



[EVIDENZE]

Visione globale del bambino: dalla strutturazione alla valutazione posturale

La valutazione posturale come valido strumento per valutare il bambino nella sua globalità.

**Luca La Mesa¹, Annarita Maria Le Pera²,
Francesco Macri³, Luisa Vera⁴**

¹ Pediatra di base ASL Rm1, Psicoterapeuta,
Esperto di Posturologia, IV Università "Foro Italico", Roma

² Pediatra di base ASL Rm1, Esperta di Posturologia

³ Pediatra, Neonatologo, Università "Sapienza"
e IV Università "Foro Italico" Roma

⁴ Logopedista, Pedagogista, Psicomotricista Esperta
di Posturologia, Laureanda in Psicologia

francesco.macri@fondazione.uniroma1.it

COSA È LA POSTUROLOGIA IN ETÀ PEDIATRICA? PER RISPONDERE AL quesito è stato deciso di partire dalla definizione presentata nelle Linee guida nazionali del Ministero della Salute che dà il senso del percorso intrapreso. Il modello presentato deriva da quanto elaborato da Bricot¹ dove si descrive perfettamente quali sono le strutture interessate (Figura 1).

È evidente che il modello, frutto di una elaborazione a più mani, ha valore per la postura data per acquisita in età adulta, ma nella fase della strutturazione della medesima, in età evolutiva, esistono altri determinanti fondamentali: a) il patrimonio genetico che si esplicita attraverso la crescita, la maturazione e lo sviluppo nell'interazione con l'ambiente; b) lo sviluppo del SNC; c) lo sviluppo dei recettori posturali (e/o sensoriali); d) degli effettori che maturano attraverso il movimento e l'apprendimento. →

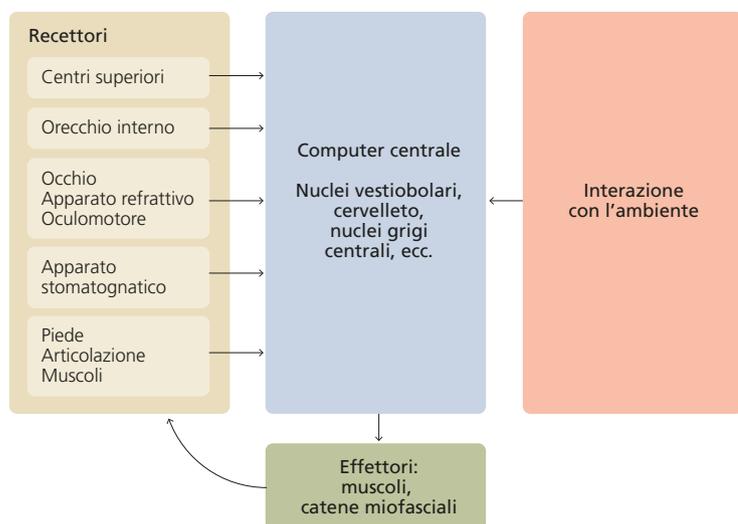


Figura 1. La riprogrammazione posturale globale (modificato da Bricot¹)

➔ Inoltre, l'incontro con la Ayres² e la sua scuola ha evidenziato che la postura è sì gerarchicamente sovrapposta alle funzioni recettoriali e sensoriali ma è essa stessa il substrato necessario delle funzioni superiori dell'individuo come le capacità cognitive ed intellettive.

Senza il raggiungimento della postura eretta non si avrà la capacità di muoversi, spostarsi, di entrare in relazione con gli altri ed operare. Assumere la posizione eretta, potersi spostare nello spazio, avere la possibilità di muoversi nel proprio mutevole ambiente, interagire con questo, fare esperienza con ciò che ci circonda è un ruolo e compito altrettanto importante rispetto agli altri apparati (circolatorio, respiratorio, nervoso, ecc.). Viene definita "postura" ma è evidente che non è semplicemente il mutamento dell'atteggiamento del corpo a seguito di insulti fisici e/o di atteggiamenti emotivi, ma è un processo dinamico per rimanere in equilibrio, per reagire alla forza di gravità nella maniera più economica possibile, ed è uno strumento fondamentale per capacità di muoversi e di esprimere sentimenti ed emozioni.

L'approccio, come operatori dell'età evolutiva e pediatri, in particolare, deve quindi partire dalla conoscenza della neuro-fisiologia della postura per poi rendere operativa questa lettura nel lavoro clinico quotidiano.

