di bolle di vapore all'interno di un fluido sottoposto al passaggio di onde pressorie che si susseguono ad alta velocità. Nei tessuti molli la permeabilità di membrana si modifica e aumenta lo scambio ionico intracellulare. Il meccanismo è simile a quello di una frattura quando si ha per reazione una stimolazione alla produzione di tessuti ossei per il ripristino della situazione preesistente. L'aumentata capillarizzazione locale conseguenza del trattamento con onde d'urto provoca una rimozione dei fattori infiammatori. Da dati sperimentali i migliori risultati si ottengono nelle zone in cui si ha il passaggio da tessuti molli (tendini o muscoli) a tessuti duri (per esempio ossa).

Le onde d'urto erano già applicate negli anni '80 in nefrologia per la rottura di calcoli renali (litotrissia) e la loro conseguente emissione spontanea. In ambito ortopedico il litotritore, lo strumento che applica le onde d'urto, ebbe la sua prima applicazione nel 1991. Attualmente consente di ridurre il ricorso all'intervento chirurgico, non ha effetti collaterali, è rapido (di solito bastano poche sedute, da tre a sei). È particolarmente indicato per fibrosi o calcificazioni a livello muscolare, nelle patologie inserzionali tendinee o in quelle circoscritte da sovraccarico (epicondiliti, talloniti, fascite plantare ecc.); la risoluzione del problema è completa per il 30% dei casi e parziale per un altro 30%.

Il litotritore è meno indicato nelle forme non calcifiche. Per ogni trattamento si applicano 1.500-2.000 colpi con una frequenza di 120-240 colpi al minuto per una durata quindi che è di dieci minuti ca.

Il trattamento può essere doloroso e può essere indicata un'analgesia locale o per le pseudoartrosi anche una sedazione più generale. È controindicato in pazienti con disturbi della coagulazione, tenosinoviti infette, osteomieliti, portatori di pace maker, polineuropatie demielinizzanti, epilettici.

OSTEOPATIA: IL FUTURO

L'osteopatia nacque in America verso la fine del XIX sec. per merito del dottor Andrew Taylor Still. Il termine deriva dal greco osteon, osso + pathos, sofferenza.

L'osteopatia considera l'uomo un'unica unità funzionale, nella quale i vari apparati cooperano per

mantenere il benessere dell'organismo. L'osteopata cerca le disarmonie interne per risolvere i problemi del paziente, indagando quattro sistemi funzionali: il sistema strutturale (quello che tradizionalmente è costituito da ossa, muscoli e articolazioni), quello viscerale (gli organi interni), quello cranio-sacrale (ossa del cranio e del sacro) e quello fasciale (le guaine del tessuto connettivale).

L'osteopata visita il paziente dopo una normale anamnesi e l'eventuale visione di esami tradizionali; lo scopo della visita è la percezione (con il tatto) di ogni variazione dei tessuti corporei e i lievi movimenti delle varie parti del corpo.

Originariamente l'osteopatia era consigliata per problemi all'apparato osteoarticolare; poi il delirio di onnipotenza tipico di molte medicina alternative ha esteso (a sproposito) il campo di applicazione a patologie (cito da un sito Internet) in cui **"si riconosca una chiara origine funzionale, in pazienti di ogni età, dal neonato all'anziano, negli sportivi e nelle donne in gravidanza"**.

Funziona? - Scientificamente l'osteopatia non ha basi solide; le argomentazioni di Still (ricordiamolo, risalgono al XIX sec.) sono intuizioni filosofiche (molti osteopati parlano di filosofia osteopatica) più o meno condivisibili, ma senza nessuna prova diretta. Basare la salute dell'individuo sull'armonia è un concetto affascinante, ma che non ha riscontro reale: basta pensare a tutte le patologie che:

- a) sono originate da virus e da batteri
- b) sono originate da un difetto genetico
- c) sono originate da una cattiva alimentazione
- d) sono originate da sostanze esterne all'organismo ecc.

