

Studi e Ricerche



La fascite plantare : un problema spinoso per tutti gli sportivi

Durante la mia ventennale attivita' di medico dello sport ho dovuto spesso affrontare i problemi che riguardano il piede dell'atleta e in particolare la fascite plantare . Lo scopo di questa relazione e' di fare un po' di chiarezza sull'argomento , mettendo insieme le mie esperienze personali con la letteratura disponibile

La fascite plantare ; e' una vera "rognna" sia per l'atleta che a causa di questa patologia deve astenersi dall'attivita' sportiva per periodi di tempo molto lunghi che per il medico che tratta un segmento anatomico che non sta mai completamente a riposo . visto che l'unico modo per scaricare la parte e' l'utilizzo delle stampelle che difficilmente il paziente accetta per un tempo prolungato

ma partiamo dall'inizio

Lo fasciti plantari sono affezioni della pianta del piede dello sportivo, che possono comparire negli sport che comportano sprinte o salti quali l'atletica leggera , la ginnastica e la danza

Con il termine fascite s'intende l'infiammazione di una fascia anatomica, nel caso specifico della fascite plantare si fa riferimento ad un processo infiammatorio del cosiddetto "legamento arcuato" altrimenti denominato "aponeurosi plantare", che e' una fascia fibrosa che decorre in avanti dalla zona mediale del calcagno sino a fondersi con i legamenti che s'inseriscono sulle dita

La fascia plantare, composta da tre parti: esterna, interna, media, ha un ruolo essenziale nella trasmissione delle forze del tricipite surale alla dita e la sua visco-elasticita' permette di restituire per distensione elastica una grande quantita' di energia ad ogni falciata o ad ogni salto

Patogenesi :
Gianfranco Bisciotti descrive molto bene il meccanismo biomeccanico che determina l'insorgenza della fascite plantare " Vediamo di capire cosa avviene durante un movimento come la corsa od il salto a livello della pianta del piede: nel momento in cui il tallone viene staccato da terra, l'angolo tra le dita ed i metatarsi aumenta sino a raggiungere i 50-60 e l'aponeurosi plantare viene tirata (quanto maggiormente le dita vengono piegate, tanto più la fascia viene sollecitata in stiramento. Per renderci conto dell'entità del carico che la fascia plantare si trova a sopportare, basti pensare che durante il normale cammino ad ogni passo quest'ultima sopporta un carico pari a circa due volte il peso corporeo. Un aponeurosi plantare eccessivamente tesa ed iper-sollecitata diverse quindi automaticamente il stato di una possibile lesione. Infatti, durante movimenti particolarmente violenti, come ad esempio la fase di stacco durante il salto, oppure in situazioni nelle quali venga fortemente aumentato il carico sulla pianta del piede, come ad esempio correndo velocemente in curva, si può verificare una rottura dell'aponeurosi plantare alla sua origine calcaneare o nei flessori brevi delle dita. Anche gli atleti che presentano un piede eccessivamente pronato sono maggiormente esposti ad incorrere in lesioni da sovraccarico a livello dell'aponeurosi plantare, come appunto la fascite plantare, in quanto l'eccessiva pronazione provoca una maggior tensione sull'aponeurosi plantare stessa. Non esiste invece un legante diretto tra fascite plantare e piede cavo o piatto. La fascite plantare si può manifestare a livello del calcagno, e viene in questo caso denominata fascite plantare prossimale, oppure a livello del mediopiede, in questo secondo caso viene denominata fascite plantare distale "

Le lesioni tendinee ed aponeurotiche, come il caso della fascite plantare, possono essere classificate, a seconda della loro eziologia,in

- 1)traumatiche (da trauma diretto: caduta sul calcagno)
- 2) microtraumatiche (le piu' frequenti)
- 3) su base dismetabolica e/o infiammatoria. (spesso concausa)

Le tendinopatie micro-traumatiche sono anche definite lesioni da sovraccarico funzionale, in grado di determinare la patologia con un meccanismo diretto e uno indiretto. Questo tipo di lesioni può portare alla rottura dell'aponeurosi plantare, che rappresenta comunque, l'episodio acuto e conseguente ad un processo generico di inibizione il quale lavora in modo quasi del tutto asintomatico, o preacuto e accompagnato da episodi di infiammazione dolorosa e coinvolgente in maniera più o meno estesa della compagine tendinea-aponeurotica, ne determina una diminuzione della resistenza meccanica, che può essere superata da un'improvvisa sollecitazione anche non eccessiva.

