

# La prima visita ortopedica per il mio bambino, quando?

**N**egli ultimi anni, vista la possibilità di reperire una notevole quantità di informazioni, a volte corrette altre volte no, soprattutto grazie ad internet, è andata crescendo l'attenzione che i genitori prestano alle patologie dell'età pediatrica. Per tale motivo, sono diventate particolarmente "famosi" alcune patologie, quali: la scoliosi, il piede piatto, le deformità che interessano gli arti inferiori. È diventata dunque esperienza comune per il medico di medicina generale e il pediatra, sentirsi chiedere spiegazioni o indicazioni per problemi che sono, di fatto, di natura ortopedica.

Il bambino è un paziente molto complesso, con cui può risultare talvolta difficile instaurare una comunicazione, punto di inizio di una qualsiasi valutazione clinica. L'aver a che fare con un soggetto in continua crescita ed evoluzione, pone la necessità di riconoscere il prima possibile quelle patologie a carattere evolutivo, in cui ritardi diagnostici potrebbero implicare trattamenti più impegnativi e complessi, compromettendo, talvolta, i risultati. Nel contempo, situazioni che possono rappresentare per l'adulto sempre una patologia, nel bambino possono rappresentare fisiologiche tappe del processo di accrescimento.

Per l'ortopedico che si dedica alle patologie pediatriche dunque, è divenuta necessità imprescindibile una stretta collaborazione con il pediatra, il medico di famiglia, il radiologo, il neurologo, il podologo, il fisioterapista, affrontando la problematica in una prospettiva multidisciplinare, in cui il piccolo paziente risulta al centro del lavoro di un'equipe specializzata.

**Quando è consigliabile la prima visita ortopedica?** La prima valutazione del bambino avviene nella fase immediatamente post-natale da parte del pediatra-neonatalogo, che è assolutamente in grado di valutare correttamente il neonato e la sua storia e inviarlo, ove ci fosse bisogno, a visita ortopedica neonatale, associando eventualmente a questa accertamenti diagnostici, quale per esempio l'ecografia dell'anca nel dubbio di una *displasia*, sebbene nella fattispecie tale esame sia ormai eseguito di norma entro i 3 mesi. In questa fase, risulta particolarmente importante sia l'anamnesi familiare (la presenza o meno di patologie ortopediche nei genitori) sia l'anamnesi patologica pros-



sima (il tipo di gravidanza, modalità del parto, i primi momenti di vita). Dopo la fase perinatale, una prima valutazione ortopedica può essere indicata dopo l'inizio della deambulazione.

## Quali aspetti vanno valutati nella prima infanzia?

Durante la prima infanzia sono da valutare l'eventuale presenza di deformità nella forma del piede, nell'allineamento degli arti inferiori e superiori e nella corretta postura della colonna vertebrale. La presenza di un *piede piatto* non è solitamente evidenziata prima dei 4-5 anni, risultando un appoggio in piatto, fino a questa età, una condizione sostanzialmente fisiologica. Se il piattismo persiste dopo i 4-5 anni con un'associata alterazione dell'asse calcaneare, l'indicazione ad una valutazione specialistica ortopedica è consigliata. A tale proposito è bene sottolineare che il piede del bambino, nei limiti del possibile, deve essere lasciato senza calzatura il più possibile. Non va dimenticato infatti, che esso è un importante terminale propriocettivo che non va privato del suo contatto diretto con il terreno e dello stimolo per quei muscoli, cosiddetti cavizzanti, che permettono un fisiologico sviluppo dell'appoggio plantigrado. Il *ginocchio varo* (le cosiddette "ginocchia a parentesi") è un'altra condizione da considerare fisiologica nella primissima infanzia, che regredisce spontaneamente. Se il varismo persiste, può avere un significato patologico, rappresentando talvolta anche la manifestazione di patologie gravi, per fortuna rare (Malattia di Blount, Rachitismo), in cui una valutazione specialistica ortopedica risulta

d'obbligo. Il *ginocchio valgo* (le cosiddette "ginocchia ad X") è altrettanto fisiologico nella prima infanzia. Anche questa è una condizione che fisiologicamente regredisce spontaneamente.

È successivo al ginocchio varo e si presenta solitamente intorno all'età scolare. Questo, così come il varismo, può associarsi ad un eccesso ponderale. In questa fase della crescita, si possono inoltre evidenziare atteggiamenti di *deambulazione a punte intraruotate o extraruotate*, in questa fase del tutto fisiologici.

