SCIENZA DEL MOVIMENTO / SPORT DI RACCHETTA

Tennis e padel tra richieste biomeccaniche e salute del giocatore

Una lettura dei disturbi riferiti da 161 praticanti e delle implicazioni per la prevenzione

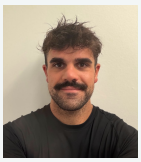
AUTORI



Zanetti Claudio

Autore referente

Responsabile Osteopatia e Terapia Manuale della Federazione Italiana Tennis e Padel (FITP).
Laureato in Scienze Motorie e in Fisioterapia, Osteopata D.O. ROI.
claudio@balancelab.it



Alessio Rota

Istruttore CityPadel Milano (Golden Goose Arena)
Istruttore 2º Livello Padel FITP
Allievo Maestro Nazionale



Giacomo Silva

Maestro Nazionale Tennis FITP (Associazione Tennis Cesano)
Istruttore secondo livello FITP
Allievo maestro padel FITP

Abstract

Tennis e padel condividono gesti ripetuti, accelerazioni e cambi di direzione, ma presentano contesti di gioco differenti. Un'indagine mediante questionario su 161 praticanti descrive i problemi fisici riferiti nei dodici mesi precedenti, distinguendo disciplina e livello di pratica. Nei gruppi agonistici la spalla è la sede principale più frequentemente indicata; nel padel amatoriale emergono regione lombare, gomito e caviglia. Le differenze di età, esposizione e numerosità dei gruppi impongono una lettura descrittiva: i risultati non stabiliscono quale sport sia più rischioso né dimostrano i meccanismi responsabili dei disturbi. Il contributo integra questi dati con la letteratura per orientare osservazione sul campo, gestione individuale del carico e collaborazione tra figure tecniche e sanitarie.

Parole chiave Tennis · Padel · Biomeccanica · Problemi fisici riferiti · Carico di allenamento

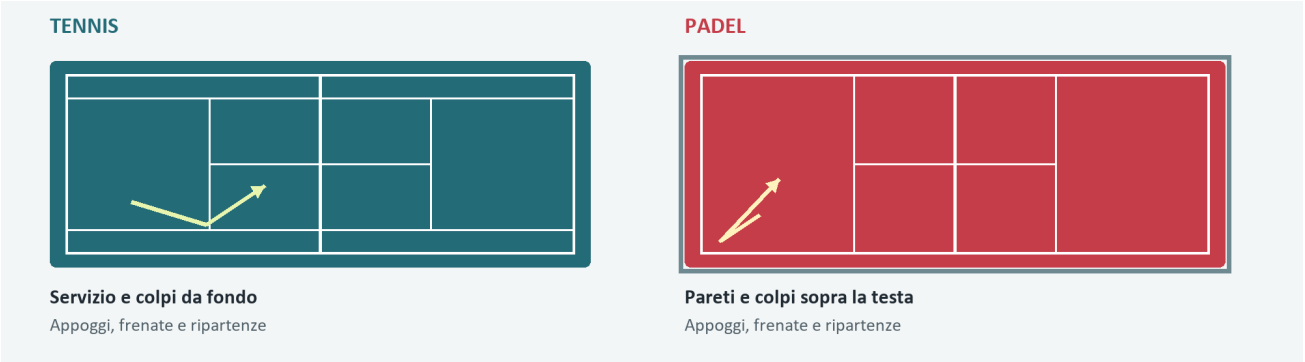


Figura 1. Due contesti di gioco. Schemi non in scala e traiettorie illustrative; non rappresentano misurazioni biomeccaniche.

Una spalla che limita il servizio, un gomito dolente alla presa, una schiena che recupera con difficoltà tra due partite: sul campo il problema si manifesta attraverso il gesto. Per comprenderlo occorre collegare ciò che il giocatore fa alla quantità di attività, alla sua preparazione e alla risposta nelle ore successive. Il confronto tra tennis e padel offre una chiave di lettura utile, purché le caratteristiche della disciplina siano considerate insieme a quelle della persona.

