

LA SPALLA PRATICA

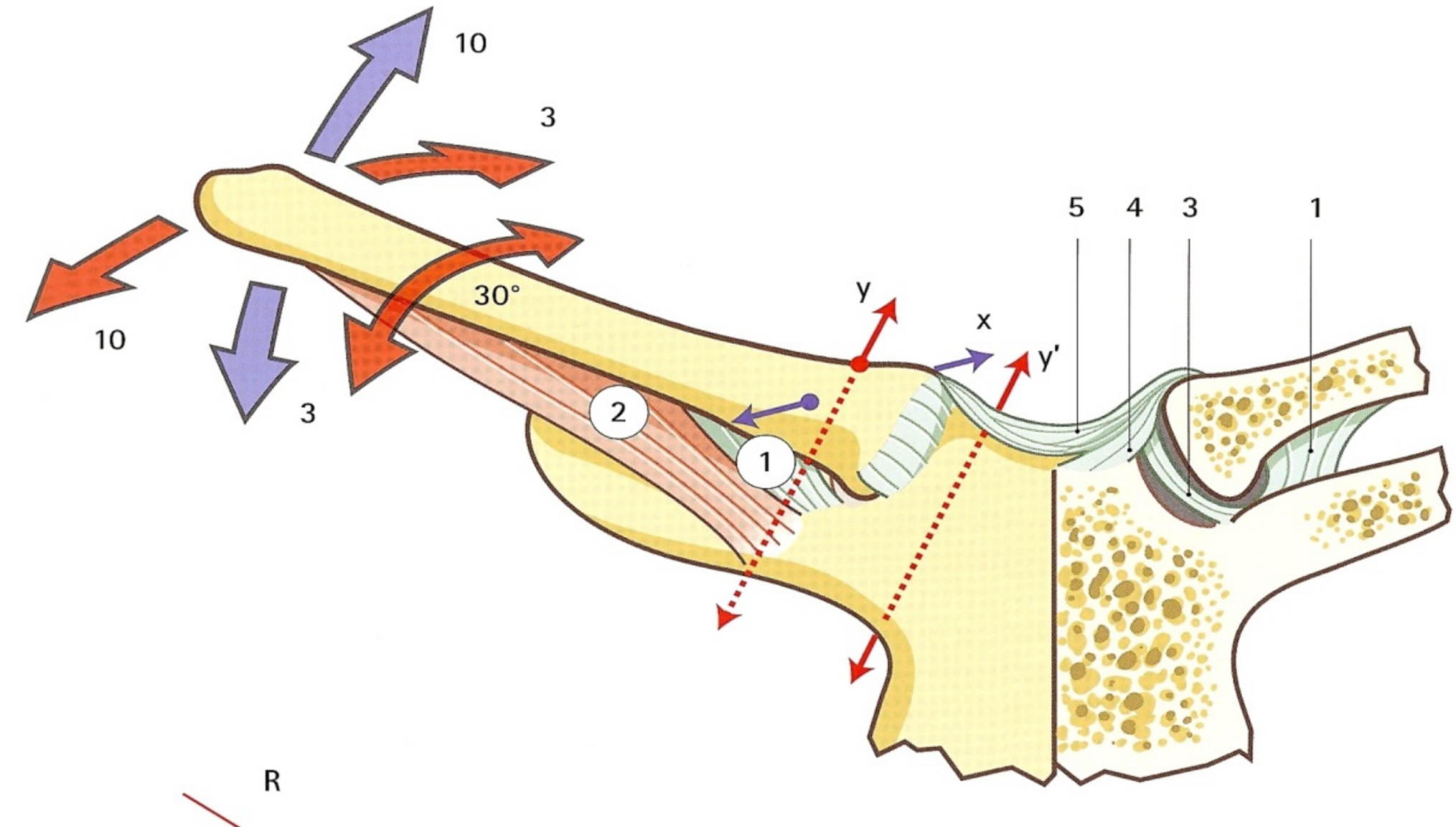
DR. ALESSANDRO GARLINZONI D.O. OSTEOPATA

DISFUNZIONI DELL'ARTICOLAZIONE STERNO- COSTO-CLAVEARE

Clavicola in superiorità (in senso cranio-caudale)

Clavicola in anteriorità

Clavicola in posteriorità



DISFUNZIONI DI CLAVICOLA

TEST PER VALUTARE LA DISFUNZIONE IN SUPERIORITA' (restrizione dell'abduzione):
Il pz è supino con gli A.S. appoggiati ai fianchi. Osteopata in piedi a lato del lettino con entrambi gli indici sul margine sup. dell'estremità mediale delle clavicole. Al pz viene chiesto di elevare le spalle verso le orecchie da entrambe i lati.

Una clavicola risulterà in superiorità quando non tornerà caudale rispetto la controlaterale durante questo movimento.



TECNICA ARTICOLATORIA + HVLA

Il pz è seduto mentre l'osteopata è alle sue spalle con l'eminenza tenar di una mano sull'estremità superiore mediale della clavicola e con l'altra mano afferra l'avambraccio. Quindi l'osteopata porta in abduzione il braccio fino alla barriera restrittiva poi lo muove trasversalmente in direzione del ginocchio controlaterale mentre con l'eminenza tenar spinge l'estremità mediale della clavicola verso il basso.



TECNICA AD ENERGIA MUSCOLARE

Il pz è supino l'osteopata in piedi a lato del lettino con una mano sull'estremità mediale della clavicola e con l'altra afferra il braccio del paziente portandolo in rotazione interna ed estensione fuori dal lettino. Al pz viene chiesto di flettere il braccio controresistenza e al rilascio si guadagna una nuova barriera portando il braccio in estensione. La mano sulla clavicola monitora il movimento articolare.



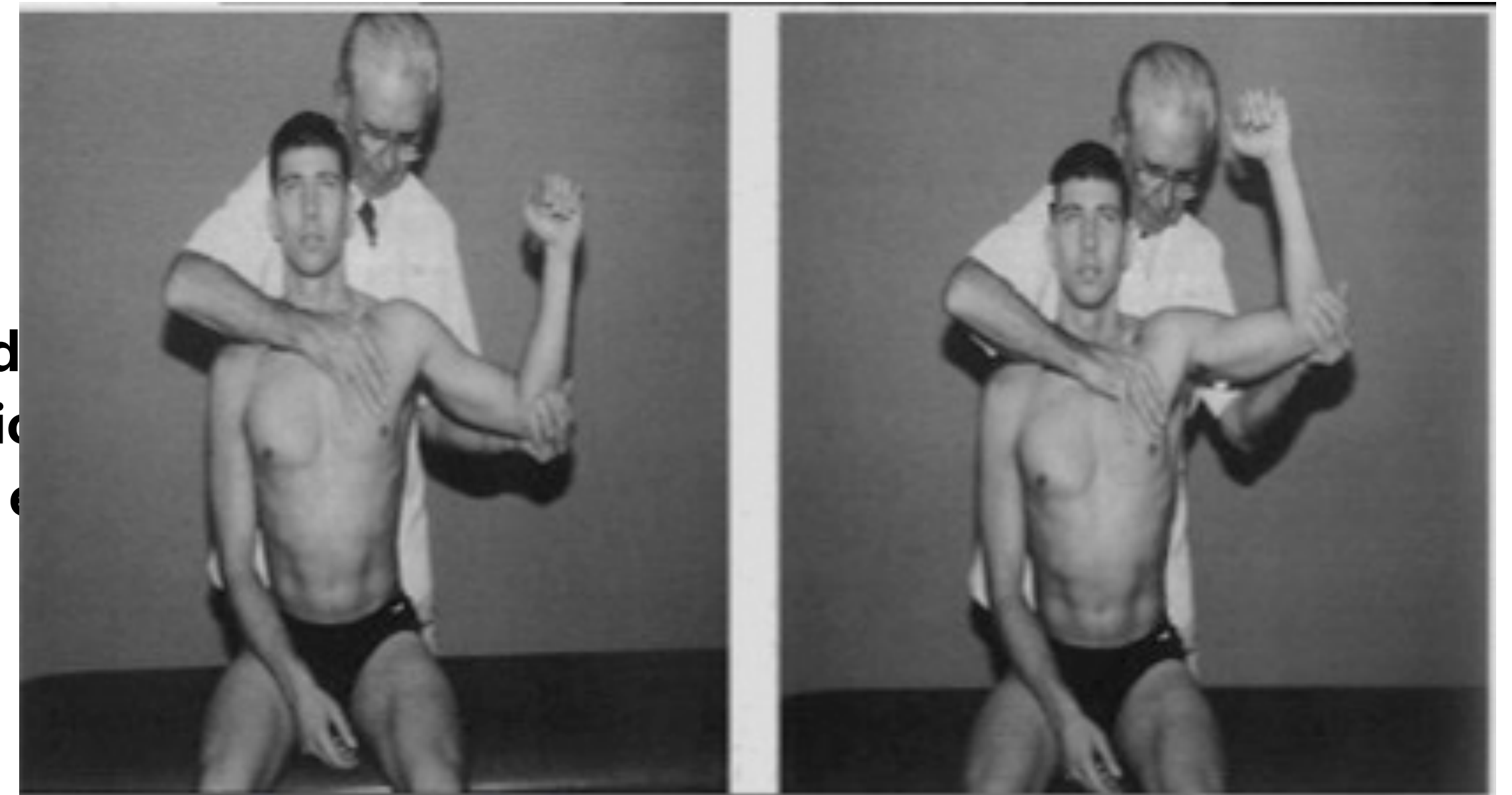
TECNICA THRUST

Il pz è seduto oppure supino, l'osteopata in piedi posteriormente al paziente con l'eminenza ipotenar di una mano si posiziona sul margine mediale e superiore della clavicola, mentre con l'altra mano impugna il braccio del paziente portandolo in abduzione e in trazione lungo l'asse della clavicola. A quel punto si applica un impulso in direzione inferiore sul terzo mediale della clavicola.



ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE IN SUPERIORITÀ TECNICA TEM

Il pz è seduto mentre l'osteopata è alle sue spalle con l'eminenza tenar di una mano sull'estremità superiore mediale della clavicola e con l'altra mano afferra l'avambraccio. Quindi l'osteopata porta in abduzione il braccio fino alla barriera restrittiva poi chiede al paziente di eseguire una trazione del braccio in direzione del ginocchio controlaterale nel senso della adduzione controresistenza e al rilascio si guadagna una nuova barriera portando il braccio in abduzione. La mano sulla clavicola guadagna lo scivolamento inferiore al rilascio della contrazione con l'eminenza tenar che spinge l'estremità mediale della clavicola verso il basso.



TEST PER VALUTARE LA DISFUNZIONE IN ANTERIORITÀ

Il pz è supino con gli A.S. flessi di 90 gradi. Osteopata in piedi a lato del lettino con entrambi gli indici sul margine anteriore dell'estremità mediale delle clavicole. Al pz viene chiesto di elevare le braccia verso il soffitto. Una clavicola risulterà in anteriorità quando non si muoverà in direzione posteriore rispetto la controlaterale durante questo movimento.



TECNICA ARTICOLATORIA +THRUST

Il pz è seduto mentre l'osteopata è alle sue spalle con l'eminenza tenar di una mano sull'estremità anteriore mediale della clavicola e con l'altra mano afferra l'avambraccio. Quindi l'osteopata porta in abduzione il braccio fino alla barriera restrittiva poi lo muove trasversalmente in direzione mediale mentre con l'eminenza tenar spinge la estremità mediale della clavicola posteriormente.



TECNICA AD ENERGIA MUSCOLARE TEM

Il pz è supino l'osteopata in piedi a lato del lettino con una mano sull'estremità mediale della clavicola e con l'altra afferra la parte posteriore della scapola mentre il pz tiene il braccio teso avanti con la mano in presa sulla spalla dell'osteopata. Al pz viene chiesto di trazione verso sé il braccio contro resistenza e al rilascio si guadagna una nuova barriera portando la clavicola in posteriorità. Con questo posizionamento si può anche eseguire una correzione in trusth.



TECNICA ARTICOLATORIA + THRUST

Il pz è supino l'osteopata in piedi a lato del lettino con una mano sull'estremità mediale della clavicola e con l'altra posizionata tra il torace e l'omero del pz. Al pz viene chiesto di impugnare il polso con l'altra mano e di tirarlo in modo da decoaptare la clavicola. L'osteopata esegue quindi delle spinte ritmiche in direzione posteriore sul margine mediale della clavicola. Con questo posizionamento si può anche eseguire una correzione in trusth.



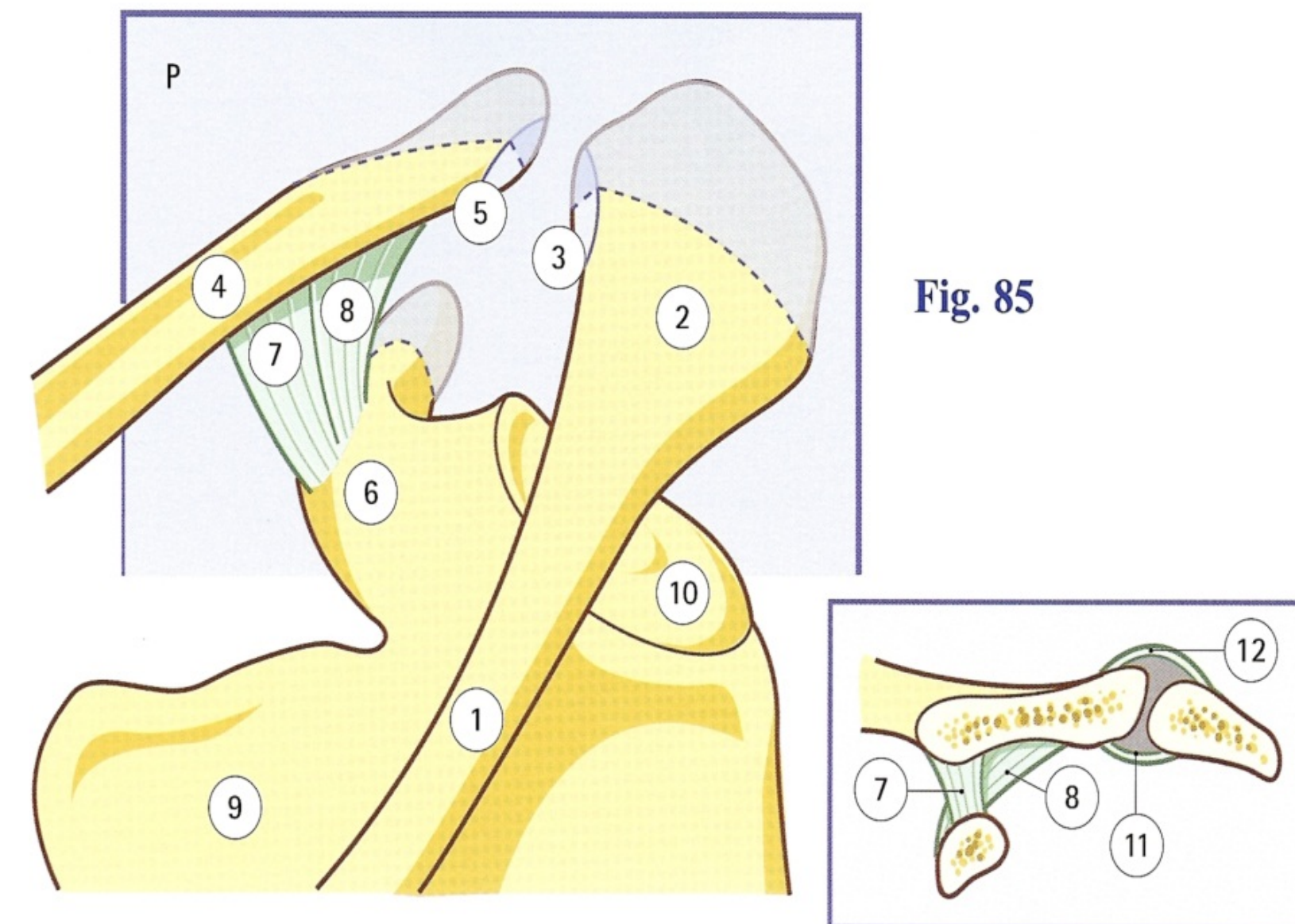
DISFUNZIONI OSTEOPATICHE DELL'ARTICOLAZIONE ACROMION- CLAVEARE

Disfunzioni in abduzione

Disfunzioni in adduzione

Disfunzioni in rotazione esterna

Disfunzioni in rotazione interna Disfunzione di
separazione acromion claveare



TEST PER VALUTARE ABD E ADD

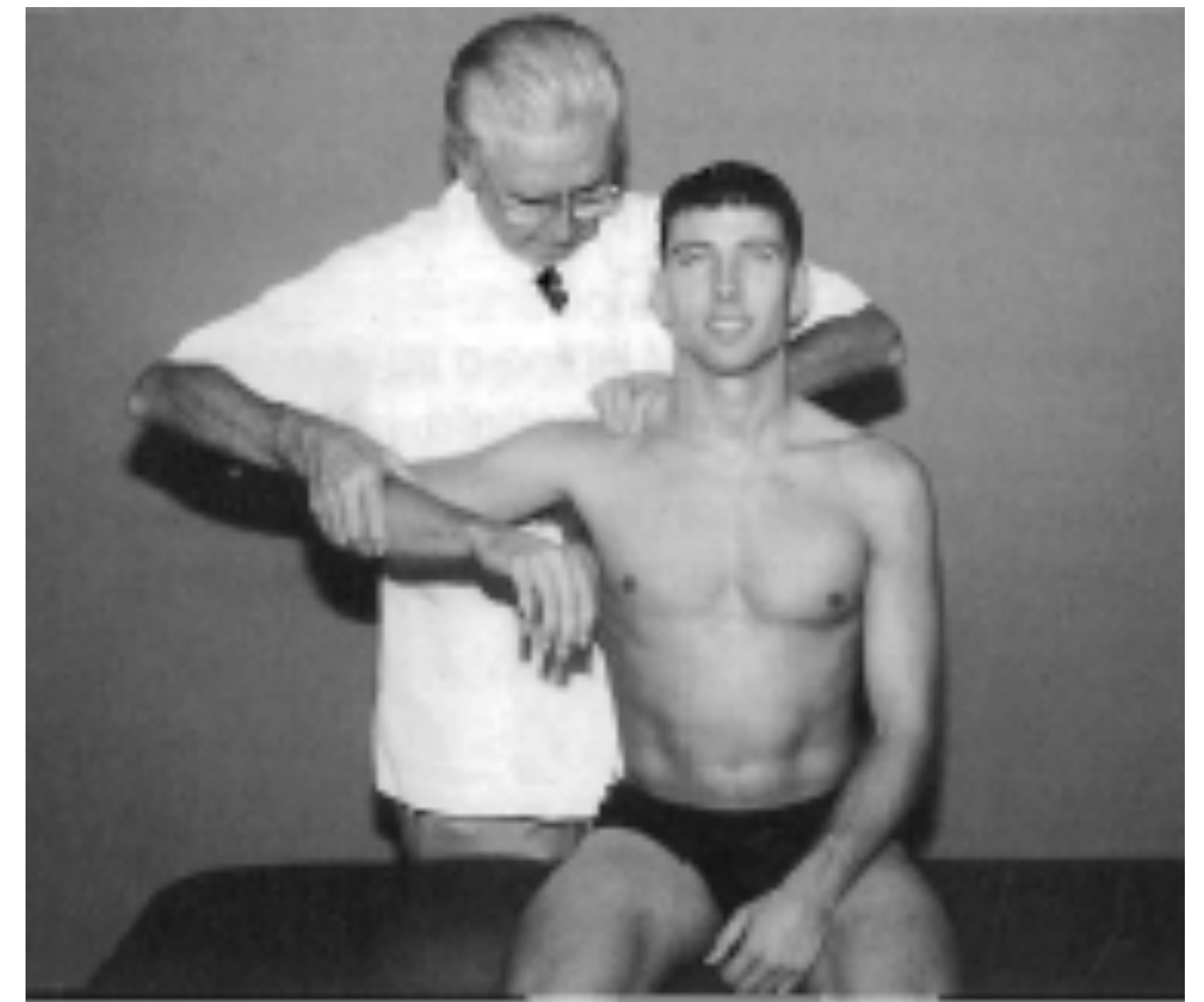
Il pz è seduto con l'osteopata alle sue spalle che palpa con la mano la superficie superiore dell'articolazione acromion claveare e controlla con la mano laterale la parte prossimale dell'avambraccio. L'osteopata introduce un'adduzione e una rotazione esterna del braccio controllando il movimento di decoaptazione a livello articolare (post est) L'assenza di movimento di decoaptazione indica una lesione in restrizione di adduzione (disf in abd rara).

