CURRICULUM

Inizia il percorso professionale nella Medicina Riabilitativa, per passare poi alla Medicina Manuale. Nel 1990 incontra Marcel Bienfait, illustre Kinesiterapista Francese, con il quale collabora per molti anni, prima come suo allievo, poi come monitore, diviene presto suo assistente nei corsi di formazione. Presto Bienfait lo promuove docente della Scuola di Terapia Manuale, insegna in tutta Italia per oltre dieci anni, il metodo Bienfait, formando e specializzando numerosi medici e fisioterapisti. In seguito, diviene Direttore Scientifico della Scuola Bienfait. Verso i primi anni del 2000 amplia la propria formazione professionale diplomandosi in Osteopatia presso EOP, seguendo gli insegnamenti del suo illustre Maestro, Alain Bernard. In quegli anni frequenta la Clinica Ortopedica dell’Università La Sapienza di Roma, nell’ambulatorio delle scoliosi e cifosi, diretto dal Prof. Gerardo Bartocci, specialista ortopedico e chirurgo con cui collabora per molti anni. Insegna Posturologia ad un corso di perfezionamento per medici pediatri. L’esperienza nel campo della Posturologia si arricchisce ulteriormente attraverso collaborazioni scientifiche con altri specialisti ortopedici, odontoiatri e fisiatri. Sempre, in quegli anni, frequenta un tirocinio formativo in Francia presso l’Ospedale Petit Massues di Lione, dove ha modo di approfondire le conoscenze con illustri ortopedici e fisioterapisti specialisti nel trattamento conservativo e chirurgico della scoliosi, attraverso il rinomato metodo Lionese. Ha avuto la possibilità di accrescere, per molti anni, le sue esperienze confrontandosi con grandi personaggi della Posturologia, dell’Osteopatia e dell’Ortopedia Internazionale con l’incarico di relatore, a numerosi convegni e congressi tenuti in Italia. Dal 2010 è docente al corso di Scienze Infermieristiche e Tecniche Neuro-Psichiatriche e Riabilitative della facoltà di Medicina e Psicologia Università “La Sapienza” di Roma. Nel 2011 fonda la Scuola di Formazione Osteopomarici, insegna in tutta Italia la Terapia Manuale Osteopatica e la Posturologia, formando e specializzando numerosi colleghi. Approfondisce i suoi studi e la ricerca nell’ambito della Gnatologia pediatrica collaborando con specialisti odontoiatri e ortodontisti, in particolare per ciò che riguarda la Craniodonzia. Dal 2000 è responsabile del Servizio di Osteopatia e del Servizio di Posturologia dell’Età Evolutiva presso il GRUPPO INI Divisione Villa Dante di Guidonia (Roma) dove svolge la propria attività professionale oltre la sede di GRUPPO INI Villa Alba di Roma.