I fattori che possono provocare patologia da sovraccarico nei tendini (e in molti casi anche nei muscoli), del collo piede e del piede si possono genericamente dividere in intrinseci ed estrinseci ed agiscono in percentuale variabile da soggetto a soggetto.

Per quanto riguarda i fattori intrinseci sono essenzialmente:

- a) variabilità anatomica, con conseguente alterazione più o meno marcata della normale biomeccanica del cammino o del gesto atletico, il che sottopone il collo piede e piede ad uno stress anormale
- b) malattie dismetaboliche, che possono favorire reazioni flogistiche locali, nonché provocare l'alterazione della composizione del normale tessuto tendineo fino a determinare un più precoce invecchiamento
- c) età dell'individuo, anni di attività agonistica, eventuale sovraccarico sportivo.

Infatti, l'invecchiamento del tessuto tendineo provoca un rallentamento metabolico del collagene tissutale con una diminuzione graduale del rapporto cellule-matrice a favore di quest'ultima, una diminuzione del contenuto intrinco delle fibre elastiche, dei proteoglicani e glicoproteine; Scompare inoltre la linea blu, presente a livello giunzionale osteo-tendineo, che svolge un'importante azione modulatrice ed ammortizzante nei confronti delle sollecitazioni meccaniche.

Per quanto riguarda l'alterazione della biomeccanica, uno dei problemi principali e' l'iperpronazione del collo piede e del piede durante la corsa, che ha un'azione di frustata, come la corda d' un arco, sull'aponeurosi plantare, con conseguente alta frequenza d'infiammazione.

Per quanto riguarda i fattori estrinseci, essi diventano spesso determinanti nell'instaurazione della tendinopatia da sovraccarico al collo piede e piede.

Si distinguono principalmente tre fattori:

- 1) allenamento incongruo
- 2) terreni di gara o di allenamento
- 3) calzatura.

CLINICA la fascite plantare si evidenzia con dolore alla pianta del piede, accentuato di solito in corrispondenza della tuberosità posteriore e interna irradiato lungo il margine interno dell'aponeurosi sia durante il movimento che alla palpazione. La messa in tensione dell'aponeurosi, in dorsa flessione delle dita e della caviglia, scatena il dolore. Il dolore viene descritto come di tipo "meteorico", ossia tende ad avere diverse dislocazioni. Inoltre solitamente la fascite plantare è associata ad una rigidità del tendine di Achille. Infatti a volte compare come un dolore acuto e intenso al centro del tallone, altre volte il dolore si origina al centro della pianta del piede e continua fino alle dita, altre volte ritorna "indietro" e risale fino alla gamba. Anche l'andamento temporale del dolore può essere molto diverso: nei casi più leggeri è un dolore non acuto che permane per tutta la durata della corsa ma che, essendo a bassa intensità, permette comunque di correre. Altre volte è così intenso o localizzato da impedire non solo la corsa, ma anche la camminata. Anche le modalità di insorgenza sono diverse: può apparire in forma acuta (specie dopo uno sforzo intenso ai limiti delle proprie possibilità) o essere progressivo.

