

**TNP**  
Software  
Training  
Neuro  
Psicologico

**ESERCIZI**

 <b>ESERCIZI LINGUISTICI</b>	 <b>ATTENZIONE</b>
 <b>INTELLIGENZA NON VERBALE</b>	 <b>MEMORIA</b>
 <b>PERCEZIONE</b>	 <b>COGNIZIONE SPAZIALE</b>

www.beac.it 0385-43378

**Gli indispensabili in LOGOPEDIA**

# IL FISIOTERAPISTA

Periodico di informazione per gli operatori della riabilitazione  
Anno 9 - N. 6 - NOVEMBRE-DICEMBRE 2003 • ISSN 1123-7384

# 6

In questo numero  
troverete anche

**Dossier:**  
Sindrome miofasciale

**Linfedema:**  
progetto e programmi  
riabilitativi

**Speciale:**  
Statistica  
in riabilitazione

## Percorsi riabilitativi nel paziente oncologico

Maria Rosa Strada Mara Frascaroli Jvona Jedrychowska  
Elena Lodola Simona Ciceri Patrizia Crotta Elena Vecchi

**L'**approccio riabilitativo nel paziente affetto da neoplasia si propone e si realizza oggi come modalità di assistenza di carattere innovativo, fortemente contrassegnata dalla necessità di garantire a un consistente numero di pazienti guariti, o lungamente sopravvissuti, una qualità di cura che tenga in considera-

zione la qualità di vita in tutti i suoi aspetti.

Le ragioni della crescente richiesta di riabilitazione in campo oncologico sono sostenute da una serie di evidenze:

- miglioramento prognostico di molti tumori che, in un'elevata percentuale di casi, non si identificano più soltanto come malattia killer, ma si possono collocare nel gruppo delle malattie croniche;
- progressivo aumento dell'età media della popolazione, che comporta un incremento della morbilità, configurando anche in questo tipo di pazienti un quadro di pluripatologie generatrici di disabilità;
- notevole ampliamento della sfera di intervento della medicina riabilitativa che, sulla base di progetti e programmi dedicati, si finalizza al recupero del paziente nella sua globalità, assumendo anche una forte valenza nel reinserimento del paziente stesso nell'ambito del tessuto familiare, occupazionale e lavorativo.

### Quadro epidemiologico

Le neoplasie sono malattie a forte impatto sociale e impegnano una consistente quota di risorse sanita-

→ pagina 5



# Terapia miofasciale

Andrzej Pilat Maurizio Casciotti

**L**a fisioterapia è una delle professioni più dinamiche dell'ultimo secolo: cerca nuove spiegazioni, esplora originali soluzioni, investiga in sentieri riabilitativi innovativi. Uno di questi conduce al settore della terapia miofasciale. Il dolore di origine miofasciale non è un tema nuovo nel campo della medicina e molte discipline hanno dedicato numerose ricerche scientifiche e dato spiegazioni cliniche a questo fenomeno e rapidamente si sono rese conto che si stavano introducendo in un campo nuovo dai risvolti senza precedenti.

Durante gli ultimi anni si è incominciato a prestare sempre maggiore attenzione al tema fascia e questo tipo di tessuto connettivo, tanto speciale e unico, è considerato dalla maggior parte di coloro che si occupano di medicina e fisiologia come una struttura importante del corpo umano.

Le limitazioni prodotte al sistema miofasciale causano dolore e frenano il ritorno alla normale funzione del corpo.

## Concetto classico del sistema locomotore

In questo ordine di idee, il concetto classico del sistema locomotore del corpo, basato sulla descrizione anatomica della relazione tra le ossa e i muscoli, si limita allo studio di un modello di movimento meramente meccanico. Tale modello divide il movimento del corpo negli elementi base di ogni segmento: in realtà, quando si muove un determinato segmento del corpo, questo risponde come un tutt'uno. Se si realizzano reazioni a catena, che coinvolgono porzioni lontane, anche situate al lato opposto del corpo, è lecito chiedersi come si possano realizzare tali connessioni. Sembra ovvio che l'unica struttura in grado di realizzarle sia la fascia.

## Che cos'è la fascia

La fascia è definita come aponeurosi o espansione aponevrotica e l'aponeurosi è una membrana fibrosa bianca, lucida e resistente che serve da rivestimento per i muscoli o per unirli con altre parti che si muovono. D'altro canto il tessuto connettivo è definito come tessuto di sostegno derivato dal mesoderma formato da fibre connettive, fibre elastiche e cellule, che com-

prende anche il tessuto lasso, quello denso, adenoide, osseo, elastico e cartilagineo.

