

SAVE  
THE  
DATE

CORSO  
SPECIALISTICO  
TEORICO-PRATICO  
**LA RIABILITAZIONE**  
ORTOPEDICA DELLA SPALLA

1°  
MODULO

**7-8**  
**ottobre**  
**2023**

- La cuffia dei rotatori
- La rigidità di spalla
- Le patologie traumatiche e degenerative

2°  
MODULO

**13-14**  
**aprile**  
**2024**

- Le instabilità della spalla
- Le discinesie scapolo-toraciche
- La spalla dell'atleta

Sala Conferenze  
Ospedale San Giovanni di Dio  
di Agrigento

1°  
MODULO

**7-8  
ottobre  
2023**

- La cuffia dei rotatori
- La rigidità di spalla
- Le patologie traumatiche e degenerative

**Sabato 7 Ottobre**

**Programma scientifico**

- 8.30 Registrazione dei partecipanti
- 9.00 Introduzione
- 9.15 Principi di anatomia e biomeccanica funzionale
- 9.45 I principi dell'esercizio terapeutico nella spalla
- 10.45 Il conflitto sub-acromiale e le tendinopatie
- 11.00 Il ruolo del capo lungo del bicipite
- 11.00 Osservazione e valutazione del paziente ( dimostrazione pratica)
- 11.30 Le lesioni della cuffia dei rotatori
- 11.45 Valutazione tests clinici
- 12.00 Coffee break
- 12.15 Riabilitazione conservativa della cuffia dei rotatori
- 12.45 Riabilitazione post-chirurgica delle lesioni di cuffia
- 13.15 Dimostrazione pratica su paziente
- 14.00 Pausa pranzo
- 15.00 Differenze riabilitative tra riabilitazione a secco e in acqua
- 15.30 Capsulite adesiva e rigidità post-traumatica
- 16.30 Il dolore nella spalla rigida
- 17.00 Terapia manuale della spalla rigida
- 18.00 Dimostrazione pratica su paziente
- 18.00 Discussione sui casi esaminati



## **Domenica 8 Ottobre**

- 9.00 Le fratture dell'estremo prossimale dell'omero
- 10.00 Le fratture di scapola e clavicola
- 10.30 Riabilitazione conservativa e post-chirurgica delle fratture
- 11.30 Coffee break
- 11.45 Le patologie degenerative della spalla
- 12.15 Riabilitazione post-chirurgica in relazione alla tipologia di protesi
- 13.00 Approccio alle complicanze riabilitative protesiche
- 13.30 Dimostrazione pratica su paziente
- 14.00 Pausa pranzo
- 15.00 Esercitazione pratiche mobilizzazione passive e tecniche di presa
- 16.30 Esercitazioni pratiche su esercizio terapeutico di rinforzo mio-tendineo
- 18.00 Compilazione questionario Ecm

### **Relatori:**

Baldassare Lupo

### **Tutor:**

Calogero Todaro

Nicola Abbate

### **Responsabili Scientifici:**

Domenico Contino

Maurizio Boschetti

Giuseppa Dell'Utri

### **Sala Conferenze**

Ospedale San Giovanni di Dio  
di Agrigento



La spalla e' l'articolazione piu' mobile del corpo umano ma, allo stesso tempo, la piu' instabile. La pratica clinica ci ha inoltre indicato come l'articolazione gleno-omeroale sia soggetta a rigidita' articolare evidenziabile in pressoché tutte le patologie di codesta articolazione.

