

Armonia Estetica Posturale™

Giovanni Maver

È sufficiente un'accurata modellazione del tavolo occlusale che assicuri la stabilità in statica e la libertà in dinamica, per garantire la fisiologia dell'apparato stomatognatico? L'articolo vuole indurre degli spunti di riflessione sull'argomento, attraverso lo sviluppo di un percorso riabilitativo protesico.

Presentazione del caso (eseguito in collaborazione con il Dr. Gianpaolo Previtali)

Il paziente presenta un apparato stomatognatico in patologia con importanti abrasioni su tutti gli elementi dentali e beanze nei settori posteriori (Figg. da 1 a 5).

Lamenta anche una sintomatologia dolorosa alle A.T.M. con affaticamento ai muscoli masticatori.

Osservando la situazione a livello del corpo, possiamo valutare se un corpo è in fisiologia o in patologia, in base alla qualità del suo equilibrio, espressa dall'allineamento dei punti cardine corporei (Fig. 6).

Come si può vedere, i punti cardine nel paziente non sono in equilibrio (Fig. 7).

In proiezione posteriore sono lateralizzati a destra, mentre in proiezione anteriore lo sono a sinistra, questo perché sagittalmente è in torsione da destra a sinistra.

Tale disequilibrio attiva una sintomatologia dolorosa riferita quale: cefalea muscolotensiva, dolori alla cervicale e alla lombare.

La patologia posturale però, deve preoccuparci solo se l'eziologia è stomatognatica.

Come fare a capirlo? Uno dei metodi è il test di Meersseman, ovvero si posizionano due rulli di cotone in bocca che tolgono il vincolo della massima intercuspide (Fig. 8); se verifichiamo un miglioramento dell'equilibrio corporeo, è evidente che la bocca disturba la fisiologia del corpo (Fig. 9).

Bite di deprogrammazione

Diamo quindi la possibilità a bocca e corpo di liberarsi dal vincolo occlusale, attraverso il bite di deprogrammazione, portato la notte e funzionalizzato ogni tre settimane in deglutizione e chiusura volontaria per circa quattro-sei mesi.

Alla fine della regolazione, otteniamo un parziale recupero sia della centralità dei frenuli che del corpo, con un buon recupero di quest'ultimo in proiezione frontale e posteriore ed una riduzione in proiezione sagittale della torsione (Figg. da 10 a 13).

Osserviamo ora come è cambiata la relazione spaziale tra mascella e mandibola, confrontando i modelli in massima intercuspide con la nuova relazione ottenuta dal bite di deprogrammazione (Figg. da 14 a 19). Inizialmente la mandibola era anteriorizzata e in torsione verso sinistra, mentre ora ha recuperato in parte la centralità ed è arretrata.

Da un iniziale rapporto di testa a testa, siamo passati ad un rapporto di seconda classe. Se avessimo utilizzato la posizione di massima intercuspide nell'eseguire la ceratura diagnostica per normodimensionare i denti anteriori, avremmo dovuto sovradimensionare i denti posteriori; con la nuova relazione, invece, si ricreano gli spazi corretti per normodimensionare tutti i denti. Effettuiamo quindi una ceratura diagnostica convertita poi in modelli in gesso (Figg. da 20 a 22), sui quali vengono eseguite delle termostampate dello spessore di 0,5.

Successivamente, lo spazio occupato dalla cera viene colmato con della resina, ottenendo così i bite di riprogrammazione (Figg. 23 e 24).



Figg. da 1 a 5 Situazione dentale iniziale

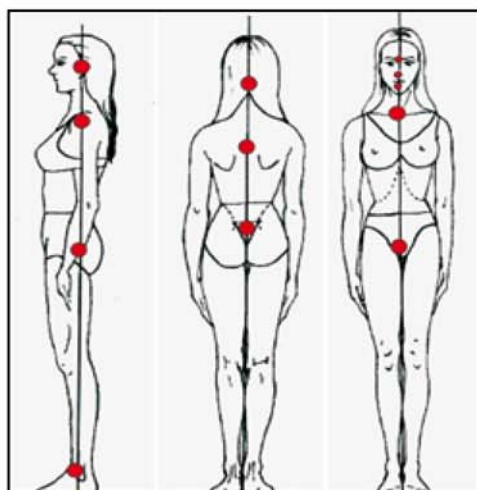


Fig. 6 Punti cardine

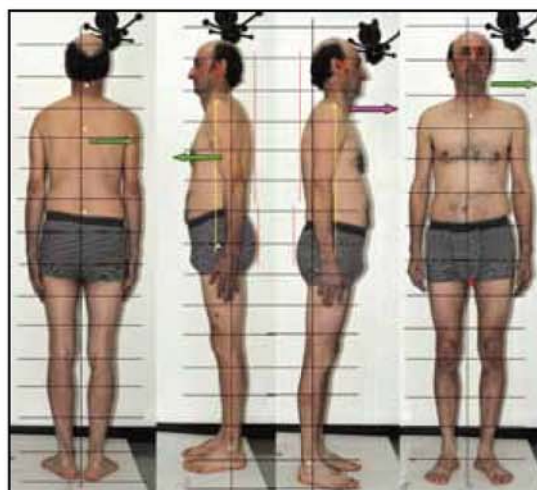


Fig. 7 Equilibrio posturale iniziale



Fig. 8 Test di Meersseman

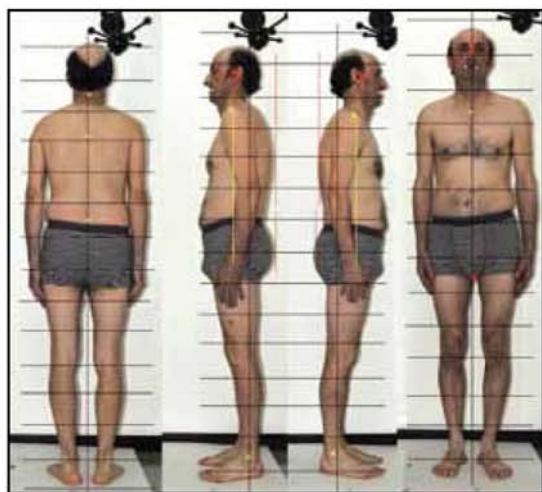
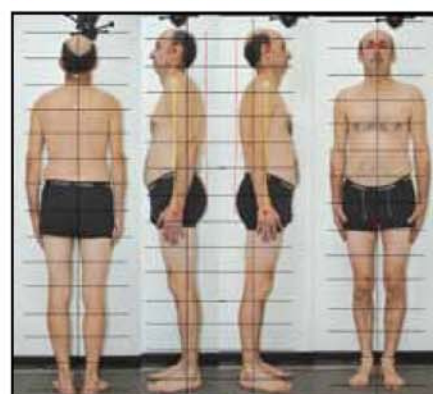
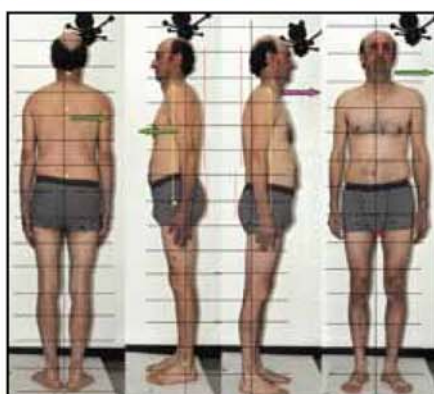
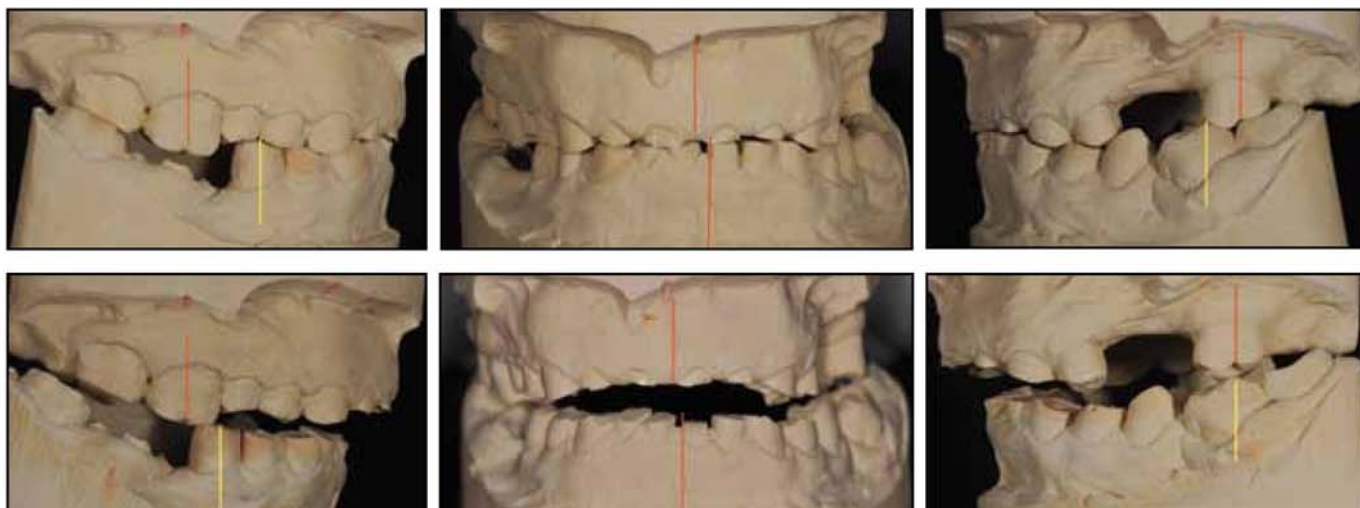


Fig. 9 Equilibrio posturale con rulli



Figg. da 10 a 13 Confronto situazione iniziale e con bite di deprogrammazione



Figg. da 14 a 19 Confronto relazione in massima intercuspidazione e relazione ottenuta dal bite di deprogrammazione



Figg. da 20 a 22 Modelli della ceratura diagnostica



Figg. 23 e 24 Bite di riprogrammazione

Bite di riprogrammazione

Il bite di deprogrammazione ha la funzione di permettere alla muscolatura di rilassarsi e di fornirci una nuova posizione mandibolare.

