

Ortopedici & Sanitari

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA RIABILITAZIONE RICERCA TECNICA ORTOPEDICA CORSI EDITORIALE



Home > Ortopedia > Lombalgia nell'adulto con scoliosi: quando la curva non è la causa

Ortopedia

Lombalgia nell'adulto con scoliosi: quando la curva non è la causa

Non tutta la lombalgia nell'adulto con scoliosi è causata dalla deformità. Distinguere tra dolore "in" scoliosi e dolore "da" scoliosi è il primo passo per evitare esami inutili e impostare un trattamento mirato. Due casi clinici illustrano il ruolo dell'approccio conservativo e del corsetto notturno

Roberto Tognella 27 Maggio 2026



Il **mal di schiena nell'adulto con scoliosi** è una situazione clinica frequente. La presenza di una **curva vertebrale** induce spesso a stabilire un nesso causale diretto tra deformità e dolore, con il rischio di sovrastimare il ruolo della scoliosi o, al contrario, di sottovalutarne l'impatto quando essa è realmente determinante. Distinguere tra **dolore "in" scoliosi e dolore "da" scoliosi** è, invece, il primo passaggio per orientare correttamente diagnosi, indicazioni strumentali e scelte terapeutiche. Questi temi sono stati al centro di un recente webinar del **Gruppo di Studio della Scoliosi**, in cui il dottor **Fabio Zaina**, fisiatra esperto di patologie vertebrali presso **Isico**, ha approfondito le caratteristiche peculiari del dolore nella scoliosi adulta, le modalità per riconoscerlo e le strategie conservative disponibili. Dall'analisi clinica alle evidenze più recenti, fino ai risultati ottenuti con il **corsetto notturno**, emerge la necessità di un approccio mirato, capace di coniugare rigore diagnostico e personalizzazione terapeutica.

Mal di schiena e scoliosi

Leggi Ortopedici&Sanitari



n.5 - Giugno 2026 n.4 - Maggio 2026 n.3 - Aprile 2026
Edicola Web

Segui le nostre pagine social per rimanere aggiornato su articoli di attualità, contenuti ad alto valore scientifico, eventi e iniziative.



Il dolore nell'adulto con **scoliosi** è una condizione frequente, ma non sempre facile da interpretare. La letteratura suggerisce una maggiore prevalenza di **mal di schiena** superiore in soggetti con scoliosi rispetto ai soggetti senza deformità vertebrale e la maggiore persistenza del dolore nel tempo. Ciononostante, non tutti i dolori sono uguali e soprattutto non tutti dipendono dalla curva. Una revisione sistematica recente sull'argomento [Zaina F et al. Current Knowledge on the Different Characteristics of Back Pain in Adults with and without Scoliosis: A Systematic Review. J. Clin. Med. 2023, 12, 5182] evidenzia alcuni tratti distintivi: negli adulti con scoliosi il dolore è più spesso asimmetrico, **localizzato in sede lombare o toracolumbare**, frequentemente in corrispondenza dell'apice della curva, e può irradiarsi anteriormente alla coscia – la cosiddetta **cruralgia** – più tipica rispetto alla sciatalgia classica osservata nei non scoliotici. Inoltre, la sintomatologia tende ad accentuarsi con la stazione eretta prolungata e a ridursi in posizione supina. Questi elementi aiutano il clinico, ma non risolvono automaticamente il problema. Intensità e durata del dolore, infatti, non sembrano criteri affidabili per distinguere un dolore legato alla deformità da un dolore aspecifico.

Quando la scoliosi non è la causa

Comprendere se il dolore si manifesta semplicemente in presenza della scoliosi oppure se è la deformità stessa a generarlo è dunque una sfida clinica importante nella gestione dell'adulto scoliotico. M. è una paziente già seguita presso **l'Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale** per una scoliosi idiopatica adolescenziale. A 27 anni torna in visita per un mal di schiena comparso da circa tre settimane. Racconta un periodo di forte impegno universitario, molte ore trascorse seduta e una riduzione dell'attività fisica. Il dolore è localizzato in sede lombare, non presenta irradiazioni significative agli arti inferiori e all'esame obiettivo non emergono segni neurologici. La sua storia clinica è ben documentata. La scoliosi era stata diagnosticata a 13 anni: alla prima osservazione si evidenziava uno sbilanciamento verso sinistra con asimmetria dei fianchi e prominente toracica; la radiografia mostrava una curva di 27° con Risser 2 (figura 1). Era stato impostato un trattamento con corsetto dinamico SpineCor, portato per circa tre anni con buona compliance. Al termine del percorso la curva si era stabilizzata intorno ai 25° (figura 2)».