GESTO E METODO

Dalle richieste del gioco alla raccolta dei dati

Movimenti condivisi e richieste specifiche

Nel tennis, servizio e colpi da fondo richiedono un trasferimento coordinato di energia dagli arti inferiori al tronco e all'arto superiore. Accelerazione della racchetta, frenata del gesto e recupero della posizione coinvolgono l'intera catena cinetica. Gli spostamenti sono multidirezionali e dipendono da superficie, tattica e situazione di gioco; ridurli a una corsa prevalentemente lineare non ne descrive adeguatamente la complessità (Fu et al., 2018).

Nel padel, pareti e gioco di coppia modificano la lettura delle traiettorie e l'organizzazione degli appoggi. Arretramenti, aggiustamenti e colpi sopra la testa, tra cui bandeja, víbora e smash, concorrono alle richieste della disciplina. Il servizio dal basso differisce da quello del tennis, ma non esaurisce il carico dell'arto superiore durante lo scambio (Demeco et al., 2022).

La dimensione del campo, da sola, non permette di ordinare l'intensità delle due discipline. Anche la superficie agisce attraverso l'interazione con la scarpa, il gesto e le condizioni di utilizzo. Per interpretare un disturbo servono informazioni sul singolo giocatore: sede e andamento dei sintomi, attività abituale, modifiche recenti e capacità di recupero.

Un questionario sui dodici mesi precedenti

L'indagine della tesi ha raccolto le risposte di 114 praticanti di padel e 47 di tennis, suddivisi nei livelli amatoriale e agonistico. Il disegno è osservazionale trasversale, con informazioni retrospettive sui problemi fisici. I questionari comprendono caratteristiche personali, pratica settimanale, sede principale del problema, modalità di comparsa, ricorso a professionisti sanitari e conseguenze sulla partecipazione e sulla prestazione.

La domanda iniziale include qualsiasi problema fisico collegato alla disciplina nei dodici mesi precedenti, anche quando il partecipante ha continuato a giocare. L'esito rilevato è quindi più ampio degli eventi che comportano assenza da allenamenti o gare. Le segnalazioni non equivalgono a diagnosi cliniche verificate e comprendono presentazioni improvvise e graduali.

Le proporzioni sono descritte con frequenze assolute e percentuali. Per la presenza di problemi fisici il denominatore è l'intero sottogruppo; per sedi, esordio e decorso è costituito dai partecipanti che riferiscono un problema. Le percentuali annuali non sono tassi di incidenza per ore di gioco e non vengono presentate come stime rappresentative dell'intera popolazione di tennisti e padelisti.

Il questionario descrive ciò che i partecipanti riferiscono. La spiegazione biomeccanica aiuta a formulare ipotesi, ma richiede verifiche specifiche.

RISULTATI

I profili dei partecipanti e i disturbi riferiti

I quattro gruppi differiscono sensibilmente per età e dimensione. Gli agonisti di tennis hanno un'età media di 20,8 anni, quelli di padel di 36,2; il tennis amatoriale comprende soltanto sette persone. Queste differenze accompagnano ogni confronto dei risultati.

Gruppo	Partecipanti	Età media anni ± DS	Con problemi fisici n/N (%)
Padel amatoriale	72	50,9 ± 9,8	49/72 (68,1%)
Padel agonistico	42	36,2 ± 11,9	31/42 (73,8%)
Tennis amatoriale	7	44,8 ± 6,2	5/7 (71,4%)
Tennis agonistico	40	20,8 ± 7,4	31/40 (77,5%)

Tabella 1. Problemi fisici collegati alla disciplina riferiti nei dodici mesi precedenti, anche senza interruzione dell'attività. DS: deviazione standard. Fonte: indagine della tesi di Rota e Silva.

