

La scoliosi

Il termine scoliosi deriva dal greco (Skolios, storto, contorto) e indica una forma di alterazione morfologica che implica una deformità permanente della colonna vertebrale non modificabile volontariamente. Si accompagna ad alterazioni anatomiche delle vertebre e delle strutture di sostegno del tronco (articolazioni, legamenti, muscolatura paravertebrale e nei casi più gravi anche degli organi interni). Importante distinguere la scoliosi vera (strutturata) dall'atteggiamento scoliotico. Anche quest'ultimo, infatti, mostra una colonna deviata dall'asse ma non si accompagna mai a deformazione dei corpi vertebrali ed è correggibile volontariamente o con semplici interventi esterni. Nell'atteggiamento scoliotico la deviazione della colonna è visibile solo in alcune posizioni ed è generalmente determinata da condizioni facilmente rilevabili quali ad esempio la presenza una gamba più corta, dolore vertebrale o muscolare, e piuttosto frequentemente da scorretto atteggiamento posturale o da muscolatura del tronco non sufficientemente sviluppata.

In base all'età di prima rilevazione è definita scoliosi infantile (fino a 3 anni), giovanile (dai 3 fino alla pubertà), adolescenziale (dalla pubertà fino alla completa maturità ossea) o dell'adulto. Oltre l'80% delle scoliosi viene diagnosticato durante l'adolescenza, spesso durante la visita medico-sportiva per idoneità. Riguarda in 7 casi su 10 il sesso femminile. Nel soggetto scoliotico si osservano sempre asimmetria del livello orizzontale delle spalle e delle creste iliache, curvatura della linea delle apofisi spinose, asimmetria dei triangoli della taglia, accorciamento del tronco.

Oltre agli evidenti danni alla colonna, la scoliosi provoca altri danni che possono riguardare il sistema neuromotorio e il sistema cardio-polmonare. Da non sottovalutare inoltre il dolore e il danno estetico. Quest'ultimo, soprattutto in ragazzi e ragazze in età adolescenziale, provoca un disturbo nello sviluppo dell'immagine corporea dell'adolescente e può essere un handicap nelle relazioni sociali.

Le scoliosi vengono divise in due gruppi: le scoliosi ad eziologia nota e le scoliosi ad eziologia sconosciuta, cioè idiopatiche. Le cause che possono determinare l'instaurarsi di una scoliosi sono molteplici e sarà compito di un esperto specialista definirle caso per caso.

Le scoliosi idiopatiche, cioè quelle scoliosi di cui non sono ancora noti i fattori scatenanti, rappresentano il 70-80% di tutte le scoliosi. La forma più comune è la scoliosi idiopatica dell'età evolutiva. Nel periodo dell'accrescimento (11-15 anni per le femmine e 13-17 anni per i maschi) la scoliosi ha il massimo della sua evolutività.

È quindi di primaria importanza intraprendere subito il trattamento. Il trattamento deve procedere "a gradini" e il punto fondamentale è partire dal gradino giusto: non troppo in alto né troppo in basso, in quanto in entrambi i casi si commetterebbero degli sbagli irrimediabili.

La scoliosi è una malattia "strana", difficile, di confine tra molte specialità, che però merita l'attenzione di un medico (ma anche di un riabilitatore e di un tecnico ortopedico) che sia abituato a trattarla, che sia in grado di fare una prognosi: è questa infatti l'unica via per minimizzare il rischio di incorrere in sbagli a volte tragici per il paziente.

Vi sono diversi tipi di trattamenti da valutare a seconda dell'età del paziente, della eziologia e della gravità della scoliosi.

Fra questi la **kinesiterapia** con ginnastica correttiva ed esercizi specifici porta ad un miglioramento del controllo neuromotorio e posturale del rachide e dell'equilibrio oltre a rinforzare/tonificare la muscolatura del tronco.

Lo **sport**, è inscindibilmente legato alla kinesiterapia, di cui rappresenta per così dire il versante attivo. Infatti, se la quest'ultima propone un lavoro fisico sostanzialmente di tipo statico, l'attività sportiva la integra con una attivazione più ampia e generalizzata di tutto l'apparato locomotore, organico e psicomotorio. Fino a quando la scoliosi è minore lo sport deve essere un momento terapeutico mascherato. In questa fase, infatti, uno degli obiettivi è che il ragazzo faccia dello sport, evitando nel contempo un eccessivo sovraccarico psicologico.

Così, la prescrizione medica di uno sport a scapito di un altro è ingiustificata in quanto può creare alcuni problemi (il ragazzo non può così scegliere in base alle sue preferenze ed alle sue amicizie) senza garantire vantaggi significativi (non esiste di fatto uno sport che, indistintamente per tutti i casi di scoliosi, sia migliore di un altro, anche se può esistere qualcuno peggiore, che però va sconsigliato solo a ragion veduta).

Quando la scoliosi invece si avvicina ad un confine che può far pensare ad un futuro trattamento ortopedico o quando ci sono dei fattori prognostici negativi, sono da evitare sforzi eccessivi e l'agonismo. L'allenatore competente deve essere un pedagogo capace di gestire la situazione del giovane scoliotico che intraprende uno sport.

By courtesy of Nadir De Chirico

Siti web di riferimento:

www.ilfisiatra.it di Carmine Finizio.

www.gss.it

www.isico.it

www.sirer.net

www.sosort.org

www.scoliosiricerca.it