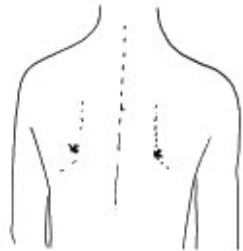
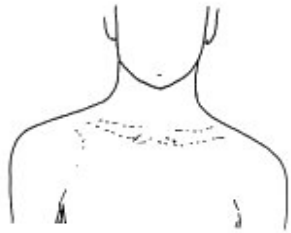
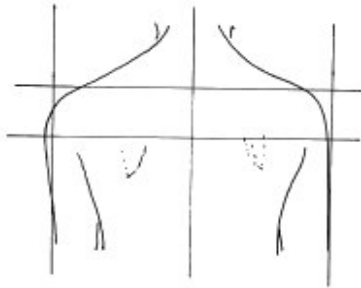


Esempi di analisi della postura.

NB: questi sono appunti/pro memoria, esempi per una sensibilizzazione all'osservazione, non sono situazioni da diktat né certamente sono le uniche osservabili e meno ancora corrispondono a tutti i contenuti del corso.

Fig.1 allineamenti corretti Fig.2 soggetto anteriorizzato



Esame del cingolo scapolare

La spalla più alta vede imputati:

- il trapezio superiore in retrazione
- l'angolare della scapola in basculamento interno
- la spalla ristretta per retrazione del trapezio medio.

La spalla si giudica dal fronte ed in particolare dall'obliquità delle clavicole.

Si apre sempre il problema di quale sia la clavicola corretta (e se ci sia) e dove andiamo a lavorare.

Per es. avendo visivamente una spalla ribassata e una rialzata dov'è la lesione primaria?

Istintivamente siamo portati a dire che è la spalla rialzata la principale protagonista.

Ciò perchè ci appare molto più tesa.

Ma una spalla rialzata può essere un compenso di una spalla che si è abbassata.

La lesione primaria è allora sulla spalla abbassata, che presenta una clavicola orizzontale, che però giudico corretta. Tratto in inganno andrò a lavorare sulla spalla più alta, ovvero su un compenso, otterrò un risultato immediato ma non avrò lavorato sulla causa e il risultato, anche quando ci fosse, non sarà stabile.

La clavicola risale sempre insieme alla scapola.

Tuttavia, continuando con gli esempi, possiamo anche avere clavicole simmetriche e scapole asimmetriche.

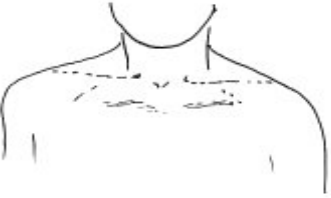
L'angolo scapolare inferiore rappresenta il mio punto di repere.

Quando lo trovo avvicinato al rachide ho una scapola convergente e bassa. Devo cercare la scoliosi.

Oppure questa convergenza è dovuta alla retrazione dell'angolare, dal trapezio inferiore o....dal piccolo romboide.

Come dire che la scoliosi è dovuta a retrazione.....discorso complesso su cui v. altro documento/seminario.

I romboidi sono sussidiari della respirazione e sono quasi sempre imputati vuoi che ci sia scapola alata, vuoi che ci sia scoliosi, vuoi dal blocco diaframmatico, vuoi da lesioni sulle clavicole.... ma lo vedremo più avanti nella 4° lezione.



