

COM'È ORGANIZZATO IL PERCORSO POST-OPERATORIO

1. INTERVENTO CHIRURGICO.
2. VISITA DEL CHIRURGO ORTOPEDICO (con lettera di dimissione).
3. VISITA DEL MEDICO SPECIALISTA IN RIABILITAZIONE (con programma riabilitativo personalizzato).
4. SEDUTE DI RIABILITAZIONE (in palestra, piscina, campo).
5. VISITE DI CONTROLLO DEL CHIRURGO ORTOPEDICO.
6. SEDUTE DI RIABILITAZIONE (in palestra, piscina, campo).
7. VISITA DEL MEDICO SPECIALISTA IN RIABILITAZIONE (dimissione con programma di mantenimento).
8. VISITA DEL CHIRURGO ORTOPEDICO (per ok definitivo).

DOMANDE FREQUENTI

Dopo quanto si può riprendere a guidare?

La guida è concessa dopo la rimozione del tutore, circa alla 4 settimana.

Quando si può iniziare a fare lavoro aerobico?

La cyclette è concessa sin da subito, anzi è consigliata. La progressione poi viene fatta prima sull'ellittica e sul tappeto elastico (circa a 6-7 settimane).

Tornerò a fare quello facevo prima?

Sì, ma è importante rivolgersi a centri e figure professionali qualificate ed esperte nel settore.

Devo fare attenzione a qualche movimento per evitare che riesca la spalla?

È importante fare attenzione solo per i primi tre mesi, successivamente non dovrà più avere paura che la spalla esca.

villastuart.it
06.35.52.85.00

topphysioroma.it
389.19.18.081

topphysio.it
329. 67.36.147



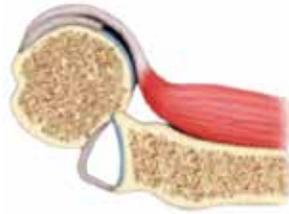
LA RIABILITAZIONE POST-LUSSAZIONE DI SPALLA

La spalla è l'articolazione più mobile del corpo umano e questa sua mobilità fa sì che possa essere soggetta alla lussazione più delle altre articolazioni. A seguito dell'intervento chirurgico per trattare la lussazione è necessario avviare un percorso riabilitativo.



L'INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di lussazioni recidivanti, per stabilizzare la spalla è necessario spesso ricorrere all'ausilio di plastiche tendinee di supporto. Grazie all'intervento ASA si massimizza la stabilità data dalla riparazione di Bankart e si minimizza il rischio di ulteriori recidive. Come? La riparazione del tessuto capsulare, che da solo non ce la fa ad assicurare la stabilità della spalla, viene rinforzata dalla trasposizione del tendine del sottoscapolare che si trova nella



parte anteriore della spalla. Queste ricostruzioni legamentose con il supporto tendineo possono essere eseguite sempre in artroscopia con anestesia locale, senza quindi eseguire un intervento tradizionale a cielo aperto e senza utilizzare né viti, né placche di metallo che, se mal posizionate, possono determinare gravi complicazioni, o che a seguito di riassorbimenti ossei devono essere

rimosse. Dopo l'intervento la spalla viene mantenuta a riposo con un tutore per quattro settimane.

Nel caso il paziente a seguito di ripetuti episodi di lussazione sia affetto da difetti ossei glenoidei critici evidenziabili con particolari misurazioni alla TAC, che aumentano la percentuale di recidiva, nonostante gli aumentati tendinei il trend di oggi è associare un intervento di ricostruzione glenoidea utilizzando un graft sempre per via artroscopica.



Affrontare un intervento chirurgico per un'articolazione non vuol solo dire passare per una sala operatoria, ma significa soprattutto dedicare tempo e impegno nelle settimane successive per raggiungere una completa riabilitazione. La riabilitazione può essere considerata come una sfida sportiva nella quale i risultati raggiunti durante il percorso diventano ogni volta una piccola vittoria. Sarà l'occasione per riprendere la completa funzionalità della spalla, ritrovare il gusto per l'esercizio fisico e la ripresa del gesto atletico abbandonato, ma soprattutto ottenere per il paziente, la scomparsa della paura e dell'ansia di una probabile lussazione a seguito di determinati movimenti.

Un adeguato protocollo prevede 5 fasi di riabilitazione

FASE I	OBIETTIVO: Guarigione anatomica e risoluzione del dolore	1°- 4° SETTIMANA
Braccio immobilizzato con tutore a braccio addotto e gomito flesso; Esercizi di mobilità e forza dita e polso; Mob del gomito;	Terapie fisiche al bisogno (laser, ultrasuoni, tens, ipertermia); Esercizi di mobimassaggio del cingolo scapolare; Mobilità e forza mano dita polso e gomito	

FASE II	OBIETTIVO: Recupero dell'articolarietà	4°- 8° SETTIMANA
Massaggio del cingolo scapolare movimenti pendolari; Mobilizzazione passiva senza forzare l'abduzione ed extrarotazione; Stretching della capsula posteriore (da ripetere più volte anche a domicilio); Lavoro propriocettivo in ccc ai gradi consentiti;	Lavoro in acqua con tavolette mobilizzazione scapolo omerale; Articolarietà attiva in catena cinetica chiusa e successivamente aperta; Inizio rinforzo degli extrarotatori a braccio addotto (arrivare posizione neutra della ER1); Rinforzo stabilizzatori scapolari.	

FASE III	OBIETTIVO: Recupero della forza	8°- 12° SETTIMANA
Progressione con pesi ed elastici sui vari distretti; Rinforzo selettivo dei depressori della testa omerale; Continuare il recupero articolare su tutti i piani ; Continuare il rinforzo degli extrarotatori anche a braccio addotto di 45 ER2; Muscoli della cuffia core stability;	Continuare stabilizzatori di scapola deltoide (fascio anteriore, medio, posteriore); Lavoro propriocettivo in CCC (catena cinetica chiusa); Lavoro di propedeutica alla corsa; Stretching della capsula anteriore; Alla fine della 11° settimana iniziare il rinforzo degli intra rotatori.	

FASE IV	OBIETTIVO: Recupero della coordinazione	12°- 14° SETTIMANA
Continuare con il rinforzo degli intrarotatori; Lavoro Propriocettivo sia in CCC che CCA (catena cinetica aperta), con destabilizzazioni esterne; Propedeutica per il recupero del gesto specifico;	Core stability avanzata; Lavoro aerobico interval training; Test di valutazione funzionale.	

FASE V	OBIETTIVO: Recupero della gestualità sportiva	DALLA 14° SETTIMANA
Continuare con il rinforzo degli stab G-0 (gleno omerale) specialmente l'intrarotazione; Andature e cambi di direzione; Cadute su superfici morbide;	Lavoro in linea; Contrasti simulati contro superfici morbide; Contrasti lancio, posizioni, gesti specifici; Test di valutazione funzionale.	