Poi l'osteopata introduce un movimento di abduzione del braccio controllando sempre il movimento a livello acromion claveare andando a percepire che la clavicola scivoli in direzione inferiore e mediale rispetto alla articolazione acromion claveare durante l'abduzione(disf in add)



TEM PER ACROMION- CLAVEARE IN ADD

Il pz è seduto con l'osteopata alle sue spalle che palpa con la mano la superficie superiore dell'articolazione acromion claveare mantenendo una forza di compressione sull'estremità laterale della clavicola medialmente rispetto alla art. acromionclaveare mentre controlla con la mano laterale la parte prossimale dell'avambraccio. L'osteopata introduce una flessione di 30° con un'abduzione del braccio. Quindi il paziente spinge in add il braccio contro la resistenza dell'osteopata, al rilascio si guadagna la nuova barriera verso l'abduzione.



TEST PER VALUTAZIONE ROTAZIONE ANTERIORE/ POSTERIORE

Il pz è seduto sul lettino con l'osteopata in piedi alle sue spalle che palpa con la mano mediale la superficie superiore dell'articolazione acromion – clavicola, mentre con la mano laterale porta l'arto superiore in abduzione mantenendo il gomito flesso. Quindi l'osteopata introduce una rotazione interna ed una esterna e valuta il movimento. Ricordare che: la clavicola va in rotazione anteriore quando l'omero viene portato in rotazione interna, mentre va in rotazione posteriore quando l'omero viene portato in rotazione esterna. Il test sarà positivo se durante la rotazione esterna dell'omero la clavicola rimarrà in anteriorità e viceversa.



TEM PER DISFUNZIONI IN ROTAZIONE

PZ. seduto e osteopata alle sue spalle che stabilizza con la mano mediale la superficie laterale della clavicola e controlla l'articolazione acromion clavicolare, quindi porta il braccio in ABD e flessione di 30° afferrando il polso del pz. Si introduce una rotazione esterna raggiungendo la barriera a questo punto viene chiesto una spinta in rotazione interna, dopo la fase di spinta si guadagna la nuova barriera. La stessa tecnica per la rotazione interna introducendo una rotazione interna del braccio .



THRUST PER DISFUNZIONE IN ROTAZIONE ANTERIORE

Il pz è seduto l'osteopata si posiziona dietro appoggiandosi con il torace contro, con una mano afferra il braccio del pz e con l'eminanza ipotenar dell'altra mano si posiziona tra la faccia anteriore ed il margine superiore del terzo esterno della clavicola. Quindi con una mano trazione leggermente il braccio verso l'esterno associando anche una rotazione esterna del braccio, mentre con l'altra mano esercita una forza posteriore e verso il basso a livello dell'estremità esterna della clavicola, il braccio del pz viene sempre mantenuto in abduzione.



THRUST PER DISFUNZIONE IN ROTAZIONE POSTERIORE

Il pz è seduto l'osteopata si posiziona dietro appoggiandosi con il torace contro, con una mano afferra il braccio del pz e con l'eminenza ipotenar dell'altra mano si posiziona superiormente sui due terzi medial della clavicola. Quindi con una mano trazione leggermente il braccio verso l'esterno associando anche una rotazione interna del braccio, mentre con l'altra mano esercita una forza posteriore e verso il basso a livello dell'estremità interna della clavicola, il braccio del pz viene sempre mantenuto in abduzione.



N.B. NELLE TECNICHE AD IMPULSO VISTE IN PRECEDENZA È IMPORTANTE RICORDARE LA FORMA DELLA CLAVICOLA. I DUE TERZI MEDIALI PRESENTANO UNA CONVESSITÀ ANTERIORE MENTRE IL TERZO LATERALE HA UNA CONVESSITÀ POSTERIORE. PER CUI UNA PRESSIONE ESERCITATA SU DI UNA O L'ALTRA DI TALI CONVESSITÀ PUÒ ESSERE UTILIZZATA PER LE ROTAZIONI DELL'OSSO NEL TRATTAMENTO. PER CUI IN UNA ROTAZIONE ANTERIORE DELLA CLAVICOLA SI POTREBBE AGIRE CON UNA SPINTA AL DI SOTTO DELLA CONVESSITÀ ANTERIORE SULLA PARTE MEDIALE DELLA CLAVICOLA.

TECNICA THRUST PER CLAVICOLA IN DISFUNZIONE DI SEPARAZIONE ACROMION-CLAVEARE

Il pz è seduto l'osteopata si posiziona dietro il pz, appoggiandosi con il torace contro, con una mano afferra il braccio del pz mentre con l'eminanza ipotenar dell'altra mano si posiziona sul margine superiore del terzo esterno della clavicola. Quindi con una mano trazione leggermente il braccio verso l'esterno associando nella fase di trazione anche un'elevazione del braccio, mentre con l'altra mano esercita una forza verso il basso a livello dell'estremità esterna della clavicola, il braccio del pz viene sempre mantenuto in abduzione.



TECNICA DI MOBILIZZAZIONE DELLA SCAPOLA NEL SUO RAPPORTO ARTICOLARE CON IL TORACE

Il pz è in decubito laterale e l'osteopata si posiziona davanti il pz, appoggiandosi con il torace contro quindi mobilizza la scapola in tutte le direzioni di movimento privilegiando il movimento ristretto che si era valutato precedentemente da un test comparativo con la scapola controlaterale.



