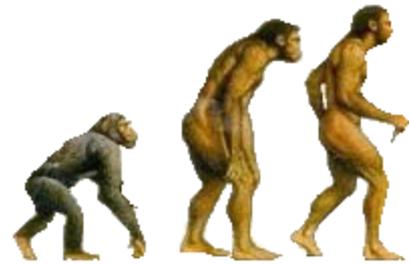
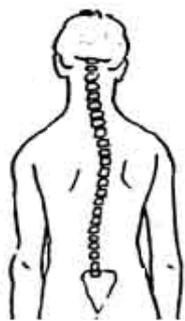


L'influenza dei vizi posturali sulla insorgenza della scoliosi.

Levando gradualmente gli arti superiori dall'appoggio al suolo e assumendo la verticalità, l'omo erectus ha causato una determinante modifica della funzione del rachide con il passaggio da una catena cinetica chiusa ad una catena cinetica aperta. Si può quindi facilmente intuire che la scoliosi è un problema antico, legato all'evoluzione antropologica dell'uomo, che affligge la specie umana fin dall'assunzione della posizione eretta.



Si trovano riferimenti di questa deformità in antichi documenti cinesi, indiani ed egizi, e successivamente nell'Antico Testamento si possono rintracciare descrizioni di tentativi di correzione anche se l'inizio della storia del trattamento di questa malformazione vertebrale viene generalmente attribuito ad Ippocrate.



Tecnicamente la scoliosi è una inclinazione patologica del rachide sul piano frontale, cioè una deviazione laterale a destra o a sinistra della colonna vertebrale. Quelle più gravi presentano una rotazione delle vertebre interessate nella curva che, sollevando le costole, provocano la sporgenza di un emitorace; molte volte, ad una prima curva ne risponde una seconda di compenso allo strapiombo (a doppia curva).

I danni provocati dalla scoliosi non si limitano solo alla natura estetica, bensì sono altri e molto più gravi: il rachide diviene più rigido con conseguente riduzione dell'ampiezza dei movimenti di torsione e flessione, provoca inoltre l'imitazione funzionale degli organi interni, riducendo la capacità cardiorespiratoria e nel complesso una riduzione della capacità generale di sforzo.



Non si sa molto sulla eziopatogenesi della scoliosi, di certo c'è che può insorgere in qualsiasi momento dell'età evolutiva con più incidenza tra i 10 e 13 anni di età, che il decorso non obbedisce a delle regole precise, e che il pericolo si riduce notevolmente solo verso i 16—18 anni di età. I tanti studiosi che hanno cercato di indagare sulle cause dell'insorgere della scoliosi ci forniscono una serie di teorie ed ipotesi assai diverse tra di loro che non aiutano a sciogliere il quesito: in sostanza, solo il 20% circa delle scoliosi ha origine da cause conosciute, che possono essere dismetria degli arti inferiori o del bacino (cause statiche), malformazioni congenite dei corpi vertebrali e cause di natura poliomielitica; il restante 80% (idiopatiche) insorgono senza una causa apparente e vengono imputate ad una serie di cause probabili, come l'ereditarietà (le probabilità

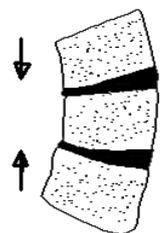
di un figlio di una madre scoliotica di sviluppare la scoliosi sono 10 volte maggiori rispetto ad un individuo figlio di madre normale), il banco, la cartella e, soprattutto, la postura viziata. E' proprio sull'atteggiamento e sulle scoliosi minori che vogliamo soffermarci, cioè quelle inclinazioni del rachide facilmente correggibili, ma che non possono non essere considerati campanelli di allarme.

I programmi di screening effettuati sulla popolazione scolastica in varie parti del mondo hanno dimostrato che l'incidenza della scoliosi non strutturale ($<10^\circ$) è più grande di quello che si poteva prevedere e può arrivare a più del 10% nei giovani compresi nell'età di rischio dai 10 ai 13 anni. Va detto però che, prima che si effettuassero gli screening su larga scala queste curve minori passavano inosservate, a dimostrazione che fortunatamente la maggior parte di queste non evolvono in una scoliosi progressiva e quindi non causano problemi.