È facile convincersi che sono veramente poche le patologie dove l'armonia è alterata da qualcosa di "interno". La genetica sta smontando comunque le basi dell'osteopatia "romantica" perché dimostra che moltissime patologie sono causate da un difetto congenito:

come si può ristabilire l'armonia se non c'è mai stata?

L'osteopatia non rispetta la legge di guarigione totale e spesso chi vi si affida spesso lo fa come ultima spiaggia; i risultati che si ottengono dipendono in gran parte dall'abilità del terapeuta di indirizzare il paziente verso uno stile di vita migliore ecc.

I successi e il futuro - Molti osteopati in realtà non sanno nemmeno con precisione cosa sia l'osteopatia né chi l'abbia fondata (ora che lo sapete se ne incontrate uno, provate a interrogarlo...); si tratta di personaggi che hanno fatto un corso e poi lo hanno applicato con anni di esperienza. Sono cioè dei manipolatori.

Alcune correnti, sensibili all'aspetto scientifico della propria professione, hanno iniziato una revisione critica dell'osteopatia, arrivando a risultati molto interessanti. Pur mantenendo il nome originario, sono riuscite a dare dignità di scienza a una disciplina dai mille volti. Quando ci si affida a un osteopata è pertanto fondamentale capire con chi si ha a che fare.



Anche l'osteopatia (nell'immagine, A. Still, il fondatore della disciplina), come molte discipline nate nel secolo scorso, ha spesso conservato un'adesione quasi fideistica a ipotesi e terapie piuttosto datate.

È pertanto fondamentale capire che tipo di osteopata si ha davanti per sapere se si è o meno in buone mani. In sostanza ci si trova di fronte a tre personaggi:

- a) si tratta di un manipolatore che ha seguito corsi più o meno approfonditi, ma non ha competenze mediche e anatomiche sufficienti a gestire casi importanti. Se è modesto e non è affetto da delirio di onnipotenza, può essere un valido terapeuta per i casi di minor gravità, soprattutto se si è costruito un'esperienza notevole.
- b) È un terapeuta che, pur non avendo competenze mediche profonde, si pone in contrapposizione con la medicina tradizionale. In alcuni casi ha seguito e continua a seguire molti corsi di formazione,

ma la preparazione scientifica di base resta scarsa. Si affida spesso a concetti più filosofici che medici, tende a impressionare il paziente con guarigioni tipo "alzati e cammina" ecc. È sicuramente il personaggio da evitare.

c) Purtroppo i primi due casi costituiscono la maggioranza, ma sta nascendo una terza figura professionale, molto scientifica e soprattutto moderna. Esistono varie possibilità, tutte con un punto comune: preparazione medica buona, complementarietà alla medicina tradizionale (non contrapposizione), approccio scientifico (e non filosofico) ai problemi. In questo articolo ne descriveremo una particolarmente interessante.

Il metodo di **Rééquilibration Fonctionnelle** nacque molti anni fa quando Roland Solère fu indirizzato dal suo maestro André Brunel a un convegno di rinomati osteopati. A fronte di un'osteopatia che prendeva tutto meno che una direzione scientifica, coerente e logica, nella quale numerosi concetti, interessanti, ma "marginali" prendevano una dimensione tale da travalicare i principi più scientifici, Solère si esprime così: "Signori, se questa è l'osteopatia, allora io non faccio osteopatia".

A molti anni di distanza, dopo molteplici valutazioni positive fatte in un contesto ospedaliero e universitario, dove numerosi pazienti sono stati trattati da due insegnanti della scuola e da un allievo italiano estratto a sorte, un'Università Libera (L.U. de S., Lugano) ha deciso di organizzare il primo **corso di Laurea in Osteopatia** in una Facoltà di Medicina (da notare che le lauree rilasciate hanno valore in tutta Europa in base agli accordi bilaterali di Bologna del 1999 e che l'inserimento in Italia in Università è previsto dalle Normative europee a partire dal 2004). Da lì, la nuova volontà di mantenere il nome originario (anche se errato dal punto di vista semantico) e di portare avanti sia la "battaglia" dell'onestà scientifica sia l'osteopatia, certi che la ricerca scientifica seria smonterà gli errori e le falsità in malafede.

