

S P O R T L I F E



M E D I C A L C E N T E R

TRAUMATOLOGIA E RIABILITAZIONE NEL BASKET

Dott. Lorenzo Benassa

Specialista in Fisiatria

Specialista in Medicina dello Sport

Direttore Sanitario Sportlife Medical Center Brescia

Responsabile medico Federazione Italiana Sci Nautico



Durante la pratica sportiva del basket il giocatore può andare incontro a diversi tipi di trauma o incidente sul campo che coinvolgono tutto l'apparato muscolo-scheletrico in ogni suo distretto. A causa delle peculiari caratteristiche del gioco, che comporta cambiamenti di posizione molto rapidi con il piede aderente al suolo, i traumi relativi **all'arto inferiore** sono tra i più frequenti.



ANCA

Pubalgia

Il termine si riferisce ad una sindrome dolorosa DEL DISTRETTO PUBICO CHE raggruppa sotto la stessa denominazione

- **malattia degli adduttori** (1. ileopsoas, 2. pettineo, 3. otturatore esterno, 4. grande adduttore, 5. piccolo adduttore, 6. adduttore lungo, 7. adduttore breve, 8. grande gluteo, 9. semitendinoso, 10. semimembranoso, 11. gracile).
- **patologia della parete addominale** è l'espressione di una lesione, più spesso congenita, della porzione inferiore dei muscoli larghi dell'addome e soprattutto degli elementi costitutivi del canale inguinale in cui si fanno strada ernie.

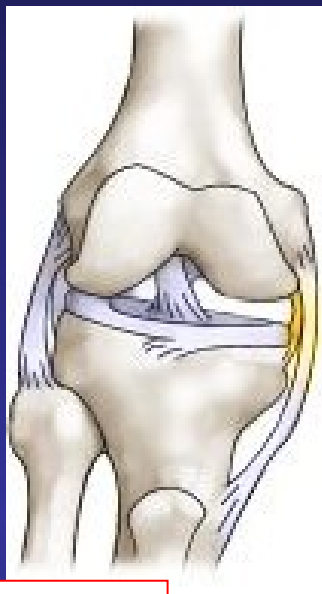
RIABILITAZIONE NELLE PATOLOGIE DELL'ANCA

Così come per le patologie muscolo-tendinee della coscia, la riabilitazione delle patologie dell'anca comprendono:

- Riposo: calibrato secondo il grado dell'infortunio
- Terapie fisiche (crioterapia, laserterapia, massaggio trasverso profondo)
- Stretching della catena muscolare anteriore e posteriore
- Rinforzo muscolare



PATOLOGIA DISTORSIVA DEL GINOCCHIO



Sollecitazione



Rottura legamenti
(distorsione di 3° grado)



Distorsione



Legamento
crociato anteriore

RIABILITAZIONE DEL GINOCCHIO

- Riposo sportivo a seconda della gravità del danno
- Terapie fisiche
- esercizi propriocettivi
- rinforzo muscoli stabilizzatori del ginocchio



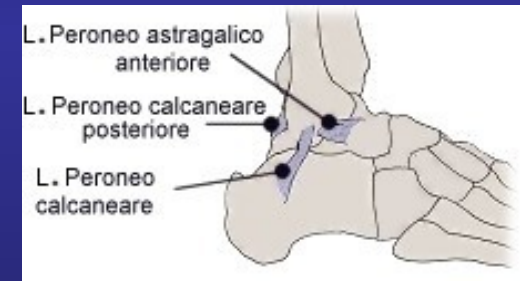
CAVIGLIA

Distorsioni tibio-tarsica

Possono coinvolgere il comparto laterale o mediale ovvero il legamento laterale esterno (LLE) o il legamento mediale esterno (LME).