Quanto illustrato da Bricot¹ permette di comprendere quanti organi ed apparati siano chiamati ad operare in sinergia nella organizzazione della postura ed ha anche illustrato, in base alle leggi del sistema tonico posturale come sistema cibernetico aperto, quante disfunzioni recettoriali e o degli effettori anche minime, possano determinare disfunzioni posturali. Inoltre, è possibile

intuire, quali effetti si possono riscontrare negli aspetti motori e relazionali dell'individuo e del bambino in particolare.

È chiaro, inoltre, che nel corso dei controlli periodici pediatrici è possibile monitorare, attraverso la valutazione della postura, l'evoluzione di questa ma anche di tutta una serie di fattori intercorrenti come lo scatto puberale, l'attività sportiva, le abitudini viziate, l'utilizzo di lenti, apparecchi ortodontici e plantari, che possano determinare una variazione significativa rispetto alla precedente osservazione.

Per operare in ambito pediatrico è necessario sapere come l'organismo si sta organizzando rispetto alla maturazione funzionale di organi ed apparati e quali sono gli strumenti che possiamo utilizzare.

Come pediatri, ma anche come operatori sanitari dell'età evolutiva, per operare in maniera più rispondente all'evoluzione del bambino, sono necessarie:

1. una definizione precisa di postura riferita all'età pediatrica;
2. alcune schede, da integrare ai bilanci di salute, che seguano la strutturazione della postura ma soprattutto la maturazione e lo sviluppo del SNC dei recettori e degli effettori posturali e che possano dare delle riposte riproducibili e non operatore-dipendente, seguendo il bambino nelle varie fasi della vita (in via di stesura e non riportate in questo elaborato).



Definizione di postura in età pediatrica

GRAZIE AL CONFRONTO CON QUANTO DEFINITO NEL tavolo ministeriale,³ e con le integrazioni successive,⁴ è stato possibile dare una definizione di postura in età evolutiva non rigida ma perfettibile ed utile per ragionare ed operare nel lavoro clinico: "L'acquisizione della postura in età pediatrica è un fenomeno dinamico e in evoluzione. L'acquisizione della postura in età pediatrica è frutto della maturazione e sviluppo del sistema neuro-muscolare, scheletrico e recettoriale, così come geneticamente predeterminato, ed attivato dall'interazione con l'ambiente e con i caregiver per raggiungere e portare a piena maturazione la deambulazione eretta del bambino e consentire a questo di esprimere tutte le sue potenzialità motorie, relazionali, emotive e sociali".⁵

Sono chiare le novità introdotte in questa definizione:

- a) la postura è una struttura "in divenire e in evoluzione";
- b) si è introdotto il concetto di maturazione e di svilup-

L'approccio, come operatori dell'età evolutiva e pediatri, in particolare, deve partire dalla conoscenza della neuro-fisiologia della postura per poi rendere operativa questa lettura nel lavoro clinico quotidiano.

po; c) si parla di fattori favorevoli (e/o sfavorevoli); d) si è introdotta la relazione con i care giver; e) si descrive la postura come il presupposto funzionale ed essenziale di altre importanti competenze.

È chiaro che quanto sopra è stato formulato corrisponda, nei fatti, ad una piena integrazione di ciò che i pediatri, osservano attraverso i bilanci di salute.



Come si struttura la postura in età pediatrica?

LA DEFINIZIONE FORMULATA PERMETTE DI COMPRENDERE quanti fattori interagiscono fra loro per dar luogo alla postura del bambino e come sia importante almeno valutarli ma soprattutto di considerarne gli aspetti maturativi o di crescita e di sviluppo.

Li elenchiamo qui di seguito partendo proprio da questa e dalle altre definizioni:

- il sistema nervoso centrale e periferico con la sua integrità strutturale e funzionale legata alla maturazione funzionale dagli ultimi mesi di gravidanza fino al compimento del percorso evolutivo. Si valutano essenzialmente non le sue malformazioni, che hanno anche esse una ricaduta sulla postura ma che esulano da questo lavoro, ma ci interessiamo essenzialmente delle disfunzioni funzionali;
- gli apparati sensoriali e/o posturali: 1) apparato vestibolare; 2) apparato visivo; 3) apparato uditivo; 4) apparato stomato-gnatoc; 5) apparato propriocettivo; 6) apparato eterocettivo; 7) apparato enterocettivo. La presenza di aspetti disfunzionali e/o dismorfologici degli apparati sensoriali e/o recettoriali determinano una ricaduta negativa sulla postura;
- il meccanismo di integrazione sensoriale favorisce l'acquisizione di fasi posturali sempre più mature grazie alla relazione con: 1) il caregiver; 2) l'ambiente propriamente detto. La non integrazione sensoriale comporta difficoltà nella strutturazione della postura;

- l'integrazione dei riflessi arcaici e la loro sostituzione con i riflessi e/o risposte posturali. La mancata integrazione dei riflessi posturali determina alterazioni posturali;
- la possibilità per l'individuo di dare risposte modulate e diverse in base al mutare del contesto;
- consentire, grazie all'interazione, lo sviluppo delle capacità cognitive e intellettive.