## Quali aspetti vanno valutati in età pre-puberale?

In età pre-puberale la visita ortopedica dedica particolare attenzione all'esame del rachide, per escludere l'eventuale presenza di deviazioni sia sul piano frontale che su quello sagittale. Le patologie caratteristiche di questa fase sono la scoliosi, la più frequente in assoluto e a maggior incidenza femminile, e il *dorso curvo giovanile*, a maggior incidenza maschile. La scoliosi è una deviazione laterale del rachide che può determinare la comparsa di un gibbo (una salienza costale monolaterale dorsale e/o lombare, allorché il bambino si flette in avanti, a piedi uniti). Si manifesta nella maggior parte dei casi proprio in questa fascia d'età, particolarmente delicata, in cui il rischio che l'iniziale deformità vertebrale possa evolvere negativamente è particolarmente elevato. Dall'età scolare, specie alle bambine, una valutazione annuale della colonna vertebrale è consigliata, specie in soggetti longilinei e/o con una familiarità positiva per scoliosi, che andrebbero controllati fino all'inizio della pubertà. Il sesso femminile è più predisposto a questa patologia, ma non è detto che non possa interessare anche i maschi; dunque un controllo specialistico in età pre-adolescenziale è consigliabile anche per loro. Il primo obiettivo che ci si pone in fase pre-puberale è di bloccare l'evoluzione della patologia, semplicemente con lo sport, con terapie fisiochinesiterapiche o con corsetti



▲ Il Dr. Salvatore di Giacinto specialista in ortopedia e traumatologia pediatrica  
◀ Il Centro Aequecenter

ortopedici, a seconda della gravità del quadro. Il dorso curvo giovanile si manifesta con un atteggiamento a spalle curve e addome prominente, che a differenza della scoliosi è quasi sempre secondario ad un atteggiamento posturale. Il problema delle "spalle curve", di fatto, è spesso un atteggiamento posturale abbastanza tipico dell'adolescente, che oggi si evidenzia più frequentemente anche per le "moderne" abitudini dei nostri ragazzi. Infatti, una maggiore vita sedentaria e il molto tempo dedicato al computer, inducono questi giovani ad assumere un atteggiamento in cifosi, spesso individuato dai genitori come un atteggiamento scorretto e antiestetico. Da ciò si evince che in questa fase si può parlare ancora di atteggiamenti, che come tali sono suscettibili di correzione con l'autocontrollo ed ancor meglio, con la pratica sportiva. Anche in questi casi una valutazione ortopedica, così come l'eventuale esecuzione di approfondimenti diagnostici, risultano fortemente indicati per la diagnosi e una corretta definizione della patologia, per valutarne l'evoluzione e dare indicazioni sui trattamenti più idonei. A tal proposito, moderni esami diagnostici tecnologicamente avanzati, risultano particolarmente utili al completamento dell'inquadramento del paziente, potendo, senza esposizione a radiazioni, dare informazioni preziose all'ortopedico sia nella fase di diagnosi che di follow-up.

## ...e il piede piatto nell'adolescente?

Si tratta di una delle problematiche di più frequente osservazione negli ambulatori di ortopedia pediatrica, che nella maggioranza dei casi necessita solo di un adeguato follow-up e più raramente di trattamenti più impegnativi. Sono pazienti questi, in cui i genitori, che sono di fatto i migliori osservatori, evidenziano uno "strano" modo di deambulare o di appoggiare il piede, la tendenza a deformare le scarpe o ad usurare la suola in maniera asimmetrica. Di fatto, la maggioranza di questi pazienti ha effettivamente un piede piatto