- **Legamento laterale esterno**

E' costituito da diversi fasci legamentosi: fascio *peroneo-astragalico anteriore*, capsula anteriore dell'articolazione tibio-tarsica, fascio *peroneo-calcaneare*, capsula e legamenti dell'articolazione sotto-astragalica, guaina dei peronieri, fascio *peroneo-astragalico posteriore*



- **Legamento mediale esterno**

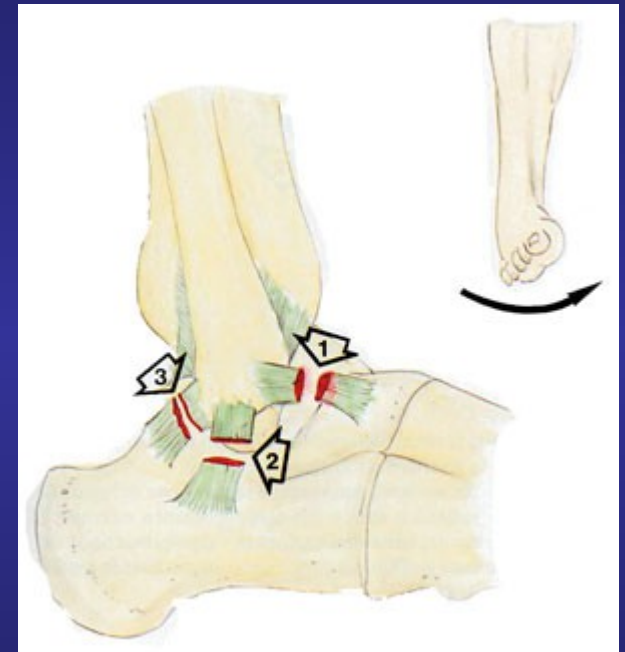
E' formato da tre fasci disposti a delta, da cui il nome di legamenti deltoidei



CAVIGLIA

Distorsioni tibio-tarsica

Traumi in inversione o eversione possono stirare o lacerare i legamenti di supporto dell'articolazione e creare una instabilità importante (in caso di lesione completa è necessaria l'immobilizzazione della caviglia o l'intervento chirurgico).

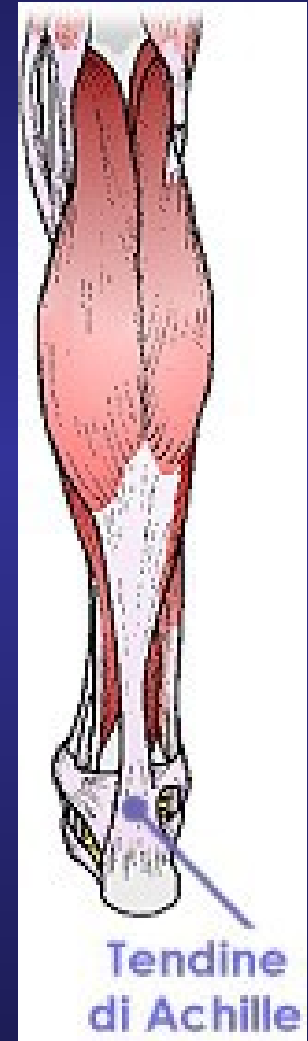


CAVIGLIA

Patologie del tendine d'Achille

Diverse sono le patologie che interessano il tendine d'Achille:

- il corpo del tendine è sede di **tendinosi**, localizzata o diffusa, con microrotture delle fibre collagene, che possono formare dei noduli ("**tendinite**" semplice, o nodulare)
- le guaine peri o iuxta-tendinee con infiammazione che realizza vere e proprie **peritendiniti** e **tenosinoviti** con edema e crepitio
- l'infiammazione delle borse sierose può dare origine a **borsiti** o **tenoborsiti** retro o pre-achillee
- il passaggio tenoperiosteale sul calcagno con microrotture, infiammazione (entesite) o **calcificazioni**
- il passaggio miotendineo con **microlacerazioni**, **miotendinite**, o **lacerazioni rotture** che esulano dal quadro delle tendinopatie propriamente dette.



Riabilitazione caviglia

- Riposo secondo la gravità del danno
- Terapie fisiche
- Esercizi di propiocettiva
- Mobilizzazioni passive



LA RIABILITAZIONE IN CAMPO

Dopo un breve periodo di riabilitazione nelle strutture protette è necessario iniziare la riabilitazione in campo: semplici esercizi di stretching, propiocezione, rinforzo muscolare e corsa lenta, hanno maggior efficacia se eseguiti durante l'esecuzione del gesto tecnico e nell'ambiente sportivo, sotto la diretta supervisione dell'allenatore in accordo con il medico riabilitatore.

Concludendo.....

E' molto importante la collaborazione tra medico e allenatore durante la fase di recupero e riabilitazione sportiva: le conoscenze tecniche dell'allenatore sul campo sono fondamentali per il medico al fine di impostare una più efficace e veloce ripresa dell'atleta dopo infortunio.