

Luigi Stecco – Antonio Stecco

MANIPOLAZIONE FASCIALE®

Parte pratica • Primo livello

Seconda edizione

Prefazione di
ROBERT SCHLEIP PHD
*Director, Fascia Research Project
Ulm University, Germany*

PICCIN

OPERA COPERTA DAL DIRITTO D'AUTORE
TUTTI I DIRITTI SONO RISERVATI

Questo testo contiene materiale, testi ed immagini, coperto da copyright e non può essere copiato, riprodotto, distribuito, trasferito, noleggiato, licenziato o trasmesso in pubblico, venduto, prestato a terzi, in tutto o in parte, o utilizzato in alcun altro modo o altrimenti diffuso, se non previa espressa autorizzazione dell'editore. Qualsiasi distribuzione o fruizione non autorizzata del presente testo, così come l'alterazione delle informazioni elettroniche, costituisce una violazione dei diritti dell'editore e dell'autore e sarà sanzionata civilmente e penalmente secondo quanto previsto dalla L. 633/1941 e ss.mm.

AVVERTENZA

Poiché le scienze mediche sono in continua evoluzione, l'Editore non si assume alcuna responsabilità per qualsiasi lesione e/o danno dovesse venire arrecato a persone o beni per negligenza o altro, oppure uso od operazioni di qualsiasi metodo, prodotto, istruzione o idea contenuti in questo libro. L'Editore raccomanda soprattutto la verifica autonoma della diagnosi e del dosaggio dei medicinali, attenendosi alle istruzioni per l'uso e controindicazioni contenute nei foglietti illustrativi

ISBN 978-88-299-2811-8

Stampato in Italia
Copyright © 2017, by Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova
www.piccin.it

Prefazione

Benvenuti in un nuovo campo eccitante della terapia muscolo-scheletrica: l'affascinante mondo della fascia. La fascia forma una rete tensionale continua in tutto il corpo umano, che copre e collega ogni singolo organo, ogni muscolo e anche ogni nervo o minuscola fibra muscolare. Dopo diversi decenni di grave trascuratezza, questo tessuto onnipresente si è trasformato da "Cenerentola della scienza ortopedica" in super star nell'ambito della ricerca medica. A partire dai primi anni di questo secolo, il numero di articoli riguardanti le ricerche sulla fascia, in riviste peer-reviewed, ha registrato un aumento quasi esponenziale. Il 1° Congresso Internazionale "Fascia Research", tenutosi presso l'Harvard Medical School nel mese di ottobre 2007, è stato celebrato con il riconoscimento in tutto il mondo. In parallelo alla rapida crescita nel campo della ricerca, vi è anche il riconoscimento che questo tessuto giochi un ruolo molto importante per la salute, rispetto a quanto stimato nei decenni precedenti.

Ogni medico ricorda che la fascia, nei corsi di anatomia e di dissezione, era considerata come "roba di imballaggio" che bisognava prima pulire, al fine di "vedere qualcosa". Allo stesso modo i libri di anatomia presentano l'apparato locomotore togliendo per bene la fascia biancastra, semi-trasparente. Mentre gli studenti apprezzano queste semplificazioni grafiche accattivanti, con i muscoli lucidi e rossi, i terapisti manuali sono frustrati quando vedono queste mappe semplificate, che non presentano il corpo reale come sentono durante la palpazione terapeutica.

I muscoli non trasmettono tutta la loro forza dai tendini allo scheletro, come di solito è evidenziato nei disegni dei libri di testo, ma distribuiscono una gran parte della loro contrazione alla fascia. La fascia trasmette queste forze ai muscoli antagonisti e ai muscoli sinergici e questa trasmissione può influenzare le regioni più lontane. Se guardiamo da vicino due muscoli potenti, come il grande gluteo e il tensore della fascia lata, vediamo che essi si inseriscono sulla fascia laterale

della coscia, chiamata tratto ileotibiale. Questo è parte dell'involucro fasciale della coscia, chiamato fascia lata, che influenza il quadricipite, il comportamento del ginocchio e di tutta la parte inferiore della gamba.

Questa visione della fascia rende obsoleta la ricerca sulla partecipazione di un muscolo ad un particolare movimento. I muscoli non sono unità funzionali, in quanto la maggior parte dei movimenti è generata da molte unità motorie distribuite su alcune porzioni di un muscolo o su più muscoli. Le forze tensionali di queste unità motorie vengono poi trasmesse ad una complessa rete fasciale, che le trasforma in movimento finale del corpo.