In generale si considera la fascia come un involucro muscolare con funzione meccanica, come lamine di separazione tra determinati muscoli o come espansioni di inserzioni tendinee, per esempio, del muscolo tensore della fascia lata o dei muscoli addominali.

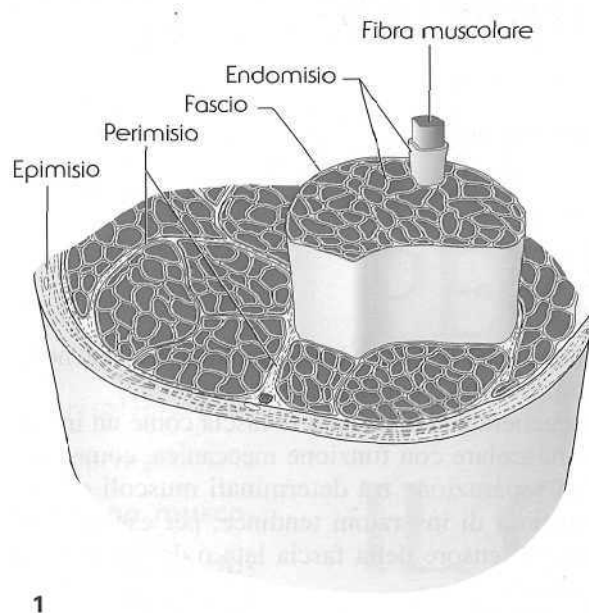
La fascia corporea ha un percorso continuo in quanto avvolge tutte le strutture somatiche e viscerali, incluse le meningi. In un certo modo si può dire che la fascia è il materiale di rivestimento che non solo avvolge tutte le strutture del nostro corpo, ma che collega anche tra loro tutte le parti, offrendo sostegno e determinandone la forma. Si aggiunga che, oltre alle funzioni di sostegno e partecipazione al movimento, la fascia ha anche attività biomeccaniche e biochimiche<sup>1</sup>.

La fascia organizza e separa, assicura la protezione e l'autonomia di ogni muscolo e viscere, però riunisce anche elementi corporei separati in unità funzionali stabilendo le relazioni spaziali tra di loro e formando, in questo modo, una specie di rete ininterrotta di comunicazione corporea<sup>2-4</sup>.

Tra le proprietà sono da sottolineare l'espansione dei nervi e dei vasi linfatici, l'interscambio metabolico per la relazione con il metabolismo dell'acqua, la funzione nutritiva in relazione con il sangue e la linfa, convertendosi nel sofisticato mezzo di trasporto tra e attraverso tutti i sistemi dell'organismo. Il ventaglio di possibilità è spettacolare.

Non solo il muscolo è avvolto nella fascia, lo è anche ogni singola fibra e ognuno dei fusi (figura 1); questa combinazione si denomina miofascia. Non bisogna dunque limitare la definizione di movimento esclusivamente all'azione muscolare, ma estenderla a un'azione combinata e inseparabile tra i muscoli e le loro fasce.

Anche dal punto di vista istologico c'è una relazione di continuità tra il periostio e, per esempio, il tendine e il muscolo o il periostio e il legamento. I muscoli, con le fibre e i fusi neuromuscolari avvolti nella fascia, si contraggono e cambiano di dimensioni, facendo così pressione sulla struttura della fascia e questa forza si trasmette attraverso il periostio (figura 2). In tal modo si stabilisce una continua rete di comunicazione in



1

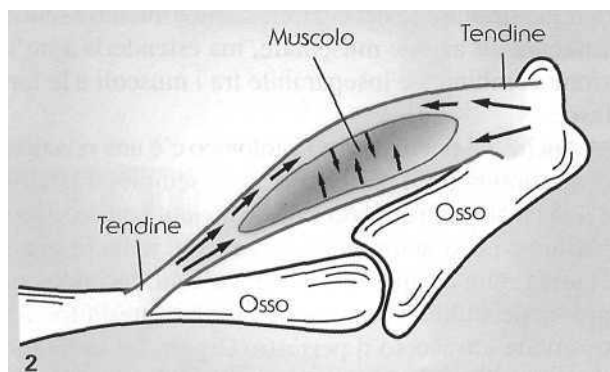
tutto l'apparato locomotore con la capacità unica di agire senza interruzioni<sup>3-4</sup>.