Quanto descritto fino ad ora dimostra che, se la "semeiotica posturologica" è di aiuto nel valutare l'adulto perché possiamo indagare la funzionalità del Sistema nervoso centrale e periferico e degli apparati sensoriali e/o posturali, per indagare e seguire la strutturazione della postura nel bambino, dobbiamo utilizzare degli strumenti che ci permettano di intercettare, osservare e poi favorire l'integrazione sensoriale, la relazione con il caregiver, la relazione con l'ambiente e l'integrazione dei riflessi arcaici e l'organizzazione delle catene miofasciali.

Questi strumenti, come sappiamo, fanno parte del patrimonio professionale pediatrico, ma soprattutto si lavora in prevenzione favorendo la normale traiettoria evolutiva.^a



Le fasi della postura in Pediatria

LIL SISTEMA TONICO POSTURALE DEL BAMBINO, ESSENDO legato all'aspetto evolutivo e maturativo, manifesta, in alcune fasi della vita, elementi da valutare, da un punto di vista clinico e di prevenzione, in maniera assolutamente diversa.

Quello che deve essere intercettato, soprattutto fino ai 6-8 anni, non è la postura, così come classicamente viene intesa, né è comparabile con la valutazione posturale dell'adulto, ma è il processo maturativo che favorisce

^a Il Pediatra ha, quindi, le competenze e gli strumenti professionali (I Bilanci di Salute) per poter sostenere la maturazione del Sistema Tónico Posturale, attraverso l'osservazione, la prevenzione, il sostegno nell'organizzazione dell'ambiente e della strutturazione della genitorialità per favorire l'integrazione dei riflessi Arcaici, della Integrazione sensoriale e dell'attivazione delle catene Mio-Fasciali.



→ la strutturazione della stessa. È quindi impossibile pensare di poter valutare il bambino, nel suo complesso con un solo strumento valutativo in tutte le età. Per quanto detto sopra, pertanto, si è partiti dalla suddivisione in “fasi dello sviluppo”, per comprendere come muoversi con il bambino. Dal punto di vista dello sviluppo del sistema tonico posturale e tenendo conto dello sviluppo neuro-motorio, è stata suddivisa l'intera traiettoria evolutiva in tre fasi.

FASE DELLA STRUTTURAZIONE

LA PRIMA È STATA DEFINITA “FASE DELLA STRUTTURAZIONE” e parte dallo sviluppo embrionale e fetale per arrivare circa ai tre-quattro anni di età.

È attraverso l'interazione con l'ambiente, dapprima quello fetale e poi quello neonatale e della prima infanzia, che si verifica lo sviluppo e la maturazione dei recettori posturali inizialmente da un punto di vista strutturale e poi per l'aspetto funzionale. Viene inoltre stimolata l'integrazione sensoriale ed una più efficace attivazione degli effettori posturali. Tutto questo avviene nel pieno rispetto di una delle leggi della postura che cita letteralmente: “La struttura determina la funzione, la funzione determina la struttura”. Ovviamente anche la fase della strutturazione ha momenti diversi caratterizzati da meccanismi di sviluppo ed ambienti diversi. Durante la vita embrionale e poi fetale, su stimolazione dell'ambiente ampiamente inteso e grazie al processo di sviluppo e di maturazione del patrimonio genetico dell'individuo che si esplicita attraverso le leggi dell'embriologia, avremo la prima strutturazione dei recettori ed effettori posturali (costruzione della struttura) e i primi movimenti. Questi, non essendo controllati dalla corteccia cerebrale, non hanno caratteristiche di movimenti volontari ma ci danno però un segno della prima attività motoria.