Per chi volesse saperne di più: http://www.osteoref.com/it/01_osteopathie.html

IL PLANTARE

L'uso del plantare è stato consigliato a quasi tutti gli sportivi ed in particolare modo ai runner che calcano le strade da anni. Da una statistica che ho effettuato, su un gruppo di trenta atleti, ventisei hanno ricevuto l'indicazione di portare un plantare. Molti hanno seguito questo consiglio, salvo poi buttare il plantare poche settimane dopo averlo usato. La morale che ne ho tratto è che il plantare è spesso consigliato in tutte le patologie delle quali non si viene a capo con le terapie più blande, una sorta di panacea che tutto dovrebbe curare. Purtroppo non è così, anche perché la realizzazione di un plantare dovrebbe essere un'opera di alta ingegneria biomeccanica, mentre spesso non è che la veloce preparazione di un supporto da infilare nelle scarpe sperando che faccia il miracolo. Se provate a farvi fare due plantari per lo stesso problema, scoprirete che sono simili, ma non uguali, che molti vengono realizzati senza tener conto delle scarpe in cui devono essere inseriti e che altri vengono addirittura realizzati con materiali non idonei alla patologie. Occorre rimarcare che molto spesso un cattivo plantare non fa altro che procurare nuovi problemi. Se si aggiunge poi che per un runner correre con **qualcosa** nella scarpa è un supplizio, non penso che il plantare possa essere indicato in più del 10% dei casi in cui viene consigliato.

Il circolo magico - Perché allora il plantare è così di moda? Perché fa parte di quell'insieme di tentativi che si fanno per curare patologie croniche o acute di cui non si conosce la causa. Chi non riesce a venire a capo di un infortunio entra in quella spirale che io definisco "magica": plantare, chiropratico, osteopata, agopuntura, medicine alternative, pranoterapeuta, santone. Ognuno di questi tentativi è giustificato (persino il santone se la patologia è psicosomatica da paura dell'avversario che in quel periodo è in gran forma...), ma solo con cognizione di causa. Se non si conosce (o si fa finta di non conoscere, come chi tenta di tutto per evitare un intervento chirurgico) la causa, rivolgersi al terapeuta sbagliato non può che aggravare la situazione, facendo perdere tempo e soldi.

La serietà professionale - Il problema di fondo è valutare la serietà professionale degli appartenenti al circolo magico. Come si fa? Se una persona sana va da un podologo che vende plantari o da un chiropratico, lamentando sintomi di una particolare patologia, quanti richiedono esami per valutare la gravità e quanti invece partono subito in quarta dicendo che è necessario un plantare o è necessaria una manipolazione? Un professionista è veramente tale quando ammette i limiti della proprio campo d'azione; purtroppo ci sono specialisti che pretendono di curare ogni patologia con la loro disciplina.

Chi ha un minimo di raziocinio capisce che la loro serietà professionale è pari a quella di un ginecologo che di fronte a un paziente cinquantenne (UOMO!) che lamenta un leggero stato depressivo sentenzia: "non si preoccupi, con una buona cura per la menopausa va tutto a posto". In particolare diffidate di chi:

- a) vi propone un plantare solo dopo aver rilevato l'appoggio del piede;
- b) vi propone un plantare computerizzato "perché il computer non sbaglia";
- c) vi promette che con successive modifiche il plantare diventerà perfetto. Le modifiche successive vogliono solo dire che il metodo iniziale non funziona.

L'ultima generazione - Ogni anno escono plantari di nuova generazione, terminologia abusata per dire: sì, quelli precedenti non funzionavano, ma questi...

In realtà continuo a vedere atleti che:

a) buttano il plantare dopo averne capito l'inefficacia; molti guariscono anche senza plantare, altri no e smettono. In entrambi i casi il terapeuta non rivedendo il paziente si convince in buona fede che ha fatto un ottimo lavoro.

b) continuano a usarlo avendo problemi, convinti dal carisma del terapeuta che "senza plantare sarebbe peggio".