DIAGNOSI
La diagnosi si basa principalmente sull'anamnesi e sull'esame obiettivo infatti si basa su una visita specialistica attenta che valuta la sintomatologia soggettiva e i sintomi obiettivi evidenziali sul paziente, anche mediante uno sciolto esame dell'appoggio del piede (con podoscopio, baropodometria e stabilometri)

Dal punto di vista strumentale possono essere utili le radiografie del piede sotto carico in proiezione antero-posteriore e laterale. La presenza della spina calcaneare che dimostra l'ipersollecitazione della fascia plantare è associata con il dolore calcaneare plantare nel 50% dei pazienti. Pertanto una esatta relazione tra i due fattori non è stata dimostrata. L'ecografia mostra irregolarità nella zona d'inserzione della fascia Si ricorre alla scintigrafia ossea con tecnecio nei casi in cui si debba porre diagnosi differenziale con una frattura da stress del calcagno, altrimenti difficilmente evidenziale con una radiografia standard

TERAPIA
sempre sotto stretto controllo medico.
A) Riposo: Anche nei casi meno dolorosi, trascurare la fascite plantare e continuare a correre può essere molto deleterio perché diventa necessario "sospendere per qualche settimana gli allenamenti ed evitare di camminare o rimanere in piedi troppo a lungo, specie su superfici rigide. Il riposo iniziale aiuta solitamente ad alleviare il dolore e a ridurre l'infiammazione. Il riposo A VOLTE deve essere assoluto (se anche pedalare in bici RIVISGLIA)IL DOLORE si è evitato!(Se il dolore è palpatibile ed il gipocoturno: Scompare inoltre si consiglia di utilizzare le stampelle per scaricare completamente dalle sollecitazioni il piede dolente.) per un periodo che va da sei settimane fino a tre quattro mesi nei casi più gravi. L'errore classico che commette il runner è lo sportivo in generale è riprendere la corsa prima che il dolore sia scomparso del tutto (a riposo, in corsa e al mattino) poiché quando si riprende il dolore non è certamente acuto come quando la fascite ha costretto a smettere l'attività, quindi il runner è portato a credere (e il dolore) che la patologia stia guarendo. Bastano pochi allenamenti e si ritorna indietro al punto di partenza.

B) Ghiaccio: efficace quando insorgono le prime fitte dolorose, sia per attenuare il dolore che per azione antinfiammatoria locale se svolto. L'applicazione del caldo è generalmente sconsigliata in quanto quest'ultimo provoca una dilatazione del tessuto connettivo che può a sua volta esercitare una pressione sui nervi e acuire in tal modo la sintomatologia dolorosa. In qualsiasi caso all'applicazione del calore dovrebbe immediatamente seguire quella di ghiaccio.

C) Stretching: aiuta ad allungare i tessuti che circondano il calcagno, favorendo una minore sollecitazione tissutale e quindi il minore stress tendineo verso la giunzione della fascite plantare. lo stretching si deve fare per l'aponeurosi plantare, il tendine di Achille e la muscolatura del polpaccio, non solamente sull'arto lesa ma, sotto forma preventiva, anche su quello sano.

D) Farmaci Anti-Infiammatori: particolarmente utili per far diminuire l'infiammazione locale possono essere somministrati per via generale o topica, sempre sotto controllo e prescrizione medica. (lo il uso pochissimo !!)

E) Plantari e Tallonette: sono molto efficaci per correggere le disfunzioni statiche e dinamiche del piede e risolvere definitivamente il dolore di fascite plantare. Questi plantari permettono all'atleta di continuare la loro attività sportiva, lavorativa sia in fase riabilitativa che nella fase postuma per evitare le ricadute.

F) Tutori notturni: aiutano a mantenere allungati i tessuti fibrosi che formano la volta plantare durante il riposo notturno. Affrontando in modo efficace uno dei più fastidiosi sintomi della fascite plantare: quel tanto odiato dolore al risveglio causato, appunto, dalla contrazione notturna dell'aponeurosi. Anche il massaggio della volta plantare e del tallone prima di scendere dal letto e dopo aver fatto lo stretching, può contribuire a ridurre il dolore.

G) Controllo delle calzature: sia quelle indossate durante la giornata che quelle normalmente utilizzate durante l'attività sportiva. Non devono causare un aumento del carico sull'aponeurosi plantare: non devono quindi essere né troppo rigide, né troppo morbide. Farsi eventualmente consigliare da uno specialista che, in base al "logoro" presentato dalla scarpa stessa, sarà in grado di identificare un'eventuale eccessiva pronazione del piede e/o altre alterazioni dell'appoggio.