Negli ultimi vent'anni l'avvento della artroscopia ha notevolmente mutato l'approccio clinico a questa articolazione. Oggi e' essenzialmente errato parlare di periartrite di spalla, ma e' necessario inquadrare il paziente nella sua specifica patologia , in quanto cio' determinera' un approccio chirurgico e riabilitativo differente per ogni paziente. La comprensione di questa articolazione si basa su un accurato studio dei principi anatomici e biomeccanici che risultera' fondamentale per l'idoneo trattamento riabilitativo. La cuffia dei rotatori si propone come la principale forza stabilizzatrice sia in direzione verticale che orizzontale, cio' fa intendere come un suo deficit possa già creare una situazione clinica dolorosa meritevole di una riabilitazione conservativa. Una lesione isolata di un tendine o massiva della cuffia necessitera' di un approccio riabilitativo post-chirurgico differente in relazione al tendine suturato. I protocolli riabilitativi post-chirurgici dipendono , inevitabilmente , dei tempi di riparazione biologica del tessuto e precocemente hanno l'obiettivo di recuperare il movimento passivo e gradualmente la forza attiva con il fine di restituire stabilita' all'articolazione. Una importante attenzione bisognera' dare al recupero del rom, in quanto la spalla tende a irrigidirsi anche durante il percorso riabilitativo, al fine di evitare una eventuale capsulite adesiva che ,sicuramente, influenzerà negativamente il risultato finale. La rigidita' di spalla sia essa idiopatica che post-traumatica e' un aspetto particolarmente ricorrente nelle patologie della cuffia dei rotatori, infatti i pazienti, in questo caso, lamentano spesso dolore al braccio associato alla perdita dei movimenti sia attivi che passivi. La buona conoscenza delle tecniche di presa e delle mobilizzazione passive risultera' decisiva per il raggiungimento di un risultato ottimale e soddisfacente. Un altro capitolo importante e' quello riguardante le fratture del cingolo scapolo-omeroale e delle patologie artrosiche-degenerative. Nelle fratture si dovrà tenere conto della riparazione biologica del tessuto osseo, quindi le fasi della riabilitazione muteranno l'approccio del fisioterapista sia riguardo alla sede della lesione ossea sia alla tipologia di trattamento ortopedico effettuato. In questi pazienti, oltre al recupero della mobilita' passiva, porremo molta attenzione al recupero della mobilita' attiva; infatti, questi pazienti hanno come caratteristica principale il ritardo nel recupero della forza mio-tendinea, cio' influenzerà, ovviamente, i tempi del protocollo riabilitativo. La riabilitazione delle protesi di spalla riguarda sia pazienti con fratture che pazienti con patologie degenerative. Il trattamento riabilitativo cambia in relazione alla tipologia della protesi per cui ogni paziente avra' un protocollo differente e personalizzato. La caratteristica delle protesi su frattura e' il ritardo del recupero della forza muscolare che dovrà essere rispettoso dell'integrita' ossea e mio-tendinea. Nelle protesi su patologie degenerative , fondamentale sara' la qualita' del tessuto osseo e i protocolli riabilitativi saranno influenzati dalle possibilita' di recupero articolare passivo ed attivo di ciascuno paziente. La riabilitazione delle protesi di spalla contestualmente dipendera', inevitabilmente, dalla correttezza dell'atto chirurgico; sappiamo infatti, che il miglior posizionamento delle tuberosita' dell'omero, consentira' il miglior ripristino della mobilita' attiva e restituira' la migliore funzionalita' al paziente. L'obiettivo di codesto corso specialistico teorico-pratico è fornire i principi anatomici e biomeccanici fondamentali per meglio comprendere la complessita' dell'articolazione della spalla e, allo stesso tempo, definire i protocolli riabilitativi piu' idonei per ogni singolo paziente. Una buona ed efficiente sessione pratica su tecniche di presa e mobilizzazioni passive della spalla, fornira' ai discenti le indicazioni corrette sull'approccio manuale piu' idoneo a questa articolazione.

## 2° MODULO

**13-14  
aprile  
2024**

- Le instabilità della spalla
- Le discinesie scapolo-toraciche
- La spalla dell'atleta

**Sabato 13 Aprile 2024**

### Programma scientifico

- 8.30 Registrazione dei partecipanti
- 8.45 Introduzione
- 9.00 Principi di anatomia e biomeccanica funzionale
- 9.15 Le instabilità di spalla gleno-omeroale
- 9.45 Lussazioni acromion-claveari e lussazioni sterno-claveari
- 10.00 Trattamento conservativo delle instabilità
- 10.30 Riabilitazione post-chirurgica della spalla instabile
- 11.30 Coffee break
- 11.45 Aspetti coordinativi e propriocettivi
- 12.15 Dimostrazione pratica su paziente
- 13.00 Valutazione casi clinici
- 13.30 Pausa pranzo
- 14.30 Le discinesie scapolo-toraciche: valutazione e tests
- 15.30 Trattamento riabilitativo delle discinesie
- 16.30 Riabilitazione in acqua
- 17.30 Dimostrazione pratica su paziente
- 18.30 Presentazione casi clinici e discussione

# **Domenica 14 aprile 2024**

- 9.00 La spalla dello sportivo
- 9.30 L'importanza della scapola negli sports overhead
- 10.00 Core stability e biomeccanica del lancio
- 10.30 Il conflitto postero-superiore dell'atleta
- 11.00 La rigidita' della capsula posteriore
- 11.30 Dimostrazione pratica su paziente
- 12.00 Coffee break
- 12.15 Le mobilizzazioni passive e gli esercizi analitici e globali
- 13.00 Presentazione casi clinici
- 13.30 Pausa pranzo
- 14.30 Esercitazioni pratiche : mobilizzazioni passive, tecniche di presa idonee, esercizi attivi di rinforzo analitico e globale e pliometria per il ritorno allo sport specifico
- 17.30 Rivalutazione casi clinici
- 18.00 Compilazione questionario ecm