I casi indicati - Esistono però alcuni casi in cui il plantare dovrebbe essere impiegato. Nel caso di **atleti che iniziano l'attività**, il plantare è sicuramente indicato quando lo specialista rileva che un infortunio è strettamente correlato a un'anomalia anatomica; ci si potrebbe chiedere che differenza c'è fra un atleta che inizia e un atleta che corre da anni se entrambi presentano lo stesso problema (piede cavo, piede piatto, eccessiva pronazione ecc.). La risposta è semplice: il podista che corre da anni con un problema anatomico (o presunto tale) ha sicuramente dei meccanismi d'equilibrio che lo hanno preservato dagli infortuni; se gli arriva una fascite plantare non avrebbe molto senso attribuirlo alle sue anomalie anatomiche e cercare di risolverla con un plantare, in quanto le cause sicuramente sarebbero altre: tolte quelle, ritornerebbe a correre senza problemi. L'altro caso in cui il plantare è certamente giustificato è nella **fase di riabilitazione dopo un infortunio traumatico o un intervento chirurgico**. Infatti il plantare consente di moderare il carico, consentendo un recupero graduale.

INFORTUNI E RIPOSO

Nella maggior parte degli infortuni che riguardano lo sportivo, e chi corre in particolare, alle normali terapie viene associato il riposo. In caso di infortunio è infatti fondamentale stabilire se esso è **invalidante** (per la guarigione è necessario interrompere l'attività sportiva) oppure no.

In caso negativo il soggetto può continuare la pratica sportiva associando le cure opportune. Giudicare non invalidante un infortunio che lo è ha come effetto l'aggravamento dell'infortunio stesso e un allungamento dei tempi di guarigione. Per non sbagliare, oltre ad affidarsi a uno **specialista**, basta un po' di buon senso; **un infortunio deve essere giudicato invalidante se:**

- a) il dolore pregiudica le prestazioni del soggetto durante l'allenamento;
- b) il dolore è sempre presente e si aggrava al termine o dopo l'allenamento;
- c) il dolore non consente di svolgere tutte le sedute dell'allenamento ottimale.

Attualmente il riposo è ancora il miglior mezzo terapeutico per risolvere un infortunio invalidante, in quanto ghiaccio, antinfiammatori, interventi del fisioterapista possono accorciare i tempi di guarigione, ma non sono in grado da soli di guarire in tempi rapidi un infortunio, se non di lieve intensità. Il riposo invece è di per sé in grado di guarire ogni patologia reversibile (per quelle irreversibili c'è solo l'intervento chirurgico). Pertanto può essere definito come terapia di **primo livello**; terapie di **secondo livello** sono quelle (come il ghiaccio o l'elevazione dell'arto) che hanno lo scopo di accorciare i tempi di guarigione; terapia di **terzo e ultimo livello** deve essere considerato l'intervento chirurgico.

In caso di infortunio è necessario stabilire esattamente quali livelli usare e come utilizzarli. Il riposo deve avere una durata tale da risolvere effettivamente il problema, le terapie di secondo livello devono veramente ridurre i tempi di guarigione e non fingere di risolverlo solo perché aiutate dal riposo.

Per comprendere se una terapia di secondo livello è utile, valutate l'impatto immediato che ha sull'infortunio: se un'applicazione non riesce a migliorare la situazione anche dieci non basteranno. Siate realistici: il miglioramento deve essere immediato; anche lieve, ma deve esserci. Il ghiaccio, quando applicato, migliora effettivamente (anche se temporaneamente) la patologia; non altrettanto

può dirsi di pomate o altri rimedi classici come ionoforesi, ultrasuoni o laser a bassa potenza (la gran parte di quelli che sono in circolazione presso i fisioterapisti). Anche la manipolazione della parte colpita deve essere valutata non solo alla luce di possibili controindicazioni, ma soprattutto alla luce dei benefici: troppi infortuni non vengono risolti perché la scarsa professionalità del terapeuta arriva a una conclusione semplicistica che rientra sempre nel suo ambito di competenza: se vi rivolgete a un massaggiatore, massaggerà tutto (c'è gente che massaggerebbe uno strappo!); se vi rivolgete a un chiropratico vi dirà che è tutta colpa della schiena o dell'anca, un atteggiamento estremamente semplicistico dal punto di vista scientifico; se vi rivolgete a chi fabbrica plantari in cinque minuti vi farà un bel plantare (quanti plantari sono stati poi buttati!). L'errore è sempre lo stesso: scarsa professionalità che vuole ricondurre tutto a ciò che si sa perché si è troppo ignoranti per discutere d'altro, vagliando tutte le ipotesi.