I bite di riprogrammazione ci danno la possibilità di testare questa nuova posizione, vengono portati tutta la giornata (Fig. 25) e funzionalizzati ogni tre settimane in deglutizione e chiusura volontaria.

Assistiamo così ad un ulteriore recupero della fisiologia di bocca e corpo che migliora ulteriormente in proiezione sagittale (Figg. da 26 a 29).

Osserviamo ora, come è cambiato il rapporto spaziale tra mascella e mandibola, confrontando i modelli precedenti con la nuova situazione spaziale ottenuta dal bite di riprogrammazione. Possiamo così apprezzare un ulteriore recupero della torsione, una diminuzione della beanza anteriore e un cambiamento dei rapporti molari in particolare a sinistra (Figg. da 30 a 38).

Interazione continua di forma e funzione

Abbiamo di fatto continuato ad interagire con la forma, stimolando la funzione, concetto che è alla base del nostro modo di svilupparci e di crescere.

Nella situazione iniziale di massima intercuspidazione, la mandibola era in una posizione di testa a testa ed in torsione (Figg. da 30 a 32), con il bite di deprogrammazione, modificando il rapporto spaziale tra mascella e mandibola (forma), è cambiato il tono muscolare (funzione) che ha riposizionato la mandibola in una situazione di seconda classe (Figg. da 33 a 35).

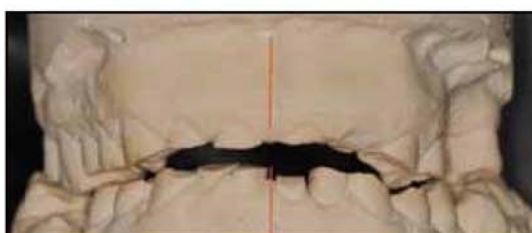
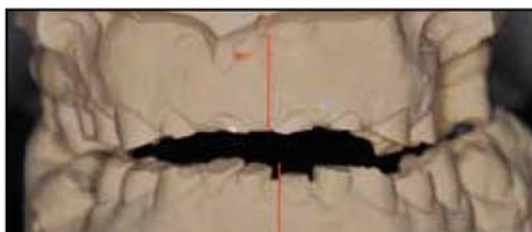
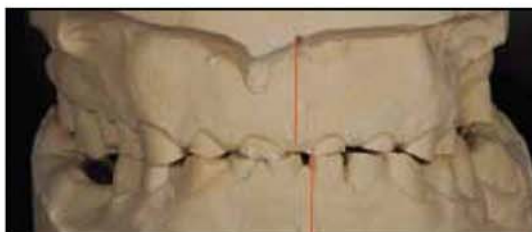
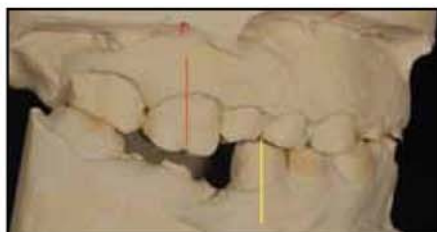
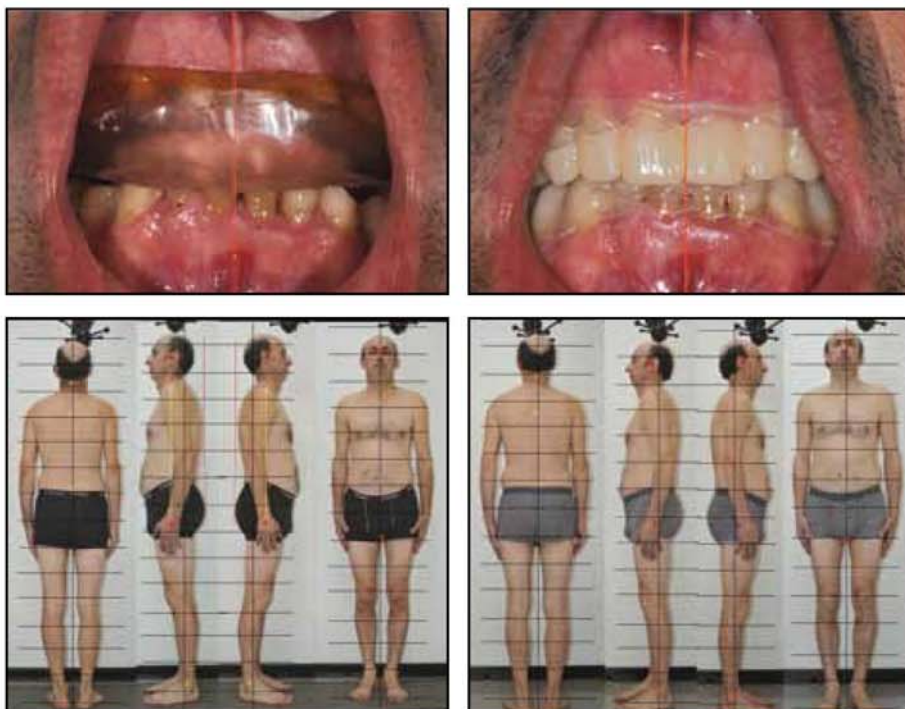
Con il bite di riprogrammazione, abbiamo modificato i denti (forma) e cambiato ulteriormente il tono muscolare (funzione) riposizionando nuovamente la mandibola (Figg. da 36 a 38).

L'apparato stomatognatico, interagendo attraverso lo ioide, ha modificato poi la forma e funzione del resto del corpo, da qui il recupero della fisiologia corporea.

Fig. 25 Bite di
riprogrammazione
applicati



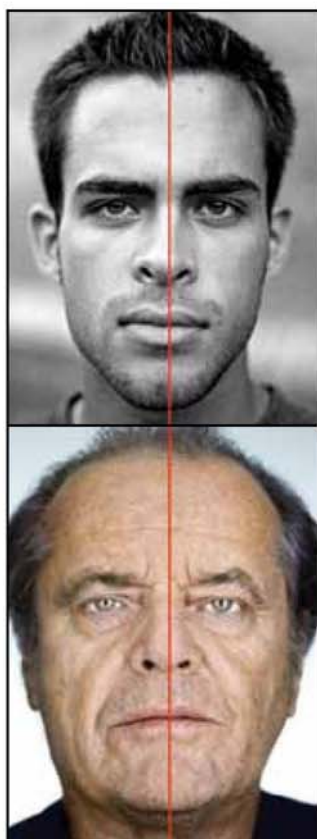
Figg. da 26 a 29 Confronto si-
tuazione con bite di deprogram-
mazione e riprogrammazione



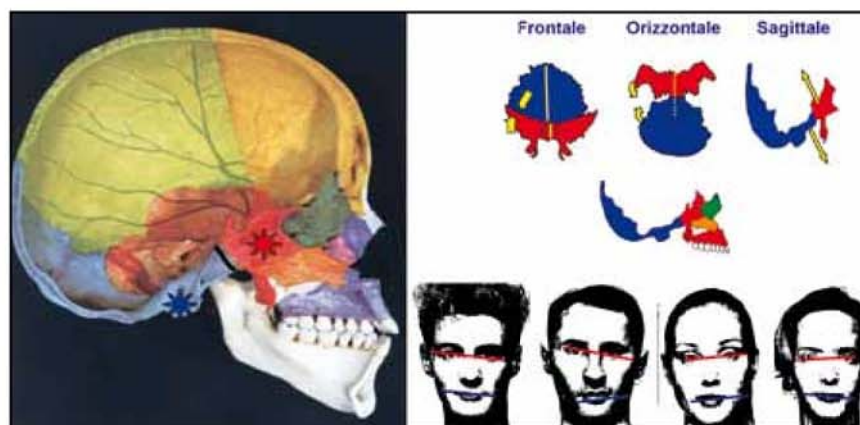
Figg. da 30 a 38 Confronto relazioni precedenti e relazione ottenuta dal bite di riprogrammazione