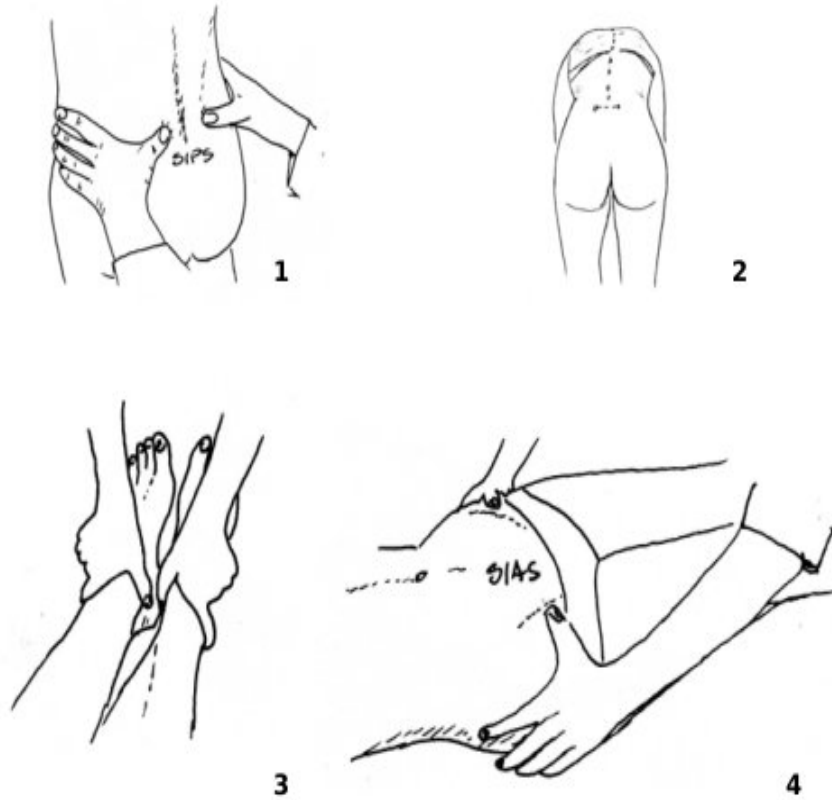
Qui, continuando li esempi vediamo la tipica situazione di una spalla ruotata in avanti.
Ruotata in avanti e in alto: il piccolo pettorale è il maggiore imputato
Ruotata in avanti e in fuori: è imputato il gran pettorale.

NB: quando siamo a questo punto siamo quasi sempre in piena fase di compensi.
Il problema originante è da cercare altrove.

Questa è una situazione di scaleni retratti. Il collo è corto, lo sterno elevato, le clavicole orizzontalizzate, le saliere incavate e marcate ma NON corte come nella situazione precedente.

Il torace ha un blocco in inspirazione e c'è riduzione dell'ampiezza respiratoria. (debito d'aria)
(situazione estremamente frequente nei sub)

Scapole alate.



Esame del bacino.

Osservare la fig.1. La persona è in stazione eretta a piedi divaricati di 5 cm ca. Il terapeuta ha i polli sulle SIPS e con le altre dita o la mano acquista percezione delle creste iliache (se possibile).

Far fare una flessione lenta. Quando un pollice risale la SIPS corrispondente non può compiere la rotazione posteriore. La spina più alta ha delle cause variabili. Le principali:

- l'iliaco è in lesione: anteriore o posteriore
 - l'iliaco è in lesione nei 3 punti più alti
 - l'articolazione è in blocco sacrale (sacroiliaca bloccata)
- Ovviamente avremo un arto più "corto". (fig.3)

Fig. 4. Verifico la correttezza con le SIAS in questo modo:

- allineo gli arti inferiori
- trovo le SIAS
- scivolo verso il basso fino a trovare le depressioni
- risalgo spingendo forte sotto le SIAS

La storia della "gamba più lunga/corta" cui tante persone sono affezionate è quasi sempre un mito per la vendita di solette. La realtà è che ho facilmente un bacino ruotato e una lesione. Applicare le solette in questa situazione significa solamente confermare la lesione.

Posso avere una di queste situazioni:

In piedi	Supino	Arto valutato
arti uguali	1 arto più corto	arto più corto
arto più corto di 15mm	arto più corto di 10mm	arto più corto
arto più corto di 10mm	arto più corto di 10mm	non c'è lesione
arto più corto di 10mm	arto più corto di 5mm	arto più lungo

Non deve bastarmi.

Devo dunque verificare le SIPS da prono.



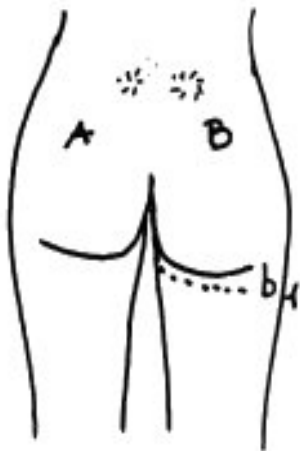
Nella figura a fianco i polli del terzista sono con forza sotto le spine.
La SIPS interessata è la non orizzontalizzata ossia la più bassa o la più alta confrontata con le SIAS.

Posso avere questa gamma di situazioni:

SIAS	SIPS	Arto valutato	Lesione
bassa	alta	più lungo	iliaca anteriore
alta	bassa	più corto	iliaca posteriore
alta	alta	più corto	3 punti alti

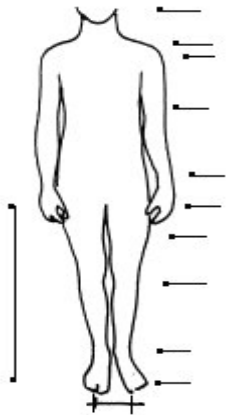
Riassumendo

Lesioni iliache anteriori	SIAS più bassa dal lato della lesione arto più lungo SIPS più alta e più legata al sacro
Lesioni iliache posteriori	SIAS più alta arto più corto SIPS più bassa e lontana dal sacro
Lesione dell' iliaco scivolato verso l'alto e lesione dei 3 punti alti	SIAS più alta SIPS più alta arto più corto



Test accessori

1. Tuberosità ischiatiche dolenti da seduti: verificare lesione posteriore bassa
verificare lesione anteriore alta
verificare la sinfisi pubica
2. Figura a lato: piega sottoglutea: posso avere rotazione dell' osso iliaco
abbassamento delle fibre del grande gluteo
 - A. è in rotazione anteriore
 - B. è in rotazione posteriore
 - b1 conferma la rotazione anteriore
3. Tensione sulle fossette di Michaelis: idem
4. Pubalgia: cercare la rotazione anteriore (v. seminario a parte)



Analisi della figura

ognuno dei punti segnati costituisce importantissima zona di retrazioni e fonte di disallineamenti. Nella fattispecie:
 rotazione e inclinazione della testa
 spalla più alta/bassa
 allineamento clavicole
 incavo braccio
 polso scostato
 allineamento della mano
 fossetta intercoscia (fisiologica solo nella femmina)
 rotazione delle ginocchia
 allineamento caviglie
 rotazioni del piede e delle dita

La persona è in stazione eretta con i malleoli distanti 3 cm ca. e/o 15 cm fra i due tendini d'Achille

Osservo e chiedo la percezione di simmetria

Percezione e osservazione di simmetria	destro	sinistro
	anteriore	posteriore
	interno	esterno



ESAME SUL PIEDE

Appoggi

Osservo gli appoggi simmetrici

- a. retro piede
- b. avampiede: in rotazione orizzontale? Cerco la rotazione pelvica per trascinamento
- c. esterna: un piede che appoggia in esterno darà una rotazione esterna dell'arto inferiore
- d. interna: come sopra ma interna

Nella fig. 2. un tendine d'Achille in posizione fisiologica

Nella fig. 3 l'allineamento corretto

nella fig. 4: un arco plantare ceduto.



	<p>GAMBA</p> <p>Nella figura a lato abbiamo: un piede valgo, uno pronato e un calcagno valgo. Devo valutare a person supina se il valgismo scompare. Se scompare c'è una lassità capsulo-legamentosa.</p> <p>Si associa a questa il piede piatto e il recurvatum del ginocchio. Piede valgo e piede piatto sono associati. La differenza è nella pronazione del tallone ma il trattamento è identico.</p> <p>Si devono allungare/trattare : i rotatori femorali, l'apparato capsulare esterno del ginocchio, il tensore della fascia l. al ginocchio, il bicipite femorale l ginocchio, il vasto esterno al ginocchio, il peroneo laterale (lungo e breve) l piede, il peroneo anteriore.</p> <p>OBBLIGO di tacco da 1 a 5cm.</p> <p>Lavoreremo poi: legamento pubo-femorale, adduttori e rotatori interni, semitendinoso e semimembranoso, retto interno d. coscia. Necessario decontrarre il polpaccio.</p> <p>Nelle ultime 3 immagini abbiamo un arto varo, un calcagno varo e un tallone pronato. E' una situazione che si crea nel tempo in questa successione.</p> <p>Se il paziente è ancora nella prima fase si lavora allungando: rotatori interni dell' anca semitendinoso al ginocchio semimembranoso al ginocchio vasto interno al ginocchio zampa d'oca tibiale anteriore e posteriore al piede flessori delle dita al piede</p> <p>Se siamo nel calcagno varo devo allungare i tibiali anteriore e posteriore il tendine d'Achille il flessore breve e lungo.</p> <p>Se siamo già nel 3° tempo il piede va trattato a sé come varo o come valgo(piatto) + tutto quanto sopra esposto.</p>
--	---



Figure 1° e 2°: alluce valgo estremo e alluce valgo iniziale

Piede con le dita a martello: devo cercare l'arco ribassato, il ginocchio intraruotato e i glutei chiusi.

Piede di Morton

Il 1° metatarso è corto

il 2° metatarso è lungo

MA il piede di Morton è dovuto anche a lassità dei leg. plantari longitudinali con conseguente sovraccarico del peroniero lungo e breve.

In successione sono poi coinvolti i vasti e il gluteo medio e piccolo.

(vedasi Trvell pagg. 183 e segg. + 417 e segg.)