POSTUROLOGIA

La Posturologia è una disciplina definita “complementare” al pari dell’Osteopatia, della kinesiologia e dell’Omeopatia, già Aristotele (330 D.C.) aveva compreso che la posizione delle parti del corpo in rapporto tra loro così come la loro posizione del corpo in rapporto all’ambiente, cioè la postura corporea sotto il doppio aspetto, è l’espressione di attività superiori. Le radici della Posturologia scientifica affondano nel XIX secolo quando CHARLES BELL (1837) incominciava a porsi domande riguardo il mantenimento della stazione eretta dell’individuo contro l’effetto della gravità. Poi altri autori, hanno studiato approfonditamente il complesso sistema della funzione statica, quali Romberg, Longet, Magnus fino ad arrivare negli anni ‘80 quando Gagey , in Francia, incominciò a mettere in relazione l’importanza dei vincoli “propriocettivi”, quali, il sistema stomatognatico, l’appoggio podalico, il sistema oculomotore, il sistema vestibolare e il ruolo propriocettivo della muscolatura del rachide attraverso l’utilizzo della stabilometria. Nasce in quegli anni l’ASSOCIATION FRANCAISE DE POSTUROLOGIE & INTERNATIONAL SOCIETY FOR POSTURAL AND GAIT RESEARCH. Era un modo per uscire dall’eccesso di tecnicismo e di frammentazione caratteristici della medicina convenzionale che, in quegli anni, considerava l’individuo attraverso un approccio esclusivamente segmentario e analitico. Tutto era vincolato al concetto di riproducibilità, necessario per ritenere “scientifico” l’interpretazione di un fenomeno. Oggi la concezione riduzionistica di Cartesio ha lasciato il posto a una visione “sistemica” della scienza e della vita che ci costringe a rivalutare il concetto stesso di obiettività scientifica. In quest’ambito, la posturologia, cosi come l’osteopatia, l’omeopatia ecc ecc, sono discipline definite “complementari” o “alternative” alla medicina convenzionale, che solo adesso iniziano a essere considerate dal mondo scientifico. La posturologia è appunto, una disciplina olistica che considera l’individuo nella sua “globalità” e che necessita di un approccio “sistemico”, ma soprattutto, multidisciplinare, che possa interpretare dei dati clinici attraverso risposte individuali proprie di un sistema “circolare” piuttosto che di un sistema lineare, come vuole la medicina convenzionale basata esclusivamente sull’Evidence Based. In questo senso lo studio delle correlazioni esistenti tra l’occlusione dentale, l’appoggio podalico, il sistema vestibolare e quello oculomotore con la postura, sono concetti che mettono in connessione meccanicamente e funzionalmente le diverse parti del corpo con il tutto. Quest’analisi sistemica e globale ha rivoluzionato il concetto stesso del paradigma Cartesiano attraverso una visione unitaria dell’individuo, che considera maggiormente questi “vincoli” propriocettivi, esattamente come una rete d’informazioni interconnesse, particolarmente sensibili ai fini della diagnosi clinica e del trattamento.

GNATOLOGIA

Il concetto che il sistema stomatognatico sia meccanicamente e funzionalmente connesso con altri distretti corporei e la postura è obiettivamente una visione sistemica più attuale che ha ormai riscontri scientifici e riproducibili innegabili. Iniziò Baunel, che fu il padre della “Teoria dell’occlusione bilanciata”, fino ad arrivare al culto “dell’articolazione dell’ATM” e ancora a Guichet che introdusse la “Teoria muscolare”, siamo arrivati, oggi, alla teoria della “relazione centrica” secondo cui diversi autori (Farrar, Gelb, Martignoni etc etc) sostengono che l’asse cerniera s’identifica attraverso un piano che passa a livello delle spine di Spix (vero centro di rotazione della mandibola) e non rispetto all’asse bicondilare. Le diverse teorie bisogna, però, legarle all’evoluzione della specie umana, ancora incompleta, il fenotipo umano contemporaneo è strutturalmente e funzionalmente diverso rispetto a quello di un secolo fa. Abbiamo una serie di modificazioni strutturali importanti, la scatola cranica ha cambiato la sua morfologia, e non solo per un processo d’intellettualizzazione, ma anche per una dominanza morfo-funzionale dell’emisfero cerebrale sinistro. Un’asimmetria cranica e delle strutture corporee dettate da un’evoluzione del linguaggio e da un adattamento ambientale continuo. Studi antropologici recenti, dimostrano come il fenotipo umano continua ad avere uno schema in flessione della scatola cranica che comporta un continuo adattamento dell’articolazione della sincondrosi sfeno-basilare e conseguentemente un riflesso compensativo sul resto del corpo. In ambito ortodontico, storicamente, l’aspetto terapeutico preponderante è sempre stato quello estetico, a discapito di quello funzionale, non a caso la scuola ortodontica meccanicistica ha preferito questo tipo di approccio. Questa filosofia ortodontica sposa un tecnicismo e una frammentazione che favorisce una settorializzazione a discapito di una visione più “sistemica” dell’individuo, che ci permette di considerare la persona nel suo insieme. La visione sistemica (olistica) considera le proprietà di un sistema vivente come proprietà di un tutto, ossia un insieme di relazioni e d’interazioni all’interno di reti sempre più grandi, esattamente come ha dimostrato la fisica quantistica. Oggi l’approccio al sistema stomatognatico deve considerare le diverse manifestazioni cliniche (malocclusione e non solo) all’interno di un quadro sindromico più generale, questa visione più globale e unitaria dell’individuo deve essere sostenuta da un’attenta capacità di giudizio e di diagnosi semeiotica clinica da parte dell’equipe specialistica.

