

OSTEOPATIA, Interconnessione tra articolazione coxo-femorale e scapolo-omerale



Erano ormai mesi che non riuscivo a dedicarmi alla stesura di un nuovo articolo in ambito osteopatico. La situazione di salute di mia mamma, com'è comprensibile, non ha certo facilitato la concentrazione né il tempo da dedicare alla scrittura. Questo pomeriggio, però, sono finalmente riuscito a realizzare una serie di scatti relativi a due tecniche distinte: il test di FABER per la coxo-femorale e la DIGITOPRESSIONE sul bordo scapolare per la scapolo-omerale, grazie alla pazienza di mia figlia Beatrice che si è 'offerta' come cavia. Le foto che trovate nell'articolo servono proprio ad offrire una prima idea visiva di ciò di cui sto parlando.

Nonostante il tempo a disposizione fosse davvero ridotto, desidero condividere qui di seguito alcune riflessioni sull'interconnessione tra queste due regioni corporee. Strutture che, a un primo sguardo, potrebbero sembrare lontane e indipendenti, ma che in realtà risultano intimamente connesse da continuità fasciali, schemi motori e relazioni neuro-posturali di grande rilevanza clinica.

Nel corpo umano nulla esiste in isolamento: ogni struttura, ogni articolazione, ogni fascia e ogni circuito nervoso partecipa a un equilibrio dinamico che si rinnova a ogni gesto. L'osteopatia, con la sua visione unitaria, ci invita a osservare il movimento non come la somma di segmenti, ma come l'espressione di un sistema integrato, in cui l'anca e la spalla rappresentano due poli fondamentali della locomozione e dell'organizzazione posturale.

La coxo-femorale, profonda e potente, è il motore che genera la spinta, sostiene il peso e orienta il bacino. La omero-scapolare, più libera e raffinata, è il timone che guida, stabilizza, percepisce e modula l'interazione con l'ambiente.

Queste due articolazioni, pur lontane nello spazio, sono unite da continuità fasciali, catene muscolari, connessioni neuro-segmentarie e schemi motori centrali che ne fanno un'unica grande unità funzionale. Comprendere questa relazione significa leggere il corpo come un sistema coerente, in cui una disfunzione periferica può generare adattamenti a distanza, e in cui la postura è sempre il risultato di un dialogo complesso tra struttura, funzione e controllo neuromotorio.

La lassità articolare, sia essa costituzionale, acquisita o funzionale, non riguarda solo la qualità del collagene o la stabilità capsulo-legamentosa. È anche il risultato di come il sistema nervoso centrale gestisce il movimento, distribuisce il tono e organizza la stabilità.

Per comprendere la relazione tra anca e spalla nei soggetti con lassità, è utile richiamare il ruolo dei due grandi sistemi di controllo motorio:

-Sistema piramidale (corticospinale), è il sistema deputato al controllo volontario, fine e selettivo del movimento. Interviene nel: centraggio articolare attivo, modulazione del tono distale. precisione dei movimenti scapolari. stabilizzazione dinamica della spalla e dell'anca durante gesti complessi.

Nei soggetti con lassità, il sistema piramidale tende a essere iper-reclutato per compensare la scarsa stabilità passiva. Questo porta a: iperattività dei muscoli profondi della spalla, sovraccarico dei rotatori dell'anca. affaticamento precoce, difficoltà nel mantenere il centraggio articolare sotto carico.

-Sistema extrapiramidale, comprende gangli della base, cervelletto, nuclei del tronco encefalico. È responsabile di:



tono posturale, automatismi motori, coordinazione globale, schemi di locomozione, stabilità prossimale.

Quando la lassità è marcata, il sistema extrapiramidale tende a: aumentare il tono compensatorio in catene fasciali lontane, irrigidire la fascia toraco-lombare, modificare la rotazione del bacino, alterare il ritmo scapolo-toracico.

È qui che si crea il ponte funzionale tra anca e spalla: una instabilità dell'anca richiede un aumento del controllo extrapiramidale, che si traduce in tensioni fasciali ascendenti fino alla scapola; viceversa, una spalla instabile può generare compensi discendenti che coinvolgono il bacino.