## Nuovo modello dinamico del corpo umano

È possibile allora pensare a un nuovo modello dinamico di corpo umano, basato sulla struttura fasciale. Secondo questo modello non sono le ossa ciò che dà la forma e che sostiene la struttura del corpo, ma è il tessuto connettivo a essere incaricato di questo compito<sup>3,5</sup>. Le ossa fungono solamente da distanziatori che permettono di posizionare e differenziare i distinti segmenti del corpo. I muscoli sono la fonte del movimento, determinano la direzione ed eseguono il movimento. Il corpo umano non è una struttura statica, ma mobile. Le ossa non entrano mai in contatto con l'ambiente che le circonda, mentre il tessuto connettivo, la cui struttura e organizzazione permettono di sostenere il movimento, svolge questo compito.

## Tessuto connettivo

Il tessuto connettivo, uno dei quattro tessuti che compongono il corpo umano, costituisce il 16% del pe-



2

Figura 1

**Subunità anatomiche.** L'intero muscolo è contenuto in una forte fascia connettivale detta epimisio. La più grossa subunità muscolare è il fascio, che è contornato da un'altra fascia connettivale detta perimisio. All'interno di un fascio, tra una fibra muscolare e l'altra, vi è l'endomysio. Quest'ultimo si identifica come una rete connettivale costituita da collagene e laminino (da AA.W., *Fisiologia dell'uomo*, Edi.Ermes, 2002).

so del corpo e contiene il 23% dell'acqua totale. È incaricato di diverse funzioni come, per esempio, equilibrare nel corpo le varie forze di tensione, l'elasticità e la densità, è parte del sistema di difesa autoimmune, inoltre facilita il movimento formando sistemi di leve ed evitando gli eccessi di frizioni, pressioni e di impatto tra i segmenti mobili<sup>2</sup>. Allo stesso tempo è il principale tessuto incaricato della riparazione delle ferite e degli spazi lasciati dalla morte di cellule in tessuti che non si rigenerano<sup>2,6</sup>.

Dal punto di vista strutturale, il tessuto connettivo si presenta come un materiale composto da proteine insolubili (principalmente il collagene e l'elastina) immerse in una sostanza gelatinosa fondamentale (figura 3). Questi elementi e i tessuti che li circondano agiscono come un sistema integrato e non come entità separate. Come tutte le proteine, l'elastina e il collagene si rinnovano, anche se la prima è una proteina di lunga durata e ha una forma stabile, mentre il collagene ha vita breve e si modifica continuamente.

È il tessuto connettivo quello che riesce, attraverso la sua capacità elastica, a sopportare e organizzare l'azione delle ossa e dei muscoli<sup>4,8</sup>.

## Azione protettiva sul corpo

Occorre ricordare che la fascia non è solamente presente nel sistema muscolare: essa, in forma di ragnatela, definisce i contorni, le dimensioni e le funzioni di ogni organo che avvolge e, in questo modo, protegge l'insieme del corpo.

Le bande fasciali, a guisa di cintura, sostengono il tessuto connettivo. Queste strutture sono indipendenti nella loro distribuzione anatomica nel sistema muscolare, come anche nel funzionamento, per esempio, delle catene muscolari. Queste bande rappresentano strutture di connessione funzionale laddove non esiste, nel corpo, una connessione anatomica diretta: per esempio, tra la fronte e la parte posteriore del corpo<sup>2,3-4,6</sup>.

In generale si accetta l'esistenza di un sistema fa-

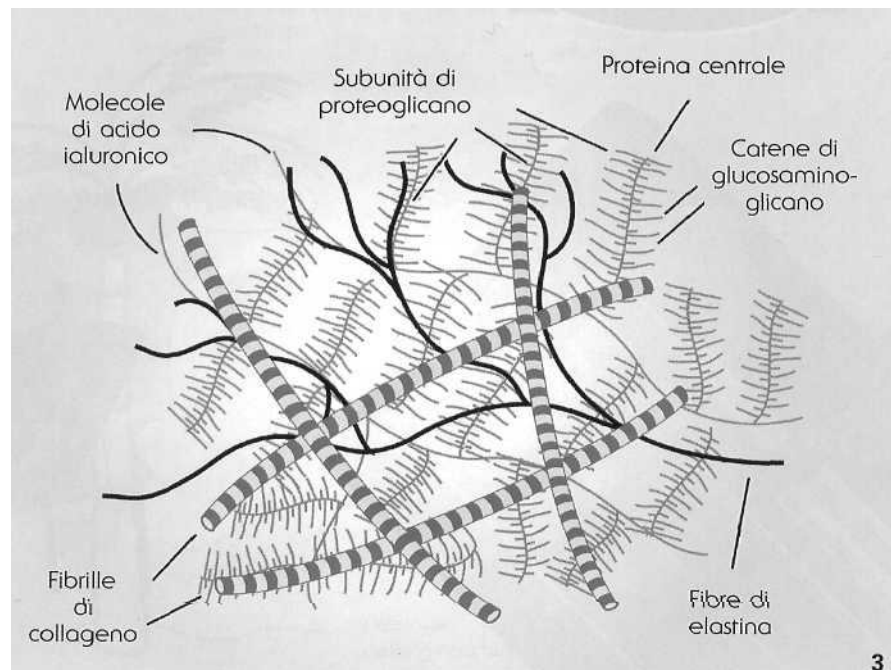
Figura 2

**Esiste una continuità dell'azione meccanica inseparabile tra muscolo, tendine, periostio e osso**

(da A. Pilat, *Terapia miofasciale: inducción miofascial*, McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 2003, pgc).