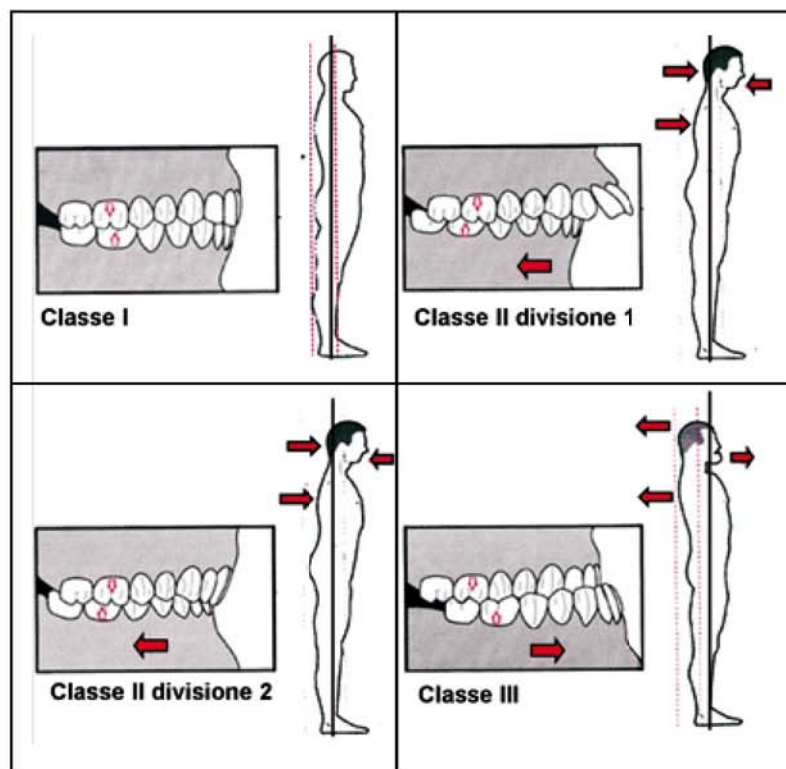
Figg. 39 e 40 Tassello dentale



Figg. 45 e 46 Armonie visi



Figg. 47 e 48 Sfenoide e occipite influenzano l'armonia del viso



Figg. da 41 a 44 Puzzle con armonie differenti

Denti, tasselli del puzzle corporeo

I denti sono parte del sistema uomo. Siamo però abituati a concentrarci prevalentemente sul tavolato occlusale. È tuttavia fondamentale considerare l'intero volume dentale come una parte importante del corpo umano.

Per facilitare questo atteggiamento, è bene abituarsi a pensare al corpo umano come ad un grande puzzle tridimensionale ed ai denti come a dei tasselli (Figg. 39 e 40) con una precisa e determinata posizione, coerente con il disegno generale.

Tendenzialmente però, cerchiamo sempre di comporre un solo tipo di puzzle, quello di una 1a classe scheletrica (Fig. 41), ma ve ne possono essere altri con differenti armonie (Figg. da 42 a 44). L'obiettivo perciò dovrebbe essere la ricomposizione dell'insieme, in relazione all'armonia dei pazienti, obiettivo che abbiamo perseguito e raggiunto in questa terapia. Infatti, restituendo la forma e la funzione di una 2a classe II divisione (Fig. 43), abbiamo ricomposto l'armonia dell'intero puzzle corporeo (Figg. 28 e 29).

Armonia Estetica Posturale™

Ognuno di noi ha una sua armonia, il viso del grande Jack è unico, ma anche il ragazzo lo è (Figg. 45 e 46).

Tutti noi siamo unici.

Da dove originano le armonie dei nostri corpi?

Si originano da due ossa che stanno al centro del cranio, lo sfenoide e l'occipite che si relazionano tra loro a livello della Sicondrosi Sfeno Basilare (Fig. 47).

A seconda di come si rapportano tra loro nei tre piani dello spazio, esse condizionano per contiguità le altre ossa e quindi le differenti armonie a livello dei visi (Fig. 48).

La parte superiore del cranio, quindi anche mascella e bipupillare è influenzata dallo sfenoide, mentre l'occipite influenza tutte le ossa della parte inferiore del cranio, perciò anche mandibola e linea del sorriso. L'occipite inoltre interagisce direttamente con le prime due vertebre cervicali C1/C2, condizionandone la posizione spaziale; da lì a cascata vi è un condizionamento di tutte le vertebre e quindi del resto dello scheletro che fa da supporto alla muscolatura (Fig. 49).

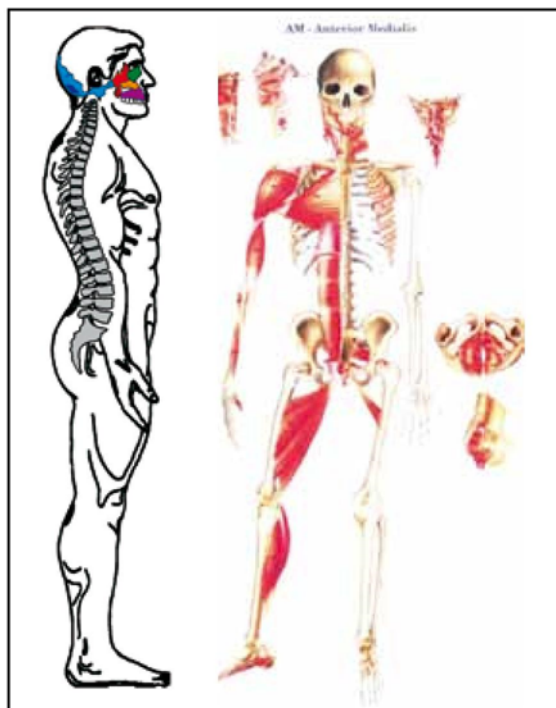


Fig. 49 Scheletro e muscoli

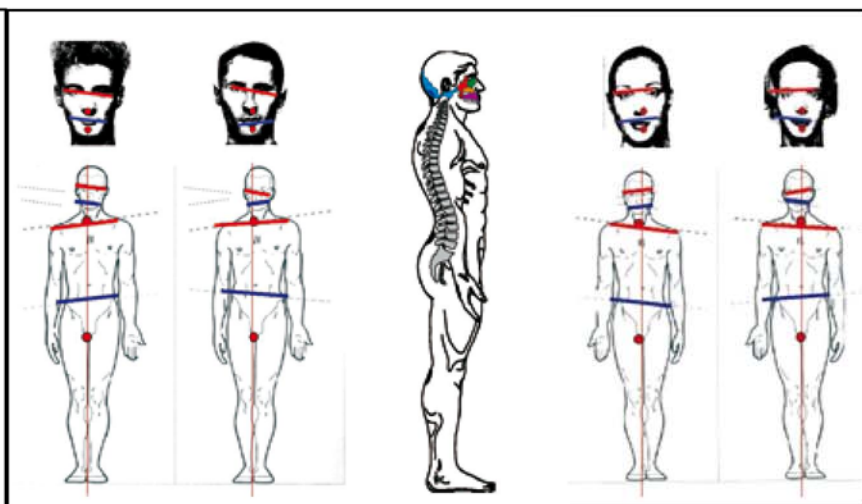


Fig. 50 Forma e funzione in armonia compensativa

L'interazione tra forma (scheletro) e funzione (muscolatura) determina la postura corporea in una logica di armonia che si autocompensa.

Cosa si intende per armonia compensativa?

Anche un bambino sa che è normale avere una spalla più alta dell'altra e se lo spiega pensando che, essendo destro o mancino, utilizza la muscolatura dei due lati corporei in modo differente. Questa facilitazione funzionale è legata alla continua ricerca del nostro corpo del miglior equilibrio, ottenuto con il minor dispendio energetico, quando siamo in piedi, rilassati con lo sguardo all'orizzonte.

Abbiamo sempre un rapporto di equilibrio dinamico che manteniamo grazie ad una continua e lieve attivazione della muscolatura.

Uno degli schemi di compensazione prevede l'attivazione in torsione del cingolo scapolare da destra verso sinistra e di conseguenza un'attivazione in torsione opposta di eguale entità del cingolo pelvico; le due torsioni si compensano e a livello dei punti cardine risuliamo in equilibrio (Fig. 50).

Questa logica di funzione compensativa è comune a tutto il nostro corpo che sceglie sempre la soluzione più ergonomica, ricercando il miglior equilibrio con il minor dispendio energetico in assenza di dolore.

Tailor made

Ogni essere umano ha il diritto di essere unico, perciò quando progettiamo e costruiamo una soluzione protesica, penso sia importante fare il cosiddetto "tailor made", ovvero una protesi personalizzata per il nostro paziente.