Quanto deve durare il riposo? Visto che la terapia degli infortuni invalidanti ha come componente essenziale il riposo, è importante definirne le caratteristiche. La durata deve essere tale da consentire la **completa scomparsa dei sintomi** dell'infortunio. Riprendere quando l'infortunio si è attenuato al 50% non ha senso perché si rischia una ricaduta (come nel caso di una peritendinite che si risolverebbe in quindici giorni: riprendere dopo una settimana vuol dire trascinarsi il problema a volte per mesi). In ogni caso se dopo una settimana non si notano miglioramenti, è il caso di effettuare tutti gli esami del caso (radiografia, ecografia, risonanza ecc.) per capire esattamente qual è il problema: ricordatevi che (purtroppo) esistono anche gli infortuni irreversibili e un terzo livello operativo (l'intervento chirurgico).

LA SCELTA DEL TERAPEUTA

Una domanda interessante: quando si è infortunati, come si fa a scegliere un terapeuta affidabile, visto che in ogni dove vediamo esperienze di sportivi e di runner che per banalità sono ormai ridotti come Enrico Toti?

In effetti non è difficile accorgersi se un terapeuta è affidabile.

Deve acquisire la massima informazione. Chi non propone un'ecografia (o, a seconda dei casi, una radiografia o una risonanza o un'elettromiografia ecc. ecc.) pecca di presunzione. Cosa gli costa proporre qualche esame in più? Per esempio alcune tendiniti inserzionali dipendono dall'iperuricemia del soggetto.

Anche se solo un 10% (alcuni dicono il 30 altri il 5) dipende da ciò, perché in presenza di tendinopatia inserzionale non si esegue un esame del sangue? Cosa costa? Come si fa a proporre un plantare senza conoscere lo stato del tendine? Faccio mettere un plantare, il runner corre e un mese dopo il tendine si spezza (già successo a un visitatore del mio sito). Magari il plantare poteva andare, ma bisognava prima verificare lo stato del tendine. Se ci si rivolge a un chirurgo che va dritto all'operazione, la sua scelta può essere effettivamente l'unica, ma si può proporre dopo aver fatto esami accurati. Per esempio se un'ecografia mostra una calcificazione al rotuleo, qualunque terapia che non risolva la calcificazione è inutile e l'operazione è inevitabile. Un altro terapeuta potrebbe dire: tentiamo con il litotritore o con il laser di potenza. Sarebbe comunque giustificato perché ha tutte le informazioni e dopo poche sedute dovrebbe indirizzare il runner verso l'operazione o (in pochi casi) avrebbe risolto il problema.

Deve dare una spiegazione logica della proposta di guarigione. Questo secondo punto fa cadere l'affidabilità di molti terapeuti che confondono la causa con l'effetto. Classico il problema posturale, il problema dentale, il problema del piede ecc. ecc. Chi corre e ha avuto il problema dopo diversi mesi dall'inizio non deve confondere la causa del problema con la risoluzione dello stesso. Supponiamo che la causa possa essere uno dei problemi appena citati. Va bene, ma per diversi mesi io ho corso, quindi la guarigione della presente patologia deve farmi tornare all'inizio. Un qualunque sedentario con problemi di appoggio, di postura, di denti ecc. riesce a fare (prima di infortunarsi) diverse sedute di allenamento. Lui è sano. Ora anch'io voglio tornare sano, poi adatterò le giuste contromisure. In altri termini con esempio pratico: ho una tendinite. Mi propongono un plantare, un'operazione alle ginocchia per correggere un varismo, un apparecchio per la masticazione, migliaia di sedute in palestra per potenziarmi.

NO! Prima devo guarire la tendinite, magari sospendendo l'attività. Il terapeuta, se è tale, deve curarmi la patologia.