Figura 3

**Rappresentazione schematica del tessuto connettivo**  
(da A. Pilat, *Terapia miofasciale: inducción miofascial*, McGraw-Hill Inferamericana, Madrid, 2003, pgc).



sciale nell'apparato locomotore, ma cosa succede, per esempio, nel sistema nervoso centrale?

### Dura madre

La dura madre che, come più esterna delle meningi, avvolge l'encefalo e il midollo spinale, rappresenta una struttura del tessuto connettivo e le reazioni alle restrizioni avvengono anche a questo livello; inoltre, le limitazioni che si trovano in questo strato sono in stretta correlazione con quelle miofasciali di tutto il corpo e con il sistema craniosacrale.

### Liquido cefalorachidiano

Fra le funzioni più importanti del sistema craniosacrale vi sono la produzione e la distribuzione del liquido cefalorachidiano (LCR). Il liquido è il mezzo nel quale si sviluppano, vivono e funzionano il cervello e il sistema nervoso centrale. Gli scambi nella distribuzione del LCR, specialmente se vi sono aumenti di pressione dello stesso, possono essere causa dello scatenarsi di malattie<sup>27</sup>.

Una corretta pressione del liquido è dovuta a un'armonia del ritmo craniosacrale, controllato attraverso la proliferazione intermittente di liquido da parte delle cellule del plesso coroideo. La sua pressione è controllata attraverso un meccanismo di proliferazione nei ventricoli cerebrali. Questo processo ritmico di fluttuazione del LCR genera un'onda che si espande ritmicamente nel cranio, nei suoi componenti solidi e nei tessuti molli, e si trasmette attraverso il sistema nervoso lungo tutto il corpo. Tra i meccanismi di trasmissione di quest'onda il più importante è quello che si realizza attraverso la variazione di tensione della fascia. Questo impulso si trasmette lungo la colonna vertebrale arrivando fino al

coccige e con ripercussioni immediate sul resto del corpo<sup>7</sup>.

### Controllo delle emozioni

Sulla base di questa ipotesi, è possibile considerare il sistema nervoso centrale, incaricato anche del controllo delle nostre emozioni, come responsabile di una connessione diretta tra il comportamento del sistema locomotore e le emozioni<sup>38</sup>. Gli schemi di movimento non si devono esclusivamente agli impulsi di indole meccanica: la maggior parte sono dovuti ai cambiamenti emozionali, sono espressione degli schemi della personalità e viceversa. Questi schemi, ripetuti con una certa frequenza, hanno la capacità di fissarsi e determinano successivamente nuovi schemi di movimento<sup>3,6</sup>.

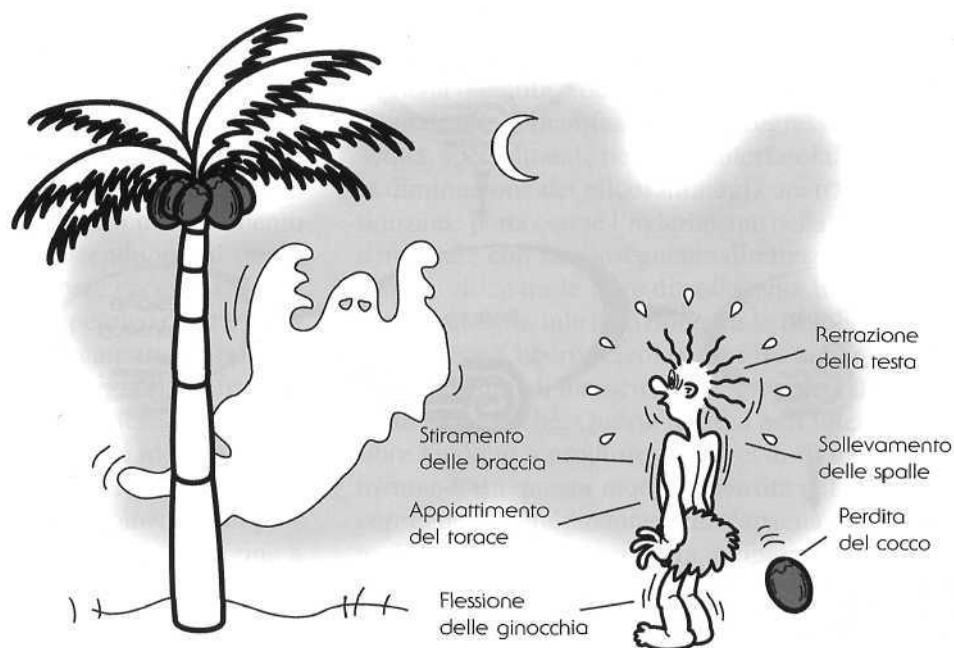
*Reazioni emozionali* - La paura, le preoccupazioni, la tristezza e altri stati d'animo ci obbligano a collocare il nostro corpo in una postura molto lontana da quella naturale. La ripetizione di determinati schemi e posture porta, nel tempo, alla loro fissazione, sovraccaricando determinati tessuti; di conseguenza si generano disturbi e dolori cronici. Il corpo ha le sue reazioni di fronte a una situazione stressante e reagisce come un tutt'uno in modo totale e globale.