Per fare ciò è necessario raccogliere informazioni in merito all'Armonia Estetica Posturale™.

Concentriamoci ora sull'apparato stomatognatico e quindi analizziamo il viso del paziente.

Immaginiamo il viso come se fosse un puzzle al quale mancano alcuni tasselli (i denti); quello che faremmo per completarlo, è osservare gli altri tasselli per capire come posizionare i mancanti.

Spesso, invece, tendiamo a prendere i tasselli da inserire (denti) e indifferentemente dal puzzle da completare (viso del paziente), li posizioniamo secondo uno schema stereotipato o legato al gusto estetico nostro o del paziente.

Seguiamo perciò la logica del puzzle e compiliamo la scheda dell'AEPT™ (vedi dental dialogue "La protesi posturale", XIX 7/2012) (Fig.51).

L'armonia compensativa di base indica una Torsione Sx, in relazione all'inclinazione di bipupillare e linea del sorriso convergenti a destra e divergenti a sinistra, determinando l'inclinazione del gruppo anteriore e le curve di compenso.

La forma del viso indica un biotipo cordoblasta, in relazione al rapporto spaziale che si instaura tra ali dello sfenoide, osso zigomatico e angolo mandibolare, definendo la forma delle arcate e dei denti.

La forma delle labbra indica una dominanza di tipo 4 (labbra carnose e regolari) che condizionano il movimento del gruppo anteriore in senso anteroposteriore.

La forma del naso indica un rapporto di tipo 2 (base e ali ad altezze differenti) che condizionano il movimento del gruppo anteriore in senso verticale.

È un metodo di lavoro che utilizzo da molti anni.

La difficoltà sta nel trasferire le informazioni dalla realtà del paziente ad un articolatore con due modelli in gesso, dovendo immaginare quando progettiamo la riabilitazione protesica tutto il resto del puzzle.

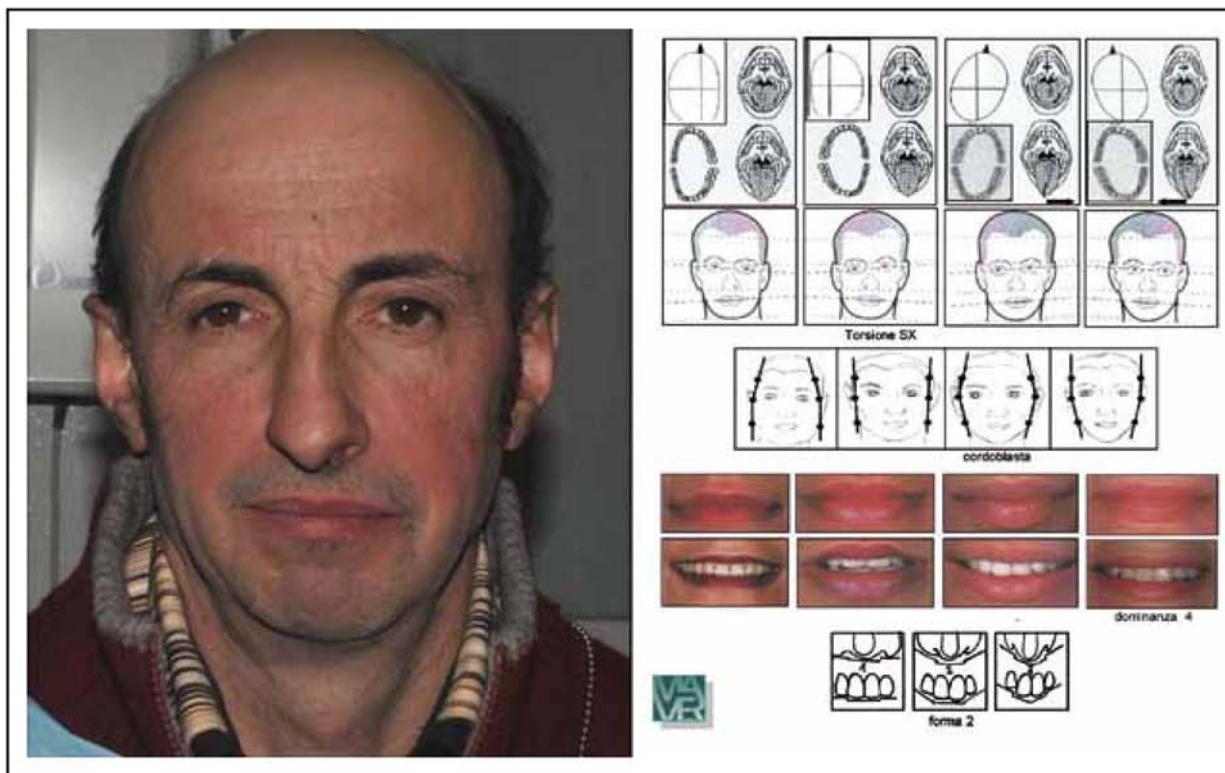
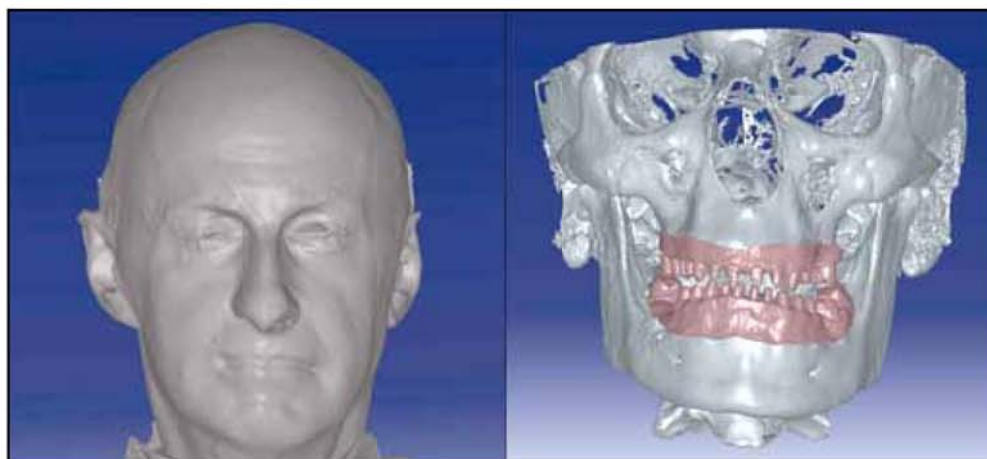


Fig. 51 Compilazione scheda AEPTM



Figg. 52 e 53
Realtà 3D viso -
cranio - modelli

Realtà 3D

Ora però abbiamo la possibilità di aver le realtà 3D del viso, del cranio, dei modelli, separate tra loro o assemblate (Figg. 52 e 53).

Questo ci permette di avere in studio o in laboratorio il viso del paziente con tutte le sue componenti e poter valutare e misurare tutto quello che prima dovevamo immaginarci.

Ora, possiamo uscire dall'opinione e oggettivare ogni scelta nella realtà del CAD.

Posizioniamo a questo punto il cranio nello spazio (Figg. da 54 a 56), utilizzando i reperi ossei (vedi dental dialogue "La moderna progettazione protesica", XX 2/2013) ed inserendo le informazioni dell'AEPTM:

Torsione sx (Fig. 57) inclinazione gruppo anteriore alta a destra e bassa a sinistra con curve di Von Spee e Wilson accentuate a sinistra e diminuite a destra.

Dominanza labbra 4, naso 2 (Fig. 58) denti importanti e allineamento radiale con centrali laterali e canini su piani differenti.

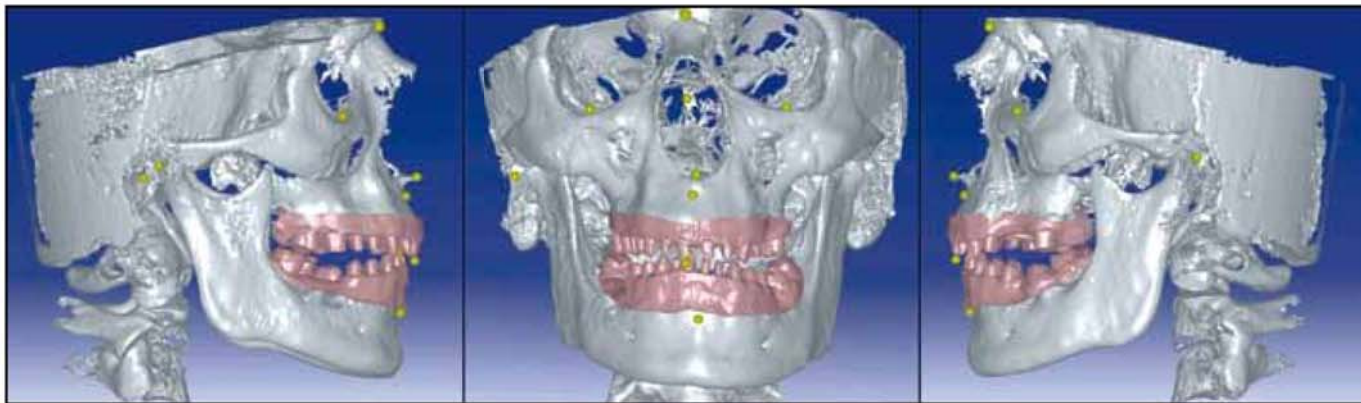
Biotipo cordoblasta (Fig. 58), forma arcata e forma denti.