quasi sempre associato ad un'alterazione dell'asse calcaneare, risultando questa una condizione estremamente comune, che rappresenta però patologia solo in una minoranza di casi. L'elemento più significativo è il dolore, che può essere manifestazione di un appoggio plantigrado che non ha trovato un adeguato equilibrio biomeccanico-sensoriale, attraverso i fisiologici meccanismi di compensazione che si mettono in atto. Gli interventi terapeutici suggeriti dall'ortopedico possono essere vari e cambiano in funzione del quadro specifico, e vanno dall'esecuzione di esercizi chinesiterapici all'utilizzo del plantare che possono essere un sicuro aiuto per il raggiungimento di un buon equilibrio biomeccanico del piede e della postura, oltre al miglioramento della sintomatologia dolorosa. I plantari devono essere fatti da un Tecnico Ortopedico specializzato in particolare modo nei plantari per bambini, in quanto concepiti in maniera differente da quelli per l'adulto. Questi non devono essere aggressivi e ingombranti, devono dare degli stimoli funzionali e sensoriali al piede, perchè inteso come organo di senso e meno biomeccanico come invece sovente si verifica con plantari troppo alti e avvolgenti. Tuttavia il plantare come già spiegato è un aiuto importante in presenza di dolore ai piedi, caviglie, ginocchia del bambino, ma non fondamentale nella correzione dell'alterazione podoposturale. Il piede piatto o pronato se non migliora entro gli 11/12 anni in base alla sua gravità, se indicato, può essere risolto in maniera definitiva solo con un intervento chirurgico. ■



L'apparecchio Spinal Meter: nuovo sistema zero radiazioni

## CONTATTI

### DR. SALVATORE DI GIACINTO

Specialista in Ortopedia e Traumatologia pediatrica del Trauma Center

dg.salvatore@gmail.com  
aequecenter@gmail.com

A Siena per appuntamenti presso il Centro Aequecenter, via Montarioso, 9/A (dietro concessionaria VolksWagen)

Tel. 0577/588345

A Firenze presso Fitness Club Viale Manfredo Fanti, 49B (davanti allo Stadio)



ISenso plantare brevettato dispositivo medico classe I

# La prima visita ortopedica per il mio bambino, quando?

*Tutti i consigli e le informazioni fornite dall'esperto*

motivo, sono diventate particolarmente "famose" alcune patologie, quali: la scoliosi, il piede piatto, le deformità che interessano gli arti inferiori. E' diventata dunque esperienza comune per il medico di medicina generale e il pediatra, sentirsi chiedere spiegazioni o indicazioni per problemi che sono, di fatto, di natura ortopedica. Il bambino è un paziente molto complesso, con cui può risultare talvolta difficile instaurare una comunicazione, punto di inizio di una qualsiasi valutazione clinica. L'aver a che fare con un soggetto in continua crescita ed evoluzione, pone la necessità di riconoscere la prima possibile quelle patologie a carattere evolutivo, in cui ritardi diagnostici potrebbero implicare trattamenti più impegnativi e complessi, compromettendo, talvolta, i risultati. Nel contempo, situazioni che possono rappresentare per l'adulto sempre una patologia, nel bambino possono rappresentare fisiologiche tappe del processo di accrescimento. Per l'ortopedico che si dedica alle patologie pediatriche dunque, è divenuta necessità imprescindibile una stretta collaborazione con il pediatra, il medico di famiglia, il radiologo, il neurologo, il podologo, il fisioterapista, affrontando la problematica in una prospettiva multidisciplinare, in cui il piccolo paziente risulta al centro del lavoro di un'equipe specializzata.

**Quando è consigliabile la prima visita ortopedica?**

La prima valutazione del bambino avviene nella fase immediatamente post-natale da parte del pediatra-neonatalogo, che è assolutamente in grado di valutare correttamente il neonato e la sua storia e inviarlo, ove ci fosse bisogno, a visita ortopedica neonatale, associando eventualmente a questa accertamenti diagnostici, quale per esempio l'ecografia dell'anca nel dubbio di una displasia, sebbene nella fattispecie tale esame sia ormai eseguito di norma entro i 3 mesi. In questa fase, risulta particolarmente importante sia l'anamnesi familiare (la presenza o meno di patologie ortopediche nei genitori) sia l'anamnesi patologica prossima (il tipo di gravidanza, modalità del parto, i primi momenti di vita). Dopo la fase perinatale, una prima valutazione ortopedica può essere indicata dopo l'inizio della deambulazione.