Gli eventi emotivi e fisici sono intimamente collegati al nostro corpo; infatti siamo abituati a percepire le emozioni in modo fisico (figura 4).

La risposta fisica alle emozioni si realizza attraverso il tessuto connettivo<sup>9</sup> e si può considerare la fascia come "il corpo delle emozioni"<sup>5</sup>: le emozioni viaggiano attraverso la rete della fascia<sup>9</sup>. Il dolore prodotto, per esempio, da un trauma è un dolore di tipo fisico, però il dolore alla nuca o alla testa possono essere prodot-

Figura 4

La risposta di fronte a uno stress emozionale è fisica.



4

ti da un cambiamento di origine emozionale, senza coinvolgere direttamente la parte fisica, strutturale.

### Traumi del sistema fasciale

Il corpo subisce traumi con molta frequenza, traumi che producono effetti estrinseci e intrinseci (figura 5).

Nella maggior parte dei casi si tratta di microtraumi che si accumulano lentamente e gradualmente cambiano il comportamento meccanico della fascia, diminuendone l'elasticità e le capacità di autodifesa. Di conseguenza si sviluppa una tensione fasciale patologica che scatena dolori e la necessità di compensarsi<sup>2,10-12</sup>.

Trauma non è solo riferito alla conseguenza di una caduta, a un colpo subito o a un incidente, ma anche ai cambiamenti posturali dovuti alle occupazioni giornaliere e al progressivo processo di adattamento del corpo in relazione al menzionato squilibrio funzionale.

Il processo dei cambiamenti post-traumatici, da questo punto di vista, inizia nella maggior parte dei casi nel sistema fasciale. I sovraccarichi creati nel processo di compensazione producono danni alla fascia e ciò si ripercuote in un impaccio funzionale di altri sistemi<sup>2,9,11</sup>.

Le lesioni del sistema fasciale (retrazioni, aderenze, rotture) si possono produrre per tre motivi di base:

- trauma del sistema fasciale, lesione diretta;
- sovraccarico del sistema fasciale (cronico o intermittente), posture viziate sviluppate nel processo di compensazione o lesioni prodotte da stress ripetuti causati da irritazioni, compressioni e restrizioni del flusso sanguigno. Queste lesioni non hanno come origine un incidente traumatico, sono però conseguenze

di microtraumi ripetuti molte volte e accumulati senza che la persona se ne accorga. Un esempio di questo tipo di lesioni è la sindrome del tunnel carpale, favorita dai movimenti ripetuti e dal posizionamento continuo del polso in estensione;

- immobilizzazione prolungata, gesso, malattia cronica, cinesifobia.

Conseguenze di queste lesioni sono una limitata capacità di movimento e un eccessivo avvicinamento tra le strutture del sistema fasciale a tutti i livelli. Il sistema fasciale perde in questo modo elasticità e flessibilità: inizia il processo di formazione di incroci tra le fibre di collagene che può avere inizio sia velocemente sia dopo alcune settimane di immobilità<sup>2,11</sup>.

È difficile spiegare una lesione del sistema fasciale e le conseguenze menzionate immaginandola in modo simile a come si può immaginare o capire una lesione del sistema strutturale. Molte volte ci si trova di fronte a una lesione che non si può analizzare a livello della fisiologia della meccanica del movimento articolare. Ugualmente, con l'applicazione dei procedimenti terapeutici diretti principalmente all'eliminazione del dolore (per esempio, realizzando diverse forme di terapia come le tecniche di stiramento, liberazione dei *trigger point*) si ottengono solamente risultati positivi parziali o temporanei. Questo processo di adattamento, alla base di un trauma o compensazione post-traumatico, cambia il modo di funzionamento muscolare. In condizioni normali, per realizzare un determinato movimento si utilizzano gruppi muscolari specifici: in questo modo si stabiliscono schemi di movimento caratteristici per ogni persona. È possibile, per esempio, riconoscere un amico dal modo di camminare.

