

Quando concedere la ripresa nello sport professionistico: il calciatore

Gianni Nanni, Lisa Berti, M. Teresa Pereira, Cristian Osgnach, Giulio Sergio Roi

Centro Studi Isokinetic Bologna

Prima dell'avvento degli ergometri isocinetici, la ripresa dell'attività sportiva agonistica di un calciatore professionista avveniva soprattutto sulla base dell'obiettività clinica e dopo aver osservato tempi di recupero predeterminati. Dopo l'introduzione dell'isocinetica, la ripresa agonistica veniva concessa sulla base dei dati clinici, e dopo aver sottoposto il paziente ad un test isocinetico, di valutazione della forza degli estensori e dei flessori di entrambe le ginocchia (Shelbourne, 1990). Tale test doveva dare un risultato "normale", vale a dire che eventuali deficit dovevano essere compresi entro il 10% (Elliott, 1978) oppure entro il 4% (Lipscomb e Coll, 1982).

Oggi concediamo la ripresa dell'attività agonistica dopo aver valutato diversi aspetti di tipo sia clinico che funzionale. E' evidente che il paziente deve essere completamente asintomatico e deve essere negativa l'obiettività clinica. Oggi è sicuramente superato il concetto che il test isocinetico sia assolutamente dirimente sul ritorno allo sport. Infatti l'isocinetica viene utilizzata per monitorare il decorso della rieducazione e come strumento riabilitativo, mentre i dati del test isocinetico rientrano nell'insieme dei parametri funzionali che vengono considerati per giudicare la forma fisica generale e specifica del calciatore, al momento del ritorno con la squadra. Tali parametri dovrebbero essere confrontati con quelli dei componenti la squadra stessa ed in generale con la media dei calciatori professionisti, ed inoltre, quando possibile, con quelli del calciatore prima dell'infortunio.

In particolare potrà essere concessa la ripresa all'atleta che presenta una percentuale di tessuto adiposo compatibile con l'impegno fisico richiesto e che dimostri di aver recuperato un'efficienza muscolare ottimale. Molta importanza sta assumendo la valutazione delle velocità di soglia aerobica ed anaerobica che dovrebbero essere non inferiori a 11.7 e 14.3 km/h rispettivamente (Roi e Coll., 2000), e lo studio degli aspetti metabolici durante le ultime fasi della rieducazione e dell'allenamento sul campo, controllando la frequenza cardiaca e l'accumulo di lattato durante esercitazioni specifiche.

Infine va sempre tenuta in conto la tempistica del recupero funzionale completo: è noto che nelle lesioni isolate dell'LCA, la ripresa può avvenire anche in tempi assai brevi (Shelbourne, 1990). Abbiamo avuto casi di calciatori che hanno giocato entro 100 giorni dall'intervento senza particolari problemi e con un follow-up che supera già i quattro anni. In questi casi la ripresa è stata concessa sulla base di valutazioni cliniche, funzionali oltre che psicologiche. Va infatti sottolineato che il paziente deve "sentirsi guarito" e quindi l'aspetto psicologico è importante da considerare anche e soprattutto nelle ultime fasi della rieducazione. Negli atleti che erano affetti da lesioni associate, la ripresa è sempre stata più lenta, in quanto la negatività clinica ed il raggiungimento dei parametri funzionali e metabolici sopra segnalati, venivano ottenuti in tempi più lunghi e mai inferiori ai sei mesi.

Bibliografia

1. Elliott J. Assessing Muscle strenght isokinetically. J. Am. Med. Assoc. 240, 2408-2409, 1978.
 2. Lipscomb A.B., Johnston R.K., Snyder R.B., Warburton M.J., Gilbert P.P. Evaluation of hamstring strength following use of semitendinosus and gracilis tendons to reconstruct the anterior cruciate ligament. Am. J. Sports Med. 10: 340-342, 1982.
 3. Roi G.S., Perondi F., Venturati G., Nanni G., Palaia G., Farnedi D., Mandarino F., Rosa E.M. Frequenza cardiaca ed allenamento nel gioco del calcio. SdS, 49: 47-51, 2000.
 4. Shelbourne K.D. Accelerated rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction. Am. J. Sports Med. 18: 292-299, 1990.
-