Dolore "in" scoliosi e dolore "da" scoliosi

Alla valutazione attuale la deformità appare sostanzialmente invariata rispetto ai controlli precedenti. Non vi sono elementi clinici che facciano sospettare una progressione strutturale. Il punto decisivo, in questo caso, non è la presenza della scoliosi, ma la natura del dolore. «Il famoso colpo della strega non è un dolore da scoliosi. Le **lombalgie acute** che insorgono improvvisamente, con blocco funzionale e forte contrattura muscolare, sono eventi comuni nella popolazione generale e non trovano nella deformità vertebrale una causa diretta. Nel caso di M., il quadro è quello di una lombalgia acuta aspecifica: dolore localizzato, assenza di irradiazione tipica, esame neurologico negativo, nessun segno di peggioramento strutturale. Non vi sono indicazioni per un'immediata richiesta di esami strumentali. La curva è stabile, la deformità non è cambiata e non sono presenti segnali di allarme. È in situazioni come questa che la distinzione tra dolore in scoliosi e dolore da scoliosi assume un valore concreto. M. presenta un dolore in presenza di scoliosi, non un dolore determinato dalla scoliosi. La gestione, di conseguenza, cambia radicalmente: assicurazione,

Iscriviti alla newsletter

Farmacia News

Spazzolini e scovolini: gli strumenti pratici e quotidiani di una salute a 360°

I disturbi alimentari e le farmacie come sentinelle sul territorio

Stop alla vendita libera di filler, anche in farmacia

Farmacie solidali: rinnovato il protocollo tra Eguale, Banco Farmaceutico e FOPI

Tag

amputazione anca anziani
artrite reumatoide artroplastica
artroplastica di ginocchio artrosi
ausili calzature caviglia
colonna vertebrale corsetto
cuffia dei rotatori disabilità
esoscheletro fisioterapia frattura
ginocchio gonartrosi ictus
intelligenza artificiale **Isico**
legamento crociato anteriore
lombalgia mano ortesi ortopedia
osteoporosi piede
piede diabetico piede piatto
plantari postura **protesi**
realtà virtuale
riabilitazione scoliosi
spalla sport stampa 3D
studio teleriabilitazione
Traumatologia tutore tutori

ripresa graduale del movimento, eventuale supporto farmacologico nella fase acuta se necessario, ma nessuna medicalizzazione eccessiva».

Follow-up e prescrizione

La prescrizione, in questo caso, è semplice e mirata. Viene raccomandata la ripresa progressiva dell'**attività fisica**, evitando il riposo prolungato e, se necessario, un breve ciclo di terapia antinfiammatoria nella fase più dolorosa. Non viene richiesta alcuna indagine radiologica di controllo, proprio perché non vi sono segni clinici di peggioramento della curva. «Creare un sentimento rassicurante è stato fondamentale. Dopo la visita, M. ha ripreso gradualmente a muoversi e a svolgere le sue attività abituali. Al follow-up successivo, a cinque anni, la paziente sembrava aver rimosso quell'episodio di mal di schiena».

La scoliosi che causa dolore

Quello di M. è un caso emblematico di come sia facile attribuire il dolore alla scoliosi e quanto, al contrario, sia necessario un ragionamento clinico accurato per evitare sovradiagnosi e trattamenti non necessari. Quest'ultimo cambia, però, quando il dolore mostra proprio quelle caratteristiche descritte dalla letteratura: localizzazione asimmetrica, irradiazione cruralgica, peggioramento in stazione eretta prolungata, andamento più continuo e persistente. È il caso di G., una donna di 57 anni che si presenta in **Isico** per un consulto a causa di un dolore lombare presente da diversi anni e progressivamente peggiorato. «In questo caso non si trattava di un episodio acuto: il dolore era persistente, con riacutizzazioni frequenti e limitava in modo significativo le attività quotidiane. La paziente riferiva difficoltà a mantenere la stazione eretta prolungata e un netto sollievo coricandosi. In alcuni periodi comparivano irradiazioni anteriori alla coscia». All'esame obiettivo la **deformità lombare** è evidente, con sbilanciamento del tronco e dolore localizzato in prevalenza sul lato della curva, in corrispondenza dell'apice. La radiografia (figura 3) documenta una scoliosi lombare di entità significativa (56° Cobb), con segni degenerativi associati. La valutazione funzionale confermava l'impatto clinico: punteggio COMI pari a 6/10 e ODI (Oswestry Disability Index) del 42%, indicativi di una disabilità moderata-severa. «Qui siamo di fronte a una lombalgia da scoliosi. Le caratteristiche del dolore, la sua persistenza nel tempo e la correlazione con la deformità rendono il quadro coerente con la patologia strutturale».