**Quali aspetti vanno valutati nella prima infanzia?**

Durante la prima infanzia sono da valutare l'eventuale presenza deformità nella forma del piede, nell'allineamento degli arti inferiori e superiori e nella corretta postura della colonna vertebrale. La presenza di un piede piatto non è solitamente evidenziata prima dei 4-5 anni, risultando un appoggio in piatto, fino a questa età, una condizione sostanzialmente fisiologica. Se il piattismo persiste dopo i 4-5 anni con un'associata alterazione dell'asse calcaneare, l'indicazione ad una valutazione specialistica ortopedica è consigliata. A tale proposito è bene sottolineare che il piede del bambino, nei limiti del possibile, deve essere lasciato senza calzatura il più possibile. Non va dimenticato infatti, che esso è un importante terminale propriocettivo che non va privato del suo contatto diretto con il terreno e dello stimolo per quei muscoli, cosiddetti cavizzanti, che permettono un fisiologico sviluppo dell'appoggio plantigrado.

Il ginocchio varo (le cosiddette "ginocchia a parentesi") è un'altra condizione da considerare fisiologica nella primissima infanzia, che regredisce spontaneamente. Se il varismo persiste, può avere un significato patologico, rappresentando talvolta anche la manifestazione di patologie gravi, per fortuna rare (Malattia di Blount, Rachitismo), in cui una valutazione specialistica ortopedica risulta d'obbligo. Il ginocchio valgo (le cosiddette "ginocchia ad X") è altrettanto fisiologico nella prima infanzia. Anche questa è una condizione che fisiologicamente regredisce spontaneamente. E' successivo al ginocchio varo e si presenta solitamente intorno all'età scolare. Questo, così come il varismo, può associarsi ad un eccesso ponderale. In questa fase della crescita, si possono inoltre evidenziare atteggiamenti di deambulazione a punte intraruotate o extraruotate, in questa fase del tutto fisiologici.

**Quali aspetti vanno valutati in età pre-puberale?**

In età pre-puberale la visita ortopedica dedica particolare attenzione all'esame del rachide, per escludere l'eventuale presenza di deviazioni sia sul



piano frontale che su quello sagittale. Le patologie caratteristiche di questa fase sono la scoliosi, la più frequente in assoluto e a maggior incidenza femminile, e il dorso curvo giovanile, a maggior incidenza maschile. La scoliosi è una deviazione laterale del rachide che può determinare la comparsa di un gibbo (una salienza costale monolaterale dorsale e/o lombare, allorché il bambino si flette

in avanti, a piedi uniti). Si manifesta nella maggior parte dei casi proprio in questa fascia d'età, particolarmente delicata, in cui il rischio che l'iniziale deformità vertebrale possa evolvere negativamente è particolarmente elevato. Dall'età scolare, specie alle bambine, una valutazione annuale della colonna vertebrale è consigliata, specie in soggetti longilinei e/o con una familiarità positiva per scoliosi, che andrebbero controllati fino all'inizio della pubertà. Il sesso femminile è più predisposto a questa patologia, ma non è detto che non possa interessare anche i maschi; dunque un controllo specialistico in età pre-adolescenziale è consigliabile anche per loro. Il primo obiettivo che ci si pone in fase pre-puberale è di

**Dottor Salvatore Di Giacinto\***

SIENA Negli ultimi anni, vista la possibilità di reperire una

notevole quantità di informazioni, a volte corrette altre volte no, soprattutto grazie ad internet, è andata crescendo l'attenzione che i genitori prestano alle patologie dell'età pediatrica. Per tale

bloccare l'evoluzione della patologia, semplicemente con lo sport, con terapie fisiochinesiterapiche o con corsetti ortopedici, a seconda della gravità del quadro. Il dorso curvo giovanile si manifesta con un atteggiamento a spalle curve e addome prominente, che a differenza della scoliosi è quasi sempre secondario ad un atteggiamento posturale. Il problema delle "spalle curve", di fatto, è spesso un atteggiamento posturale abbastanza tipico dell'adolescente, che oggi si evidenzia più frequentemente anche per le "moderne" abitudini dei nostri ragazzi. Infatti, una maggiore vita sedentaria e il molto tempo dedicato al computer, inducono questi giovani ad assumere un atteggiamento in cifosi, spesso individuato dai genitori come un atteggiamento scorretto e antiestetico. Da ciò si evince che in questa fase si può parlare ancora di atteggiamenti, che come tali sono suscettibili di correzione con l'autocontrollo ed ancor meglio, con la pratica sportiva. Anche in questi casi una valutazione ortopedica, così come l'eventuale esecuzione di approfondimenti diagnostici, risultano fortemente indicati per la diagnosi e una corretta definizione della patologia, per valutarne l'evoluzione e dare indicazioni sui trattamenti più idonei. A tal proposito, moderni esami diagnostici tecnologicamente avanzati, risultano particolarmente utili al completamento dell'inquadramento del paziente, potendo, senza esposizione a radiazioni, dare informazioni preziose all'ortopedico sia nella fase di diagnosi che di follow-up.

