

# Una Questione di Centimetri

[Home](#)[About Us](#)[Calcio Nazionale](#)[Calcio Europeo e Mondiale](#)[Rubriche](#)[Il Calcio e...](#)[Contact Us](#)

## Intervista al dottor Federico Morelli

da un'idea di Mario Bocchetti, 15 Aprile 2014



In questi ultimi mesi, sempre più spesso, tantissimi calciatori hanno subito infortuni che riguardano il ginocchio, in particolar modo il legamento crociato.

In virtù di tali sfortunate situazioni una parte dello staff di Una Questione di Centimetri si è trovato a ragionare su quest'infortunio, chiedendosi se questa sfortunata abbondanza fosse solo frutto del caso o se dietro si nascondesse una causa strettamente collegata al legamento stesso (Come una sua intrinseca e maggiore fragilità, rispetto al resto del ginocchio).

Alle domande e alla parole son seguiti i fatti.

Mario Bocchetti, ideatore del progetto, voleva risposte alle sue curiosità, desiderava chiarirsi le idee e avere un confronto costruttivo e soddisfacente con un esperto: così è nata l'idea di fare un'intervista a qualcuno che potesse, con concetti semplici ma appropriati, darci qualche informazione in più al riguardo.

Parte così questa stimolante collaborazione con Federico Morelli.

Il dott. Morelli, come si evince dalla sua biografia, è nato a Roma il 07 Ottobre 1968 e si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di Roma "Sapienza" il 17 Luglio 1995 con il massimo dei voti e la lode. Ha conseguito l'abilitazione professionale nel Novembre 1995 e dal 14 Marzo 1996 è iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Roma. Ha conseguito, presso l'Università degli Studi di Roma "Sapienza", il 29 Novembre 2000 la Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia con il massimo dei voti e la lode, ed il 9 Novembre 2007 la Specializzazione in Medicina dello Sport con il massimo dei voti e la lode. Dallo stesso anno è il responsabile ortopedico della M.Roma Volley (campionato nazionale serie A1 e A2 di pallavolo), ed è membro dello staff medico della Federazione Italiana Scherma con incarico di Medico d'arma della sciabola maschile e femminile.

Per saperne di più sul suo lavoro e le sue esperienze potete cliccare [qui](#), carissimi e fedeli Lettori. Ora passiamo alle nostre domande e alle sue risposte.

**1) Potrebbe farci una panoramica sugli infortuni più frequenti al ginocchio, ovviamente legati al mondo del calcio, e sulle cause degli stessi.**

Secondo i dati pubblicati dall'UEFA in assoluto l'infortunio più frequente nel mondo del calcio sono le lesioni muscolari dei flessori, con una media di 5-6 infortuni per stagione in ogni squadra. Soffermandoci sul ginocchio, l'infortunio statisticamente più frequente è la lesione del legamento collaterale mediale con una media di 2 infortuni per squadra ogni stagione. La lesione del legamento crociato anteriore (LCA) è sicuramente l'evento più temuto da ogni giocatore, ma la sua frequenza risulta essere molto più bassa rispetto ad altri eventi traumatici, con una media di 0.7 lesioni a stagione nelle squadre professionistiche femminili e 0.4 in quelle maschili. In assoluto rappresenta il 5% di tutti gli infortuni nel mondo del calcio.

**2) Quanto i ritmi e i continui sforzi a cui è sottoposta l'articolazione incidono sugli infortuni al ginocchio stesso?**

La correlazione tra infortuni e ritmi di lavoro è molto importante. Secondo i dati in nostro possesso, il rischio di un qualsiasi evento traumatico è maggiore nelle competizioni internazionali (europei e mondiali), dove sicuramente i giocatori sono chiamati a sforzi superiori e periodi di riposo estremamente ridotti. Ma è da notare che, più è alto il livello della competizione, maggiore è il rischio di infortunio in partita, mentre nei livelli semi-professionistici o amatoriali il rischio è molto superiore nelle sessioni di allenamento.

**3) Esiste una sorta di prevenzione per ridurre la frequenza degli infortuni al ginocchio?**

Sono da sempre oggetto di studio numerosi esercizi di prevenzione, con risultati mai concordi tra loro. Sono però molto utilizzati gli esercizi di propriocezione che sicuramente aiutano l'atleta allo sviluppo di capacità neuro-fisiche utili durante ogni gesto sportivo e che permettono il controllo degli arti in alcuni momenti traumatici. E' tuttavia vero che le dinamiche di infortunio sono sempre imprevedibili e le forze che si sviluppano nei movimenti di rotazione del ginocchio sono difficilmente controllabili.

Sono stati proposti anche protocolli di allenamento con balzi e cambi di direzione che preparerebbero l'atleta ad affrontare l'evento traumatico, ma è difficile pensare che possano essere utili a prevenire lo stesso piuttosto potrebbero limitarne l'entità delle lesioni subite.