Biblioteca dentale e Dime Biovolumetriche®

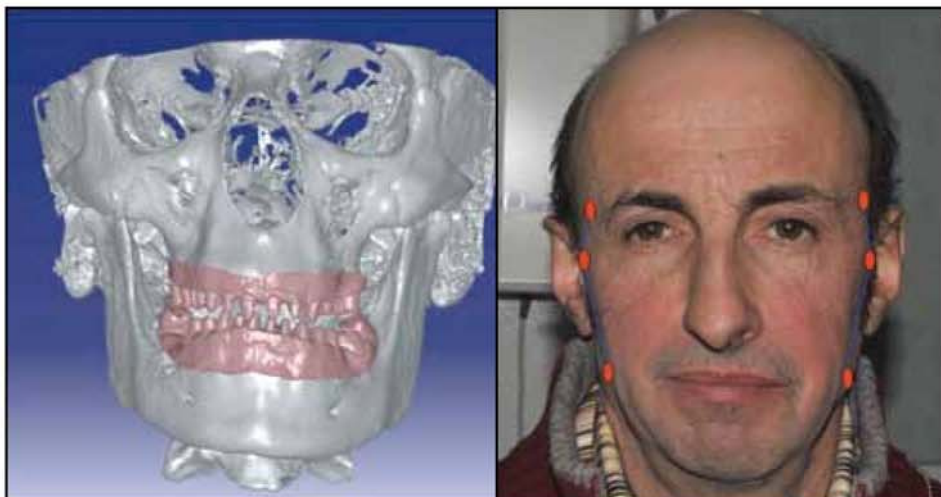
Per progettare in relazione al biotipo, è necessario avere uno strumento per impostare la forma delle arcate dentali e forme denti con precise caratteristiche nei tre piani dello spazio (Fig. 59):

- linee di transizioni vestibolari e linguali
- punti di contatto interprossimali
- equatori vestibolari e linguali
- decorso margini incisali
- lunghezza e inclinazione delle parti cervicali, mediane e incisali.

Perciò abbiamo creato una biblioteca dentale con forme e posizioni in relazione al biotipo (Fig. 60) ed uno strumento, le Dime Biovolumetriche® (Fig. 61) che utilizziamo per organizzare posizioni dentali e rapporto tra i punti cardine in relazione ai biotipi (vedi dental dialogue "La moderna progettazione protesica", XX 2/2013).



Figg. da 54 a 56 Posizionamento cranio nello spazio



Figg. 57 e 58 Torsione Sx e biotipo cordoblasta

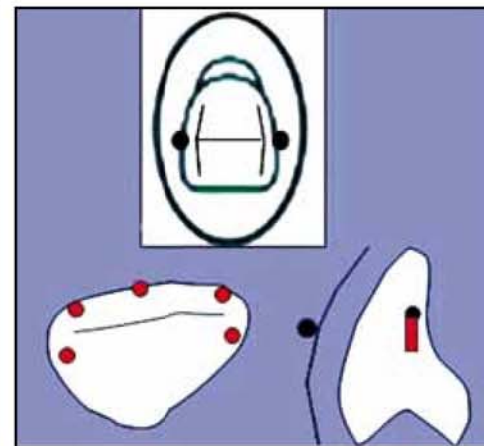


Fig. 59 Denti cordoblasta

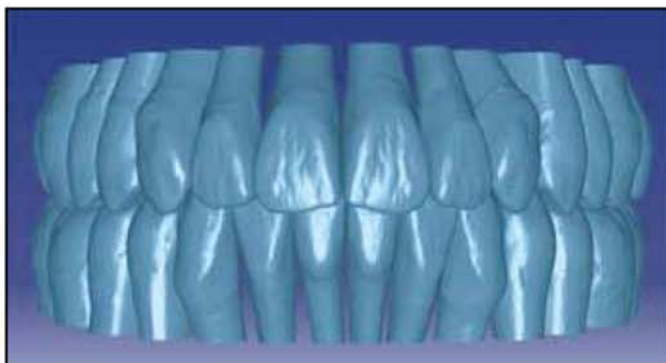


Fig. 60 Arcata dentale cordoblasta

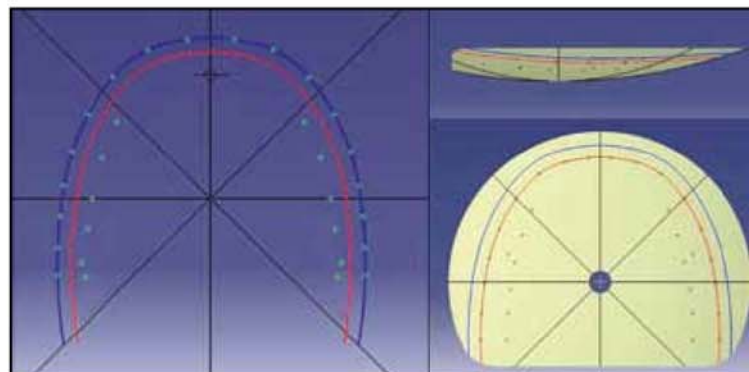
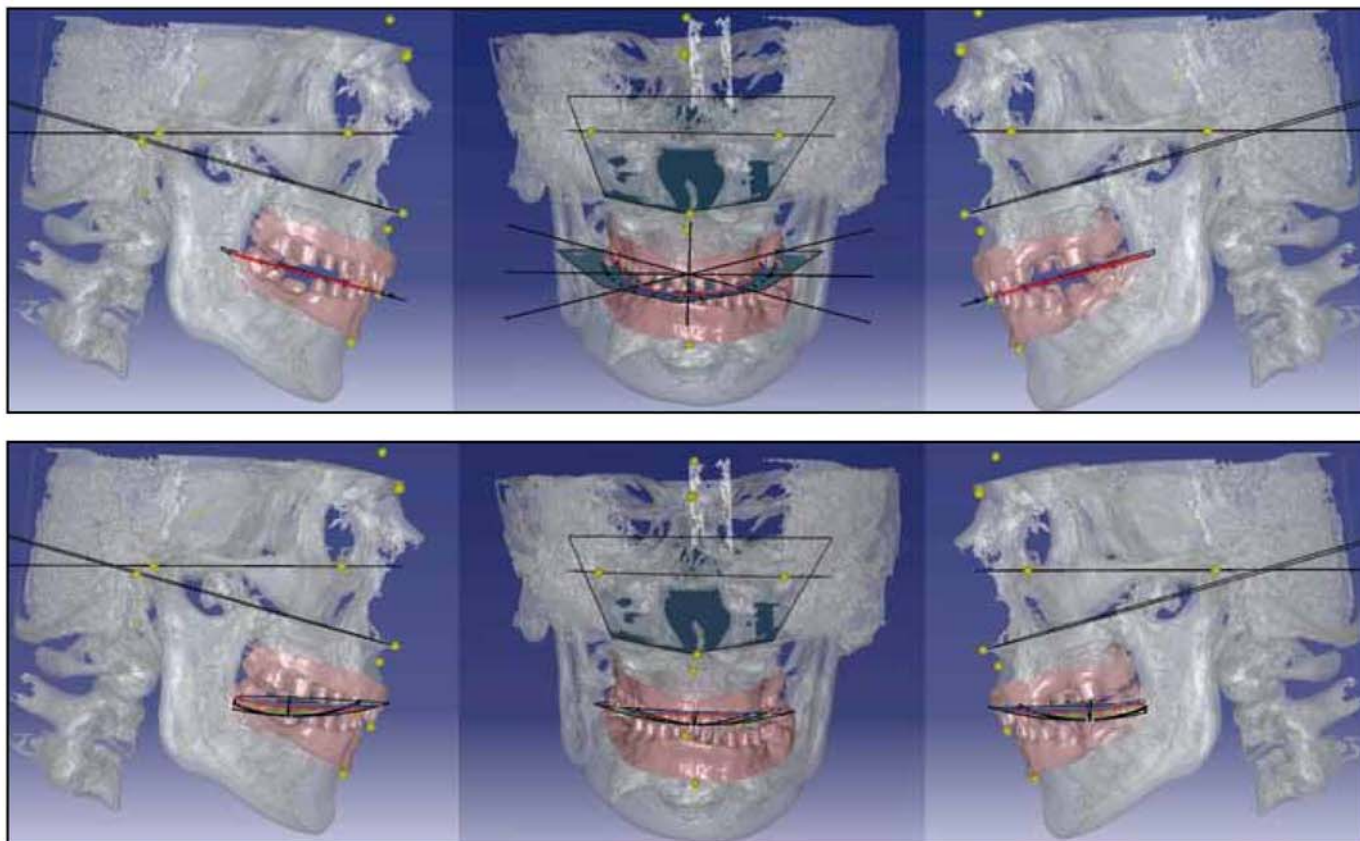
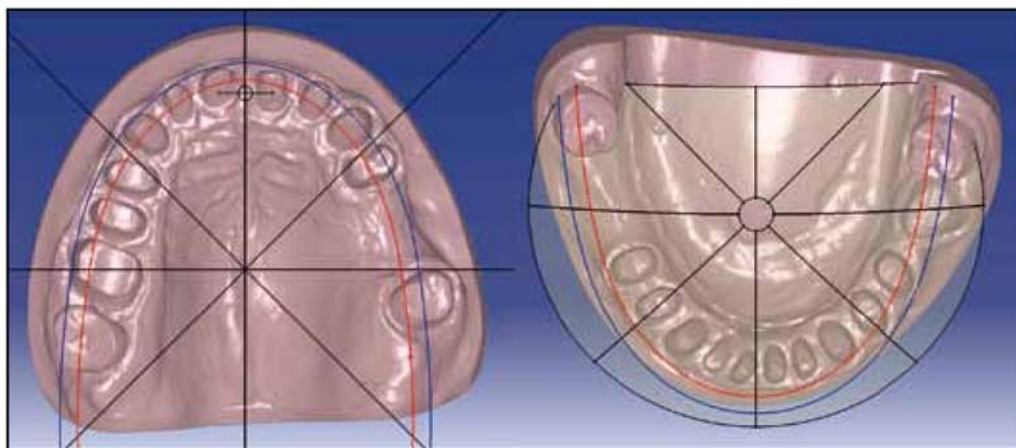