**...e il piede piatto nell'adolescente?**

Si tratta di una delle problematiche di più frequente osservazione negli ambulatori di ortopedia pediatrica, che nella maggioranza dei casi necessita solo di un adeguato follow-up e più raramente di trattamenti più impegnativi. Sono pazienti questi, in cui i genitori, che sono di fatto i migliori osservatori, evidenziano uno "strano" modo di deambulare o di appoggiare il piede, la tendenza a deformare le scarpe o ad usurare la suola in



maniera asimmetrica. Di fatto, la maggioranza di questi pazienti ha effettivamente un piede piatto quasi sempre associato ad un'alterazione dell'asse calcaneare, risultando questa una condizione estremamente comune, che rappresenta però patologia solo in una minoranza di casi. L'elemento più significativo è il dolore, che può essere manifestazione di un appoggio plantigrado che non ha trovato un adeguato equilibrio biomeccanico-sensoriale, attraverso i fisiologici meccanismi di compensazione che si mettono in atto.

Gli interventi terapeutici suggeriti dall'ortopedico possono essere vari e cambiano in funzione del quadro specifico, e vanno dall'esecuzione di esercizi chinesiterapici all'utilizzo del plantare che possono essere un sicuro aiuto per il raggiungimento di un buon equilibrio biomeccanico del piede e della postura, oltre al miglioramento della sintomatologia dolorosa. I plantari devono essere fatti da un Tecnico Ortopedico specializzato in particolare modo nei plantari per bambini, in quanto concepiti in maniera differente da quelli per l'adulto. Questi non devono essere aggressivi e ingombranti, devono dare degli stimoli funzionali e sensoriali al piede, perché inteso come organo di senso e meno biomeccanico come invece sovente si verifica con plantari troppo alti e avvolgenti. Tuttavia il plantare come già spiegato è un aiuto importante in presenza di dolore ai piedi, caviglie, ginocchia e schiena del bambino, ma non fondamentale nella correzione dell'alterazione podoposturale.

Il piede piatto o pronato se non migliora entro gli 11/12 anni in base alla sua gravità, se indicato, può essere risolto in maniera definitiva solo con un intervento chirurgico.

**\*Specialista in Ortopedia e Traumatologia Ortopedia e Traumatologia pediatrica**  
 dg.salvatore@gmail.com - aequocentercentro@gmail.com  
 A Siena per appuntamenti presso il Centro Aequocenter,  
 Via Montarioso 9/A - Tel 0577/588345

# La prima visita ortopedica per il mio bambino, quando?

**N**egli ultimi anni, vista la possibilità di reperire una notevole quantità di informazioni, a volte corrette altre volte no, soprattutto grazie ad internet, è andata crescendo l'attenzione che i genitori prestano alle patologie dell'età pediatrica. Per tale motivo, sono diventate particolarmente "famosse" alcune patologie, quali: la scoliosi, il piede piatto, le deformità che interessano gli arti inferiori. È diventata dunque esperienza comune per il medico di medicina generale e il pediatra, sentirsi chiedere spiegazioni o indicazioni per problemi che sono, di fatto, di natura ortopedica.

Il bambino è un paziente molto complesso, con cui può risultare talvolta difficile instaurare una comunicazione, punto di inizio di una qualsiasi valutazione clinica. L'aver a che fare con un soggetto in continua crescita ed evoluzione, pone la necessità di riconoscere il prima possibile quelle patologie a carattere evolutivo, in cui ritardi diagnostici potrebbero implicare trattamenti più impegnativi e complessi, compromettendo, talvolta, i risultati. Nel contempo, situazioni che possono rappresentare per l'adulto sempre una patologia, nel bambino possono rappresentare fisiologiche tappe del processo di accrescimento.

Per l'ortopedico che si dedica alle patologie pediatriche dunque, è divenuta necessità imprescindibile una stretta collaborazione con il pediatra, il medico di famiglia, il radiologo, il neurologo, il podologo, il fisioterapista, affrontando la problematica in una prospettiva multidisciplinare, in cui il piccolo paziente risulta al centro del lavoro di un'equipe specializzata.