Analogamente, è stato dimostrato che la rigidità ed elasticità fasciale svolgono un ruolo significativo in molti movimenti balistici del corpo. Da studi compiuti sui tessuti di vitelli, canguri, antilopi e cavalli, è emerso che il rinculo fasciale gioca un ruolo impressionante in molti dei movimenti umani. La forza di gettare una pietra o di saltare in alto dipendono non solo dalla contrazione delle fibre muscolari, ma anche dal modo con cui l'elasticità della rete fasciale sostiene questi movimenti.

Se l'architettura della nostra rete fasciale è un fattore così importante nel comportamento muscolo-scheletrico, ci si chiede perché questo tessuto sia stato trascurato per tanto tempo. Ci sono diverse risposte a questa domanda. La principale deriva dal metodo classico della ricerca anatomica, cioè quella di separare il corpo in parti per potere dare a ciascuna un nome. Si può dare il nome alle ossa e ai muscoli, ma non alle fasce, in quanto il corpo fasciale è un grande organo, con centinaia di addensamenti "corda-like" e migliaia di logge, tutti collegati da setti robusti. Questa varietà di fasce ha favorito l'uso di molte terminologie differenti per descrivere tipi di tessuto compresi sotto il termine "fascia". Sia il sottile endomisio intramuscolare sia la fascia superficiale possono essere considerati fascia o meglio tessuto connettivo lasso. Pure il tessuto connettivo denso irregolare

può essere incluso fra le fasce e anche fra le aponevrosi.

Permettetemi, quindi, di presentarvi la definizione nuova di fascia proposta al primo Congresso sulla Fascia. “Il termine ‘fascia’ comprende la componente del tessuto connettivo che permea il corpo umano. Questo include non solo il tessuto connettivo denso (come setti, capsule articolari, aponeurosi, capsule d’organo o retinacoli), che forma la ‘vera fascia’, ma comprende anche gli addensamenti di questa rete che formano i legamenti e i tendini. Inoltre comprende i tessuti connettivi lassi come la fascia superficiale o lo strato più interno dei muscoli, detto endomisio”.

Anche se non tutti saranno favorevoli a questa nuova definizione, tuttavia essa offre molti vantaggi importanti. Infatti non c’è più bisogno di disegnare linee di demarcazione tra capsule articolari, legamenti e tendini, perché tutti questi tessuti fasciali sono visti come una rete interconnessa che si adatta alle esigenze tensionali locali. Il termine “fascia” si adatta bene alla radice latina del termine, che significa benda o cinghia unificante, cioè “tessuto connettivo”.

La fascia è un organo sensoriale. È stato dimostrato che essa è densamente innervata con molte terminazioni nervose sensoriali, tra cui meccano-cettori e nocicettori, che possono diventare la fonte delle sindromi dolorose miofasciali. La “fascia”, se intesa nella definizione più ampia del termine sopra descritto, è uno dei più ricchi organi sensoriali; è sicuramente il nostro più importante organo per la propriocezione.

La famiglia Stecco, due dei quali sono gli autori di questo libro, è diventata una forza trainante in questo nuovo campo. Il loro primo libro “La manipolazione fasciale per le disfunzioni muscoloscheletriche” (Piccin, 2004) ha già attirato l’attenzione

di tutto il mondo. Non è stata, quindi, una grande sorpresa che la loro presentazione al Congresso sulla Fascia di Harvard nel 2007 sia stata onorata con un premio speciale per la qualità scientifica e la ricchezza di implicazioni. Questo nuovo libro, che non solo approfondisce la teoria e i dettagli anatomici del primo libro ma anche presenta una descrizione precisa della loro tecnica terapeutica, avrà un impatto importante su tutto il campo della terapia manuale.

Gli autori presentano un nuovo modello biomeccanico concernente il contributo della fascia, che forma i centri di coordinazione neuromuscolare, i centri di percezione e i centri di fusione. Pur essendo questo un modello completamente nuovo, tuttavia è presentato in un modo molto convincente.

Le proposte presentate in questo libro comprendono non solo dettagli filogenetici e neurofisiologici, ma includono anche migliaia di ore di ricerca sui cadaveri, eseguite dalla figlia Carla Stecco, MD, e dal figlio Antonio Stecco, MD. I loro studi hanno portato a numerose nuove scoperte e descrizioni anatomiche, pubblicati su riviste scientifiche anatomiche peer-reviewed. Chi ha seguito le nuove pubblicazioni sulla fascia nella letteratura scientifica degli ultimi anni avrà notato questi importanti contributi.