Fig. 61 Dime Biovolumetriche® cordoblaste

Lo scopo dello strumento non è imporre a tutti schemi stereotipati, ma utilizzarlo come riferimento per poter determinare, in relazione all'individualità del paziente, quanto dobbiamo discostarci da esso.

Dopo aver scelto la forma di denti e dime, utilizzando il codice proporzionale di Wheeler, ne modifichiamo le dimensioni in relazione ai denti naturali del paziente, ottenendo così dime e denti personalizzati.

Posizioniamo poi le Dime Biovolumetriche® utilizzando: i riferimenti ossei e muscolari (Fig. 62), il Piano di Camper per la dima superiore (Figg. da 63 a 65) e il Piano di Francoforte per la dima inferiore (Figg. da 66 a 68).



Figg. da 62 a 68 Posizionamento Dime Biovolumetriche®

Progetto personalizzato

Penso che se questo paziente si fosse rivolto a 10 team protesici diversi, avrebbe probabilmente ottenuto 10 progetti con marcate differenze tra loro. Eppure il paziente è sempre lo stesso. Credo quindi che i progetti dovrebbero essere abbastanza simili e le differenze legate alla capacità dei Team di curare i dettagli estetici. Questo può avvenire solo se ci atteniamo all'individualità del paziente, cosa che è stata fatta in questo caso, raccogliendo e contestualizzando le informazioni dell'AEP™ che determinano un progetto con precise indicazioni.

Progettazione e produzione

A questo punto passiamo alla fase pratica della progettazione. Posizioniamo i denti facendoci guidare dai riferimenti delle dime biovolumetriche e dai parametri dell'AEP™.

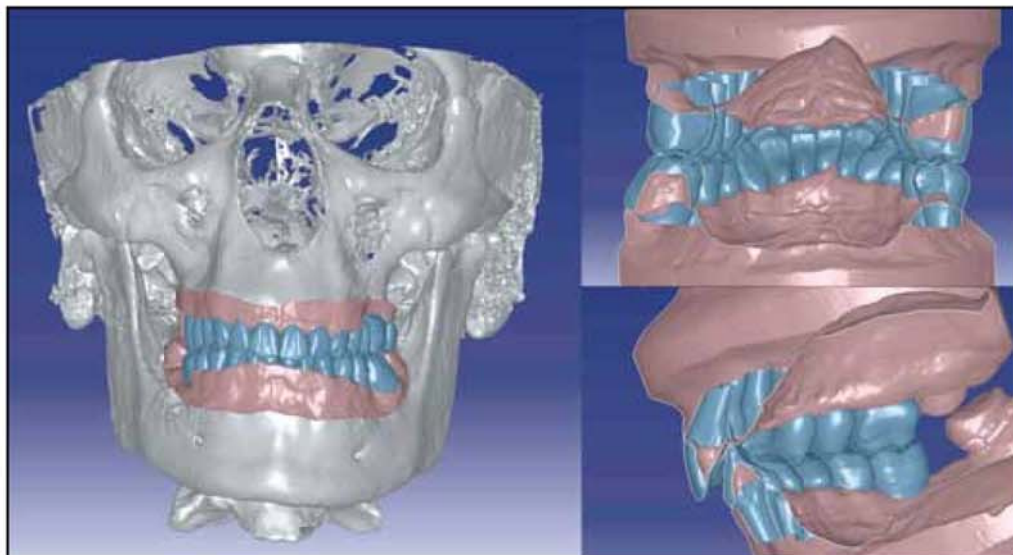
L'osservazione del puzzle viso ci fornisce la traccia da seguire, l'interpretazione dettagliata è determinata dal posizionamento dei tasselli mancanti (denti) in continuità con i tasselli rimanenti (processi alveolari).

Dobbiamo reintegrare un 2% del puzzle viso; sono pochi tasselli e osservando il resto del puzzle, possiamo inserirli integrandoci fisiologicamente nella sua armonia compensativa (Figg. da 69 a 71).

Diamo poi stabilità e libertà funzionale al sistema, ottimizzando il tavolato oclusale in statica e dinamica (Fig. 72).

Produciamo quindi il nostro progetto con il CAM CNC e ne valutiamo la forma e la funzione in bocca (Figg. 73 e 74).

Poi eseguiamo i tagli dello smalto e finalizziamo il provvisorio (Figg. da 75 a 77).



Figg. da 69 a 71 Continuità processi alveolari e posizioni dentali

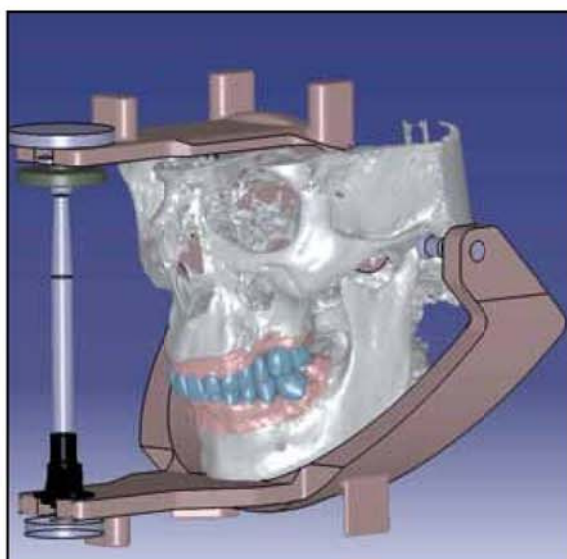


Fig. 72 Movimenti disclusivi



Figg. 73 e 74 Verifica estetica e funzionale



Figg. da 75 a 77 Provvisorio ultimato



Fig. 78 Integrazione estetica nel sorriso



Figg. 79 e 80 Integrazione nel puzzle viso dei tasselli dentali

Valutazione estetica e funzionale

Possiamo così apprezzare come il provvisorio terapeutico si armonizzi nel suo sorriso (Fig. 78).

Osservando il sorriso nel contesto del viso, ci rendiamo conto di come i tasselli mancanti (Figg. 79 e 80) si integrino armonicamente nel puzzle viso:

- Forma denti ovoidale rettangolare (Biotipo)
- Inclinazione denti gruppo anteriore da destra a sinistra e curve di Von Spee e Wilson differenziate (torsione sx)
- Denti anteriori con armonia radiale (labbra)
- Centrali, laterali e canini su piani differenti (naso).

Dopo aver valutato l'integrazione della forma, valutiamo ora l'integrazione della funzione.

Un ciclo masticatorio fisiologico è l'espressione dell'armonia funzionale, con la libertà in dinamica intesa, come non interferenza dentale durante la masticazione del cibo. La stabilità in centrica è intesa come contatto equilibrato, con il minimo sforzo muscolare, quando alla fine del ciclo masticatorio deglutiamo il bolo alimentare.

Si possono utilizzare le moderne tecnologie, come il T. Scan, il Kinesiografo, l'elettromiografo o altri strumenti simili che oggettivano con un referto la qualità della funzione muscolare, oppure, una valida alternativa per valutare e ottimizzare



Fig. 81 Prova di masticazione

L'efficienza e l'armonia dei cicli masticatori, è l'utilizzo delle cerette "Occlusal" della Kerr e di una banana. Posizioniamo quindi le cerette sul tavolato occlusale e diamo al paziente un piccolo pezzo di banana da mangiare (Fig. 81).