Diverso è il discorso del potenziamento muscolare. E' infatti concorde la letteratura scientifica nel dire che il tono-trofismo del quadricipite abbia un ruolo chiave nell'opporci alla rotazione forzata del ginocchio e, di conseguenza, alle forze rotatorie lesive delle strutture capsulo-legamentose articolari.

**4) Dopo quanto tempo un atleta, che ha subito un infortunio al ginocchio, ha le stesse probabilità di subire di nuovo lo stesso infortunio rispetto ad un atleta sano, e questa tempistica da cosa è influenzata a seconda dalla zona dell'articolazione coinvolta nell'infortunio?**

Diversi studi hanno analizzato la probabilità di nuovi infortuni in calciatori operati di ricostruzione del LCA del ginocchio, ma pochi hanno messo a confronto il soggetto "sano" con quello "operato". Analizzando i dati si può senza dubbio dire che, entro il primo anno dall'intervento, il calciatore a cui è stato ricostruito il LCA ha un rischio maggiore di lesioni da "sovraccarico" del ginocchio rispetto ad un ginocchio sano. Questo è dovuto sicuramente al recupero non perfetto della propriocezione, dell'articolarietà e alla presenza di aderenze dei tessuti molli legate al pregresso intervento.

**5) Quindi è solo un caso che la rottura del crociato sia l'infortunio più frequente al ginocchio, negli ultimi mesi?**

Sì, visto che in realtà, come ho detto prima, la lesione del LCA è seconda alla lesione del legamento collaterale mediale come numero di infortuni in una stagione. Inoltre va sicuramente detto che è raro assistere ad una lesione del crociato anteriore isolata, ma spesso si associa ad altre lesioni, come dei menischi per esempio, che vanno a complicare l'atto chirurgico ma non la riabilitazione ed il ritorno in campo.

**6) Tra un portiere e un qualsiasi giocatore di movimento chi ha le maggiori probabilità di infortunarsi e quali movimenti non fisiologici possono determinare una rottura?**

Il portiere ha statisticamente una probabilità minore di infortunio nell'arto inferiore, e quindi anche del ginocchio, rispetto ai giocatori di movimento, mentre è più colpito da infortuni alla spalla ed al rachide.

I meccanismi traumatici che possono provocare la lesione del LCA sono: in valgo-rotazione esterna (il più frequente), in varo-rotazione interna, in iper-flessione ed in iper-estensione. Nella video-analisi, cioè la valutazione degli infortuni con software dedicati, è evidente che la *decelerazione* aumenta il rischio di infortunio, in quanto nella fase finale del movimento viene persa la propriocezione dell'arto e quindi è più difficile il controllo neuro-fisico dell'arto, esponendo l'atleta ad un maggior rischio di infortunio.

**7) E' possibile, almeno teorizzare, una nuova terapia per minimizzare i tempi di recupero?**

E' difficile anche solo teorizzare un ritorno precoce in campo dopo la ricostruzione del LCA, argomento peraltro molto discusso. In una fase iniziale, circa un mese dall'intervento, è la "biologia" a fare da padrona, infatti viene trapiantato come neo-legamento un tendine ed occorrono circa 30 giorni al processo biologico definito "ligamentizzazione".

Nelle fase successiva la riabilitazione è destinata a ripristinare la propriocezione, il recupero della completa articolarietà e del tono-trofismo quadricipitale. Solamente verso il quinto-sesto mese dall'intervento il processo di maturazione del neo-legamento, la sua integrazione con l'osso ed il recupero funzionale può considerarsi concluso o comunque sufficientemente avanzato da consentire il ritorno all'attività competitiva dell'atleta. Naturalmente il ritorno in campo (in condizioni controllate) avviene in epoca molto più precoce e progressiva nella fase cosiddetta sport-specifica della riabilitazione: prima senza la palla, poi con la palla e successivamente l'allenamento con la squadra.

Dibattuta invece è la scelta del trapianto: tendine rotuleo, semitendinoso e gracile, quadricipitale, allograft da cadavere o tendine sintetico. Sicuramente questi ultimi due abbreviano i tempi di recupero in quanto viene meno la fase "biologica", ma studi biomeccanici hanno evidenziato una loro minore resistenza meccanica rispetto agli altri trapianti, aumentando di circa 3 volte il rischio di "re-rottura".

Le domande che avete letto sono frutto dello sforzo comune e delle comuni curiosità di Mario Bocchetti, Giovanni Cardone e Ciro Ruotolo (Parte dello staff di Una Questione di Centimetri).

Le risposte (precise e professionali) che avete avuto il piacere di leggere sono del dottor Federico Morelli (come sicuramente avrete intuito).

Di seguito troverete i suoi contatti:

*Dott. Federico Morelli*

Spec. Ortopedia e Traumatologia

Spec. Medicina dello sport

info@sport-trauma.it

[www.sport-trauma.it](http://www.sport-trauma.it)

Fonte: "Una questione di centimetri".

(<http://unaquestionedicentimetri.it/intervista-al-dottor-federico-morelli.html>)