## **Relatori:**

Francesco Inglese  
Baldassare Lupo

## **Tutor:**

Calogero Todaro  
Nicola Abbate

## **Responsabili Scientifici:**

Domenico Contino  
Maurizio Boschetti  
Giuseppa Dell'Utri

## **Sala Conferenze**

Ospedale San Giovanni di Dio  
di Agrigento



La spalla è l'articolazione più mobile del corpo umano. Questo complesso, costituito da cinque articolazioni, possiede tre gradi di libertà, ed è in grado di orientare l'arto superiore nei tre piani dello spazio. La stabilità della spalla è affidata principalmente ai suoi stabilizzatori passivi, il labbro glenoideo che aumentando la superficie articolare determina una migliore compattazione della testa omerale nella glenoide e ai legamenti gleno-omerale superiore medio ed inferiore. Anche il capo lungo del bicipite ha una funzione stabilizzatrice sia anteriormente che posteriormente ma anche in abduzione a 90°. Un ruolo importante nella stabilità della spalla è rivestito dagli stabilizzatori attivi che sono i muscoli, non solo quelli scapolo-omerale ma anche strutture appartenenti ad altri distretti che intervengono attivamente in sequenza nella cinematica della spalla. Si calcola, infatti, che circa 26 muscoli hanno una azione di controllo e stabilità sul cingolo scapolo-omerale. In funzione di ciò, la scapola diventa un elemento anatomico fondamentale per la ricezione di input afferenti da altri distretti prossimali per la validità di espressione di mobilità, forza, e coordinazione dell'arto superiore. Negli ultimi anni, in letteratura sono giunte testimonianze e lavori scientifici di illustri specialisti che hanno introdotto e determinato l'importanza del "Core stability", inteso come segmenti scheletrici, gruppi muscolari fasciali del rachide dorso-lombare, dell'addome, del pavimento pelvico e dei segmenti più prossimali, che forniscono una base stabile per la funzionalità dei segmenti più distali. Ne conviene che, una qualsiasi alterazione dei segmenti prossimali menzionati, creerebbe un meccanismo patogenetico a tal punto da scatenare una condizione patologica sulle strutture miotendinee della scapola e della articolazione scapolo-omerale. Negli ultimi anni, si è sviluppato, infatti, il concetto di discinesie scapolo-toraciche e di conseguenza il trattamento riabilitativo specifico di esse. Nel campo della riabilitazione post-chirurgica delle instabilità, vi sono ormai protocolli standardizzati in relazione al tipo di instabilità trattata. Il trattamento post-operatorio terrà conto della riparazione biologica del tessuto e solo in seguito dovremo concentrarci sul recupero della forza. Nel capitolo delle instabilità acquisite da overstress entrano, sicuramente di diritto, gli sportivi che praticano sports di lancio. Gli sportivi che compiono ripetutamente gesti oltre il capo vanno incontro a micro-traumi degli stabilizzatori statici (capsula e cerniere) creando un'accentuazione dell'instabilità con conseguente conflitto postero-superiore tipico dell'atleta. La reiterazione del gesto in abduzione ed extrarotazione determinerà un contatto fisiologico con pinzamento ed eventuale lesione del tendine del sovraspinato. Si tratta, essenzialmente di un meccanismo di instabilità tra il muro anteriore e posteriore che risulta alla lunga patologico. In queste circostanze, risulta fondamentale l'intervento riabilitativo sia in fase conservativa, per il ripristino della corretta funzione, sia in fase eventualmente post-chirurgica. Ovviamente sui pazienti sportivi, nella fase precoce si terrà sempre conto dei tempi di riparazione biologica dei tessuti, mentre nella fase tardiva faremo una riabilitazione più specifica con riferimento allo sport praticato mediante stimolazione propriocettiva delle strutture muscolari e tendinee impegnate nel gesto del lancio, al fine di reinserire il soggetto nella pratica sportiva.

Nella sessione pratica, ci soffermeremo sui protocolli riabilitativi delle instabilità con particolare riferimento ai muscoli stabilizzatori della scapola e sulla cuffia dei rotatori. Focalizzeremo l'attenzione sull'introduzione degli input specifici sulla catena cinetica di riferimento, in maniera tale di coinvolgere gli altri distretti corporei al fine di restituire al paziente un gesto più armonico ed efficace.



**E.C.M.**  
Commissione Nazionale Formazione Continua

Evento n° 396323  
Rivolto a Fisioterapisti

Crediti assegnati: 18 per modulo

**Relatori:**

Francesco Inglese  
Baldassare Lupo

**Tutor:**

Calogero Todaro  
Nicola Abbate

**Segreteria Scientifica**

Raffaele Patti  
Giuseppa Arnone  
Angelo Galluzzo  
Marika Ferraro  
Alessandro Mongelli  
Noemi Riggi  
Vincenzo Donzella  
Sebastiano Lauria

**Responsabili Scientifici:**

Domenico Contino  
Maurizio Boschetti  
Giuseppa Dell'Utri

Provider e Segreteria Organizzativa



-  Via Empedocle, 111 - Agrigento
-  Tel. 0922 602911
-  [www.omniacongress.com](http://www.omniacongress.com)
-  [info@omniacongress.com](mailto:info@omniacongress.com)

Con il contributo  
non condizionante di:



I corsi sono riservati agli iscritti  
dell'Ordine dei Fisioterapisti  
di Caltanissetta, Agrigento ed Enna.

Destinatari 50 partecipanti Fisioterapisti

Contributo spese di iscrizione € 150,00  
Le iscrizioni saranno accolte in ordine  
cronologico fino ad esaurimento posti

Si consiglia abbigliamento adeguato  
per le prove pratiche

Preiscrizioni tramite il sito  
[www.omniacongress.com](http://www.omniacongress.com)