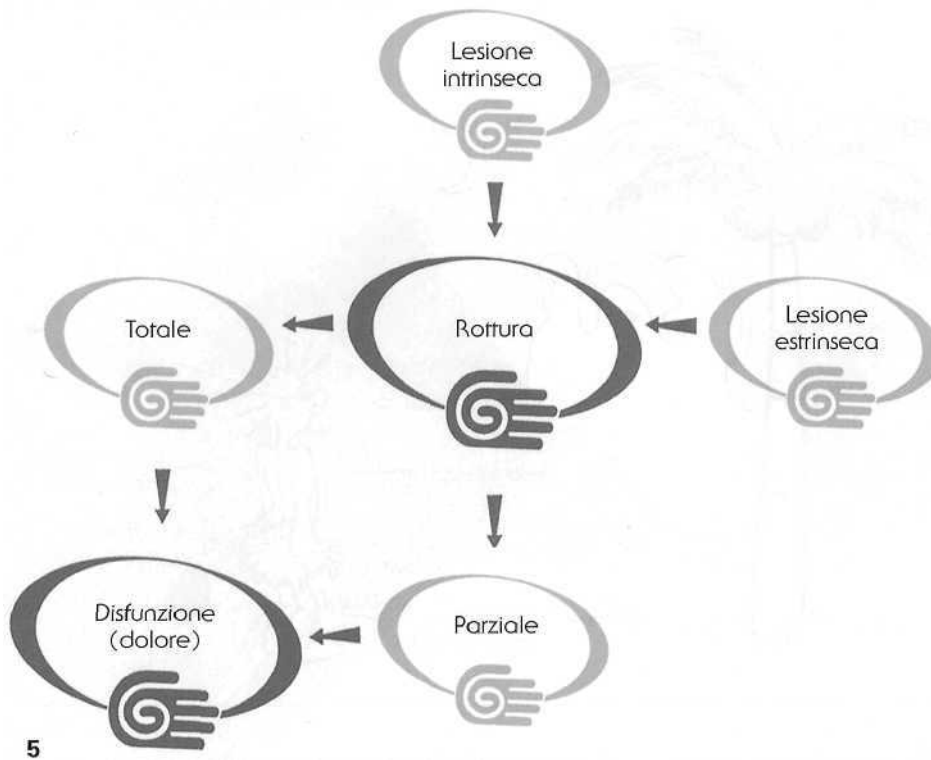


Figura 5  
**Schema di formazione del trauma del sistema fasciale**  
 (da A. Pilat, *Terapia miofasciale: inducción miofascial*, McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 2003, pgc).

*Modifica degli schemi di movimento*

Il trauma e i conseguenti compensi nel sistema fasciale cambiano i nostri schemi di movimento. Incominciamo ad agire in modo diverso: meno efficiente, meno preciso, con un maggior consumo di energia e con un progressivo sovraccarico in differenti segmenti dell'apparato locomotore. Questi cambiamenti del corpo sono difficili da rilevare da parte del paziente stesso o del terapeuta che effettua una valutazione della persona, specialmente se realizzata osservando solo i test statici o esaminando solo un determinato segmento corporeo. Per esempio, è facile apprezzare se la persona sta seduta in modo scorretto, ma senza dubbio è molto più complicato verificarlo quando la stessa persona è in movimento, quando si siede o si alza



dalla sedia. Le piccole imperfezioni degli schemi di movimento, ripetute innumerevoli volte durante un anno, si sommano e, con il tempo, producono irreversibili cambiamenti che colpiscono principalmente il sistema locomotore. Questo comportamento condiziona il giusto funzionamento corporeo diminuendo la sua capacità elastica e il movimento del tessuto<sup>2</sup>.