Questa famiglia ha studiato la morfologia e la topografia fasciale in dettaglio, che non è solo impressionante, ma ha anche portato alle scoperte e alle descrizioni che supportano il nuovo modello di coordinamento neurofasciale presentato in questo libro.

Robert Schleip, PhD
Director, Fascia Research Project
Ulm University, Germany

Introduzione

Questo libro è strutturato per essere d'aiuto agli allievi che frequentano i corsi di Manipolazione Fasciale.

Nei primi due capitoli si riportano le informazioni essenziali per poter comprendere l'anatomia e la fisiologia della fascia, si danno consigli su come attuare il trattamento e su come compilare la cartella.

Dal terzo all'ottavo capitolo si presentano le unità mf, che spostano i vari segmenti corporei nei tre piani dello spazio.

Ogni unità mf ha un Centro di Percezione (CP), che corrisponde al punto dove il paziente avverte il dolore, e un Centro di Coordinazione (CC), che corrisponde all'origine della disfunzione articolare.

La sede del CC è in un punto lontano dalla sede del dolore ed esso non è dolente fino a che non lo si trova con la palpazione.

La sede del dolore, o CP, è a livello dell'articolazione su cui agisce l'unità mf.

Su ogni articolazione operano sei unità mf: unità di antepulsione e di retropulsione, unità di lateropulsione e di mediopulsione, unità di intrarotazione e di extrarotazione.

In presenza di un dolore articolare, occorre effettuare una verifica motoria, per risalire all'unità mf responsabile di quel dolore. Essa non è un test per il singolo muscolo, ma valuta la funzionalità del complesso osteo-neuro-mio-fasciale, o unità mio-fasciale, che sposta un segmento in una precisa direzione.

Dopo il trattamento di Manipolazione Fasciale, molti pazienti affermano: "questo non è un massaggio"; in effetti questa terapia prevede una pressione profonda alla ricerca della densificazione della fascia. Una volta individuato il punto densificato, lo si lavora con le nocche o con i gomiti per vari minuti, fino alla scomparsa del dolore e il ripristino immediato della funzionalità articolare.

La seduta inizia con la raccolta dati, riportando il movimento doloroso che risveglia maggiormente il sintomo del paziente. Ogni unità mf attua lo spo-

stamento di un segmento in una specifica direzione; quindi questo dato, riferito dal paziente, è un elemento utile per ipotizzare il coinvolgimento di una specifica unità mf.

L'ipotesi deve sempre essere convalidata dalla verifica motoria, prima di passare alla verifica palpatoria. Durante la verifica motoria si chiede al paziente di attuare il movimento doloroso riferito durante la raccolta dati. Alla fine della seduta si invita il paziente a rifare lo stesso movimento, il che serve a valutare il risultato post-trattamento.

In presenza di dolori distribuiti in più segmenti, è utile trovare il piano dello spazio e la sequenza lungo la quale si dispongono questi dolori. In questi casi si chiede al paziente di attuare la verifica motoria dei segmenti più mobili.

Per facilitare la localizzazione dei punti, o cc, su cui effettuare la verifica palpatoria e poi il trattamento, si riportano varie immagini anatomiche.

Nelle immagini anatomiche del terzo capitolo sono riportati i tre CC che attuano, per ogni segmento del corpo umano, lo schema motorio di ante-medio-intra. Essendo il terzo capitolo dedicato alla sequenza di antepulsione, di conseguenza il lettore esaminerà soprattutto le fibre mono e biarticolari, che convergono nel CC di antepulsione (an). Quando nel quinto capitolo si studierà la sequenza di mediopulsione e nel settimo quella di intrarotazione, allora lo studente si rifarà alle immagini anatomiche del terzo capitolo per trovare i muscoli che concorrono alla formazione dei CC di medio e di intra. Si è adottata questa strategia in modo da presentare al lettore una volta sola la localizzazione reciproca dei tre CC anteriori del corpo.

