Vol. 37 - N. 2
Giugno 2018

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

Collaboratori 2016-2018

Ilaria Baini, Gabriele Bazzocchi, Arianna Bortolami, Stella De Chino, Davide De Vita, Umberto Ferro, Elena Frighetto, Mariella Fusco, Fabio Gaj, Donatella Giraudo, Guerrino Giorgetti, Mauro Menarini, Andrea Meneghini, Umberto Nardi, Stefano Salvatore, Désirée Uguccioni dei Buondelmonti

Sezioni

**Ginecologia estetica
Medicina complementare
Medicina legale
Medicina narrativa
Pelvi-perineo-cultura
Riabilitazione/perineo felice
Storia della pelviperineologia**

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**

Editore e direttore responsabile
Giuseppe Dodi

Indice

18 **Editoriale**
Il galateo degli sfinteri. Dilatatori, dildo, analità, tabù e salute
G. Dodi

19 **Composizione innovativa di fitopreparati per la crisi emorroidaria: valutazione della sicurezza e dell'efficacia di un prodotto naturale. Studio multicentrico di confronto con una crema anestetica steroidea di uso corrente**
F. La Torre, F. Cappellato, I. Clementi, R. De Falco, B. Ferraro, F. Gaj, L. Marcato, G. Milito, N. Pulvirenti, A. Ramin, F. Santacroce, C. Schievano, R. Villani, M. Zaffin

23 **L'incontinenza urinaria nell'anziano fragile**
Parte prima: epidemiologia, costi economici ed impatto sulla qualità di vita
M. Bruno

27 **L'ascolto e il piacere come anelli di congiunzione fra disfunzioni pelviche, sessualità e vissuti emozionali**
S. De Chino

28 **Il racconto di Giorgetti: L'anello**

30 **Mostri e mostre: Antonio Canova e la bellezza**

31 **16° Congresso SIUD. Fisioterapisti, infermieri, ostetriche NAPOLI, 7-9 GIUGNO 2018**

Leda e il cigno - Leonardo da Vinci, 1510)

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

Redazione e stampa:
Tip. Veneta
Via E. Dalla Costa, 6
35129 Padova
info@tipografiaveneta.it
giuseppe.dodi@unipd.it

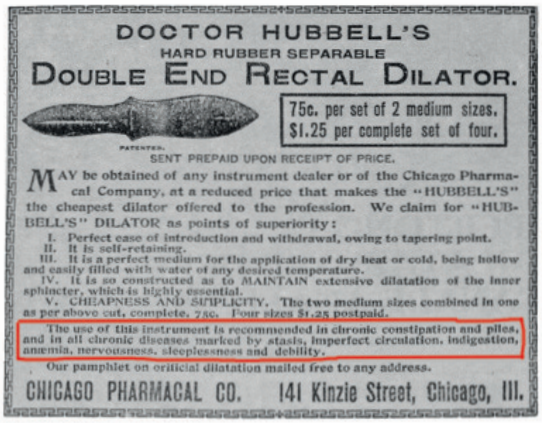
www.pelviperineologia.it

Editoriale

Il galateo degli sfinteri
Dilatatori, dildo, analità, tabù e salute

Al St.Mark's Hospital di Londra Sir Alan Parks, il chirurgo proctologo di Casa Windsor, negli anni '70 ammoniva che gli sfinteri devono *contrarsi* bene per resistere alle avversità della vita, ma devono anche sapersi ben *rilassare*: essere *accoglienti* nelle due direzioni, si può aggiungere oggi con un tocco di ambiguità.

Nei miei anni americani frequentavo spesso la biblioteca di una delle top ten universities dove conduceva le sue ricerche anche Rita Levi Montalcini. Una sera, curiosando in un volume del 1904 dell'*American Journal Obstetrics & Gynecology*, mi imbattei in un annuncio sorprendente: il *dilatatore rettale* del dottor Hubbell (Fig. 1) veniva "raccomandato in tutte le malattie croniche caratterizzate da stasi e imperfetta circolazione, stipsi, emorroidi, dispepsia, anemia, nervosismo, insonnia e astenia" (sic!): inserzione pubblicitaria nello stile scientifico della bell'époque ma assai intrigante. Quando poi nel 1978 frequentando il St Mark's Hospital si vide qualcosa del genere in metallo (Fig. 2 C), lo si portò subito in Italia. La coraggiosa *Sapi Med* se ne fece carico per la produzione in plastica e la distribuzione, mentre molti si domandavano quale possibilità di diffusione potesse avere un arnese del genere in un paese latino la cui cultura non lo avrebbe mai accettato al di fuori dei sex shops con relativi sex toys. Casanova sosteneva che attraverso l'ano qualcosa deve solo uscire e non entrare; evidentemente non condivideva neppur uno dei proverbi che fan parte della cultura popolare nostrana, e che peraltro hanno solide basi di vera fisiopatologia genito-anale, ove si dice ad esempio che "l'ano è per la gente dotta e per il villan fottuto c'è la potta" oppure che "davanti la mi spaventa dietro la mi contenta"!


DOCTOR HUBBELL'S
HARD RUBBER SEPARABLE
DOUBLE END RECTAL DILATOR.

75c. per set of 2 medium sizes, $1.25 per complete set of four.

SENT PREPAID UPON RECEIPT OF PRICE.

MAY be obtained of any instrument dealer or of the Chicago Pharmacal Company, at a reduced price that makes the "HUBBELL'S" the cheapest dilator offered to the profession. We claim for "HUBBELL'S" DILATOR as points of superiority:

I. Perfect ease of introduction and withdrawal, owing to tapering point.
II. It is self-retaining.
III. It is a perfect medium for the application of dry heat or cold, being hollow and easily filled with water of any desired temperature.
IV. It is so constructed as to MAINTAIN extensive dilatation of the inner sphincter, which is highly essential.
V. CHEAPNESS AND SIMPLICITY. The two medium sizes combined in one as per above cut, complete, 75c. Four sizes $1.25 postpaid.

The use of this instrument is recommended in chronic constipation and piles, and in all chronic diseases marked by stasis, imperfect circulation, indigestion, anæmia, nervousness, sleeplessness and debility.

Our pamphlet on orificial dilatation mailed free to any address.

CHICAGO PHARMACAL CO. 141 Kinzie Street, Chicago, Ill.

Fig.1 – Inserzione sull'*American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* del 1904, fondato nel 1868 e dal 1920 ribattezzato *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

Oggi quel dilatatore italiano, proposto soprattutto per la terapia dell'*ipertono* anale dovuto alla ragade, ma con ben altre indicazioni come le emorroidi che prolassano o sanguinano o certe forme di defecazione difficile o infine le stenosi, compie 40 anni. E certo non li dimostra! Da Alessandria viene esportato in oltre 20 paesi di tutto il mondo, dall'Australia agli USA. A quanto pare in questi quattro decenni il suo utilizzo si è esteso in barba a credenze e tabù, trovando valenze positive e quindi un successo interessante non solo sotto il profilo medico proctologico ma anche antropologico. Non di rado infatti il paziente a cui lo si prescrive, maschio o femmina che sia, pone domande come se si trattasse effettivamente di un *dildo*, piccolo sì, ma che appare sempre enorme quando c'è dolore.

Domanda: cosa sono i *dildo*? Sono oggetti usati da persone di ogni sesso e orientamento sessuale per pratiche erotiche (sex toys). Il termine deriverebbe da una storpiatura dell'italiano "diletto" o dall'inglese colloquiale "dill", cetriolo, o ancora da "dil doul" (pene eretto) come recita una ballata del XVII secolo, intitolata *The maids complaint for want of a dil doul*. Se interpretati come simulacri fallici, li si ritrova in ogni cultura nell'arco di tutta la storia dell'uomo, sia come forme di espressione artistica che come oggetti di venerazione.

Dunque, quali i motivi del successo del dilatatore? Nella terapia della *ragade anale* sembrano evidenti, sebbene l'ignoranza sull'eziologia di questa lesione complichi un po' le cose. Quando l'ano, che è una cavità virtuale, dopo la defecazione si chiude, i bordi della ragade si avvicinano mentre il suo fondo resta una cavità chiusa. Una volta che lo spasmo abbia consentito il primo passaggio del dilatatore, l'ipertono si riduce e le dilatazioni successive risulteranno sempre meno dolorose. Così si favorisce la progressiva riepitelizzazione del fondo della lesione. Per il progressivo recupero dell'elasticità del canale anale altri modi di dilatazione sono stati proposti con strumenti gonfiabili. Tutte le terapie della ragade mirano comunque allo stesso effetto miorilassante: *termico* con l'applicazione del calore, *meccanico* con la dilatazione, "*chimico*" con trinitrina o botulino, "radicale" con l'*intervento* chirurgico di sfinterotomia o sfinteroclasia ottenendo un'utile ipotonia temporanea. Tuttavia la ragade, se è superficiale, può guarire anche solo con qualche unguento. Studi controllati sulle dilatazioni non sembra ce ne siano: la pratica ha fornito quell'evidenza che solo studi metodologicamente complessi potrebbero dare. In qualche modo il simulacro fallico rifà capolino, e alla dilatazione non si può negare una componente rituale: interrogando e scrutando il paziente con ragade è facile cogliere fattori psicosomatici non trascurabili, così come anche le crisi emorroidarie spesso coincidono con momenti di rilevante stress psico-fisico. Certo l'introduzione di un corpo estraneo, evoca fantasie sessuali avverse che solo il beneficio tratto dalla cura vale poi a compensare e non è raro che venga chiesto che tipo di movimento debba fare il dilatatore una volta introdotto nell'ano. Va spiegato che l'introduzione, in pochi secondi, ha la funzione di interrompere il ponte che ad ano chiuso si crea nell'anoderma tra i bordi della ragade e di ridurre l'ipertono dello sfintere interno, parte del circolo vizioso nella patogenesi della dolorosa ulceretta.

Per anum ad salutem! ammoniva l'*Antica scuola Medica Salernitana*, e lo stemma con questo motto ostentava il dito indice esploratore. Sulla costa Irlandese si può ammirare una costruzione che sembra un monumento innalzato a gloria perenne di questo benefico strumento terapeutico. E, guarda caso, ha un interessante riferimento biblico (Fig. 3).

GIUSEPPE DODI
Centro Pelvi, Padova
giuseppe.dodi@unipd.it

Fig. 2. – Dilatatori anali di varie aziende e nazionalità. A, B: Dilatan (Sapimed, Italia); C: metallico (Seward, Regno Unito); D: conico (Kade Co., Germania); E, F: "bellico" (Faktumat, Germania)

Fig. 3 – Irlanda: Baltimore Harbour, Lot's Wife. Nella Genesi si legge che la moglie di Lot fu trasformata in una colonna di sale per aver rimpianto la distruzione di Sodoma. Un monumento al dilatatore anale?

Articolo originale

Composizione innovativa di fitopreparati per la crisi emorroidaria: valutazione della sicurezza e dell'efficacia di un prodotto naturale. Studio multicentrico di confronto con una crema anestetica steroidea di uso corrente

FILIPPO LA TORRE[1], FABIO CAPPELLATO[2], ILARIA CLEMENTI[1], ROSARIO DE FALCO[3], BENITO FERRARO[4], FABIO GAJ[1], LUISA MARCATO[5], GIOVANNI MILITO[6], NINO PULVIRENTI[7], ANDREA RAMIN[8], FRANCESCO SANTACROCE[9], CARLO SCHIEVANO[10], ROBERTO VILLANI[11], MICHELE ZAFFIN[12]

[1] Dip. Chirurgia Università la Sapienza, Roma; [2] Ricercatore in Fitopreparazioni, Padova; [3] Dip. Chirurgia A.O. Università Federico II Napoli
[4] Dip. Chirurgia Ospedale S Antonio Padova; [5] Ginecologia A.O. Padova; [6] Policlinico Universitario Torvergata Roma; [7] Dip. Chirurgia A.O. Catania;
[8] Ospedale Villa Salus Mestre; [9] Centro di Gastroenterologia e Proctologia Livorno; [10] Innovative Statistical Research srl Padova;
[11] UOC Chirurgia Proctologica e Pavimento Pelvico Sassuolo Modena; [12] Dip. Chirurgia Ospedale all'Angelo, Mestre

Riassunto. Scopo di questo studio multicentrico controllato randomizzato in aperto è di verificare in termini di efficacia e sicurezza una nuova composizione di fitopreparati nella fase acuta della malattia emorroidaria. *Materiali e metodi*. Due gruppi di pazienti affetti da ematoma o trombosi anale sono stati trattati uno con una crema innovativa a base di fitopreparati, l'altro con crema a base di steroide e anestetico. Parametri clinici valutati: dolore, sanguinamento, prolasso, stipsi, grado di disabilità. I controlli sono stati effettuati telefonicamente a 15 e 60 giorni dall'inizio del trattamento. Per l'analisi statistica sono stati usati il t-test e le p corrette secondo il metodo di Bonferroni-Holm ed un'analisi multivariata con modello GLMM riportando gli effetti come media ±ES. *Risultati*. La riduzione del dolore dopo 2 settimane era significativamente maggiore coi fitopreparati; anche il sanguinamento calava in modo significativo solo in quel gruppo. *Discussione e conclusioni*. La terapia conservativa della crisi emorroidaria mira alla risoluzione dei trombi che si formano nel tessuto angiocavernoso di cui sono costituiti i cuscinetti emorroidari, alla riduzione dell'edema e della flogosi, tutte cause di dolore, e alla riepitelizzazione delle ulcerazioni eventualmente presenti, causa del sanguinamento. L'innovazione del fitopreparato consiste nella capacità di modulare meglio la stimolazione dei recettori cellulari grazie alla risonanza elettronica presente tra i vari componenti del prodotto. Il fitopreparato, in assenza di effetti collaterali, ha dimostrato maggior efficacia e maggior rapidità di azione sia sul controllo del dolore che sulla riduzione del sanguinamento.

Parole chiave: Emorroidi; Trombosi emorroidaria; Fitopreparati; Terapia naturale; Dolore.

Abstract. The *aim* of this multicentre controlled randomized open-label study is to verify the efficacy and safety of a new phyto-preparation in the acute phase of hemorrhoidal disease. *Materials and methods*. Patients with hematoma or anal thrombosis were treated with an innovative cream based on phyto-products or a cream with steroid and anesthetic. Pain, bleeding, prolapse, constipation and degree of disability were evaluated. The controls were carried out by telephone at 15 and 60 days. For statistical analysis t-test and p were used according to the Bonferroni-Holm method and a multivariate analysis with the GLMM model. The effects are reported as mean ± SE. *Results*. Pain reduction after 2 weeks was significantly greater with phytoproducts and bleeding in that group dropped significantly as well. *Discussion and conclusions*. The conservative therapy of painful hemorrhoids aims at the resolution of the painful thrombus in the angiocavernosal tissue of the hemorrhoids, at the reduction of the edema and of the concomitant inflammation and re-epithelization of bleeding ulcers. The innovation consists in improving the stimulation of the cell receptors thanks to the electronic resonance among the components. The phytoproduct, in the absence of side effects, showed a significantly greater efficacy and greater rapidity of action both on pain control and bleeding reduction.

Keywords: Hemorrhoids; Thrombosis; Fyto-products; Natural therapy; Pain.

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La malattia emorroidaria, la più frequente tra le patologie coloproctologiche benigne, si avvale di terapie conservative e chirurgiche e la scelta più vantaggiosa non è sempre facile. Le *emorroidi* contrariamente ad una convinzione diffusa anche tra molti medici *non sono vene varicose* ed il termine varici emorroidarie è inappropriato sebbene la componente sottocutanea delle emorroidi esterne abbia talvolta un aspetto che induce a questa falsa opinione. *Tutti gli individui hanno le emorroidi*, cuscinetti di tessuto di tipo cavernoso, vere e proprie *guarnizioni* utili per ottimizzare la continenza anale. Il loro sanguinamento (*emo-reo=sangue che scorre*) è di tipo arterioso come documentato dal pH del sangue rutilante. Va ricordato inoltre che le emorroidi *non sono dolorose* se non nei casi in cui si formino, per cause tuttora ignote ma spesso in condizioni di stress psico-fisico, uno o più coaguli (*trombosi emorroidaria* o *ematoma anale*) con edema reattivo che configura la cosiddetta *crisi emorroidaria*. È questo un evento assai frequente che colpisce anche ripetutamente persone di tutte le età, prevalentemente giovani, con considerevole danno alla qualità di vita. Ciò avviene anche in assenza di sanguinamento e prolasso, gli altri due sintomi tipici della *malattia* emorroidaria.

L'approccio medico *conservativo* è volto a favorire la risoluzione dei trombi in tempi più brevi di quanto richieda l'evoluzione spontanea e ad alleviarne la sintomatologia dolorosa evitando qualunque atto chirurgico. Scopo di questo studio *multicentrico osservazionale controllato randomizzato in aperto* sul trattamento della crisi emorroidaria è di verificare l'efficacia e la sicurezza di una composizione di fitopreparati elaborati con modalità innovative, confrontandola con un prodotto su base anestetica e steroidea di uso corrente.

MATERIALI E METODI

In ognuno di undici centri distribuiti in tutto il territorio nazionale sono stati reclutati almeno quattro pazienti di entrambi i sessi, di età superiore a 18 anni, affetti da ematoma o trombosi emorroidaria più o meno estesa (Fig. 1).

Trenta pazienti hanno applicato una crema a base di *fitopreparati* (FP) e 29, come gruppo di controllo, una crema con *steroide e anestetico* (SA) le cui composizioni comprendono i seguenti principi attivi:

FP*: Prunus Amygdalus, Butyrospermum Parkii Butter, Brassica Campestris (Rapeseed) Sterols, Rosa Moschata Seed Oil, Echium Plantagineum Seed Oil, Cardiospermum Halicacabum Flower/Leaf/Vine Extract, Helianthus Annuus Seed Oil, Escin, Ruscus Aculeatus Root Extract, Glycyrrhetinic Acid, Rhodiola Rosea Root Extract, Centella Asiatica Extract,

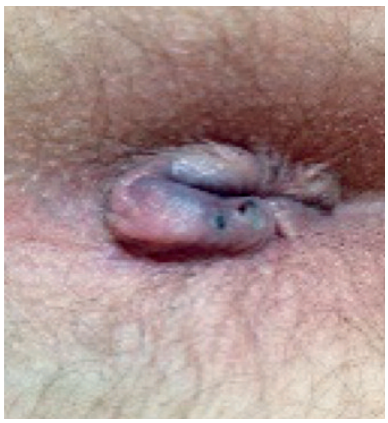


Figura 1. – Emorroidi esterne edematose, trombizzate ed ulcerate.

Calendula Officinalis Flower Extract, Rosmarinus Officinalis Leaf Extract, Beta-Carotene, oltre a vari eccipienti.

SA** (controllo): fluocinolone acetonide (0.1mg/g), chetocaina cloridrato (10 mg/g), eccipienti vari.

Le modalità innovative del fitopreparato derivano dalla diversa concezione della formulazione basata sul modello biochimico Michaelis/Menten che aumenta l'affinità nell'interazione tra principio attivo e recettore[1]. Le varie configurazioni spaziali che il principio attivo può assumere vengono attivate secondo metodiche specifiche che consentono sia una maggiore disponibilità del principio attivo stesso che una più prolungata permanenza in loco (forma crema) con maggior efficacia dell'azione. Ciò avviene grazie all'uso, nelle estrazioni del principio attivo, di solventi (lipidi, etere, acqua bidistillata, ecc.) che veicolano meglio questa disponibilità in quanto la risonanza elettronica dell'anello aromatico che si trova in varie configurazioni spaziali aumenta la capacità di dialogare sia coi recettori che con proteine, enzimi, lipidi che intercedono nella reazione chimica[2].

Per la valutazione dei risultati sono stati considerati i seguenti parametri: *dolore* misurato con la Numerical Rating Scale (NRS): 1..2 lieve, 3..5 moderato, 6 intenso, 7..9 molto intenso, 10 intollerabile; *sanguinamento* (0 assente, 1 lieve/tracce, 2 moderato/macchie-gocce, 3 importante/spruzzi); *prolasso* delle emorroidi interne (grado 1 solo interne, 2 prolasso riducibile spontaneamente dopo la defecazione, 3 riduzione molto lenta o manuale, 4 prolasso irriducibile); grado di *disabilità* (1 lieve, 2 moderata, 3 grave); presenza di *stipsi* intesa come defecazione insoddisfacente in senso ritentivo e valutata secondo il punteggio CCS[3].

La confezione di crema FP (30gr) veniva consegnata al paziente in quantità tale da poter essere applicata a livello anale due volte al giorno per 6 giorni. La crema di controllo SA (30gr) veniva prescritta con identiche indicazioni. La scelta nell'assegnazione della crema FP o SA avveniva in modo casuale sulla base di una lista generata a computer. I pazienti con patologie coloproctologiche diverse da ematoma anale o trombosi emorroidaria venivano esclusi dallo studio.

Ai pazienti veniva comunicato che partecipavano ad uno studio aperto per un confronto tra prodotti in commercio ampiamente utilizzati e che i controlli sarebbero stati effettuati per via telefonica a 15 e 60 giorni dall'inizio del trattamento da una persona estranea alla ricerca. Al controllo telefonico veniva verificata per ogni paziente l'*efficacia* dei due prodotti sui sintomi dichiarati a T0 secondo i parametri IPGH[4,5] e PATE[6,7] e l'insorgenza di eventuali *effetti collaterali*.

Studio statistico: Per valutare le differenze di efficacia nel tempo e tra i gruppi di trattamento è stato utilizzato il t-test e le p corrette secondo il metodo Bonferroni-Holm per confronti multipli. Gli effetti sono riportati come media ± ES (Errore Standard). È stata inoltre eseguita un'analisi multivariata con modello GLMM (Generalized Linear Mixed Model) per valutare l'effetto di stipsi e prolasso sulle variabili dolore, sanguinamento ed handicap.

RISULTATI

Negli 11 centri sono stati valutati complessivamente 30/28 pazienti del gruppo Fitopreparato (2 drop out), e 29 pazienti del gruppo di controllo Steroide e Anestetico. Le due popolazioni sono presentate nella Tab. 1.

Il punteggio medio di *dolore* a T0 ("moderato") 5,1±0,33 e 4,6±0,44 non presentava alcuna differenza significativa. In entrambi i gruppi dopo 14 giorni il dolore era diventato "lieve" con una significativa riduzione pari a 3.3±0.38 p<0.0001 per FT e 1.9±0.27 p<0.0001 per SA; la differenza tra i due trattamenti risultava significativa (p<0.0135). A fine studio (due mesi), la riduzione rispetto al basale era significativa in entrambi i gruppi ossia 4.0±0.41 e 2.9±0.49 (entrambi p<0.0001) ma senza differenza significativa tra FT e SA (Fig. 2).

Analogamente per il *sanguinamento* (in cui si sono considerati solo i casi che sanguinavano a T0, 17/28 per FP e 19/29 per SA) le medie non presentavano differenze significative al basale, ma dopo 14 giorni la riduzione del punteggio medio era significativa per FP (1.4±0.22, p<0.0008) mentre non lo era per il controllo SA (0.6±0.31, p=n.s.); i due trattamenti non erano però statisticamente differenti. A T2 le riduzioni di sanguinamento per FP e SA erano rispettivamente di 1.6±0.24 (p<0.0003) e 1.3±0.36 (p<0.0081) e i due trattamenti non differivano in modo statisticamente significativo (Fig. 3).

Per il livello di *disabilità*/handicap, le medie del punteggio non presentavano differenze significative a T0, le riduzioni a fine studio (T2) per Fitopreparato e Steroide Anestetico erano rispettivamente di 0.9±0.20 (p<0.0024) e 1.1±0.21 (p<0.0012); i due trattamenti non differivano in modo statisticamente significativo.

Indipendentemente dal trattamento, la presenza di stipsi coincideva con un significativo aumento di prolasso, OR 4.24 (CI

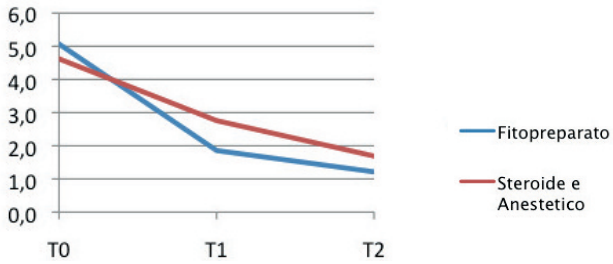


Figura 2. – Andamento del dolore nei due gruppi.

* *Emoraus,* AUS Srl; ** *Proctolyn,* Recordati Spa

TABELLA 1. Popolazione dello studio. Confronto tra gruppo FT (fitopreparato) e gruppo di controllo SA (steroide e anestetico) nel trattamento della crisi emorroidaria con trombosi o ematoma anale. Intensità del dolore e del sanguinamento all'inizio dei 6 giorni di trattamento e a 2 settimane e 2 mesi di distanza (T1 e T2). Grado di disabilità a T0 e T2, presenza di prolasso emorroidario e modifiche delle caratteristiche dell'alvo in caso di stipsi.

Gruppo	Genere	Età	Dolore			Sanguinamento (n= 17, 19)			Disabilità (n= 19,14)		Stipsi		Grado di Prolasso		
	m/f		T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T2	T0	T2	I	II	III
FP n=30	16/14	48,7	5,1±0,33	1,9±0,36	1,2±0,35	2,0±0,23	0,6±0,19	0,4±0,12	1,7±0,13	0,7±0,20	1,3±0,42	1,1±0,37	12	7	3
SA n=29	17/12	39,5	4,6±0,44	2,8±0,33	1,7±0,33	1,9±0,38	1,3±0,17	0,6±0,11	1,8±0,11	0,6±0,20	2,0±0,70	1,3±0,44	12	4	0

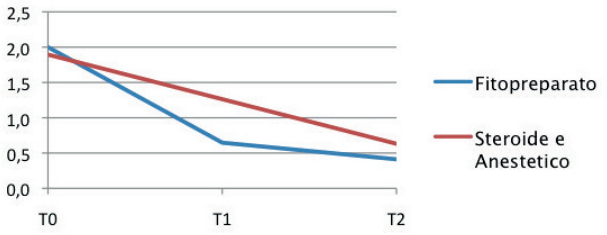


Figura 3. – Andamento del sanguinamento nei due gruppi.

95% 1.26-14.3) p<0.0116. Dall'analisi multivariata risultava che l'assenza di stipsi influenzava significativamente solo i valori di disabilità (p<0.0257).

Per quanto concerne la *tollerabilità* dei due prodotti è stato segnalato un caso di dermatite con prurito perianale insorto tre giorni dopo l'inizio dell'applicazione del prodotto di controllo Steroide e Anestetico e risolto alcuni giorni dopo la sua sospensione (Fig. 4).

DISCUSSIONE

Le emorroidi fanno spesso parlare di sé e si stima che l'80% della popolazione abbia sperimentato nella vita almeno un episodio di sintomi emorroidari. Per spiegarne l'*eziopatogenesi* sono chiamati in causa diversi fattori, peraltro senza che ne sia provata l'effettiva responsabilità. I normali cuscinetti emorroidari, costituiti da tessuto angiocavernoso ricco di shunts artero-venosi, controllati dalla compressione derivante dal tono dello sfintere anale interno, possono scivolare verso il basso per il prolasso della mucosa soprastante esponendo così il paziente ai tipici disturbi emorroidari che vanno gestiti adeguatamente dopo aver escluso patologie più importanti quali le neoplasie e le malattie infiammatorie intestinali[8,9]. Questo articolo riguarda la terapia *conservativa* che mira sia alla risoluzione dei trombi in tempi più brevi di quanto comunque avverrebbe spontaneamente, che ad alleviare la sintomatologia dolorosa. La *crisi emorroidaria* può richiedere anche un approccio *chirurgico* con un'incisione in anestesia locale che svuota il coagulo se è unico, oppure con l'asportazione della massa trombizzata il che configura una *emorroidectomia* parziale o radicale. La *rapidità* dell'effetto terapeutico da parte della terapia medica è dunque un elemento essenziale per evitare la chirurgia.

Nella Tab. 2 vengono descritti gli indirizzi specifici della cura dei tre aspetti principali della malattia emorroidaria, *sanguinamento*, *prolasso* e *crisi dolorose*. La *terapia conservativa* mira a correggere vari elementi patogenetici asssociando altri provvedimenti per ridurre l'ipertono sfinterico (con le auto-dilatazioni anali), la stipsi, lo stress psico-fisico, ecc. La tendenza alla trombosi emorroidaria recidivante, il prolasso e il sanguinamento non controllabile con i farmaci, costituiscono le indicazioni al *trattamento chirurgico* che nei centri qualificati viene praticato in non oltre il 10% dei casi osservati. La chirurgia per essere efficace e definitiva deve essere radicale, e in tal caso richiede una copertura adeguata per il dolore postoperatorio che altrimenti sarebbe intenso. Interventi reclamizzati come poco o punto dolorosi espongono a frequenti recidive (15-25%) e non sono scevri da complicanze anche gravi.

Figura 4. – Dermatite insorta dopo l'applicazione della crema contenente l'anestetico chetocaina cloridrato.

Per la *terapia medica* le opzioni offerte dal mercato si basano su numerosissimi principi attivi applicati localmente o assunti per via orale o parenterale: acido ialuronico, mesalazina, steroidi, anestetici, eparinoidi, anticoagulanti, antiaggreganti, eccetera. Il loro utilizzo in caso di crisi emorroidaria non di rado coincide con l'evoluzione spontanea del quadro clinico che è immancabilmente favorevole. La crisi emorroidaria si risolve dunque anche da sola e lo scopo principale della terapia è accelerarne la guarigione riducendo un dolore spesso estremamente invalidante e favorendo il riassorbimento dei trombi nel tempo più breve possibile senza far danno, come non di rado avviene ad esempio con gli anestetici locali, la cui presenza nei prodotti in commercio è molto diffusa e che possono provocare importanti e dolorose reazioni cutanee (Fig. 4).

La scelta dei *fitopreparati* è legata alla preferenza per i *prodotti naturali*, oggi molto sentita sia in ambito medico che nel pubblico non medico. Nella Tab.3 sono descritti i principi attivi dei costituenti il prodotto FP utilizzato in questo studio, con i rispettivi meccanismi d'azione e i possibili effetti sulla malattia. Il fitopreparato adotta un approccio olistico; assicura un controllo rapido del corteo sintomatologico tipico della vasculopatia in atto agendo sui fattori responsabili delle patologie del microcircolo: riduce la permeabilità capillare, l'edema tissutale, il rischio di sovrainfezioni, migliora la funzione leucocitaria e i sintomi post-trombotici, aumentando il tono venoso e controllando il dolore[10-14].

La formulazione del prodotto in studio si avvale di una nuova concezione di biodisponibilità del principio attivo, basato sul concetto di *vettore somma*: le varie configurazioni elettroniche dell'anello aromatico che esprimono l'azione biochimica tendono a sommarsi fra loro, e quindi aumentano la disponibilità del principio attivo stesso e se ne può ridurre la concentrazione. Anche il meccanismo Michaelis/Menten (equazione velocità di assorbimento/concentrazione) espletato dalle membrane cellulari con catene lipidiche/idrofile viene attivato più facilmente perché le varie configurazioni possono *risuonare* fra loro (risonanza elettronica) modulando meglio lo stimolo recettore/membrana (*fase*). La risonanza di fase così ottenuta permette di esplicitare meglio il meccanismo della formula con una risposta meno aggressiva in quanto diminuiscono le interferenze elettroniche spurie che possono *navigare* attorno ai principi attivi stessi e si limitano gli effetti collaterali indesiderati. Questa nuova formu-

Tabella 2. Come trattare la malattia emorroidaria (emorroidi sintomatiche)

sanguinamento	prolasso	crisi emorroidaria
	ridurre il fastidio/dolore	
		favorire il riassorbimento dei trombi
migliorare la vascolarizzazione		
favorire la riepitelizzazione ...	⟷	... se la trombosi è ulcerata
favorire la coagulazione se si associa sanguinamento		
migliorare il trofismo tissutale		
	azione antiedema	
ridurre la tensione psicologica ...	⟷	... causa e conseguenza della crisi
	ridurre la secrezione di muco delle emorroidi interne prolassate e irritate: effetto astringente	
	ridurre la secrezione di siero dalle aree ulcerate o irritate: effetto astringente	
	ridurre il prurito anale	
ridurre l'ipertono sfinterico reattivo: effetto antispastico		

TABELLA 3. Funzioni attribuite ai principi attivi contenuti nel prodotto a base di fitopreparati.

Piante principi attivi	meccanismi d'azione	fitopreparato: effetti attesi / possibili
Centella asiatica centelloside, tannini, flavonoidi	stimola la produzione di collagene da parte dei fibroblasti della guaina perivascolare	aumenta la resistenza delle pareti venose, diminuisce la permeabilità del plesso emorroidario, riduce sanguinamento, infiammazione e dolore
Agrumi esperidina, esperetina, rutinosio	flavonoidi antiossidanti, agiscono sulla struttura del collagene e del tessuto connettivo	mantengono integra la struttura e la permeabilità della parete capillare, migliorano la vascolarizzazione
Agrumi diosmina	flavonoide, molecola di origine vegetale modificata a partire dalla molecola di esperidina, aumenta la resistenza dei capillari e le contrazioni linfatiche, prolunga l'effetto vasocostrittore della noradrenalina	aumenta drenaggio linfatico e ritorno venoso, riduce ipertensione venosa, secrezione di muco e siero (astringente); beneficio sui capillari emorroidari interni ed esterni, favorisce riassorbimento dei trombi, effetto antiedema
Butyrospermum parkii acido palmitico, oleico, linoleico, acidi grassi ω-3, ω-6, vitamine A,E	azione desquamante, assorbiti dallo strato corneo epidermico	nutriente, emolliente, riduce il prurito anale, favorisce la riepitelizzazione se la trombosi è ulcerata
Rosa moschata acido palmitico, acido stearico	influisce sull'attività dei fibroblasti	effetto emolliente, eutrofico, favorisce la riepitelizzazione se la trombosi è ulcerata, favorisce la coagulazione in caso di sanguinamento
Calendula officinalis flavonoidi rutosidi, saponine, quercetina, tannini, carotenoidi, acidi pirogallici	azione antibiotica in particolare contro i Gram-positivi (Stafilococco aureo, Streptococco beta-emolitico), inibizione dei mediatori della flogosi	effetto antalgico, antiedema e antispastico, riduce l'ipertono sfinterico reattivo; favorisce la coagulazione in caso di sanguinamento
Rosmarinus officinalis acido rosmarinico, flavonoidi, acidi fenolici	antiossidante, riduce il pH dell'ambiente in cui si sviluppa la flora microbica	effetto antibatterico, migliora il trofismo tissutale, riduce dolore, secrezione di muco e siero delle emorroidi prolassate e irritate (effetto astringente), possibile azione serotoninergica[14]
Cardiospermum halicacabum apigenina	modula o inibisce l'azione di molti enzimi su vari recettori	effetto spasmolitico, antiedema, migliora il trofismo tissutale, riduce l'ipertono sfinterico reattivo, la secrezione di muco e siero delle emorroidi prolassate e irritate (effetto astringente)
Aesculus hippocastanum allantoina	trasporto dell'azoto, azione antiossidante, interviene nel metabolismo dei radicali liberi	idratante, lenitivo, favorisce la riepitelizzazione se la trombosi è ulcerata e la coagulazione in caso di sanguinamento, riduce il dolore
Frutti vari retinil palmitato, acido retinoico	protezione delle telomerasi, riduce i danni al DNA	antiossidanti, antinvecchiamento tessuti

lazione si basa su recenti studi di meccanica quantistica (configurazione/fase/risonanza elettronica)[1,2,15-17].

Dall'*analisi dei risultati* emerge che se pur entrambi i prodotti si dimostrano efficaci nel tempo e dopo due mesi (T2) raggiungono un livello soddisfacente di riduzione dei sintomi principali (dolore e sanguinamento), è importante la maggior rapidità di azione del fitopreparato che ottiene una riduzione significativa di sanguinamento già a T1 e per quando riguarda il dolore manifesta a T1 una maggiore efficacia.

Per quanto concerne la *tollerabilità* e la sicurezza è noto come gli anestetici locali, che pur abbondano negli unguenti antiemorroidari, provochino sensibilizzazioni con quadri di dermatite perianale anche imponenti (Fig.4) e tali da sconsigliarne l'uso.

CONCLUSIONI

I risultati dello studio dimostrano la superiorità della composizione di fitopreparati in termini di *efficacia* e *sicurezza*, per riduzione del dolore e del sanguinamento con maggiore rapidità d'azione e assenza di effetti collaterali.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia la Dr.ssa Elena Concini, Psicologa, attiva nel Servizio Civile per conto della FAVO, per avere effettuato le telefonate di controllo ai pazienti dello studio.

Nessun conflitto di interesse da parte degli autori partecipanti allo studio.

BIBLIOGRAFIA

1. Cornish-Bowden A. One hundred years of Michaelis-Menten kinetics. Review. Perspectives in Science 2015; 4: 3-9.
2. Del Giudice E, Tedeschi A. Lo sviluppo spontaneo della conoscenza negli organismi viventi. Unità di funzione e struttura. Vita e Pensiero – Pubblicazioni Università Cattolica, Roma, 2014.
3. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. Dis Colon Rectum. 1996; 39: 681-5.
4. Artibani W, Benvenuti F, Di Benedetto P, Dodi G, Milani R. Staging of female urinary incontinence and pelvic floor disorders. Proposal of IPGH system. Urodinamica, Neurourology, Urodynamics & Continence 1996; 6: 1-5. 26.
5. Farnsworth B, Dodi G. Short-IPGH system for assessment of pelvic floor disease. Pelviperineology 2007; 73-77.
6. Gaj F, Trecca A. PATE 2000: una nuova classificazione della malattia emorroidaria proposta dalla SICP-UCP. It J Coloproctology 2001; 20: 3-11.
7. Dodi G. Classificazione e stadiazione della malattia emorroidaria. Proposta di modifica della classificazione delle emorroidi PATE. It. J. Coloproctology 2001; 20: 139-142.
8. Dodi G. Trattato di coloproctologia ambulatoriale, Piccin Ed, Terza ediz. Padova 1993.
9. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. Dis Colon & Rectum. 2018; 61: 284-292.
10. Pizzorno JE, Murray MT. Texbook of Natural Medicine, 4th edition, 2013 Elsevier Ed.
11. Braun L, Cohen M. Herbs and natural supplements, an evidence based guide. 3rd edition, 2009 Elsevier Ed.
12. Capasso F. Farmacognosia. Botanica, chimica e farmacologia delle piante medicinali. 2011 Springer Ed.
13. Misra MC, Parshad R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding due to acute internal hemorrhoids. Br J Surg. 2000; 87: 868-872.
14. Villareal MO, Ikeya A, Sasaki K. Anti-stress and neuronal cell differentiation induction effects of Rosmarinus officinalis L. essential oil. BMC Complement Altern Med. 2017; 17: 549.
15. Del Giudice E, Preparata G. Coherence dynamics in water as a possible explanation of biological membranes, J Biological Physics 1994; 20: 105-10.
16. Del Giudice E, De Ninno A, Fleischmann M, Mengoli G, Milani M,Talpo G, Vitiello G. Coherent quantum electrodinamics in living matter. Electromagnetic Biol Med 2005; 24: 190-210.
17. Del Giudice E. Fisica quantistica e vuoto. Vita e Pensiero – Pubblicazioni Università Cattolica, Roma, 2010.

Corrispondenza:
luisa.marcato@sanita.padova.it

Stato dell'arte

L'incontinenza urinaria nell'anziano fragile

Parte prima: epidemiologia, costi economici ed impatto sulla qualità di vita

MATTEO BRUNO

Comitato Scientifico Federazioni Incontinenza e Pavimento Pelvico (FINCOPP), San Giovanni Rotondo, Foggia

INTRODUZIONE

L'incontinenza urinaria può comparire in qualsiasi età ma è un problema di salute di comune riscontro nella popolazione anziana. Costituisce una classica sindrome geriatrica che tende ad aumentare con l'avanzare dell'età. Infatti l'invecchiamento graduale della popolazione ha incrementato l'incidenza dell'incontinenza urinaria nelle fasce di età più alte. Essa rappresenta un importante problema sociale altamente invalidante con conseguente disagio psicologico legato alla propria valutazione personale che porta a sentirsi vulnerabili e alimenta un sentimento di inadeguatezza, imbarazzo e vergogna il cui livello è significativamente più alto di quello provocato da depressione e cancro[1]. A causa di questo molte persone incontinenti non riescono a parlare liberamente del proprio disturbo con importanti ricadute sulla disabilità e la qualità di vita e un cospicuo onere assistenziale per il personale di assistenza ed un pesante costo economico per la collettività perché molto spesso l'anziano viene istituzionalizzato[2-3].

L'incontinenza urinaria può essere curata completamente o almeno controllata specie se il trattamento viene intrapreso precocemente, quindi è importante che la persona affetta da tale disturbo non esiti mai a consultare il proprio medico di medicina generale, un medico specialista, un infermiere o un terapista della riabilitazione.

Infine è importante il supporto della famiglia, essenziale per gestire nel modo migliore questa condizione di disagio che spinge chi ne soffre ad isolarsi per evitare spiacevoli inconvenienti (non mostrare agli altri il problema) danneggiando così i rapporti sociali e familiari con evidenti ripercussioni sulla vita quotidiana.

L'ANZIANO FRAGILE E L'INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO IN ITALIA E NELL'EUROPA DEL FUTURO

L'invecchiamento non è solo un processo attraverso il quale ci si modifica in funzione del tempo ma, riferito all'uomo, indica il complesso delle modificazioni cui l'individuo va incontro, nelle sue strutture e nelle sue funzioni in relazione al progredire dell'età[4].

Il termine invecchiamento ha un doppio significato:

– come *maturazione o accrescimento*: è visto come un processo attraverso il quale l'individuo aumenta quantitativamente le sue funzioni e strutture e le differenzia qualitativamente;

– come *senescenza*: è il processo attraverso cui l'individuo diminuisce quantitativamente le proprie strutture e perde progressivamente le proprie funzioni.

Questi due processi fanno parte del processo di sviluppo che inizia dal momento in cui un essere vivente comincia a formarsi, fino al momento della sua morte. L'invecchiamento umano comunque, seppur generalizzato a tutti gli individui, si svolge con modalità, ritmi e conseguenze, variabili da individuo a individuo.

L'invecchiamento è un fenomeno complesso che non può essere ridotta alla sola *età cronologica*, si devono chiamare in causa altri fattori: *l'età psicologica*, *l'età sociale e l'età biologica*, ed essere intesa come un insieme compatto[5]. A tal proposito, entrando più nello specifico:

– *l'età cronologica*: si riferisce agli anni che una persona ha vissuto, espresso in cifre[6];

– *l'età biologica*: si riferisce alla sua posizione attuale nei riguardi della sua potenziale durata di vita: si avvicina notevolmente all'età cronologica, ma non si identifica con essa;

– *l'età psicologica*: si riferisce alle capacità adattative di una persona anziana che risultano dal suo comportamento, ma può anche riferirsi alle relazioni soggettive o all'autoconsapevolezza: è collegata sia all'età cronologica che a quella biologica, ma non è pienamente desumibile dalla loro combinazione;

– *l'età sociale*: si riferisce alle abitudini e ai ruoli sociali della persona anziana in funzione delle aspettative del suo gruppo e della società. Essa è collegata, ma non completamente definita, all'età cronologica, biologica e psicologica.

Secondo uno studio pubblicato nel 2017 da Eurostat[7], l'Istituto di Statistica Europeo, la situazione demografica in Europa al primo gennaio 2016 riporta che il 19,2% dell'intera popolazione è costituita da persone con più di 65 anni, con un incremento di 1,1% rispetto all'anno precedente e di circa 3 punti percentuali rispetto al 2004.

Cresce anche l'età media della popolazione europea che, nel 2016 è di 42,6 anni e oscilla tra il valore più basso in Irlanda (38,7 anni) e quello più elevato in Italia (46,1 anni)[8].

L'analisi della struttura per età della popolazione europea attuale e le sue proiezioni fino al 2080 mostrano un evidente assottigliamento dell'area relativa alla popolazione cosiddetta *attiva* e in età *produttiva*, cioè quella tra i 15 e 65 anni, ed un allargamento della fascia degli ultra 65enni e degli ultra 80enni.

L'aumento della longevità negli anziani ha portato ad una *disuguaglianza tra aspettativa di vita e aspettativa di vita in salute*, le persone vivono più a lungo ma l'ultima parte del ciclo vitale umano è caratterizzato da cronicità e disabilità.

Uno studio Istat del 2017[9] che prende in considerazione le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea (periodo di riferimento 2015), riporta che, dopo i 75 anni gli anziani in Italia vivono in condizioni di salute peggiori. Per le patologie croniche, nel confronto con i dati europei, emergono in generale migliori condizioni degli italiani tra i meno anziani (65-74 anni), con prevalenze più basse per quasi tutte le patologie e, all'opposto, condizioni peggiori oltre i 75 anni. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico, con quote tra gli ultraottantenni rispettivamente di 59,0% e 64,0%. Il 37,7% degli anziani riferisce di aver provato dolore fisico, da moderato a molto forte, nelle quattro settimane precedenti l'intervista, valore inferiore alla media Ue e simile a quanto rilevato per la Spagna. Il 23,1% degli anziani ha gravi limitazioni motorie, con uno svantaggio di soli 2 punti percentuali sulla media Ue, principalmente dovuto alla maggiore quota di donne molto anziane in Italia. Le donne riportano meno frequentemente malattie croniche gravi ma più multicronicità e limitazioni motorie o sensoriali. Lamentano più degli uomini dolore fisico da moderato a molto forte (45,4% contro 27,6%). Tra le ultraottantenni la percentuale arriva al 58,6% a fronte del 39,2% degli uomini.

Il Censis[10] (2015), invece, ha rilevato che l'84,5% degli anziani valuta positivamente la propria vita, anche come forma di prevenzione primaria rispetto all'insorgere di patologie, in particolare quelle indotte dalla solitudine o dal ricorso eccessivo e inappropriato a farmaci e prestazioni sanitarie.

Per quando riguarda l'invecchiamento demografico in Italia, il tema era già stato affrontato diversi decenni fa. Infatti, già negli anni settanta i demografi italiani lanciavano l'allarme sulle conseguenze di questo fenomeno sulla società e sull'economia del nostro Paese[11].

I dati ricavati dall'ultimo rapporto dell'Istat (2016) pongono l'Italia al secondo posto per popolazione più anziana al mondo ed attestano come sia il Paese più vecchio d'Europa. Questi dati confermano che la popolazione italiana sta invecchiando in maniera inesorabile: oltre un italiano su 5 ha più di 65 anni, cioè il 22,3% della popolazione e l'età media della popolazione si aggira a circa 44,9 anni[8].

Le indagini ISTAT[12] nel 2016 registrano una ripresa dell'aspettativa di vita che si attesta a 80,6 anni per gli uomini (+0,5 sul 2015, +0,3 sul 2014) e a 85,1 per le donne (+0,5 sul 2015, +0,1 sul 2014).

All'età di 65 anni, ad esempio, la speranza di vita arriva a 19,1 per gli uomini (+0,4 sul 2015, +0,2 sul 2014) e a 22,4 anni per le donne (rispettivamente +0,5 e +0,1). Ciò significa che un uomo di 65 anni può oltrepassare la soglia degli 84 anni mentre una donna di pari età può oltrepassare la soglia degli 87 anni.

Nel 2050 l'Istat[13] prevede che in Italia gli anziani saranno 21.775.809, il 34,3% della popolazione, passando quindi da un quinto a un terzo dei residenti.

Non esiste in letteratura una definizione univoca di *fragilità*. Questo concetto è stato ampiamente utilizzato nella letteratura scientifica, ma non è stato ancora raggiunto un pieno accordo circa la definizione e i criteri più corretti per identificarla[14-15]. Secondo alcuni studiosi la fragilità è uno stato biologico età-dipendente caratterizzato da ridotta resistenza agli stress, secondario al declino cumulativo di più sistemi fisiologici[16] e correlato a comorbilità, disabilità, rischio di istituzionalizzazione e mortalità[17]. Per altri studiosi, invece, la fragilità è uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute. A prescindere dalla definizione, il concetto di fragilità è comunque molto utilizzato e ritenuto clinicamente utile dalla maggior parte dei professionisti sanitari e socio-sanitari (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali)[18] ed ha avuto il merito di contribuire, tra l'altro, a spostare l'ottica da un approccio alla persona anziana centrato sulla malattia o sull'organo ad una visione globale più integrata della salute nei suoi diversi aspetti[8].

La *fragilità dell'anziano* si configura come una sindrome e costituisce un fattore indipendente di disabilità ed eventi avversi. La fragilità è uno stato di fisiologica vulnerabilità legato all'invecchiamento dovuto a un'alterazione della capacità di riserva omeostatica e una ridotta capacità dell'organismo di far fronte a stress come malattie acute.

L'anziano fragile ha almeno una delle seguenti caratteristiche: età superiore agli 80 anni, dipendenza fisica, presenza di tre elementi di comorbidità tra incontinenza urinaria e/o anale, instabilità posturale, allettamento o immobilizzazione, sintomi depressivi, decadimento cognitivo.

Il 10-25% delle persone con più di 65 anni configura una situazione di fragilità e questa percentuale

aumenta drammaticamente con l'età fino al 90% dei pazienti al di sopra degli 80 anni[19].

Alcuni studiosi[20-21] sostengono che l'anziano fragile è una persona che ha più di 65 anni con un fenotipo combinato da deficit fisici, di mobilità, di equilibrio, di forza muscolare, cognitivi, nutrizionali e di resistenza. Altri studiosi[16] invece hanno sviluppato e proposto dei criteri operativi utili per il riconoscimento della fragilità. Essi rappresentano un fenotipo detto di fragilità, composto da cinque punti:

1. *perdita di peso*: non intenzionale nel corso dell'ultimo anno (maggiore di 4,5 Kg.);
2. *affaticamento*: la fatica deve presentarsi almeno tre volte in una settimana;
3. *riduzione della forza muscolare*: viene valutata la forza di presa dell'anziano per un numero di volte;
4. *riduzione della velocità del cammino*: viene valutata l'andatura della persona anziana in base al tempo in cui riesce a percorrere una data distanza: percorso noto >7 minuti a percorrere 5 metri;
5. *ridotta attività fisica*: alla persona anziana viene chiesto se pratica attività fisica o meno.

Per misurare l'attività fisica è possibile utilizzare la scala di valutazione PASE (Physical Activity Scale for the Elderly).

Una persona anziana dovrebbe presentare almeno tre di questi criteri per essere considerato fragile.

Questa precoce identificazione è importante per la prevenzione di malattie croniche, cadute, istituzionalizzazione e morte[21].

L'INCONTINENZA URINARIA, DEFINIZIONE ED EPIDEMIOLOGIA

L'International Continence Society (ICS) definisce l'incontinenza urinaria come "*l'emissione involontaria di urina in luoghi e tempi inappropriati, oggettivamente dimostrabile* e *di entità tale da costituire un problema igienico e sociale*"[22].

Essa rappresenta un sintomo, un segno o una condizione[2] e può essere classificata secondo la durata dei sintomi, la presentazione clinica o le alterazioni fisiologiche[23]. Inoltre è importante determinare se l'incontinenza sia di recente insorgenza (transitoria) o cronica (stabilizzata) tale distinzione è fondamentale per formulare una diagnosi differenziale[6].

L'incontinenza urinaria è un disturbo molto frequente, interessa il 15% delle persone anziane in comunità, il 30% di quelli ospedalizzati e più del 75% di quelli residenti in case di riposo[24].

In quest'ultimo caso gli anziani con incontinenza hanno un'alta mortalità ed è una probabilità maggiore, per il carico di assistenza richiesto, di accedere a strutture come le case di riposo, in quanto i familiari o gli assistenti non riescono più a gestire la persona anziana a domicilio a causa dell'aumento del carico di assistenza e delle problematiche mediche inerenti la gestione del disturbo, come ad esempio l'insorgenza di lesioni cutanee e la difficoltà a cambiarsi di frequente e in modo autonomo.

Si stima che l'82% delle persone anziane incontinenti ricoverate in una casa di riposo abbiano una mobilità ridotta[25].

L'incontinenza urinaria è un segno premonitore per la fragilità degli anziani ed è associata ad un crescente rischio di un declino funzionale[26], aumenta il rischio di cadute, di fratture, di ospedalizzazione e predispone allo stress del "caregiver"[27].

In aggiunta a quanto descritto sopra, è necessario sottolineare che l'incontinenza urinaria nella vita dell'anziano può comportare l'isolamento sociale, essa infatti influisce negativamente sulla qualità di vita, costituendo motivo di disagio psicofisico e sociale in numerose persone[28].

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'incontinenza urinaria è considerata uno dei maggiori problemi presenti nell'ambito geriatrico e la sua prevalenza e severità aumenta con l'età e le comorbidità[29]. Essa rappresenta un sintomo, un segno che può interessare qualunque fascia d'età ed entrambi i sessi.

La *prevalenza* dell'incontinenza urinaria aumenta con l'età ed è due volte più comune nelle donne che negli uomini, tuttavia dopo gli 80 anni entrambi i sessi sono equamente colpiti[30-31]. Nello specifico le donne rappresentano la popolazione maggiormente afflitta con un tasso del 30-50% oltre i 65 anni, mentre negli uomini la prevalenza varia dal 2% all'11%[32].

Inoltre, diversi studi hanno dimostrato come la prevalenza e la maggior gravità dell'incontinenza urinaria in anziani residenti in strutture di lunga degenza sia nettamente superiore (dal 75% al'85%) rispetto a coloro che risiedono al proprio domicilio (circa il 15%)[33].

Tale quadro è da correlare alla maggior prevalenza di patologie quali demenza, ridotta mobilità e altre comorbidità che impediscono di svolgere le normali attività di vita quotidiane[27].

Non esistono studi che dimostrino che l'incontinenza urinaria sia più presente in un'etnia, piuttosto che in un'altra[33].

INCONTINENZA E QUALITÀ DI VITA

L'incontinenza urinaria è un problema tipico dell'età avanzata, spesso sottostimata per il silenzio delle persone anziane a riconoscere il problema. A ciò si aggiunge anche che la maggior parte degli anziani che soffrono di questo disturbo non si rivolgono al proprio medico di medicina generale o ad un medico specialista per via dell'imbarazzo e della vergogna che provano e per la convinzione che l'incontinenza urinaria faccia parte integrante dell'invecchiamento e che contro di essa non ci sia niente da fare.

Alcune evidenze suggeriscono che la presenza dell'incontinenza urinaria negli *uomini* può avere un maggiore impatto emotivo e sociale sulla qualità di vita rispetto alle *donne*.

Inoltre, il timore di una perdita del controllo vescicale possono indurre le persone incontinenti a modificare il proprio stile di vita e ad adottare meccanismi di adattamento preventivo come una drastica riduzione dell'assunzione di liquidi, iniziano ad andare in bagno in maniera *difensiva*, cioè prima di lasciare il luogo di lavoro, di uscire di casa o di andare in qualunque altro posto; limitano i propri spostamenti quotidiani ai soli luoghi e percorsi in cui conoscono la collocazione dei servizi igienici (*mappatura delle toilette*), se presenti, evitano i rapporti sessuali per disagio e per paura di emanare odori sgradevoli e indossano ausili assorbenti per l'incontinenza.

Se è vero che l'incontinenza urinaria non è pericolosa per la salute, se non in casi gravi in cui è sintomo di problemi più seri, tutti gli effetti negativi sopracitati causati da questo disturbo, spesso accettato con rassegnazione, riducono significativamente la qualità della vita della persona incontinente nonostante la possibilità di un trattamento efficace.

COSTI DELL'INCONTINENZA URINARIA NELL'ANZIANO FRAGILE

L'incontinenza urinaria, definita come perdita involontaria di urine, è un problema medico e socio-economico che colpisce soprattutto la popolazione anziana[34].

Essa oltre a rappresentare una condizione altamente invalidante, comporta anche un onere assistenziale, che grava sulla famiglia e sul personale sanitario, e un costo economico di rilievo che grava sull'intera collettività.

I costi andranno aumentando con l'invecchiamento della popolazione: entro il 2030 la richiesta di trattamento aumenterà in maniera considerevole, dell'81% per le donne con età di 60-89 anni affette da vescica iperattiva[35].

I costi relativi all'incontinenza urinaria possono essere suddivisi in costi diretti, indiretti e intangibili[36]. Tra i *costi diretti* si annoverano le visite mediche, gli esami di laboratorio, le procedure diagnostiche, la terapia farmacologica e chirurgica, la riabilitazione pelvi-perineale, i prodotti di medicazione per un eventuale comparsa di dermatiti da contatto, di lesioni cutanee, il trattamento di un'eventuale comparsa di infezione delle vie urinarie, un allungamento dei tempi di degenza ospedaliera e i costi dei presidi ad assorbenza per l'incontinenza. Per quando riguarda l'utilizzo dei presidi assorbenti, molte persone incontinenti preferiscono gestire autonomamente il proprio problema utilizzando tale presidio e cambiandosi frequentemente gli indumenti. Il sistema di assorbenza dovrebbe essere applicato in situazioni di incontinenza urinaria refrattaria a tutte le altre strategie di trattamento[37] anche perché l'uso di tale presidio nelle persone anziane comporta una serie di conseguenze a breve e a medio-lungo termine: un cambiamento in negativo della qualità della vita, sviluppo di una dermatite perineale o da contatto, sviluppo di lesioni cutanee, infezione delle basse vie urinarie e l'aumento dei costi. Il Sistema Sanitario Nazionale nel 2011 ha speso 300.000.000 euro per i presidi di assorbenza[38].

Secondo gli ultimi dati raccolti dal Ministero della Salute e riportati dal rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche per l'acquisto di dispositivi medici, nella tabella tipologie CND alla voce *T04-Ausili per incontinenza,* il Sistema Sanitario Nazionale nel 2016 ha speso 69.829.306,03 euro per l'acquisto di ausili monouso ad assorbenza per incontinenti[39].

I *costi indiretti* invece sono associati all'impatto che l'incontinenza urinaria ha sulla qualità di vita della persona incontinente e su chi assiste, quasi sempre un familiare. Un esempio è la perdita di produttività lavorativa dovuta al tempo dedicato al proprio familiare e l'assistenza prestata gratuitamente dall'assistente che si occupa della persona anziana incontinente che sia o meno in comorbidità (ad es. il morbo di Alzheimer) ed abbia una disabilità funzionale-cognitiva. Altri costi indiretti sono quelli che si presentano come conseguenza dell'incontinenza, un esempio sono l'acquisto di prodotti di medicazione per il trattamento della dermatite perineale, delle lesioni cutanee e il trattamento di un eventuale comparsa di infezione delle basse vie urinarie.

Sono infine da citare i *costi intangibili*, rappresentati da un senso di colpa e vergogna, imbarazzo, perdita di autostima, senso di abbandono, isolamento sociale, difficoltà sessuali, peggioramento dello stato di salute di chi assiste il familiare, ecc.

RIDURRE I COSTI DELL'INCONTINENZA

Come già accennato l'incontinenza urinaria, se non trattata, comporta dei costi consistenti sia dal punto di vista socio-economico sia dal punto di vista psico-sociale per l'impatto che ha sulla qualità di vita delle persone incontinenti e su chi assiste il proprio familiare.

Un primo passo per ridurre i costi è adottare una campagna di *informazione* e di *sensibilizzazione* sul territorio più incisiva al fine di promuovere gli aspetti educazionali e sociali della continenza.

Un altro passo importante potrebbe essere un rapido passaggio di informazioni dal medico di medicina generale, che tutela la salute globale del cittadino nel territorio, al medico specialista, ciò comporterebbe una riduzione dei tempi tra l'individuazione dei primissimi sintomi di incontinenza e la formulazione di una *diagnosi precoce* necessaria per l'avvio di un *tempestivo trattamento* terapeutico in grado di curare o almeno di ridurre l'incontinenza. Più la diagnosi è precoce più è efficace il trattamento. L'obiettivo primario è quindi di sensibilizzare gli utenti a sottoporsi ad interventi più conservativi per una migliore qualità della vita.

CONCLUSIONI

L'incontinenza urinaria è un problema tipico dell'età avanzata, più frequente nel sesso femminile, spesso accettato con rassegnazione, con importanti ricadute sulla disabilità e la qualità di vita

nonostante sia frequente la possibilità di un trattamento efficace[40]. Costituisce un problema socio-sanitario rilevante, con un impatto molto negativo sulla vita quotidiana delle persone che ne soffrono, in particolare nelle fasce di età avanzata. Essa viene considerata un segno di avvertimento per la fragilità negli anziani e se sommata alla presenza di altre patologie croniche rende la persona anziana bisognosa di maggiori attenzioni. Molti anziani non cercano un aiuto da parte del professionista della salute a causa dell'imbarazzo, della scarsa conoscenza delle opzioni di trattamento, della mancanza di un'appropriata comunicazione e incoraggiamento da parte dei professionisti sanitari e per il fatto che l'incontinenza urinaria sia, per loro, un normale processo legato all'invecchiamento. Il normale invecchiamento non è una causa di incontinenza, anche se i cambiamenti legati all'età in funzione delle basse vie possono predisporre le persone anziane ad essa. Chi soffre di questo problema riporta imbarazzo, paura di bagnarsi o di apparire sporco, disagio legato all'odore. Inoltre è da sottolineare il fatto che l'incontinenza urinaria nella vita di una persona può comportare l'isolamento sociale[41]. A ciò si aggiunge che ancora oggi l'incontinenza urinaria rimane un aspetto sottodiagnosticato e quindi sottotrattato, in particolare nelle fasce di età avanzata, a causa di una scarsa promozione ed educazione sanitaria dei cittadini e degli assistiti in materia di incontinenza e di una scarsa attenzione alle fasi di diagnosi, classificazione e terapia che hanno l'obiettivo di un rapido recupero della continenza e conseguente miglioramento della qualità di vita.

È necessaria una costante condivisione dei dati e delle informazioni tra cittadino, medico di medicina generale e medico specialista e un atteggiamento più attivo e partecipe dell'utente, e ciò è vantaggioso sia per l'utente stesso, con evidente guadagno in termini di salute e benessere psicofisico, sia per il Sistema Sanitario Nazionale per il significativo risparmio ottenibile con un accorto investimento nella prevenzione primaria e secondaria cui si riconosce un ruolo centrale nella riduzione dei fattori di rischio relativi all'insorgenza dell'incontinenza urinaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Elenskaia, K, Haidvogel K, Heidinger C et al. The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment. Wiener klinische Wochenschrift 2011; 123: 607-610.
2. D'Ercole F, Bondioli A. L'incontinenza urinaria: la cenerentola dei problemi di salute. Centro Studi EBN 2000; 1: 18-41.
3. Ward-Smith P. The cost of urinary incontinence.Urologic Nursing 2009; 29: 188-90, 194.
4. Cesa-Bianchi, M. Psicologia dell'invecchiamento. Caratteristiche e problemi. Roma: La Nuova Italia Scientifica 1987.
5. Giumelli G. Vecchiaia. Materiali di approfondimento. Chieti: Vecchio Faggio Editore 1996.
6. Chiaramonti G, Donati D. Assistenza geriatrica. 1" ed. Milano: McGraw-Hill Libri Italia 2000.
7. Istituto di Statistica Europeo (Eurostat). Struttura e invecchiamento della popolazione, 2017. Disponibile a: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_structure_and_ageing/it
8. Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani (INRCA). Bilancio sociale del 2016, 2017. Disponibile a: https://www.inrca.it/inrca/files/inevidenza/BS%202016%20web.pdf
9. Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea. Report anno 2015, 2017. Disponibile a: https://www.istat.it/it/archivio/203820
10. Censis. L'eccellenza sostenibile nella tutela delle persone non autosufficienti, 2015.
11. Golini A. Demographic trends and ageing in Europe. Prospects, problems and policie. Genus 1997; 53 (3-4): 33-74.
12. Istituto nazionale di statistica (Istat). Indicatori demografici, stime per l'anno 2016, 2017. Disponibile a: https://www.istat.it/it/files//2017/03/Statistica-report-Indicatori-demografici_2016.pdf
13. Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Il futuro demografico del Paese, 2017.
14. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J et al. An emerging research and clinical paradigm-issues and controversies. Journals of Gerontology 2007; 62: 731-737.
15. Karunananthan S, Wolfson, C, Bergman H et al. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. BMC Med. Res. Methodol. 2009; 9: 68.
16. Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a Phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: M146-M156.
17. Fried LP, Ferrucci L, Darer J et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004; 59: 255-263.
18. Kaethler Y, Molnar F, Mitchell S et al. Defining concept of frailty: a survey of multi-disciplinary health professionals. Geriatrics Today 2003; 6: 26-31.
19. Cherubini A, Mussi C, Salvioli G. La fragilità dell'anziano e la psicogeriatria. Psicogeriatria 2007; I: 9-12.
20. Wagg A, Gibson W, Ostaszkiewicz J et al. Urinary incontinence in frail elderly persons: Report from the 5th International Consultation on Incontinence. Neurourol. Urodyn. 2015; 34: 398-406.
21. Abreu da Silva V, Souza KL, D'Elboux MJ. Urinary incontinence and the criteria of frailness among the elderly outpatients. Rev Esc Enferm 2011; 45: 672-678.
22. Silay K, Akinci S, Ulas A et al. Occult urinary incontinence in elderly women and its association with geriatric condition. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2016; 20: 447-451.
23. Cannone LP. Incontinenza urinaria (IU). Linea guida: gestione e trattamenti 2006. Disponibile a: http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/lavoriCS/06_incontinenza_urinaria.pdf
24. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner-Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica. 4" ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana 2010.
25. Carpenito-Moyet LJ. Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica. 5" ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana 2010.
26. Abreu da Silva V, D'Elboux MJ. Factors Associated with urinary incontinence in elderly individuals who meet frailty criteria. Texto Contexto Enferm 2012; 21 (2): 338-347.
27. Gibson W, Wagg A. New horizons: urinary incontinence in older people. Age Ageing 2014; 43: 157-163.
28. Smith AP. Female urinary incontinence and wellbeing: results from a multi-national survey. BMC Urology 2016; 16: 22.
29. Samuelsson E, Odeberg J, Stenzelius K et al. Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly: A systematic review. Geriatrics & Gerontology International 2015; 15: 521-534.
30. Stephan E, Hajjar RR. Urinary incontinence in older adults. J Med Liban 2012; 60: 220-227.
31. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. American Family Physician 2013; 87: 543-550.
32. Clemens QJ. Urinary incontinence in men 2016. Disponibile a: http://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-in-men
33. Baldo A, Battaglino F, Bono A et al. Libro Bianco sull'incontinenza urinaria. Cassano delle Murge: Di Canosa Stampa Editoriale 2012.
34. Goepel, M., Kirschner-Hermanns, R., Welz-Barth, A. et al. Urinary incontinence in the elderly: part 3 of a series of articles on incontinence. Deutsches Arzteblatt International 2010; 107: 531-536.
35. Ouslander JG, Shih YT, Malone-Lee, J, Luber K. Overactive bladder: special consideration in the geriatric population. American Journal of Managed Care 2000; 6: S599-S606.
36. Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD et al. Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. Urology 2003; 61: 1123-8.
37. Loh K., Sivalingam N. Urinary incontinence in the elderly population. The Medical Journal of Malaysia 2006; 61: 506-10.
38. Martines I, De Rose AF. Libro bianco sull'incontinenza urinaria, Cassano delle Murge: Di Canosa Stampa Editoriale 2012
39. Ministero della Salute. Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici - Anno 2016, 2017. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2679_allegato.pdf
40. Fabris F. L'incontinenza urinaria. Geriatria. Roma: Ed. Scientifica Internazionale 2003
41. Becher K, Oelke M, Grass-Kapanke B. Improving the health care of geriatric patients: management of urinary incontinence: a position paper. Z Gerontol Geriatr 2013; 46: 456-464.

Corrispondenza:
Matteo Bruno, Dottore in Infermieristica
Via Aspromonte, 1 - 71013 - San Giovanni Rotondo, Foggia,
teobruno@outlook.it

L'ascolto e il piacere come anelli di congiunzione fra disfunzioni pelviche, sessualità e vissuti emozionali

DE CHINO STELLA

Fisioterapista e formatrice. Schio, Vicenza

Quando scelsi di occuparmi di riabilitazione uro ginecologica ero fermamente convinta che si trattasse di un lavoro sulla *muscolatura*. La mia formazione mi aveva portata a focalizzarmi su questo aspetto e a proporre un lavoro mirato al recupero della funzionalità del pavimento pelvico. All'inizio della mia attività il mio intervento era incentrato sull'*educare* alla consapevolezza pelvica per prevenire-curare problematiche come l'incontinenza urinaria, il prolasso.

Pian piano che mi addentravo, attraverso tecniche come l'intervista libera, nella sfera intima, emergevano spesso temi relativi alla sessualità e al benessere sessuale e correlazioni con le problematiche per le quali le pazienti venivano da me.

Numerose domande affioravano e affiorano alla mia mente: il rapporto sessuale e l'orgasmo come modificano la muscolatura? L'uretra, la muscolatura perineale superficiale (muscolo bulbo cavernoso e ischio cavernoso) sono infatti a stretto contatto con le radici del clitoride e sicuramente c'è una correlazione fra la mancanza di orgasmo e la dissinergia muscolare. Le emozioni che proviamo possono in qualche modo alterare il nostro modo di *sentire* questi muscoli soprattutto se sono emozioni negative?

Ho scelto quindi di includere la *sessualità* nella mia sfera di indagine e di formarmi come consulente sessuale. Questa esperienza mi ha permesso di cogliere le correlazioni fra alcuni problemi organici e la sfera intima.

Dissinergia muscolare, incontinenza urinaria e intimità. Spesso donne affette da dissinergia muscolare e incontinenza urinaria narrano anche una vita sessuale scarsa o assente. Spesso l'incontinenza insorge in concomitanza con il deficit erettivo del partner. Fondamentale in tal caso è indagare sul tipo di educazione sessuale che la donna ha ricevuto, sul valore che dà alla sfera intima, sui pregiudizi e i tabù. Integrare infatti la vagina nella percezione che una donna ha di sé stessa significa portarla a percepirsi maggiormente in tutte le funzioni ad essa correlate, inclusa la sessualità. Moltissime sono ancora infatti le donne che danno valore al piacere, che considerano il sesso un "dovere", che vedono l'autoerotismo come una cosa per poche , considerandolo inutile. Nozioni basiche di anatomia e di fisiologia del piacere risultano utili per stimolare un maggior ascolto del corpo anche durante la sessualità. Un modello del bacino (fig.1), una vulva di stoffa (fig.2), il clitoride in 3D (fig.3) possono essere utili strumenti educativi.

Vissuti emotivi e disfunzioni pelviche: "Mi sento scollegata dalla mia vagina, disconnessa dalle sensazioni. Ho fatto un'interruzione volontaria di gravidanza nel 2006 e da allora le mie percezioni sono cambiate. Non era una cosa che volevo. L'ho fatta da sola. Lui mi ha lasciata quando ha saputo". Ecco come una delle tante donne che vedo narra spontaneamente la sua storia, descrive delle ipotesi sulla sua problematica e in qualche modo fa un'implicita richiesta di aiuto: quella di *riconnettersi*. La raccolta dei dati significativi, in un'ottica bio-psicosociale, deve partire dai *bisogni emersi* durante l'intervista e non da una personale idea del terapeuta di ciò che va fatto. *Ascolto attivo* è questo: essere ricettivi e cogliere dietro le parole la storia, le correlazioni cliniche ed emotive ed essere pronti e proporre un intervento maggiormente aperto alla sfera emozionale, senza sostituirsi allo psicologo, ma dando alle pratiche proposte anche una valenza affettivo-emozionale. Vediamo come ci si pone di fronte ad un'affermazione che chiede di essere raccolta e restituita. Il primo passo è l'ascolto. Il secondo passo è l'*esplicitare*, con una frase ciò che abbiamo colto: "pensa quindi che l'IVG possa in qualche modo aver alterato la percezione e la funzionalità della sua vagina?". Il terzo passo è quello di dare un messaggio di *comprensione* e empatia verso la tematica toccata, ad esempio una frase come "deve essere stato veramente pesante affrontare tutto questo da sola". Solo nell'ultima fase arriva il nostro aiuto che si inserisce come una proposta ampia di *riconnessione* con la vagina che passa necessariamente attraverso un approfondimento degli attuali vissuti.

Vengono quindi formulate ulteriori domande alla donna sulla sua attuale vita sentimentale e sessuale ed emerge che ha avuto da poco un bimbo ma che il suo compagno già dalla gravidanza ha espresso un rifiuto dell'intimità che è proseguito dopo il parto. Questo crea in lei un ulteriore disagio perché se da un lato sente di diversi riappropriare della sua vagina dall'altro percepisce una sorta di distanza dal partner. Le propongo un incontro anche con il marito dove sarà mio compito spiegare al marito l'importanza della sfera intima per la coppia e per il benessere pelvico della sua compagna.

Le insegno alcune pratiche di attivazione, risveglio muscolare e percepisco maggior serenità rispetto al problema. La valutazione urogenitale non fa che confermare ciò che è infatti emerso dall'intervista: una scarsa attivazione muscolare ma anche una scarsa consapevolezze del rilascio dopo la contrazione. Una difficoltà a sentire ciò che accade all'interno della vagina.

Erronee convinzioni causate da figure sanitarie. Accade anche che la donna arrivi in studio spaventata o turbata da affermazioni fatte da figure sanitarie, chiedendo risposte o un sostegno in particolari fasi della vita, ad esempio la gravidanza o la menopausa. Un esempio può portare chiarezza: qualche tempo fa viene nel mio studio una giovane donna chiedendomi di insegnarle a "spingere" per prepararsi al parto. Le spiego che la spinta in realtà è un accompagnare la naturale discesa del bimbo lungo il canale del parto assecondando quello che viene definito da Michel Odent il "riflesso di eiezione del feto". Racconto che questo riflesso è simile all'orgasmo, al riflesso di emissione del latte e che è fortemente collegato con uno stato calmo della mente e una mancanza di interferenze esterne. Mi racconta che durante la fase espulsiva del parto le era richiesto di spingere in apnea flettendo il capo in avanti ma che pure essendo dilatata 10 cm il bimbo non scendeva. Le chiedo in che posizione fosse e mi risponde "sulla poltrona da parto". È risaputo che mantenere bloccato il sacro inibisce il movimento di nutazione-contronutazione che avviene durante il parto. Le spiego che la posizione non era facilitante perché facilitanti sono tutte le posizioni dove il sacro è libero di muoversi. Le faccio comunque percepire il rilascio della vagina e la capacità che lei ha già di "spingere" se messa nelle giuste condizioni.

Il lavoro del riabilitatore urogenitale è complesso e pieno di sfaccettature. La sfida sta nell'allargare lo sguardo senza perdere di vista gli obiettivi riabilitativi ma restando aperti alle soprese che il paziente ci riserva se ascoltato con attenzione e presenza. Buon lavoro a tutti.

Corrispondenza:
STELLA DE CHINO
Via Righi 32 Schio (Vi) - stelladechino@gmail.com

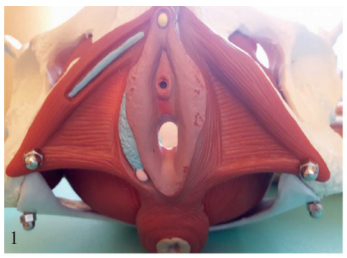


Fig. 1 – Modello di bacino e muscolatura del pavimento pelvico.

Fig. 2. – Vulva di stoffa, in evidenza clitoride, uretra (stellina), piccole labbra.

Fig. 3. – Clitoride in 3D (misure naturali).

Il racconto di Giorgetti: L'anello

Ludovico era vicino al settantesimo anno e stava affrontando quella stagione della vita con molta serenità.

Non aveva rimpianti.

Figlio unico di una famiglia agiata di commercianti (da tre generazioni gestivano i due più importanti negozi di abbigliamento al centro della città), il padre non aveva voluto sentir storie: il suo unico figlio non doveva pensare solo ad arricchirsi, ma acquistare prestigio, perciò doveva essere un grande avvocato.

E Ludovico non lo deluse.

Il suo studio era famoso in tutta la regione e ben sette collaboratori lo affiancavano.

Non si era mai sposato:

"Chi i matrimoni li vede dal di dentro, deve avere un gran coraggio a stipulare un simile contratto!"

"Le donne mi piacciono e mi piacciono molto, ma preferisco quelle degli altri: danno più soddisfazioni e creano meno problemi."

E nemmeno adesso, benché la sua condizione di celibe gli creasse qualche problema pratico, non aveva rimpianti.

Poi conobbe una vedova cinquantenne: una donna ancora bella e affascinante: Anna.

Anna, per trenta anni, aveva percorso in lungo e in largo l'Europa, gli Stati Uniti e l'Asia seguendo il consorte, un alto funzionario dell'Ambasciata d'Italia.

Anna parlava con disinvoltura l'inglese, il tedesco, lo spagnolo … ed il cinese!

Naturalmente le sue condizione economiche erano più che ottime, ma adesso le pesava (e in realtà le aveva sempre pesato), la scelta che aveva dovuto fare: niente figli per non ostacolare la carriera errabonda del marito.

E quando lui per un infarto l'aveva lasciata, era caduta in una profonda depressione: adesso era veramente sola e non vedeva davanti a sè uno scopo.

Allorché aveva dovuto affrontare una controversia sull'eredità del marito con i parenti del defunto, aveva affidato la pratica allo studio di Ludovico e dopo due mesi, fra i due era iniziato un bellissimo rapporto.

Lei aveva scoperto che era ancora in grado di far innamorare un uomo colto, intelligente e prestante; lui che il fascino femminile non ha età.

Lei, con il marito, aveva avuto un forte legame affettivo, ma la sessualità l'avevano vissuta senza sussulti, con una normale abitudinarietà; Ludovico la sessualità l'aveva sempre vissuta rapinando a dritta e a manca, sempre pronto ad attuare rapide fughe per evitare complicazioni.

Adesso, invece, per entrambi, nei frequenti rapporti c'erano ansia e aspettativa; c'erano abbandono ed entusiasmo, senza inibizioni e falsi pudori.

Ma erano troppo intelligenti per non capire che l'autunno è una bellissima stagione, ma che precede l'inverno.

Avevano a lungo discusso, ma non in modo conflittuale, dove vivere: o nella bella villa di lei fuori città, o nel grande e lussuoso attico dell'avvocato, situato proprio nel punto più alto dell'acropoli.

E alla fine l'accordo venne trovato: l'inverno restavano in città; dalla primavera all'autunno vivevano prevalentemente in campagna, ma con rapidi spostamenti nelle due residenze se ritenuti opportuni.

Lei era tranquilla, non rimpiangeva la vita movimentata che aveva condotto per tanti anni e lui apprezzava la fine del suo nomadismo sessuale.

Erano nella villa in campagna quando lui capì che aveva qualche problema nella minzione e telefonò subito al suo amico primario del reparto di urologia dell'ospedale.

Le analisi confermarono: prostata.

"È opportuno intervenire chirurgicamente e il più presto possibile" sentenziò l'amico dopo ripetute indagini.

"E … dopo?" domandò lui con un filo di voce.

"Ti garantisco che non avrai problemi, anche se non sarà più proprio come prima.

Fidati di me."

Si fidò e dopo sei mesi, offrì una lussuosa cena all'amico urologo.

Indubbiamente Anna gli era stata di grande aiuto, sia sotto l'aspetto psicologico, che … pratico.

"Quando mi arrivò la menopausa" gli confidò Anna" subii un vero e proprio disorientamento psicologico: avevo sempre sperato che, prima o dopo, potessi diventare madre. Mi dicevo che era solo questione di tempo e di organizzazione. E invece, da un giorno all'altro, quella porta mi venne definitivamente chiusa, sbarrata. Ero in menopausa.

Anche la mia … il mio desiderio sessuale si stava affievolendo e lui … Lui purtroppo non mi aiutava. Avrei voluto … lottare, almeno volevo provarci a cercare di riprendere il filo che sentivo sfuggirmi dalle mani. Non volevo rinunciare alla mia femminilità.

Ma quella è una battaglia che fatta in solitudine si perde.

Poi, all'improvviso, tutto il mio mondo precipitò: restai sola.

Davanti a me vedevo solo la noiosa sopravvivenza di un rudere.

Poi, per fortuna, ho incontrato te e tu, con la tua vitalità, il tuo entusiasmo mi hai fatto rivivere.

Con te ho scoperto la mia sessualità.

Adesso tocca a me salire sul podio e … dirigere l'orchestra. E, ti giuro, sono in grado di metterti a disposizione la mia bacchetta magica."

Fra i due, giorno dopo giorno, erano aumentate l'armonia, la fiducia, c'erano comprensione ed affetto.

Insieme avevano affrontato le difficoltà del dopo intervento alla prostata ed era stato un piacevole cammino, affrontato con serenità e fiducia.

Ora lui aveva settantacinque anni e sempre più spesso si addormentavano, sereni, uno accanto all'altra, dopo il bacio della buona notte.

Ma c'era una cosa che avviliva il vecchio leone, era la rapida conclusione delle sue prestazioni sessuali: non ne parlavano, lui ed Anna, ma lui era convinto che lei ci soffrisse.

Si confidò con l'urologo:

"C'è quel famoso farmaco che era nato per controllare l'ipertensione e che si è dimostrato in grado di garantire buone prestazioni, ma qualcuno ci ha lasciato le penne."

E la cosa finì lì.

Indubbiamente, quando constatava che la sua prestazione si esauriva regolarmente in pochi, pochissimi minuti, restava molto tempo accanto ad Anna senza riuscire ad addormentarsi.

Era convinto che lei ci soffrisse: i suoi seni erano ancora turgidi e, all'inizio, la sentiva fremere.

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.

Poi restava lì, sotto di lui, rigida e muta.

Nemmeno lui parlava.

E dopo un po':

"Buonanotte tesoro" diceva lei.

"Buonanotte" rispondeva Ludovico con un filo di voce.

Ma tardavano molto, entrambi, ad addormentarsi.

Poi, a lui, venne un dubbio: fermo restando che l'età e l'intervento alla prostata potevano avere la loro importanza, ma la colpa poteva anche essere attribuita all'abitudinarietà nella quale era caduto!

Anche il più appetitoso manicaretto, se uno se lo trova sempre pronto, tutti i giorni, sul tavolo, alla fine gli viene a noia!

Obbiettivamente, il suo, era un discorso egoistico, forse anche meschino, certamente maschilista, ma poteva essere vero.

Come era altrettanto vero che lui per tanti anni aveva vissuto da nomade e la stanzialità indubbiamente nuoce a chi è abituato a vedere orizzonti sempre diversi.

Un buon pascolo lui lo aveva sempre trovato sul campo da golf cittadino: per anni aveva frequentato assiduamente il loro club (molto esclusivo e noioso), senza aver mai praticato quello sport, ma le mogli di coloro che si divertono a prendere le palle a bastonate, si annoiavano terribilmente, mentre aspettano il rientro dei mariti sudaticci.

E così, nella grande sala delle riunioni, fra un tè verde e una partita di burraco, era sempre stato facile trovare qualche bella signora annoiata e disponibile.

E, ne era certo, lì il vecchio leone sarebbe ritornato a ruggire.

Se non altro ci avrebbe provato.

Fu accolto con entusiasmo dai soci, ma si rese subito conto che la selvaggina era diventata scarsa, un po' spennacchiata e comunque poco allettante.

"Mala tempora currunt!" gli disse Alfonso, un suo coetaneo, un illustre ginecologo con il quale, per anni, aveva condiviso le avventure galanti nella grande sala del club.

Poiché sapeva che Alfonso era uno dei maggiori esperti del pavimento pelvico, se pur femminile, Ludovico affrontò con lui il suo problema.

"Alla nostra età non pensare di poter sperare in grandi prestazioni. E devi anche sapere che non sono pochi quelli che vivono solo di ricordi.

E non dar retta a certi colleghi ciarlatani che parlano di prodotti miracolosi, di interventi chirurgici ricostruttivi e, peggio ancora, di usare determinate droghe.

Per sparare ancora qualche cartuccia, è importante fare attenzione allo stato di salute: alimentazione corretta, costante attività fisica, controllo della glicemia, della colesterolemia, della pressione.

E, soprattutto, accontentati di quello che passa il convento! Tu ti lamenti della durata delle sue prestazioni, ma devi sapere che c'è chi, alla tua età, si accontenta di vederlo urinar bene.

Comunque un collega mi ha inviato degli anelli di un materiale plastico, gommoso, molto elastico che, messo alla radice del pene, dopo l'erezione, trattiene il flusso sanguigno e può determinare una erezione più persistente e consistente.

Capita nel mio studio e ti darò un paio di confezioni.

Sono di diverse misure: sceglierai quella che più ti si addice."

"Quando e a che ora posso venire?"

"Quando vuoi. Dalle nove alle tredici, tutti i giorni, tranne il sabato, faccio ambulatorio nel mio studio"

E gli dette l'indirizzo.

Il giorno successivo, alle otto, Ludovico era lì, davanti al portone, in attesa..

Gli anelli erano di materiale elastico, di un colore lattiginoso, di tre grandezze.

L'amico medico, infilandosi un anello al dito, gli mostrò come doveva essere infilato e:

"Tienimi informato" concluse e ridendo gli dette il numero del suo cellulare.

Quella sera Ludovico fece una cena molto leggera: pochi grassi, niente zuccheri, un po' di ginnastica, poi doccia, massaggio con colonia e … anello sistemato nella giusta posizione!

Fiducioso, era pronto al cimento.

Quando entrò in camera, Anna stava dormendo.

Era giugno e la temperatura interna della camera della villa, immersa nel parco, era piacevole.

Accese la piccola lampada sul comodino che rischiarò appena la stanza.

Dalle finestre aperte si avvertivano distintamente il profumo dei tigli e il canto dei grilli.

La luna non era ancora sorta ed il cielo sembrava di velluto, pieno di stelle.

Ludovico si tolse il pigiama azzurro di seta e, nudo, si accostò ad Anna che dormiva sul fianco.

Adagio sollevò il lenzuolo che la copriva.

Indossava solo delle mutandine di pizzo nero.

I seni, piccoli, erano turgidi.

Le accarezzò il viso e le baciò i seni e poi il collo.

Lei, sorridendo, si sfilò le mutandine.

E lui le fu sopra.

Si addormentarono abbracciati, felici.

A mezzanotte lui si destò e inviò subito un SMS al telefonino del suo amico medico:

"Ottimo! Eccellente! E meglio dell'Anello del Re Salomone.

Sapevo che c'era L'Anello del Nibelungo; ma tu mi hai donato l'Anello del Libido Lungo! Grazie."

Mostri e mostre A cura di GUERRINO GIORGETTI

ANTONIO CANOVA E LA BELLEZZA

Una lettrice, dopo la pubblicazione dell'articolo su Rodin mi ha scritto e mi ha chiesto: perché i giornali e le tv parlano molto di pittura e pittori ma molto poco di scultura e scultori? Perché ci siamo dimenticati di Antonio Canova?

Innanzitutto ringrazio la lettrice: oggi si comunica con altri mezzi e il postino ci ricapita solo fatture, bollette e contravvenzioni.

Ma entro nel merito. È vero, verissimo: la scultura e gli scultori da qualche tempo non sono di moda, ma a questa rivista l'addebito è ingiusto: qui si è parlato di Boccioni, di Marcello Sforna, di Rodin.

Va anche riconosciuto che la pittura rispetto alla scultura, ha un mercato reale e potenziale molto diverso: la collocazione di un quadro in casa non è un problema, ma il problema c'è per la scultura. Perciò è giustificato l'interesse diverso dei mezzi di comunicazione per le due forme espressive. Però occorrerebbe parlare di più, illustrare e diffondere la "cultura della scultura" e guardare senza timori le nuove forme espressive e dei materiali utilizzabili.

In merito a Canova la lettrice ha ragione: ma se oggi non va di moda, Canova è stato e resterà uno dei grandi della scultura.