Poi si preoccuperà del mio futuro atletico, consigliandomi in merito. Con questo approccio si evita di spendere tempo e soldi. Cosa succede (come avviene in molti casi) se dopo aver messo il plantare, fatto l'intervento, portato l'apparecchio il problema persiste? Alcuni rispondono che per la corsa vale la pena tentare. Ma allora perché non andare a Lourdes (o meglio Medjugorje le cui azioni sono in rialzo)?

Deve fare una proposta concreta. Qui entriamo nel concetto di efficienza di una terapia, definito come "quanto tempo fa guadagnare rispetto al semplice riposo". In altri termini se una peritendinite con il riposo assoluto guarisce in 20 gg. con la terapia x guarisce in 18 gg., guadagno 2 gg., l'efficienza è del 10% (2/20).

Oramai è accertato che le terapie definite "SOFT" (ultrasuoni, laser a infrarossi, ionoforesi ecc. ecc.) hanno tutte un'efficienza bassissima.

Il fisioterapista cosa fa? 10 sedute di ultrasuoni (in acqua perché funzionano di più!!!) un giorno sì e uno no (è pieno di lavoro), ma "non correre, mi raccomando". Dopo venti giorni sono guarito e il fisioterapista è un DIO. Gli mollo 150 euro e sono felice. Peccato che con venti giorni di stop sarei guarito lo stesso.

LO STRETCHING

Lo stretching è sicuramente una disciplina difficile: sono state scritte decine di libri e ancora non è stata detta la parola fine. Recentemente si sta anche diffondendo una macchina da palestra per l'esecuzione di tutti gli esercizi di stretching. Il grosso problema (che anche il semplice uso della macchina senza un valido istruttore non risolve) è l'esecuzione degli esercizi. I libri infatti possono avere delle illustrazioni o dei commenti testuali del tipo "la posizione di allungamento va raggiunta lentamente e mantenuta fino a quando si ha la sensazione che il muscolo regga bene la tensione raggiunta" (la frase che uso nel mio libro); le videocassette possono mostrare pure dei filmati. Nonostante ciò, si continua a vedere persone che eseguono lo stretching male (molti lo eseguono anche al momento sbagliato e con tempi errati): gli errori sono talmente tanti che non è facile correggerli con poche indicazioni.

L'errore logico - La proposta dello stretching a ogni occasione deriva da un errore logico abbastanza comune: **traslare su individui sani indicazioni valide per individui che non lo sono.**

La carnitina nei cardiopatici è eccellente, nelle persone normali non ha grande utilità; in chi è anemico il ferro può essere utile (se l'anemia è causata da carenza marziale), in una persona con sideremia normale l'assunzione di ferro può essere dannosa ecc.

Per chi ha subito un'immobilizzazione articolare o per qualche altro motivo ha la viscoelasticità del tendine diminuita è chiaro che lo stretching ha una finalità terapeutica; in individui normali è altrettanto ovvio che tale elasticità non si può aumentare oltre certi limiti, anzi superati certi confini si ha un danno. Altrettanto ovvio che se la struttura è lesionata fare stretching non fa certo bene. Contrariamente a quanto pensano molti, non può essere curativo di lesioni che prescindono dalla diminuita elasticità (infiammazioni, calcificazioni, degenerazioni tissutali ecc.).

Premesso tutto ciò, dobbiamo chiederci:

Serve? - Fino a un anno fa ero convinto che fare stretching fosse difficile, ma che si potesse trovare un giusto approccio. Avevo anche ideato un test che riporto: "Per capire se eseguite bene lo stretching provate ad associare all'esecuzione che state attuando una descrizione di poche parole, per esempio "una tensione al limite del dolore", "un fastidio piacevole", "uno sforzo impegnativo" ecc. Poi applicate la stessa definizione a una stretta di mano: se la definizione calca a pennello ed è positiva, state lavorando bene.

Per esempio "una scioltezza energica" è OK perché indica una stretta di una persona estroversa e vitale; "un blando stiramento" indica una stretta magari lunga, ma flaccida, "una tensione fastidiosa" indica una stretta energeticamente seccante, "una posizione innaturale" non è nemmeno tanto riferibile a una stretta di mano".