Le sedi principali nei gruppi più numerosi

Tra i 49 amatori di padel che riferiscono un problema, la regione lombare è indicata da 10 persone (20,4%); gomito e caviglia da 9 ciascuno (18,4%), ginocchio da 7 (14,3%) e spalla da 5 (10,2%). Nel padel agonistico, su 31 partecipanti con problemi, la spalla è la sede principale per 8 (25,8%), seguita da caviglia per 6 (19,4%) e gomito per 4 (12,9%).

Anche tra i 31 agonisti di tennis con problemi la spalla è la sede principale più frequente: 7 segnalazioni (22,6%). Seguono regione lombare con 5 (16,1%), gomito e polso con 4 ciascuno (12,9%). Si tratta della sede principale riferita dalla persona, non del conteggio di tutte le lesioni o di diagnosi specifiche.

Comparsa graduale e sintomi ancora presenti

L'esordio graduale è riferito da 28 dei 49 amatori di padel con problemi (57,1%) e da 20 dei 31 agonisti di padel (64,5%). Nel padel, 26 amatori (53,1%) e 17 agonisti (54,8%) descrivono il problema come migliorato ma ancora presente al momento della compilazione. Queste risposte distinguono il recupero percepito dalla semplice possibilità di continuare a giocare; non consentono, da sole, di classificare la patologia o valutarne la gravità clinica.

INTERPRETAZIONE E PRATICA

Leggere i risultati e adattare il lavoro sul campo

Le differenze osservate richiedono contesto

La frequenza della spalla nei due gruppi agonistici rende pertinente considerare le richieste dei colpi sopra la testa. L'indagine, tuttavia, non misura cinematica, forze articolari o numero di colpi e non dimostra che un determinato gesto abbia prodotto il disturbo. Analogamente, i dati lombari, del gomito o del polso non autorizzano ad attribuire direttamente i problemi alle pareti, al topspin o al rovescio a due mani.

Il livello agonistico coincide inoltre con differenze di età e pratica settimanale. Nella tesi, il 62,5% degli agonisti di tennis riferisce almeno cinque ore settimanali, mentre il 71,4% degli amatori di tennis si colloca tra due e quattro ore.

La cautela è coerente con la letteratura: le revisioni sul padel descrivono definizioni e popolazioni eterogenee, che rendono difficile un confronto diretto con gli altri sport di racchetta (Dahmen et al., 2023). I risultati dell'indagine possono orientare le domande da approfondire, senza diventare una graduatoria assoluta di sicurezza.

Registrare attività e risposta individuale

Sul piano operativo è utile raccogliere in un unico diario sedute tecniche, partite e preparazione fisica, annotando durata, sforzo percepito e andamento dei sintomi. Anche un cambio di disciplina contribuisce al lavoro complessivo della settimana. La programmazione considera attività abituale, calendario e recupero, soprattutto quando aumentano frequenza o intensità delle sedute (Soligard et al., 2016).

Come proposta organizzativa, il maestro può annotare quali gesti risultano limitati e come cambia l'esecuzione durante la seduta; il preparatore può adattare il lavoro sulle capacità fisiche. Se il problema persiste o peggiora, la condivisione con medico, fisioterapista e osteopata permette di raccordare il carico di campo alla valutazione sanitaria. Una scheda di osservazione non sostituisce l'esame clinico.

Preparare le richieste del gioco

Forza degli arti inferiori, controllo delle decelerazioni, lavoro del tronco e capacità di adattamento dell'arto superiore possono essere sviluppati con progressioni adeguate alla persona. I programmi di esercizio hanno mostrato benefici preventivi in più contesti sportivi, ma questa evidenza non valida automaticamente una sequenza di esercizi per ogni problema di tennis o padel (Lauersen et al., 2014).