Lassità e catene miofasciali: un equilibrio fragile

Nei soggetti ipermobili, le catene spirali, laterali e posteriori diventano più 'morbide', meno capaci di trasmettere tensioni in modo efficiente. Il corpo risponde irrigidendo alcuni segmenti chiave: fascia toraco-lombare, grande dorsale, gluteo medio, dentato anteriore.

Questi irrigidimenti non sono patologie, ma strategie di sopravvivenza motoria. E spiegano perché: una spalla instabile può generare dolore lombare, un'anca lassista può creare impingement scapolare, la digitopressione sul bordo scapolare diventa dolorosa, i test FABER/FADIR risultano positivi anche in assenza di lesioni strutturali.

Il sistema nervoso, in assenza di stabilità passiva, crea stabilità 'di emergenza' attraverso tensioni distribuite lungo le catene.

Concludendo

L'osservazione osteopatica dell'anca e della spalla rivela un sistema complesso, in cui struttura, fascia e controllo neuromotorio si intrecciano in modo indissolubile. Queste due articolazioni, apparentemente lontane, partecipano in realtà a un'unica strategia di stabilizzazione e movimento, orchestrata da continuità anatomiche e da circuiti centrali che modulano tono, postura e coordinazione.

La lassità articolare, lungi dall'essere un semplice problema locale, coinvolge profondamente i sistemi di controllo motorio. Il sistema piramidale, deputato alla precisione e alla fine regolazione del movimento, viene spesso iper-reclutato per compensare la scarsa stabilità passiva. Il sistema extrapiramidale, responsabile del tono posturale e degli automatismi, risponde irrigidendo segmenti chiave come la fascia toraco-lombare, il bacino e il cingolo scapolare. Questa interazione crea un equilibrio fragile, in cui il corpo alterna ipermobilità e rigidità, cercando costantemente una stabilità funzionale.

L'anca, quando perde centraggio, modifica la rotazione del bacino, altera la tensione della fascia toraco-lombare e cambia il comportamento del grande dorsale; la scapola, a sua volta, si adatta, perdendo stabilità e precisione. La spalla, se instabile, richiede un aumento del controllo extrapiramidale che irrigidisce il tronco e sovraccarica l'anca. Il corpo, nel tentativo di mantenere l'equilibrio, attiva strategie compensatorie ascendenti e discendenti che si manifestano lungo le catene miofasciali e nelle grandi articolazioni, spesso lontano dal punto di origine.

In questo scenario, la fascia non è un semplice involucro, ma un organo di continuità, capace di trasmettere tensioni, informazioni propriocettive e schemi di movimento. La catena spirale, la catena laterale e la catena posteriore diventano i vettori attraverso cui l'instabilità di un distretto si riflette sull'altro: un'anca lassista può generare un sovraccarico del grande dorsale e alterare il ritmo scapolo-toracico; una scapola instabile può modificare la rotazione del bacino e la distribuzione del carico sugli arti inferiori.

Il risultato è un corpo che non si muove più per segmenti, ma per adattamenti globali: ogni variazione di tono, ogni restrizione fasciale, ogni deficit di centraggio articolare si ripercuote sull'intero sistema. L'osteopatia, con la sua capacità di leggere queste interazioni, offre strumenti unici per ristabilire l'armonia tra stabilità passiva, controllo neuromotorio e continuità fasciale.

In definitiva, comprendere la relazione tra anca e spalla significa riconoscere che la postura non è mai locale, che la stabilità non è mai un fatto isolato, e che la salute articolare nasce dall'equilibrio tra mobilità, controllo centrale e integrazione fasciale. È in questo dialogo silenzioso tra cingolo pelvico e cingolo scapolare, modulato dai sistemi piramidale ed extrapiramidale, che si gioca una parte essenziale della funzionalità globale dell'individuo. Ed è proprio in questa complessità che l'osteopatia trova uno dei suoi campi di applicazione più raffinati, profondi e clinicamente efficaci.

Osteopata D.O. - Iridologo in Naturopatia

Prof. Bertinetto Bartolomeo Davide

www.bertinettobartolomeodavide.it

392 5898437 - Envie(Cn