In realtà la maggioranza di indicazioni che arrivano da internet affermano che anche per lo stretching vale il principio di non transitività fra atleti professionisti e amatori. Molti allenatori sono convinti che si

possa correggere lo stile di corsa di un amatore facendolo volare. A parte il fatto che non conoscono gli studi di Minetti (1994-1995) che hanno dimostrato che non è possibile definire uno stile ottimale, commettono l'errore fondamentale di non capire che una cosa o si fa bene o è meglio non farla.

Provate a chiedere a un terapeuta perché si deve fare stretching. La risposta più gettonata è: "per prevenire gli infortuni". "Perché si prevencono gli infortuni?" ecc. ecc. Insomma continuando con i "perché" capite che le risposte sono generiche e apparentemente logiche, ma molto superficiali. In realtà l'analisi di oltre 60 studi pubblicati negli ultimi anni sulle maggiori riviste di medicina sportiva rivela che: **lo stretching non previene gli infortuni, anzi può contribuire a innescarli.**

Gli stessi studi concordano che per l'amatore che vuole prevenire è molto più importante il riscaldamento che lo stretching. Quest'ultimo è importante per il professionista che vuole dare il meglio, soprattutto in gare e sport in cui la velocità, la potenza e l'elasticità sono importanti. Si comprende facilmente che un riscaldamento non è mai traumatico (al massimo è fatto male), mentre un esercizio di stretching può essere devastante se fatto malissimo. Per chi non fosse ancora convinto, chiedo di illustrarmi il semplice esercizio di stretching del surale (quello che si fa spingendo contro un muro con una gamba avanti e l'altra tesa dietro):

a) quanto deve durare?

b) a che distanza deve essere il tacco della gamba davanti dalla punta di quella dietro?

c) quante ripetizioni si devono fare?

d) con che recupero fra una e l'altra?

e) le gambe devono essere naturalmente divaricate o una in fila all'altra?

f) è preferibile farlo a piedi nudi o con le scarpe?

g) si deve fare prima o dopo il riscaldamento?

Siete sicuri di saper rispondere a tutte queste domande? Impossibile, visto che gli stessi esperti dissentono: il bello è che chi sostiene la tesi **x** condanna la **y** e viceversa.

Riassumendo:

1. Riabilitazione da interventi o blocchi della mobilità – FONDAMENTALE
2. Post-infortunio - MOLTO IMPORTANTE
3. Durante la fase acuta dell'infortunio – SCONSIGLIATO
4. Jogger o runner che non ricerca la prestazione al secondo - Meglio il riscaldamento scientifico (warming)
5. Runner che ricerca la prestazione ottimale – CONSIGLIATO, ma solo dopo averne compreso perfettamente l'esecuzione.



LA TECARTERAPIA

Una terapia funziona quando riduce significativamente i tempi di recupero, paragonata alla terapia più naturale, il riposo. Una distrazione muscolare che a riposo richiederebbe un tempo di guarigione di 30-40 gg. è curata efficacemente se guarisce in almeno venti. In realtà quello che succede è che:

a) spesso la terapia si prolunga (le classiche dieci sedute un giorno sì e uno no: 20 gg.)

b) viene consigliata una ripresa blanda (altri 10-15 gg. per esempio)

c) dopo 40 gg. si conclude che il paziente è guarito. Peccato che sarebbe guarito ugualmente non facendo nulla!

Il confronto con la guarigione totale a riposo è pertanto la prova più dura che una terapia deve affrontare; tale confronto permette di eliminare molti strumenti di cura (il laser a infrarossi) o di ridimensionarne altri (gli ultrasuoni e la ionoforesi).

Esistono terapie che vengono utilizzate in centri specializzati (vedasi il litotritore), con macchine decisamente costose (lo stesso laser neodimio-yag) che spesso non sono accessibili nei centri fisioterapici normali. È giusto pertanto farle conoscere anche per sottolineare i limiti attuali della scienza (non del commercio...) nella guarigione delle patologie atletiche.