Rientrano in questi tutti i movimenti di rivolgimento fetale effettuati attraverso i riflessi arcaici che andranno via via manifestandosi e i movimenti descritti da Milani Comparetti.⁶

È estremamente interessante questa fase in quanto durante la vita fetale si hanno le prime interazioni fra strutture e funzioni e la prima espressione di una postura, grazie anche all'attivazione delle catene mio-fasciali, ma che non risponde alla forza di gravità in ambiente aereo. Al momento della nascita e nei primi anni di vita abbiamo un mutamento profondo: a) il bambino vive ormai in un ambiente aereo e quindi si può parlare della “funzione postura” così come è propriamente intesa; b) le strutture sono già parzialmente funzionanti; c) le funzioni andranno via via organizzandosi verso la piena espressività; d) deve avviarsi l'integrazione sensoriale; e) i riflessi arcaici devono essere integrati, sostituiti dai riflessi e risposte posturali, e dalle risposte motorie propriamente dette; f) si incomincia ad avere la piena attivazione delle catene mio-fasciali.

Tutto questo avviene con il mutamento e la relazione con un ambiente favorente rappresentato dapprima dall'abbraccio materno, poi dall'ambiente generale propriamente detto e dall'ambiente educativo.

Il pediatra conosce questi elementi e li intercetta attraverso i suoi strumenti: a) l'anamnesi (con tutte le sue caratteristiche); b) la prima visita; c) i bilanci di salute. Lo studio dei riflessi arcaici e la loro non integrazione,

Tabella 1. Quadri e problematiche più significative nei primi tre anni di vita che possono determinare criticità posturali

Nascita-18 mesi di vita	plagiocefalia (è noto per noi la copresenza, se non trattata adeguatamente, di disfunzioni morfologiche e funzionali degli apparati sensoriali, come il visivo dove possono essere coesistenti astigmatismo, miopia, strabismi, o per l'uditivo dove può essere presente il disallineamento dei condotti uditivi esterni o possono essere frequenti otiti medie ricorrenti, per l'apparato stomatognatico possono essere presenti disallineamenti mandibolari e così via)
	sinostosi e asimmetrie del cranio
	caratteristiche della motilità oculare e integrità anatomica dell'occhio
	caratteristiche morfologiche e funzionali dell'apparato uditivo
	caratteristiche morfologiche (labio- palatoschisi e frenulo linguale corto) e strutturali (deglutizione, suzione, respirazione) dell'apparato stomatognatico
	torcicollo congenito
	asimmetrie assiali
	ipotonia muscolare del piano anteriore e posteriore
	persistenza dei riflessi arcaici
	ritardata comparsa delle risposte posturali e dei riflessi paracadute
	mancata integrazione degli apparati sensoriali fra loro
	presenza di un arousal iporesponsivo o iperresponsivo
	displasia dell'anca
	ginocchio recurvato
	piede torto, talo valgo e metatarso addotto
	caratteristiche e qualità delle acquisizioni delle competenze motorie
18 mesi-3 anni	caratteristiche e qualità delle competenze motorie
	caratteristiche e qualità della deambulazione (sulle punte, deviazioni assiali degli arti inferiori, eventuali dismetrie in statica e dinamica)
	valutazione della presenza di difetti rifrattivi, della motilità oculare, della convergenza e dello strabismo
	valutazione della masticazione, della deglutizione, della respirazione, della lallazione, della produzione del linguaggio e delle abitudini viziate
	persistenza dei riflessi arcaici
	ritardata comparsa delle risposte posturali e dei riflessi paracadute
	mancata integrazione degli apparati sensoriali fra loro
	presenza di un arousal iporesponsivo o iperresponsivo
	valutazione della funzionalità uditiva
	malformazioni vascolari del distretto cranio-facciale