L'obiettivo dell'apparato stomatognatico in fisiologia è come per il resto del corpo, ricercare il massimo dell'equilibrio con il minor dispendio energetico, in assenza di dolore. Quindi nell'atto masticatorio fisiologico variamo la forza in relazione alla durezza del cibo, ma non essendoci contatto dentale per interposizione del bolo alimentare, è solo al momento della deglutizione, che si verifica se in fisiologia, un contatto simultaneo su tutti i denti con cerette non forate e una pressione costante nei punti di centrica.

È quello che possiamo osservare valutando il risultato dei primi cicli masticatori del paziente (Fig. 82).

Abbiamo infatti solo dei contatti in deglutizione con pressioni abbastanza equilibrate e distribuite su tutta l'arcata, espressione di una fisiologia ritrovata. L'equilibrio dei contatti ove necessario viene migliorato e ristestato con nuovi cicli masticatori. Viene poi valutata la chiusura volontaria con le cartine di masticazione, verificando numero di contatti, dimensioni e libertà dinamica dei movimenti disciusivi precedentemente impostati in articolatore.

Nei mesi successivi l'interazione continua tra forma (provvisorio terapeutico) e funzione (muscoli dell'apparato stomatognatico), conformerà al meglio, grazie alla capacità di adattamento della resina per provvisori, la dinamica dei movimenti disciusivi, dandoci così ulteriori informazioni da replicare nelle protesi definitive.

Puzzle corporeo

Ci siamo concentrati sul puzzle del viso e sui tasselli dentali, ma il viso è parte del puzzle corporeo.

Finora abbiamo ragionato con tasselli e puzzle tridimensionali, abituiamoci però a considerare il corpo anche come un volume che diventa chiuso quando deglutiamo.

Per comprendere le logiche dei volumi pensiamo ad un palloncino con un volume d'aria circoscritto e definito (Fig. 83), a seconda di come lo schiacciamo, la quantità di volume resta inalterata, ma la distribuzione spaziale cambia.

Il volume della bocca inizialmente era come il palloncino, schiacciato (Fig. 84 e 85); la mandibola e la lingua erano anteriorizzate ed in torsione verso sinistra e questo induceva un adattamento del resto del volume corporeo che anteriorizzava e andava in torsione verso sinistra.



Fig. 82 Contatti in deglutizione

Interagendo fisiologicamente su forma e funzione dell'apparato stomatognatico, in armonia con la sua AEP™, abbiamo permesso al volume di ridistribuirsi spazialmente in modo fisiologico (Figg. 86 e 87), recuperando l'equilibrio dei frenuli ed un volume linguale coerente con una 2ª classe II divisione con punta stretta e corpo allargato.

Se come in questo caso il problema è stomatognatico, il resto del volume corporeo si ridistribuisce spazialmente in modo fisiologico, eliminando le tensioni muscolari che provocavano la cefalea muscolotensiva e il mal di schiena.

Volume linguale

Un ruolo fondamentale in questa logica di interazione forma e funzione lo svolge la lingua durante la deglutizione che effettuiamo alla fine dell'atto masticatorio o inconsciamente fin dal terzo mese di vita intrafetale 1600/2000 volte al giorno. Se proviamo a deglutire, ci rendiamo conto che in fisiologia poniamo dapprima la punta della lingua dietro la papilla retroincisiva (Fig. 88), poi il dorso della lingua si appoggia alla volta del palato, i tavolati occlusali arrivano a contatto, la lingua aderisce contro tutte le superfici linguali dei denti, guance e labbra aderiscono contro tutte le vestibolari e la laringe si alza e si abbassa.

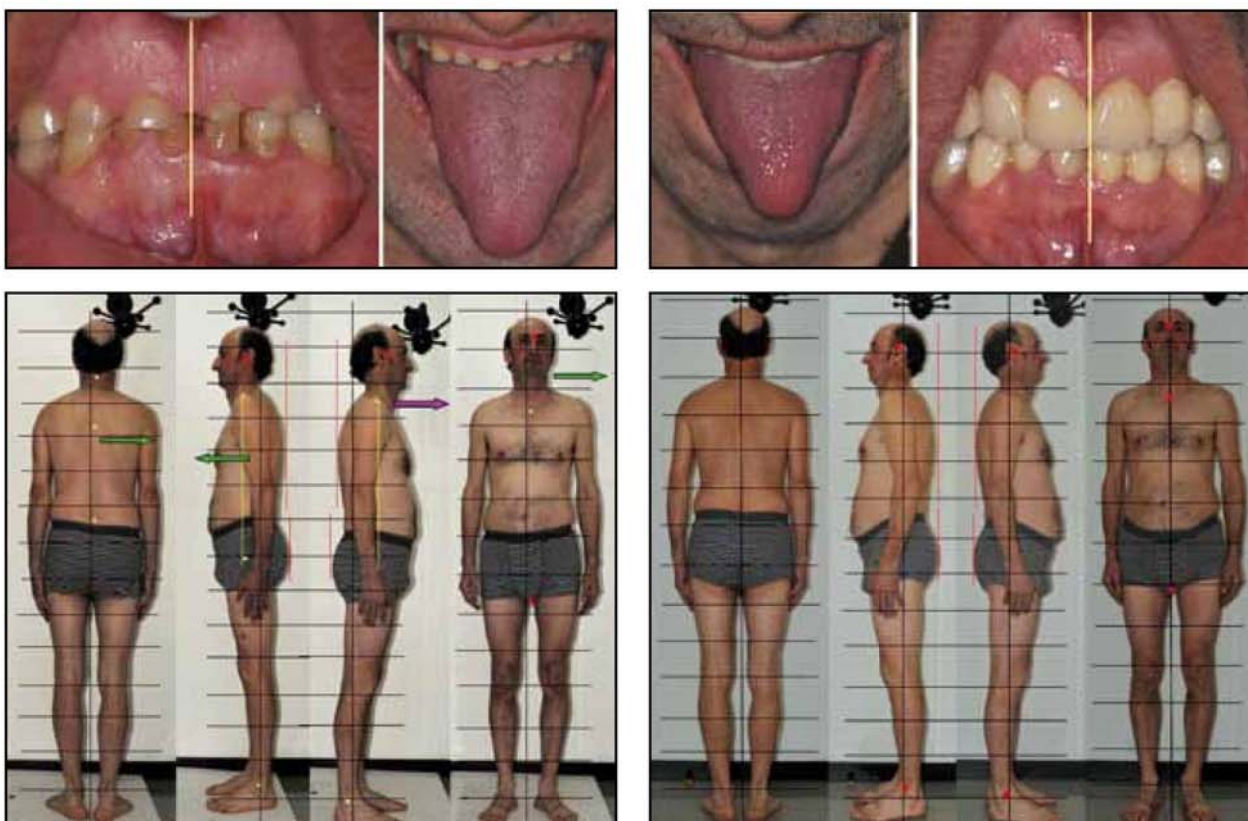
Non abbiamo spazi vuoti perché nella fase di crescita, la lingua, interagendo con lo sviluppo dentale, si è creata uno spazio in armonia con i volumi dentali.

La lingua come il palloncino ha un volume circoscritto e definito che resta inalterato. Se si verifica la perdita progressiva dello spazio a disposizione, in questo caso dovuto all'abrasione dentale, ridistribuisce il suo volume alterando progressivamente la posizione di mandibola (Fig. 89), ioide e attraverso i sottoioidei di tutto il resto del corpo.

Il percorso riabilitativo permette il recupero dello spazio perduto e la ridistribuzione del volume linguale (Fig. 90) con il recupero fisiologico dell'apparato stomatognatico e di tutto il resto del corpo.



Fig. 83 Puzzle volumetrico



Figg. da 84 a 87 Confronto situazione iniziale e con provvisorio terapeutico

Conclusione

Il percorso riabilitativo protesico proposto, è basato sulla continua interazione tra forma e funzione del corpo, in una logica funzionale che si autocompensa e sulla continua ricerca del miglior equilibrio con il minor dispendio energetico in assenza di dolore (concetto olistico).

Il percorso prevede una fase iniziale reversibile:

- Visita Gnatologica – Posturale in cui si valutano eventuali componenti extrastomatognatiche (in relazione alla patologia si amplia il team terapeutico)
- Bite di deprogrammazione, per resettare le informazioni
- Bite di riprogrammazione, per testare la nuova relazione intermascellare.

Se il recupero della fisiologia è parziale per problematiche stomatognatiche o extrastomatognatiche non risolvibili, si concorda con il paziente il compromesso da raggiungere.

