

Intervista al Dr. Michele Romano, Fisioterapista, Presidente SOSORT

D: Per la prima volta un fisioterapista viene eletto presidente di SOSORT (International Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment): come mai secondo Lei i motivi di questa scelta?

R: SOSORT è una società scientifica multidisciplinare, costituita cioè da membri di diverse professioni, medici, fisioterapisti, tecnici ortopedici e anche da membri non sanitari (l'esempio emblematico è Joe O'Brian, paziente e Presidente della National Scoliosis Foundation americana).

Nelle società scientifiche internazionali la scelta dei personaggi che assumono le cariche di dirigenza viene condizionata non dal titolo ma dal valore scientifico misurato sulla base delle pubblicazioni scientifiche, dalla serietà dell'individuo e sulla capacità di aggregazione dei membri lungo la strada della progressiva e armonica evoluzione della società. Per una serie di motivi, la carica di Presidente non era mai stata affidata a un fisioterapista, dalla fondazione della società. Questo evento, naturalmente, è per me motivo di grande orgoglio.

D: Quali sono gli obiettivi della sua presidenza?

R: In una società scientifica come SOSORT convergono professionisti da ogni parte del mondo con esperienze, formazioni e percorsi professionali diversi. Partendo dall'assunto che l'obiettivo è comune, cioè il trattamento delle patologie della colonna vertebrale, gli strumenti e le tecniche utilizzate per perseguire questo obiettivo non sono perfettamente condivisi.

Partendo dalla personale convinzione che per raggiungere lo stesso obiettivo possono essere percorse anche strade diverse ma che, allo stesso tempo, una

strada è sempre migliore di un'altra, mi sono proposto di lavorare, nel tempo concessomi, alla stimolazione del confronto intra- ed extra-professionale. In una società scientifica come SOSORT la discussione è sempre caratterizzata dalla leale e corretta esposizione di dati oggettivi e non basata su convincimenti personali, ma la concreta modificazione delle quotidiane abitudini di lavoro di ognuno di noi necessita di una ponderata e stimolante sollecitazione a mettersi in discussione.

D: Trattamento della scoliosi nel mondo vs. Italia: quali differenze?

R: Un ragionamento semplicistico del trattamento della scoliosi nel mondo permette di fare una differenziazione grossolana e di identificare tre diversi comparti.

- Il primo considera il trattamento classico perseguito nei Paesi di lingua anglosassone. In questi Paesi (USA, Inghilterra, Canada, Australia) il trattamento d'elezione prevede il "wait and see" cioè il controllo regolare del paziente nel caso dello sviluppo di una scoliosi, fino al deciso peggioramento delle condizioni e all'avvio di una procedura chirurgica di stabilizzazione. In questi Paesi il trattamento conservativo non viene sostanzialmente considerato efficace.

- Il secondo comparto comprende un gruppo di Paesi europei (tra cui l'Italia, che è in prima fila e fa da traino per lo sviluppo) dove si sono sviluppate tecniche di trattamento che si propongono, quando possibile, di evitare l'intervento chirurgico con tecniche di controllo dell'evoluzione come i corsetti e gli esercizi specifici. Negli ultimissimi anni anche i Paesi dove il gold standard è la chirurgia hanno cominciato ad avvicinarsi al trattamento conservativo.

- Il terzo comparto è quello che include i Paesi dove il trattamento conservativo è poco usato soprattutto per non particolare competenza degli specifici professionisti.

D: Prevenzione della scoliosi in Italia: in cosa consiste?

R: La scoliosi è una patologia che si associa assolutamente con il concetto di prevenzione secondaria. Non si conoscono strumenti validi per operare azioni efficaci a non far comparire la patologia nei soggetti sani.

La prevenzione per questa malattia può essere solo secondaria, cioè perseguita grazie all'uso di azioni o strumenti in grado di frenarne l'evoluzione ma non di prevenirne la comparsa.

D: Ci sono dati italiani sulla scoliosi?