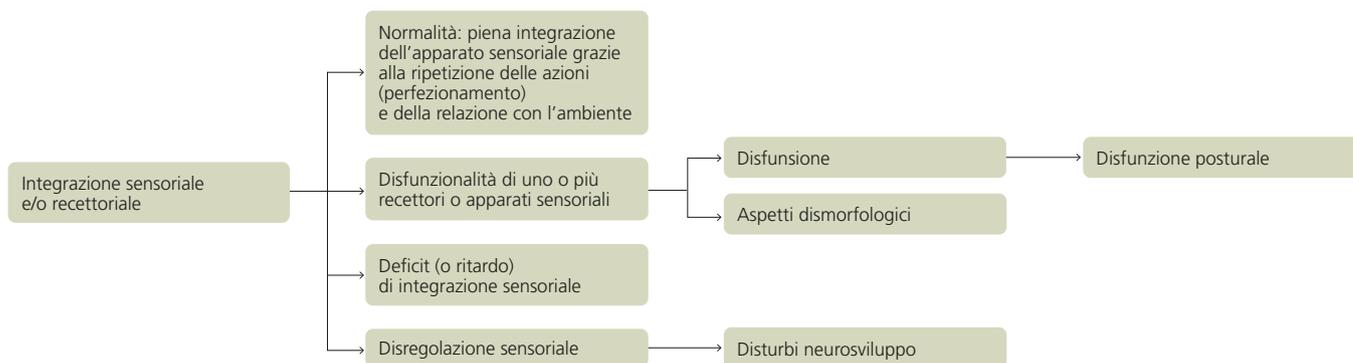


Figura 2. Integrazione sensoriale e postura

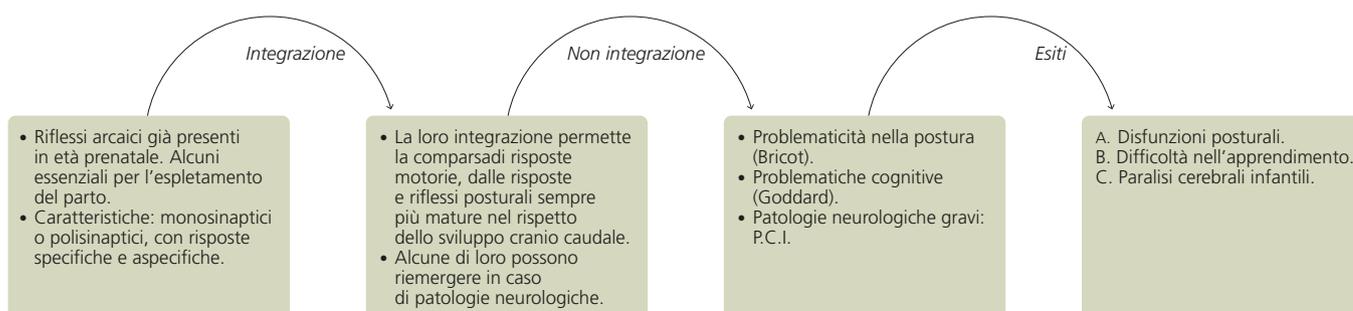


Figura 3. Integrazione dei riflessi arcaici e postura

come descritti dalla Goddard,⁷ i meccanismi di integrazione sensoriale, descritti dalla Ayres,² devono necessariamente andare ad integrare la sua formazione perché anch'essi elementi fondanti dell'acquisizione della postura, ma soprattutto aprono un ulteriore elemento di studio e di approfondimento, visto la notevole co-presenza tra disfunzioni posturali e DSA ed ADHD che dapprima ci apparivano occasionali ma che ora sono sempre più evidenti.

Riportiamo qui di seguito quanto scritto nel documento presentato a più mani⁴ per sottolineare quali sono i quadri e le problematiche più significative nei primi tre anni di vita che possono determinare criticità posturali (Tabella 1).

Invece nelle figure 2 e 3, che abbiamo presentato in un lavoro precedente, evidenziamo la correlazione tra i

deficit di integrazione sensoriale e dei riflessi arcaici, con le disfunzioni posturali, e vengono accennate le possibili correlazioni con i disturbi del neurosviluppo, così come viene riportato da alcuni autori.^{2,7,8}

Tutto questo ovviamente obbliga alla rivisitazione del lavoro: intercettare le problematiche della strutturazione dei recettori posturali (occhio, orecchio, bocca, apparato stomatognatico e appoggio podalico), osservare l'integrazione fra di loro e la correlazione con gli *effettori*, inizialmente attraverso i riflessi arcaici, poi con i riflessi (o risposte) posturali e poi con gli atti volontari ed automatici è il canale per intercettare, prima che si manifestino, le *problematiche posturali*, ma soprattutto è un ulteriore strumento per svolgere un lavoro di prevenzione nei confronti delle problematiche studiate ed affrontate dalla Goddard⁷ e dalla Ayres.²

Quello che deve essere intercettato, soprattutto fino ai 6-8 anni, non è la postura, così come classicamente viene intesa, ma è il processo maturativo che favorisce la strutturazione della stessa.

La posturologia pediatrica dovrebbe affiancarsi alla pratica sportiva che deve sempre essere seguita da figure qualificate e da specialisti che possono intervenire nei momenti opportuni, per uno sviluppo armonico dell'individuo.