H) Allenamento: diminuire il carico di allenamento, evitare provvisoriamente la corsa che può essere sostituita temporaneamente con la bicicletta o il nuoto.

I) Applicare il Taping Kinesiológico: in fase riabilitativa – riposo, con "traiettorie" specifiche per evitare il riassorbimento dell'aponeurosi plantare; nella ripresa dell'attività fisica, per sostenere la struttura aponeurotica sotto carico.

L) Terapie Fisiche: alcune terapie fisiche si sono dimostrate efficaci nella cura della fascite plantare:
1) Ultrasuoni - 2) ionoforesi - 3) Laser Fp3 system - 4) Tecarterapia - 5) Ipertermia - 6) Onde d'urto (litotrifer).

Proprio le onde d'urto aumentano la velocità di rigenerazione legamentosa causando veri e propri microtraumi all'interno dell'aponeurosi plantare. Nonostante le evidenze contrarie queste onde d'urto aumentano la capillarizzazione locale ed il metabolismo cellulare favorendo il processo di riparazione spontanea del tessuto legamentoso.

7)La fibrositi diacutanee va praticata da mani esperte, possibilmente da un medico che conosca bene la storia del paziente (clinica e sportiva) e, se ben effettuata, porta a un sollievo anche immediato e notevole del dolore. Le sedute di fibrositi vanno diluite nel tempo e il numero dipende dalla gravità della fascite

8) Terapie infiltrative : personalmente non vedo molto favorevolmente l'utilizzo dei corticosteroidi per il rischio di rottura della fascia che frequentemente consegue tale terapia - ma esistono attualmente altre possibilità , molto meno rischiose e " efficaci che si basano sull'utilizzo del GEL PIASTRINICO (PRP) o sull'utilizzo di farmaci di tipo Rilomidina (recenti studi in campo reumatologico ne indicano l'utilita')

9) se tutti questi trattamenti si dimostrano inefficaci il medico potrà decidere di ricorrere all'intervento di distensione chirurgica
Come tutte le operazioni chirurgiche anche questo tipo di intervento non è tuttavia privo di rischi e va pertanto effettuato soltanto qualora la fascite non accenni a migliorare dopo un trattamento aggressivo prolungato (8-12 mesi). Il ricorso all'intervento chirurgico, che può essere svolto in endoscopia o con le tecniche chirurgiche tradizionali, va quindi effettuato soltanto dopo un'attenta valutazione da parte dello specialista.

Nel caso l'intervento ha avuto successo la ripresa delle attività sportiva avviene generalmente dopo due o tre mesi di recupero, rispettando sempre la gradualità nell'aumento del carico allenante e tenendo come regole alcuni accorgimenti per evitare le recidive, che sono sempre in agguato

RELEASE DELLA FASCIA PLANTARE
Lo scopo delle procedure di release della fascia plantare è di diminuire la tensione della pianta e prossimale della fascia che è tesa e fibrosa.

Questo può servire a decomprimere le strutture profonde specialmente la muscolatura intrinseca e i vari nervi della regione plantare.

L'intervento comincia con blocco nervoso al collo del piede del n. tibiale posteriore e del n. safeno. Viene impiegata per il rilascio una fascia di Emmerich al collo del piede. L'incisione è lunga 3-4 cm, leggermente obliqua al limite distale e mediale delcuscinetto plantare del calcagno. L'incisione obliqua è importante per evitare di sezionare le fibre del n. calcaneare mediale, che possono dar luogo alla formazione di fistolosi neuromi. Il bordo mediale e laterale della fascia sono identificato a 1,2 cm distalmente alla sua origine. Si sezionano poi i 2/3 medi della fascia plantare.