Se il recupero della fisiologia è soddisfacente, si procede con la seconda fase:

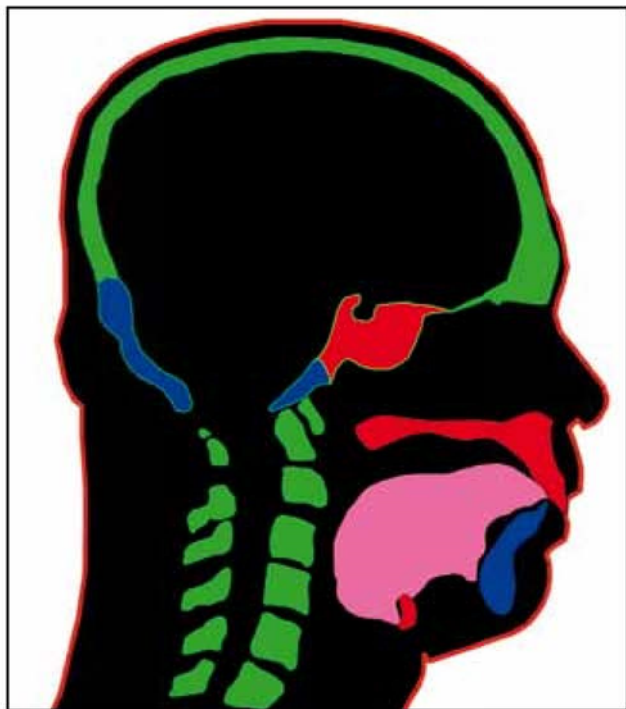
- Provvisorio terapeutico "tailor made" con protocollo AEP™
- Protesi definitiva.

La popolazione italiana dato di fatto, è sempre più anziana, vi saranno quindi sempre di più grandi riabilitazioni da eseguire. Credo perciò che l'impegno maggiore del Team Protesico sarà concentrato principalmente nella parte iniziale di recupero della fisiologia e nell'impostazione del progetto "tailor made".

Per le protesi definitive, sempre di più la tecnologia ci aiuterà a replicare i nostri progetti, ottimizzando con lo sviluppo dei nuovi materiali le proprietà estetiche.

Riflessione finale

In merito allo spunto di riflessione iniziale "È sufficiente, un'accurata modellazione del tavolo occlusale che assicuri la stabilità in statica e la libertà in dinamica, per garantire la fisiologia dell'Apparato Stomatognatico?"



Figg. da 88 a 90 Confronto volume linguale iniziale e finale

La mia risposta è che se la relazione intermascellare non è fisiologica, come non lo era inizialmente quella del paziente, se la manteniamo o la modifichiamo parzialmente, lo vincoliamo ad un'occlusione apparentemente stabile in statica, ma in una situazione patologica.

Penso invece che la fisiologia debba essere presente sia in posizione di riposo che in posizione di occlusione.

È solo partendo da questo presupposto, in cui abbiamo in rest-position la posizione di ioide, condilo, menisco, cavità glenoide e muscoli in rapporto fisiologico tra loro, che attraverso il movimento di rototranslazione in deglutizione o durante la chiusura volontaria, effettuiamo una traiettoria che porta all'occlusione dentale senza interferenze e ad un contatto dentale stabile in statica e libero nei movimenti dinamici disclusivi.

Ringraziamenti

Un particolare ringraziamento all'amico e collega Angelo Magni, per tutto quello che mi ha insegnato in ambito digitale e per l'aiuto apportato nell'esecuzione di questo caso. Ringrazio il Dott. Gianpaolo Previtali per la parte clinica.

Bibliografia presso l'autore

L'autore



Giovanni Maver, nato a Bergamo, consegue il diploma di odontotecnico nel 1982. Titolare di laboratorio dal 1985. Partecipa a corsi di formazione in Italia e all'estero inerenti l'estetica e la gnatologia. Dal 1995 inizia un percorso formativo in ambito posturale e si unisce poi a gruppi di studio costituiti da medici e osteopati. Dal 2013 è membro, in qualità di Odontotecnico Collaboratore dell' "Unità Posturale Rappresentative Nazionali Calcio LND (U17-U16 -serie D)" diretta dal Dott. Mario Turani. Autore del brevetto "Tecnica per la progettazione e la costruzione di arcate dentarie, in relazione ai biotipi e alla fisiologica postura individuale" e di un metodo di lavoro "Armonia Estetica Posturale™" che lo mettono in condizione di attuare soluzioni innovative nella realizzazione di protesi dentali. Socio fondatore A.I.F.O. R&S (Accademia Italiana Fotografia Odontoiatrica Ricerca e Studio), socio A.I.K.E.C.M. (Accademia Italiana di Kinesiografia e Elettromiografia Cranio Mandibolare) e S.I.K.O.N. (Società italiana Kinesiografia e Ortognatodonzia Neuromuscolare). Autore di articoli su riviste nazionali e internazionali. Relatore in conferenze e corsi, sulle soluzioni odontotecniche per l'equilibrio posturale e l'estetica personalizzata.

Laboratorio Odontotecnico Giovanni Maver
Via Kennedy 15/H
24066 Pedrengo (BG)
Tel./Fax +39 035 657913
labmav@alice.it
www.gioannimaver.it



Sport e Medicina. Il dottor Mario Turani: «Creiamo un collegamento con le società sportive attraverso il coinvolgimento del personale sanitario»

Successo per il «Corso di Posturologia»

BERGAMO - Quanto è importante osservare i problemi di postura di un atleta e intervenire in tempo per evitare che questi possano peggiorare? È questa la domanda alla quale il dott. **Mario Turani** cerca di rispondere nel suo "Corso di Posturologia Sportiva LND", giunto venerdì scorso alla fase pratica del livello Base.

Da tempo il dott. Turani mette in luce sulle nostre pagine quanto una corretta attenzione dei movimenti sia importante per un calciatore e con questa iniziativa viene finalmente data la possibilità a medici, atleti e dirigenti sportivi di confrontarsi sul tema con l'apporto di uno staff esperto che ha convinto persino la Lega Nazionale Dilettanti Italiana.

Così abbiamo incontrato il nostro dottore prima della lezione per spiegarci nel dettaglio questo progetto:

«Il nostro non è solo il primo corso a livello nazionale di posturologia sportiva, ma molto più. Non vogliamo proporre pura e semplice teoria, ma creare un collegamento con le società sportive attraverso il coinvolgimento del personale sanitario che non vogliamo intralciare, ma aiutare. Tutto questo rientra in qualcosa di più ampio e importante chiamato "Progetto Postura LND" che da cinque anni stiamo portando avanti a livello nazionale col supporto del presidente Tavecchio».

Quindi tra gli obiettivi non c'è solo la sensibilizzazione sul tema, ma anche la creazione di una rete di contatti che lavora sullo scambio di idee e feedback.

«Esattamente. Qua a Bergamo abbiamo la "Segreteria Progetto Postura Nazionale" dove riceviamo mail, pareri e osservazioni che mirano al confronto e alla creazione di un linguaggio comune sul tema, sempre nel reciproco rispetto delle competenze. Perché è importante che ci sia sempre qualcuno a fare il primo passo per aiutare gli altri».

L'idea sembra più che positiva, com'è stata accolta dalle società?

«Direi bene, al corso hanno aderito più di quaranta persone di diverse società calcistiche. Magari non sembrano tanti visti i numeri del calcio a questi livelli, ma siamo ottimisti che queste cifre possano aumentare».

Difficile non sia così, con i dolori dovuti alla postura sempre più frequenti tra i giovani.

«È vero, quello della postura è un problema molto esteso. Per questo cerchiamo di dare a tutti la base per notare in tempo i difetti di postura e segnalarli. In questo modo si possono evitare problemi che in futuro possono diventare più gravi».

Quindi il tipo di atleta sul quale è più focalizzato il corso è quello in fase di sviluppo?

«Esatto. Noi tendiamo a intercettare i bambini nella fase pre-adolescenziale, un'età difficile dove molti genitori credono sia ancora presto per intervenire, ma è proprio da piccoli dove basta poco a risolvere un problema. Ogni piccolo dettaglio è importante, anche il come e si affronta la salute dentale o difetti alla vista può influenzare questo tipo di problemi».

Il lavoro insomma sembra andare bene, vuole ringraziare qualcuno per questo?

«In primis l'amico Carlo Valenti Delegato Provinciale LND di Bergamo, poi il Presidente Regionale LND Felice Belloli ed il Presidente Nazionale di Lega Carlo Tavecchio che mi hanno sempre sostenuto in questo progetto. Il mio compagno di scuola, l'ex-Atalanta Daniele Filisetti, membro dello Staff Unità Posturale LND unitamente agli altri collaboratori Giovanni Maver, Giovanni Corna e Davide Radaelli che si dedicano anima e corpo a questo progetto, senza dimenticare tutti quelli che ci seguono e che danno un senso al nostro lavoro, compreso il vostro giornale».

Kevin Massimino



Alcune immagini dal «Corso di Posturologia Sportiva LND» di venerdì sera a Bergamo: qui sopra, da sinistra, Giovanni Maver, Mario Turani, Carlo Valenti, Daniele Filisetti, Giovanni Corna e Davide Radaelli