→ FASE DELLA STABILIZZAZIONE

Segue una seconda fase, definita “fase di stabilizzazione”, durante la quale si incomincia ad avere una prima maturità delle strutture: l'appoggio podalico incomincia ad essere adeguato, l'integrazione sensoriale sembra anch'essa adeguata, l'attivazione delle catene mio-fasciali è attivata, ed i riflessi arcaici perfettamente integrati. In questa fase è necessario, come nella precedente porre attenzione alle “abitudini disfunzionali” o “viziate” a carico dell'apparato stomato-gnatico e non solo (ovviamente possono interessare tutti i recettori e gli effettori posturali ma quelle più note sono la suzione prolungata del ciuccio e del biberon, la masticazione di cibi solidi non attivata, la suzione del dito, del labbro inferiore), favorire un'adeguata attività motoria che sostituisca l'uso improprio di device elettronici.

Riportiamo quanto scritto nel Documento del Ministero³ (Tabella 2).

È in questa fase, partendo dallo schema della valutazione posturale che è possibile intercettare piccole disfunzioni sia globali che recettoriali che, nel tempo, potrebbero essere la causa di disfunzioni posturali franche. Viene utilizzato a) il podoscopio con la lettura dell'appoggio podalico e delle verticali di Barrè (postero-anteriore, antero-posteriore e latero-laterale) consapevoli di non avere una risposta precisa e ripetibile (è possibile, infatti, una scarsa collaborazione del bambino e i preponderanti aspetti emozionali); b) viene valutata la funzionalità dell'apparato visivo sia da un punto di vista refrattivo che oculo-motorio attraverso l'uso della tabella optometrica, dello stereo test, della valutazione della dominanza visiva, del riflesso corneale, del Cover Test, del Punto Prossimo di Convergenza e di altri test; c) si osserva l'apparato stomato-gnatico per intercettare problematiche come la deglutizione deviata, problematiche fono articolatorie, morsi aperti e morsi crociati. Tutte queste situazioni meritano una rivalutazione entro 12 mesi od un invio a specialisti per un primo lavoro del quale comunque il pediatra deve essere informato essendo lui che deve rivalutare nel tempo

l'effettivo mutamento dell'aspetto strutturale e/o funzionale dell'apparato recettoriale e valutare la sua ricaduta sugli altri apparati o sul sistema tonico posturale nella sua globalità. Le valutazioni effettuate di anno in anno non sono sovrapponibili ma parlano di linee di tendenza e permettono di intercettare le tante abitudini disfunzionali (viziate) sulle quali intervenire.

Ovviamente questa fase si completa intorno ai 7-8 anni, momento in cui abbiamo raggiunto una mielinizzazione sufficiente.

Ribadiamo che, dal punto di vista della posturologia propriamente detta, la seconda fase è una fase interlocutoria: infatti non vengono più osservati, in atto, i meccanismi di integrazione dei riflessi arcaici né come entrano in sinergia tra loro gli apparati sensoriali così come è stato fatto nella prima fase ne sarà possibile una valutazione standardizzata come è possibile nella terza fase. È possibile però intercettare e continuare a valutare, sia pure in maniera meno sistematica, tutta una serie di problematiche che interessano, nell'ordine il sistema nervoso nella sua integrità funzionale con la valutazione dell'eventuale non integrazione dei riflessi arcaici, o gli apparati recettoriali (o sensoriali) con la loro integrazione e funzionalità in senso ipo od iper così come segnalato dalle schede del Sensory Profile.⁹

FASE DEL RAGGIUNGIMENTO DEL SISTEMA TONICO POSTURALE

L'evoluzione neuro-motoria è avvenuta grazie alla maturazione dei centri e delle vie nervose (il midollo spinale, il tronco dell'encefalo e la corteccia cerebrale) ed implica un apprendimento funzionale basato sull'esperienza. L'esperienza sia motoria che sensoriale, in rapporto alle necessità di risolvere situazioni sempre nuove, ha indotto e favorito la formazione di nuovi circuiti più funzionali ed economici. È per questo che è possibile leggere, nella sua interezza, il sistema tonico posturale del bambino con tutti gli strumenti che fanno parte del bagaglio dell'esperto di postura, da quelli che consideriamo di primo

livello a quelli di secondo livello, utilizzando quindi sia i normali strumenti clinici del pediatra integrati e rielaborati con quanto pubblicato dal Ministero della Salute.³ È il momento in cui si intercettano i veri scompensi posturali, consapevoli che non possono essere considerati come determinati da una sola causa o dalla disfunzione di un solo recettore posturale. Sappiamo infatti che una alterazione funzionale può avere una ricaduta su un altro recettore o sull'intero sistema tonico posturale. Questa fase si conclude verso il periodo adolescenziale.

