

## IL TRATTAMENTO CHINESIOLOGICO DELLA SCOLIOSI

Prof. Giuseppe Manzo

La differenza tra l'atteggiamento scoliotico e la scoliosi vera strutturata è caratterizzata dalla presenza della rotazione vertebrale.

La rotazione si manifesta clinicamente, nella flessione anteriore del busto, con la comparsa, nel tratto dorsale, del gibbo causato dalla verticalizzazione della costole, nel tratto inferiore del rachide con la salienza lombare causata dalla risalita delle apofisi trasverse e dei muscoli spinali.

Premesso, inoltre, che con il termine idiopatiche ci si riferisce alle scoliosi delle quali non sono note le cause che le hanno determinate, per una migliore comprensione divideremo quest'ultime in:

Scoliosi idiopatiche maggiori o minori in base al grado di deflessione e di rotazione clinica.

Le prime normalmente raggiungono e superano i 30° Cobb ed evidenziano gibbi superiori a 1-1,5 cm.

Nelle scoliosi evolutive Stagnara paragona la rotazione vertebrale ad un carretto a 3 ruote il cui avantreno (corpo vertebrale) tende ad aumentare la sua rotazione malgrado gli sforzi del guidatore (muscoli delle docce vertebrali) sul manubrio (apofisi traverse).

Un accenno veloce agli atteggiamenti:

Il programma degli esercizi sarà tanto più efficace quanto più sarà semplice, simmetrico e ad orientamento esclusivamente psicomotorio.

Sport e ginnastica simmetrica saranno gli strumenti d'elezione per la loro correzione

Nelle scoliosi strutturate, invece, proprio per la deformazione del rachide e della gabbia toracica ci serviremo invece anche di esercizi asimmetrici per tentare di arrestarne o frenarne l'evoluitività.

I vecchi metodi di ginnastica correttiva, anche prima di aver compreso con precisione il meccanismo tridimensionale che caratterizza la scoliosi, hanno utilizzato dei movimenti asimmetrici in inclinazione laterale ed in rotazione.

Limiti di questi "metodi":

- Avevano l'ambizione di correggere la scoliosi: noi tutti sappiamo invece che dobbiamo accontentarci di lottare contro l'evoluzione.
- La loro complessità li rendeva molto delicati da praticare e controllare su soggetti giovani, con schema motorio perturbato: molti di questi esercizi erano positivi su un elemento della scoliosi e nocivi su un altro.
- Infine, non tenevano conto della componente antero-posteriore che nella scoliosi è in lordosi

Attualmente, grazie alla conoscenza della biomeccanica, sappiamo che la scoliosi è tridimensionale, la curva scoliotica è una curva spaziale, non piana e alla luce di queste considerazioni il primo fine che dobbiamo perseguire è quello di agire in modo tridimensionale e percorrere in modo inverso il cammino della scoliosi:

Delordosizzare – Derotare - Deflettere

Dovremo inoltre:

- Rinforzare la muscolatura superficiale quando sia deficitaria e solo in questo caso
- Tonificare la muscolatura profonda: questo deve essere fatto sistematicamente: i mm lenti di sostegno sono indispensabili al mantenimento del rachide contro il peso, e devono essere esercitati in resistenza, in modo simmetrico così da creare e mantenere un corsetto muscolare naturale.

- Andare nel senso della correzione utilizzando certi mm, sia isolatamente che globalmente, per cercare di ristabilire un equilibrio posturale perturbato riequilibrando le asimmetrie globali corporee

La nostra speranza, reclutando questi mm, è di invertire il processo muscolare di auto-aggravamento, modificando il loro braccio di leva.

- **Privilegiare gli automatismi integrando i movimenti volontari con quelli automatici ed automatizzati**
- **Tramite la tecnica degli equilibri migliorare la presa di coscienza delle disarmonie, sia in modo statico che dinamico, e, mediante la scelta di esercizi progressivamente piu' complessi e sbilanciati, creare nuovi automatismi realizzando una correlazione posturale che si integra nello schema corporeo e negli atteggiamenti e gesti della vita corrente**
- **costruire quindi nuove abitudini motorie**
- **per ultimo fissarle per renderle durature .**

### **Quali caratteristiche hanno gli esercizi che utilizziamo nel nostro protocollo chinesiologico?**

Sono esercizi con contrazioni mono o poli-muscolari unilaterali, segmentarie o su piu' piani, che realizzano un'azione localizzata o globale che va nel senso della diminuzione delle deviazioni rachidee e delle deformità toraciche.

Esse mettono in gioco processi complessi nelle tre dimensioni dello spazio, che devono essere analizzati con cura, evitando di rendere questi esercizi inefficaci o a volte pericolosi.

- **Si utilizzano contrazioni isometriche ed isotoniche, di tipo concentrico ed eccentrico, a piccolo spostamento, contro resistenza strumentale.**

Tali contrazioni si compiono in inversione d'effetto : cioè l'inserzione distale del muscolo interessato è fissata passivamente, e questo provoca uno spostamento minimo dell'inserzione prossimale situata sul rachide o sul torace.

- **La posizione di partenza può variare da quella seduta o prona ad un attrezzo, in decubito o in quadrupedia.**
- **Si utilizzano specchi quadrettati, telecamere e monitor che permettono al soggetto di prendere coscienza delle disarmonie e di controllare l'esecuzione dell'esercizio.**
- **Le difficoltà vanno aumentate progressivamente in quanto a durata ed intensità curando l'espiazione durante la contrazione.**
- **Il soggetto scoliotico, infine, va' motivato e reso consapevole per ottenerne una buona cooperazione.**

**Una importante riflessione di carattere pedagogico e psicologico: l'intervento, prima che sulla curva, deve avvenire sul bambino scoliotico.**

**Si deve agire in modo che egli trovi in se stesso i mezzi per potersi sentire, conoscere, prendere in carico.**

**Una curva dorsale rispetto ad una lombare comporta solo una differenziazione meccanica, importante quanto si vuole, ma rimangono uguali i problemi di percezione, di apprendimento, posturali, di mantenimento, che condizionano tutti l'effetto dell'azione meccanica.**