

# Trattamento riabilitativo del paziente in età evolutiva

## Un estratto dalle Linee Guida nazionali

a cura della redazione

Link

La Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (SIMFER), sulla base delle indicazioni del Ministero della Sanità, ha dato incarico a una Commissione di suoi Soci (vedi BOX) la stesura di **Linee Guida sul "Trattamento riabilitativo del paziente in età evolutiva affetto da deformità del rachide"**.

Link

Le Linee Guida si rivolgono a tutti gli operatori impegnati nel campo della riabilitazione e del trattamento conservativo delle deformità del rachide e sono applicabili a tutti i pazienti di interesse riabilitativo e conservativo affetti dalle patologie di cui sono oggetto. La metodologia seguita si è basata sul recupero e analisi di tutta la bibliografia e letteratura internazionale esistenti. È stata quindi stabilita una scala della forza delle evidenze scientifiche, codificata sulla base delle classiche indicazioni usate per la stesura di Linee Guida (vedi tabella 1). Dato che l'argomento oggetto delle Linee Guida è caratterizzato da una sovrabbondanza di lavori descrittivi e da prassi principalmente basate sul consenso, più che su evidenze scientifiche, si è ritenuto utile ampliare l'ultima voce (E), suddividendola in tre gradazioni diverse di Consenso Scientifico.

### DEFINIZIONE

La scoliosi idiopatica è una **complessa deformità strutturale della**



Foto by doodledrop www.flickr.com

### colonna vertebrale che si torce sui tre piani dello spazio:

- sul piano frontale, si manifesta con un movimento di flessione laterale;
- sul piano sagittale, con un'alterazione delle curve, il più spesso provocandone un'inversione;
- sul piano assiale, con un movimento di rotazione.

Per definizione, la scoliosi idiopatica non riconosce una causa nota, e probabilmente nemmeno una causa unica. Da un punto di vista eziopatogenetico, quindi, la deformazione vertebrale provocata dalla scoliosi idiopatica può essere definita come il segno di una sindrome complessa ad eziologia multifatto-

	Prove scientifiche	Studi disponibili
<b>A</b>	<b>Molto forti</b>	Più di uno studio randomizzato controllato, con risultati tra loro coerenti
<b>B</b>	<b>Forti</b>	Almeno uno studio randomizzato controllato, con risultati coerenti con gli altri studi in letteratura
<b>C</b>	<b>Discrete</b>	Nessuno studio randomizzato, ma diversi studi controllati con risultati tra loro coerenti
<b>D</b>	<b>Insufficienti</b>	Un solo studio controllato non randomizzato o diversi studi controllati con risultati tra loro non coerenti
<b>E1</b>	<b>Forte consenso scientifico</b>	Consenso generale sulla procedura o sul trattamento
<b>E2</b>	<b>Discreto consenso scientifico</b>	Consenso prevalente, ma non generale, sulla procedura o sul trattamento
<b>E3</b>	<b>Parere della commissione</b>	Parere della commissione in mancanza di un consenso generale

Tabella 1

riale. Questa sindrome si manifesta quasi sempre con la sola deformità, ma non si identifica con essa, in quanto con una indagine più approfondita è possibile trovare altri segni sub-clinici che appaiono significativi. La definizione classica della **Scoliosis Research Society**, definisce la scoliosi come una curva di più di 10° Cobb sul piano frontale senza considerare il piano laterale, le cui modificazioni incidono significativamente sull'evoluzione della scoliosi e la trattabilità ortesica. In base a questo dato, molti dei lavori pubblicati sull'efficacia del trattamento conservativo della scoliosi (fisioterapia, corsetti gessati, busti) utilizzano come unico parametro la modificazione dei gradi Cobb. Questo aspetto è destinato nel futuro ad essere rivisto, in particolare considerando **l'importanza della rotazione vertebrale, valutabile sia radiograficamente che clinicamente**. Le scoliosi idiopatiche possono essere classificate secondo la localizzazione iniziale della deformità: toraciche, toracolombari, lombari, a doppia curva, e secondo l'età di insorgenza: infantili,

giovanili e adolescenziali. Le menomazioni del paziente scoliotico sono classificabili come danni neuromotori, biomeccanici, cardio-respiratori ed estetici. Per quanto riguarda le problematiche relative alle limitazioni delle attività, queste riguardano in gran parte la scoliosi adulta. Il dolore, per esempio, o una significativa riduzione della capacità di sforzo o delle attività della vita quotidiana o professionale non fanno parte delle caratteristiche del giovane paziente scoliotico. Viceversa, ci sono due elementi tipici dell'età evolutiva che pure si riflettono pesantemente anche sull'età adulta: le limitazioni delle attività (disabilità) dovute a motivi psicologici e altre definibili come iatrogene, laddove il ragazzo affetto da scoliosi non viene rispettato in quanto persona colta in un duplice momento delicato, quello della crescita e sviluppo puberale e quello dell'incontro/scontro con il proprio corpo affetto da una forma di patologia che ne mina una struttura portante, che non per niente si chiama "colonna". Tutti questi elementi devono ovviamente essere valutati in base all'en-

tità della curvatura scoliotica, laddove al di sotto dei 20° Cobb quasi mai ci sono manifestazioni di limitazioni delle attività, che divengono però sempre più importanti con l'aggravarsi della patologia.