Nelle immagini anatomiche del quarto capitolo sono riportati i tre cc, che attuano per ogni segmento lo schema motorio di retro-latero-extra. Essendo il quarto capitolo dedicato alla sequenza di retropulsione, di conseguenza il lettore esaminerà soprattutto le fibre mono e biarticolari, che convergono nel CC di retropulsione. Quando nel sesto capitolo si studierà la sequenza di lateropulsione e nell'ottavo quella di extrarotazione, allora

lo studente si rifarà alle immagini anatomiche del quarto capitolo per trovare i muscoli che concorrono alla formazione dei CC di latero e di extra.

Nelle immagini anatomiche del quinto capitolo sono riportati i tre CC anteriori del segmento in esame e i tre CC del segmento successivo. Questa scelta ha lo scopo di allenare lo studente ad attuare la verifica palpatoria non solo in senso trasversale dei tre CC di ante-medio-intra, ma anche in senso longitudinale lungo le stesse sequenze. Facciamo presente che la sede del dolore è sempre manifesta, mentre la sua origine è sempre nascosta o silente; quindi il tempo che si dedica alla verifica palpatoria non è mai sprecato.

Nelle immagini anatomiche del sesto capitolo sono riportati i tre CC posteriori del segmento in esame e i tre CC del segmento successivo. A queste immagini il lettore si rifà quando studia i CC del quarto e dell'ottavo capitolo. Nella patologia si verifica spesso che siano attivi entrambi i CC segnalati lungo la stessa sequenza.

Nelle immagini anatomiche del settimo capitolo sono riportati i sei CC di ogni segmento analizzato in sezione orizzontale. In questo capitolo sono presi in considerazione i tre CC di ante-medio-intra. Si fa presente che nelle sezioni orizzontali la loro localizzazione può essere un po' più prossimale o distale rispetto a dove è disegnata; il CC viene riportato ugualmente sia per mostrare i suoi rapporti con i setti e i muscoli sottostanti, sia per mostrare la sua posizione rispetto al CC antagonista. In alcune immagini (7.20, 7.50, 7.60, ecc.) abbiamo anche inserito delle frecce per evidenziare la disposizione speculare del CC agonista rispetto al CC antagonista.

Nell'ottavo capitolo le sezioni orizzontali sono dedicate alla spiegazione dei tre CC di retro-lateo-extra. I CC di questo schema motorio sono disposti negli arti e nel tronco nella parte posteriore rispetto ai CC di ante-medio-intra.

Il nono capitolo è dedicato alla presentazione delle verifiche motorie e palpatorie comparative. La verifica motoria è chiamata comparativa, in quanto essa testa in contemporanea le sei unità mf che agiscono sui segmenti più mobili. La verifica palpatoria comparativa mette in confronto i CC di un emisoma con quelli dell'emisoma opposto.

Quando si spiega la verifica palpatoria, dal terzo all'ottavo capitolo, si riporta fra parentesi il punto agopuntureo corrispondente al CC. Questo inserimento è utile in quanto qualche CC corrisponde a due o tre punti di agopuntura. In questi casi la verifica palpatoria deve ispezionare per primo il CC principale e poi il punto prossimale (p) e quello distale (d). Ad esempio, il CC re-ta si trova nella convergenza mio-tendinea dei due gastrocnemi; questo CC corrisponde al punto agopuntureo BL 57. Dal momento che la retropulsione del talo è attuata per diversi gradi lungo il piano sagittale, di conseguenza il centro di coordinazione può essere più prossimale, fra i due ventri dei gastrocnemi (BL 56) o più distale sopra il ventre del soleo (BL 58). Se si è trattato solo il CC principale, allora nella cartella si scrive re-ta; se si è trattato il CC prossimale, si scrive re-ta p.

Nel tronco, dove ogni vertebra è mossa dai propri muscoli profondi, ogni CC principale può essere dislocato leggermente in senso prossimale o distale.

Queste variabili del CC principale vengono presentate in quanto rendono la verifica palpatoria più libera e meno vincolata da confini prestabiliti.

Nella precedente edizione di questo volume mancavano le tavole anatomiche; ora ci sono, grazie ai disegni anatomici presi dal testo *Istituzioni di Anatomia dell'Uomo* di G. Chiarugi e L. Bucciante. Ringraziamo l'editore Piccin per averci concesso il loro utilizzo.