R: Non ci sono dati specifici che descrivono questo fenomeno nel nostro Paese.

Bisogna far riferimenti a studi epidemiologici internazionali i cui dati, però, corrispondono in maniera accettabile con i dati derivanti dall'esperienza clinica quotidiana.

La prima cosa che possiamo dire è che circa l'80% delle scoliosi è idiopatica, cioè senza eziologia conosciuta.

Altri dati essenziali ci dicono che circa il 2-3% degli adolescenti presenta una curva superiore ai 10° e quindi meritevole di un trattamento sanitario, mentre circa lo 0,1-0,3% di questi soggetti avrà necessità di un trattamento chirurgico.

D: Il corsetto è sempre risolutivo? Quanti tipi di corsetto esistono e quali sono le indicazioni?

R: Esistono parecchi, differenti tipi di corsetti. Alcuni di questi, ancora usati, sono il retaggio di pratiche cliniche che non sono state al passo con le evoluzioni. Nella pratica clinica moderna i diversi tipi di corsetti dovrebbe-

ro essere scelti sulla base dello specifico caso clinico e non solo legati alle abitudini prescrittive. L'obiettivo del corsetto è quello di evitare l'intervento chirurgico. Quando il corsetto è prescritto in tempo, ben costruito e ben associato a una pratica di esercizi specifici, permette di ottenere il risultato per cui è stato prescritto. Come per qualunque altro strumento o tecnica di trattamento, l'efficacia assoluta per questo strumento non è garantita. Quello che è stato dimostrato è l'abbattimento deciso della necessità dell'intervento chirurgico quando viene correttamente usato.

D: Importanza della fisioterapia abbinata al corsetto.

R: L'uso di esercizi specifici a scopo terapeutico è uno degli strumenti elettivi per il trattamento conservativo di controllo della patologia.

Gli esercizi specifici praticati durante il periodo di trattamento con il corsetto hanno due obiettivi principali:

- Il primo è l'apprendimento di un movimento che vada nella direzione della correzione attiva delle curve della colonna e che si cerca di stabilizzare con il lavoro dei muscoli profondi della colonna. Il corsetto verrà

progressivamente abbandonato, per cui il miglioramento di questa capacità di sostegno attiva rappresenta un obiettivo che si propone di sostituire parzialmente l'azione passiva del corsetto.

- Il secondo obiettivo degli esercizi specifici è ridurre gli effetti indesiderati del corsetto che inevitabilmente sono legati alla ridotta mobilità del tronco che l'uso del corsetto comporta.

D: Riabilitazione post-intervento.

R: L'evoluzione delle tecniche chirurgiche ha modificato decisamente il periodo postoperatorio dei pazienti che hanno subito un intervento a causa di una scoliosi. I pazienti recuperano la stazione eretta dopo 2 giorni al massimo, per cui il breve allettamento non pregiudica particolarmente le funzioni di movimento.

Naturalmente il dolore post-chirurgico determinato dalla lunga ferita può condizionare l'escursione toracica durante la respirazione che si può riallenare.

Un programma di rinforzo della stabilità della colonna invece perde il suo significato, considerato lo strumentario di fissazione e la fusione vertebrale praticata con l'intervento. ■

AVVISO AI LETTORI

Il Dr. Michele Romano si è reso gentilmente disponibile a curare per *Riabilitazione Oggi* la rubrica intitolata "Disturbi della colonna vertebrale". Verranno trattati i seguenti argomenti:

- Lo zainetto scolastico e la colonna vertebrale: miti o realtà?
- L'impatto dell'attività sportiva sulla scoliosi
- La lombalgia e l'attività sportiva
- Il gibbo: uno dei segni clinici più evidenti della scoliosi
- Quanto fa bene alla schiena il crossfit, la disciplina da palestra più trendy?
- La scoliosi che si aggrava in età adulta e le conseguenze di una scoliosi grave sugli altri distretti corporei