Essendo la postura determinata dall'interrelazione tra più organi (recettori e effettori) è necessario sempre valutare gli apparati sensoriali nella loro totalità come recettori della postura: per l'occhio verrà indagato l'apparato rifrattivo e oculomotore; per l'orecchio si analizza anche l'apparato vestibolare; per la bocca si osserva e valuta l'aspetto odontoiatrico od ortodontico (morfologico) e quello relativo alla lingua in sinergia tra loro; per la cute grande importanza va attribuita alle cicatrici; per i piedi si valuta il significato dell'appoggio in tutti i suoi aspetti. L'esame clinico della postura deve includere sempre l'osservazione e la valutazione dei seguenti apparati in correlazione tra loro, essendo inoltre consapevoli che un intervento specialistico su un apparato (visivo, stomatognatico o podalico) ha una ricaduta significativa, anche negativa, sugli altri.

Ricordiamo che, per i ragazzi dagli otto anni in su, si effettua una valutazione posturale all'interno dei bilanci di salute e/o in corso di problematiche algiche (sovrapposizione con la valutazione dell'adulto).

In questa fase, un'attività fisica mal eseguita a causa di mancanza di adeguato allenamento, o movimenti ri-

petitivi stereotipati richiesti per lo studio o per lo sport, possono giocare un ruolo nello squilibrio della postura. Inoltre, soprattutto nella pubertà e nell'adolescenza, fattori estetici o culturali possono influenzare il ripetersi di squilibri posturali, ad esempio, l'uso di tacchi, piercing e tatuaggi. Ed inoltre in questa fase evolutiva, situazioni psicologiche di conflitto possono causare stress, anche di natura cronica, che possono influenzare il sistema limbico. Particolare attenzione, quindi, dovrà essere posta in questa fase, dove crescite repentine e spesso poco armoniche, potranno creare squilibri sull'intero schema corporeo e motorio dell'adolescente, con probabili ripercussioni nell'età adulta.

Per tutti questi motivi è opportuno seguire il soggetto per evitare che l'insieme di tutte queste sollecitazioni non crei modificazioni negative sull'intera struttura. La posturologia pediatrica dovrebbe affiancarsi alla pratica sportiva che, pur avendo moltissime indicazioni positive sullo sviluppo corporeo dell'individuo, deve sempre essere seguita da figure qualificate e da specialisti esterni che possono intervenire nei momenti opportuni, affinché sia dato sempre maggior spazio allo sviluppo armonico dell'individuo.

La valutazione posturale che viene effettuata in questa fase di vita, da qui in poi, è sempre una valutazione globale dell'individuo, sia esso adulto, bambino o adolescente, e va completata da un'osservazione parcellizzata d'organo e apparato. Questa avviene attraverso gli strumenti clinici pediatrici arricchiti dalla "semeiotica posturologica" in più momenti e con diverse modalità. Per la prima presa in carico e di fronte a problematiche posturali significative →

Tabella 2. Quadri e problematiche più significativi che possono determinare criticità posturali, 3-8 anni di vita

Asimmetrie della colonna
Caratteristiche e qualità della deambulazione (sulle punte, deviazioni assiali degli arti inferiori, eventuali dismetrie in statica e dinamica)
Ipovisione, difetti rifrattivi, ambliopia, patologie congenite o acquisite del nervo ottico e della retina,
Alterazioni della funzione dei muscoli extraoculari, deficit convergenza, strabismo e nistagmo
Abitudini orali viziate o disfunzionali
Produzione del linguaggio
Posizione, lunghezza e forma dei mascellari; caratteristiche dell'occlusione e della permuta dentale e dell'incidenza cariogena
Caratteristiche della funzionalità linguale
Conformazione del frenulo linguale e labiale
Funzionalità uditiva e vestibolare
Malformazioni vascolari
Sono segnalate quelle più frequenti e significative

Tabella 3. Quadri e problematiche più significativi che possono determinare criticità posturali, 8-14 anni di vita

Difetti rifrattivi, ambliopia, ipovisione, patologie congenite o acquisite del nervo ottico e della retina, alterazioni della funzione dei muscoli extraoculari, deficit convergenza, strabismo
Abitudini orali viziate
Posizione, lunghezza e forma dei mascellari
Caratteristiche dell'occlusione dentale e della cefalea tensiva
Caratteristiche della funzionalità linguale
Conformazione del frenulo linguale
Funzionalità uditiva e vestibolare
Asimmetrie e deformità funzionali e strutturate della colonna e degli arti inferiori
Malformazioni vascolari degli arti
Esiti cicatriziali PP
Presenza di linfedema
Caratteristiche e qualità della deambulazione (deambulazione sulle punte, deviazioni assiali degli arti inferiori, eventuali dismetrie in statica e dinamica)
Valutazione della rigidità muscolare corporea

Alla luce della salute-genesi è consigliato uno stile di vita ottimale, condiviso da tutta la famiglia, impostato su una dieta adeguata alla fase di sviluppo e sostenere l'incentivazione dell'attività fisica quotidiana, oltre agli allenamenti sportivi consueti.