Il trattamento conservativo

Nel caso di G., il tema non era stabilire il coinvolgimento della scoliosi nella sua condizione, bensì comprendere in che misura contribuisse al dolore e quali strumenti conservativi mettere in campo prima di considerare opzioni più invasive. «Per questa che era una scoliosi lombare importante, con segni degenerativi associati e un dolore con caratteristiche tipiche descritte in letteratura, abbiamo impostato un percorso basato su esercizi specifici per la scoliosi, con l'obiettivo di migliorare il controllo posturale e la tolleranza alle attività quotidiane. Accanto al lavoro attivo, ci siamo occupati anche della componente muscolare. In questi pazienti è, infatti, frequente trovare aree di sovraccarico e dolore miofasciale: intervenire sui trigger point può contribuire a ridurre la sintomatologia e rendere più efficace il percorso riabilitativo. L'obiettivo è permettere alla paziente di stare in piedi più a lungo, camminare meglio, ridurre la necessità di cambiare continuamente posizione, gestendo le fasi più

dolorose con possibili cicli brevi di terapia farmacologica secondo necessità». È in questo contesto che matura l'indicazione al corsetto. «Dopo avere impostato il lavoro riabilitativo e considerato l'impatto persistente del dolore, abbiamo proposto un corsetto notturno su misura. L'idea è stata fornire un supporto correttivo e di scarico nelle ore di riposo, con una migliore tollerabilità rispetto all'uso diurno e senza interferire con l'attività muscolare durante il giorno».

Il corsetto notturno

Sebbene il corsetto non sia una scelta di prima linea per qualsiasi dolore nei casi di una scoliosi lombare importante, con un dolore cronico che ha caratteristiche tipiche e un impatto funzionale significativo, il supporto ortesico può diventare uno strumento utile. «Nel caso di G., l'indicazione è stata per un corsetto notturno su misura. L'obiettivo non è immobilizzare, ma fornire uno scarico mirato nelle ore di riposo, riducendo lo stress meccanico sui segmenti più sollecitati. Durante il giorno la paziente deve muoversi, attivare la muscolatura, lavorare sul controllo posturale. Di notte, invece, possiamo offrire un sostegno che aiuti a contenere il sovraccarico». Il razionale è biomeccanico, ma anche clinico: ridurre la sollecitazione continua sulle strutture degenerative, migliorare la qualità del riposo e, indirettamente, ridurre l'intensità del dolore percepito durante la giornata. «La tollerabilità del corsetto notturno è generalmente buona. Non interferisce con la vita attiva del paziente e può rappresentare un compromesso efficace tra supporto e mantenimento della funzione. Molti pazienti ai quali lo abbiamo prescritto riferiscono un miglioramento della qualità del riposo e una riduzione del dolore al risveglio, maggiore leggerezza, minore affaticamento nella zona lombare. Questa condizione si riverbera su parte della giornata. Il corsetto è uno strumento che va, comunque, inserito in un progetto terapeutico più ampio. Funziona quando è parte di un percorso che comprende esercizi specifici, educazione e monitoraggio nel tempo».

Il decorso

Nel caso di G., l'integrazione tra esercizi specifici e utilizzo del corsetto notturno ha prodotto un miglioramento progressivo. «Non abbiamo cercato un cambiamento immediato. L'obiettivo era ridurre gradualmente l'intensità del dolore e aumentare la tolleranza alle attività quotidiane». Nel corso dei mesi la paziente ha riferito una diminuzione della sintomatologia, una migliore qualità del sonno e una maggiore capacità di mantenere la stazione eretta senza dolore significativo. Anche gli indicatori funzionali mostrano un'evoluzione favorevole: il punteggio COMI si riduce rispetto al valore iniziale e l'ODI evidenzia un miglioramento della disabilità percepita. Non si assiste a una "scomparsa" della scoliosi – che rimane una condizione strutturale – ma a una migliore gestione del carico meccanico e dei sintomi associati. «Il punto non è correggere la curva a 57 anni. Il punto è migliorare la qualità di vita, ridurre il dolore e permettere alla persona di mantenere la propria autonomia».

Due casi, un principio

I due casi raccontano scenari profondamente diversi, ma convergono su un principio comune. Nel caso di M., la scoliosi è presente ma non è responsabile del dolore: una lombalgia acuta aspecifica che si manifesta in una paziente con scoliosi, non a causa della scoliosi. Nel caso di G., invece, il dolore presenta le caratteristiche tipiche descritte dalla letteratura: la deformità è parte integrante del quadro clinico. «Non

tutta la lombalgia nell'adulto con scoliosi è una lombalgia da scoliosi. La sfida è riconoscere quando la deformità è realmente in gioco e quando, invece, rappresenta solo il contesto in cui il dolore si manifesta. È una distinzione che cambia la gestione: evita esami inutili, riduce la medicalizzazione eccessiva e consente, nei casi appropriati, d'integrare strumenti come il corsetto notturno all'interno di un percorso conservativo strutturato. Comprendere questa differenza significa restituire al paziente una diagnosi più precisa e un trattamento più proporzionato e, spesso, una maggiore serenità».



Abbonati a Ortopedici e Sanitari

TAGS scoliosi



Articolo precedente

Come la forma del piede influisce sul passo

ARTICOLI CORRELATI

ALTRO DALL'AUTORE



Fratture da stress in bambini e adolescenti: uno studio epidemiologico



Artrite psoriasica: perché la psoriasi si trasforma in una malattia articolare?



Fratture della testa del radio: quale chirurgia nei pazienti giovani?



LASCIA UN COMMENTO

Commento:

Nome:*

Email:*

Sito Web: