Vol. 35 - N. 2
Giugno 2016

Rivista Italiana di Colon-Proctologia
Fondata nel 1982
Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

ISSN 1973-4891

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

INSERTO PER L'ITALIA

In questo numero le LINEE GUIDA della Società Olandese di Fisioterapia per la FISIOTERAPIA NEI PAZIENTI CON INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO
da pag. 31 la traduzione dal Dutch Journal of Physical Therapy (parte terza).

Editore
Giuseppe Dodi

Comitato di Collaborazione
Corrado Asteria
Gianni Baudino
Gabriele Bazzocchi
Gian Andrea Binda
Francesco Corcione
Elisabetta Costantini
Raffaele De Caro
Davide De Vita
Fabio Gaj
Antonella Giannantoni
Pietro S. Litta
Giovanni Milito
Franca Natale
Fabio Pomerri
Massimo Porena
Roberto Villani

Sezioni
Ginecologia Estetica - Elena Fasola
Medicina Complementare - Umberto Nardi
Medicina Legale - Umberto Ferro
Medicina Narrativa - Stella De Chino
Pelvi-Perineo-Cultura - Guerrino Giorgetti
Riabilitazione/Perineo Felice - Desirée Uguccioni
Storia della Pelviperineologia - Andrea Meneghini

Organo ufficiale di
Società Italiana di Pelvi-perineologia
e di Urologia Femminile e Funzionale,
Integrated Pelvis Group
Associazione Italiana di Ginecologia Estetica e Funzionale
Club Amici della Proctologia e Perineologia

Indice

20 14° Congresso SIUD. Fisioterapisti, infermieri, ostetriche
Perugia, 23-25 Giugno 2016
31 Linee guida per la fisioterapia in pazienti con incontinenza urinaria da sforzo (Quarta parte)
L.C.M. Berghmans, A.T.M. Bernards, I.C. Van Heeswijk-Faase, E.H.M.L.Westerik-Verschuuren, I. De Gee-De Ridder, J.A.M. Groot, M.C.P. Slieker-Ten Hove, H.J.M. Hendriks
31 Il servizievole (2ª parte)
A. Meneghini, N. Meneghini
40 Di donne, uomini, coppie e il prolasso della vergogna
S. De Chino
43 L'AIDOP, una Onlus per specialisti dedicati alle patologie funzionali pelvi-perineologiche
C. Bargiggia
45 Il racconto di Giorgetti Lo spadone
47 Mostri e mostre

Trimestrale di informazione scientifica
registrato al Tribunale di Padova n. 741 (23-10-1982 e 26-5-2004)

www.pelviperineologia.it

Redazione:
Clinica Chirurgica 2
Via Giustiniani, 2
35128 Padova
e-mail: giuseppe.dodi@unipd.it
info@giuseppedodi.it

Stampa:
Tip. Veneta
Via E. Dalla Costa, 6
35129 Padova
info@tipografiaveneta.it

Proctoial™

GEL RETTALE

Indicato nel caso di **emorroidi, proctiti e prurito anale**[1]

1. Proctoial Foglietto Illustrativo

Prezzo € 16,43

Dispositivo medico
Classe IIa CE 0546

ProStrakan Srl
Palazzo Galileo - Via F. Sforza - 20080 Basiglio (MI)
Tel. +39 02 92169424 - Web Site: www.prostrakan.com

ProStrakan
A member of the Kyowa Hakko Kirin group

Editoriale

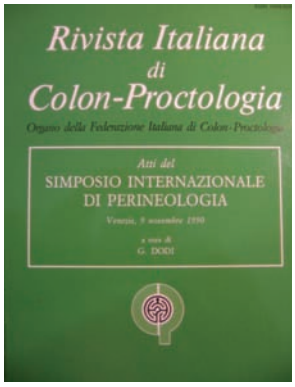
Pavimento pelvico: sulla bocca di molti, ma nelle mani, in testa e nel cuore di quanti?

GIUSEPPE DODI

Università degli Studi di Padova

Per *pavimento pelvico* s'intende ciò che sta sopra il *perineo*, tra pube, coccige e tuberosità ischiatiche. Tutti riconoscono che consta di tre comparti, ma sono ancora pochi gli specialisti che cercano di avere quella visione unitaria di cui si sbandiera l'assoluta necessità.

Nel 1990 scrissi un editoriale su questo giornale, che all'epoca si chiamava Rivista Italiana di Proctologia, a proposito di un simposio internazionale organizzato a Venezia. I comparti anteriore, centrale e posteriore erano rappresentati al completo. Con ironica fierezza il ginecologo Villet, allievo parigino di Scali, il primo ad usare le reti nel prolasso genitale, si dichiarava *le chirurgien des trois trous*. Le presentazioni di Villet, Artibani, Kamm (St Mark's Hospital di Londra), Sarles (Marsiglia), a parte alcuni aspetti della chirurgia del POP e dell'incontinenza urinaria femminile, sono ancora attuali, quasi non sia trascorso un quarto di secolo, tempo infinitamente lungo in ambito scientifico. L'incontinenza urinaria in particolare ha visto trasformazioni epocali con l'introduzione delle *sling*. L'*Integral Theory* di Petros su cui esse si basano, è oggi il solo tentativo organico di vedere il pavimento pelvico come una struttura unitaria in cui le patologie non neoplastiche vengono in gran parte attribuite all'incompetenza dei legamenti.



"...il termine *perineologia* rappresenta un neologismo. Molte specialità si sono frammentate in *sottospecialità*: dalla chirurgia e dalla gastroenterologia è derivata la proctologia. Quest'ultima riconosce oggi la necessità di un'evoluzione, soprattutto per gli aspetti funzionali. Il proctologo non può limitare la sua competenza al perineo posteriore, così come l'urologo ed il ginecologo, nella valutazione della statica pelvica e della patologie connesse devono tener conto della componente posteriore del pavimento pelvico. La visione unitaria delle funzioni degli organi pelvici crea dunque una sorta di *superspecialità* che deve aprire nuovi spazi alla ricerca e assicurare ai pazienti delle soluzioni più razionali. La *perineologia* è quindi una branca medica di cui si dovrà sentir parlare di più".

Ne è passata di acqua sotto i ponti: 26 anni di molti discorsi e pochi fatti in termini di quella *multidisciplinarietà* o *inter*disciplinarietà che tanto si auspicava e si auspica.

Le società scientifiche che si occupano in varia misura dei tre comparti si sono affrettate ad aggiungere il pavimento pelvico nella loro denominazione. Sono nati gruppi di ricerca e società dalla vita effimera anche se qualcuna, come la Società Interdisciplinare del Pavimento Pelvico (SIPP), ha prodotto delle idee innovative come l'IPGH.

Perché dunque tante parole e pochi fatti? La pelviperineologia è materia assai difficile già a partire dall'anatomia. Occuparsene è difficile. Usare gli enigmatici acronimi dell'IPGH (Incontinences, Prolapses, General factors, Handicap, quello che Artibani considerava il TNM del pavimento pelvico) attrae poco.

Visitare un paziente richiede tempo, averlo interrogato bene entrando nel suo cuore prima che nella sua pelvi, ancora di più. Trattarlo poi è difficile, spesso difficilissimo e non di rado rischioso.

Più conveniente allora parlare ad alta voce della pelviperineologia piuttosto che praticarla in modo approfondito come è indispensabile per avere risultati soddisfacenti.

Le buone intenzioni spesso ci sono. In questo numero una pagina è occupata dall'annuncio di meritevoli iniziative dell'AIDOP, un convegno a Palermo in occasione della *Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza* che si ripete da oltre 10 anni il 28 Giugno per iniziativa della FINCOPP col patrocinio del Ministero della Salute. Una nuova società, la Mediterranean Incontinence and Pelvic Floor Society (MIPS) sceglie per i suoi incontri "calde atmosfere", ma l'aspetto olistico di cui si sente parlare fino alla nausea non alberga neppure tra onde e fondali del Mare Nostrum.

In ambito pelviperineale ci sono due tipi di incontinenza: urinaria e fecale, ma quella urinaria è l'*incontinenza per antonomasia*. L'ho ben capito in dodici anni di permanenza nel Consiglio Direttivo della SIUD e l'ho anche subìto, vedendo esclusi i progetti che riguardavano il comparto posteriore nella Fondazione Italiana Continenza che pure ero stato chiamato a costituire: sono stati necessari dieci anni solo per pubblicare un aureo libretto sull'incontinenza fecale.

Si deve tuttavia ammettere che non mancano le "buone" ragioni per questo ruolo ancillare dell'insufficienza nel lato, non a caso, B: i progressi nella terapia medica e chirurgica dell'incontinenza anale in questi decenni sono stati pressoché nulli, per cui latitano le risorse di cui invece si avvale la gestione dell'incontinenza urinaria in campo farmacologico e protesico. Per l'incontinenza fecale grave non restano che i pannoloni e qui si apre un interessante capitolo scientifico e di economia sanitaria. Una ventata di energia è purtroppo venuta dall'uso e soprattutto abuso delle suturatrici meccaniche nelle disfunzioni dell'ano-retto di cui con preoccupante lentezza vengono compresi i limiti spesso drammaticamente travalicati.

In questo momento un grande spazio nella gestione di tutte le disfunzioni del pavimento pelvico, includendo quelle sessuali e il dolore, si attribuisce alla *riabilitazione* che ha il grande vantaggio di non far danno e dare benefici significativi se pur non definitivi e di essere meno costosa della neuromodulazione sacrale. Essa è affidata ad ostetriche e fisioterapisti che, insieme agli indispensabili *infermieri competenti nel coordinamento del paziente con problemi pelviperineologici* (a Padova abbiamo a lungo tentato di favorirne la formazione), svolgono un ruolo di fondamentale importanza.

Posso concludere con Kamm (Venezia, 1990): "gli organi riproduttivi urologici ginecologici e gastroenterologici sono tra loro vicini e in qualche misura condividono un'innervazione estrinseca, non deve pertanto sorprendere che modifiche fisiologiche e patologiche in uno di questi sistemi possa frequentemente provocare effetti profondi su altre parti del pavimento pelvico. Talvolta i cambiamenti secondari diventano la fonte principale dei sintomi tanto che l'evento patologico iniziale viene trascurato". È una considerazione anatomo-funzionale importante e ovvia, cui segue un monito altrettanto importante a non credere alla coincidenza tra ciò che noi vediamo e crediamo e ciò che il paziente dice di sentire. Tipico esempio è attribuire la responsabilità della cosiddetta defecazione ostruita al rettocele o all'intussuscezione del retto, presumibilmente solo variati anatomiche della norma, e non cercare altre cause più remote e complesse. Qui si inserisce anche l'eterno dilemma del rapporto tra normale anatomia e buona funzione.

Correspondenza:
giuseppe.dodi@unipd.it

Società Italiana di Urodinamica
Continenza Neurourologia Pavimento Pelvico
SIUD
www.siud.it

14° CONGRESSO SIUD
FISIOTERAPISTI, INFERMIERI, OSTETRICHE
PERUGIA, 23-25 GIUGNO 2016

Il 14° Congresso SIUD FIO (Fisioterapisti, Infermieri ed Ostetriche) affronta diverse tematiche, attualmente argomento di discussione fra le diverse figure professionali che contribuiscono alla realizzazione del Progetto Riabilitativo rivolto alle disfunzioni pelvi perineali.

Oltre all'up-to-date sulla incontinenza urinaria femminile da sforzo, viene affrontata la tematica "pavimento pelvico e sport" e, in collaborazione con la Biofeedback Federation of Europe, si affronta l'argomento della terapia strumentale nelle disfunzioni pelvi-perineali.

Le relazioni saranno caratterizzate dalla presentazione di contenuti immediatamente applicabili nella pratica clinica e saranno presentate da medici, fisioterapisti, ostetriche ed infermieri con elevata esperienza sia in ambito clinico che di ricerca scientifica.

È infine prevista una Physical Therapy Class come sessione pratica e quale connubio tra "cosa fare", "come farlo" e soprattutto "perchè" e "quando". Infatti la pratica verrà dimostrata e discussa in modo da chiarire i concetti applicativi, mentre si apprende come fare, guidati da un medico ed una fisioterapista esperti nell'esercizio terapeutico per l'incontinenza urinaria femminile e maschile.

Da segnalare infine la qualità dei contributi pervenuti come abstract delle sessioni di comunicazioni libere, a dimostrazione e conferma della crescita di interesse per i riabilitatori relativamente alle problematiche disfunzionali del pavimento pelvico.

1. La malattia narrata: esperienze assistenziali nella neuromodulazione del nervo tibiale posteriore

SILVIA MARCADELLI[1] - DAVIDE DOMENICO DI PRIMA[2] - NORMA ANA NOBILE[3]

[1]Coordinatore Infermieristico, P.O. Madonna delle Grazie, Matera, Italia - [2]Urologia, P.O Madonna delle Grazie, Matera, Italia - [3]Urologia, P.O. Madonna delle Grazie, Matera, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La narrazione è un esempio di come le persone strutturano linguisticamente il loro mondo e ne ricostruiscono il senso: questo è soprattutto vero nella storia di malattia. Per questo motivo, tale metodo fornisce strumenti di particolare interesse per le scienze sociali e, in questo specifico, per la medicina e l'assistenza infermieristica.

L'importanza dell'approccio narrativo si realizza nel fatto che vi è una consolazione nella narrativa che non è data dalla felice conclusione del racconto, bensì dalla conoscenza della situazione che, una volta resa comprensibile, diventa sopportabile (Bruner 1991).

All'interno di una relazione, l'identità di coloro che interagiscono è definita da una narrazione: ognuno si racconta a sé stesso ed agli altri in un determinato modo. Così il paziente si racconta al professionista sanitario, e questa narrazione è presentata come la descrizione vera e completa di colui che la racconta.

La malattia diventa così una rete di prospettive, consentendo l'incontro e un dialogo che fanno diventare le "storie di malattia" "storie di cura" a costruzione congiunta dell'assistenza sanitaria (Charon 2001).

La narrazione, nel contesto delle cure mediche e dell'assistenza infermieristica, sta acquistando un ruolo d'importanza crescente come metodo per indagare, fare ipotesi, come punto di incontro tra professionisti che partono da impostazioni concettuali e tradizioni di pensiero diverse. Dunque la narrazione non è solo un modo di parlare che riguarda i pazienti, ma può divenire uno stile di relazione che riguarda anche il rapporto tra sanitari (Virzì e Signorelli 2007).

MATERIALI E METODI

La vescica iperattiva è una condizione clinica, che inficia notevolmente la qualità di vita delle persone che ne sono colpite. La neuro modulazione del nervo tibiale posteriore è un trattamento efficace, che viene impiegato in pazienti refrattari alle cure conservative (modificazioni dietetiche, Bladder Training) compresa la terapia farmacologica e che negli ultimi 20 anni ha avuto un riconoscimento scientifico ed inserito nelle linee guida Internazionali come di trattamento di terzo livello per questa condizione.

La qualità di vita è un tema altamente soggettivo, poco standardizzabile, soprattutto nelle persone che presentano patologie croniche a decorso ingravescente.

Sostenuti dalle indicazioni di letteratura, abbiamo ipotizzato che per comprendere il fenomeno e quanto l'intervento fosse percepito come efficace dagli assisti, è stata applicata una metodologia di indagine di tipo qualitativo, per raccogliere i dati necessari.

Sono state effettuate, quindi, delle interviste narrative, video registrate in corso di seduta di stimolazione tibiale. In tal modo è stato possibile focalizzare sia i vissuti di malattia, sia il ruolo della relazione assistenziale.

Così nel dispiegarsi di una relazione in un qui e ora di reciproca attenzione, la ricerca stessa si è trasformata in intervento assistenziale.

La tecnica applicata è stata raccontata (narrata) da parte degli assistiti che hanno deciso di partecipare alla indagine, durante le sedute stesse.

Sono stati intervistati in tutto 3 pazienti che hanno usufruito del trattamento di neuromodulazione del nervo tibiale con sintomi da vescica iperattiva in Sclerosi Multipla.

Sono stati intervistati due maschi ed una femmina, affetti da SM con diversa stadiazione di malattia e diversa esperienza diagnostica.

Gli assistiti hanno espresso il loro consenso, anch'esso in modalità narrativa, sia all'effettuazione delle interviste, sia ad essere filmati sia alla riproduzione delle immagini elaborate.

RISULTATI

Il nostro campione non ha nessuna pretesa di rappresentatività statistica, perché evidentemente non significativo per poter generalizzare qualsivoglia dato.

Anche in queste poche interviste in cui emerge un vissuto diversificato, viene espresso con molta chiarezza la percezione soggettiva dell'efficacia della tecnica di cura e l'aspettativa sul ruolo degli attori della cura.

DISCUSSIONE

L'indagine è stata focalizzata a comprendere, oltre all'efficacia percepita dell'intervento terapeutico di neuro modulazione tibiale, il ruolo degli infermieri nel panorama della esperienza di malattia delle persone assistite.

CONCLUSIONI

La tecnica applicata della PTNS ha una sua ricaduta positiva in un più ampio contesto: quello di comprensione in relazione empatica che allarga lo spettro delle possibilità relazionali (ciclo di sedute), in una dinamica di umano divenire (Rizzo Parse 2007), in cui l'infermiere pur esprimendo sia competenze di base che competenze avanzate sul piano clinico, ne esprime altrettante sul piano umano potendo costruire con gli assistiti di cui si occupa una relazione che ridona senso alla interruzione autobiografica causata dalla malattia.

BIBLIOGRAFIA

1. Bruner, J. (1991) *La costruzione narrativa della "realtà"*, in M. Ammaniti, D.N. Stern, (eds) *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Bari, 1991.
2. Charon, R. (2001) *Narrative Medicine: a model for Empathy, Reflection, Profession and Trust,* Jama, 286
3. Zecca, C. *et al* (2014) *Maintenance percutaneous posterior nerve stimulation for refractory lower urinary tract symptoms in patients with multiple sclerosis: an open label, multicenter, prospective study*, Mar; 191 (3): 697-702

2. Efficacia di un approccio "intensivo" al trattamento rieducativo dell'incontinenza urinaria femminile

ILEANA SCEBBA - ESTERINA COSTANTINO - FEDERICA CARPENTIERI - MARCO SOLIGO - FEDERICA FUSÈ - PATRIZIA CASATI - ENRICO FERRAZZI

ASST Fatebenefratelli-Sacco, Dept. Woman, Mother and Neonate, Buzzi Children's Hospital/ University of Milan, Milan, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

L'incontinenza urinaria è la disfunzione pelvica più rappresentata nella popolazione femminile, manifestandosi quasi in 1 donna su 2 (incidenza tra il 25 e 45% distribuita nelle varie fasce di età) [1] e condizionandone maggiormente la qualità di vita. La sintomatologia è strettamente legata ad una incapacità di utilizzare la muscolatura del piano perineale in maniera funzionale e, naturalmente, ad una deficitaria capacità contrattile vera e propria (genetica, legata a parti precedenti, stili e abitudini di vita scorrette...).

Nell'ambito dei trattamenti di Riabilitazione del Pavimento Pelvico (RPP) accanto alla *chinesiterapia*, sono solitamente considerate *l'elettrostimolazione funzionale*, proposta alle donne con una lieve o nulla capacità contrattile, e il *biofeedback*, consigliato a tutte quelle che difficilmente riescono a riprodurre una contrazione coordinata ed efficace del piano perineale. I dati in letteratura sono concordi nel dimostrare l'efficacia del trattamento riabilitativo rispetto a nessun trattamento sulle problematiche disfunzionali del pavimento pelvico [2]. Oltretutto, un trattamento "intensivo", ovvero con sedute a distanza ravvicinata e supervisionato da un professionista, risulta essere più efficace di un auto-trattamento a domicilio o con sedute distanti nel tempo.

L'obiettivo del nostro studio è verificare se l'utilizzo della terapia riabilitativa con modalità di tipo "intensiva" (comprendente rieducazione respiratoria, correzione delle abitudini di vita, chinesiterapia, elettrostimolazione funzionale e biofeedback) nelle donne sintomatiche per incontinenza urinaria risulta essere efficace nel miglioramento della sintomatologia delle stesse.

MATERIALI E METODI

Si tratta di uno studio retrospettivo in cui sono state inserite 112 pazienti afferenti all'ambulatorio di Uroginecologia tra il giugno 2014 e il dicembre 2015. Tutte le pazienti sono state sottoposte ad una valutazione iniziale consistente nella rilevazione della sintomatologia riferita, nella compilazione del'International Consultation on Incontinence-questionnarie Short Form (ICI-qSF) e nell'esame obiettivo comprendente una misurazione della forza dei muscoli del pavimento pelvico mediante Pubo Coccigeal test (PC test) secondo la scala di Oxford modificata (score da 0 a 5) e l'endurance.

Il trattamento riabilitativo ha previsto un ciclo di 10 sedute (*chinesiterapia, elettrostimolazione funzionale, biofeedback*) proposte con attenzione al tipo e alla qualità del sintomo presente, con un rapporto one-to-one con un'ostetrica riabilitatrice (E.C.). Al termine del ciclo di riabilitazione sono state rivalutate la forza contrattile muscolare (PC test) e l'endurance,nonchè compilati il questionario ICI-Q SF ed una scala definita Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) che esprime il grado di soddisfazione della paziente rispetto alla terapia ricevuta (6=molto peggiorata, 5=peggiorata, 4=leggermente peggiorata, 3=invariata, 2=leggermente migliorata, 1=migliorata, 0=molto migliorata). I dati ottenuti sono stati organizzati in un database e analizzati per mezzo del programma GraphPad Prism 6. Un valore di $p<0.05$ è stato considerato significativo.

RISULTATI

L'età media delle donne che sono state indirizzate al nostro servizio è di 47,0 ± 13,8 anni. L'incontinenza urinaria (IU) è il sintomo più rappresentato ed è presente in 97/112 (86,6%) delle donne isolatamente o in associazione ad altri sintomi (nella maggior parte dei casi prolasso). Si è preferito perciò concentrare l'analisi solo sull'IU. Sono state escluse 13 pazienti per mancanza di punteggio ICI-Q SF pre o post terapia. Sono quindi rimasti disponibili per l'analisi 84 casi.

In figura 1 sono riportate le percentuali di incidenza delle tre tipologie di incontinenza, mentre in figura 2 è riportata la distribuzione di queste tipologie in diverse fascia di età.

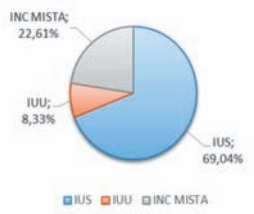


Figura 1 – Distribuzione delle forme di incontinenza urinaria osservate

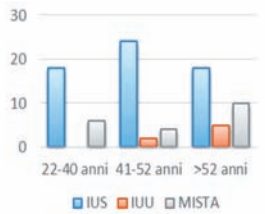


Figura 2 – Istogramma delle tipologie di incontinenza urinaria per fascia di età.

In Tabella 1 vengono confrontati i valori ottenuti nelle diverse valutazioni prima e dopo la terapia riabilitativa con la relativa analisi della significatività.

Tabella 1 – Valutazione dei punteggi di ICI-Q SF, endurance, PC test pre e post trattamento.

	PRE RPP	POST RPP	P value
Endurance media (0-3) ± DS	1,13 ± 0,86	1,97± 0,98	< 0,0017*
PC test medio (0-5) ± DS	2,4 ± 1,28	3,1 ± 1,21	< 0,0001*
ICI-Q SF ± DS	11,88 ± 3,18	6,98 ± 5,34	<0,0001*

**P<0.05 significatività statistica al paired t-test*

Utilizzando la scala PGI-I per la stima soggettiva del miglioramento dei sintomi l'80% delle donne (67/84) riferisce di essere migliorata (punteggio da 0 a 2); in figura 3 i dati relativi al PGI-I.

Solo 4 donne su 84 hanno deciso di non completare il ciclo di sedute.

DISCUSSIONE

L'incontinenza urinaria è la patologia più frequente per la quale la nostra popolazione riceve un trattamento di rieducazione pelvi-perineale (86,6%); la tipologia più comune è l'incontinenza da sforzo, seguita dalla incontinenza mista e in ultimo dall'incontinenza da urgenza (Fig. 1). L'incontinenza da sforzo è distribuita in modo omogeneo nelle varie fasce di età (Fig. 2) e, come normalmente osservato negli studi epidemiologici, anche nella nostra popolazione trova un picco nella fascia di età perimenopausale, mentre l'incontinenza da urgenza ha un andamento crescente con l'età.

Al termine della terapia l'80% delle donne si dichiarano in varia misura soddisfatte del trattamento e tale dato viene confermato clinicamente dal miglioramento significativo dei punteggi relativi all'incontinenza (ICI-Q SF). È ragionevole pensare che il miglioramento significativo documentato nella performance muscolare (endurance e forza muscolare del pavimento pelvico) contribuisca in modo rilevante al successo dell'approccio "intensivo" alla RPP.

CONCLUSIONI

La rieducazione del pavimento pelvico è raccomandata come trattamento conservativo di prima scelta per le donne che lamentano incontinenza urinaria. Nella nostra casistica essa è risultata risolutiva in un terzo della popolazione trattata e comunque efficace nell'80% delle pazienti.

L'esperienza maturata consente inoltre di affermare che un trattamento rieducativo personalizzato, scelto in base alla storia psicofisica della paziente e alle sue capacità muscolari, permette di costruire un rapporto di fiducia e collaborazione che incentiva l'aderenza alla terapia. Per un buon successo è infatti necessario che anche la donna prenda parte attiva alle sedute e sia disposta a modificare il proprio stile di vita e abitudini cercando di replicare al domicilio quanto appreso. Se da un lato il trattamento intensivo si dimostra come l'opzione di riferimento, i costi e gli aspetti logistico-organizzativi correlati a questo modello rappresentano il limite principale alla fruibilità del trattamento per le pazienti. Una migliore standardizzazione degli steps riabilitativi in correlazione con i quadri sintomatologici e obiettivi delle pazienti potrebbero in futuro aiutare ad individuare percorsi riabilitativi semplificati e personalizzati in modo da ottimizzare la disponibilità delle risorse.

BIBLIOGRAFIA

1. Botlero R, Urquhart DM, Davis SR, Bell RJ. *Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: review of the literature and investigation of methodological issues*. Int J Urol. 2008; 15 (3): 230-4.
2. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habée-Séguin G. *Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women*. Cochrane Database Syst Rev. 2014 May.

3. Ruolo del trattamento riabilitativo intensivo nei pazienti affetti da ibp e sottoposti ad intervento di disostruzione

ANTONELLA GIOSUÈ[1] - EUGENIA FRAGALÀ[1] - STEFANO ALBA[1] - VINCENZO MARIA ALTIERI[1] - FRANCESCO BOTTONE[2] - VINCENZO MIRONE[3] - FRANCESCO GRECO[2]

[1]Romolo Hospital, Romo Hospital, Rocca di Neto - [2]Romolo Hospital, Università degli studi di Napoli, Rocca di Neto - [3]Università degli studi di Napoli , Università degli studi di Napoli, Napoli

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

L'Ipertrofia Prostatica Benigna (IPB) è una patologia ad elevata prevalenza nella popolazione maschile, il cui trattamento si avvale di terapie mediche singole o in combinazione e, ove necessario, un approccio chirurgico per via endoscopica e open. Ad oggi la maggior parte dei pazienti affetti da IPB viene sottoposta ad intervento disostruttivo ma pochissimi centri affiancano a quest'ultimo percorsi di riabilitazione urologica intensiva nel post-operatorio.

Lo scopo di questo lavoro è stato valutare la compliance e l'efficacia di un protocollo riabilitativo urologico associato a quello chirurgico. A tale proposito, pazienti affetti da IPB e sottoposti ad intervento disostruttivo sono stati avviati al trattamento riabilitativo del pavimento pelvico valutandone gli outcomes funzionali e il miglioramento della qualità di vita dopo la riabilitazione.

MATERIALI E METODI

Dal marzo 2015 al dicembre 2015 sono stati selezionati 104 pazienti consecutivi sottoposti a intervento di Resezione Transuretrale della Prostata (TURP), Interventi di Enucleovaporizzazione prostatica con Green Light HPS PVP e Adenomectomia Prostatica Transvescicale (ATV) che, all'atto della dimissione, presentavano sintomatologia disurica.

I pazienti, alla rimozione del catetere, hanno seguito un training riabilitativo di una settimana e nelle successive due settimane hanno frequentato un DH riabilitativo, con la frequenza di due sedute a settimana, quindi 7 giorni di training domiciliare. Sono stati poi seguiti al follow up a tre mesi. I soggetti sono stati esaminati tramite valutazione funzionale fisioterapica e del piano perineale (PC TEST). Sono stati somministrati questionari quali: IIEF-5, IPSS, VAS, ICIQ-SF, IQol e PGI (a inizio e fine ricovero e a 3 mesi). Infine, si è valutato il numero pad/die e il peso medio dei pad al giorno. Durante il trattamento riabilitativo in regime di ricovero i pazienti hanno eseguito un protocollo riabilitativo: esercizi propriocettivi, stretching, esercizi di coordinazione respiratoria e controllo della muscolatura addominale, ginnastica ipopressiva e terapia comportamentale. Durante il DH il programma di lavoro ha previsto un training specifico per il rinforzo e il controllo del pavimento pelvico, mentre il programma domiciliare si è concentrato sul controllo della frequenza minzionale.

RISULTATI

Dei 104 pazienti (pz) inseriti nello studio n. 56 (54%) sono stati sottoposti TURP, n. 35 (34%) a Green Light, n.13 (13%) ad ATV.

L'età media era di 68 anni (51-86), il volume medio prostata 63 cc. (30 -190), sindrome metabolica presente nel 68% del campione, IIEF-5 media 11 (0-25); IPSS di grado severo 96 pz e di grado moderato 8; VAS media 6 (3-8); ICIQ-SF media 12 (0-21); IQol media 49 (22-88); PC-TEST/F all'ingresso media 2 (1-3); Peso PAD all'ingresso media 289 gr. (0 gr.- 2600 gr.).

Del totale 10 pazienti prima dell'intervento avevano avuto episodi di ritenzione urinaria acuta con catetere vescicale a dimora occasionalmente, il 60% presentava ernie inguinali, il 20% aveva avuto sintomi da urgenza frequenza con fughe di urina quantificabili in poche gocce e il 10% emorroidi (e per questo sottoposti ad intervento chirurgico). Tutti i pazienti afferiti al reparto di riabilitazione presentavano incontinenza e/o sintomi irritativi post intervento. I soggetti dello studio sono stati seguiti per un periodo di un mese per la valutazione della sintomatologia irritativa e tre mesi per l'indice di qualità di vita e i sintomi di incontinenza urinaria.

Dopo il trattamento i pz presentavano IPSS di grado severo nessun paziente, di grado moderato 5 pz; di grado lieve 99 pz; VAS media 0; ICIQ-SF media 0; IQol media 102 (82-110); PGI a fine trattamento media 1 (0-4); PC-TEST/F a fine trattamento media 3 (2-3); Peso PAD a fine trattamento media 1 gr. (0 gr.-50 gr.).

DISCUSSIONE

Tutti i pazienti hanno mostrato una buona compliance al trattamento e hanno giudicato il loro stato di salute molto migliorato dopo il protocollo riabilitativo intensivo (questionario PGI). L'incontinenza si è risolta in meno di 90 giorni nella quasi totalità dei pazienti, eccetto 2 che hanno riferito perdite durante il cammino. I sintomi irritativi si sono risolti dopo 30 giorni in tutti i pazienti. Nei pazienti che presentavo incontinenza da stress si è osservato un miglioramento già nella prima settimana di riabilitazione grazie al training di controllo delle pressioni addominali, mentre nei pazienti con sintomatologia da urgenza i miglioramenti sono stati evidenti a seguito del training comportamentale e al pelvic floor muscle training. Il follow-up al terzo mese ha messo in evidenza che nessun pz presntava più un IPSS di grado severo e moderato bensì di gradi lieve nella totalità dei pz e un miglioramento della IPSS_QoL in con la totalità dei pz che risultava soddisfatto. La IIEF-5 è risultata uguale o leggermente migliore rispetto alla situazione pre-intervento nonostante la presenza di eiaculazione retrograda.

CONCLUSIONI

Il nostro studio ha dimostrato che un protocollo di Riabilitazione Urologica Intensiva determina un miglioramento degli outcomes funzionali e della qualità di vita nei pazienti sottoposti a trattamento disostruttivo e non risulta essere efficace nel miglioramento della funzione sessuale.

BIBLIOGRAFIA

1. Matoka DJ, Averch TD. Predictability of irritative voiding symptoms following photoselective laser vaporization of the prostate. Can JUrol 2007.
2. World J Mens Health Meta-analysis of Functional Outcomes and Complications Following Transurethral Procedures for Lower Urinary Tract Symptoms Resulting from Benign Prostatic Enlargement. 2015 Aug.
3. Kuntz RM, Lehrich K, Ahyai S. Does perioperative outcome of transurethral holmium laser enucleation of the prostate depend on prostate size. J Endourol. 2004.

4. Riabilitazione del pavimento pelvico (PFMT) post-prostatectomia radicale: recupero precoce della continenza

STEFANO ALBA[1] - VINCENZO MARIA ALTIERI[1] - EUGENIA FRAGALÀ[1] - FRANCESCO BOTTONE[1] - ANTONELLA GIOSUÈ[1] - VINCENZO MIRONE[2] - FRANCESCO GRECO[3]

[1]Romolo Hospital, Romolo Hospital, Rocca di Neto, Italia - [2]Università degli Studi di Napoli, Università degli Studi di Napoli, Napoli, Italia - [3]Romolo Hospital, Università degli Studi di Napoli, Rocca di Neto, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Valutare l'efficacia della riabilitazione del pavimento pelvico (PFMT) nel recupero precoce della continenza e nella ripresa delle normali attività quotidiane in due gruppi di pazienti sottoposti a prostatectomia radicale.

MATERIALI E METODI

Sono stati analizzati i database prospetticamente compilati dei pazienti sottoposti a Prostatectomia radicale, sottoposti a PFMT con fisioterapista dal giorno della rimozione del catetere vescicale (GR) confrontati con pazienti non sottoposti a PFMT con fisioterapista (GNR). I pz del GR hanno eseguito la PFMT con fisioterapista secondo il seguente schema: giornalmente per i primi 5 giorni, bisettimanalmente per 2 settimane, successivamente in base alle indicazioni del fisioterapista. I pz del GNR hanno eseguito comunque esercizi domiciliarmente secondo le raccomandazioni prescritte e ricevute alla dimissione. Parametri analizzati: Continenza (0-1 mini/pad) a 2 settimane, 1 mese e 3 mesi, QoL IPSS a 2 settimane, 1 e 3 mesi.

RISULTATI

Dal Gennaio 2014 al Febbraio 2015, 102 pazienti sono stati sottoposti a prostatectomia radicale Videolaparoscopica, dei quali 56 hanno eseguito PFMT con fisioterapista (GR). Diciotto pazienti del GR e 16 del GNR sono stati rispettivamente sottoposti a tecnica nerve sparing bilaterale. La percentuale di pazienti continenti nel GR è del 25%, 45 % e 95% rispettivamente a 2 settimane, 1 mese e 3 mesi dalla rimozione del catetere, mentre nel GNR è del 19%, 29% e 83% rispettivamente a 2 settimane, 1 mese e tre mesi dalla rimozione del catetere. Le differenze osservate fra i due gruppi sono risultate statisticamente significative a favore del GR a 1 mese ed a 3 mesi dalla rimozione del catetere vescicale. Nei sottogruppi di pazienti sottoposti a chirurgia nerve sparing, le differenze osservate risultano statistica-

mente significative a favore del GR a 3 mesi. Le differenze osservate in termini QoL nei due gruppi sono risultate statisticamente significative in tutti i range di tempo considerati.

DISCUSSIONE

La PFMT con fisioterapista aumenta la compliance del paziente al recupero funzionale post prostatectomia radicale e agisce da completamento alle tecniche di risparmio delle strutture deputate al controllo della continenza.

CONCLUSIONI

La PFMT con fisioterapista consente il recupero precoce della continenza e il ritorno alle normali abitudini quotidiane del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Sascha A. Ahyai a,*, Peter Gilling b, Steven A. Kaplan c, Rainer M. Kuntz d, Stephan Madersbacher e, Francesco Montorsi f, Mark J. Speakman g, Christian G. Stief h, *Meta-analysis of Functional Outcomes and Complications Following Transurethral Procedures for Lower Urinary Tract Symptoms Resulting from Benign Prostatic Enlargement*. Eur Urol. 2010 Sep.
2. Bachmann A, Schurch L, Ruszat R, et al. *Photoselective vaporization (PVP) versus transurethral resection of the prostate (TURP): a prospective bi-centre study of perioperative morbidity and early functional outcome*. Eur Urol 2005 Dec.
3. Alivizatos G, Skolarikos A. *Photoselective vaporization of the prostate to manage benign prostatic hyperplasia*. J Endourol 2008 Sep.

5. Il ruolo dell'ostetrica nel trattamento dei disturbi del dolore sessuale

ESTER VERONESI[1] - CHIARA PONTALLO[3]

[1]Libera professionista, Verona, Modena, Italia - [2]Ostetrica neolaureata, Verona, Verona

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Il tema delle disfunzioni sessuali, in particolare vaginismo e dispareunia, ha assunto una certa importanza nelle politiche di informazione e prevenzione sociale in ambito sanitario solo negli ultimi decenni e alcuni studi hanno dimostrato che i problemi della funzione sessuale sono davvero un fenomeno globale che trascende la cultura.

Gli studi sottolineano l'aspetto multifattoriale di questi disturbi, che possono essere influenzati e causati da molteplici fattori ormonali, psicosessuali, iatrogeni, neurologici, muscolari che, di conseguenza, ne aumentano la complessità. Ciò si riflette sulla difficoltà di trovare metodi di trattamento efficaci, che siano adeguati all'ampia gamma di sintomi che riferiscono le pazienti. Questo studio osservazionale si propone quindi di verificare l'efficacia del trattamento proposto da parte dell'ostetrica, in particolare verificando la diminuzione del dolore e il miglioramento della qualità di vita in generale e di quella sessuale specialmente, aspetti che riteniamo i più rilevanti per le pazienti. L'obiettivo di questo lavoro è quello di individuare i principali metodi di trattamento delle disfunzioni da dolore sessuale condotti da parte dell'ostetrica, con lo scopo finale di elaborare una procedura di lavoro indicativa per il trattamento del vaginismo e dispareunia.

MATERIALI E METODI

Il campione al quale è stato somministrato il trattamento è composto da nove donne con diagnosi di vaginismo o dispareunia. Le pazienti sono state valutate clinicamente in un arco di tempo di sei mesi e attraverso quattro scale di valutazione (GRISS, SF-McGill, VAS, SF-36), somministrate all'inizio e alla fine del trattamento. L'end point dello studio è stato la valutazione di un protocollo di trattamento del vaginismo e dispareunia attraverso le tecniche di digitopressione, elettrostimolazione antalgica, biofeeback elettromiografico, terapia cognitivo comportamentale.

RISULTATI

Dall'elaborazione dei questionari emergono dati nettamente contrastanti tra l'inizio (T0) e la fine (T1) del trattamento.

A T0 la panoramica generale delle pazienti era quella di donne con un basso livello di percezione della propria salute generale, limitata questa da dolore fisico, dalla limitazione del ruolo emotivo, da uno scarso desiderio sessuale dovuto in particolare alla presenza di una forte componente vaginismica nel gruppo.

A T1 il gruppo di studio rivela invece tutt'altri risultati. Le donne riferiscono di provare un dolore leggero o la maggioranza addirittura assente, la percezione della loro salute generale è nettamente migliorata positivamente come pure il loro stato emotivo-emozionale. Il desiderio sessuale e la stessa attività sessuale tornano ad essere presenti in quelle coppie, che fino a quel momento erano state limitate. La presenza di vaginismo nelle donne a fine trattamento è calata in maniera esponenziale.

DISCUSSIONE

All'analisi statistica dei dati è emerso che il trattamento è in generale efficace sul gruppo, sia alla valutazione clinica, sia per i risultati ottenuti dai questionari. I miglioramenti riguardano la qualità della vita (SF-36), la soddisfazione sessuale e la possibilità di avere rapporti sessuali (GRISS) e il dolore (SF-McGill). Tuttavia l'assenza di un gruppo di controllo impedisce di escludere l'effetto placebo.

CONCLUSIONI

La terapia proposta nello studio ha agito positivamente sul dolore sessuale, migliorando inoltre le limitazioni sociali, fisiche e la salute mentale.

Si è pertanto messo in luce il ruolo dell'ostetrica che ha le capacità di restituire alle pazienti un loro benessere fisico e sessuale mediante la riabilitazione del pavimento pelvico e si è dimostrato che i disturbi sessuali, i quali venivano etichettati come puramente psicogeni, trovano una soluzione anche attraverso un trattamento fisico.

BIBLIOGRAFIA

1. Graziottin A., "Vaginismo e dispareunia", Marandola P. (a cura di), Andrologia e Sessuologia Clinica, Edizioni La Goliardica Pavese, Pavia, 1995, pag. 247-254.
2. Van Lankveld JJ, Granot M, Weijmar Schultz WC, Binik YM, Wesselmann U, Pukall CF, Bohm-Starke N, Achtrari C., "Women's sexual pain disorders", J Sex Med. 2010.
3. Wincze, J.P. & Carey, M.P., "Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment.", 2001, New York, NY: The Guilford Press.

6. Valutazione dei disturbi urinari e psicologici nei pazienti affetti da dolore pelvico cronico dopo terapia con acido ialuronico

IRENE FONTANAROSA[1] - FEDERICA ROAS[2] - CLAUDIA CAUDAI[3] - ALESSANDRA TONGIORGI[1] - CRISTINA CONFORTI[2] - FIORELLA POLLACCHI[2] - RAMONA BALDESI[2] - DAMIANO BRACCHITTA[2] - DONATELLA PISTOLESI[2]

[1]U.O. Psicologia AOUP, Università di Pisa, Pisa, Italia - [2]U.O. Urologia 1 Universitaria AOUP, Università di Pisa, Pisa, Italia - [3]Nation Reserch Council Of Italy, Institute of Information Science and Technologies, Pisa, Pisa, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Il dolore pelvico cronico (PBS) viene definito come un dolore a livello della pelvi, che si esacerba con il riempimento della vescica, accompagnato da urgenza e aumento della frequenza minzionale diurna e notturna, che duri da più di sei mesi e non sia associato ad infezioni urinarie. È una malattia infiammatoria della vescica, la cui causa è tuttora ignota. Esiste una forte evidenza che suggerisce come i glucosaminoglicani (GAG) giochino un fondamentale ruolo di difesa antibatterica e di impermeabilità ed il loro danneggiamento possa essere considerato il *primo movens* delle forme infiammatorie croniche. È stato infatti dimostrato che un difetto dei GAG potrebbe rappresentare il fattore patogenetico specifico di un gruppo di patologie infiammatorie croniche vescicali, che comprendono le cistiti ricorrenti, le cistiti attiniche, le cistiti chimiche e la cistite interstiziale.

La condizione può essere gravemente invalidante, da interferire con il lavoro, le relazioni sociali e l'attività sessuale. Tale sindrome può non essere diagnosticata per anni, in quanto i sintomi tipicamente associati con la PBS spesso si sovrappongono con altre condizioni ginecologiche ed urologiche, tra cui la vescica iperattiva (OAB).

In letteratura sono presenti molti dati, che indicano la presenza di una correlazione tra PBS e fattori psicosociali, infatti la sindrome del dolore pelvico è una condizione medica che generalmente influisce negativamente con la QOL. La durata dei sintomi, la severità di dolore, la depressione, le strategie di coping disfunzionali ,lo stress, i disturbi del sonno e la disfunzione sessuale sono stati identificati come alcuni parametri chiave in grado di predire la gravità dei sintomi e la QOL in pazienti con tale patologia.

Le instillazioni con lacido ialuronico rappresentano oggi un valido provvedimento terapeutico per questo tipo di patologia.

Scopo del nostro studio è stato i quello di valutare ,in pazienti affetti da PBS , la variazione della sintomatologia sia urologica che psicologica e come le modificazioni dell'urotelio misurate attraverso esame cistoscopio corrispondano alle modificazioni dei sintomi psicologici misurabili attraverso alcuni questionari dopo trattamento con acido ialuronico.

MATERIALI E METODI

Previo consenso scritto, sono stati arruolati consecutivamente 20 pazienti (2 maschi e 18 femmine) affetti da sindrome del dolore pelvico cronico.

I pazienti sono stati tutti sottoposti a ciclo di instillazioni con acido ialuronico secondo un protocollo che prevedeva 1 instillazione la settimana per 6 settimane 2 ogni 15gg, e successivamente 1 al mese per 12 mesi, esame cistoscopico ad inizio ed a fine trattamento.

Parallelamente i pazienti sono stati sottoposti ad assessment psicologico ad inizio ed a fine del trattamento. L'assessment psicologico ha compreso i seguenti tests:

1. scheda anagrafica
2. valutazione del dolore: VAS (Visula Analogic Scale)
3. valutazione del benessere psicologico: PGWBI (Psychological General Well-Being Index)
4. valutazione della qualità della vita: SF-12 (Short Form Health Survey)
5. valutazione delle strategie di coping: BRIEF COPE
6. valutazione della sintomatologia riguardante il dolore pelvico: "Pelvic Pain Urgency/ Frequency (PUF) questionnaire"
7. valutazione dell'assenza di sintomi psichiatrici attraverso colloquio clinico.

RISULTATI

Attraverso le correlazioni tra tutti i parametri emerge che i sintomi più strettamente urologici sono effettivamente correlati con quelli psicologici e legati al benessere percepito, sia prima che dopo il trattamento, ad indicazione che tale disturbo ha un forte impatto sulla sfera emotiva e psicologica del paziente. Più gravi sono i sintomi della sindrome, più il paziente mostra ansia, depressione ed una peggior qualità della vita. Inoltre, è presente una correlazione (.54) tra la cistoscopia, quindi l'esame strumentale e i punteggi nella scala del PUF relativa ai sintomi della sindrome, ad indicazione di una omogeneità e coerenza tra i sintomi percepiti e quelli effettivamente osservati. Nello specifico, è possibile osservare una correlazione tra quest'ultima scala e i sintomi depressivi riportati dai pazienti (.43) ed una correlazione negativa con le scale del benessere percepito (.49) e della salute generale (.54), quindi a sintomi più gravi della sindrome, corrispondono minor benessere psicologico e una minore salute percepita. Particolarmente significativa è la correlazione presente con i sintomi e la scala relativa alla salute mentale del paziente (.69), la quale risulta ancora più correlata con la scala del "fastidio" provocato dai sintomi specifici (.72). Si può notare, inoltre che l'esame cistoscopico effettuato è correlato con il grado di salute riportato dai pazienti (.66) e che esiste una forte correlazione negativa (.67) tra sintomi specifici e la scala dell'autocontrollo. In linea generale, ad un peggior benessere percepito, corrisponde una gravità dei sintomi della sindrome.

DISCUSSIONE

Per valutare l'efficacia del trattamento è stato utilizzato il "Paired Sample T-test" e ad un livello di significatività di $p<.05$ si osserva una riduzione dei sintomi nell'area urologica ed un miglioramento dei sintomi in quella psicologica. In particolare, emerge una differenza significativa dei punteggi nei test relativi alla percezione del dolore, dei sintomi associati al dolore pelvico cornico (VAS e PUF) e nell'esame cistoscopico, indice che il trattamento ha avuto efficacia principalmente sui sintomi specifici della sindrome. Nel test PUF, la scala più significativa è quella relativa al "fastidio" dei sintomi ($p=.0007$). Per quanto riguarda i sintomi psicologici e del benessere percepito, le scale risultate significative e quindi particolarmente sensibili al trattamento sono quella relativa al benessere psicologico generale ($p=.04$) e nello specifico, quella della vitalità ($p=.007$), inoltre emerge un miglioramento anche nella scala dell'ansia ($p=.07$). Anche dai questionari eseguiti dopo terapia ,si può osservare nuovamente una correlazione fra l'esame cistoscopico e i sintomi autoriferiti specifici della sindrome (.54) ad indicazione che il trattamento ha avuto effetto sia sui sintomi autoriferiti dai pazienti sia su quelli effettivamente emersi dall'esame diagnostico, con una forte coerenza nel miglioramento nelle le due scale. L'esame cistocopico correla anche con la scala della salute generale (.68).

CONCLUSIONI

In conclusione, la maggior parte delle correlazioni sono sufficientemente elevate ad indicazione che la sintomatologia della sindrome corrisponde ad una determinata condizione di benessere psicologico. In particolar modo, ciò che i pazienti hanno riferito corrisponde a ciò che è stato osservato durante l'esame cistoscopico. I risultati di tale studio sono, ine linea generale, coerenti con le ipotesi, infatti possiamo affermare che il trattamento con instillazioni di acido ialuronico è stato efficace ($p<.05$) ed ha prodotto un miglioramento dei sintomi specifici, tanto che all'esame cistoscopico tutti i pazienti hanno ottenuto un miglioramento, più o meno importante e nella scala dei sintomi autoriferiti al test PUF, il 30% ha riportato un punteggio inferiore al cut-off (<12), quando l'intero campione al pre-test aveva ottenuto una media di 21.3 con il 100% dei pazienti superiori al cut-off clinico. In particolare, si può concludere che il trattamento è stato particolarmente efficace sul "fastidio" legato alla malattia.

BIBLIOGRAFIA

1. Tripp DA, Nickel JC, Fitzgerald MP et al: Sexual functioning, catastrophizing, depression and pain as predictors of quality of life in women suffering from interstitial cystitis/painful bladder syndrome. Urology 2009; 73: 98.
2. Rothrock NE, Lutgendorf SK, Kreder KJ, et al. (2001). Stress and symptoms in patients with interstitial cystitis: a life stress model. Medline Journal. 57 (3): 422-7.

7. La riabilitazione nel dolore pelvico cronico. Proposta integrativa con K-Active Tape

GIULIA DEL GIGANTE[1] - DANIELE BIANCHI[2] - FRIDA FARALLI[2] - ENRICO FINAZZI AGRÒ[2]
[1]UOC di Neuroriabilitazione, IRCSS Fondazione Santa Lucia, Roma, Italia - [2]UOSD Urologia Funzionale, Policlinico Università Tor Vergata, Roma, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Il Dolore pelvico cronico o *"Chronic Pelvic Pain"* (CPP) è definito come la presenza di sintomatologia algica con localizzazione a livello dei genitali, del pavimento pelvico e del "basso addome", che perdura da oltre sei mesi o d'intensità sufficiente a produrre effetti negativi sul benessere, sui livelli funzionali e sulla qualità di vita associato a sintomi delle basse vie urinarie, disfunzioni sessuali, intestinali, ano-rettali, ginecologiche, senza riscontro obiettivo delle infezioni né di altre patologie[1].

La terapia con il K-ActiveTape si basa su due effetti principali. Il primo consiste nella stimolazione dei recettori cutanei che produce una riduzione del dolore e favorisce la propriocezione. Ciò influenza specialmente la complessa interazione tra tensione muscolare, articolazioni, legamenti e nervi. Il secondo effetto si manifesta quando il K-ActiveTape e la speciale tecnica applicativa permette il sollevamento della pelle e dei tessuti creando più spazio tra i tessuti danneggiati. In questo modo il flusso linfatico riesce a scorrere più facilmente, migliorando la circolazione sanguigna e riducendo l'irritazione dei recettori del dolore[2].

La Rieducazione Posturale Globale (RPG) sollecita un "approccio corporeo globale" dove il paziente si pone come soggetto attivo dell'atto rieducativo, mentre il terapista applica una tecnica riarmonizzante che si sviluppa mediante l'attenta ricerca dei segmenti, sede della disfunzione primaria, ma anche dei distretti corporei che partecipano allo squilibrio con azioni di compenso e difesa antalgica.

L'approccio rieducativo è mirato al ripristino di una condizione di "omeostasi" (capacità di mantenere un equilibrio interno al variare delle condizioni esterne) dell'organismo ed alla gestione dei compensi attraverso la correzione della morfologia del corpo ponendo l'attenzione sul concetto di bipolarità muscolare, che considera cioè le differenze anatomiche, metaboliche e funzionali tra fibre muscolari statiche e dinamiche[3].

Lo scopo di questo studio pilota è stato quello di valutare l'efficacia del trattamento riabilitativo congiunto a K-Active Tape, rispetto al solo trattamento riabilitativo classico in pazienti affette da dolore pelvico cronico con sintomi urinari associati, valutando il miglioramento sia sulla sintomatologia dolorosa che sull'eventuale impatto sulla qualità di vita delle pazienti.

MATERIALI E METODI

Il campione è composto da 46 pazienti, con età compresa tra 35 e 77 anni (età media 65 anni) affette da dolore pelvico cronico insorto da almeno un anno. Due pazienti sono state escluse dallo studio per presenza di severi prolassi degli organi pelvici.

30/44 pazienti (68,2%) riferivano disturbi urinari di riempimento con sindrome della vescica iperattiva, 34/44 pazienti (77,3%) riferivano, in associazione alla sintomatologia algica, disturbi minzionali di svuotamento e 19/45 (43,2%) presentavano disturbi misti del basso tratto urinario con sindrome della vescica iperattiva associata a minzione disfunzionale.

Le pazienti sono state randomizzate in due gruppi di trattamento: un *Gruppo A* costituito da 22 pazienti trattate con fisiochinesiterapia (FKT) del pavimento pelvico, RPG e K-Active Tape, un *Gruppo B* di controllo, costituito da 22 pazienti trattati con sedute di FKT e RPG.

Sia le pazienti del *Gruppo A* che quelle del *Gruppo B* sono state sottoposte a ciclo riabilitativo che prevedeva tre sedute settimanali per quattro set-

timane per un totale di dodici sedute, della durata di 90 minuti circa ciascuna, e ad otto sedute di RPG articolate in due incontri settimanali, lunedì e venerdì, della durata di 60 minuti circa ciascuna. I criteri di valutazione utilizzati sono stati la scala analogica visiva (VAS) ed il questionario sullo stato di salute *Short-Form 36* (SF36) somministrati alle pazienti al momento del ricovero (t0), a metà del trattamento (t1) e a fine trattamento (t2).

Per l'analisi dei dati sono stati utilizzati il *t-test di Student* e il *test di Fisher*. I dati sono stati considerati significativi se p<0,01.

RISULTATI

I risultati ottenuti mediante la valutazione della scala di VAS sono riportati nella Grafico 1. Entrambi i gruppi hanno riportato un miglioramento del VAS score a fine trattamento, il *Gruppo A* ha riportato un VAS score più basso a t1 e a t2 rispetto al *Gruppo B*. Sono stati considerati responders a terapia le pazienti che hanno riportato una riduzione del VAS score del punteggio SF-36 almeno del 50%. Al termine del trattamento 36/44 pazienti sono risultate *responders*, di cui 21 appartenenti al *Gruppo A* (95,5%) e 15 al *Gruppo B* (68,2%). Fra queste, in particolare, 10 pazienti del *Gruppo A* (45,5%) e 5 del *Gruppo B* (22,5%) hanno presentato una remissione completa della sintomatologia dolorosa. Le restanti 8 su 44 pazienti sono risultate invece non *responders* al trattamento.

L'analisi dei risultati nei due gruppi ha mostrato al *test di Fisher* p=0,30.

8. Presa in carico riabilitativa con il supporto del biofeedback visivo ecografico (R.U.S.I.) nella cistectomia radicale robotica: studio clinico randomizzato

DONATELLA GIRAUDO[1] - GIANFRANCO LAMBERTI[2]
[1]Dipartimento Di Urologia, San Raffaele, Milano, Italia - [2]Sc Neuroriabilitazione, Asl Cn1, Cuneo, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La cistectomia radicale è la procedura standard nel trattamento chirurgico della neoplasia vescicale. L'utilizzo della tecnica robot-assistita, sin dalla sua descrizione nel 2003, ha consentito un'ulteriore ottimizzazione dell'outcome funzionale relativo alle problematiche secondarie ai disturbi della minzione e della defecazione. La presa in carico riabilitativa multiprofessionale post-operatoria si fonda su protocolli e procedure che prevedono la più precoce possibile ripresa della mobilizzazione e della nutrizione della persona assistita (Saar 2013) e sul trattamento riabilitativo finalizzato all'apprendimento di corrette modalità di riempimento e svuotamento della vescica.

I cardini del trattamento fisioterapico sono quindi rappresentati dalla rieducazione addomino-perineale e dalla ottimizzazione della attività muscolo-sfinteriale in termini di reclutamento e di rilassamento sinergici con il ritmo riempimento/svuotamento della vescicale (Morelli 2003).

MATERIALI E METODI

Nel periodo gennaio 2009-giugno 2015 sono consecutivamente giunti alla osservazione e presa in carico presso l'Ambulatorio di Riabilitazione Perineale 64 pazienti (58 maschi e 5 femmine, età media 60.5±8.9 anni) dopo enterocistoplastica secondo Stüder per neoplasia vescicale.

Tutti i pazienti sono stati informati in modo accurato relativamente alle modalità di corretta distribuzione nel corso della giornata dell'assunzione di liquidi, della corretta modalità di spinta addominale per lo svuotamento vescicale e del corretto intervallo tra due minzioni diurne e notturne. Randomizzati in un gruppo sperimentale ed in un gruppo di controllo con lista creata su www.randomisation.com, sono stati tutti ugualmente sottoposti ad uno specifico trattamento riabilitativo per l'ottimizzazione del reclutamento del complesso muscolo-sfinterico, per la ricerca della corretta sinergia diaframmatico-addomino-perineale e per la presa di coscienza della messa in atto di un adeguato rilassamento muscolare al momento dello svuotamento vescicale. Nel gruppo sperimentale al trattamento manuale è stato associato il Biofeedback visivo con supporto ecografico (R.U.S.I.) (Whittaker 2007). L'outcome primario era rappresentato dalla riduzione degli episodi di incontinenza diurni e notturni, quelli secondari dal tempo intercorso per raggiungere la continenza diurna e dalla valutazione dell'impatto della disfunzione urinaria sulla Qualità di Vita. La valutazione, la raccolta e l'analisi dei dati relativi agli indicatori era "blinded" rispetto alla randomizzazione.

RISULTATI

Nel gruppo sperimentale è stato possibile osservare a tre mesi dall'intervento chirurgico una riduzione statisticamente significativa degli episodi di incontinenza urinaria diurna (misura in grammi, GS 65±10 g. e GC 180±110 g., p<0.05) e ed un più precoce raggiungimento della continenza diurna. Entrambi i gruppi hanno evidenziato un miglioramento all'ICIQ-mLUTS, senza peraltro differenze significative tra i due gruppi a tre mesi.

DISCUSSIONE

Il risultato maggiormente significativo al controllo a tre mesi pare l'efficacia sulla ripresa della continenza diurna, forse più facilmente condizionabile dalle tecniche riabilitative e dalla maggiore adesione al trattamento comportamentale. Il miglioramento della Qualità Percepita rispetto all'impatto, non dissimile nei due gruppi, deriva fondamentalmente, al di là dello specifico valore numerico dell'indicatore, dalla presa in carico della persona assistita.

CONCLUSIONI

Un precoce intervento riabilitativo basato su consigli comportamentali relativi alle abitudini di vita ed alle modalità di svuotamento vescicale e su tecniche riabilitative assistite da BFB visivo con supporto ecografico sembrano in grado di accelerare la ripresa della continenza diurna in soggetti sottoposti ad intervento di enterocistoplastica secondo Studer.

BIBLIOGRAFIA

1. Morelli F, Bennardo M, Burlato C. Efficacia e limiti del trattamento riabilitativo in 6 pazienti affetti da incontinenza urinaria post cistectomia radicale con ricostruzione di neovescica ortotopica: nostra esperienza. Eur Medicophys 2003; 41 (3) Suppl. 1.
2. Whittaker J, Thompson J, Teyhen D, et al. Rehabilitative ultrasound imaging of pelvic floor muscle function. J Orthop Sports Phys Ther. 2007; 37 (8): 487-98.
3. Saar M, Ohlmann C, Siemer S, et al. Fast-track rehabilitation after robot-assisted laparoscopic cystectomy accelerates postoperative recovery. BJU Int. 2013; 112 (2): E99-106

9. Linee guida per la fisioterapia in pazienti con incontinenza urinaria da sforzo: procedura di traduzione e diffusione

ILARIA BAINI[1] - ARIANNA BORTOLAMI[2] - DONATELLA GIRAUDO[3] - STEFANO SALVATORE[1]
[1]Ospedale S.Raffaele, Ospedale S.Raffaele, Milano, Italia - [2]Libero Professionista, Studio di Fisioterapia 3D Via R.Marin 17 A, Padova, Italia - [3]Ospedale S.Raffaele Turro, Ospedale S.Raffaele Turro, Milano, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Le linee guida costituiscono uno strumento indispensabile per le condotte diagnostiche-terapeutiche in ambito clinico. Esse si compongono di un insieme di raccomandazioni elaborate sistematicamente sulla base della miglior evidenza scientifica.

A tutt'oggi in Italia non sono mai state elaborate linee guida nell'ambito della fisioterapia per l'incontinenza urinaria da sforzo.

MATERIALI E METODI

È stata richiesta dal Prof. Bary Barghmans in qualità di autore la traduzione in lingua italiana delle *KNGF Guidelines for Physical Therapy in patients with Stress urinary incontinence,* Linee Guida per la Fisioterapia in pazienti con incontinenza urinaria da Sforzo. Queste sono state elaborate dalla *Koninkklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie*, la Reale Società Olandese di Fisioterapia, e sostituiscono una precedente versione del 1998. La Società stessa ha effettuato la traduzione dall'olandese all'inglese.

Oltre alla traduzione, è stata richiesta anche la miglior diffusione possibile, ai fini di favorire l'utilizzo della fisioterapia nell'incontinenza urinaria da sforzo.

Il lavoro di traduzione è stato effettuato inizialmente da professionisti della salute esperti in lingua inglese; successivamente le linee guida sono state rilette e confrontate con il testo già tradotto da due fisioterapiste esperte di fisioterapia del pavimento pelvico, affiancate da uno dei professionisti che avevano realizzato la traduzione.

La traduzione è stata effettuata rispettando sistematicamente ed interamente il testo originale.

È stata considerata la pubblicazione su diverse riviste italiane, ai fini di raggiungere contemporaneamente sia il maggior numero di professionisti della salute che già si occupano della gestione dell'incontinenza urinaria da sforzo, sia altri professionisti della salute potenzialmente interessati a questo argomento.

Sono stati inoltre considerati possibili modalità di diffusione della traduzione, ai fini di raggiungere gli obiettivi degli autori che hanno proposto la traduzione in italiano.

RISULTATI

La traduzione delle *Linee Guida per la Fisioterapia in pazienti con incontinenza urinaria da sforzo* della *Società Olandese di Fisioterapia* è stata pubblicata nella rivista Pelviperineologia, Rivista Multidisciplinare del Pavimento Pelvico, in tre numeri successivi. La pubblicazione è disponibile anche *on line.*

Per la divulgazione è stata programmata la stampa di un unico numero monografico da distribuire durante il Congresso annuale di questa Società Scientifica e la presentazione di questo abstract.

Le linee guida sono costituite da un'introduzione, una parte dedicata al processo diagnostico e una al processo terapeutico.

Nell'introduzione vengono illustrati gli obiettivi e la popolazione target, l'epidemiologia e l'eziologia dell'incontinenza urinaria da sforzo, nonché le modalità di acceso diretto e indiretto dei pazienti alla fisioterapia. Nel capitolo dedicato al processo diagnostico vengono illustrate l'anamnesi, l'esame obiettivo, gli strumenti di valutazione, comprensivi di questionari, diario minzionale, pad test, e il piano di trattamento; quest'ultimo viene identificato per pazienti con e senza disfunzione del pavimento pelvico, e per quelli con fattori prognostici sfavorevoli. Nella parte relativa al processo terapeutico vengono illustrate le fasi e gli obiettivi dell'intervento terapeutico, la durata e la frequenza del trattamento, gli aspetti preventivi, l'importanza della registrazione dei dati raccolti. Fanno parte delle linee guida 6 supplementi, rispettivamente dedicati ad un riassunto delle raccomandazioni, al comportamento minzionale e defecatorio, al diario minzionale, al pad test, all'effetto globale percepito e alla quantificazione del prolasso degli organi pelvici. Nell'introduzione vengono illustrati i livelli di qualità degli studi considerati nell'elaborazione delle linee guida. Completano questo lavoro 2 *flowcharts* sul processo diagnostico-terapeutico in fisioterapia per la donna e per l'uomo.

DISCUSSIONE

L'alta metodologia dei livelli di evidenzia considerati per la stesura di questo lavoro rende le linee guida uno strumento affidabile per l'utilizzo della fisioterapia per pazienti affetti da incontinenza urinaria da sforzo. Anche la considerazione di tutti gli aspetti diagnostico-terapeutici, nonché degli elementi variabili che possono presentarsi durante lo svolgimento della fisioterapia, fanno di questo lavoro uno mezzo consultabile e pratico nella pratica clinica.

Alcuni aspetti potranno essere di stimolo per la realtà italiana, come l'esistenza in Olanda del fisioterapista pelvico, professionista con specifica preparazione, nonché del loro registro nazionale, uno strumento che permette al paziente e agli altri professionisti di individuare e riconoscere specifiche figure a cui fare riferimento.

CONCLUSIONI

A tutt'oggi sono disponibili per la prima volta in Italia linee guida per la fisioterapia in pazienti con incontinenza urinaria da sforzo. Esse risultano affidabili e utili per la pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

1. *KNGF Guideline for Physical Therapy in patients with Stress urinary incontinence.* Supplement of Dutch Journal of Physica Therapy, Volume 121, Issue 3, 2011

10. Il potere della multiprofessionalità integrata nella riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico. Report clinico-gestionale di una rete di patologia del basso tratto ano-uro-genitale

MICHELA MILETTA[1] - FABRIZIO BOGLIATTO[1] - PRISCA SOZZANI[1] - EMANUELE GARRONE[1] - LUCIANO LEIDI[2] - GIOVANNI LA VALLE[3]

[1]Asl To4 Rete Patologia Basso Tratto, Ospedale Civico Chivasso, Chivasso - [2]Asl To 4 S.C Ginecologia e Ostetricia Chivasso-Ivrea-Cuorgnè, Chivasso-Ivrea, Chivasso - [3]Asl To 4 Direzione Sanitaria, Chivasso, Chivasso

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Le disfunzioni del pavimento pelvico rappresentano una sfida assistenziale impegnativa, in virtù della loro complessa natura eziologica multifattoriale. La gestione diagnostica, clinica e riabilitativa ottimale consiste in un approccio multidisciplinare di equipe, di professionisti diversi, con formazione specifica e attitudine alla reale *Care* in team.

Obiettivo dello studio è quello di analizzare il percorso riabilitativo-assistenziale ed i relativi outcomes, delle donne affette da disfunzioni del pavimento pelvico, prese in carico nei due ambulatori di Riabilitazione Perineale, gestiti da un'ostetrica con formazione specifica e afferenti ad una Rete di Patologia del Basso Tratto Ano-uro-genitale femminile, costituita da specialisti di diversa professionalità che operano in maniera sinergica ed integrata, secondo livelli di complessità.

Nella fattispecie si intende indagare se, e in che misura, la modalità clinico-operativa di lavoro del team di Rete, la cui peculiarità risiede proprio nella multi-professionalità (ginecologo, urologo, uro-ginecologo, colon-proctologo, radiologo, ostetrica, fisiatra), conduca ad un effetto migliorativo degli outcomes clinici e del grado di soddisfazione delle donne trattate per disfunzioni del pavimento pelvico.

MATERIALI E METODI

Tra gennaio e dicembre 2015 sono state prese in carico 122 donne, con disfunzione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria, POP – pelvic organ prolapse, incontinenza fecale e anale, sindrome da ostruita defecazione, dolore pelvi-perineale), in qualsiasi fase di vita.

Al primo accesso in Ambulatorio è stato eseguito un bilancio di salute pelvi-perineale di presa in carico, sulla del quale è stato predisposto un piano assistenziale-riabilitativo, conforme alle evidenze scientifiche e condiviso con la donna.

La tecnica riabilitativa di prima linea adottata per il trattamento delle principali disfunzioni perineali è stato il pelvic floor muscle training, come indicato dalla letteratura; a questa metodica sono state eventualmente associate altre terapie manuali o strumentali su stretta indicazione clinica. Il ciclo riabilitativo, composto generalmente da 10 sedute, di 30-40 minuti ciascuna, si coniugava con l'indicazione ad effettuare autotraining domiciliare. Al termine del ciclo stesso, è stato eseguito un raffronto dei dati clinici e relativi alla qualità di vita, rispetto al primo accesso in Ambulatorio. Potenzialità del percorso riabilitativo: la possibilità dell'ostetrica di attivare il secondo livello multidisciplinare di Rete, mediante la richiesta di consulenze specialistiche di Team con uno o più professionisti (urologo, uro-ginecologo, colon-proctologo, fisiatra, ginecologo), con prenotazioni e liste d'attesa preferenziali, per la valutazione integrata e condivisa della donna stessa.

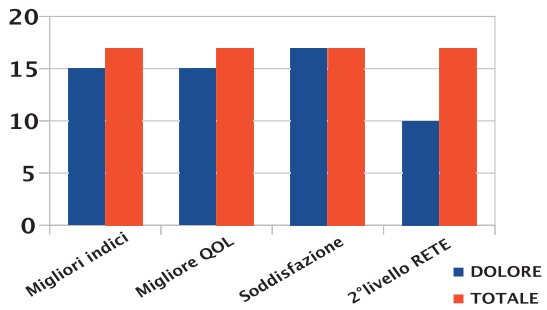
RISULTATI

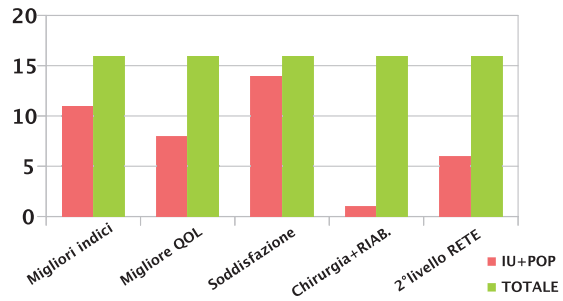
Su 122 pazienti prese in carico, 107 sono valutabili, poiché già inserite al follow up dopo ciclo riabilitativo.

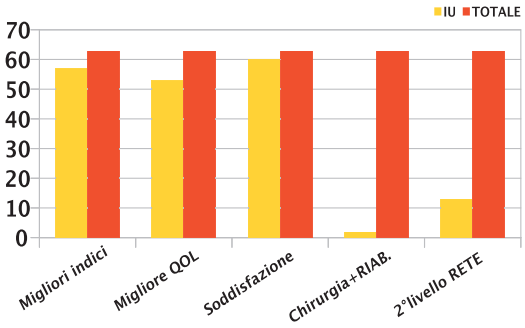
Di queste ultime, dopo 4-6 mesi di trattamento riabilitativo-assistenziale:

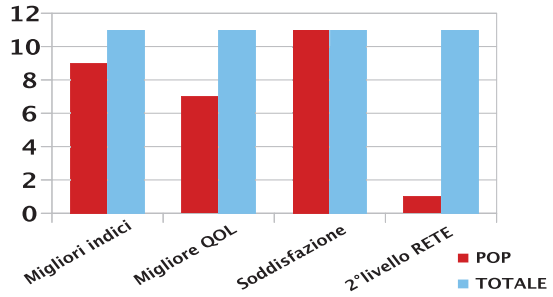
- 17 sono state trattate per dolore pelvi-perineale, 3 delle quali presentavano dolore e disfunzione colon-proctologica associata. 1 donna ha rinunciato al percorso per motivi personali. È stato necessario un approccio multidisciplinare di 2° livello di Rete per 10 donne su 16. In totale 15 donne hanno rilevato miglioramento degli indici di funzionalità e del VAS Score, utilizzato per la misurazione soggettiva del dolore;
- 11 sono state seguite per POP, senza altri sintomi associati. 1 paziente persa al follow up. 1 paziente selezionata dal 2° livello di Rete per correzione chirurgica (colpoisterectomia e plastica posteriore), poiché scarsamente compliante all'approccio riabilitativo. In totale 9 donne hanno rilevato un miglioramento degli indici di funzionalità perineale e 6 della qualità di vita (PFIQ-7 questionnaire);
- 63 sono state prese in carico per incontinenza urinaria; 13 le pazienti gestite al 2° livello multidisciplinare di Rete. 57 donne hanno avuto miglioramento degli indici di funzionalità perineale, 53 anche un miglioramento della qualità di vita riferita (IIC-short form, ICI-Q short form questionnaries). 2 donne sono afferite al trattamento chirurgico (TOT). Altre 2 donne pur con indicazione chirurgica, hanno deciso di soprassedere per motivi personali e proseguire con la sola riabilitazione; 3 donne perse al follow up.
- 16 sono state trattate per POP e incontinenza urinaria associata. 6 le pazienti gestite al 2° livello multidisciplinare di Rete. 11 donne presentano miglioramento degli indici di funzionalità perineale, 8 hanno rilevato anche incremento della qualità di vita (PFIQ-7, IIQ-short form, ICI-Q SF questionnaires). 1 donna selezionata per approccio chirurgico (TOT, post colpo-isterectomia eseguita presso altra sede). 1 ulteriore donna con indicazione chirurgica, che ha deciso di soprassedere per motivi personali e proseguire con la sola riabilitazione; 3 donne hanno sospeso trattamento per motivi personali.

  Il grado di soddisfazione delle donne per il percorso e la modalità clinico-gestionale è stata di grado molto alto per 114 pazienti su 122 (questionario di gradimento anonimo).









DISCUSSIONE

Dai risultati raccolti possiamo osservare un miglioramento netto degli indici funzionali del pavimento pelvico, e della qualità di vita percepita soggettivamente dalle pazienti. Il percorso assistenziale si caratterizza per l'applicazione di tecniche suggerite e supportate dalle evidenze scientifiche, per lo più manuali e non strumentali, che richiedono training specifico dell'ostetrica, ma che hanno un elevato rapporto costo-beneficio. La sinergia e l'azione integrata tra riabilitazione e chirurgia ano-uno-genitale consente la razionalizzazione dell'approccio chirurgico, su stretta indicazione clinica ed accordo della paziente. Anche il 2° livello di rete è stato attivato solo in caso di necessità, ed è stato caratterizzato dall'intervento sinergico di più di due specialisti di Rete; l'esser stato riservato ad una modesta percentuale di pazienti (27%), in caso di complesse disfunzioni multifattoriali, dimostra ottimizzazione di risorse e risultati clinici, oltre che differenziazione dell'assistenza in base al grado di complessità della disfunzione da trattare. Il gradimento del percorso da parte delle donne afferite al Servizio è decisamente elevato.

I risultati si possono definire preliminari, poiché la raccolta dati è tutt'ora in corso e si andrà a valutare anche il percorso di follow up annuale di ciascuna paziente che ha già concluso il percorso assistenziale.

CONCLUSIONI

Le disfunzioni perineali sono patologie che incidono in misura considerevole la qualità di vita della donna. L'approccio clinico-assistenziale in Rete si configura come un punto di forza assistenziale per ottimizzare risultati clinici e risorse, nell'ottica di salvaguardia ottimale del benessere di salute femminile e di contemporanea efficace governance dei servizi sanitari.

BIBLIOGRAFIA

1. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habée-Sequin G. Pelvic Floor Muscle Training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Systematic Review, 2014.
2. Morved S, Bo K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirthon prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. Br J Sports Med, 2014.
3. Engeler DS, Baranowsky P, Dinis-Oliveira P et al. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is.....

11. Studio pilota osservazionale: elettromiografia di superficie dei muscoli obliqui dell'addome nell'incontinenza urinaria da sforzo

DAVIDE PAPI[1] - MARA TADDEI[2] - RICCARDO CARAMELLI[3] - GIUSEPPE LOMBARDI[1]

[1]Neuro-Urologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, Firenze, Italia - [2]Dipartimento Cardiotoracico, Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, Firenze, Italia - [3]Neuro Fisiologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, Firenze, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Negli ultimi anni la riabilitazione perineale per l'incontinenza urinaria sta orientando la sua attenzione sulla parete addominale ed sul diaframma toracico. Scopo di questo studio è capire se la misurazione ElettroMioGrafia (EMG) di superficie di due diverse zone dell'addome durante un esercizio ipopressivo si correla con la gravità dell'incontinenza e/o con l'efficacia del Pelvic Floor Muscle Training (PFMT).

MATERIALI E METODI

Sono state incluse nello studio donne affette esclusivamente da Incontinenza Urinaria da Sforzo (IUS) da almeno sei mesi, documentata con esame urodinamico, con un Mini Mentale State Examination Score superiore a 22 punti. Tutte le pazienti hanno eseguito un ciclo di training al PFMT di 10 sedute bisettimanali della durata di 30 minuti ciascuna.

A T1 (baseline) è stata valuta la gravità dell'incontinenza tramite ICI-Q short form (30 punti) (1).

Tutte le pazienti sono state esaminate in quarta seduta (T2), dal momento che la manovra ipopressiva richiede un tempo di apprendimento, con EMG eseguita con *Endomed 684 Enraf Nonius*. Lo studio propone la misurazione EMGrafica di due diverse zone dell'addome: l'epigastrio e l'ipogastrio. I 4 elettrodi di superficie, di misura 4x4 cm, sono stati disposti a coppie: la prima posizionata 2 cm caudalmente alla rampa costale anteriore, la seconda 2 cm cranialmente al legamento inguinale. Una quinta placca (scout) è stata posizionata sulla cresta iliaca. Sono stati esegui 10 movimenti di ipopressione secondo Caufriez (da supine con ginocchia piegate) (2) ed è stata considerata valida per la misurazione la maggior differenza di potenziale ottenuta fra epigastrio ed ipogastrio.

La popolazione è stata distinta in due gruppi, secondo la misurazione EMGrafica ottenuta: gruppo "asincrone" in cui l'ipogastrio (muscolo obliquo interno) era più attivo dell'epigastrio (muscolo obliquo esterno) di almeno il 50% del voltaggio; gruppo "sincrone" se il voltaggio delle due misurazioni aveva uno scarto minore del 50%.

A 5 settimane dal baseline (T3), corrispondente alla fine trattamento, è stata eseguita di nuovo la valutazione ICI-Q short form.

RISULTATI

Sono state reclutate per lo studio 28 pazienti di età media media 46,3 anni, range 30-63.

Nella tabella 1 viene dettagliato il risultato della ICI-Q a T1, l'appartenenza al gruppo "sincrone" (S) o "asincrone" (A) definito alla EMG (T2) ed infine il punteggio ICI-Q short form a fine trattamento (T3). Il gruppo "sincrone" si compone di sole 8 pazienti, mentre il gruppo "asincrone" raccoglie le altre 20. Al punteggio ICI-Q short form il gruppo "sincrone" presenta uno score medio di 19 ± 2,14 punti a T1 e di 17,25 ± 3,81 a T3; il

gruppo "asincrone" presenta uno score medio di 13,80 ± 6,32 a T1 e 8,95 ± 6,34 a T3. La riduzione media dell'incontinenza secondo ICI-Q short form a fine trattamento è dunque di 1,75 punti nel gruppo "sincrone" e di 4,85 punti nel gruppo "asincrone".

DISCUSSIONE

La letteratura recente associa il PFMT ad un approccio globale comprendente l'attività della parete addominale e del diaframma, ma la valutazione ed il pattern di attivazione dei muscoli coinvolti sono controversi e non chiari, il che ostacola l'elaborazione di un metodo clinico condiviso. Ad esempio, Di Benedetto (3) consiglia di non attivare gli addominali durante il PFMT; altri autori come M. Caufriez e B. De Gasquet suggeriscono di trattare in prevalenza parete addominale e diaframma.

Non abbiamo in letteratura valutazioni EMGrafiche che distinguono le varie componenti muscolari addominali e correlano la valutazione alla gravità ed all' evoluzione dell'incontinenza urinaria. Nel nostro studio proponiamo di misurare in modo separato l'attività EMGrafica dei muscoli obliquo esterno ed obliquo interno e correlare la capacità di attivarli separatamente, durante un esercizio ipopressivo, alla gravità dell'incontinenza ed alla sua variazione mediante PFMT.

La scelta di eseguire l'EMG in quarta seduta è arbitraria, ma ragionevole sul piano clinico perché in due settimane è possibile acquisire un miglioramento neurologico dell'attivazione muscolare, quindi di coordinazione, senza però avere una modificazione intrinseca del muscolo. Inoltre il trattamento è stato uniforme ed ha ridotto il rischio di disparità di prestazione.

Nelle misure EMGrafiche fatte abbiamo osservato una macroscopica differenza di attivazione tra l'addome superiore e quello inferiore. La maggior parte delle pazienti riesce, durante l'esercizio ipopressivo, ad attivare l'obliquo interno separatamente dall'obliquo esterno con una differenza di potenziale di più del 50%; le stesse pazienti hanno uno score migliore all'ICI-Q short form rispetto a quelle che non riescono a contrarre i due muscoli separatamente. Questo conferma la nostra idea per cui durante una manovra ipopressiva si attiva prevalentemente l'obliquo interno e che tale pattern motorio, se opportunamente acquisito, è associato ad una minor gravità dell'incontinenza urinaria. Dal momento che, come atteso, l'incapacità di attivare i due muscoli addominali separatamente si riscontra su un numero minore ma più grave di pazienti, le quali ottengono anche una minor variazione di punteggio dopo il trattamento standard, ci sono indicazioni per impostare uno studio di più ampio respiro in cieco con la valutazione neurofisiologica.

In letteratura non abbiamo trovato nessun grading validato per la valutazione dell'attività addominale durante un esercizio ipopressivo, o semplicemente durante il PFMT. La mancanza di un gold standard ci impedisce di confrontare il nostro metodo di misurazione EMGrafica per verificarne la sensibilità e specificità.

Questo studio presenta diversi limiti: (i) scarsa numerosità campionaria, tale da impedire l'analisi statistica; (ii) mancanza di rivalutazione EMGrafica a T3 per registrare eventuali variazioni dopo il trattamento; (iii) uso di elettrodi di superficie che possono provocare confondimenti; (iiii) posizione arbitratria degli elettrodi in mancanza di una protocollo neurofisiologico per la rilevazione dei muscoli obliqui.

Un successivo studio necessiterà, oltre ad una maggior numerosità campionaria, di: (i) EMG in cieco rispetto al trattamento; (ii) rivalutazione ICI-Q short form a T2 per escludere modifiche delle caratteristiche del campione nelle prime due settimane.

CONCLUSIONE

La valutazione EMGrafica potrebbe fare luce sul ruolo e sull'attivazione dei vari muscoli addominali durante un esercizio ipopressivo. La capacità di attivare il muscolo obliquo interno separatamente dal muscolo obliquo esterno potrebbe costituire un fattore prognostico della gravità dell'incontinenza e dell'efficacia del PFMT. Futuri studi necessitano per la validazione di questa metodologia.

BIBLIOGRAFIA

1. ICS book 2013, committee 5B: Patient-Reported Outcome Assessment 389-427.
2. M. Caufriez: Gymnastique abdominale hypopressive (book) 1997.
3. P. Di Benedetto: riabilitazione uro-ginecologica (book) 2004 153,154.

12. Valutazione di un possibile inserimento della ginnastica ipopressiva addominale (GAH) nella prevenzione e cura del pavimento pelvico

MAURA MANNUCCI
Libero professionista, Università di Roma Torvergata, Roma, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Per poter valutare l'inserimento della GAH nella prevenzione e cura del pavimento pelvico, ne abbiamo dovuto per prima cosa verificare i principi fondamentali, ovvero se è in grado di generare delle pressioni intraddominali negative e se è in grado di attivare in maniera riflessa sia la muscolatura pelvica che il trasverso dall'addome con intensità in funzione della durata della fase ipopressiva e della sua ripetizione nel tempo e non del grado di ipopressione.

Abbiamo inoltre cercato sia un'eventuale relazione tra ipopressione addominale e contrazione riflessa della muscolatura addominale e perineale sia se fosse vero che la pratica di esercizi GAH generi un buon tono di questi muscoli mentre la pratica di esercizi iperpressivi (compresi gli esercizi di contrazione del pavimento pelvico, del trasverso dell'addome e degli addominali) generi un ipotono della fascia addominale e del perineo come sostiene l'ideatore della GAH (Marcel Caufriez) cercando, anche in questo caso, un'eventuale relazione tra iperpressione addominale e contrazione riflessa della muscolatura addominale e perineale.

MATERIALI E METODI

Questo studio è stato effettuato su due case report: uno che effettua costantemente da due anni esercizi GAH e che quindi dovrebbe avere un buon tono della fascia addominale e del pavimento pelvico, l'altro che pratica sport ad alto impatto ed i classici esercizi di rinforzo della fascia addominale e che quindi dovrebbe avere un cattivo tono della fascia addominale e del pavimento pelvico.

Gli esercizi a cui sono stati sottoposti sono:

- Esercizi GAH
- Esercizi di contrazione muscolare volontaria del pavimento pelvico e del trasverso
- Esercizi iperpressivi quali: Crunch, Core stability

I case report sono stati monitorati, durante l'esecuzione degli esercizi, mediante:

- Una sonda anale pressoria facente parte del macchinario dell'urodinamica di un reparto di Urologia; per valutare la variazione della pressione addominale
- Una sonda elettromiografica vaginale o anale (per uomo); per valutare l'attività del pavimento pelvico
- 4 elettrodi di superficie posizionati su entrambi i trasversi ed una messa a terra posizionata sulla rotula; per valutare l'attività del trasverso

RISULTATI

La GAH genera ipopressione addominale in funzione della posizione assunta.

Durante gli esercizi GAH vi è attivazione riflessa sia del pavimento pelvico che del trasverso con intensità:

Per il trasverso: in funzione della durata della fase ipopressiva (come sostiene Caufriez) e non del grado di ipopressione (come sostiene Caufriez).

Per il pavimento pelvico: in funzione della durata della fase ipopressiva (come sostiene Caufriez) e del grado di ipopressione (cosa che Caufriez non sostiene).

Durante gli esercizi GAH proposti sia in K1 che in K2 non si è evidenziata alcuna relazione costante che leghi l'attivazione riflessa del pavimento pelvico con quella del trasverso (in funzione dell'ipopressione), come pure non si è evidenziata alcuna relazione costante tra ipopressione e contrazione riflessa del trasverso mentre, solamente in K1, si è messo in evidenza che l'attività riflessa del pavimento pelvico è in relazione con il valore assoluto dell'ipopressione con rapporto 1:1.

Durante gli esercizi di attivazione volontaria del pavimento pelvico e del trasverso dell'addome in K1 si generano delle iperpressioni addominali superiori alla contrazione muscolare riflessa o volontaria del perineo, mentre in K2 si generano delle iperpressioni addominali inferiori alla contrazione muscolare riflessa o volontaria del perineo. Questo indica che in K1 le fibre muscolari del pavimento pelvico andranno incontro a detonificazione poiché subiranno uno stiramento eccentrico dovuto all'eccessiva iperpressione.

Sia in K1 che in K2 non si è evidenziata alcuna relazione tra iperpressione addominale e contrazione riflessa del pavimento pelvico e del trasverso.

Tutti gli esercizi iperpressivi (crunch e core stability) sono risultati altamente iperpressivi in K1, mentre in K2 sono risultati modestamente iperpressivi e nel Plank la contrazione riflessa del perineo è risultata superiore all'iperpressione; infine sia in K1 che in K2 non si è evidenziata alcuna relazione tra iperpressione addominale e contrazione riflessa della muscolatura del trasverso dell'addome e del perineo.

DISCUSSIONE

I dati rilevati su K2 hanno evidenziato, per gli esercizi GAH, una discreta ipopressione addominale ed attivazione riflessa del pavimento pelvico ma una quasi inesistente attivazione del trasverso, questo quadro può essere giustificato dalla sua non familiarità con tali esercizi.

I dati rilevati su K1, per gli esercizi GAH, evidenziano una buona ipopressione, una buona contrazione riflessa sia del pavimento pelvico che del trasverso.

Si può quindi ritenere che la GAH sia un valido ausilio nella prevenzione e cura del pavimento pelvico, poiché è in grado di attivare in maniera riflessa, e quindi rinforzare in modo tonico, sia le fibre del trasverso dell'addome che del perineo, senza creare iperpressioni addominali negative.

Negli esercizi di contrazione volontaria del pavimento pelvico e del trasverso dell'addome, i due case report evidenziano situazioni opposte che fanno supporre che l'eccessiva iperpressione riscontrata su K1 possa dipendere dalla sua non familiarità con questi esercizi infatti K2, eseguendoli abitualmente, genera sempre un differenziale negativo tra pressione addominale e contrazione del pavimento pelvico.

Questa situazione non consente di esprimere un giudizio positivo o negativo sull'utilizzo di tali esercizi per la prevenzione e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico.

Una cosa interessante, ma non utile al fine dalla prevenzione e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico, che si è evidenziata dal confronto tra i due case report sugli esercizi di core stability, è che sembrerebbe che la ripetizione quotidiana di questi esercizi porti alla formazione di catene muscolari che consentono di effettuare questi esercizi distribuendo su tutte le catene l'impegno di mantenere la postura con conseguente minor genesi di iperpressione poichè si scaricherà in parte il trasverso di questa responsabilità.

Infatti K2 genera delle iperpressioni addominali molto basse ed alcune volte talmente basse da generare un differenziale negativo con la contrazione riflessa del pavimento pelvico (e quindi rinforzerà il suo perineo).

Cosa che invece non accade in K1 che non essendo allenato nell'esecuzione di questi esercizi e non avendo creato delle forti catene muscolari utilizzerà prevalentemente il trasverso per stabilizzare queste posture con conseguente genesi di grande iperpressione addominale.

Dall'analisi dei dati ottenuti durante gli esercizi GAH, poiché Caufriez sostiene che questi esercizi attivino solamente di riflesso le fibre muscolari, possiamo dire che K1 risulta avere un miglior tono muscolare sia della fascia addominale che del pavimento pelvico rispetto a K2.

Nello specifico K1 genera importanti contrazioni muscolari del trasverso e del pavimento pelvico, mentre in K2 il trasverso si disattiva completamente ed il pavimento pelvico presenta contrazioni decisamente inferiori a quelle di K1.

Per quanto riguarda la contrazione volontaria del trasverso e del pavimento pelvico, K2 presenta una maggior forza muscolare rispetto a K1.

Per quanto riguarda il tono, K1 presenta una maggior attivazione riflessa del trasverso durante la contrazione volontaria del pavimento pelvico (quindi dovrebbe presentare un maggior tono del trasverso rispetto a K2) mentre K2 presenta una maggiore attivazione riflessa del pavimento pelvico durante la contrazione volontaria del trasverso (quindi dovrebbe presentare un maggior tono del pavimento pelvico rispetto a K1).

Per quanto riguarda tutti gli altri esercizi (addominali e core stability), i risultati ottenuti non sono valutabili, in termini di tono, essendo difficile stabilire quanto vi sia di contrazione riflessa durante l'esecuzione di questi esercizi.

CONCLUSIONI

Avendo comunque validato l'efficacia della GAH, ma non avendo potuto verificare se l'intensità della contrazione generata con tali esercizi sia funzione della ripetizione nel tempo, poiché non si disponeva dei dati di K1 al tempo 0 e di K2 al tempo t, sarà necessario continuare lo studio con K2 per verificare a 6 mesi i cambiamenti ottenuti effettuando in tale periodo 10 minuti al giorno di esercizi GAH.

Per quanto riguarda K1 verrà invece invitato ad allenarsi 10 minuti al giorno per 6 mesi sugli esercizi di contrazione volontaria del trasverso e del pavimento pelvico, per verificare se l'allenamento possa aiutarlo o a generare meno iperpressioni o a parità di iperpressione a generare maggiore forza di contrazione muscolare al fine di generare un differenziale negativo tra pressione addominale e contrazione del perineo al fine di poter validare anche questi esercizi nella prevenzione e cura del pavimento pelvico.

Per quanto riguarda gli esercizi iperpressivi di core stability, anche se uno dei dieci esercizi testati è risultato non controproducente (solo per K2), non possiamo considerare questi esercizi inseribili nei protocolli di prevenzione e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico.

13. Pelvic floor muscle training outcomes in women with urinary incontinence after sacrocolpopexy

EMANUELA DI CURZIO
Università degli Studi di Perugia, Perugia

INTRODUCTION AND AIM OF THE STUDY

Pelvic floor muscle training (PFMT) is used to improve function of the pelvic floor. This increases urethral closure pressure and stabilises the urethra, preventing downward movement during moments of increased activity. Meta-analysis showed that PFMT was effective for cure or improvement of incontinence, and improvement in QoL. It is also a valid option (the first line) of treatment of urinary incontinence after sacrocolpopexy (SC) for pelvic organ prolapse (POP). The aim of this study is to evaluate PFMT outcomes in incontinent women after SC.

MATERIALS AND METHODS

This is a retrospective observational study. Consecutive women with urinary incontinent (stress, urgency, mixed type) previously underwent SC (abdominal, laparoscopic and robotic-assisted approach) for POP were included in this study. All patients signed an informed consent. They underwent standard SC, the surgical technique is the same for all three types of surgical approaches. All procedures were performed by 2 senior surgeons. No concomitant anti-incontinence procedure was performed. Patients were followed up at 1, 3, 6, and 12 months after surgery, and then annually. At 1 month after SC incontinence patient after counseling, had a chance to be submitted PFMT. PFMT was performed by a senior nurse by Pelvy tutor machine (®EBN). Pre-treatment evaluation included medical and urogynecological history, clinical examination, PC- test, voiding diary (VD) for 3 –day period. Patients completed self-administered Incontinence Impact Questionnaire–Short Form (IIQ-7) questionnaire. At 1th visit nurse taught the exercises to women. At second visit she has checked the level of learning through biofeedback. The treatment was performed one a week for 10 weeks. Patients were followed up at 5, 10, weeks. At each visit, patients underwent PC-test, voiding diary (VD) for 3 –day period. At 10 weeks they completed self-administered IIQ-7 and Patient Global Impression of Improvement (PGI) questionnaires.

RESULTS

101 consecutive patients (mean age of 64.98±7.99 years) were included in this study, 70/101 patients underwent abdominal SC (ASC), 25/101 laparoscopic SC (LSC), 6/101 robotic-assisted SC (RSC). Table I shows baseline clinical characteristics of the study population.

In ASC group 22/70 (31.4%) had persistent urinary incontinence in the first month after surgery, in particular 13.6% had stress urinary incontinence (SUI), 40.9% had urgency urinary incontinence (UUI), 40.9% and 4.5% had mixed urinary incontinence (predominant stress and urgency respectively), 3/70 (4.2%) had de novo urinary incontinence in particular 2/3 SUI and 1/3 UUI. In LSC group 6/25 (24%) had persistent urinary incontinence in the first month after surgery, in particular 1/6 had SUI, 4/6 had UUI, 1/6 had mixed urinary incontinence (predominant stress), 2/25 (8%) had de novo urinary incontinence in particular a stress type. In RSC group 1/6 (16.6%) had persistent UUI in the first month after surgery, and 1/6 had de novo urinary incontinence in particular a stress type. In ASC group 3 incontinent patients with UUI after surgery were treated with anticolinergic drugs, 1 patients underwent TVT (grade 2), 1 patient with SUI refused any type of treatment (grade1), 3 and 9 patients, with stress and urgency urinary incontinence respectively, and 8 and 1 patients with mixed urinary incontinence (predominant stress and urgency respectively) underwent PFMT After 5 weeks in patients with SUI there were improvements of PC test score from baseline (median 0 (range 0-1) vs 2 (range 1-2)), of the mean number of pads/die (1.75±0.86 vs 0.58±0.66), and of episodes of incontinence/die (2.76±0.83 vs 1.53 ±0.77). Also in patients with UUI there were same improvements: PC test score (median 0 (range 0-1) vs 2 (range 1-2)), the mean number of pads/die (1.72±0.90 vs 0.54±0.68), mean number of episodes of incontinence/die (2.80±0.87 vs 1.54 ±0.81). These improvements remained stable at 10 weeks. At 10 weeks dry patients were 66.6% in SUI group and 70% in UUI group. In LSC group 4 patients with SUI refused treatment (grade 1), 2 patient with UUI were treated with anticolinergic drugs, 2 patients underwent PFMT. They had an improvement of PC test score from baseline (median 0.5 (range 0-1) vs 1.5 (range 1-2)), the mean number of pads/die (2.50±0.70 vs 1.50±0.71), mean number of episodes of incontinence/die (3.50±0.70 vs 0.50 ±0.70).All patients at 10 weeks were dry. In RSC 1 patient was treated with $_3$ adrenoceptor agonist, and 1 patient underwent PFMT. At 10 weeks she had an improvement of PC test score from baseline (0 vs 2), 0 pads/die and she was dry. At 10 weeks there was an improvement of baseline median IIQ-7 score 5 (range 0-21) vs 2 (range 0-21). At final visit median PGI-I score was 2 (range 1-4).

INTERPRETATION OF RESULTS

Our results showed an improvement of Pc test score, of mean number of pads/die, and mean number of episodes of incontinence/die, in all incontinent women underwent PFMT at 1 month after SC.

Median PC test score after 10 weeks of PFMT was 2 (range 1-2) in group after ASC with SUI and UUI , in group after LSC was 1.5 (range 1-

2) in all patients and 2 in a women underwent RSC. At 10 weeks the mean number of pads/die was < 1 in all categories of patients, and also mean number of episodes of incontinence/die was ≤1. These results were the same independently from surgical approach. "Dry patient rate" after PFMT (post-ASC) was higher in UUI group than SUI group (70% vs 66.6%), in groups underwent PFMT post LSC and RSC "dry patient rate" was 100%. In patients with SUI grade 1 and UUI low/moderate grade the outcomes after PFMT were the same. These excellent functional outcomes are confirmed by the high median PGI-I scores 2 (range 1-4), and by the improvement of median IIQ-7 score 5 (range 0-21) vs a 2 (range 0-21).

CONCLUSIONS

This study confirms the excellent outcome of PFMT in the treatment of urinary incontinence post SC, both de novo and persistent form, independently from surgical approach and incontinence type. Long term results are mandatory for patients perspective and counselling for tailored therapy.

TABLE 1 – Baseline clinical characteristics of the study population.

	Abdominal SC (ASC) (N=70/101)	**Laparoscopic SC (LSC) (N=25/101)**	**Robotic-assisted SC (RSC) (N=6/101)**
Stress urinary incontinence	5/70	3/25	3/6
Urgency urinary incontinence	11/70	9/25	8/6
Mixed urinary incontinence (predominant stress)	10/70	1/25	1/6
Mixed urinary incontinence (predominant urgency)	3/70	1/25	1/6

Linee guida

Linee guida per la fisioterapia in pazienti con incontinenza urinaria da sforzo (Società Olandese di Fisioterapia)

Dal Dutch Journal of Physical Therapy 2011; 121 (3) (suppl.)*

L.C.M. BERGHMANS[II], A.T.M. BERNARDS[I], I.C. VAN HEESWIJK-FAASE[III], E.H.M.L.WESTERIK-VERSCHUUREN[IV], I. DE GEE-DE RIDDER[V], J.A.M. GROOT[VI], M.C.P. SLIEKER-TEN HOVE[VII], H.J.M. HENDRIKS[VIII]

Traduzione italiana a cura di: I. BAINI[IX], A. BORTOLAMI[X], D.GIRAUDO[XI], S. SALVATORE[XII]

Quarta parte, continua da vol. 35 (1): 67

B.6.1 Piano di trattamento per IUS con disfunzione del pavimento pelvico

Il paziente non ha il controllo volontario sui muscoli del pavimento pelvico

Il paziente non è in grado di identificare il pavimento pelvico, non ne è consapevole ed è incapace di contrarre e rilassare volontariamente e coscentemente i muscoli del pavimento pelvico

Obiettivo

Assicurarsi che il paziente abbia il controllo volontario sul pavimento pelvico.

Terapia

Consiste nell'elettrostimolazione e/o biofeedback, e/o nella valutazione digitale effettuata dal fisioterapista pelvico o dal paziente stesso, utilizzando manovre di picchiettattura, piccoli stiramenti sul muscolo e possibilmente manovre vibratorie. Dopo che il paziente ha raggiunto il controllo volontario sul pavimento pelvico, l'attenzione si sposta su PFME, e il paziente è stimolato a fare gli esercizi per conto per conto proprio.

Se i risultati dell'intervento fisioterapico sono insoddisfacenti, ad esempio per la presenza di un problema neurologico (centrale o periferico) che il fisioterapista pelvico non è in grado di identificare, il terapista deve indirizzare il paziente al medico inviante. Se il paziente non raggiungere il controllo volontario, il terapista continua il trattamento come descritto di seguito.

Il paziente non ha il controllo involontario sui muscoli del pavimento pelvico

I muscoli del pavimento pelvico non si contraggono involontariamente quando aumenta la pressione intra-addominale.

Obiettivo

Compensazione o adattamento.

Terapia

Utilizzare il "knack" come contrazione stabilizzante per compensare l'inadeguatezza della contrazione involontaria durante il colpo di tosse, il sollevamento di pesi, ecc., utilizzando il timing corretto. La contrazione involontaria dei muscoli pelvici può essere esercitata attraverso il coinvolgiento dei muscoli del pavimento pelvico nella stabilizzazione del tronco del paziente.

Il paziente ha il controllo volontario sulla muscolatura pelvica.

Il paziente è in grado di identificare il pavimento pelvico, ne è consapevole, è in grado di contrarre e rilassare i muscoli del pavimento pelvico coscentemente e volontariamente, ma i muscoli del pavimento pelvico sono troppo deboli.

Obiettivo

Il recupero completo della funzione dei muscoli del pavimento pelvico.

Terapia

Consiste nel training e nel controllo della funzionalità della muscolatura pelvicaattraverso il PFME fatti dal paziente a casa. Un'opzione per le donne è l'uso di coni vaginali. Il fisioterapista pelvico avvia iltrattamento cercando di ottenere contrazioni isolate dei muscoli del pavimento pelvico. Se il paziente è in grado di svolgere questa funzione, può provare ad effettuare le singole azioni della vita quotidiana usando il controllo volontario, poi di due o di più azioni contemporaneamente sotto il controllo volontario e infine le stesse azioni con il controllo involontario Il terapeuta deve essere consapevole che l'esecuzione di attività doppie e multiple con controllo volontario ed involontario può essere difficile per i pazienti di età molto avanzata, per esempio a causa di problemi di concentrazione.

Un risultato negativo può essere dato da IUS complicatadal difetto di meccanismo di chiusura uretrale, o dalla lesione della fascia endopelvica dopo parto traumatico. In donne in postmenopausa si può avere una disfunzione del meccanismo intrinseco di chiusura uretrale a causa di cambiamenti dello stato ormonale. Se il risultato della fisioterapia è insoddisfacente, il fisioterapista pelvico deve indirizzare il paziente di nuovo al medico inviante.

Altre parti del sistema muscolo-scheletrico condizionano sfavorevolmentela funzione muscolare del pavimento pelvico

Il funzionamento dei muscoli del pavimento pelvico è ostacolato da fattoricome disfunzioni respiratorie, problemi in altre parti del sistema muscolo-scheletrico, dalla postura nella minzione, dalla modalità o dai comportamenti relativi a minzione e a defecazione.

Obiettivo

Ridurre o eliminare l'influenza negativadella disfunzione respiratoria e/o problemi in altre parti del sistema muscolo scheletrico, della postura nella minzione, della modalità di comportamento relativi a minzione e a defecazione, emigliorare la funzione muscolare del pavimento pelvico.

Terapia

Fornire una terapia con esercizi per questi problemi, comprese le esercitazioniper raggiungere una tecnica di respirazione corretta, il rilassamento e la correzione della po-

stura, l'uso efficace dei muscoli del pavimento pelvico nella stabilizzazione del tronco, migliorare la postura nella minzione, modalità e comportamenti relativi a minzione e a defecazionee applicare le istruzioni corrette per sollevare oggetti. Inoltre, al paziente vengono prescritti i PFME e altri esercizi per migliorare la funzione del pavimento pelvico, che possano essere eseguiti senza supervisione.

Se il risultato della fisioterapia è insoddisfacente, il fisioterapista pelvico deve indirizzare il paziente nuovamente al medico inviante.

B.6.2 Piano di trattamento per IUS senza disfunzione del pavimento pelvico

Se non vi è nessuna disfunzione dei muscoli del pavimento pelvico, la IUS è presumibilmente dovuta ad un meccanismo di chiusura intrinseco disfunzionale (dello sfintere interno). La terapia mira a ridurre i danni e le limitazioni nelle attività.

Obiettivo

Compensazione.

Terapia

Consiste negli esercizi del pavimento pelvico (PFMEs) ed esercizi che il paziente può fare senza supervisione. Considerando la causa del disturbo, la possibilità di pieno recupero completo, con l'aiuto dei PFME è modesta. Un'opzione per le donne è l'utilizzo dei PFME con coni vaginali. Se vengono utilizzati coni vaginali, il terapeuta dovrebbe controllare immediatamente dopo l'inserimento del cono in vagina se la paziente è in grado di rispondere all'inserimento contraendo i muscoli del pavimento pelvico. Se la paziente non è in grado di farlo, l'utilizzo di coni è inutile. Ai pazienti che non hanno controllo volontario sui muscoli del pavimento pelvico e non sanno come contrarli volontariamente, dovrà essere insegnato questo controllo, dal momento che gli esercizi del pavimento pelvico non possono altrimenti essere eseguiti. Se il risultato della fisioterapia è insoddisfacente, il fisioterapista pelvicodeve indirizzare il paziente di nuovo al medico inviante.

B.6.3 Piano di trattamento per IUS con fattori prognostici sfavorevoli

I fattori prognostici sfavorevoli sono fattori che possono avere effetti locali o generali o influenzare negativamente i processi di recupero o di adattamento; questi fattori possono o non possono essere modificati da interventi da parte di un fisioterapista pelvico.

Obiettivo

Ridurre il più possibile l'influenza dei fattori sfavorevoli.

Terapia

Il trattamento si concentra sulla riduzione dell'influenza negativa di fattori sfavorevoli specifici per il paziente attraverso:

- il miglioramento delle condizioni fisiche generali del paziente, in modo da ridurre gli effetti di altre malattie e /o disturbi sullo stato di continenza;
- la riduzione del sovrappeso del paziente considerato un fattore prognostico sfavorevole per l'effetto della terapia;

Punti di riflessione

Alcuni fattori, come le malattie cardiovascolari o cambiamenti nell'equilibrio ormonale non possono essere modificati dalla fisioterapia. Questi fattori hanno un'importante valenza prognostica dal momento che possono rallentare i processi di recupero o di adattamento. Altri fattori, come ad esempio l'ignoranza, la vergogna, comportamenti evasivi e problemi nella partecipazione alla vita sociale possono essere modificati da un'educazione del paziente e da un'efficace counseling del fisioterapista pelvico. Lo stesso vale per la compliance.

C Processo terapeutico

Il processo terapeutico comprende il trattamento, la valutazione e la conclusione del trattamento.

C.1 Trattamento

C.1.1 Fasi, obiettivi e interventi

Il processo analitico permette di distinguere categorie di problemi sui quali il paziente deve essere informato utilizzando materiali educativi. Il terapista può discutere di ciò che si intende con IUS, quali sono le cause, qual è la sua prognosi, quali fattori possono i influenzarla favorevolmente o negativamente, ciò che i pazienti stessi possono fare, e che cosa il paziente può aspettarsi dall'intervento di fisioterapia.

Il processo terapeutico viene attuato sulla base di piani di trattamento che sono stati elaborati per le varie specifiche categorie di problemi.

Questi piani di trattamento devono avere un disegno logico in termini di struttura e di tempistica delle fasi.

- Il paziente deve ricevere informazioni ed istruzioni circa il pavimento pelvico e le funzioni del basso tratto urinario, utilizzando schemi, disegni, immagini e modelli.
- Al paziente deve essere data una spiegazione completa della corretta modalità di contrazione dei muscoli del pavimento pelvico. Al paziente deve essere data la possibilità di provare, prima della valutazione del fisioterapista, se è in grado di contrarre efficacemente i muscoli del pavimento pelvico. Il paziente potrebbe solo pensare di contrarre i muscoli correttamente ma in realtà non essere in grado di farlo. Solo quando il paziente è in grado di contrarre i muscoli giusti, possono essere utilizzati gli esercizi. Se il paziente si dimostra in grado di fare gli esercizi sotto supervisione del fisioterapista, può continuaregli esercizi a casa.
- Al paziente deve essere data una spiegazione esaustiva di ciò che accade se i muscoli pelvici si contraggono correttamente, e il terapeuta dovrebbe consentire al paziente di sperimentarlo.
- Se il non è in grado di contrarre i muscoli pelvici, il terapeuta può utilizzare le seguenti tecniche: stirando delicatamente il muscolo, picchiettando, massaggiando e allungando rapidamente, o con l'utilizzo dell'elettrostimolazione e/o EMG -feedback. Se al paziente viene dato il tempo per esercitarsi a casa, la maggior parte di loro eseguirà velocemente e in modo corretto la contrazione dei muscoli del pavimento pelvico.
- Se il paziente è in grado di contrarre volontariamente i muscoli del pavimento pelvico, il terapista progetta un programma di esercizi a casa su misura basandosi sulla situazione individuale di ciascun paziente. Il paziente dovrebbe utilizzare contrazioni massimali, il programma dovrebbe basarsi su un aumentodella frequenza fino a 8-12 contrazioni, per 3 volte al giorno. La comparsa di fatica muscolare al termine di ogni sessione di esercizio è necessario per conseguire miglioramenti nella forza. Il paziente deve iniziare con la massima contrazione e con una resistenza della durata di 1-3 secondi, e gradualmenteaumentare funo a 6-8 secondi per contrazione(esercitare l'endurance). Questi esercizi dovrebbero essere praticati almeno 2-3 volte a settimana. Infine, i pazienti dovrebbereo fare questi esercizi almeno quotidianalmente.

Il paziente deve essere istruito a contrarre i muscoli del pavimento pelvico e a mantenere la contrazione appena prima e durante il colpo di tosse, la risata, gli starnuti, e mentre si sollevano oggetti (la precontrazione volontaria nota come 'the Knack').

Al paziente viene chiesto di indicare quando e dove intende praticare gli esercizi. Al paziente viene somministrato un diario per gli esercizi, a meno che sia fatto uso di biofeedback computerizzato con registrazione dei dati. Se nessun biofeedback è stato utilizzato fino ad allora, può essere utile discutere con il paziente se questo possa aumentare la sua motivazione. Ciò presuppone ovviamente la disponibilità di tali attrezzature.

Un risultato duraturo del trattamento può essere raggiunto solo se il paziente impara ad integrare le competenze che gli sono state insegnate durante la terapia nella vita quotidiana.

C.1.2 Durata e frequenza del trattamento

La durata e la frequenza del trattamento sarà diverso per ogni singolo paziente. Esso è determinato dalla specificità del paziente, dagli obiettivi di trattamento, dai problemi e dalle loro capacità di comprendere le informazioni e praticare gli esercizi. Quindi, questa linea guida può fornire solo indicazioni approssimative. La durata totale del trattamento non sarà generalmente superioreai 3-6 mesi. Il pazienti che hanno una disfunzionedel pavimento pelvicoe non hanessun controllo volontario sui muscoli del pavimento pelvico richiederanno un'assistenza più intensiva nella fase iniziale del trattamento al fine diottenere il controllo volontario il prima possibile. Ciò può implicare una frequenza di trattamento più alta. Se tutti i fattori prognostici che sono presenti possono essere modificati dalla fisioterapia, la loro modificazione deve essere parte del piano di trattamento Una volta che l'influenza dei fattori prognostici sfavorevoli è stata ridotta, l'effetto degli esercizi del pavimento pelvico dipende in gran parte dalla frequenza e dall'intensità dell'esercizio, con o senza supervisione.

Una volta che il paziente è in grado di fare gli esercizi senza supervisione, la frequenza delle sessioni di fisioterapia può essere ridotta, a condizione che il paziente continui a fare gli esercizi in modo indipendente.

- Gli esercizi dovrebbero essere praticati sotto supervisione una o due volte a settimana, individualmente o in gruppo.
- Dopo le prime 6 sedute di trattamento, dare un guidizio sul trattamento o valutare, qualora la gravità dei disturbi riguardanti la continenza sia ridotta, in relazione ad uno score più basso sul questionario PRAFAB.
- Valutare i progressi dopo 3 mesi; da questo momento i progressi devono essere stati evidenti.
- Valutare il risultato dopo 6 mesi: di solito è solo in questo momento che l'effetto desiderato è raggiunto.

C.1.3 Prevenzione dell'insufficenza del pavimento pelvico

Un' obiettivo importante dell'educazione del pavimento pelvico è la prevenzione dell'insufficienza di questo. Sulla base dei fattori eziologici che possono essere coinvolti nello sviluppo della IUS, il terapista può valutare se i pazienti possono beneficiare di misure preventive. Lo sviluppo della IUS è associata a numerosi fattori, come ad esempio 'la debolezza congenita dei tessuti di sostegnò o 'al prolasso'. Un altro fattore è la gravidanza. La prevenzione primaria, cioè prevenire lo svuluppo della IUS, è un tema importante nel pre- e nel post-parto in termini di cure prestate alle donne. Di solito, però, i fisioterapisti pelvici vengono consultati solo dopo che la IUS è già sviluppata.

C.2 Valutazione

Il recupero del paziente deve essere valutato dopo le 6 sessioni di trattamento. Questo perché il trattamento stesso è considerato uno strumento diagnostico, poiché la diagnosi di IUS non consente di giungere a conclusioni affidabili sulla natura della disfunzione, o circala presenza di impedimenti locali per il recupero e se tali impedimenti locali sono modificabili con la fisioterapia. Si consiglia di utilizzare sempre il questionario PRAFAB.

Se non si osserva nessuna graduale riduzione della gravità dell'incontinenza, la conclusione è che ci possono essere impedimenti al recupero che non possono essere modificati dalla fisioterapia. Un esempio di tale impedimento è una lesione della fascia intrapelvica. I risultati di un training dei muscoli del pavimento pelvico può anche essere modesto nelcaso di prolasso grave, il quale è un importante fattore prognostico sfavorevole. In entrambi i casi, il fisioterapista pelvico deve sottoporre la paziente nuovamente al medico di famiglia o ad uno specialista. L'intervento chirurgico può quindi essere un'opzione.

Anche in questi casi, l'allenamento dei muscoli pelvici non avrà avuto alcun effetto evidente sulla gravità dell'incontinenza, ma il trattamento sarà stato comunque utile in quanto una buona condizione del pavimento pelvico è un fattore prognostico favorevole per il recupero post operatorio.

La cessazione della terapia deve essere seguita da una valutazione finale utilizzando gli strumenti di misura consigliati. Gli obiettivi del trattamento che erano stati fissati devono essere soddisfatti o comunque il paziente deve essere sufficientemente in grado di continuare gli esercizi senza supervisione.

Il paziente deve essere reinviato al medico inviante se ci sono complicazioni (durante il trattamento di fisioterapia), o se gli obiettivi del trattamento non sono state raggiunti (mentre il fisioterapista pelvico ritiene che il paziente abbia raggiunto il massimo risultato possibile).

C.3 Conclusione del trattamento, registrazione e segnalazione

Quando si chiude il trattamento, il fisioterapista pelvicodeve registrare almeno la data e le ragioni della fine del trattamento (ad esempiose gli obiettivi sono stati raggiunti o meno, o solo in parte). Qualsiasi disposizione specifica effettuata con il paziente (ad esempio se continua l'esercizio a casa) deve essere registrata.

Il terapista deve tenere un registro durante l'intero processo di trattamento, in conformità con la procedura sistematiche descritte nel 2011 KNGF guideline on record-keeping in physical therapy (*KNG Frichtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging*).

Eventuali deviazioni da questa linea guida devono essere registrate, così come le ragioni per cui è stato fatto, ed eventuali controindicazioni per ulteriori trattamenti di fisioterapia.

Al termine del trattamento, il terapista deve riferire almedico di famiglia del paziente i risultati; se il paziente provenisse da un medico specialista, quest'ultimo deve essere informato. Se fosse necessario, devono essere riportati i dettagli dopo la cura (monitoraggio). Il medico di famiglia del paziente deve essere informato se il paziente originariamente si è presentato direttamente dal terapista.

SUPPLEMENTI

Supplemento 1. Riassunto delle raccomandazioni

Introduzione

Il livello di evidenza delle conclusioni basato sulla letteratura è stato classificato in relazione agli accordi nazionali olandesi (EBRO/CBO). Sono stati distinti quattro livelli, in base alla qualità degli articoli e alla relativa evidenza:

Livello 1: uno studio di livello A1 o almeno due studi indipendenti di livello A2

Livello 2: uno studio di livello A2 o almeno due studi indipendenti di livello B

Livello 3: uno studio di livello B o C

Livello 4: opinione di esperti

Livelli di qualità (intervento e prevenzione)

A1 Revisione sistematica di almeno due studi indipendenti di livello A2

A2 Randomizzato, in doppio cieco, studio clinico comparativo di buona qualità e con sufficiente dimensione del campione

B Studio comparativo che non soddisfa tutti i criteri descritti nel livello A2 (compresi gli studi caso-controllo e studi di coorte)

C Studio non-comparativo

D Opinioni di esperti, per esempio i membri del team di sviluppo delle linee guida

Se una revisione sistematica comprendeva studi randomizzati di qualità moderata, la qualità della letteratura era classificata in B piuttosto che in A1. A seconda del numero di studi di qualità moderata (livello B), la conclusione è stata assegnata ad un livello di evidenza 2 (≥ 2 RCT di moderata qualità) o 3 (1 RCT di moderata qualità). Se uno studio comparativo non ha incontrato nessuno dei criteri del livello A2, è stato assegnato ad uno status di qualità C.

Riassunto delle raccomandazioni

Definizione del problema

1 Identificare i fattori eziologici

Il terapista dovrebbe sistematicamente identificare i fattori eziologici, al fine di valutare la natura della disfunzione del meccanismo di continenza.

Processo diagnostico

2 Stabilire il tipo di incontinenza

Il team di sviluppo delle linee guida raccomanda di utilizzare il test 3IQ per stabilire il tipo di incontinenza.

3 Palpazione

Il team di sviluppo delle linee guida raccomanda l'utilizzo della procedura di valutazione descritta nelle linee guida pratiche per valutare la funzione dei muscoli del pavimento pelvico.

4 Esame funzionale

Il team di sviluppo della linea guida raccomanda che siano valutati i patterns della respirazione, il controllo posturale, la posizione e il comportamento durante lo svuotamento vescicale, in relazione alla funzione dei muscoli del pavimento pelvico.

5 Questionario PRAFAB

Il team di sviluppo delle linee guida raccomanda l'utilizzo del questionario PRAFAB per valutare i cambiamenti nello stato di salute del paziente e l'effetto dell'intervento della fisioterapia.

6 Quantificare la perdita di urina

Il team di sviluppo delle linee guida raccomanda di quantificare la perdita di urina utilizzando il pad test delle 24 ore in caso di incertezza circa la quantità di urina perduta.

7 Sintomi specifici del paziente (PSC).

Il team di sviluppo delle linee guida raccomanda l'utilizzo del PSC sia per identificare i problemi di salute, sia per valutare l'effetto del trattamento.

8 Effetto globale percepito (Global Perceived Effect, GPE)

Il team di sviluppo delle linee guida raccomanda l'utilizzo del GPE per valutare il miglioramento dello stato di salute percepito dal paziente.

9 Diario minzionale

Il team di sviluppo della linea guida raccomanda che i pazienti compilino un diario minzionale con lo scopo di identificare la gravità della perdita di urina e per valutare i risultati del trattamento.

Procedimento terapeutico

10 Informazioni e consigli

Il team di sviluppo delle linee guida raccomanda l'uso di tavole anatomiche e modelli della pelvi, nonché di altri materiali educativi, così come consigli sullo stile di vita.

11 Migliorare la condizione fisica generale

Il team di sviluppo delle linee guida raccomanda l'inclusione nel piano di trattamento di interventi per migliorare le condizioni fisiche del paziente.

12 Frequenza ed esecuzione del training del pavimento pelvico (PFMT).

Il team di sviluppo della linea guida raccomanda di trattare la IUS attraverso lo strumento del PFMT quotidiano con sufficiente intensità e durata, e contemporaneamente di prestare attenzione alla corretta esecuzione degli esercizi e all'integrazione di questi ultimi nelle attività della vita quotidiana.

13 Selettiva contrazione dei muscoli del pavimento pelvico

Il team di sviluppo della linea guida raccomanda di combinare gli esercizi per i muscoli del pavimento pelvico con l'elettrostimolazione per il trattamento dei pazienti che non sono in grado di contrarre volontariamente e/o selettivamente i muscoli del pavimento pelvico.

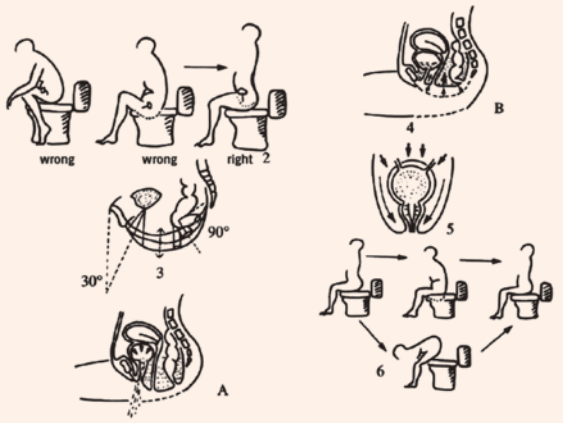
Prevenzione

14 Training dei muscoli del pavimento pelvico per promuovere il recupero post-operatorio dopo prostatectomia

Il team di sviluppo della linea guida raccomanda il training dei muscoli del pavimento pelvico pre operatorio per gli uomini che devono essere sottoposti a prostatectomia.

Supplemento2
Linee guida per il comportamento relativo a minzione e defecazione

1. *Prendere tempo sufficiente per andare al bagno*. Svuotare la vescica avverrà in pochi istanti.
2. *Adottare la giusta posizione per urinare*. Questo significa inclinare il bacino in avanti. Tenere i piedi sul pavimento e rilassare i muscoli degli arti inferiori.
3. *Cercare di rilassare consapevolmente i muscoli del pavimento pelvico*. Questo attiva "volontariamente" la minzione.
4. *Non interrompere il flusso di urina una volta che la minzione è iniziata*.
   Dopo che la minzione è iniziata, il riflesso continuerà fino a che i muscoli del pavimento pelvico rimarranno rilassati e l'urina fluirà attraverso il collo vescicale, fino a che la vescica non sarà vuota.
   A. Contrarre i muscoli del pavimento pelvico porta all'inibizione reciproca del muscolo della vescica tramite il centro sacrale e il centro autonomo pontino della minzione. Contrarre i muscoli del pavimento pelvico durante la minzione spinge l'urina in senso contrario verso la vescica rilassata in modo riflesso. Il tessuto di sostegno del corpo fibroso del perineo comprime l'angolo uretrovescicale verso l'alto, con il rischio di cistiti.
   B. Dopo ripetute interruzioni del riflesso minzionale, il contenuto vescicale diventa così basso che i recettori da stiramento nella parete vescicale smettono di produrre impulsi nervosi afferenti. L'impulso scompare, e il paziente smette di urinare troppo presto perché il riflesso non viene riavviato volontariamente. Ciò può dare luogo a residuo minzionale.
5. *Non spingere durante la minzione*. La trasmissione della pressione intra addominale all'uretra significa che la resistenza dell'uretra aumenta all'aumentare della pressione. È bene per i muscoli addominali essere contratti alla fine della minzione, purché ciò avvenga in modo corretto.
6. *Controllare se la vescica è vuota*. Questo può essere fatto inclinando il bacino qualche volta. Ciò consentirà di eliminare ogni residuo di urina nella vescica nel modo più completo possibile.
7. *Dopo la fine della minzione, spingere leggermente espirando,* cioè con poca forza. Quindi stringere i muscoli del pavimento pelvico per ottenere una buona chiusura della vescica.



Guidelines for toileting behavior
Source: E.S. Versprille-Fischer. Begeleiding van patiënten met bekkenbodemdisfunctie. 2nd revised edition. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2001.

Supplemento 3 Un esempio di diario minzionale
Come usare questo diario minzionale.
L'obiettivo di questo diario è il poter conoscere il maggior numero di informazioni relativamente ai suoi problemi urinari; è quindi molto importante che lei legga le istruzioni riportate e che le segua con assoluta precisione. Soltanto l'attenta compilazione di questo ci consentirà di formulare delle conclusioni utili.

- Scriva il suo nome, la data (giorno, mese ed anno), all'inizio di ogni pagina

- Il Giorno 1 inizia al mattino al suo risveglio e comprende la notte successiva.
- Il Giorno 2 inizia al mattino al suo risveglio

- Per favore annoti gli orari dell'assunzione di liquidi, degli svuotamenti della vescica o delle fughe di urina, segnalando l'ora ed i minuti (ad es. 8.15).

- Annoti la quantità di liquidi che assume in millilitri (ml). È possibile utilizzare come riferimento questi esempi:
  1 tazza di tè = 150 ml
  1 bicchiere = 200 ml
  1 tazzone o 1 bicchiere grande = 250 ml
  1 lattina = 330 ml

Verifichi che questi valori corrispondano alle tazze ed ai bicchieri che usa a casa sua

- Annoti la quantità di urina ad ogni minzione, in millilitri. Calcoli la quantità con l'aiuto di recipiente graduato per i liquidi.

- Ha provato la sensazione di dover urinare con urgenza quando va in bagno?
  Per favore risponda si o no.

- Per favore annoti gli orari in cui ha avuto involontarie perdite di urina (ad es. 10.00 p.m.)

- Utilizzi le seguenti lettere per indicare negli spazi appositi la quantità di urina involontariamente persa:

  g = poche gocce
  gg = un piccolo getto
  ggg = una quantità notevole

- Nella colonna "Attività" per favore segnali cosa stava facendo al momento della perdita di urina, per esempio "colpo di tosse", "sollevare un oggetto", ecc.

Supplemento 4 Test del pannolino nelle 24 ore

Questa prova ha come obiettivo la quantificazione delle perdite di urina.

Il pannolino è indossato continuamente per 24 ore e cambiato quando necessario. I pannolini eventualmente utilizzati nelle 24 ore sono conservati e pesati, e si calcola l'eventuale quantità di urina che contengono.

Bisogna chiedere al paziente di acquistare una confezione di pannolini e di tenerne uno da parte in maniera tale da poter determinare il peso di un pannolino asciutto.

Dopo che un pannolino è stato bagnato, è necessario metterlo in una busta di plastica riciclabile (con una chiusura stagna). Dal momento che ci possono essere lievi variazioni anche tra i pesi di diversi pannolini uguali a quelli utilizzati, il peso dell'urina raccolta sarà calcolato come differenza tra il peso dei pannolini raccolti ed il peso di un ugual numero di pannolini dello stesso tipo asciutti.

Assunzione di liquidi (ora)	Quantità di liquidi assunti	Ora delle minzioni	Quantità delle minzioni	Ha provato la sensazione di urinare con urgenza?	Ora delle perdite involontarie di urina	Quantità delle perdite involontarie di urina	Attività durante la perdita

Il test del pannolino nelle 24 ore non può essere utilizzato se la paziente ha le mestruazioni o una quantità abbondante di secrezioni vaginali.

Istruzioni per il paziente

La misura della quantità di urina che perde involontariamente ogni giorno è parte integrante della valutazione della sua incontinenza.

Lei può misurare l'urina persa nella giornata (in un periodo cioè di 24 ore) eseguendo il "test del pannolino nelle 24 ore", seguendo queste istruzioni:

1. Durante il giorno e la notte precedenti la prossima visita di controllo, raccolga tutti i pannolini utilizzati nelle 24 ore precedenti (ad esempio dalle 20.00 della sera alle 20.00 della sera successiva).
2. Non appena cambia un pannolino utilizzato, lo metta in una busta di plastica riciclabile (con una chiusura stagna); è importante utilizzare una busta ben sigillata per evitare che l'urina raccolta non evapori.
3. Per favore prosegua le sue normali attività quotidiane nel periodo di raccolta dei Pannolini.
4. Il giorno della visita, porti con sé la busta con i pannolini raccolti, unitamente ad un pannolino non utilizzato (nuovo) dello stesso tipo di quelli utilizzati nelle 24 ore precedenti.

Supplemento 5 Effetto globale percepito (GPE)

Quanto si sono modificati i suoi disturbi da come si presentavano prima del trattamento?

I miei disturbi sono ora:

❒ 1. estremamente migliorati
❒ 2. molto migliorati
❒ 3. moderatamente migliorati
❒ 4. lievemente migliorati
❒ 5. immodificati
❒ 6. lievemente peggiorati
❒ 7. moderatamente peggiorati
❒ 8. molto peggiorati
❒ 9. estremamente peggiorati

……rispetto a prima del trattamento.

Commenti:
4-6 possono essere considerati pari a "immodificati"

Supplement 6 Quantificazione del Prolasso degli Organi Pelvici (POP-Q)

Il POP-Q è uno strumento validato per la valutazione del prolasso vaginale.Il metodo di valutazione è stato proposto

da Bump ed al. Nel 1996, ed ha progressivamente sostituito il noto metodo di Baden-Walker.

L'utilizzo del POP-Q è diventato routinario nei centri per la valutazione della gravità del prolasso vaginale: quest'ultima è valutata in termini di gradi, da 0 a 4. Tale metodo può essere utilizzato anche dai fisioterapisti pelvici.

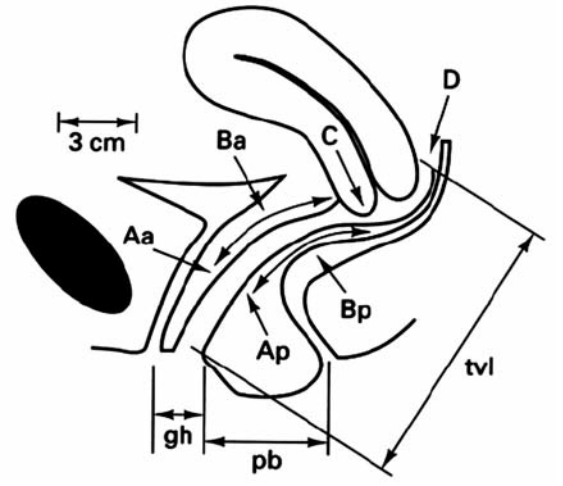


Figure 1 Distances between the defined anatomical points and the hymen.

Punti di riferimento:
L'imene è il punto di riferimento.

Punti anatomici definiti:

Aa Punto nella parete vaginale anteriore, 3 cm prossimale al meato uretrale, nel mezzo

Ba Parte più distale della parte più alta della parete vaginale anteriore, se non c'è prolasso questo punto è per definizione posto a -3 cm dal fornice anteriore

C Il punto piu distale della cervice

D Fornice posteriore se l'utero è in situ, dopo isterectomia è il livello dove i legamenti sacro uterini sono stati sospesi, C e D quindi coincidono

Bp La porzione più distale della parte più alta della parete vaginale posteriore; se non c'è prolasso questo punto è fissato a -3

Ap Punto sulla parete vaginale posteriore a 3 cm dall'imene, nel mezzo

Gh Iato genitale: misurato dal centro del meato uretrale esterno al centro posteriore dell'imene

Pb Corpo perineale: dal confine posteriore dello iatus genitale al centro dell'ano.

TVL Lunghezza vaginale totale: misurata dall'imene al punto D con il punto C o D che ritornano alla loro posizione originale

La valutazione si basa sulle misurazioni eseguite durante una manovra di Valsalva.

Parete anteriore Aa = ….cm	Parete anteriore Ba =….cm	Cervice o apice C = ….cm
Iato genitale gh = ….cm	Corpo perineale pb =….cm.	Lunghezza vaginale totale tvl =….cm.
Parete posteriore Ap =….cm.	Parete posteriore Bp =….cm.	Fornice posteriore D =….cm.

Classificazione:

Stadio 0 = assenza di prolasso
Aa/Ap/Ba/Bp = -3 cm
C e/o D = tra – TVL e – (TVL – 2cm)

Stadio I = porzione distale del prolasso ≥ 1 cm e situata piu di 1 cm oltre l'imene
(< - 1 cm)

Stadio II = porzione distale ≤ 1 cm oltre l'imene e < 1 cm sotto l'imene
(> - 1 cm e < + 1 cm)

Stadio III = porzione distale del prolasso > 1 cm sotto l'imene e inferiore di TVL -2cm

Stadio IV = porzione distale del prolasso < TVL -2 cm sotto l'imene

Bibliografia

1. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 1996; 175: 10-7.
2. Vierhout ME. Diagnostiek van uterovaginale prolaps. Ned Tijdschr Geneeskd. 2004; 148: 2432-6.

Ringraziamenti

Il progetto di orientamento è stato commentato da un gruppo di esperti esterni. Il team di sviluppo delle linee guida riconosce con gratitudine i contributi di: Prof. A.L.M. Lagro-Jansen, a nome del gruppo Dutch College of General Practitioners, il dottor MJA van der Weide, Presidente della Afdeling Continentie Verpleegkundigen en Verzorgenden (sezione infermieristica continenza), del Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (associazione Olandese degli infermieri); Ms. EMJ Bols, Dipartimento di Epidemiologia presso l'Università di Maastricht; Prof. PEV van Kerrebroeck, Direttore del Dipartimento di Urologia di Maastricht University Medical Center di Maastricht, e il dottor CH van der Vaart, ginecologo presso il centro medico dell'Università di Utrecht a Utrecht.

La traduzione inglese di questa linea guida è stata generosamente supportata da una sovvenzione della Fagforum per gynækologisk og obstetrisk Fysioterapi (Eng: la società danese per la ginecologia e ostetricia in fisioterapia).

Continua con le flow charts per l'incontinenza urinaria da sforzo negli uomini e nelle donne

La bibliografia completa è disponibile on-line sul sito www.pelviperineology.com

Il servizievole (2ª parte)

ANDREA MENEGHINI[1], NICOLA MENEGHINI[2]

[1] *Padua Teaching Hospital, Rehabilitation Unit, 35128 Padova, Italy, Via Giustiniani, 1, Tel. +39-049-8211270, dott.andreameneghini@gmail.com*
[2] *Università degli Studi di Padova, Scuola di Medicina*

Si era parlato nel precedente articolo[1]di come la pratica del clistere fosse intrinseca in quella medica e si allunghi nella storia remota fino agli albori dell'umanità.

Abbiamo visto che l'uso del clistere era consueto tra gli egizi come tra i romani, ne parlavano Ippocrate come Avicenna ed Abucasis, e che molti se ne siano assunti, lungo i secoli, la paternità.

In effetti fu un lento e progressivo affinamento della pratica che portò lo strumento ad essere, nella metà del millennio scorso agevole e meno traumatizzante, e con l'Illuminismo anch'esso poté rifulgere di una impensata notorietà.

Di assoluta gestione degli Apotecari, la somministrazione del clistere con i più inimmaginabili intrugli era fonte di lauti guadagni, e l'autorizzazione a poterli somministrare era condizionata ad un lungo periodo di tirocinio e ad un severo esame sulla conoscenza delle principali malattie e delle erbe, radici e minerali utilizzabili, che farebbe impallidire anche un famacista o erborista contemporaneo. Non certo per amore del paziente, quanto piuttosto per limitare il più possibile la concorrenza. Tra le sostanze impiegate troviamo: orzo, crusca, bietole, mercuriale, agrimonio, centaurea, semi di anice, bacche di alloro, lupini, zucchero, miele rosato, bocca di leone tuorlo d'uovo, calomelano, grasso di montone, trementina, infusi di tabacco, oppio, urina, brodo, sale, burro. Ma quello più singolare resta quello praticato con il fumo di tabacco che veniva somministrato con una ingegnosa apparecchiatura che immetteva i fumi direttamente nelle viscere del paziente dalla caldera nella quale venivano bruciate le foglie di *Nicotiana*. La stimolazione della respirazione con il fumo di tabacco intrarettale era comunemente praticata dagli Indiani del Nord America e lo stesso Thomas Sydenham ne descrive la procedura che

Figura 1. – Bassorilievo in legno Sec. XV° Museo Gruuthuse, Bruges. Insegna di uno speziale che rappresenta la somministrazione a domicilio di un clistere ad una donna, attraverso la finestra.

Figura 2. – Vignetta che rappresenta la somministrazione per anum di fumo di tabacco (XVII°sec).

egli stesso prescrive nelle occlusioni intestinali e Richard Mead importante medico inglese fiduciario di Re Giorgio II° lo raccomandava come pratica rianimatoria nelle persone annegate. Nel 1780 la Royal Humane Society fece installare dei kit di rianimazione, in vari punti lungo le rive del Tamigi, che contenevano lo strumentario per la somministrazione di fumo di tabacco *per anum*. (Figura 2).

I critici, per lo più francesi, di questa pratica coniarono lo slogan: "gli inglesi hanno sul tabacco due ossessioni parallele: la pipa in bocca e la guaina di Tissot[3] tra le chiappe".

Per tornare agli Apotecari, molti erano i vantaggi di praticare il servizievole: la prima sicuramente legata all'aspetto economico, in quanto la parcella era assolutamente basata sull'estro di chi la richiedeva senza un minimo di controllo.

Non secondario l'aspetto legato alla possibilità di conoscere personaggi ricchi e famosi, poter frequentare un ambiente di alto lignaggio e non ultimo aver facile accesso a dame, spesso di costumi... *abbordabili*. Sembra che questa tipologia di apotecari dovesse essere ben esperta in simili faccende, perché molto "richiesti".

Se la pubblicità è l'anima del commercio, allora si capisce perché, spesse volte, un'enorme siringa fosse posta fuori della porta della farmacia come insegna, al pari del bastone con le tre spire colorate usato dai barbieri (Figura 3).

L'onerosità della pratica fu in più occasioni oggetto dell'ironia di Molière tanto da essere anche definito "*lo strumento di Molière*" grazie alla molte citazioni nelle sue commedie e alla famosa giaculatoria "*Clysterium donare, postea seignare, ensuita purgare. Reseignare, repurgare, et reclysterare*..." messa in bocca ad Argan nella scena del Malato immaginario dove l'interprete, recitandola, riesce a cavarsela nell'interlocutorio con i saccenti professori che lo stavano esaminando.

La moda, perché di questo si trattò, che esplose nel 17° secolo ripropone un uso sconsiderato del clistere che somministrato a proposito o sproposito era divenuto consuetudine quotidiana se non più. La possibilità dell'auto somministrazione aveva certamente favorito questa mania che nell'ambiente parigino dei tempi di Re Sole e successivi assunse ai massimi livelli. La pulitura interna dell'intestino poteva anche verificarsi due o tre volte al giorno e c'era convincimento, tra le dame di palazzo, che quattro al giorno avrebbero garantito una carnagione bianca e pura. (Figura 4) A Corte, oltre che per coprire sgradevoli odori, legati ad una non altrettanto interessata pulizia corporea, i

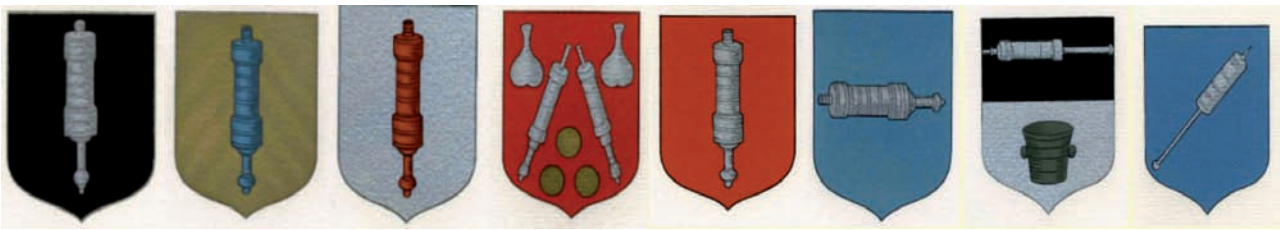


Figura 3. – Blasoni degli Apotecari con la siringa clistere come simbolo della professione.

Figura 4. – Alla corte del re francese, spesso, la fedele domestica si sostituiva all'apotecario.

profumi venivano aggiunti agli intrugli somministrati per via enterale al fine di rendere gradevoli anche gli efflati che con il lavacro venivano emessi. Ci sono notizie che Luigi XIII° in un anno abbia assunto oltre 200 robusti servizievoli, che erano somministrati in pubblico, facendo assumere alla pratica una cerimonialità regale. Re Sole pare abbia superato i duemila. Ad evitare che durante la giornata le damigelle di corte dovessero allontanarsi per soddisfare un bisogno corporale, tutte erano tenute a sottoporsi quotidianamente ad uno o due lavaggi. Ed ognuno richiedeva di essere trattenuto per almeno mezz'ora pena essere ripetuto. Famosa la vicenda di Françoise d'Aubigné Marchesa di Maintenon e morganatica consorte del Re Sole, che durante uno spettacolo teatrale alla presenza della Corte e tra il compiacimento generale fu avvicinata dalla sua dama di compagnia che, sollevate con discrezione le gonne, provvide ad inserire il beccuccio e iniettare il liquido; nella totale nonchalance della Madama. Altrettanto famosa la collezione di siringhe di Madame de Pompadour forgiate anche con metalli preziosi e di ogni dimensione.

Tanto interesse era anche correlato ad un reale beneficio, legato ovviamente all'alto tasso di problematiche intestinali legate alla scarsa qualità del cibo. C'erano soluzioni per quasi ogni esigenza; da quelli profumati alle rose, ai decotti di malva, con miele, latte, uova, brodo di cappone, c'erano intrugli per le mestruazioni dolorose, per le infezioni sessuali e, per la debolezza, nulla era migliore che l'orina di toro. Ma ogni erba, seme o elemento naturale possiamo dire sia stato utilizzato in via rettale per curare, gratificare, o punire.

Una singolare problematica di carattere religioso sorse, nel tardo medioevo, quando qualcuno si chiese se il brodo assunto per via rettale fosse un cibo e quindi interrompesse il digiuno. Ciò era molto importante per chi si doveva accostare alla Comunione o nei tempi di digiuno ed astinenza prescritto dalla Chiesa Cattolica. Galeno asseriva che le sostanze assunte per via rettale potevano risalire fino allo stomaco e quindi acquisivano valore nutritivo e questo determinava la *questio*. Dovette esprimersi il Montano, famoso medico dell'Università di Padova e fondatore della Clinica Medica, per decretare che il clistere non *frangit ieiunum*. Ma un clistere "nutritivo" indicato negli stati di debilitazione grave comprendeva: carne di manzo e di cappone, latte vaccino, zuppa d'orzo, zucchero rosato pane biscottato e tritato, rosso d'uovo e vino di qualità.

Per contro il serviziale di acqua benedetta sembra fosse una delle armi più potenti in mano all'esorcista, affiancato naturalmente dall'apotecario di turno, per la buona riuscita degli esorcismi. Quasi un *similia similibus curantur:* espellere il demonio dalla via a lui più congeniale, ed ovviamente con ...gran fragore!

BIBLIOGRAFIA

1. Meneghini A. Il serviziale. Pelviperineologia 2015; 34: 54-55.

([3]) Si tratta di una guaina da coltello forata all'estremità e quindi "portabile" come riferito in "Malati, medici farmacisti" da Alberico Benedicenti (1866-!961) fisiologo e farmacologo all'Università di Genova.

Corrispondenza:
Andrea Meneghini
Padua Teaching Hospital, Rehabilitation Unit, Via Giustiniani 1, 35128 Padova, Italy, Tel. +39-049-8211270
E-mail: dott.andreameneghini@gmail.com

Di donne, uomini, coppie e il prolasso della vergogna

STELLA DE CHINO

Fisioterapista e formatrice, Schio, Vicenza

Riassunto: In questo articolo si racconta il percorso di Stella e poi la storia di Francesca e Marco, una giovane coppia che chiede una consulenza sessuale. Il lavoro di educazione alla sessualità si snoda fra ascolto attivo e approccio pragmatico al problema attraverso consigli sullo stile di vita e le abitudini. A differenza di un approccio sessuologico lo scopo non è individuare disfunzioni sessuali o lavorare sulla psiche ma dar spazio alla capacità del soggetto di trovare la strada per riconnettersi con il corpo e le sue percezioni attraverso esperienze di contatto fisico non strettamente sessuali. Alla base del malessere di questa coppia emerge un vissuto di vergogna di Francesca rispetto all'autoerotismo e una mancata conoscenza del suo corpo. Un prolasso di secondo grado a 30 anni sembra espressione di disconnessione dalla vagina e dalle sue percezioni. Ripartire dalla scoperta di sé, dall'amore per il proprio sentire, è il primo passo del percorso di guarigione.

Parole chiave: Prolasso; Sessualità; Vergogna; Intimità.

STELLA, MARCO E FRANCESCA

Non era previsto che accadesse. Era di donne che volevo occuparmi. Di donne ferite. Di donne che non si conoscevano. Di donne alla ricerca di se stesse. Solo di donne. La mia storia personale mi predisponeva a questo tipo di lavoro. La mia storia familiare. Con gli uomini, beh, ce l'avevo un po'. Cresciuta in un contesto dove era all'ordine del giorno sentire frasi del tipo "Tanto è un uomo non capisce", sentendo spesso stigmatizzare i maschi come a senso unico, con in mente solo il sesso li vedevo come irrecuperabili. Racconto queste cose con schiettezza perché credo che un professionista sia una persona le cui convinzioni condizionano l'approccio al paziente. E così è stato per più di dieci anni. Anni di studio, di ricerca ed esperienza. Anni in cui ho imparato a valutare e trattare l'universo femminile in tutte le sue sfaccettature. Anni in cui il mio impegno è sempre stato mirato al benessere e al risveglio del corpo e della natura femminile. Ma la vita non ama i percorsi lineari e improvvisamente sono arrivati anche gli uomini.

Uomini prostatectomizzati, incontinenti, spesso molto fragili, alla ricerca di un sostegno, di un percorso, di un aiuto. All'inizio, spiazzata, tendevo a tornare a proporre i classici esercizi di Kegel, ma pian piano, man mano che acquisivo sicurezza ed esperienza ho iniziato a proporre esercizi con la vocalizzazione e a fare ciò che spiegavo anche alle donne sui muscoli pelvici e la cosa era molto apprezzata. Mi sono resa conto di quanto la mia paura del giudizio mi avesse limitata per molto tempo e di come invece il mio modo "creativo" di far percepire il pavimento pelvico fosse alla portata di tutti e che uomo non significa necessariamente poco percettivo, anzi. Spesso vi è raffinatezza nello spiegare le sensazioni provate durante le pratiche e precisione nell'identificazione delle zone di attivazione. Ho iniziato ad affrontare discorsi sulle percezioni, sull'incontinenza e sulla sessualità. Ho trovato uomini attenti, desiderosi di esprimersi, curiosi e anche spaventati. Domande del tipo "Ma se una donna dopo un rapporto vuole coccole, è perché non ha goduto abbastanza?". Mi sono chiesta cosa avevo visto io fino a quel momento degli uomini, che cosa mi aveva impedito di vederne la bellezza interiore. Ho scoperto che questa dimensione mi piaceva, che mi sentivo a mio agio e che educare e riabilitare era molto bello.

Ed ecco, nuovo giro di boa, sono arrivate le coppie.

Ah, questo no... non mi sentivo per nulla preparata. Partendo magari da un problema di incontinenza post parto mi chiedevano aiuto e sostegno su altre tematiche come ad esempio la sessualità. Chiedevano consigli pratici relativi alla quotidianità per poter recuperare una vita intima che era alla deriva.

Ho accolto anche questa esperienza come stimolo alla riflessione e alla creatività. Così ho sperimentato e proposto molte delle mie conoscenze sul massaggio e il contatto fisico come strumento di riscoperta e connessione nella coppia. L'ascolto attivo mi ha permesso di vedere aspetti mai considerati in precedenza come la connessione forte fra affettività e sessualità anche per l'uomo. Il lento svanire della dimensione intima è accompagnato spesso da un senso di solitudine e isolamento. I figli prendono il posto del compagno nella sfera emotiva della donna e quest'ultimo con sofferenza, fino ad un certo punto, accetta questo isolamento. E poi accade. Accade che un giorno non ce la fa più e apre il libro delle cose non dette. La compagne spiazzate pensano a me, alla terapista che le ha accompagnate nel corso pre parto o nel massaggio del neonato, e mi chiamano.

Non sono una sessuologa, ma un'educatrice oltre che una fisioterapista. Sono soprattutto una donna, con la sua storia e i suoi vissuti. Ascoltando apprendo molte cose: proverò a condividerle per poter dare un piccolo contributo a chi, come me, desidera vivere in modo diverso la propria professione. Le cose semplici sono le più utili quando ci troviamo di fronte a situazioni dove non c'è un reale conflitto nella coppia. Buon lavoro a tutti coloro che credono che non curiamo patologie ma aiutiamo persone.

Apro loro la porta ed entra prima lei, un sorriso di bimba e un pancione che mi fa pensare che sia in gravidanza. Lui arriva poco dopo, sguardo un po' timido e molto dolce. Li invito ad accomodarsi e noto che Francesca fatica a guardarmi negli occhi e quando sorride la muscolatura del viso si contrae esprimendo una tensione emotiva non indifferente. Mi chiedo quale possa essere la causa di questo disagio, di questo imbarazzo forte e tangibile.

Francesca chiede al Marco di parlare per primo, perché "è più bravo a raccontare" e per lei "affrontare certi argomenti non è facile". "Vivo di contatto fisico, amo abbracciare mia moglie, toccarla, fare l'amore ma da quando sono nati i bambini fra noi c'è un fossato. Lavoro molto e quando torno spesso non c'è il tempo nemmeno per un abbraccio. Mi manca la gratificazione della mia famiglia, la sensazione che gli sforzi che fai per darle il meglio siano compensati dal calore e dall'amore. Ho la sensazione che stiamo vivendo come due amici, due fratelli, due conoscenti".

Francesca prende la parola e si racconta: "Non sono mai stata molto disinibita. Ma ho avuto un crollo l'anno scorso che ha spento anche il poco desiderio

che avevo. Durante la gravidanza del mio secondo figlio ho perso mia mamma e mio fratello nel giro di pochi mesi". Gli occhi le si riempiono di lacrime. Mi alzo e la abbraccio e per alcuni minuti restiamo in silenzio, il silenzio delle emozioni condivise che sono sacre e meritano tempo e presenza.

Poi riprende a raccontarsi. "E poi là sotto è successo di tutto dopo il primo parto: un prolasso, la sensazione che i punti mi diano ancora fastidio, l'idrorrea che dopo la gravidanza ha continuato ad esserci...". Mentre parla della sua vagina percepisco che prova un senso di "disgusto" verso quella parte del suo corpo e le chiedo che rapporto ha con essa. Mi risponde che non è un buon rapporto, che non le piace ricevere sesso orale perché "non si sente ancora a posto", poi timidamente aggiunge "non ho mai raggiunto..." e si ferma… "l'orgasmo?" e lei... "si... ma ci sto bene con lui e mi piace la penetrazione. Solo non voglio i preliminari orali". Ancora una volta il suo sguardo che si abbassa, ancora una volta la sensazione di una vergogna molto profonda. Le spiego che se una cosa non le piace è importante dirlo com'è altrettanto importante dire cosa ci piace. Mi confessa che non si senta a posto "là" (di nuovo difficoltà a nominare la propria area genitale) e che le crea malessere questo tipo di stimolazione. Quando sente questo disagio la testa "inizia a pensare" e la magia svanisce. Ammette che finché l'approccio è affettuoso sta bene ma appena diventa erotico tutto cambia. Marco si inserisce dicendo che è per lui naturale e bello giocare con il corpo di lei e che in casa sua la nudità è sempre stata vissuta in modo spontaneo. Cresciuto con una madre molto serena si è ritrovato spiazzato dalle resistenze di Francesca che paradossalmente svanivano "quando andavano in ferie prima di avere i figli". Questa disinibizione lo ha portato a chiedersi chi è veramente Francesca... quella in vacanza o quella a casa?

Spiego a Marco che Francesca sta ancora allattando e che ormonalmente non è sicuramente molto "attiva". Sta inoltre prendendo la pillola e quindi a maggior ragione i tassi di estrogeni ed estradiolo, gli ormoni del desiderio, sono sicuramente molto bassi mentre la prolattina, ormone della protezione, è altissimo e predispone più all'accudire che al desiderare.

"Che rapporto hai Francesca con questa parte del tuo corpo? Hai mai praticato autoerotismo?" Abbassa di nuovo gli occhi e si irrigidisce. "Per i bambini il contatto con i genitali è spontaneo e naturale. Non c'è consapevolezza che questa cosa si chiami sesso e il semplice giocare con la clitoride provoca piacere". Prende fiato e poi si apre : "quando ero piccola mia mamma mi ha sorpresa a toccarmi. Si è molto arrabbiata, mi ha detto che non erano cose da fare e io mi sono sentita sbagliata. Da allora non mi sono mai più toccata". Me lo racconta tutto d'un fiato come se sua madre fosse fuori dalla porta a sentire.

Tutto ora ha un senso: il suo sguardo, la sua difficoltà a parlare di sessualità, la sconnessione con i muscoli pelvici (ha un quadro di marcata ipotonia e un prolasso di secondo grado).

Prendo nuovamente la parola e le dico "secondo me la frase di Gesù sullo scandalizzare un bambino si riferisce proprio e questo tipo di ferite: i bambini non hanno malizia, gli adulti invece sì e caricano di emozioni negative gesti spontanei e di scoperta come quello che stavi facendo tu. Sii consapevole che lo scoprire i genitali fa parte del percorso naturale di crescita di una bambina, ma mentre per il maschietto è più semplice perché il pene lo prende in mano anche solo per fare la pipì la femmina se la trovi con le mani nella vulva è per forza per un motivo diverso."

Man mano che parlo di questo il suo sguardo diventa più sereno e inizia a guardarmi negli occhi. C'è un'atmosfera molto intima e gradevole. Parliamo tutti e tre a bassa voce anche se fuori non c'è nessuno, come a custodire i "segreti" che Francesca condivide.

Marco prende la parola e dice: "Sono sincero... mi sento tanto solo. A me basterebbe davvero poco... vederla nuda qualche volta ad esempio. Si vergogna anche di me..."

È giunto il momento di dare delle "dritte" per poter trovare una via sana di uscita da questo stallo di coppia.

Le cose semplici sono le più utili quando ci troviamo di fronte a situazioni dove nella coppia non c'è un reale conflitto. E questa coppia è davvero bella. C'è un amore grande negli sguardi di lui, nel suo attendere che lei "sbocci" come donna senza forzare. C'è un amore infinito in questo suo comprendere e voler portare lei con dolcezza a scoprire la gioia di una sessualità serena e libera da paure. Quindi propongo loro di trovare alcuni obiettivi da raggiungere.

Il primo è sicuramente quello di ricreare l'intimità della coppia, inghiottita dalla nascita di due bimbi, il più piccolo dei quali ha sei mesi.

"*Prendetevi un tempo settimanale per voi e solo per voi*". Un tempo di qualità e di pace dove poter praticare un massaggio, ascoltare il corpo e darsi piacere.

"*Tornate ad abbracciarvi quando andate a letto*". Sembra ovvio ma non lo è. Molte coppie, sfinite da giornate di lavoro interminabili e figli con mille esigenze si dimenticano di percepirsi fisicamente. Sappiamo bene quanto sia importante per una buona intesa sessuale che ci sia una connessione emotiva, soprattutto per la donna.

"*I preliminari non solo soltanto quelli canonici ma per risvegliare una donna sono molto più efficaci quelli epidermici*". Se il sesso orale viene vissuto male ci sono altri modi per dare piacere ad una donna. Carezze, grattini e contatto con tutto il corpo provocano abbandono e calmano la mente.

"*Inizia a conoscere il tuo corpo*". Questo è un consiglio che do a Francesca. Le spiego alcune cose sulla clitoride e la invito ad iniziare il cammino di conoscenza delle sue zone intime.

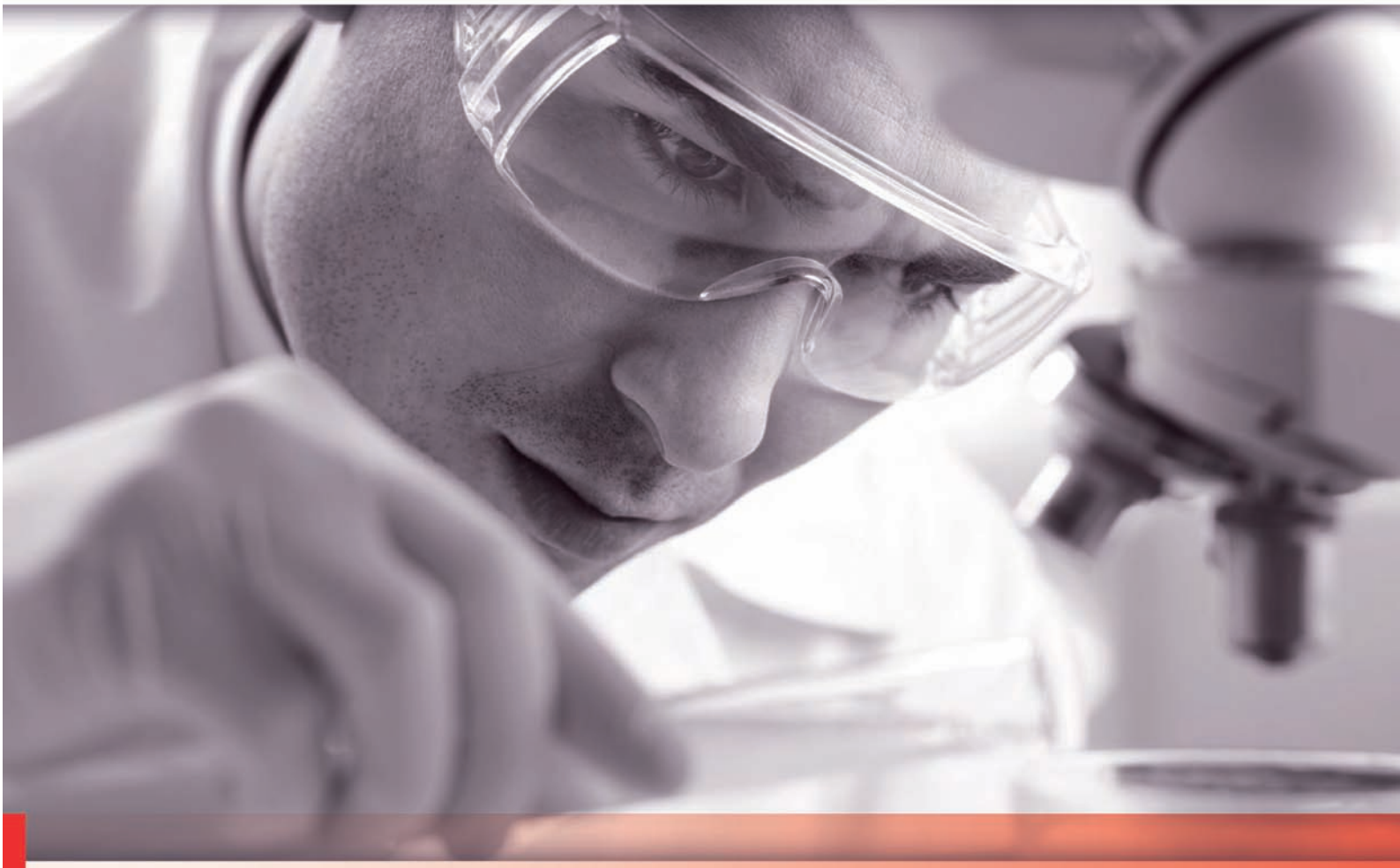
"*Non preoccupativi di dar piacere ma cercate il piacere nel dar piacere*". Si dà poca importanza al piacere. Il piacere è "strumentale" all'approccio e al rapporto sessuale e, infine, all'orgasmo. In questo modo l'incontro intimo viene vissuto come un "banco di prova" che la relazione funziona con grande ansia da parte di entrambi. Insegnare il godimento fine a se stesso ha lo scopo di "riconnettere" le persone al qui e ora sganciandole dalla sindrome della prestazione che, in una relazione d'amore, non ha senso esserci.

"*Prendetevi il tempo per ritualizzare il momento intimo con un massaggio, delle candele profumate e spazio per voi*" . Il rito del massaggio è spesso la chiave di volta si una relazione un pò spenta. Ritualizzare significa "dare valore", mettere al centro qualcosa e sacralizzarla. In questa dimensione il partner (alternativamente e in momenti diversi) viene messo al centro e ci si prende cura di lui attraverso le mani e perché no, tutto il corpo. La nudità di entrambi è consigliata e l'uso della musica auspicato. In questo contesto la quotidianità viene lasciata fuori dalla porta e si entra in una dimensione di "non tempo". Quello che accade poi è la diretta conseguenza di questo dar valore alla persona e alla relazione.

Alcune riflessioni sulla patologia di Francesca: il prolasso. I suoi muscoli pelvici, ignorati, stigmatizzati, addormentati, rifiutati assieme alla vagina stessa hanno ceduto, manifestando un sintomo visibile, tangibile, di malessere. La vergogna, troppo a lungo trattenuta fra le pieghe delle gambe si è resa visibile in qualcosa di "disgustoso" che ha accentuato il rapporto già negativo che Francesca aveva con la sua vagina. Tutto questo, assieme alle altre vicende esistenziali che abbiamo visto ha creato un fossato nella relazione con il compagno. Ma da Francesca stessa è partita la proposta di venire da me le dritte per comprendere il suo disagio.

Il prolasso della vergogna è stata una resa. Impossibile nasconderla ... è diventata un sintomo. E in questo sintomo c'è comunque il seme di una guarigione emotiva.

Corrispondenza:
Stella De Chino - via Righi 32 - Schio 36030 Vicenza - Italy
E-mail: stelladechino@gmail.com



Better Health, Brighter Future

C'è molto altro che possiamo fare per migliorare la vita delle persone. Guidati dalla passione nel realizzare questo obiettivo, noi di Takeda abbiamo reso disponibili farmaci innovativi sin dalla nostra nascita nel 1781.

Oggi affrontiamo ovunque nel mondo differenti questioni che riguardano la salute, dalla prevenzione all'attenzione verso la cura, ma la nostra ambizione rimane la stessa: trovare nuove soluzioni capaci di fare una positiva differenza e fornire farmaci migliori per aiutare quante più persone possibile, il prima possibile.

Con la nostra ampia esperienza e il nostro patrimonio di conoscenze, noi di Takeda saremo sempre impegnati a migliorare il futuro della salute.

Annuncio

L'AIDOP, una Onlus per specialisti dedicati alle patologie funzionali pelvi-perineologiche

CARLO BARGIGGIA

Associazione Italiana per le Disfunzioni degli Organi Pelvici, Palermo

In qualsiasi ambito di ricerca più si affina la capacità di analisi e più si percepisce quanto sia vasto e difficilmente raggiungibile ciò che rimane sconosciuto. Qualificati specialisti italiani, nelle chirurgie, urologie e ginecologie hanno realizzato unità diagnostiche e terapeutiche d'avanguardia e stimolati dagli input innovativi, hanno spesso superato lo stretto ambito anatomico di loro pertinenza, per indirizzarsi a tutti gli organi del comparto pelvico. Tanti colleghi giovani e non, trasferiti poi in strutture sanitarie periferiche hanno portato nelle nuove realtà professionali un bagaglio di formazione ed un importante stimolo a crescere.

I corsi di aggiornamento a loro volta hanno prodotto fattive collaborazioni. L'esperienza personale di un tutoraggio formativo a Palermo, ha concretizzato un progetto che risale a quando ero in servizio all'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e, nel novembre 2014, è stata istituita la Onlus Associazione Italiana per le Disfunzioni degli Organi Pelvici cui aderiscono medici, personale infermieristico ed assistenziale, amministratori, gestori socio-sanitari, parenti e pazienti per i quali le patologie funzionali compromettono gravemente la qualità di vita, invalidanti come sono in una popolazione sempre più longeva.

Uniformare i criteri di valutazione soggettiva ed oggettiva dei sintomi e delle manifestazioni cliniche delle sindromi pelvi-perineali costituisce un presupposto indispensabile per ottimizzare le indicazioni diagnostiche e terapeutiche e condividere la valutazione dei risultati.

Tutti i contributi conoscitivi e propositivi . si concretizzano nella partnership con IEMEST, Istituto Europeo Mediterraneo di Scienza e Tecnologia, con il quale A.I.D.O.P. condivide la sede palermitana, e con l'Istituto di Ingegneria Biomedica dell'Università di Pavia che rende disponibile il supporto tecnologico.

I centri di eccellenza che si accrediteranno ad A.I.D.O.P. garantiranno la valutazione del quadro clinico, al bisogno anche gratuita o a domicilio o presso le strutture ospitanti laddove non fossero facilmente trasportabili, forniranno inoltre assistenza logistica nel pilotare l'iter diagnostico evitando così ai pazienti il disagio di una ricerca autonoma spesso difficile.

L'A.I.D.O.P. si propone quindi con un impegno finalizzato a:

- indicare o rendere disponibili, su tutto il territoriale nazionale, specialisti qualificati aderenti all'Associazione,
- garantire una prima valutazione, anche a domicilio o presso strutture ospitanti e per pazienti di difficile gestione, eventualmente anche gratuita;
- svolgere attività informativa attraverso i canali mediatici;
- fare formazione ed aggiornamento con gli Ordini dei Medici attraverso appositi corsi, e con incontri periodici con gli Specialisti del territorio in ogni Regione;
- incentivare la verifica, presso centri qualificati, della potenzialità di tecniche diagnostiche o terapeutiche sperimentali e informare sulla loro effettiva e comprovata validità;
- utilizzare strumenti di valutazione oggettiva dei quadri clinici.

Per questi impegni A.I.D.O.P. viene supportata dal contributo operativo ed economico di quanti, a titolo professionale o personale e con assoluta trasparenza, condividono le sue finalità.

Sono possibili: iscrizione individuale o di Ente con contributo minimo rispettivamente di 20/50 Euro, donazione del 5 x 1000 dell'IRPEF personale, aziendale o societario con accredito ad AIDOP, C.F. 97300790827, contributi economici a titolo di donazione.

Sul sito dell'Associazione sono accessibili informazioni sull'attività e sugli eventi organizzati.. Emblematico per la specificità del tema trattato, l'incontro del 28 giugno 2016 a Palermo (in coincidenza con la "Giornata Nazionale per la prevenzione e la cura dell'Incontinenza") dal titolo: *L'Incontinenza. Gestione moderna di un male antico. Nuovi aspetti terapeutici*. L'incontro è rivolto a tutti gli specialisti interessati, ai Medici di Medicina Generale, agli Operatori Sanitari del comparto infermieristico ed assistenziale.

A.I.D.O.P.: via Del Bersagliere, 45 – 90143 Palermo.
www.aidop.it info@aidop.it

Segreteria: Sig.ra D.Molinelli 3317389090,
Dott.ssa I. Barbaini 3486506608,

Presidenza: Dott. C. Bargiggia,
carlo.bargiggia@tin.it 3355722676,

Vicepresidenza: Dott. B. Di Trapani,
benedetto.ditrapani@gmail.com 3356652368

Certi “ospiti” sono sempre scomodi.

Blunorm® Forte

COMPRESSE
FAST-SLOW

Integratore alimentare a base di Acido α-Lipoico, flavonoidi fitosomati e selezionati da estratti da Ginkgo biloba e Vitis vinifera, con Vitamine del gruppo B e Selenio.

1 COMPRESSA contiene:
400 mg **di ACIDO α-LIPOICO**
200 mg **di LEUCOSELECT® FITOSOMA®**
80 mg **di GINKGOSELECT® FITOSOMA®**

SENZA GLUTINE

MODO D’USO:
2 compresse al giorno per 10 giorni, seguiti da un uso continuativo di **1 compressa al giorno.**

LABOREST®

CERTIFICAZIONE SISTEMA DI GESTIONE ISO 9001 ISO 22000 DNV

laborest.com

Il racconto di Giorgetti Lo spadone

Sono stato sempre convinto d'aver avuto il miglior nonno al mondo, anche se "nonno" non l'ho chiamato mai, ma solo Dino, che era il diminutivo di Corrado.

Era rimasto vedovo quando la figlia aveva quindici anni e non si era più sposato, non per un rispetto della consorte, ma perché avere una sola donna non gli era mai bastato, nemmeno prima della vedovanza.

Io non ho conosciuto né mia madre né mio padre e forse nemmeno lei avrebbe saputo dire come si era trovata incinta.

Dino mi aveva detto che era una giornalista, una grande giornalista, innamorata del suo mestiere. Girava il mondo, inviata in tutti i luoghi in cui accadevano grandi eventi: guerre, rivoluzioni, terremoti, inondazioni...

A ventidue anni si era laureata in lettere e l'anno stesso aveva iniziato a pellegrinare.

Quando di anni ne aveva venticinque, era ritornata a casa con il pancione, e dopo tre mesi nacqui io e assunsi il cognome e il nome del nonno.

Questo omaggio lui lo gradì molto e si ritenne fortunato che nessuno altro avrebbe avanzato su di me delle pretese.

Mia madre mi allattò per sei mesi, poi scoppiò una rivoluzione da qualche parte del mondo e lei disse che doveva partire immediatamente.

"No, da qui non ti muovi. Hai dei doveri verso tuo figlio" le impose il padre.

"Lo affido a te."

"Non lo voglio."

"Io te lo lascio e tu fanne quello che credi."

Lui, conoscendo il soggetto, fece sparire abiti, biancheria intima, scarpe, chiavi delle macchine ed anche le biciclette.

Il giorno dopo lei se ne andò all'alba, con un taxi, in ciabatte, senza valigia ed io restai con mio nonno.

Di lei non si seppe più nulla.

Quando Dino mi parlava di lei, spesso concludeva:

"Sono certo che prima o dopo ci farà una sorpresa e ti porterà, come minimo, un paio di fratellini."

Quando ero grande ho scoperto che aveva speso un patrimonio per cercare sue notizie e, fino all'ultimo, sperò in un suo ritorno.

Fino all'età di sei anni, con Dino, sono stato in una splendida fattoria, fra Firenze e Siena, nel cuore del Chianti.

Tutto il nostro terreno, settanta ettari, era un grande vigneto e la fattoria, di fatto, una grande cantina.

Dino era laureato in Agraria e mandava avanti l'azienda: inviava il suo vino in tutto il mondo e, ma non lo diceva solo lui, il suo era il Chianti più ricercato ed apprezzato dagli intenditori.

Quando avevo sei anni, per farmi frequentare la scuola, ci trasferimmo a Firenze, in una nostra bella casa, proprio in centro, in via Calzaioli.

Quel trasferimento, per me, era stato come l'uscita dal Paradiso Terrestre: rimpiangevo la campagna, il cane, vedere sorgere, tramontare il sole fra gli alberi, viaggiare la luna nel cielo.

Adesso la luna le stelle, il sole li vedevo fra i tetti delle case e non avvertivo più il profumo della terra bagnata dalla pioggia.

Dino se ne accorse:

"Non ti preoccupare: ogni anno, appena la scuola chiuderà, ritorneremo a casa nostra, quella vera."

A scuola non avevo problemi perché sapevo già leggere e scrivere e parlavo bene sia il francese che l'inglese.

Infatti, tutti gli anni, alla metà di agosto, immancabilmente, arrivava un enologo … donna che si tratteneva in fattoria fino dopo Natale; a febbraio arrivava un'esperta di mercato di lingua inglese che curava la parte commerciale della cantina e restava da noi fino a giugno.

Il nonno sosteneva che i migliori enologi si trovavano in Francia e il fatto che da noi capitassero solo e sempre donne giovani e belle, era solo un caso.

Per la parte commerciale, poiché i Paesi verso cui il vino veniva inviato, erano prevalentemente di lingua inglese, era logico trovare lì chi aveva esperienza nel settore che, guarda caso, era sempre una donna … giovane e bella.

Che poi le sue annuali collaboratrici alloggiassero in camera di Dino, era solo un dettaglio.

Ogni anno le collaboratrici cambiavano perché, diceva lui, ognuna era portatrice di innovazioni, di idee nuove, di esperienze diverse e... sorrideva.

Però aveva ragione lui, perché tutti dovevano ammettere che Dino produceva il miglior Chianti e che le vendite andavano alla grande.

Va anche aggiunto che quella strategia, ci permetteva di parlare, indifferentemente, in italiano, in francese ed in inglese.

Nei suoi spostamenti all'estero, spesso Dino mi portava con se e la stessa esperienza (padronanza delle lingue e viaggi all'estero) l'aveva fatta anche mia madre, fin da bambina e forse per questo, lei, poi era diventata una girovaga.

Io, invece, preferivo restare nella fattoria: vivevo tutto il giorno all'aria aperta. Quando era bel tempo, giravo fra i vigneti con il mio cane, Lillo, un grosso spinone: abbaiando, inseguiva le lepri o faceva volare i fagiani; rientravamo in casa stanchi, affamati, felici.

Dino era un bell'uomo.

Di statura media; robusto; un viso regolare, sempre abbronzato (andava spesso a cavallo); capelli folti, ricci, corti (prima neri, poi grigi); occhi scuri, espressivi; una corta barba, anch'essa un tempo nera, poi quasi completamente bianca.

Le annuali collaboratrici di Dino mi coprivano di attenzioni, forse nella speranza di prolungare la loro permanenza in fattoria, ma mai nessuna si trattenne più del previsto.

Giulia, la nostra anziana domestica, era stata quella che, fin da bambino, mi aveva sempre accudito, sia in fattoria che a Firenze e Giulia adorava Dino: per lui avrebbe camminato sui carboni ardenti e sono convinto che in gioventù abbia avuto un ruolo anche in camera da letto.

Una mattina, all'alba, ero con Giulia in giardino, vidi Dino. nudo, in piedi, sul terrazzo della sua camera e … l'arnese appoggiato sul parapetto. Lei, notando il mio stupore: "Lo fa spesso, lo chiama "Inno al sole" oppure "l'alza bandiera". Sostiene che quello, essendo determinante per lo sviluppo dell'umanità, non deve restare perennemente al buio."

Durante la nostra permanenza a Firenze, Dino sembrava un altro: usciva tutte le sere e rientrava all'alba; frequentava il teatro; i salotti culturali; le famiglie illustri della città.

Il telefono in casa squillava continuamente: spessissimo

Guerrino Giorgetti ha pubblicato volumi di narrativa con la Mondadori: *Memorie di un cacciatore pentito* (adattato come libro di lettura per le Scuole Medie con il titolo "Addio alla caccia"); *Storie di Animali*; *Uomini ed altri animali*. Collaborando con quotidiani e periodici ha ottenuto vari premi letterari e giornalistici. Alcuni racconti vengono riportati nei testi scolastici. Vive a Perugia.

erano donne e cercavano sempre lui.

Una volta sentii un suo amico dire: "Dio ci salvi dal cattivo destino e dallo spadone di Dino."

Rimasi stupito: io, in casa, una spada non l'avevo mai vista e non sapevo che Dino tirasse di scherma, perciò il giorno stesso gli chiesi:

"Posso vedere il tuo spadone?"

"Quale spadone?" fece lui stupito.

E gli riferii il detto che avevo udito.

Ridendo disse: "È un'arma segreta: a suo tempo la erediterai." In seguito sentii altre allusioni su di lui: sciupafemmine, mandrillo, affetto da favismo, ...per lui, giovani, vecchie, belle o brutte, van bene tutte: basta che respirino.

Invece le sapeva scegliere, e come! Diceva che le donne son come le rose: se colte all'alba sprigionano freschezza e splendore, al tramonto, hanno un profumo inebriante.

Non voglio mettere in dubbio la sua professionalità, ma ho sempre visto Dino che si impegnava molto per cogliere le rose nelle prime ore del mattino.

Altrettanta attenzione metteva nei vini: destinava all'invecchiamento quelli d'annate particolari e nell'etichetta c'era un'aquila eretta, con due grosse palle fra gli artigli.

Dino diceva: " I Medici di palle n'avevano messe sei nel blasone, ma nel mio c'è il rapace." Della mamma Dino mi disse che era una grande giornalista ma anche un'impulsiva: "Non accettava compromessi, era un'estremista. Secondo lei non è giusto che al mando ci siano i ricchi e i poveri. Era un'illusa. Aveva un gran cuore e … tanto poco cervello."

Un giorno un compagno di classe mi disse che io non avevo né un padre, né una madre, ma solo un nonno.

Chiesi spiegazioni a Dino.

"Una madre l'hai avuta e forse ancora ce l'hai, ma ti è capitata una donna eccezionale; su tuo padre non so cosa dirti, ma conoscendo mia figlia, sono certo che non era uno qualsiasi.

In quanto a me, è vero, dovresti chiamarmi nonno, ma è una qualifica che non mi piace: sa di vecchio, di prossima scadenza. Io non sono in quelle condizioni."

Quando si trattò di scegliere la facoltà che avrei dovuto prendere, ne parlai con Dino:

"Devi essere tu a decidere. Per secoli in famiglia abbiamo avuto avvocati e notai; io mi innamorai delle donne e dell'agricoltura: non ho rimpianti, mi danno molte soddisfazioni.

Perciò fa quello che più ti piace e se poi la scelta fatta non ti soddisfa, cambia subito strada.

Ricordati: con le scarpe e con le donne non bisogna aver problemi, ci si deve star bene."

"Vorrei iscrivermi a medicina."

"Bene! Un medico in famiglia può far comodo. Se poi dovessi scegliere di fare il ginecologo, una mano te la darò volentieri."

Dopo dieci anni fui io a dovergli dire che aveva un brutto tumore alla prostata.

"Secondo me … Sì, insomma, tutto è dipeso dal fatto che io ho… adoperato un po' troppo lo spadone: è vero?"

"No, non c'entra proprio niente."

Ci rimase male.

Poi, a bassa voce:

"Dovevi lasciarmi questa convinzione."

E dopo un po' mi chiese: "Tu, con lo spadone, come sei messo?"

"Le esperte del settore dicono che... ho preso da te."

"Ecco, questa sì che è una buona notizia!"

"Eppure sono convinto che il mio spadone mi abbia tradito" disse ridendo entrando in sala operatoria e poi aggiunse:

"Se vedi tua madre, dille... No, lascia stare, glielo dirò io."

Fu l'ultima nostra conversazione.

Ciao Dino, sei stato il miglior nonno al mondo.

Mostri e mostre A cura di GUERRINO GIORGETTI

U. BOCCIONI. POCHI LO SANNO MA TUTTI I GIORNI LA TOCCANO ... SUL RECTO

Nel 2016 Milano nelle splendide sale del Palazzo Reale celebra l'artista futurista Umberto Boccioni. E' il centenario della sua morte e con questa grande mostra (di fatto vengono esposte quasi tutte le sue opere) si rende finalmente giustizia ed omaggio sia ad un grande artista italiano del Novecento, sia ad una importante corrente artistica tipicamente italiana, il Futurismo.

Troppo spesso pecchiamo di esterofilia e per non essere ritenuti dei provinciali sopravvalutiamo tutto quello che viene fuori dai nostri confini. Molti, senza conoscere una parola d'inglese, si esaltano per le canzoni ed i cantanti angloamericani e acquistano libri di sconosciuti autori, che hanno però nomi esotici. Ma se per la musica e la letteratura le cose vanno male, per la pittura e la scultura vanno peggio. Un giovane ed ottimo artista siciliano mandò una sua tela ad un concorso che annualmente organizza un paese dell'Adriatico. Come previsto dal regolamento, aveva indicato il suo nome, il cognome e il luogo di nascita: nel suo caso Canicattì. L'opera nemmeno ebbe l'onore della menzione. L'anno successivo a quella manifestazione inviò la stessa opera con un'altra cornice, ma tradusse il suo nome in inglese, precisando che era nato a Kanykaty: ottenne il primo premio. Uno che d'arte un po' se ne intendeva, un certo Michelangelo Buonarroti, ha detto: "La pittura è una musica che solo l'intelligenza può percepire."

Il Futurismo è stato un movimento tipicamente italiano, nato proprio all'inizio del 1900: il suo fondatore, Filippo Tommaso Marinetti, pubblicò a Parigi il 20 febbraio del 1909 sul giornale Le Figaro il Manifesto nel quale proclama il radicale e totale rinnovamento di tutti i mezzi espressivi, di tutte le tradizioni; era necessario un rinnovamento totale della cultura, della politica, della filosofia… Nel nuovo secolo nasceva un nuovo uomo, libero dai lacci della tradizione. L'uomo aveva creato, con la sua intelligenza, l'epoca delle macchine e le macchine avevano creato un nuovo uomo, libero di muoversi nello spazio fisico e intellettuale. La velocità, il dinamismo, il movimento erano i simboli della vittoria sul vecchio immobilismo. Tutto era in movimento e s'imponeva un radicale rinnovamento: "noi vogliamo distruggere i musei, le biblioteche, le accademie di ogni specie…fondiamo oggi il Futurismo, perché vogliamo liberare questo paese dalla sua fetida cancrena dei professori, d'archeologhi, di ciceroni e d'antiquari… Musei: cimiteri! Musei: assurdi macelli di pittori e scultori … Che ci si vada in pellegrinaggio una volta all'anno, come si va al camposanto nel giorno dei morti … ve lo concedo." E per la sintassi proclamava: "Bisogna distruggere la sintassi, disponendo i sostantivi a caso, come vengono, si deve abolire l'aggettivo, l'avverbio, abolire anche la punteggiatura". Furono in tanti gli intellettuali, gli scrittori, i poeti, i pittori e gli scultori italiani che abbracciarono la nuova fede. Qualche nome: Balla, Boccioni, Bragaglia, Carrà, Conti, Depero, Dorazio, Dottori, Funi, Sante Monachesi, Palazzeschi, Papini, Prampolini, Severini, Sironi, Soffici.

Nell'ambito della pittura e della scultura, Boccioni merita una particolare attenzione sia come personaggio che come autore. Era nato a Reggio Calabria nel 1882 e morto a Verona nel 1916 cadendo da cavallo. Uomo colto, bello, affascinante, amato da splendide donne. Ha lasciato dipinti e disegni che dimostrano una disinvoltura ed una maestria eccezionali sia seguendo i canoni tradizionali sia aderendo alle formule marinettiane.

La scultura che denominò *Forme uniche della continuità nello spazio* è senza dubbio la sua opera più riuscita ed è diventata di fatto il simbolo più significativo del Futurismo.

Rappresenta una complessa figura umana che cammina, in cui le parti anatomiche sono "forme uniche nella continuità nello spazio" appunto, "una specie di mostro umano che avanza" qualcuno a suo tempo aveva definito quest'opera. La scultura originale è stata riprodotta sia in bronzo che in gesso e, naturalmente, è presente nella mostra allestita nel Palazzo Reale a Milano.

Qualche anno fa un amico antiquario invitò me ed altri appassionati nella sua villa per ammirare alcuni nuovi acquisti. Alla fine ci condusse in una grande sala, con le pareti nude, bianche: al centro, su di un piedistallo, c'era una copia in bronzo dell'opera di Boccioni.

Ci disse che un tecnico che collaborava con i registi cinematografici per gli effetti di luci durante le riprese aveva predisposto un'illuminazione atta a valorizzare il capolavoro.

Si spensero le luci. Dopo qualche attimo, iniziò un susseguirsi di sciabolate luminose alternate al buio completo; i fasci partivano dall'alto, dai lati, dal basso, in un alternarsi continuo e rapidissimo.

E lo vedemmo tutti: il Mostro stava camminando.

Umberto Boccioni. *Forme uniche della continuità nello spazio* (1913). La scultura è raffigurata sul recto delle monete da 20 centesimi di euro coniate in Italia e se ne conoscono versioni esposte in vari musei, MoMa di Manhattan, Tate Modern di Londra, Metropolitan di New York, Museo del Novecento di Milano, Kunsthalle di Mannheim, "... un capolavoro plastico di valore assoluto. Il titolo manifesta l'intenzione di sperimentare, attraverso la scultura, la possibilità di rendere unica la percezione di pieni e vuoti, quasi che la materia sia solo una manifestazione accidentale di un'energia dinamica che riempie tutto lo spazio. Ciò avviene soprattutto attraverso l'uso sapiente di cavità e convessità, che scompone il corpo in parti non più plasmate dall'anatomia ma dal dinamismo del movimento. Il senso di potenza che la figura trasmette è straordinario. La forma antropomorfa senza braccia diviene così il simbolo dell'uomo moderno lanciato a conquistare il futuro…" (fonte Wikipedia)

pelvilen® Dual Act

Il **Dolore Pelvico Cronico** non è solo **dolore**

PEA-um®

PALMITOILETANOLAMIDE
ultra-micronizzata (PEA-um®)

dimensione particellare 0,8 ÷ 6,0 µm

PEAPol-m®

PALMITOILETANOLAMIDE
co-micronizzata
con **Polidatina (PEAPol-m®)**

dimensione particellare 2,0 ÷ 10,0 µm

© 2014 EPITECH GROUP

epitech group

info@epitech.it

pelvilen.com