**Quando è consigliabile la prima visita ortopedica?** La prima valutazione del bambino avviene nella fase immediatamente post-natale da parte del pediatra-neonatalogo, che è assolutamente in grado di valutare correttamente il neonato e la sua storia e inviarlo, ove ci fosse bisogno, a visita ortopedica neonatale, associando eventualmente a questa accertamenti diagnostici, quale per esempio l'ecografia dell'anca nel dubbio di una *displasia*, sebbene nella fattispecie tale esame sia ormai eseguito di norma entro i 3 mesi. In questa fase, risulta particolarmente importante sia l'anamnesi familiare (la presenza o meno di patologie ortopediche nei genitori) sia l'anamnesi patologica pros-



sima (il tipo di gravidanza, modalità del parto, i primi momenti di vita). Dopo la fase perinatale, una prima valutazione ortopedica può essere indicata dopo l'inizio della deambulazione.

## Quali aspetti vanno valutati nella prima infanzia?

Durante la prima infanzia sono da valutare l'eventuale presenza di deformità nella forma del piede, nell'allineamento degli arti inferiori e superiori e nella corretta postura della colonna vertebrale. La presenza di un *piede piatto* non è solitamente evidenziata prima dei 4-5 anni, risultando un appoggio in piatto, fino a questa età, una condizione sostanzialmente fisiologica. Se il piattismo persiste dopo i 4-5 anni con un'associata alterazione dell'asse calcaneare, l'indicazione ad una valutazione specialistica ortopedica è consigliata. A tale proposito è bene sottolineare che il piede del bambino, nei limiti del possibile, deve essere lasciato senza calzatura il più possibile. Non va dimenticato infatti, che esso è un importante terminale propriocettivo che non va privato del suo contatto diretto con il terreno e dello stimolo per quei muscoli, cosiddetti cavizzanti, che permettono un fisiologico sviluppo dell'appoggio plantigrado. Il *ginocchio varo* (le cosiddette "ginocchia a parentesi") è un'altra condizione da considerare fisiologica nella primissima infanzia, che regredisce spontaneamente. Se il varismo persiste, può avere un significato patologico, rappresentando talvolta anche la manifestazione di patologie gravi, per fortuna rare (Malattia di Blount, Rachitismo), in cui una valutazione specialistica ortopedica risulta

d'obbligo. Il *ginocchio valgo* (le cosiddette "ginocchia ad X") è altrettanto fisiologico nella prima infanzia. Anche questa è una condizione che fisiologicamente regredisce spontaneamente.

È successivo al ginocchio varo e si presenta solitamente intorno all'età scolare. Questo, così come il varismo, può associarsi ad un eccesso ponderale. In questa fase della crescita, si possono inoltre evidenziare atteggiamenti di *deambulazione a punte intraruotate o extraruotate*, in questa fase del tutto fisiologici.

## Quali aspetti vanno valutati in età pre-puberale?

In età pre-puberale la visita ortopedica dedica particolare attenzione all'esame del rachide, per escludere l'eventuale presenza di deviazioni sia sul piano frontale che su quello sagittale. Le patologie caratteristiche di questa fase sono la scoliosi, la più frequente in assoluto e a maggior incidenza femminile, e il *dorso curvo giovanile*, a maggior incidenza maschile. La scoliosi è una deviazione laterale del rachide che può determinare la comparsa di un gibbo (una salienza costale monolaterale dorsale e/o lombare, allorché il bambino si flette in avanti, a piedi uniti). Si manifesta nella maggior parte dei casi proprio in questa fascia d'età, particolarmente delicata, in cui il rischio che l'iniziale deformità vertebrale possa evolvere negativamente è particolarmente elevato. Dall'età scolare, specie alle bambine, una valutazione annuale della colonna vertebrale è consigliata, specie in soggetti longilinei e/o con una familiarità positiva per scoliosi, che andrebbero controllati fino all'inizio della pubertà. Il sesso femminile è più predisposto a questa patologia, ma non è detto che non possa interessare anche i maschi; dunque un controllo specialistico in età pre-adolescenziale è consigliabile anche per loro. Il primo obiettivo che ci si pone in fase pre-puberale è di bloccare l'evoluzione della patologia, semplicemente con lo sport, con terapie fisiochinesiterapiche o con corsetti