Se si rilevano cambiamenti in una determinata area del corpo, si può supporre che la lesione originaria si sia verificata in un'altra area e l'azione terapeutica nella regione della disfunzione tenderà a una risposta immediata e correttiva in tutte le aree secondarie, inclusa la zona nella quale si manifestano i sintomi. Le restrizioni in una determinata regione possono originare una riduzione nell'ampiezza del movimento in altre zone, incluse quelle più distali. L'area in cui il paziente percepisce il dolore di solito è molto distante da quella dei punti più sensibili. I punti ipersensibili rappresentano, generalmente, le aree di relativa fissità del sistema fasciale. Queste aree di ipertonia generano la formazione di bande di tensione

Figura 6

**Il corpo sottoposto a prolungato stress meccanico o emotivo crea i suoi propri sistemi di fuga attraverso diversi tipi di compensazioni. Tuttavia queste soluzioni danno solo un temporaneo risultato positivo, creando allo stesso tempo altre compensazioni. Con il tempo le possibilità di nuove compensazioni si esauriscono e il corpo ritrova senza via di uscita, finendo in un circolo vizioso di difesa, infiammazioni, dolori e progressiva e irreversibile disfunzione**  
 (da A. Pilat, *Terapia miofasciale: inducción miofascial* McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 2003, pgc).

che si estendono verso le strutture periferiche. Al muoversi perifericamente dal punto di lesione primaria in restrizione, la struttura fasciale del corpo trasmette queste forze senza alcun cambiamento di intensità verso la zona del corpo che forma una specie di intermezzo con l'influenza meccanica esterna. Il corpo, in risposta, crea zone di relativa fissazione. Come risultato si produce un eccesso di movimento nelle regioni del corpo che si estendono dal punto primario della disfunzione. Le forze eccessive dovute alla pressione del movimento ripetitivo contrario alla barriera di restrizione possono causare un'infiammazione locale o dolore. L'aumento della deformità meccanica o dello stiramento all'interno di questo tessuto può scatenare la liberazione dei mediatori chimici che producono dolore. In questo modo il dolore si manifesta, nel tessuto che sarà coinvolto nel processo, solo in un secondo momento dando origine a un dolore riferito<sup>2,9,12-13</sup>.

Il movimento è un'azione preventiva contro la formazione di retrazioni e aderenze. L'immobilità del tessuto connettivo, per le ragioni già menzionate, produce cambiamenti nella sua qualità. Questo deficit di movimento appropriato altera la lunghezza del tessuto connettivo che, di conseguenza, tende ad adattarsi alla minore distanza tra i suoi punti di inserzione. Questo comportamento lentamente porta con sé la

progressiva perdita della funzione e l'instaurazione del dolore<sup>2,4,9</sup> (figura 6).

Il processo di modificazione inizia con l'alterazione della quantità e della qualità della sostanza fondamentale che si manifesta con la progressiva perdita di acqua, specialmente nei piani interfasciali, così come la diminuzione dei glicosaminoglicani (GAG). Questa riduzione porta con sé l'indurimento della sostanza fondamentale con la conseguente diminuzione della distanza critica tra le fibre di collagene, il che provoca la perdita della lubrificazione tra le fibre<sup>7</sup> (figura 7).

Si altera il libero scivolamento tra le fibre di collagene nei punti di incrocio fisiologico, producendo frizioni patologiche. Queste frizioni nell'interfase tra le fibre tendono a produrre un eccesso di incrocio, aumentando in questo modo la densità del tessuto con conseguente diminuzione della capacità di movimento. Questo avvicinamento tra le fibre non è sufficiente per creare incroci patologici. Questi si formano tra le fibre già esistenti e le nuove fibrille recentemente sintetizzate. L'incorporazione di questi nuovi incroci alla struttura collagena già esistente è ciò che principalmente limita l'elasticità del collagene impedendo il movimento naturale tra le vecchie fibre.

Inoltre, questa limitazione di movimento impedisce un corretto orientamento delle nuove fibre recentemente sintetizzate, e ciò aumenta la quantità di incroci

Figura 7

Schema della risposta meccanica all'impulso di stiramento tra le fibre sane (liberate dall'incrocio patologico) e le fibre con incrocio patologico. Fibre liberate da incrocio patologico a riposo (A), fibre con incrocio patologico a riposo (B), fibre liberate da incrocio patologico in stiramento (C), fibre con incrocio patologico in stiramento (D). Si osservi la differenza tra le ampiezze di stiramento tra (C) e (D).

patologici. Va ricordato che l'orientamento adeguato delle fibre di collagene dipende dalla pressione e dal movimento adeguato. Come risultato, tutta questo processo altera la plasticità e la labilità della struttura del tessuto connettivo con la conseguente formazione di cordoni che induriscono il tessuto.

### Azione difensiva del sistema fasciale

Il corpo, quindi, per azione difensiva del sistema fasciale, sviluppa uno schema di movimento nuovo, che mantiene questa asimmetria difensiva prodotta a scopo protettivo contro il dolore<sup>3-4,9</sup>.