Una proposta di campo può procedere da gesti prevedibili a situazioni più rapide e variabili, modificando gradualmente durata, ripetizioni e complessità. Nel tennis si possono graduare servizio e spostamenti; nel padel, arretramenti, gestione delle pareti e colpi sopra la testa. Scelta e dosaggio dipendono dalla risposta individuale: questa progressione è un'applicazione didattica, non un protocollo preventivo verificato dall'indagine.

Dall’osservazione alla continuità della pratica

Che cosa possiamo concludere

Il disegno trasversale e il ricordo dei dodici mesi precedenti espongono a errori di memoria. Il materiale disponibile non consente di valutare rappresentatività del reclutamento, tasso di risposta o validazione dei questionari. Le risposte non sono accompagnate da una verifica diagnostica sistematica; inoltre, le ore settimanali abituali non ricostruiscono l’esposizione individuale durante l’intero anno. Non si possono quindi stimare tassi per 1.000 ore né stabilire nessi causali.

La diversa composizione dei gruppi per età, sesso e volume di pratica limita l’interpretazione dei confronti; i sette amatori di tennis richiedono particolare prudenza. Le percentuali riportate restano descrittive del campione. Per confermare eventuali differenze servono gruppi più equilibrati e un monitoraggio prospettico, con definizioni condivise di problema fisico ed esposizione.

Il contributo dell’indagine è rendere visibili problemi che possono accompagnare la pratica anche senza uno stop completo. Nel campione, la spalla emerge nei gruppi agonistici, mentre tra gli amatori di padel assumono rilievo anche regione lombare, gomito e caviglia. La lettura congiunta di gesto, attività svolta e decorso dei sintomi offre indicazioni per l’osservazione, senza prevedere chi si farà male attraverso un singolo test o una caratteristica isolata (Bahr, 2016).

Il ritorno allo sport richiede obiettivi concordati e valutazioni cliniche e funzionali, distinguendo ripresa della partecipazione e recupero della prestazione (Ardern et al., 2016). Per maestro, preparatore e professionisti sanitari, il risultato applicativo è una comunicazione condivisa, precisa ed efficace: riconoscere le richieste del gioco, registrare la risposta del praticante e adattare il percorso per sostenere la continuità della pratica.

Bibliografia essenziale

Rota, Silva. Le principali differenze biomeccaniche tra tennis e padel: implicazioni cliniche. Tesi, versione ricontrollata del 29 ottobre 2026. Tutor: Claudio Zanetti. Fonte dell’indagine e dei dati descrittivi.

Ardern CL, Glasgow P, Schneiders A, et al. 2016 Consensus statement on return to sport from the First World Congress in Sports Physical Therapy, Bern. Br J Sports Med. 2016;50:853-864. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096278

Bahr R. Why screening tests to predict injury do not work-and probably never will…: a critical review. Br J Sports Med. 2016;50:776-780. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096256

Dahmen J, Emanuel KS, Fontanellas-Fes A, et al. Incidence, prevalence and nature of injuries in padel: a systematic review. BMJ Open Sport Exerc Med. 2023;9:e001607. https://doi.org/10.1136/bmjsem-2023-001607

Demeco A, de Sire A, Marotta N, et al. Match analysis, physical training, risk of injury and rehabilitation in padel: overview of the literature. Int J Environ Res Public Health. 2022;19:4153. https://doi.org/10.3390/ijerph19074153

Fu MC, Ellenbecker TS, Renstrom PA, Windler GS, Dines DM. Epidemiology of injuries in tennis players. Curr Rev Musculoskelet Med. 2018;11:1-5. https://doi.org/10.1007/s12178-018-9452-9

Lauersen JB, Bertelsen DM, Andersen LB. The effectiveness of exercise interventions to prevent sports injuries: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Sports Med. 2014;48:871-877. https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092538

Soligard T, Schwellnus M, Alonso JM, et al. How much is too much? (Part 1) International Olympic Committee consensus statement on load in sport and risk of injury. Br J Sports Med. 2016;50:1030-1041. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096581