## IL TRATTAMENTO

Il trattamento della scoliosi ripercorre tutte le fasi tipiche della prevenzione. Quando la patologia è lieve, il trattamento, definito "libero" è una prevenzione dell'evoluitività della scoliosi (esercizi con controlli medici periodici) e riguarda la cosiddetta scoliosi minore (di norma al di sotto dei 20° Cobb). La prevenzione dell'evoluitività diviene poi terapia per evitare che possa evolvere in scoliosi maggiore. **La forma di prevenzione dell'evoluitività principalmente applicata sono gli esercizi specifici e la cinesiterapia**: si tratta di un lavoro finalizzato al miglioramento di capacità neuromotorie, adattato e controllato sulla base della patologia e delle caratteristiche individuali del singolo paziente. **Il complesso degli esercizi è teso a migliorare le capacità specifiche dell'individuo (equilibrio, coordinazione e controllo oculo-manuale) rispettando gli equilibri biomeccanici (l'azione è sui tre piani dello spazio)**. Un secondo aspetto è quello della prevenzione secondaria, vale a dire del **trattamento per evitare i danni conseguenti alla presenza della patologia conclamata**. I confini possono essere fatti coincidere con un livello di patologia che richiede di intervenire con una ortesi. Lo scopo primario in questa fase è quello di **evitare l'aggravamento della scoliosi**, quindi di curare la malattia, ma anche, purtroppo a volte dimenticato, di trattare le menomazioni, di evitare le limitazioni dell'attività (disabilità) e della partecipazione (handicap). Quindi, se l'elemento principe è l'ortesi, il trattamento delle menomazioni e della disabilità sono tipiche dell'intervento riabilitativo, sia cinesiterapico e con esercizi specifici, che psicologico, ma anche educativo. Ovia-

Link



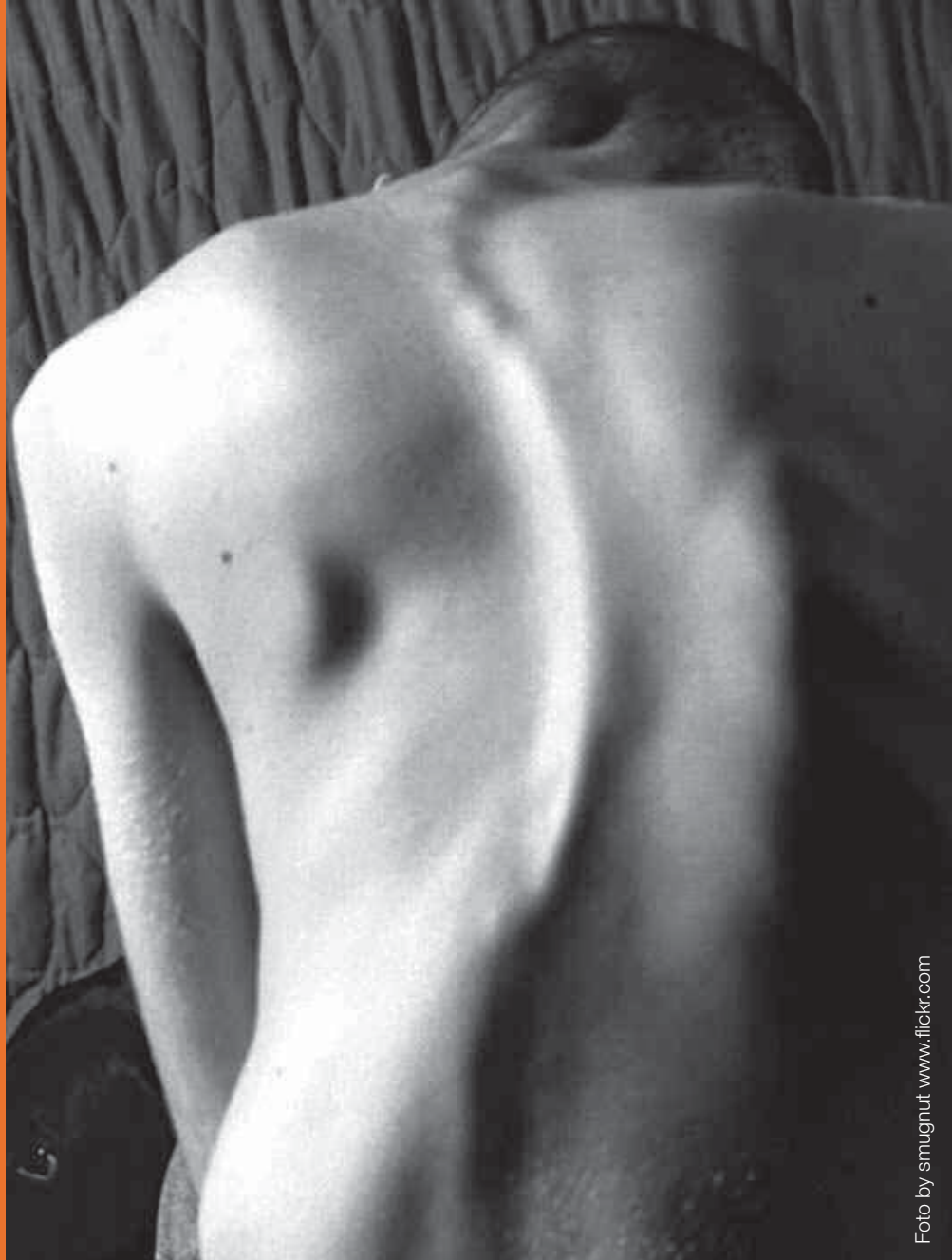
mente **questo intervento è interdisciplinare** e vede la compartecipazione delle diverse figure del team: fisiatra, ortopedico, fisioterapista, tecnico ortopedico, laureato in scienze motorie, paziente, famiglia. Infine, va considerata **la prevenzione terziaria, spesso fatta direttamente coincidere “tout court” con la riabilitazione.** Questo momento è tipico del recupero post-intervento e/o del superamento dei danni iatrogeni in età dell'accrescimento. La curvatura scoliotica non strutturata, o pararmorfismo, o atteggiamento scoliotico, non è una condizione patologica e non rientra nell'oggetto di queste Linee Guida.

## CINESITERAPIA ED ESERCIZI SPECIFICI

Attualmente non c'è evidenza sufficiente per raccomandare o sconsigliare l'utilizzo della cinesiterapia e di esercizi specifici. Peraltro, introducendo accanto ai concetti di efficacia ed efficienza, quello di accettabilità delle terapie, **le famiglie hanno dimostrato di preferire l'effettuazione di esercizi specifici a scopo preventivo all'attesa di una eventuale evoluzione da trattare in seguito con corsetto.** Inoltre, l'esame della letteratura a disposizione permette di ipotizzare un'efficacia di **esercizi specifici nel rallentare l'evoluitività delle curve patologiche in pazienti affetti da scoliosi idiopatica con curve minori.** Non esistono pubblicazioni scientifiche rigorose sull'efficacia terapeutica dell'uso di manipolazioni, plantari (non rialzi), byte, medicinali convenzionali ed omeopatici, agopuntura, accorgimenti alimentari per la correzione della scoliosi idiopatica in età evolutiva.

## RACCOMANDAZIONI

- La scelta delle opzioni terapeutiche deve essere fatta dal **clinico esperto di patologie vertebrali** sulla base di tutti i parametri anamnestici, obiettivi e strumentali (E1).



- Una curvatura scoliotica non strutturata e la scoliosi inferiore ai  $10\pm 5^\circ$  Cobb **non devono essere trattate in modo specifico**, salvo parere motivato del clinico esperto di patologie vertebrali (E1). Piuttosto, è necessario che siano **ricontrollate periodicamente** sino al superamento del picco puberale, salvo parere motivato del clinico esperto di patologie vertebrali (E2). Si raccomandano, nelle curve minori, **gli esercizi specifici** come primo gradino di approccio terapeutico alla scoliosi idiopatica per prevenirne l'evoluitività (C).

- Si raccomanda la costituzione di **équipe terapeutiche specifiche** (non necessariamente con rapporto di lavoro diretto), con una stretta

collaborazione tra medico e rieducatore (E3), specificamente formato ed esperto nel trattamento della scoliosi (E2).