Se il processo dolore-difesa dura a lungo, i cambiamenti si sviluppano in un modo più costante e, con il tempo, si trasformano in abitudine. In generale, in questo processo si verifica l'accorciamento delle strutture non utilizzate o utilizzate in modo limitato per l'azione di protezione. Questo compenso, con il tempo, produce un accorciamento e deviazioni permanenti. Il sistema fasciale accumula questo comportamento e lo converte in proprio, a causa dei movimenti costanti e ripetitivi. La capacità di creare e realizzare compensazioni indica la capacità del corpo di sopravvivere; senza di essa sarebbe impossibile, per esempio, camminare con una distorsione di caviglia, usare la mano con un dito mozzato eccetera.

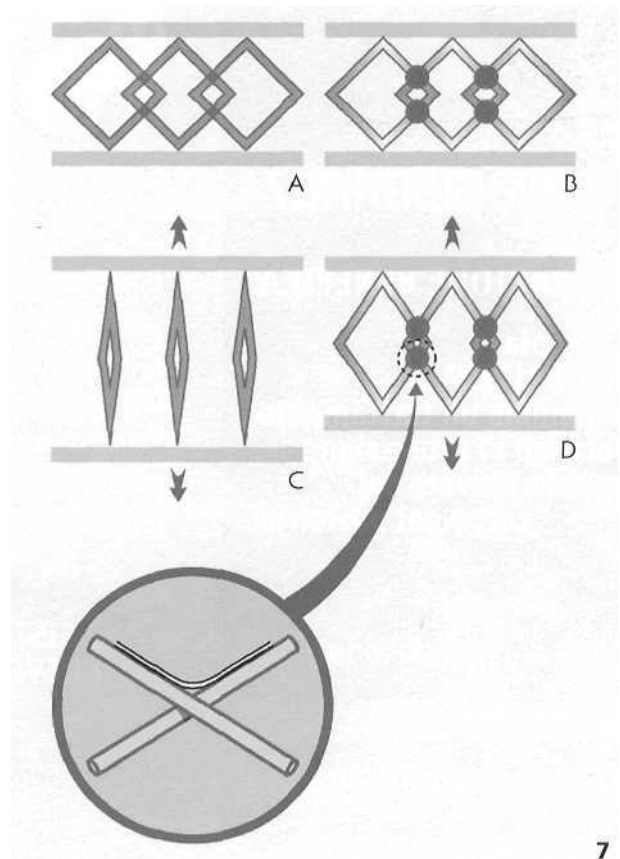
### Origine emozionale

Per questa ragione, qualunque azione terapeutica diretta esclusivamente alla parte fisica può risolvere solamente il problema in modo parziale, perché non tiene conto dell'origine emozionale. Solamente avendo la completa chiarezza della situazione emozionale, è possibile agire in modo appropriato per curare<sup>3,8-9</sup>.

In tal modo l'immagine del dolore e l'incapacità di origine fisica si confondono con quella di origine emozionale e le reazioni del corpo sono simili: dolore e limitazione e incapacità funzionale. Per esempio, il dolore a livello dei muscoli trapezi è uguale tanto se generato dalla stanchezza o dalle preoccupazioni accumulate, quanto se si presenta dopo si una caduta traumatica: le sensazioni fisiche e quelle emozionali si presentano insieme e si influenzano reciprocamente.

### Livelli d'azione della terapia

Per quanto riguarda il trattamento, le terapie che non associano i due elementi sopra menzionati non con-



7

sentono soluzioni complete e durature<sup>14</sup>. Le terapie miofasciali esplorano entrambi i campi. Il fisioterapista con movimenti delicati e precisi può determinare il luogo della lesione e condurre il corpo al movimento che lo porta alla cura. Questo processo coinvolge in egual misura sia le reazioni fisiche sia quelle emozionali. Si tratta di un processo complesso, ma mai traumatico. È un procedimento fisico che facilita la liberazione dagli esiti di un trauma fisico ed emotivo, effetto di lesioni pregresse.

Poiché il corpo si trova in un movimento costante, la facilitazione del movimento miofasciale è essenziale in una terapia motoria moderna e all'avanguardia. A differenza di altre terapie che guidano gli atti del corpo, in questa, il terapeuta annulla la gravità e permette che i movimenti naturali del corpo abbiano il predominio fino a giungere alla liberazione completa. Il sistema di motoneuroni crea un'intercomunicazione con il sistema fasciale che spiega i processi fisico-chimici che producono i miglioramenti strutturali ed emozionali osservati in questo importante procedimento. Si tratta però di un altro capitolo di questo vasto, innovativo e appassionante argomento.

*Andrzej Pilat*  
Fisioterapista  
San Lorenzo de El Escorial - Madrid (Spagna)

*Maurizio Casciotti*  
Fisioterapista  
Piacenza

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