Se si ritiene a questo punto di resecare lo sperone, si procede con la dissezione tra la parte tagliata della fascia e la muscolatura intrinseca posteriormente fino al calcagno. Lo sperone va rimosso accuratamente evitando di lasciare in sede frusti ossei. Il n. per l'abductor del 5 dito può essere decompresso liberando la fascia profonda dell'abductor dell'ailuce, evidenziata nella parte proximale della ferita chirurgica

il paziente deve rimanere in scarico per 15 gg fino alla rimozione dei punti, rinnovando ogni 3 gg, la medicazione elastica compressiva. Poi verrà concesso il carico progressivo. Il ritorno al livello di attività precedente all'intervento verrà raggiunto in 4-8 settimane.Numerose casistiche mostrano come la chirurgia sia efficace nel 80-90% dei casi, quando impiegata per il trattamento della fascite plantare non infiammatoria

Il release della fascia può essere condotto anchecon tecnica endoscopica (Barrett), con percentuali di successo sovrapponibili. Viene impiegato il sistema Endotraç (insieme cannuolatore scalanato), con il quale si sezionano con un bisturi retrogrado i 2/3 medi della fascia plantare, osservando dall'endoscopo inserito medialmente, la sua faccia inferiore

Risultati del trattamento dell'entessopatia plantare con release della fascia.
Distoni Anno N; piede % successo
Lester DK 1984 12 100%
Leach RE 1986 15 93%
Parsanian GK 1995 50 82,9%
Sannarico GJ 1996 35 92%
Davies MS 1999 47 75,6%
Fishko WD 2000 94 93,6%

CONSIGLI
1) variare i percorsi e le superfici d'allenamento
2)non sottovalutare anche un lieve sintomo alla volta plantare
3)Scogliere con la massima cura e precisione le calzature - e quando si cambia marca, usare la nuova scarpa gradualmente nel tempo e non subito per tutto l'allenamento (FARSI CONSIGLIARE NELL'ACQUISTO DELLE SCARPE DA ESPERTI DEL SETTORE)

4) fare almeno una volta all'anno una barostabilometria per valutare la simmetria di carico podalico
5)dopo un periodo di riposo o dopo rientro per infortunio, aumentare in modo graduale il carico allenante

6)dopo un infortunio agli arti inferiori curare la tecnica di corsa per evitare asimmetrie di carico IMPORTANTE LA FIGURA DEL TECNICO CHE DEVE CONTROLLARE COME CORRETTE

7) se siete reduci da cure antibiotiche, tenere presente che queste sostanze possono favorire le tendiniti
8) curare in modo scrupoloso l'idratazione generale (specie durante il periodo agonistico E IN ESTATE in particolare), lo scorbimento del tendine dentro la guaina è fisiologico se l'idratazione è adeguata

9) il Taping Kinesiologico è un valido aiuto sia in fase diagnostica che riabilitativa
10) eseguire in modo regolare dopo ogni seduta d'allenamento lo stretching specifico

11) sottoporsi a sedute di massaggio defaticante periodiche nel periodo agonistico o di carico

12) fare dei pediluvii con preparati decongestionanti adatti
13) per le donne, evitare le scarpe con i tacchi alti oppure, non volendo rinunciarci, indossarle solo dopo l'allenamento (e non prima).