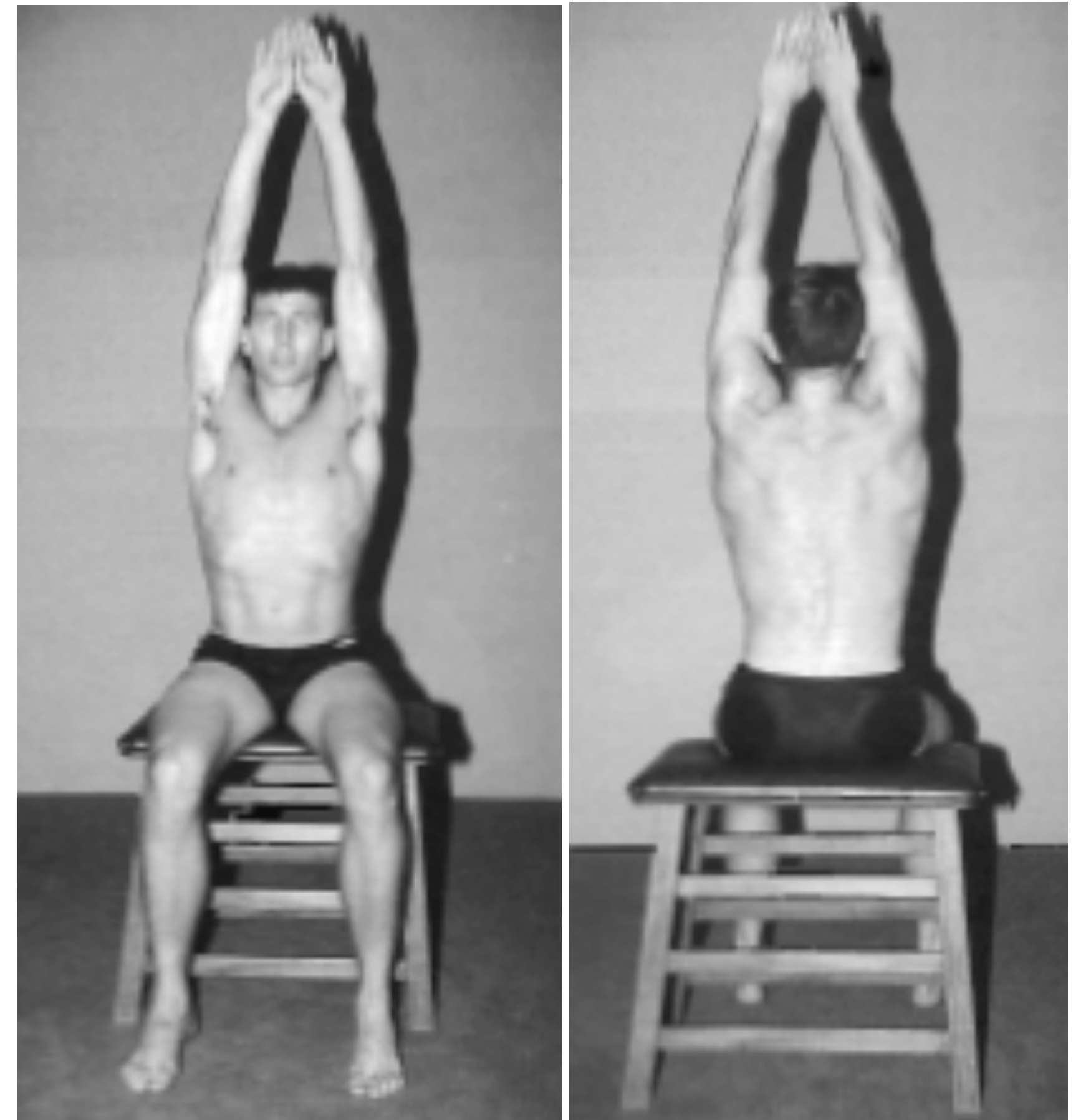


TEST

TEST

TEST DI VALUTAZIONE RAPIDA DEI MOVIMENTI COMBINATI

Test di abduzione ed elevazione attiva



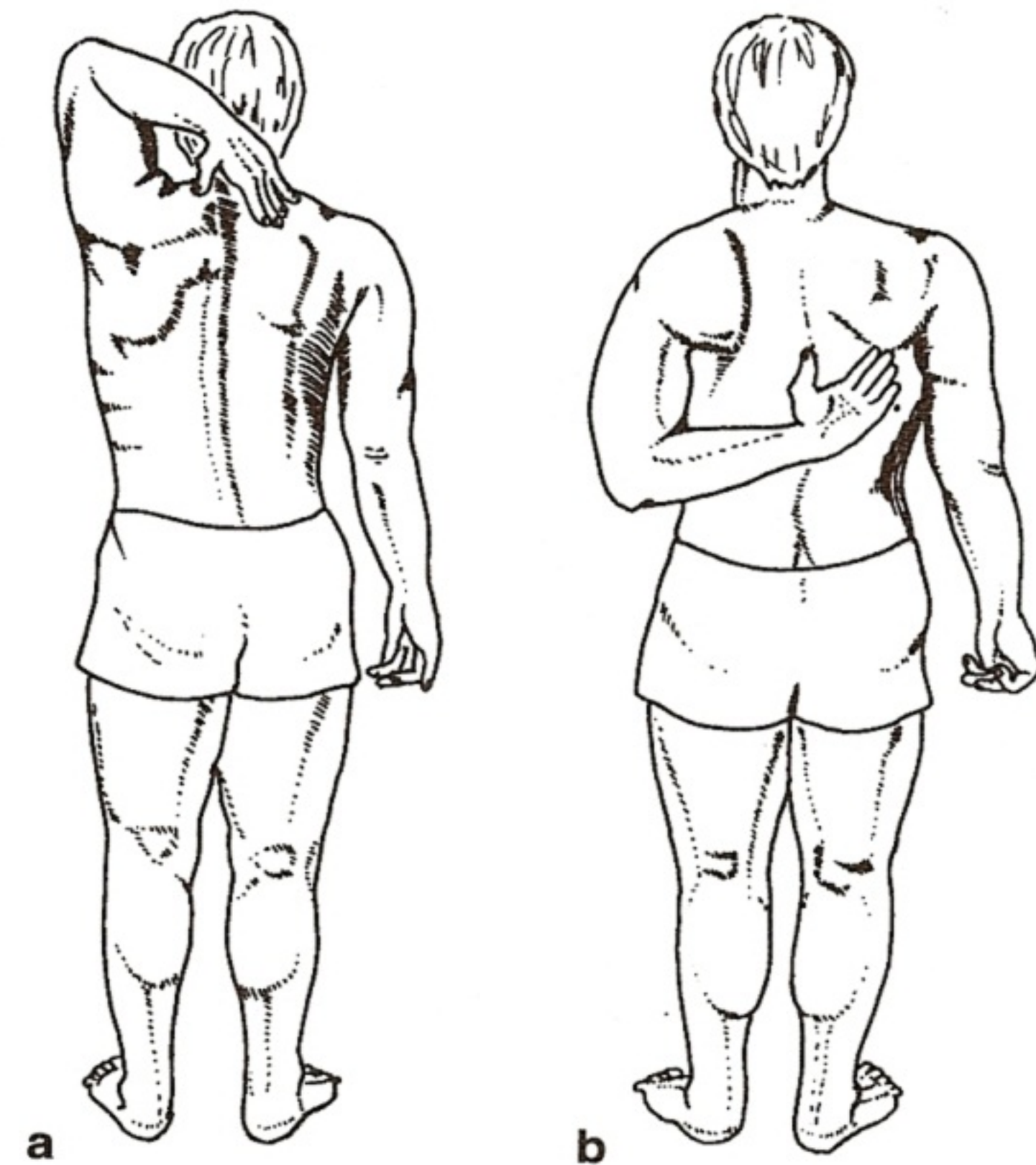
TEST DI VALUTAZIONE RAPIDA DEI MOVIMENTI COMBINATI

**Test passivo di Mitchell di abduzione
elevazione per valutare il movimento globale e
l'end-feel**



TEST DI VALUTAZIONE RAPIDA DEI MOVIMENTI COMBINATI

Test del grattamento o test di Appley

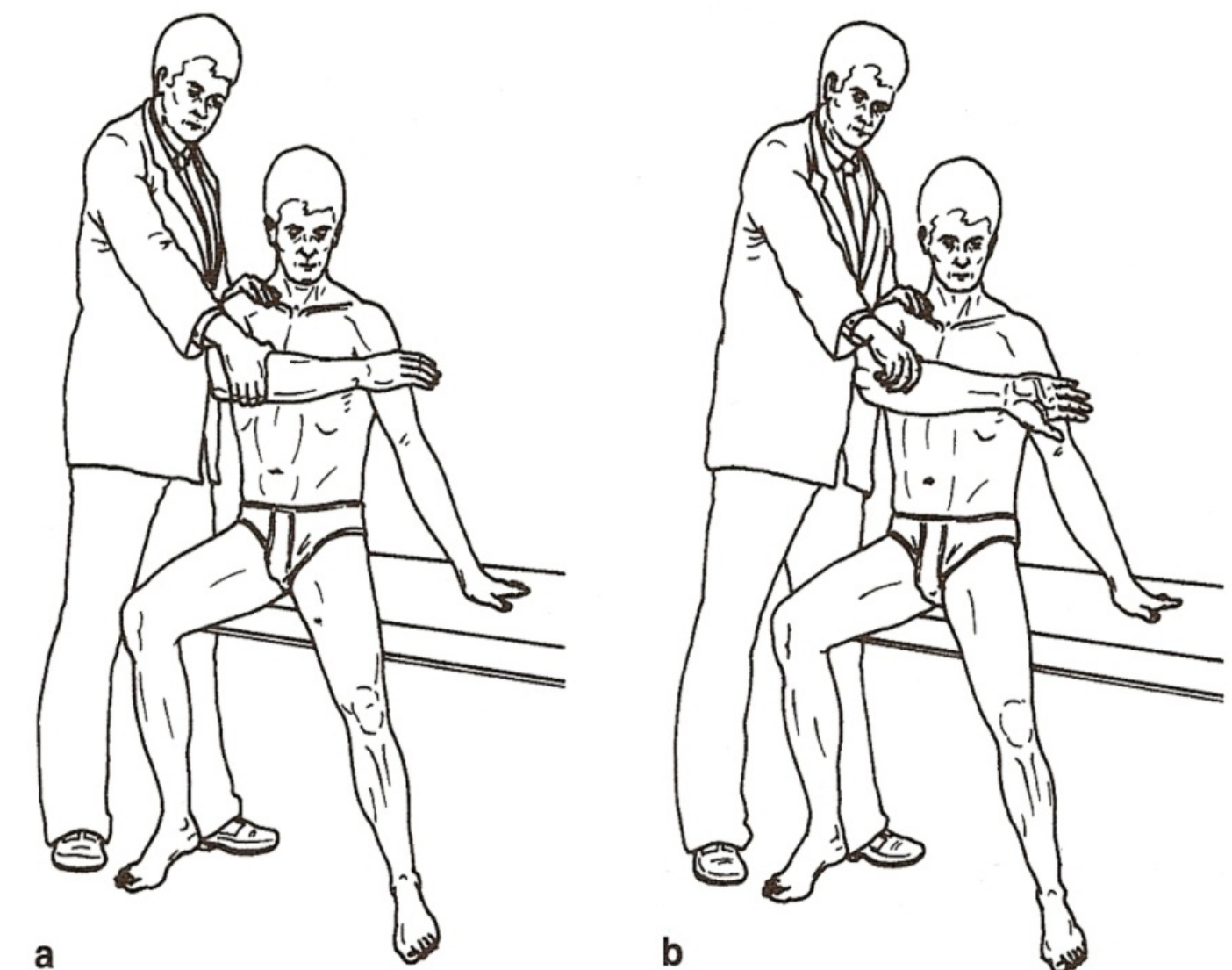


TEST DI HAWKINS E KENNEDY

Il test evidenzia l'impingement del sovraspinoso con l'arco acromiale Pz. seduto con spalla elevata a 90° e gomito flesso a 90°

Osteopata a lato con una mano tiene ferma la scapola del pz. e con l'altra ne adduce, intraruota ed eleva la spalla.

Positività del test se si evoca dolore



TEST DI YOCUM

Evidenzia l'impingement del sovraspinato con l'arco acromiale Pz. seduto con spalla elevata a 90° e mano appoggiata sulla spalla controlaterale

Osteopata a lato con una mano tiene ferma la scapola del pz mentre chiede al pz di spingere il gomito verso l'alto (si può eseguire anche controresistenza).