▲ Il Dr. Salvatore di Giacinto specialista in ortopedia e traumatologia pediatrica  
◀ Il Centro Aequecenter

ortopedici, a seconda della gravità del quadro. Il dorso curvo giovanile si manifesta con un atteggiamento a spalle curve e addome prominente, che a differenza della scoliosi è quasi sempre secondario ad un atteggiamento posturale. Il problema delle "spalle curve", di fatto, è spesso un atteggiamento posturale abbastanza tipico dell'adolescente, che oggi si evidenzia più frequentemente anche per le "moderne" abitudini dei nostri ragazzi. Infatti, una maggiore vita sedentaria e il molto tempo dedicato al computer, inducono questi giovani ad assumere un atteggiamento in cifosi, spesso individuato dai genitori come un atteggiamento scorretto e antiestetico. Da ciò si evince che in questa fase si può parlare ancora di atteggiamenti, che come tali sono suscettibili di correzione con l'autocontrollo ed ancor meglio, con la pratica sportiva. Anche in questi casi una valutazione ortopedica, così come l'eventuale esecuzione di approfondimenti diagnostici, risultano fortemente indicati per la diagnosi e una corretta definizione della patologia, per valutarne l'evoluzione e dare indicazioni sui trattamenti più idonei. A tal proposito, moderni esami diagnostici tecnologicamente avanzati, risultano particolarmente utili al completamento dell'inquadramento del paziente, potendo, senza esposizione a radiazioni, dare informazioni preziose all'ortopedico sia nella fase di diagnosi che di follow-up.

## ...e il piede piatto nell'adolescente?

Si tratta di una delle problematiche di più frequente osservazione negli ambulatori di ortopedia pediatrica, che nella maggioranza dei casi necessita solo di un adeguato follow-up e più raramente di trattamenti più impegnativi. Sono pazienti questi, in cui i genitori, che sono di fatto i migliori osservatori, evidenziano uno "strano" modo di deambulare o di appoggiare il piede, la tendenza a deformare le scarpe o ad usurare la suola in maniera asimmetrica. Di fatto, la maggioranza di questi pazienti ha effettivamente un piede piatto

quasi sempre associato ad un'alterazione dell'asse calcaneare, risultando questa una condizione estremamente comune, che rappresenta però patologia solo in una minoranza di casi. L'elemento più significativo è il dolore, che può essere manifestazione di un appoggio plantigrado che non ha trovato un adeguato equilibrio biomeccanico-sensoriale, attraverso i fisiologici meccanismi di compensazione che si mettono in atto. Gli interventi terapeutici suggeriti dall'ortopedico possono essere vari e cambiano in funzione del quadro specifico, e vanno dall'esecuzione di esercizi chinesiterapici all'utilizzo del plantare che possono essere un sicuro aiuto per il raggiungimento di un buon equilibrio biomeccanico del piede e della postura, oltre al miglioramento della sintomatologia dolorosa. I plantari devono essere fatti da un Tecnico Ortopedico specializzato in particolare modo nei plantari per bambini, in quanto concepiti in maniera differente da quelli per l'adulto. Questi non devono essere aggressivi e ingombranti, devono dare degli stimoli funzionali e sensoriali al piede, perchè inteso come organo di senso e meno biomeccanico come invece sovente si verifica con plantari troppo alti e avvolgenti. Tuttavia il plantare come già spiegato è un aiuto importante in presenza di dolore ai piedi, caviglie, ginocchia del bambino, ma non fondamentale nella correzione dell'alterazione podoposturale. Il piede piatto o pronato se non migliora entro gli 11/12 anni in base alla sua gravità, se indicato, può essere risolto in maniera definitiva solo con un intervento chirurgico. ■



L'apparecchio Spinal Meter: nuovo sistema zero radiazioni

## CONTATTI

**DR. SALVATORE DI GIACINTO**

Specialista in Ortopedia e Traumatologia pediatrica del Trauma Center

dg.salvatore@gmail.com  
aequocentercentro@gmail.com

A Siena per appuntamenti presso il Centro Aequecenter, via Montarioso, 9/A (dietro concessionaria VolksWagen)

Tel. 0577/588345



ISenso plantare brevettato dispositivo medico classe I