Le statue di Canova son tutte belle, perfette ma hanno un limite: sono troppo belle e troppo perfette. I nudi (sia maschili che femminili) hanno i volti, i corpi di una bellezza commovente che lasciano lo spettatore allibito di fronte a tanta bravura. Ma sono corpi e volti che non emozionano. Un critico ha detto: le donne di Canova si ammirano ma non si desiderano perché non si fanno desiderare. Sono algide, sono di marmo. E qui entra in gioco la personalità dell'artista. Si è sempre parlato molto poco del Canova come uomo e non si sa molto della sua vita sentimentale.

Non si è sposato e si è detto addirittura di una sua "verginità". Ma ritorniamo ad una sua opera forse quella più famosa: Paolina Borghese. La donna è bellissima, armoniosa, splendente ma è lì, in posa, tranquilla si esibisce, si lascia ammirare ma non dà emozioni. E lo stesso discorso vale per le Tre Grazie, le varie Veneri, Euridice, Danae, Ebe ... Anche i giovani riprodotti (Apollo, Amore, Icaro...) sono bellissimi ma freddi...

Però c'è stato chi, nel merito, la pensava molto diversamente. A proposito del gruppo "Amore e Psiche" conservato a villa Carlotta su lago di Como il grande scrittore francese Flaubert ha scritto: "...sono tornato a più riprese a vedere e alla fine ho abbracciato la donna, in estasi, che protende verso l'Amore le sue lunghe braccia di marmo e il piede e la testa e il profilo... Mi si perdoni: questo fu, dopo lungo tempo, il mio solo bacio sensuale; era qualcosa di più: io abbracciai la bellezza stessa". E Ugo Foscolo, che di donne se ne intendeva, a proposito della Venere Italica: "io ho rivisitato, amoreggiato... una volta, accarezzata e baciata, questa Venere nuova".

Che dire? De gustibus non *discutendum* diceva chi credeva di conoscere gli uomini e le donne... e il latino!

Della maggior parte delle sculture di Canova abbiamo tutti i passaggi eseguiti dall'autore nella loro realizzazione: esecuzione sulla carta degli schizzi; preparazione del modello in creta, lo stampo in gesso, poi da questo, col sistema classico dei punti, l'autore realizzava la statua in marmo.

Canova era, indubbiamente, un perfezionista, curava ogni dettaglio nelle sue opere, riusciva addirittura a togliere "il biancore del marmo" dall'epidermide dei suoi nudi. Stendeva un sottile strato di cera tenuamente colorata che incorporava con continui sfregamenti. Purtroppo, in passato, per togliere la polvere, i troppo solerti... specialisti, hanno tolto questa patina. Mostre e mostri, appunto.

Figura 1. – *Paolina Borghese*, 1805, Galleria Borghese, Roma

Figura 2. – *Le Tre Grazie*, 1813, Museo dell'Ermitage, San Pietroburgo

Figura 3. – *Amore e Psiche*, 1788-1793, Louvre, Parigi

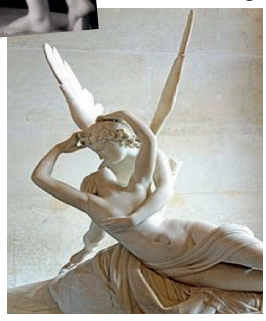


Figura 4. – Bozzetto in gesso di *Amore e Psiche*, si scorgono i punti fissi che venivano fissati sul modello prima della traduzione in marmo Metropolitan Museum, New York

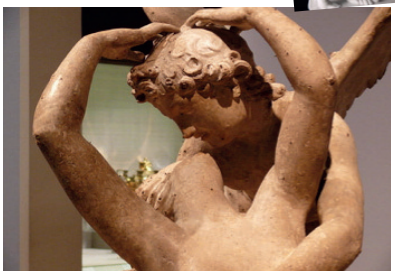


Figura 5. – Bozzetto a *lapis* per un nudo femminile.

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

16° CONGRESSO SIUD
FISIOTERAPISTI, INFERMIERI, OSTETRICHE
STAZIONE MARITTIMA, NAPOLI, 7-9 GIUGNO 2018

1. Studio osservazionale: la riabilitazione pelvi-perineale e ruolo del terapista

EMANUELA DI CURZIO[1] - SILVIA FABBRI[1]
[1] Azienda Ospedaliera di Perugia, Clinica Urologica, Perugia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La rieducazione pelvi-perineale rappresenta il metodo di elezione per il trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico. L'obiettivo del nostro studio è quello di indagare se ci sono differenze negli outcomes tra un gruppo sottoposto a trattamento riabilitativo effettuato da più terapisti con modalità diverse di lavoro, e l'altro effettuato da un unico terapista con un piano di lavoro standardizzato da poter adattare al caso clinico.

MATERALI E METODI

È uno studio osservazionale retrospettivo condotto su 65 donne con incontinenza urinaria (25 appartenenti al gruppo 1 cioè seguiti da un unico operatore e 40 appartenenti al gruppo 2 cioè seguiti da più terapisti) di un ambulatorio di urologia funzionale. I pazienti sono stati sottoposti allo stesso trattamento riabilitativo che consiste in 10 sedute ripartite in 5-10 settimane. Il trattamento prevede FKT, ESF e biofeedback; gli ultimi due praticati tramite Pelvy Tutor machine (®EBN). Al termine delle sedute, i pazienti sono stati sottoposti, in forma anonima, ad un questionario articolato in 24 domande che ne intersecano altri validati a livello internazionale sulla qualità di vita (ICIQ-LUTSquol) e sui benefici del trattamento (PGI-I), in aggiunta a 5 domande da noi formulate per comprendere la qualità percepita del servizio e l'importanza del rapporto empatico reso dagli operatori.

RISULTATI

I due gruppi risultavano confrontabili per caratteristiche demografiche e cliniche. In entrambi i gruppi l'incontinenza urinaria prima della riabilitazione influenzava negativamente la qualità di vita e delle attività svolte (p=0.60);dopo la riabilitazione l'86.7% delle donne del gruppo 1 ha avuto un miglioramento del quadro clinico rispetto al 70% del gruppo 2 (p<0.0001); il 76% dei pazienti gruppo 1 mostravano un miglioramento della vita sessuale rispetto al 61.2% del gruppo 2 (p<0.0001); il 76% delle donne nel gruppo 1 non avevano più disturbi del sonno rispetto al 51.1% del gruppo 2 (p<0.0001); 82.2% delle pazienti del gruppo 1 si sentivano meno depresse del 63% delle pazienti del gruppo 2 (p<0.0001);nel 91% delle donne del gruppo 1 la riabilitazione ha avuto un miglioramento della qualità della vita quotidiana rispetto al 75% nel gruppo 2(p<0.0001); il 78% delle donne del gruppo 1 ha ricevuto un valido sostegno da parte del fisioterapista rispetto al gruppo 2 (45%) e l'operatore è riuscito a mettere a proprio agio l'84% delle pazienti nel gruppo 1 e il 23% delle pazienti nel gruppo 2 (p<0.0001); l'80% delle pazienti del gruppo 1 si è sentita rassicurata rispetto al 46% delle donne del gruppo 2.

DISCUSSIONE

Il nostro studio dimostra che sottoporsi a un ciclo di riabilitazione pelvi perineale gestito per l'intera durata del ciclo da un unico terapista, determina un maggior miglioramento degli outcomes(86.7% vs 70%). È possibile in questo modo instaurare un rapporto di fiducia tra l'operatore e il paziente, utile per il raggiungimento degli obiettivi, e per la giusta esecuzione di un tipo di terapia che influenza molto la percezione di privacy della paziente stessa. Infatti l' 80% delle pazienti del gruppo 1 si è sentita rassicurata rispetto al 46% delle donne del gruppo 2 eseguendo la riabilitazione sempre con lo stesso operatore, riuscendo così nell'84% a sentirsi a proprio agio durante la procedura.

CONCLUSIONI

La riabilitazione pelvi perineale per ciascun paziente deve essere eseguita da un solo terapista con un modello operativo standardizzato da poter adattare al caso clinico.

2. Studio retrospettivo su donne affette da incontinenza urinaria da sforzo: efficacia del trattamento e follow-up a 5 e 10 anni

DANIA CARLET[1] - GIORGIO GRANZOTTO[1] - FRANCESCA GATTINONI[2]
[1] AIFI, Università degli Studi di Padova, Padova - [2] SSN, ULSS 2 del Veneto, Vittorio Veneto

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La letteratura è molto povera di studi riguardo l'efficacia a lungo termine della riabilitazione dell'Incontinenza Urinaria da Sforzo (IUS): la maggior parte delle pubblicazioni si limita ad un follow-up breve ed include nella popolazione esaminata donne con difetti anatomici e differenti tipi di incontinenza. Inoltre non è ancora stata individuata né una precisa correlazione tra autotrattamento e risultati nel lungo termine, né la frequenza di autotrattamento che porta al miglioramento/ mantenimento dei risultati ottenuti, né le motivazioni che inducono le pazienti a continuare piuttosto che ad interrompere l'autotrattamento nel lungo termine. Questo studio si pone gli obiettivi di sondare l'efficacia nel lungo termine della riabilitazione della IUS, confrontarne gli outcome a distanza di 5 e 10 anni, stimare l'aderenza delle pazienti all'autotrattamento domiciliare, valutare l'esistenza di correlazione tra l'esecuzione degli esercizi perineali e gli esiti a distanza di anni, stabilire la quantità di esercizio e le motivazioni necessarie al mantenimento dei risultati.

MATERIALI E METODI

Lo studio è di tipo osservazionale retrospettivo. Lo strumento usato per l'indagine è un questionario composto da 22 item a risposta chiusa, somministrato a 75 pazienti con diagnosi di IUS genuina che hanno effettuato un ciclo di riabilitazione perineale 5 o 10 anni prima. I dati ottenuti dalla compilazione del questionario sono stati in seguito descrit-

ti statisticamente attraverso calcoli di statistica descrittiva e inferenziale; il test Chi Quadro è stato utilizzato per valutare la dipendenza delle variabili per quanto riguarda l'incontinenza prima, dopo il trattamento e al momento dello studio.

RISULTATI

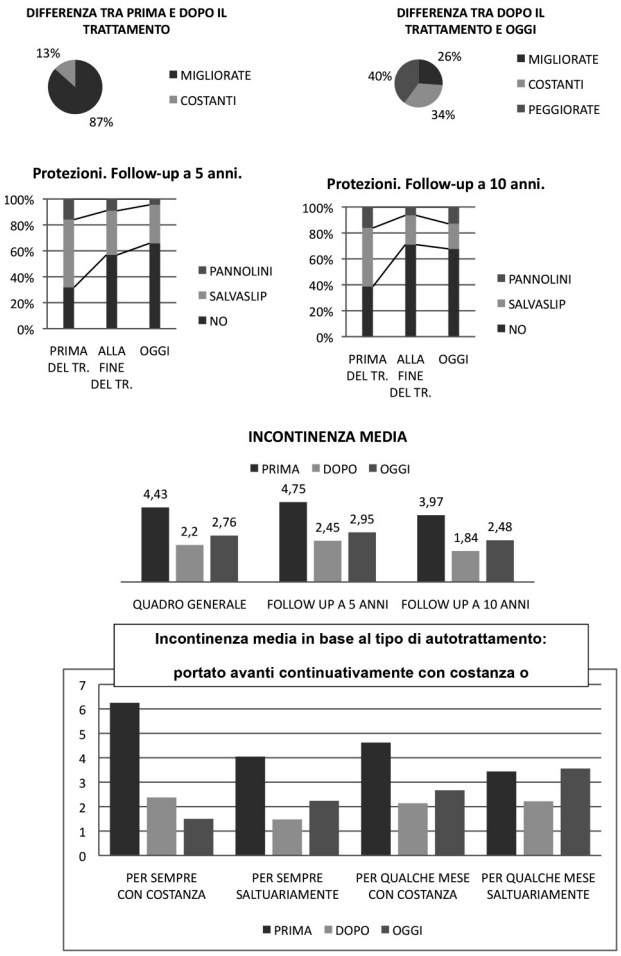
Più della metà delle pazienti abbandona l'autotrattamento dopo qualche mese per stanchezza e pigrizia, mentre il restante 43% lo porta avanti per sempre. Quando il trattamento conservativo della IUS ha successo nel breve termine, 6 donne su 10 mantengono o migliorano i risultati raggiunti nel lungo termine, sia dopo 5 che dopo 10 anni. L'efficacia al follow-up è correlata alla condotta che assume la paziente nei confronti dell'autotrattamento. Le pazienti che eseguono gli esercizi per sempre e regolarmente hanno un'ottima probabilità di mantenere e addirittura migliorare nel tempo la funzionalità del proprio pavimento pelvico, mentre quelle che non svolgono gli esercizi tendono ad avere una riacutizzazione dei sintomi.

DISCUSSIONE

L'autotrattamento, se portato avanti per sempre e con costanza (quotidianamente o 2/3 volte a settimana), consente di raggiungere ottimi risultati nel lungo termine, sia per quanto riguarda l'entità delle fughe di urina, sia per quanto riguarda l'uso di protezioni. È efficace sia per incontinenza di grado medio o basso, sia per incontinenza grave (utilizzo di pannolini). Viceversa, se l'autotrattamento non viene portato avanti continuativamente, non permette di mantenere i risultati nel lungo termine: le donne che hanno assunto questa condotta presentano un quadro peggiorato rispetto alla loro situazione iniziale.

CONCLUSIONI

Dato che più della metà delle pazienti abbandona l'autotrattamento dopo qualche mese o un anno per stanchezza e pigrizia, sarebbe utile ricontattare le pazienti a distanza di 6 mesi dalla fine del ciclo di fisioterapia al fine di monitorare la loro situazione ed intervenire nel caso in cui avessero smesso di eseguire gli esercizi. La maggior parte delle donne abbandona l'autotrattamento perché, una volta raggiunto il miglioramento dei sintomi desiderato durante la fisioterapia, la loro motivazione a continuare cala, con pessime conseguenze nel loro outcome a distanza di anni. Si rivelerebbe utile organizzare delle sedute di richiamo al fine di riprendere i contenuti del trattamento, riaccendere la loro motivazione ad eseguire gli esercizi ed assicurare in tal modo una migliore qualità di vita futura.