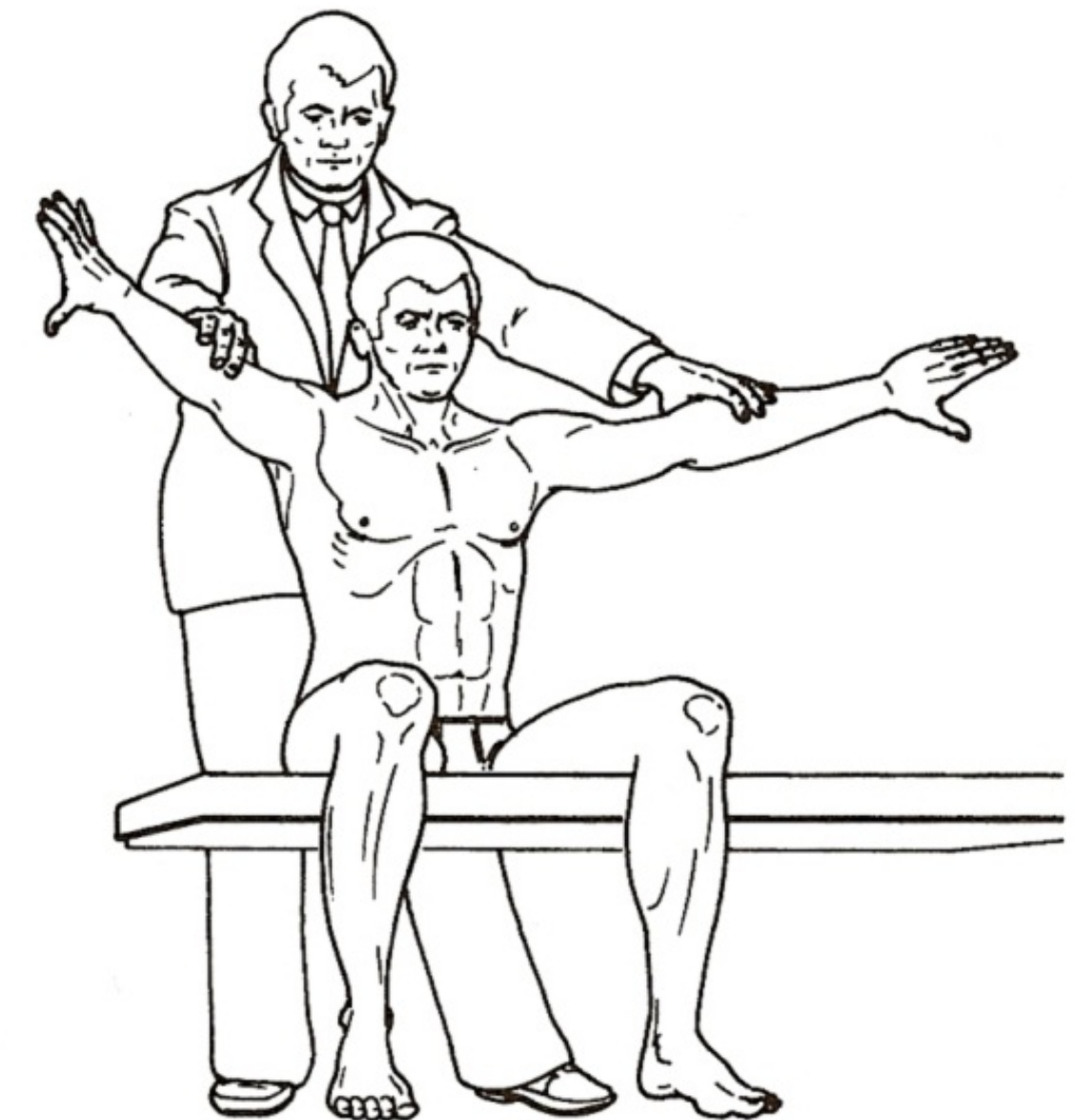
Positività del test se si evoca dolore



TEST DI JOBE

Test per la valutazione del muscolo sovraspinato
Pz seduto, spalla abdotta, in linea con il piano
scapolare ed intraruotata Osteopata alle spalle,
pone resistenza chiede al pz l'elevazione
dell'arto (come per spingere verso il soffitto)
Positività del test se si evoca dolore

N.B. può anche essere espressione di neuropatia
del nervo sovrascapolare



TEST DI WHIPPLE

Per la valutazione di una lesione articolare della cuffia dei rotatori

Pz in piedi, braccio elevato anteriormente di 90°, in pronazione intermedia ed addotto sino a livello della spalla controlaterale, gomito esteso Osteopata a lato o anteriore al pz, invita il pz ed “elevare l’arto” controresistenza

Positività del test se si evoca dolore

N.B. se il dolore è riferito a liv. dell’acromion claveare il test è positivo per una sofferenza di tale articolazione



TEST DI O'BRIEN

Per la valutazione dell'articolazione acromion claveare, del complesso labrale sup. e delle lesioni parziali articolari della cuffia dei rotatori Pz in piedi, braccio flessso di 90° e addotto di 15°, gomito esteso ed arto in intrarotazione (1° fase); Osteopata a lato, chiede al pz l'elevazione dell'arto controresistenza (spingere verso il soffitto), quindi ripete la manovra con arto in rotazione esterna (2° fase)

Positività del test se si evoca dolore nella 1° fase del test e non nella 2° Valutare se il dolore viene evocato a livello del solco bicipitale o dell'articolazione acromion claveare.
NB: Test sensibile, ma poco specifico



TEST DI PALM-UP

Test per la valutazione del capo lungo del bicipite CLB

**Pz in piedi, arto superiore supinato, gomito esteso, spalla elevata anteriormente di 60-80° circa, Osteopata a lato o anteriormente al pz, chiede al pz l'elevazione dell'arto controresistenza (spingere verso il soffitto)
Positivita del test se si evoca dolore a livello del solco bicipitale**



TEST DI JERGASON

Test per la valutazione del capo lungo del bicipite CLB

Pz in piedi, arto superiore addotto al tronco, gomito flesso a 90° ed avambraccio pronato, Osteopata a lato o anteriore al pz, chiede al pz la supinazione dell'avambraccio controresistenza al polso

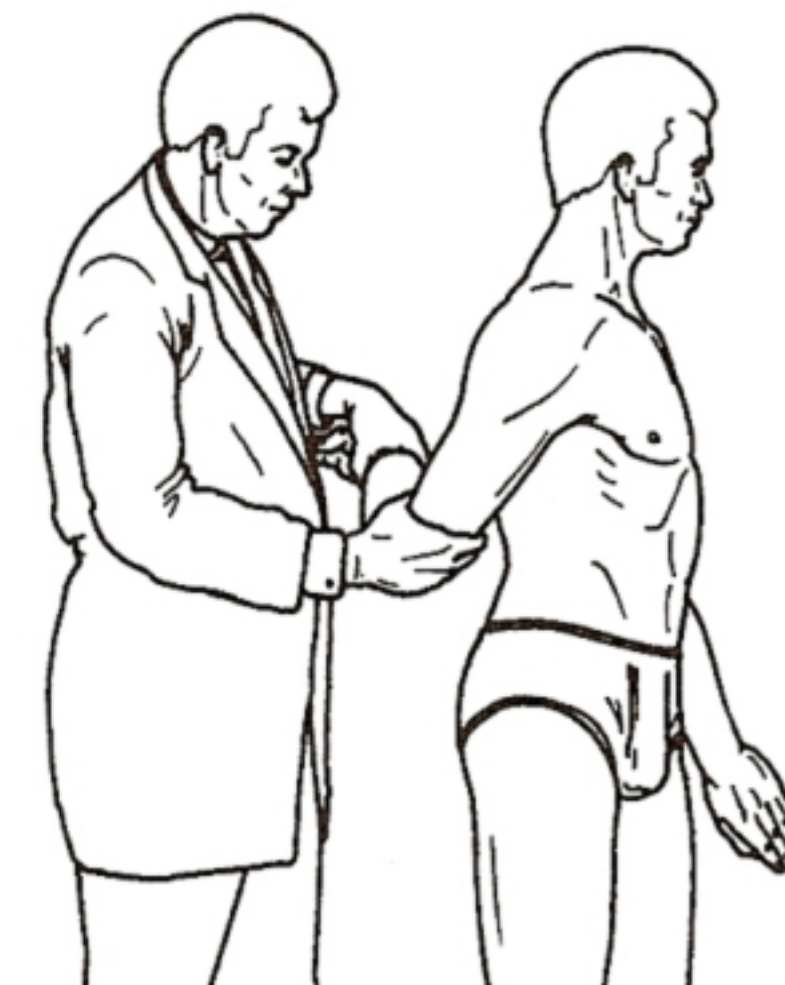
Positività del test se si evoca dolore a livello del solco bicipitale



TEST DI LIFT-OFF (VARIANTE DEL NAPOLEON)

Test per la valutazione del sottoscapolare
Pz in piedi, arto superiore in intrarotazione,
gomito flesso a 90° circa Osteopata alle sue
spalle, chiede al pz di mantenere la mano
distanziata dalla parte posteriore del torace
controresistenza

Positività del test se il pz non riesce a
mantenere avambraccio e mano distanziati
dal torace.



TEST DEL SOTTOSPINATO

I test evidenzia possibili lesioni del sottospinato e del piccolo rotondo Pz. in piedi con spalla addotta, gomito flesso a 90° ed avambraccio in rotazione neutra, Osteopata a lato, chiede una extrarotazione della spalla controresistenza.

Positività del test se si evoca dolore o se si ha una riduzione della forza rispetto all'arto sano.