Secondo uno screening svolto su ragazzi della scuola dell'obbligo di Catanzaro e riportato dal dr. Milano (direttore della cattedra di Ortopedia dell'Università di Catanzaro) agli atti del 4 Congresso Nazionale di Medicina dello Sport (Copanello), risulta che il 14,10% presenta un posturale alterato. Il fattore posturale ha indubbiamente un ruolo importante, ma che possa agire da solo non sempre è certo; Pivetta pone addirittura il quesito se il giovane scoliotico è divenuto tale per aver mantenuto a lungo una postura viziata, o mantiene un atteggiamento scorretto non tanto per consuetudine errata quanto per il fatto di essere scoliotico; d'altra parte, non tutti i ragazzi che assumono posizioni scorrette, tra i banchi o davanti ad un televisore, subiscono deformazioni morfologiche. Questo dimostra come si sia nel campo delle ipotesi.

Di sicuro non bisognerà smettere di preoccuparsi quando si sentirà dire da un ortopedico che è un atteggiamento, anzi è importante, anche se molto spesso non risolutivo, intervenire precocemente se non altro per circoscrivere il processo e per cercare di rallentare l'evoluzione.

Spesso un vizio di postura crea delle ipotonie muscolari ed in seguito degli adattamenti legamentosi che possono alterare con la loro pressione sulle vertebre l'accrescimento simmetrico dei corpi vertebrali, infatti secondo la legge di Delpech, i corpi vertebrali subiscono un rallentamento della crescita dal lato della concavità fino ad assumere una forma a cuneo e quindi una vera e propria alterazione strutturale



Come si interviene in caso di atteggiamento scoliotico?

Dato che l'atteggiamento è un vizio che si può correggere con la volontà, si interviene sensibilizzando il ragazzo all'autocorrezione: Il protocollo Stagnara negli anni 60 fondava il suo

intervento cinesiterapico essenzialmente sull'educazione psicomotoria ossia sul mantenimento prolungato della postura corretta nei gesti della vita quotidiana allo scopo di riorganizzare e perfezionare lo schema corporeo del soggetto.

Ma, soprattutto, con l'attività fisica.

Il bambino fino all'età di sei anni, spinto dall'esigenza di scoprire se stesso e lo spazio che lo circonda, è in sostanza un miniatleta sempre in movimento; il problema sorge con l'inizio della scuola, con l'attrazione verso i videogiochi e la televisione che lo inducono a stare molto seduto trasformandolo da piccolo atleta in mini-impiegato.

Ecco l'importanza e la necessità dell'attività fisica, non necessariamente ginnastica correttiva, ma movimento, giochi e ginnastica generale per restituire vitalità e quel tono muscolare necessario per una postura corretta. La moderata pratica sportiva, intesa come svago, evitando di esasperare le ipermorfie specifiche di una singola disciplina, rappresenta un buon coadiuvante, visto che il ragazzo è poco attratto dalla ginnastica correttiva. Molti autori indicano tra gli sport più favorevoli la pallacanestro e la pallavolo che, con i loro movimenti di tiro, di palleggio e passaggio, favoriscono l'estensione del rachide e quindi una utile sollecitazione muscolare, altri indicano il nuoto perché migliora il trofismo muscolare simmetricamente, la capacità cardio-respiratoria e permette, inoltre, di lavorare con il rachide completamente a scarico.

A nostro parere non esiste di fatto uno sport che, in generale sia migliore di un altro, anche se qualcuno va naturalmente sconsigliato, lasciamo, quindi, che sia il ragazzo a scegliere in base alle sue relazioni ed ai suoi desideri, senza creare sovraccarico psicologico in quanto momento terapeutico mascherato.