→ e/o a problematiche sensoriali è stata utilizzato tutto il bagaglio professionale utilizzando una scheda più ampia e dettagliata in funzione di quanto è emerso (che può richiedere 30 minuti circa).³⁻⁵ Nel quotidiano viene usata una scheda semplificata di valutazione o comunque viene adattata, a seconda del contesto e della conoscenza del soggetto, la nostra semeiotica. Dopo aver effettuato queste valutazioni si procede ad un eventuale invio ad altri specialisti favorendo una lettura transdisciplinare. È ovvio che nello studio pediatrico si rivaluta annualmente la postura ma, soprattutto, si effettuano dei controlli a distanza di almeno sei mesi per valutare l'effetto degli interventi degli specialisti. Il lavoro protratto nel tempo, come è avvenuto nel corso degli ultimi 7 anni presso lo studio dei pediatri di base, è facilitato in quanto alcune problematiche recettoriali sono già parzialmente emerse e, quindi, in occasione della visita del 7°-8° anno, già affrontate ed in via di risoluzione (problematiche visive e/o stomatognatiche).

Nella valutazione dei ragazzi preadolescenti o adolescenti deve essere riservata grande attenzione ai dismorfismi della colonna vertebrale (scoliosi), alla prevenzione della carie dentale, alla promozione di una dieta sana, corretta, adeguata ai fabbisogni nutrizionali della fase di rapida crescita puberale. Controllare il peso in rapporto all'altezza (BMI), perché anche questo ha una ricaduta sulla postura. Alla luce della salute-genesi è consigliato uno stile di vita ottimale, condiviso da tutta la famiglia, impostato su una

dieta adeguata alla fase di sviluppo e sostenere l'incentivazione dell'attività fisica quotidiana (andare a scuola a piedi o in bici, salire per le scale piuttosto che in ascensore), oltre agli allenamenti sportivi consueti.

Tutte le tabelle, di cui sopra, hanno comunque una base comune ovvero sono elaborate a partire dalla scheda pubblicata dal Ministero della Salute integrata con altro materiale che abbiamo nel tempo utilizzato.

È importante avere un'idea chiara di quali possano essere le problematiche emergenti in questa fondamentale fase della postura: riportiamo pertanto quanto cita il Documento del Ministero della salute, dove vengono già elencate le problematiche da seguire in età diverse (Tabella 3).



COME ABBIAMO VISTO LA VALUTAZIONE POSTURALE può essere un ottimo strumento per valutare il bambino nella sua globalità oltre ad attribuire al pediatra una nuova centralità fornendogli di nuovi strumenti valutativi. Inoltre, integrata con i lavori della Ayres² e della Goddard,⁷ offre nuove opportunità in merito al precoce sospetto diagnostico in relazione a disturbi del neurosviluppo. ■

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interesse.

Bibliografia

1. Bricot B. La riprogrammazione posturale globale. Stati Pro, 1998 ed edizioni successive.
2. Ayres A J. Il bambino e l'integrazione sensoriale. Roma: ed. Giovanni Fioriti, 2012.
3. Ministero della Salute. Linee guida nazionali sulla classificazione, inquadramento e misurazione della postura e delle relative disfunzioni dicembre, 2017.
4. Saggini R, Anastasi G P, Battilomo, et al. Consensus paper on postural dysfunction: recommendations for prevention, diagnosis and therapy. J Biol Regul Homeost Agents 2021; 35: 441-6.
5. La Mesa L. Postura: nella traiettoria evolutiva dal prenatale agli apprendimenti. Roma: Gruppo Editoriale s.r.l., 2023.
6. Milani Comparetti A. Semeiotica neuroevolutiva. Prospettive in Pediatria 1982; 48: 305-14.
7. Goddard S. Riflessi, apprendimento e comportamento. Querceta (LU): Mondologos Internacional, 2016.
8. Bricot B. Corso di perfezionamento di posturologia: i riflessi arcaici. Roma 17/19 maggio 2019.
9. Dunn W. Sensory profile. San Antonio (TX): Psychological Corporation, 1999.