TEST DEL SOTTOSPINATO

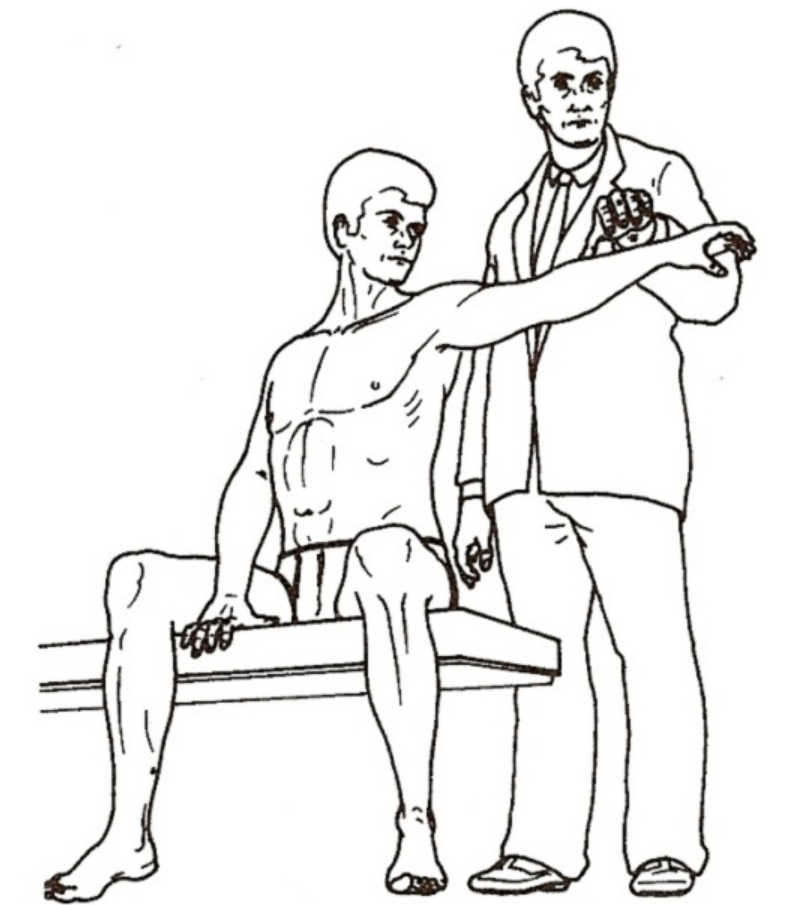
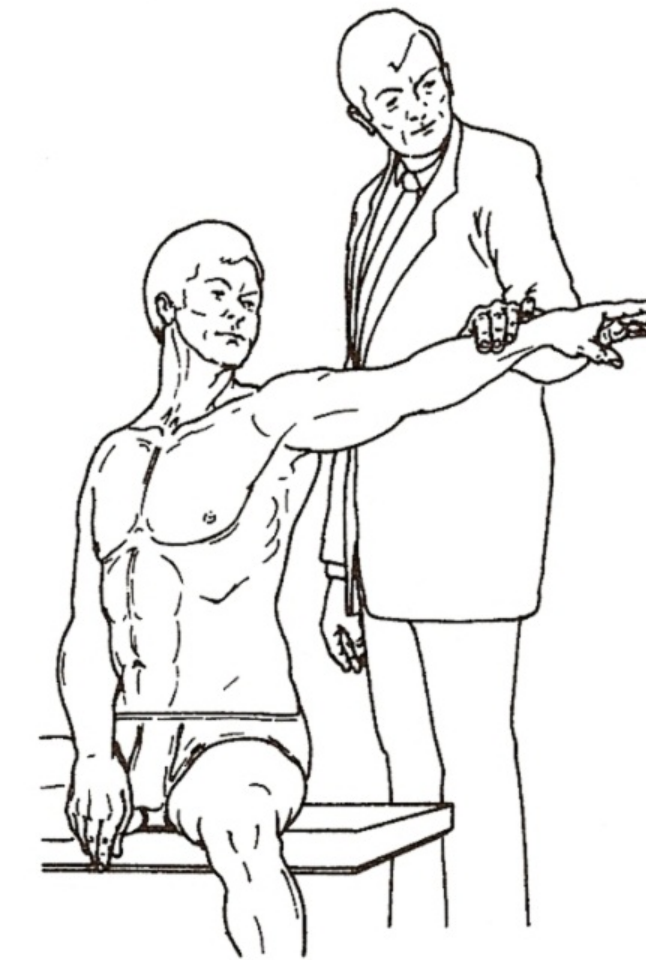
I test evidenzia possibili lesioni del sottospinato e del piccolo rotondo Pz. in piedi con spalla addotta, gomito flesso a 90° ed avambraccio in rotazione neutra, Osteopata a lato, chiede una extrarotazione della spalla controresistenza.

Positività del test se si evoca dolore o se si ha una riduzione della forza rispetto all'arto sano.



TEST DROP ARM

Test per la valutazione di una lesione massiva della cuffia dei rotatori Pz in piedi o seduto, Osteopata a lato o anteriore al pz, abduce il braccio del pz a 90° e lo invita ad abbassarlo lentamente o addirittura sostenerlo Positività del test se il pz non riesce a frenare una brusca caduta del braccio al fianco.



TEST SULCUS TEST

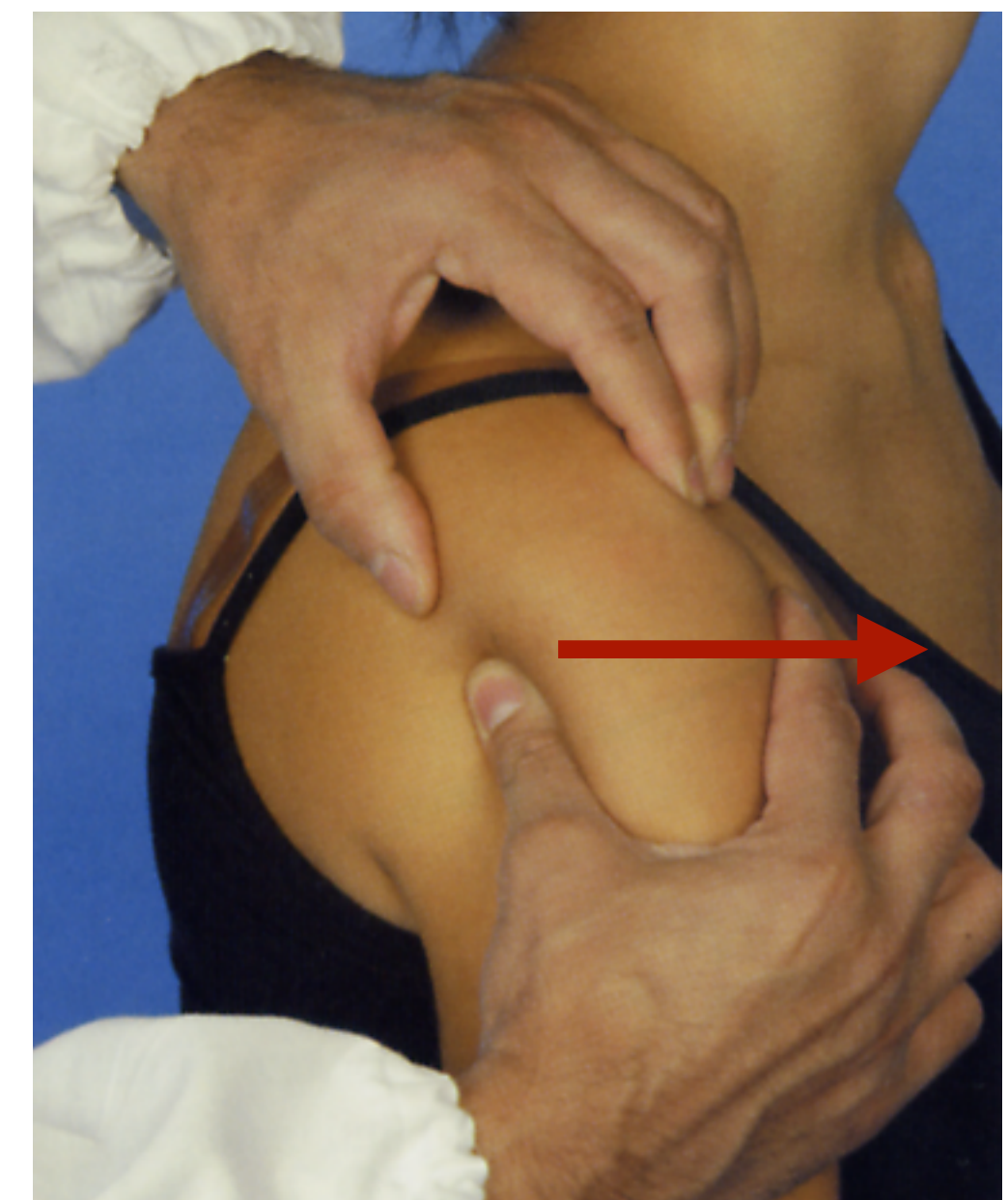
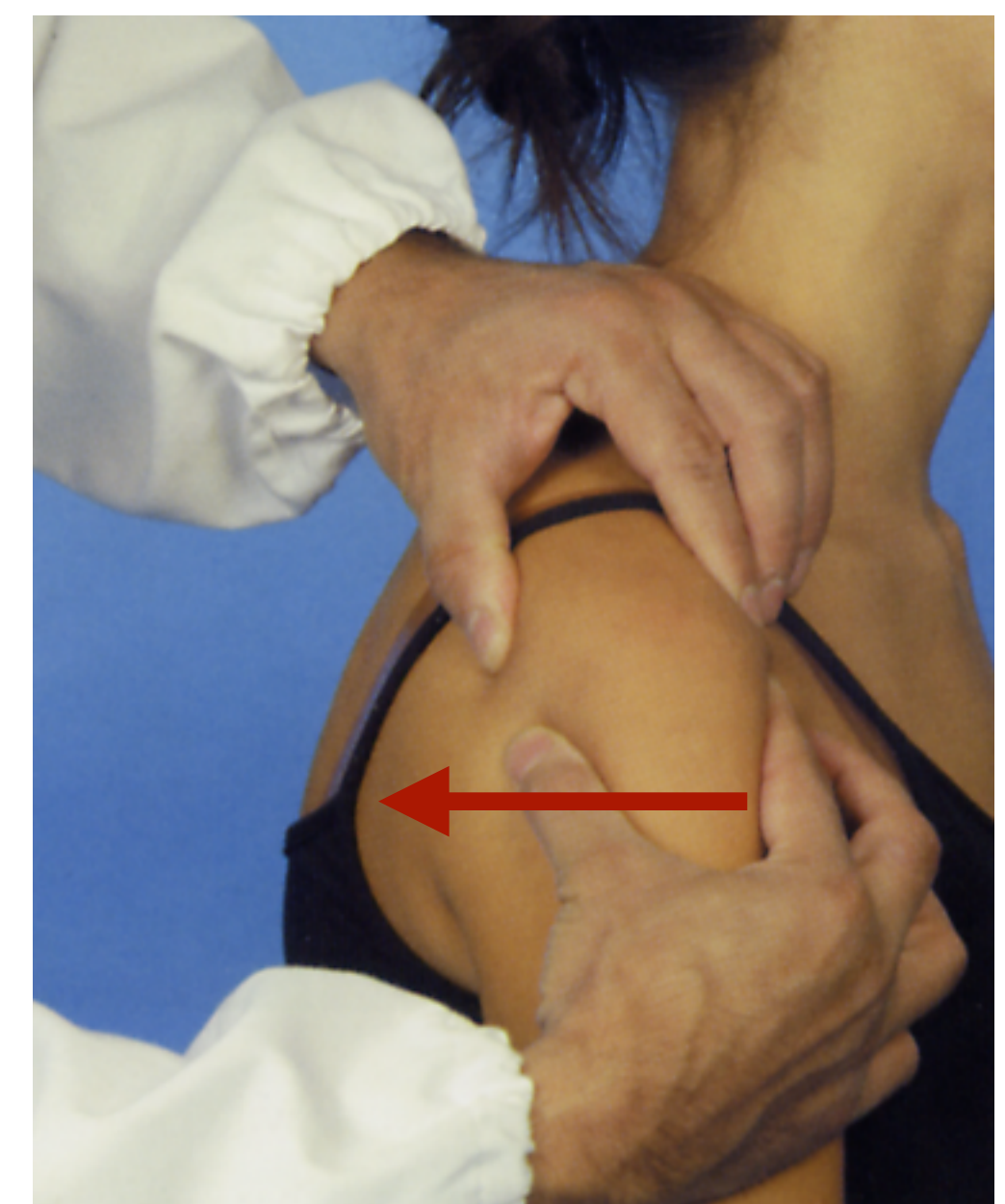
Test per la valutazione di una instabilità inferiore scapolo omerale Pz in piedi o seduto, Osteopata alle sue spalle, con una mano blocca la scapola del pz mentre con l'altra trazione il braccio verso il basso. Positività del test se compare a livello della faccia anterolaterale della spalla un "solco"