Gli Autori

Indice generale

| | | | |
|---|------------|---|------------|
| Abbreviazioni | IX | Unità mf di retro-torace | 116 |
| 1. Anatomia della fascia – Istologia della fascia – Modello biomeccanico . . . | 1 | Unità mf di retro-lombi | 118 |
| Anatomia della fascia | 2 | Unità mf di retro-pelvi | 120 |
| Istologia della fascia | 13 | Unità mf di retro-coxa | 122 |
| Biomeccanica della fascia | 22 | Unità mf di retro-genu | 124 |
| 2. Fisiologia della fascia – Dolore mio-fasciale – Cartella della MF . | 35 | Unità mf di retro-talo | 126 |
| Fisiologia della fascia | 36 | Unità mf di retro-piede | 128 |
| Dolore mio-fasciale | 48 | Unità mf di retro-scapola | 130 |
| Cartella per la MF | 56 | Unità mf di retro-humerus | 132 |
| 3. Sequenza mio-fasciale di antepulsione | 73 | Unità mf di retro-cubito | 134 |
| Unità mf di ante-capo 1 | 74 | Unità mf di retro-carpo | 136 |
| Unità mf di ante-capo 2 | 76 | Unità mf di retro-dita | 138 |
| Unità mf di ante-capo 3 | 78 | Strategie di trattamento per la sequenza di retropulsione | 140 |
| Unità mf di ante-collo | 80 | 5. Sequenza mio-fasciale di mediopulsione | 141 |
| Unità mf di ante-torace | 82 | Unità mf di medio-capo 1 | 142 |
| Unità mf di ante-lombi | 84 | Unità mf di medio-capo 2 | 144 |
| Unità mf di ante-pelvi | 86 | Unità mf di medio-capo 2 retro | 145 |
| Unità mf di ante-coxa | 88 | Unità mf di medio-capo 3 | 146 |
| Unità mf di ante-genu | 90 | Unità mf di medio-capo 3 retro | 147 |
| Unità mf di ante-talo | 92 | Unità mf di medio-collo | 148 |
| Unità mf di ante-piede | 94 | Unità mf di medio-collo retro | 149 |
| Unità mf di ante-scapola | 96 | Unità mf di medio-torace | 150 |
| Unità mf di ante-humerus | 98 | Unità mf di medio-torace retro | 151 |
| Unità mf di ante-cubito | 100 | Unità mf di medio-lombi | 152 |
| Unità mf di ante-carpo | 102 | Unità mf di medio-lombi retro | 153 |
| Unità mf di ante-dita | 104 | Unità mf di medio-pelvi | 154 |
| Strategie di trattamento per la sequenza di antepulsione | 106 | Unità mf di medio-pelvi retro | 155 |
| 4. Sequenza mio-fasciale di retropulsione | 107 | Unità mf di medio-coxa | 156 |
| Unità mf di retro-capo 1 | 108 | Unità mf di medio-genu | 158 |
| Unità mf di retro-capo 2 | 110 | Unità mf di medio-talo | 160 |
| Unità mf di retro-capo 3 | 112 | Unità mf di medio-piede | 162 |
| Unità mf di retro-collo | 114 | Unità mf di medio-scapola | 164 |
| | | Unità mf di medio-humerus | 166 |
| | | Unità mf di medio-cubito | 168 |
| | | Unità mf di medio-carpo | 170 |
| | | Unità mf di medio-dita | 172 |
| | | Strategie di trattamento per la sequenza di mediopulsione | 174 |

6. Sequenza mio-fasciale di lateropulsione 175

| | |
|--|-----|
| Unità mf di latero-capo 1 | 176 |
| Unità mf di latero-capo 2 | 178 |
| Unità mf di latero-capo 3 | 180 |
| Unità mf di latero-collo | 182 |
| Unità mf di latero-torace | 184 |
| Unità mf di latero-lombi | 186 |
| Unità mf di latero-pelvi | 188 |
| Unità mf di latero-coxa | 190 |
| Unità mf di latero-genu | 192 |
| Unità mf di latero-talo | 194 |
| Unità mf di latero-piede | 196 |
| Unità mf di latero-scapola | 198 |
| Unità mf di latero-humerus | 200 |
| Unità mf di latero-cubito | 202 |
| Unità mf di latero-carpo | 204 |
| Unità mf di latero-dita | 206 |
| Strategie di trattamento per la sequenza di lateropulsione | 208 |