- Gli esercizi devono essere svolti individualmente o, meglio ancora, **in piccolo gruppo con programmi individualizzati** (E3); se ne raccomanda la continuità, sino alla fine del trattamento (E2). Gli esercizi, individualizzati sulla base delle necessità dei pazienti (E2), devono essere finalizzati a un **miglioramento del controllo neuromotorio e posturale del rachide, dell'equilibrio e della propriocezione e a un rinforzo della funzione tonica della muscolatura del tronco** (E2). Si raccomanda che gli esercizi non incrementino l'articola-

rità e la mobilità del rachide, con esclusione della fase di preparazione all'uso di un'ortesi (E2).

- Si raccomanda di **evitare per la cinesiterapia l'uso esclusivo di singoli metodi**, nessuno dei quali si adatta a tutte le fasi terapeutiche per il ragazzo affetto da scoliosi idiopatica (E2), utilizzando in ogni fase del trattamento il metodo, le tecniche e gli esercizi più idonei a perseguire gli obiettivi terapeutici necessari per il paziente (E2).

- Si raccomandano **esercizi per migliorare la funzionalità respiratoria** in pazienti affetti da scoliosi idiopatica che ne abbiano necessità (D).

### ATTIVITÀ SPORTIVA

L'attività sportiva consente un riequilibrio psico-motorio che è consigliabile per tutti e che deve trovare spazio nell'adolescente scoliotico con le dovute modalità a seconda del tipo di paziente e della gravità ed evolutività della curva. Il paziente scoliotico deve giocare "come e più di tutti gli altri", anche perché l'attività motoria consente di intervenire sugli aspetti psicologici e sociali correlati alla negatività di immagine del proprio corpo, mantenendo il paziente inserito nel suo gruppo. Il nuoto non è la panacea delle scoliosi e ci sono studi che

tendono ad evidenziarne alcuni limiti o addirittura controindicazioni. Perplesità sono state espresse negli anni rispetto alle attività fisiche generalmente mobilizzanti, quali in particolare ginnastica artistica e danza. Quindi, lo sport non deve essere prescritto come un trattamento per la scoliosi idiopatica (E2), ma si raccomanda lo svolgimento di attività sportive di carattere generale per vantaggi specifici in termini psicologici, neuromotori e organici generali (E2), anche durante il periodo d'uso di un corsetto (E3). In base all'entità della curva e alla fase evolutiva, a giudizio del clinico esperto di patologie vertebrali, possono essere poste limitazioni rispetto ad alcune particolari attività (E2).

### PER APPROFONDIMENTI

**SIMFER:** [www.simfer.it](http://www.simfer.it)

**ISICO: (Istituto Scientifico Italiano Colonna vertebrale):** [www.isico.it](http://www.isico.it)

**Fondazione Don Gnocchi**

**ONLUS:** [www.dongnocchi.it](http://www.dongnocchi.it)

**GRUPPO DI STUDIO DELLA**

**SCOLIOSI:** [www.gss.it](http://www.gss.it)

**ASSOCIAZIONE BACK SCHOOL:** [www.backschool.it](http://www.backschool.it)

### I MEMBRI DELLA COMMISSIONE

**Stefano Negrini**, ISICO (Istituto Scientifico Italiano Colonna vertebrale), Milano e Fondazione Don Gnocchi ONLUS - IRCCS, Milano

**Lorenzo Aulisa**, Clinica Ortopedica, Università degli Studi Cattolica di Roma

**Claudio Ferraro**, Clinica Ortopedica, Servizio di Riabilitazione, Università degli Studi di Padova

**Paolo Frascini**, Istituto "Eugenio Medea" IRCCS La Nostra Famiglia, Bosisio Parini (Co)

**Stefano Masiero**, Clinica Ortopedica, Servizio di Riabilitazione, Università degli Studi di Padova

**Paolo Simonazzi**, Azienda Ospedaliera "Santa Maria", Reggio Emilia

**Claudio Tedeschi**, Azienda Ospedaliera "Santa Maria", Reggio Emilia

**Andrea Venturin**, Azienda Ospedaliera, Università degli Studi di Padova

**Claudia Guerra**, Istituto "Eugenio Medea" IRCCS La Nostra Famiglia, Bosisio Parini (Co)

**Vincenzo Pirola**, Azienda Ospedaliera "Salvini", Garbagnate Milanese

**Simona Pochintesta**, Istituto "Eugenio Medea" IRCCS La Nostra Famiglia, Bosisio Parini (Co)

**Umberto Selleri**, Azienda Ospedaliera "Bufalini", Cesena

**Dinetta Bianchini**, Azienda Ospedaliera "Santa Maria", Reggio Emilia

**Wanda Bilotta**, Istituti Ortopedici Rizzoli IRCCS, Bologna

**Isabella Fusaro**, Istituti Ortopedici Rizzoli IRCCS, Bologna

**Marco Monticane**, ISICO (Istituto Scientifico Italiano Colonna vertebrale), Milano