TEST DEL CASSETTO ANTERIORE E POSTERIORE

Test per la valutazione della stabilità capsulo-legamentosa anteriore e posteriore della spalla
Pz seduto, braccio addotto al tronco Osteopata posteriore al pz, stabilizza con una mano il cingolo scapolare, mentre con l'altra afferra la testa dell'omero ed esercita una spinta della stessa dapprima in avanti quindi in dietro

Positività del test se non si avverte un punto di arresto, se vi è dolore, apprensione o scatto



TEST DELL'APPRENSIONE

**Test per la valutazione della instabilità
anteriore di spalla**

**Pz supino o seduto, spalla abdotta a 90°,
Osteopata a lato o dietro al pz, posiziona una
mano sotto l'articolazione scapolo omerale,
mentre con l'altra posta a livello del gomito
extraruota la spalla delicatamente Positività
del test se il pz mostra sensazione di
apprensione e paura**





DISFUNZIONI SPALLA

DISFUNZIONI OSTEOPATICHE SCAPOLO-OMERALI

Attraverso i test di valutazione osteopatica si potranno definire le eventuali disfunzioni che per la scapolo-omeroale saranno:

Disfunzione in anteriorità

Disfunzione in posteriorità (molto rare)

Disfunzione in superiorità

Disfunzione in inferiorità

Facilmente sono associate le disfunzioni di:

antero superiorità (spesso combinata con la malposizione del CLB) e postero inferiorità.

NB: Le disfunzioni della spalla sono spesso a carattere muscolare per cui prima di fare un lavoro specifico si devono liberare eventuali tensioni attraverso tecniche sui tessuti molli.

VALUTAZIONE GENERALE

Si valuta globalmente il movimento della spalla, sia attivamente che passivamente, chiedendo al paziente di eseguire i movimenti possibili attivi e poi passivi assistiti della spalla:

ANTEPULSIONE

RETROPULSIONE

ABDUZIONE

ADDUZIONE

ROTAZIONE ESTERNA

ROTAZIONE INTERNA

TESTA OMERALE IN ANTERIORITÀ O POSTERIORITÀ

Mano prossimale blocca la scapola: il pollice blocca la spina della scapola, con medio aggancio la coracoide. La mano caudale impalma la testa omerale con il pollice che va sulla parte posteriore della testa dell'omero, e le altre quattro dita sulla parte anteriore quindi mantenendo bene l'omero lo si trazona verso la posteriorità e lo si spinge verso l'anteriorità. I movimenti sono ampi e fatti non con la mano ma con tutto il braccio partendo dalla mia spalla



TESTA OMERALE IN SUPERIORITÀ

limitazione in abduzione-flessione-estensione. Incapacità della testa omerale di scendere. Si posiziona la mano sulla zona centrale dell'articolazione. Si verifica mettendo una leggera trazione la possibilità della testa di muoversi verso il basso durante il movimento di abduzione. Pretensione – tensione – sollecitazione verso il basso in abduzione si percepirà inoltre la possibilità del solco tra omero e scapola di aprirsi.



TESTA OMERALE IN ANTERIORITÀ

limitazione in flessione-adduzione-intrarotazione. Incapacità della testa di posteriorizzare ma soprattutto una limitazione nell'alzare il braccio in avanti. Il test è uguale al precedente solo che la sollecitazione è verso il basso e la posteriorità. Si posiziona la mano sulla zona anteriore dell'articolazione. Si verifica mettendo una leggera trazione la possibilità della testa di muoversi verso dietro durante il movimento di flessione.



TEST GLOBALE

Osteopata è a lato del pz. la mano caudale impugna il braccio all'estremità medio prossimale dell'omero, l'avambraccio del pz. poggia sull'avambraccio dell'operatore (presa a culla). La mano craniale poggia sulla spalla del pz. e controlla la clavicola anteriormente, e la scapola indietro.

Da questa posizione, prendo contatto con il mio torace con il gomito del paziente.

Con questa presa si può quindi eseguire: spinta cefalica, trazione caudale, spinta anteriore, spinta posteriore, decoaptazione, rotazione interna, rotazione esterna e testare globalmente l'articolazione scapolo omerale.



TECNICA DI NORMALIZZAZIONE IN ANTERIORITÀ

Il pz è supino, verso il bordo del lettino, in modo di poter spingere posteriormente durante la manovra. L'osteopata sostiene il braccio del pz. nella sua globalità mantendolo in leggera abduzione.

Si cerca una componente di rotazione interna per favorire la correzione verso la posteriorità quindi con la mano interna si appoggia l'eminanza ipotenar sulla parte anteriore della testa dell'omero. Si esegue una trazione decoattazione con il braccio esterno che mi permetta di arrivare alla massima tensione a livello della scapolo omerale che sto trattando. A quel punto si mette in tensione con il braccio esterno, decoattando l'articolazione e aumentando la componente di rotazione interna dell'omero quindi si esegue un thrust con la mano interna da avanti verso dietro.

Spesso basta la messa in tensione eseguita 3-4 volte per normalizzare la disfunzione.



TECNICA DI NORMALIZZAZIONE IN ANTERIORITÀ

Pz in decubito laterale, l'osteopata abbraccia con il suo gomito il gomito del paziente senza creare dolore e bloccando il dorso della mano del pz sull'addome. Con la mano craniale invece localizza la testa dell'omero e posiziona la regione metacarpo falangea del 1° e 2° dito sulla parte anteriore. Quindi si mette in tensione creando una leggera decoaptazione e si esegue un thrust, dall'avanti verso dietro con la mano craniale (delicato).



TECNICA DI NORMALIZZAZIONE PER SUPERIORITÀ

Pz in decubito laterale, l'osteopata abbraccia con il suo gomito il gomito del paziente senza creare dolore e bloccando il dorso della mano del pz sull'addome. Con la mano craniale invece localizza la testa dell'omero e posiziona la regione metacarpo falangea del 1° e 2° dito sulla parte superiore. Con gomito del braccio caudale solidarizzato dal tronco si esegue una trazione decoattazione, fino a percepire un buon punto di passaggio con la mano craniale con una componente verso l'anteriorità, o verso la posteriorità a seconda del punto di passaggio che porta verso la barriera articolare. Quindi eseguita la messa in tensione si abduce e si esegue un thrust dall'alto in basso con la mano craniale (delicato).



TECNICA DI NORMALIZZAZIONE PER SUPERIORITÀ

Pz supino o seduto, l'osteopata con la mano esterna sorregge il braccio del pz leggermente abdotto (con presa a culla) nella parte interna a livello del terzo medio o del cavo ascellare. Con la mano interna contatta la testa dell'omero subito sotto l'acromion claveare posizionando la regione metacarpo falangea del 1° e 2° dito sulla parte superiore della testa dell'omero quindi muovendo il braccio in abduzione si ricerca un buon punto di passaggio.

A quel punto si mette in tensione con una trazione decoattazione con il braccio esterno, e si esegue un thrust dall'alto verso il basso (sempre delicato!).