7. Sequenza mio-fasciale di intrarotazione 209

| | |
|--|-----|
| Unità mf di intra-capo 1 | 210 |
| Unità mf di intra-capo 2 | 212 |
| Unità mf di intra-capo 3 | 214 |
| Unità mf di intra-collo | 216 |
| Unità mf di intra-torace | 218 |
| Unità mf di intra-lombi | 220 |
| Unità mf di intra-pelvi | 222 |
| Unità mf di intra-coxa | 224 |
| Unità mf di intra-genu | 226 |
| Unità mf di intra-talo | 228 |
| Unità mf di intra-piede | 230 |
| Unità mf di intra-scapola | 232 |
| Unità mf di intra-humerus | 234 |
| Unità mf di intra-cubito | 236 |
| Unità mf di intra-carpo | 238 |
| Unità mf di intra-dita | 240 |
| Strategie di trattamento per la sequenza di intrarotazione | 242 |

8. Sequenza mio-fasciale di extrarotazione 243

| | |
|--------------------------------|-----|
| Unità mf di extra-capo 1 | 244 |
| Unità mf di extra-capo 2 | 246 |
| Unità mf di extra-capo 3 | 248 |
| Unità mf di extra-collo | 250 |
| Unità mf di extra-torace | 252 |
| Unità mf di extra-lombi | 254 |
| Unità mf di extra-pelvi | 256 |
| Unità mf di extra-coxa | 258 |
| Unità mf di extra-genu | 260 |
| Unità mf di extra-talo | 262 |
| Unità mf di extra-piede | 264 |

| | |
|--|-----|
| Unità mf di extra-scapola | 266 |
| Unità mf di extra-humerus | 268 |
| Unità mf di extra-cubito | 270 |
| Unità mf di extra-carpo | 272 |
| Unità mf di extra-dita | 274 |
| Strategie di trattamento per la sequenza di extrarotazione | 276 |

9. Verifiche motorie e verifiche palpatorie 277

| | |
|--|-----|
| Verifiche motorie comparative | 278 |
| Verifiche motorie comparative per il tronco: segmento cervicale | 279 |
| Verifiche motorie comparative per il tronco: segmento lombare | 280 |
| Verifiche motorie in controresistenza delle sequenze del tronco | 281 |
| Scorciatoie per il tronco | 282 |
| Ispezioni posturali del tronco | 283 |
| Verifiche motorie comparative per l'arto inferiore: segmento coxa | 284 |
| Verifiche motorie comparative dell'arto inferiore: segmento talo | 285 |
| Verifiche motorie delle sequenze dell'arto inferiore in controresistenza | 286 |
| Scorciatoie per l'arto inferiore | 287 |
| Ispezioni dell'allineamento dell'arto inferiore | 288 |
| Verifiche motorie comparative per l'arto superiore: segmento omerale | 289 |
| Verifiche motorie comparative per l'arto superiore: segmento carpale | 290 |
| Verifiche motorie delle sequenze dell'arto superiore in controresistenza | 291 |
| Scorciatoie per l'arto superiore | 292 |
| Ispezioni delle deviazioni dell'arto superiore | 293 |
| Verifiche palpatorie comparative | 294 |
| Segmento oculare CP 1 bi | 295 |
| Segmento mascellare CP 2 bi | 296 |
| Segmento mandibolare CP 3 | 297 |
| Segmento cervicale CL | 298 |
| Verifica comparativa longitudinale: segmenti toraco-lombare TH LU | 299 |
| Verifica comparativa longitudinale: segmenti lombo-pelvico LU PV | 300 |
| Verifica comparativa longitudinale: segmenti coscia-genu CX GE | 301 |
| Segmento del talo TA | 302 |
| Segmento del piede PE | 303 |
| Segmento della scapola SC | 304 |
| Segmento dell'omero HU | 305 |
| Segmento del cubito CU | 306 |
| Segmento del carpo CA | 307 |
| Segmento delle dita DI | 308 |
| Conclusione | 309 |
| Bibliografia | 310 |

