Nella fisioterapia tradizionale, tanto ortopedica quanto neurologica, l’approccio al recupero e al miglioramento funzionale implica quasi sempre attività che coinvolgono l’escursione di segmenti articolari, o attraverso esercizi aspecifici oppure attraverso esercizi finalizzati al raggiungimento di obiettivi funzionali (prendere un bicchiere, calciare una palla, allenare l’equilibrio). Molto spesso la parte di riabilitazione dedicata agli aspetti automatici del movimento viene presa poco in considerazione, quando addirittura non considerata del tutto.

Come sappiamo dalla fisiologia, l’automatismo, per quanto appreso, rappresenta il substrato indispensabile al movimento volontario. La complessa rete di interazioni dei sistemi corticali e sottocorticali permette l’integrazione di stimoli visivi, vestibolari, motori, sensitivi e propriocettivi, indispensabile per la gestione dei riflessi spinali, schemi di movimento già prestabiliti, ma adattabili al compito motorio secondo quel meccanismo che prende il nome di “atteggiamento funzionale” (Eric R. Kandel, James H. Schwartz, Thomas M. Jessell: Principi di Neuroscienze). L’unico recettore a possedere un’innervazione efferente motoria, oltre quella afferente sensitiva, è il fuso neuromuscolare, che oltre ad “informare” il SNC, viene da questo modulato durante la sua attività di “informatore”. Le informazioni sulla lunghezza fornite dai fusi vengono utilizzate dal cervello per determinare le posizioni relative dei vari segmenti muscoloscheletrici. Insieme all’organo tendineo del Golgi, il fuso neuromuscolare fornisce informazioni complementari sullo stato meccanico del muscolo: lunghezza e tensione. Le informazioni propriocettive provenienti da questi recettori raggiungono tutti i livelli del SNC il quale le utilizza, attraverso una complessa attività di modulazione, per la percezione della posizione dei segmenti e per il controllo motorio. Il SNC, dunque, attraverso il fuso, può controllare il flusso delle informazioni sensitive che riceve e può, così, generare forza muscolare adeguata con conseguenti modificazioni del tono e della lunghezza del muscolo grazie a tre fattori: lunghezza iniziale del muscolo, velocità di variazione di questa lunghezza, carichi che si oppongono al movimento (gravità compresa). La corretta funzionalità dei sistemi ricettivi e delle aree deputate a processare i dati fino a determinare la percezione permette di costruire una rete di riflessi spinali precisi nei timing di attivazione e adattabili alle richieste dell’ambiente. Ciò, ovviamente, risulta indispensabile ai fini dei un movimento volontario preciso, coordinato, fluido ed economico. Tutto questo è, quindi, premessa indispensabile per muovere gli arti, mantenere la postura ed eseguire con precisione vari compiti motori.

La tecnica “Approccio Variabile” (AV) sottende i concetti sopra esposti, proponendo un intervento manuale sul muscolo (direttamente ed indirettamente) con l’obiettivo di rivolgere “domande specifiche” che, attraverso la stimolazione dei sistemi fusimotorio e scheletromotorio, facilitino una risposta muscolare adeguata e significativa, sia su base volontaria che automatica. Il punto di forza della tecnica AV consiste nella possibilità di intervenire direttamente sul muscolo senza dover implicare necessariamente il movimento articolare e cominciare la stimolazione dei meccanismi automatici sopra riportati già nelle prime fasi dell’intervento riabilitativo, ad esempio all’inizio di una presentazione clinica acuta o di un percorso post-chirurgico, riducendo i tempi di recupero. Pensiamo, ad esempio, a una tendinopatia acuta che interessi la spalla, in cui la mobilizzazione articolare può risultare, nelle prime fasi, particolarmente sgradevole per il paziente a causa della predominanza del dolore, o a un intervento di ricostruzione dei legamenti crociati del ginocchio, in cui spesso l’attenzione agli aspetti propriocettivi è posticipata di settimane, fino a che il paziente non è in grado di svolgere già attività complesse come salire su una tavoletta propriocettiva. Ancora, a una comune lombalgia acuta, che vede il paziente costretto al riposo, creando un circolo vizioso di disfunzionalità legato all’immobilità e, quindi, all’alterazione dei meccanismi che permettono di mantenere un corretto tono muscolare basale. Tutte queste, come tante altre presentazioni (anche croniche, in cui risultino compromessi gli aspetti automatici), rappresentano condizioni cliniche che spesso prevedono tempi di recupero dilatati nel tempo perché i comuni interventi riabilitativi non permettono di modificare con tempismo l’organizzazione funzionale del SNC, col risultato di attendere una riorganizzazione spontanea che finalmente renda possibile al fisioterapista proporre attività volontarie ed esercizi finalizzati.

La possibilità della tecnica AV di proporre una varietà e una sequenza di interventi sul paziente con un dettaglio clinico di estrema precisione, in tutte le direzioni di spostamento permesse dal muscolo, a diverse velocità, con diversa intensità, integrando diversi distretti corporei contemporaneamente, senza movimento articolare, costituisce un valido strumento per risvegliare tutti quei meccanismi automatici dormienti già nei primi giorni del percorso riabilitativo, diminuendo di conseguenza i tempi di recupero. Inoltre, la variabilità insita nella tecnica riflette i dettami delle teorie sull’apprendimento motorio a oggi più condivise dalla comunità scientifica. Gran parte della ricerca sulla variabilità dell’allenamento è stata condotta per valutare alcune previsioni della teoria dello schema (Schmidt, 1975b). In essa si è supposto che il transfer dei compiti nuovi dovrebbe essere intensificato dopo l’allenamento nelle condizioni di allenamento variabile, a confronto con quelle di allenamento costante. La tecnica Approccio Variabile propone l’apprendimento di classi di movimento esercitate attraverso una vasta gamma di variabili che permettono al SNC di accumulare informazioni da parametrizzare e adeguare alle future necessità di movimento.