TECNICA DI NORMALIZZAZIONE PER SUPERIORITÀ

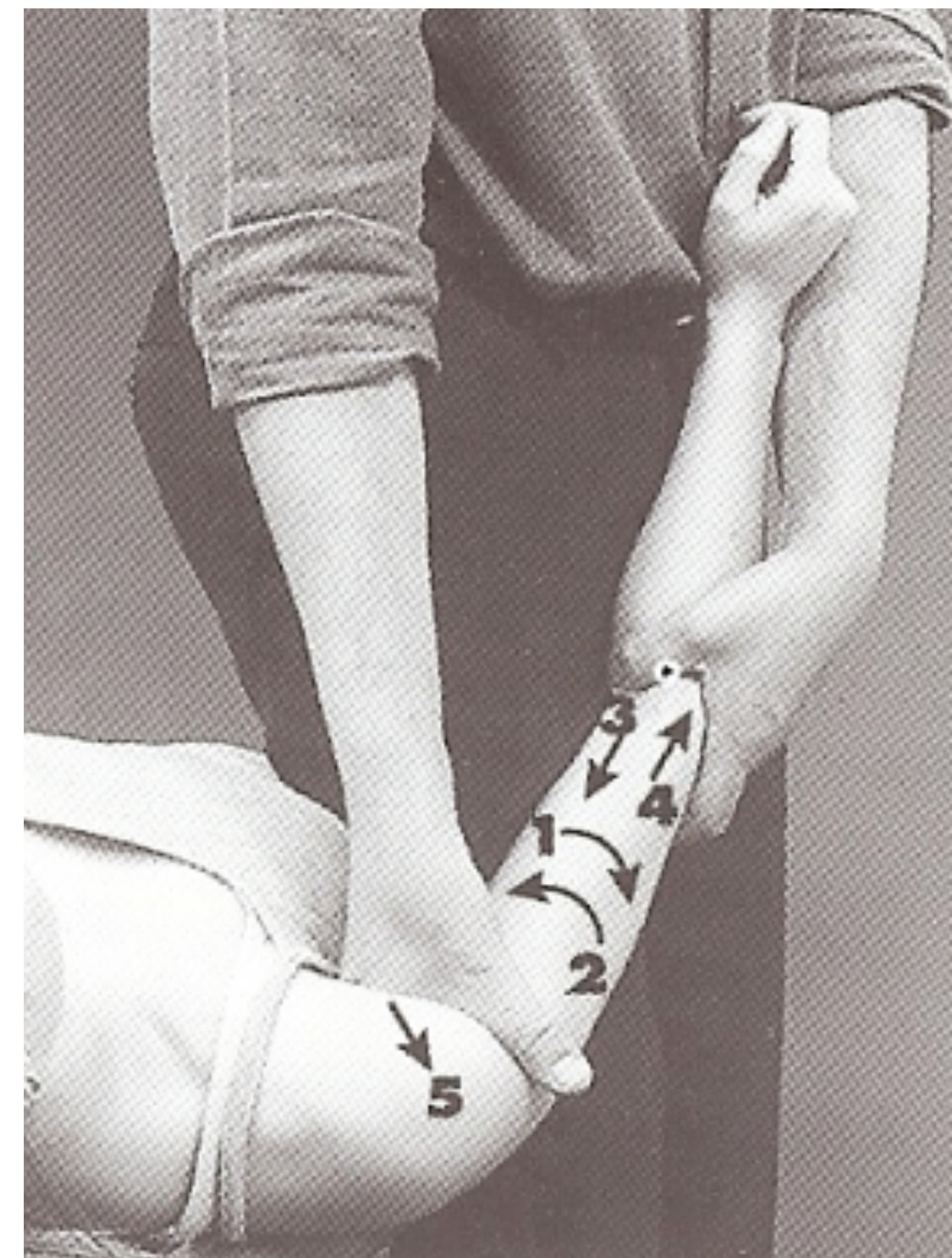
Pz seduto o in decubito laterale, l'osteopata appoggia il braccio del pz. sulla spalla e con le mani intrecciate a livello del bordo del 4° dito si contatta la parte superiore della testa dell'omero. A quel punto si cerca il punto di passaggio e mettendo in tensione si esegue la correzione come per portare la testa omerale verso il basso immaginando di eseguire una supinazione delle mani con il movimento che però parte dal tronco e non dagli avambracci, quindi si esegue un thrust verso il basso che deve essere molto delicato. In realtà è già sufficiente la messa in tensione e una leggera trazione verso il basso.



TECNICHE DI NORMALIZZAZIONE PER L'INFERIORITÀ

Pz supino, l'osteopata si posiziona di fronte a lato tenendo il braccio del paziente con la mano esterna e solidarizzandolo eventualmente sul fianco. Con la mano interna si porta in leggera abduzione l'arto da trattare per poter contattare attraverso il cavo ascellare con la regione metacarpo falangea del 1° e 2° dito la parte inferiore della testa omerale.

A quel punto trovo con la mano interna un buon punto di passaggio per decoattare la scapolo omerale mentre la mano esterna guida il movimento della testa omerale. Quindi si esegue la messa in tensione e con il braccio parallelo al lettino si esegue un thrust con direzione dal basso verso l'alto e leggermente esterno.

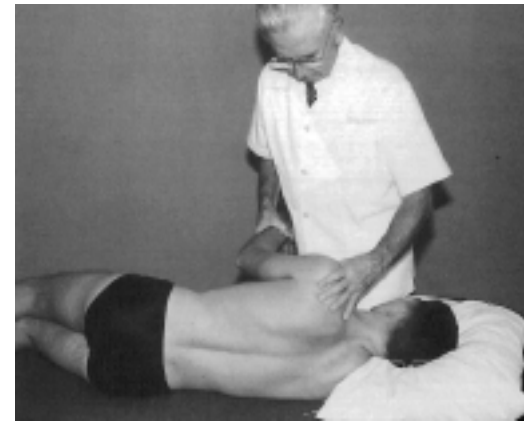


TECNICA DI NORMALIZZAZIONE PER SUPERIORITÀ

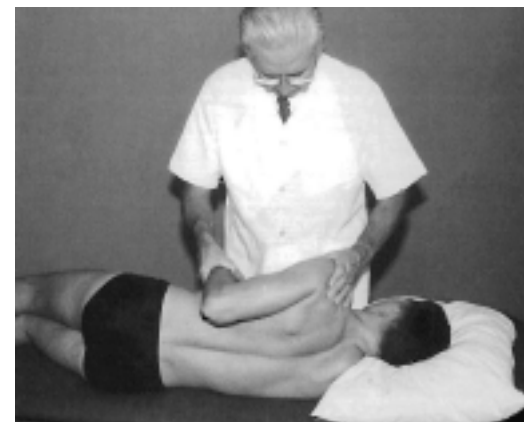
Pz in decubito laterale, l'osteopata si posiziona di fronte a lato e con il suo avambraccio esterno abbraccia il gomito del pz. Con la mano interna si porta in leggera abduzione l'arto da trattare per poter contattare con la regione metacarpo falangea del 1° e 2° dito attraverso il cavo ascellare la parte inferiore della testa omerale. Partendo da una leggera abduzione si muove il braccio verso l'adduzione e contemporaneamente si esegue la messa in tensione e thrust dato dal movimento del mio avambraccio parallelo al letto (delicato) dal basso verso l'alto e leggermente da dietro verso avanti.



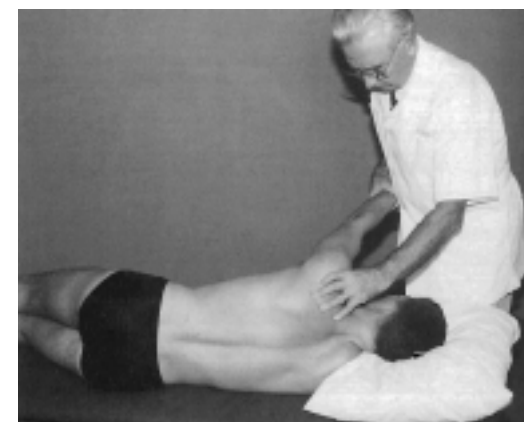
17 MOVIMENTI DI SPENCER



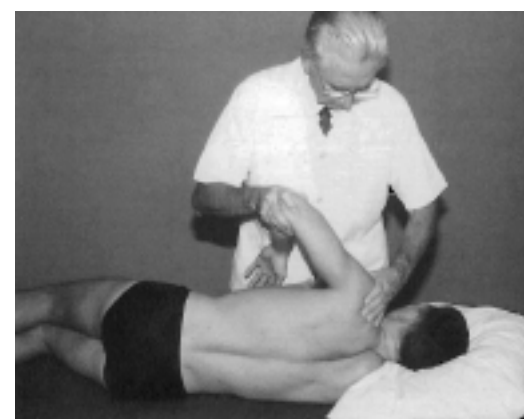
FASE 1: LEGGERA FLESSIONE SEGUITA DA UNA ESTENSIONE A GOMITO FLESSO



FASE 2: FLESSIONE CERCANDO DI PORTARE IL BRACCIO ESTESO VERSO L'ORECCHIO DEL PZ



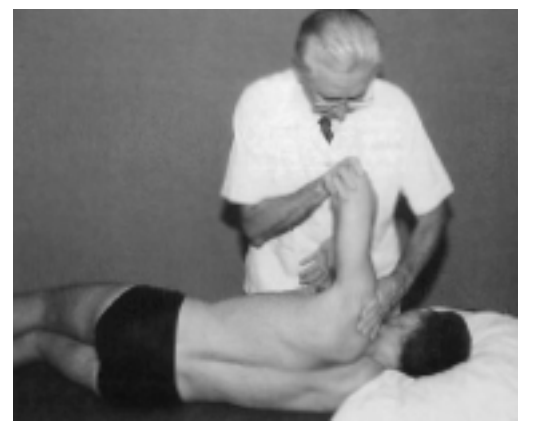
FASE 3: CIRCONDUZIONI DEL BRACCIO A GOMITO FLESSO IN LEGGERA COMPRESSIONE



FASE 4: CIRCONDUZIONI DEL BRACCIO A GOMITO ESTESO IN LEGGERA TRAZIONE DI DECOAPTAZIONE



FASE 5: ABDUZIONE DEL BRACCIO A GOMITO FLESSO CONTRO IL CINGOLO SCAPOLARE STABILIZZATO



FASE 6: COMPRESSIONI RITMICHE VERSO AVANTI BASSO SUL GOMITO IN FLESSIONE AUMENTANDO LA ROT. INTERNA



FASE 7: TRAZIONE LATERALE E CAUDALE CON UNA SORTA DI POMPAGGIO IMPUGNANDO LA PARTE PROSSIMALE DELL'OMERO