dr Magni Luca

la medicina non convenzionale e lo sport all'Hotel Palazzo di Prato
Convegno sport e salute 2016
Il Kinesio Taping Method... storia ed applicazioni
Patellolombar Pain Syndrome: un approccio più globale
Convegno di medicina dello sport 2015
Maratonina di Prato... ci siamo!
DANIELE MELUCCI CAMPIONE EUROPEO MARATONA A PRATO
Il convegno medico organizzato dalla Associazione medico sportiva di Prato sulla maratonina di Prato
L'alimentazione del runner... 5 luoghi comuni da sfatare
appuntamento con la medicina sportiva e ciclismo il 20 novembre
CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA SHE CAGS II
Convegno di medicina dello sport in collaborazione con i farmacisti all'Hotel Palazzo il 2 luglio
Medici sportivi a convegno all'Hotel Palazzo
Medici sportivi a convegno all'Hotel Palazzo
Appuntamento il 24 maggio con la medicina dello sport all'Hotel Palazzo di Prato
L'IMPORTANZA DELL'ALIMENTAZIONE NELL'ATLETICA DILETTANTISTICA
Serata di aggiornamento sul Piede alla Medicalsport
Serata con Gigliotti per la preparazione della Maratonina di Prato
Appuntamento con il Piede alla Medicalsport
Anche quest'anno con le vacanze di Pasqua si rinnova l' appuntamento con la Maratonina di Prato
Appuntamento all'Hotel Palazzo per affrontare al meglio la Maratonina di Prato
convegno di Medicina dello sport ed emergenza sabato 15 febbraio al teatro Magnolfi di Prato
Come affrontare l'emergenza in campo sportivo?
Il ginocchio del podista
Convegno di medicina dello Sport alla Medicalsport
Functional Movement Screen: innovativa metodologia di valutazione motorio-funzionale nelle disabilità
Il kinesiotaping... moda o realtà?
Legge Balduzzi sui certificati sportivi... ma che cosa?!
Parliamo di Fitwalking...
CONDROPATIE E INTEGRATORI
SPORT E STRESS OSSIDATIVO
INTEGRATORI NELLO SPORT INQUADRAMENTO
ALIMENTAZIONE... INTEGRATORI E INFORTUNI
INTEGRATORI ALIMENTARI
La Associazione Medico Sportiva di Prato alla Notte bianca di Prato
L'ipotermia nel podismo
CONVEGNO DI MEDICINA DELLO SPORT... BENEFICI E DANNI DA SPORT? il 23 MARZO 2013
CONVEGNO SPORT E SALUTE A PRATO IL 28 FEBBRAIO
Medici e infermieri a rischio influenza II Ma attenzione il picco è in agguato per tutti!
Italiani... popolo di maratoneti
Le vibrazioni in medicina
AGLIO E CIPOLLE... STOP ALL'ARTROSIS
Una vecchia nuova novità per l'atleta... i benefici di ghiaccio
Alimentazione dello sportivo: Alimentazione a pans e acua
L'enciclopedia della fisioterapia strumentale
Corrente fa bene al sesso!
ELEZIONI REGIONALI DELLA FMSJ TOSCANA
Convegno Alimentazione e Infornuti all'Espos Firenze Marathon 2012
Serata sulla Lombardia alla Medicalsport
Maratona di Firenze non solo corsa! I
Serata di spessore al Panathlon Prato sullo sport integrato fra disabili e normodotati
La subalgia... Il Congresso Nazionale Kinesioesthesis
...ma il kinesiotaping funziona davvero?
Il ginocchio del runner
Viene confermato come presidente della Associazione Medico Sportiva di Prato il dr. Luca Magni
INFORTUNI NEL PODISTA... TENDINITE DELL'ACHILLEO
si è concluso con un gran successo il 2° CONGRESSO MONDIALE DI MEDICINA DELLO SPORT
Certificato medico sportivo per tutti?
CERTIFICATI PER L'ATTIVITA' SPORTIVA AMATORIALE
la corsa allunga la vita!!
L'ULTRAMARATONA... FA BENE O FA MALE?
Sport e fitness protagonisti al giardino Buonamici
CONSIDERAZIONI SUL DOPING
Gli atleti hanno una maggiore tolleranza al dolore. I
Successo di partecipazione anche nel terzo incontro del ciclo Prevenzione e Sport
Siamo nati per correre II
Doping: positivo 3% dilettanti
Grande partecipazione anche alla seconda serata del ciclo informativo Prevenzione e sport
Grande soddisfazione della Ams Prato per la riuscita del 2 eventi informativi del 7 e 8 maggio 2012
Che corsa viva più a lungo!
Prevenzione infortunati e il protocollo 11+
