

PREVALENZA DELLA SCOLIOSI NEI GIOVANI CALCIATORI: UNO STUDIO TRASVERSALE

Taiana M., Tessera S., Zaina F., Casolo F., Vago P., Negrini S.
ISICO (Italian Scientific Spine Institute), Milan, Italy – Università Cattolica del Sacro Cuore, Milan, Italy

Introduzione

La scoliosi, semplicemente definita come curvatura laterale della colonna, viene identificata oramai da secoli. Solo per pochi pazienti, però, può essere determinata una vera e propria causa; infatti, la forma più comune di scoliosi viene definita “idiopatica”. Numerosi studi hanno dimostrato che l’incidenza della scoliosi idiopatica può incrementare con l’attività fisica, ma nessun lavoro scientifico ha dato rilievo alla possibile influenza di una particolare attività sportiva sulla scoliosi.



	CALCIO		SCUOLA		P> t
	MEDIA	STD. DEV.	MEDIA	STD.DEV.	
C7	36,62	9,50	33,67	9,95	0,0156
D12	22,99	8,09	21,31	8,00	0,0918
L3	47,45	8,89	48,69	10,32	0,3083
S1	29,02	7,35	29,67	8,32	0,5135
ATR	2,34	1,25	2,21	1,12	0,3442
H GIBBO	4,92	2,69	4,73	2,56	0,5604
S.I.	84,07	13,78	82,36	14,21	0,3280
S.R.	0,80	0,24	0,73	0,29	0,0494

Risultati

Tra i calciatori è stato riscontrato un incremento statisticamente significativo della freccia C7 (36.6 ± 1.0 vs 33.6 ± 0.7) e della freccia D12 (23.0 ± 0.6 vs 21.3 ± 0.8) parallelamente ad un incremento del Sagittal Ratio (0.80 ± 0.03 vs 0.73 ± 0.02). Non è stata evidenziata, invece, nessuna prevalenza di casi patologici tra i calciatori rispetto al gruppo di controllo per quanto riguarda gli altri parametri considerati.”.

Materiali e metodi

Sono stati valutati 102 ragazzi maschi di età compresa tra i 9 e 17 anni praticanti calcio a livello agonistico 2/3 volte la settimana e sono stati confrontati con un gruppo di controllo di 180 studenti maschi tra i 12 e 17 anni. Ogni soggetto è stato sottoposto ad esame fisico con misurazione delle frecce (distanza delle vertebre C7, D12, L3 dal filo a piombo), test di Adams, valutazione dei gradi di rotazione del tronco (ATR) e misurazione dell’altezza del gibbo, con l’utilizzo di un particolare strumento chiamato scoliometro (Bunnell WP, 1984). E’ stato calcolato il Sagittal Index (SI: somma delle distanze di C7 e L3) e il Sagittal Ratio (SR: rapporto C7-L3 – relazione tra cifosi e lordosi). Come limiti di normalità sono stati considerati i dati raccolti nel gruppo di controllo: 5° (ATR), e cm 1.5-5.5 (C7), 2.8-7.0 (L3) 5.5-11.0 (SI) 0.37-1.31 (SR). Per l’analisi statistica sono stati utilizzati il test di normalità, l’ANOVA e il Chi Quadro.

Conclusioni

Apparentemente i giovani calciatori hanno una tendenza all’incremento della cifosi e uno sbilanciamento delle due curve sagittali in favore della cifosi (aumento del Sagittal Ratio). Anche se questi dati si rivelano statisticamente significativi, non lo sono dal punto di vista clinico, poichè la variazione è minima e i casi patologici risultano presenti in egual misura nei due gruppi. Sarebbe interessante proseguire la ricerca ripetendo in futuro la valutazione clinica degli stessi soggetti in modo da osservare eventuali modificazioni del difetto posturale nel tempo. Parallelamente non si segnala un incremento di casi patologici (deformità della colonna), anche se la popolazione studiata è esigua per poter affermare con certezza che il calcio non possa essere considerato un fattore predisponente la scoliosi.