La tecarterapia (**Trasferimento Energetico Capacitivo Resistivo**) è una tecnica che stimola energia dall'interno dei tessuti biologici, attivando i naturali processi riparativi e antiinfiammatori. La sua ragione d'essere sta nella constatazione che ogni patologia osteo-articolare e dei tessuti molli rallenta e modifica i processi biologici che stanno alla base della riparazione del danno subito. L'idea di trasferire energia ai tessuti infortunati è comune a molte terapie (radar e Marconi terapia usano l'effetto antenna, la magnetoterapia l'effetto Faraday-Neumann ecc.), ma tutte somministrano energia proveniente dall'esterno. La tecarterapia richiama invece le cariche elettriche da tutto il corpo, sfruttando il modello del condensatore, cioè due conduttori affacciati e separati da un isolante. Se si collegano i due conduttori a un generatore elettrico di differenza di potenziale, sui conduttori si accumuleranno cariche elettriche che si opporranno alla corrente fino a ridurla a zero quando il sistema è carico. Nella tecarterapia un elettrodo è collegato a un generatore (con frequenza di 0,5 Mhz) mentre il secondo conduttore è rappresentato dal tessuto biologico. Nella zona sotto terapia si avrà un flusso di cariche con attivazione metabolica ed un effetto termico endogeno (cioè che nasce dall'interno). Se l'elettrodo mobile non è elettricamente isolato, la concentrazione di cariche avviene nei tessuti a più alta resistenza (osso e articolazioni) che fungono quindi da isolanti (contatti resistivi). Gli effetti della tecarterapia sono un aumento dell'attività metabolica con aumento della produzione di ATP (e quindi una velocizzazione della riparazione), un aumento della circolazione ematica e del drenaggio linfatico a causa della vasodilatazione da calore (e quindi una migliore ossigenazione dei tessuti e il riassorbimento degli edemi). Il vantaggio della tecarterapia rispetto ad altre terapie energetiche è che, poiché l'energia proviene dall'interno, è possibile interessare anche strati profondi, non trattabili con trasferimenti esterni di energia per i danni alla cute causati dalle energie emesse.

Qual è l'efficacia? Gli studi sono ancora limitati, alcune testimonianze (atleti) ne parlano veramente bene, soprattutto per lesioni muscolari acute e traumi distorsivi. Da un'analisi di alcune ricerche universitarie sembra si possa affermare che i tempi di recupero sono all'incirca dimezzati.

INDICE ARGOMENTI

PATOLOGIE (1° parte)		TERAPIE (2° parte)		MEDICINA E FISIOLOGIA (3° parte)	
Alluce valgo	1	Antinfiammatori	18	Capacità e resistenza aerobica	48
Condropatia rotulea	1	Chiropratica	18	Capacità respiratoria	38
Dolori ai muscoli	2	Elettrostimolazione	20	Colesterolo HDL e allenamento	39
Emoglobinuria	3	Fisioterapia	21	Consumi dei vari sport	39
Fratture da stress	3	Ghiaccio	22	Consumo energetico della corsa	40
Lesioni muscolari	5	Infortuni	22	Donazione di sangue	42
Mal di schiena	6	- Prevenzione	22	Ematocrito: quanto può variare?	42
Morte da sport	7	- La ripresa	26	Emocromo: valutazione	43
Neuroma di Morton	8	Kinesiologia	27	Grandezze fondamentali	45
Piede d'atleta	9	Litotritore (onde d'urto)	28	Invecchiamento e prestazione	37
Pubalgia	9	Manipolazione	19	Massimo consumo d'ossigeno	46
Sindrome del tibiale anteriore	10	Osteopatia	28	Medico sportivo	36
Sindrome invisibile da carico	11	Plantare	30	Muscoli	44
Sindromi neuropatiche	13	Riposo	31	- Generalità	44
Soffio al cuore	13	Scelta del terapeuta	32	Polmoni a rischio?	36
Stanchezza	14	Stretching	33	Sangue (generalità)	41
Tallonite	16	Tecarterapia	34	Soglia anaerobica	49
Tendiniti	16			Inizia a correre	51