Quanti malori diventano tragedia nello sport. III
Le vertici importanti... a partire dall'elettrocardiogramma per l'Atleta
Appuntamento con lo sport dall'8 maggio alla Villa Smelea di Montale
LA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE COME PREVENZIONE SECONDARIA
Appuntamento il 7 maggio con il CONVEGNO LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI
NOVITA' seminario della SCUOLA DELLO SPORT CONI A FIRENZE IL 21 GIUGNO
La nuova frontiera del Doping... gli ORMONI PEPTIDICI
Chi può utilizzare il Defibrillatore Automatico?
Morosi: medici sportivi, una tragedia ma evitare allarmismi
La morte di un calciatore
GALANTI... SFATIAMO UN MITO... I controlli sugli sportivi in Italia non sono i milioni del mondo
LA DIETA A ZONA NEL BASKET
Il trauma cranico sportivo
Tramiti craniici recidivanti... quali conseguenze?
28 03 2012 ALLA MEDICALSPORT CORSO TEORICO PRATICO DI TRAZIONI LOMBARI ALTIVE
PER GLI ATLETI...Un bracciale per il cuore degli sportivi
Cosa è la Sindrome di Brugada?
Ma il pompelmo aiuta davvero a perdere peso?
Il massaggio... che toccassano!!!!
Il medico e il dramma di Muamba... Morto per 78 minuti... Poi mi ha parlato
La Medicalsport sarà uno degli sponsor della MARATONINA DI PRATO 2012
CHI FA L'ORTO CONSUMA PIU' FRUTTA E VERDURA!!!
l'accusa... anche la memoria migliora!!!!
Colpo della strepa... Italiani scorderno molecola responsabile
a che ritmo devo o posso correre al km?
Per un recupero ottimale lesioni dello sportivo non è necessario ricorrere " AI MAGHI "!!!!
La corsa nel cardiopatico
Hai un dolore? puoi risolverlo con l'AUTOMASSAGGIO!!!!
Correre nelle ore di buio... consigli per il podista
CRAMP! ... Mamma mia che dolore!!!!
Il Ghiaccio... consigli per l'uso. I
Riabilitazione delle amputazioni dell'arto inferiore
sport negli amputati di arto inferiore e superiora
valvulopatie e sport di squadra
Aritmie e sport di squadra
OBESITA' E SPORT DI SQUADRA
DIABETE E SPORT DI SQUADRA
Iperensione e sport di squadra
Il basket in carrozzina
2° incontro medicalsport INFORMA Functional movement systems
Le Disabilità negli sport di squadra: la cardiopatia
Le Disabilità negli sport di squadra
La laserterapia di ultima generazione... l'FPS system
15 dicembre 2011 Convegno
una terapia MISTERIOSA... LA CRM TERAPIA!!
NORMATIVE DELLA MEDICINA SPORTIVA NEL DISABILE
...l'improvvisa passione per la maratona e il nuovo segno inconfondibile del riconoscimento pre:
handicap e sport
handicap e sport 2 parte
STORIA DEL CIP COMITATO ITALIANO PARALIMPICO
Wheelchair rugby
Mamma mia!!!! Ho il bacino spostato!!!!
31 11 2011 Incontro alla Medicalsport sulla nuova tecnica ARP THERAPY
...un dolore alla coscia che non migliora... e se fosse una MIOSITE GIGLIANTE?!
La laserterapia questa sconosciuta!!!!
Gli integratori nello sport... questi sconosciuti!
Cosa sono gli OMEGA 3?
Lombalgi... meglio il pilates o il metodo Mc Kenzie?
Un dolore al ginocchio... un po' particolare... i tioffite!!!!
ARP THERAPY arriva dall'America! la nuova terapia che riduce i tempi di recupero da infortunio!!!!
il podismo... questa sconosciuta!!!!
l'influenza dei salti nell'insorgenza della tendinite rotulea
la rotula... questa sconosciuta!!!!
la sindrome del piriforme
SETTEMBRE...TEMPO DI VISITE DI IDONEITA' SPORTIVA
il superallenamento
La fascite plantare... un problema sfiorato per tutti gli sport
IL PANE E LO SPORT... consigli per l'uso
Supplementazione con leucina durante esercizio fisico
Ma iazzuella e "CAFFE" contro la fatica fisica... ma a quanto serve?
DOMS (delayed-onset muscle soreness) o DOLORE MUSCOLARE TARDIVO
Estate... la stimolazione della FRUTTA!
la Maratona
la maratona 2
esercizi per la core stability
core stability
lo stretching
L'APPORTO IDRICO NELLO SPORTIVO
Le onde d'urto
Plantari si... piantano?!