OSTEOPATIA

Quando, in ambito osteopatico, approcciamo le diverse problematiche del sistema stomatognatico, essendo l’occlusione dentale, il risultato adattativo dello schema cranico dell’individuo, prima di allineare i denti, dobbiamo intervenire prioritariamente sul cranio. Il cranio è il riflesso dei denti, i denti sono il riflesso del cranio. Non possiamo pensare di modificare uno schema occlusale (per esempio, seconda e terza classe di Angle) senza modificare e/o riequilibrare il delicato meccanismo dello schema cranico. Qualsiasi trattamento ortodontico e protesico ha un’influenza diretta su tutte le ossa del cranio e non solo, dobbiamo, infatti, considerare, quanto siano influenti questi trattamenti ortodontici, che sposano una scuola di pensiero meccanicistica, piuttosto ortodossa, che non prende in considerazione gli schemi adattativi del corpo, anche a distanza. Molto spesso, abbiamo una serie di compensi a “cascata” che influenzano direttamente altre strutture corporee (appoggio podalico), una sorta di nuovi adattamenti di schemi posturali e biomeccanici auto difensivi. Questa interconnessione anatomo-fisiologica tra le diverse parti che formano un tutto è legata a uno dei sistemi più importanti che abbiamo in anatomia, il sistema connettivale. Trattamenti ortodontici standardizzati che modificano l’equilibrio fisiologico tra le “parti” attraverso, per esempio, estrazioni dentali, trazioni di spostamento dei denti (apparecchio), non possono che costringere l’organismo a difendersi attraverso dei compensi adattativi, dovuti appunto, all’adattabilità del sistema connettivo, soprattutto in età pediatrica. Le ossa della volta cranica sono di origine membranosa, e funzionano da “membrane”, queste ossa hanno un rapporto funzionale diretto con la dura madre cranica (tessuto connettivo), che fornisce estensioni di tessuto connettivo che troviamo nelle suture craniche. Queste suture sono una vera e propria articolazione, oltre che di congiunzione, e permettono un’espansione cranica fondamentale per facilitare i cambiamenti dovuti alle tensioni delle meningi, dei muscoli e delle fasce durante il ritmo respiratorio primario del cranio. Modificare uno schema occlusale senza avere ripercussioni nel Meccanismo Respiratorio Primario (Dr. Sutherland) del cranio è impensabile, oltretutto, senza considerare quello che possa comportare un cambiamento di tale sistema, a livello della postura. Esiste una corrispondenza reciproca tra il trattamento osteopatico craniale e le problematiche di occlusione dentale, soprattutto in età pediatrica. L’occlusione è un processo evolutivo, dinamico, è lo specchio dell’armonia posturale, agisce direttamente sul cranio attraverso l’azione di spinta dei vettori di accrescimento dei denti che convergono sull’apofisi cristagalli dell’osso frontale, punto di partenza delle membrane intracraniche a tensione reciproca. Questo equilibrio biomeccanico delle strutture dento-cranio-facciali mantiene un rapporto funzionale occlusale tra cranio, mascellare superiore e la mandibola, che coinvolge direttamente le prime vertebre cervicali e conseguentemente l’equilibrio del cranio rispetto alla colonna vertebrale. L’asse cerniera della bocca è in rapporto con il rachide cervicale superiore, il capo oltre ad essere sostenuto dalla prima cerniera vertebrale occipito-atlantoidea è considerato come un pendolo, non solo deve conservare la verticalità della testa e l’orizzontalità dello sguardo, ma vincola, l’equilibrio dell’intera postura. Possiamo affermare che l’occlusione conforma la matrice posturale, quanto più precoce sarà l’inizio del trattamento intercettivo-ortodontico e osteopatico delle malocclusioni nei bambini, maggiore sarà il recupero fisiologico della corretta forma e funzione del paziente.