Abbreviazioni

| | | | |
|---------------|--|---------------|---|
| *** | Massima intensità del sintomo | la | Latero, lateropulsione |
| +++ | Massimo beneficio ottenuto | La -ca | Latero-carpo, portare in fuori il polso |
| 1 x m | una volta al mese si aggrava il dolore | La -cl | Latero-collo, piegare di lato il collo |
| a, 10a | Anno, 10 anni dall'insorgenza dolore | La -cp | Latero-capo, guardare di lato |
| an | ante, cioè movimenti in avanti | La -cu | Latero-cubito, tenuta laterale gomito |
| An-ca | Ante-carpo o flessione del polso | La -cx | Latero-coxa, abduzione dell'anca |
| An-cl | Ante-collo o flessione anteriore | La -di | Latero-dita, distanziare fra loro le dita |
| An-cp | Ante-capo con le tre sub-unità mf | La -ge | Latero-ginocchio, tenuta laterale |
| An-cu | Ante-cubito o piegare il gomito | La -hu | Latero-omero, abduzione della spalla |
| An-cx | Ante-coxa o lancio in avanti | La -sc | Latero-scapola, sollevamento |
| An-di | Ante-dita o chiusura delle dita | La -ta | Latero-talo, eversione in fuori |
| An-ge | Ante-ginocchio o estensione | La -th | Latero-torace, piegarsi di lato |
| An-hu | Ante-omero o flessione della spalla | LI | Meridiano dell'Intestino Crasso |
| An-lu | Ante-lombi o arrotolamento | lu | Lombi (lumbi) |
| An-pe | Ante-piede o flessione dorsale | LU | Meridiano del Polmone |
| An-pv | Ante-pelvi o basculamento anteriore | LV | Meridiano del Fegato |
| An-sc | Ante-scapola o spostamento in avanti | m | Mese, periodo insorgenza del dolore |
| An-ta | Ante-talo o dorsoflessione | me | Medio, mediopulsione, mediale |
| An-th | Ante-torace o chinarsi in avanti | Me-cl | Medio-collo, portare al centro |
| bi | Bilaterale, sia destra che sinistra | Me-di | Medio-dita, avvicinare le dita |
| BL | Meridiano della Vescica | Me-hu | Medio-omero, adduzione della spalla |
| ca | Carpo (carpus), polso | Me-ta | Mediopulsione talo, |
| CC | Centro di coordinazione dell'unità mf | mf | Mio-fasciale, unità, sequenza, spirale |
| cl | Collo, regione cervicale | mn | Mattino, dolore rigidità mattutina |
| cost. | Costante, dolore continuo | MoDo | Movimento Doloroso |
| CP | Centro Percettivo e sede del dolore | nt | Notte, arco del giorno che aggrava |
| cp | Capo, faccia e cranio | p | Proximale, nella parte cefalica |
| cu | Cubito (cubitus), gomito | PC | Meridiano del Pericardio |
| cx | Coxa, coscia-anca | pe | Piede, tarso, metatarso e dita |
| d | Distale, nella parte podalica | pm | Pomeriggio, momento che peggiora |
| di | Dita, metacarpo, falangi | prec. | Precedente al presente dolore |
| dx | Destra (dexter), arto, o emicorpo | pv | Pelvi, bacino, cingolo pelvico |
| er | Extra, extrarotazione, eversione | re | Retro, retropulsione, retrostante |
| Er-ta | Extrarotazione di talo, pronazione | rec. | Recidivante, dolore che si ripresenta |
| g, 1g | Giorno, un giorno dal trauma... | Re-ca | Retro-carpo, estendere il polso |
| GB | Meridiano della Vescica Biliare | Re-cl | Retro-collo, portare in dietro il collo |
| ge | Ginocchio (genu) | Re-cp | Retro-capo, portare in alto gli occhi |
| HT | Meridiano del Cuore | Re-cu | Retro-cubito, raddrizzare il gomito |
| hu | Omero (humerus), spalla distale | Re-cx | Retro-coxa, portare in dietro l'anca |
| ir | Intra, intrarotazione, inversione | Re-di | Retro-dita, deviare ulnarmente il V |
| Ir-ta | Intrarot. talo, supinazione caviglia | Re-ge | Retro-ginocchio, flettere il ginocchio |
| KI | Meridiano del Rene | Re-hu | Retro-omero, estendere la spalla |

| | | | |
|--------------|---------------------------------------|-----------|-------------------------------------|
| Re-lu | Retro-lombi, iperestendere la schiena | ST | Meridiano dello Stomaco |
| Re-pe | Retro-piede, flessione plantare ... | ta | Talo (talus) astragalo |
| sc | Scapola, spalla prossimale | TE | Meridiano del Triplice Riscaldatore |
| SeDo | Sede del Dolore riferita dal paziente | th | Torace, (thorax) |
| SI | Meridiano dell'Intestino Tenue | TP | Trigger Point, punto scatenante |
| sn | Sinistra di arto o di tronco | VC | Meridiano del Vaso Concezione |
| SP | Meridiano della Milza-Pancreas | VG | Meridiano del vaso Governatore |