BIBLIOGRAFIA

1. Bø K, Hilde G., "*Does it work in the long term?—A systematic review on pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence*", Neurourol Urodyn. 2013 Mar;32(3):215-23.
2. Cammu H., Van Nylen M., Amy J.J., *"A 10-year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence"*, BJU International, 85, 655-658.
3. Schiøtz H. A., Karlsen J.H., Tanbo T. G., *"Ten-year follow-up after conservative treatment of stress urinary incontinence."* Int Urogynecol J, 19;911-915

3. Vaginal cones with vibrating ball inside in pelvic floor dysfunction

FEDERICO VILLANI [1] - ELISABETTA MORATTI[2] - LARA ARDUINI[3] - BRUNO MINOPOLI[4] - ALESSANDRA GUGLIELMINO[5] - A.L. TATARU[6] - CRISTIAN FURAU[7]

[1] Ricercatore, Uvvg, Arad - [2] Ostetrica, Privato, Verona - [3] Ostetrica, Privato, RE - [4] Studente, UVVG, Arad - [5] Medico, Berlino privato, Genova
[6] Specializzanda ginecologia, Arad, Arad - [7] Ginecologo, Arad, Arad

INTRODUCTIONS AND AIM OF THE STUDY

These are the first results of an multicentre observational trial to determine the effectiveness of vaginal cones (VC) in pelvic floor (PF) training. Statistics indicate that 348 million people worldwide have experienced some type of UI, and by 2018 this number will increase to approximately 420 million. Almost $10 billion are lost every year in direct treatment and in production costs due to UI.

Studies demonstrate that pelvic floor exercises, electrical stimulation and vaginal cones (VC) are equally efficient treatments for urodynamic stress urinary incontinence (IUS) and far more effective than no treatment at all. Various techniques and devices, including the above mentioned, are available for home use[1,2], and among these, a UK study has demonstrated that VC have the lowest cost. As a matter of fact, in order to manage urinary incontinence and some sexual dysfunctions we chose VC for pelvic floor muscle training in women. They are a good cost-effective choice [3], primarily in structures with lack of pelvic floor therapists.

MATERIALS AND METHODS

Our team carried out a test on 37 women (25-78 years old) using a type of VC. The women signed a consent form for pelvic floor muscle training using a set of 3 vaginal cones (Fig. 1) The cones come in 3 different weights, they are made out of smooth silicone and contain a mobile sphere that vibrates with body movement. During the gynaecological examination the patients were classified according to a PC test. These exams took place 3 times in total: at the beginning, at 1 month and at 3 months.

A PC test evaluates the characteristics of Pubo-coccigeus muscles with a manual examination. The patients were instructed to contract

Figure 1. – Vaginal cones Weight white 30g, light pink 47g, dark pink 65g

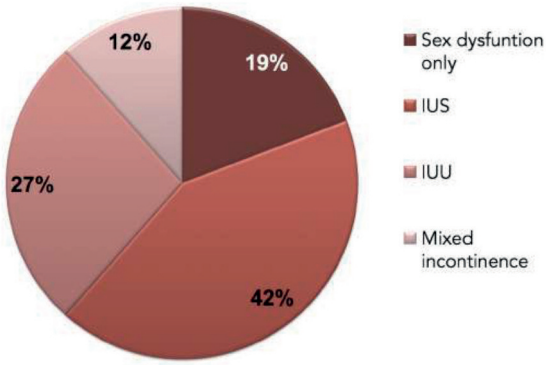


Figure 2. – Distribution of predominant syntoms in investigated women.

firstly the pelvic floor muscles as strong as they could, secondly to contract for as long as they could and finally to contract and relax as much as possible. The following score was used to report the results of this procedure: 0 to 9 (0-3 for strength, 0-3 for endurance, 0-3 for fatigability).

An anamnesis and a QoL questionnaire was done at the beginning and once again after 3 month.

RESULTS

Out of the 37 women involved, 10 dropped out due to lack of commitment and perseverance. Out of the 27 women left, of which 7 with urgency, 11 with effort and 3 with mixed problems, (Fig. 2) 24 reported a clear improvement of the pathologies, hence it was 88% successful. All 16 women with sexual dysfunctions reported a gain of sexual pleasure. All the 27 women reported improvement of the PC score (Fig. 3) between the first and last evaluation. Values of the PC test score of the evaluated patients at T0, T1 and T2 reported in Tab. 1 and in Fig. 4. Strength further grew of a 16,7% (from 56,7 to 73,3), endurance increased of 13,3% (from 46,7 to 60,0) and fatigability improved of 30% (from 56,7 to 86,7).

INTERPRETATION OF RESULTS

It can be noted that a complete training leads to an improvement of pathologies related to the weakness of the pelvic floor, in the absence of incorrect pelvic floor synergy. The verifiable limit to the treatment is the arbitrary level of commitment and in case of PC test equal to 0.

CONCLUSIONS

This approach provides freedom and empowerment to women, thanks to the autonomous use of the device and without any additional costs for the National Health System. It should be considered as first-line treatment for these pathologies, in postpartum, and for all the women who aim to prevent pelvic floor weakness. We rely on the cost-benefit advantages of this device for the pelvic floor muscle training,

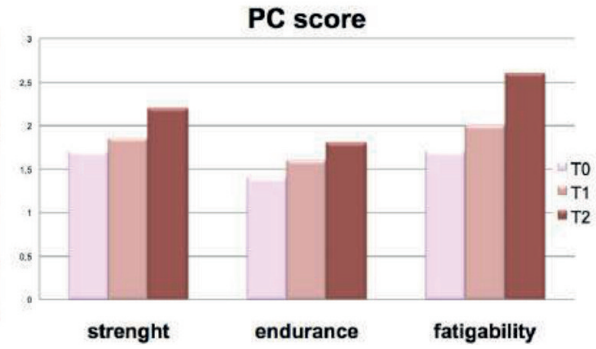


Figure 4. – PC score for strength, endurance and fatigability.

					%		
	strenght	endurance	fatigability		strenght	endurance	fatigability
T0	1,7	1,4	1,7	T0	56,7	46,7	56,7
T1	1,85	1,6	2	T1	61,7	53,3	66,7
T2	2,2	1,8	2,6	T2	73,3	60,0	86,7

Tab. 1. – Increment of PC score (0-3 for each class investigated) and percen values

taking into account though the previously mentioned limits. We suggest to encourage all women at high risk of pelvic floor weakness to use this device as preventive method. This method gives them the possibility of self-rehabilitation. No additional studies have confirmed long term effects, but a healthy and strong pelvic floor is the basis for avoidance of incontinence and/or prolapse. This is the pilot study for further case control study.

BIBLIOGRAPHY

1. Castro RA *et al*. Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence. 2008 Aug;
2. Santos PF *et al*. Electrical stimulation of the pelvic floor versus vaginal cone therapy for the treatment of stress urinary incontinence. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009 Sep;
3. Imamura M. *et al*., Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. Health Technol Assess. 2010 Aug;

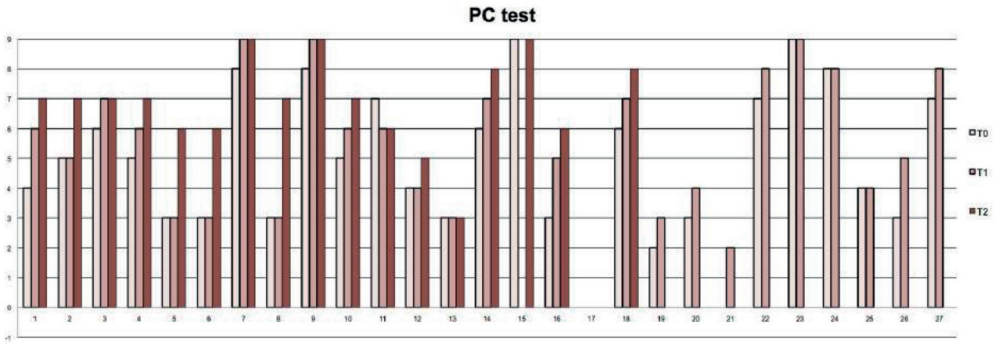


Figure 3. – Pc score of all 27 women investigated at T0, T1 and T2

4. Valutazione dell'efficacia del trattamento riabilitativo in pazienti affetti da dolore pelvico cronico: una revisione sistematica

CHIARA POTENTE[1] - GIOVANNI PALLESCHI[1] - ANTONIO LUIGI PASTORE[1] - ANTONIO CARBONE[2] - GIOVANNI GALEOTO[3] - GIANFRANCO LAMBERTI[4]

[1] Università "La Sapienza" di Roma, Department of Medico-Surgical sciences and Biotechnologies, Roma - [2] Università "La Sapienza" di Roma, Department of Medico-Surgical Sciences and Biotechnologies, Roma - [3] Università di Roma "La Sapienza", Dipartimento di Igiene e sanità pubblica, Roma - [4] ASL CN1 Cuneo, Struttura Complessa di Neuroriabilitazione Fossano (CN), Cuneo

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Per Dolore Pelvico Cronico (CPP) si intende un dolore persistente o ricorrente, percepito nelle strutture relative alla pelvi maschile o femminile. A causa della sua complessa eziologia, attualmente non esistono terapie specifiche, ma diverse linee guida propongono un trattamento multimodale che si avvalga delle competenze di varie figure sanitarie, tra cui i fisioterapisti. L'Obiettivo dello studio è stato la valutazione dell'efficacia della riabilitazione in pazienti con CPP in termini di riduzione della sintomatologia algica e, secondariamente, in termini di miglioramento della qualità della vita (QoL) e dei sintomi psicologici.

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione sistematica utilizzando i database online Pubmed, PEDro e Cochrane, inserendo le parole chiave: "chronic pelvic pain", "pelvic pain", "physical therapy modalities", "rehabilitation". Gli articoli sono stati selezionati utilizzando i seguenti criteri di inclusione:

- tipologia di studi: RCT in lingua inglese con disponibilità di full-text, senza limitazioni temporali;
- popolazione: uomini e donne affetti da CPP, inteso nella duplice accezione di sintomo o malattia a sé stante fornita dalla IASP. Nel primo caso sono stati inclusi solo articoli che dichiarassero esplicitamente la persistenza di tale sintomo da almeno 6 mesi; nel secondo caso sono stati inclusi anche trial con pazienti affetti da "chronic pelvic pain syndrome" o una delle sue sottocategorie, indipendentemente dalla durata dei sintomi.
- intervento: pazienti sottoposti a trattamento riabilitativo di sicura competenza fisioterapica
- controllo: pazienti non trattati, sottoposti al placebo o ad un'altra modalità di trattamento conservativo.

Gli articoli che hanno soddisfatto i criteri di inclusione sono stati inseriti nella revisione ed analizzati. La qualità metodologica è stata valutata attraverso la *PEDro Scale*, ed il rischio di *bias* grazie al *Cochrane collaboration's tools for assessing risk of bias*.

RISULTATI

Dei 996 studi analizzati, solo 10 articoli (420 soggetti) hanno soddisfatto i criteri di inclusione (vedi Tabella 1). Nell'analisi metodologica, il punteggio medio ottenuto nella Pedro Scale è stato 5.7 su 10 (range tra 4 e 7). Il rischio di bias si è dimostrato complessivamente alto.

Gli interventi descritti sono variabili non solo in termini di modalità ma anche in termini di frequenza (giornaliera à settimanale), durata della singola seduta (20 minuti à 90 minuti), durata della riabilitazione (4 settimane à 18 settimane). Gli interventi proposti sono classificabili in 3 grandi gruppi:

- 6 articoli riguardano la fisioterapia "standard": 2 miofasciali, 1 bacchetta terapeutica intravaginale associata a trattamento miofasciale, 1 fisioterapia del pavimento pelvico, 1 esercizi aerobici, 1 terapia somatocognitiva; - 3 l'uso di mezzi fisici: 1 Intravaginal Electrical Stimulation (IVES), 1 TENS e 1 Short Wave Diathermy (SWT)
- 1 la combinazione di questi due interventi (compressione ischemica manuale e TENS).

I trattamenti del gruppo di controllo sono stati rappresentati da altri interventi conservativi (farmacologici, psicoterapeutici, riabilitativi) o dal placebo.

Tutti gli studi hanno valutato l'effetto dell'intervento riabilitativo sul dolore percepito dal paziente:

- dei 6 studi relativi alla fisioterapia standard, 5 di essi, pur mostrando una diminuzione del dolore all'interno dei gruppi, non mostrano differenze statisticamente significative rispetto ai controlli. Lo studio rimanente invece dimostra la superiorità di un training aerobico rispetto ad un programma di stretching e mobilità generale;
- i 3 trial relativi ai mezzi fisici evidenziano, in un caso che la IVES sia più efficace rispetto alla stimolazione placebo; nei 2 rimanenti casi la TENS o la SWT in combinazione con la terapia antibiotica sono più efficaci rispetto alla sola terapia antibiotica o all'associazione di antibiotici ed analgesici;
- la combinazione di TENS e compressione ischemica manuale dei trigger point risulta meno efficace rispetto alle iniezioni di anestetico locale.

I sintomi psicologici e la QoL sono stati valutati in 5 articoli relativi alla FKT; in tutti la riabilitazione ha determinato un trend di miglioramento. I miglioramenti psicologici sono stati significativi dopo un programma aerobico; un trattamento somato-cognitivo e dopo vari esercizi del pavimento pelvico. Un programma aerobico e l'uso di una bacchetta terapeutica intravaginale associata ad un trattamento miofasciale hanno apportato modifiche statisticamente significative nella Qol.

DISCUSSIONE

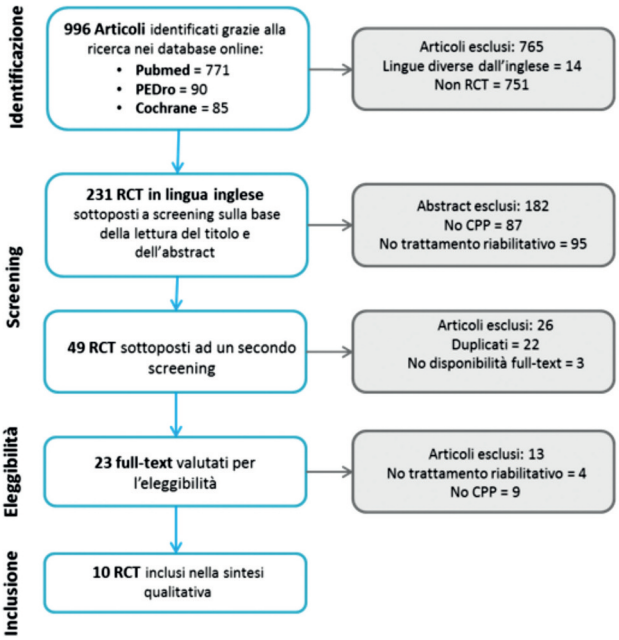
La varietà di trattamenti proposti, la frequente associazione con altri tipi di terapia, le differenze nella modalità di somministrazione e nelle scale di valutazione adottate, non hanno consentito la realizzazione di un'analisi quantitativa. Pertanto si è deciso di presentare una sintesi qualitativa.

CONCLUSIONI

In tutti gli studi, rispetto al baseline, dopo il trattamento si è avuto miglioramento della sintomatologia algica, più o meno significativo. Lo stesso risultato è stato ottenuto rispetto agli altri outcome (QoL e sintomi psicologici) esaminati in 5 articoli su 10. Il confronto con altri trattamenti non ha dimostrato una superiorità statisticamente significativa dell'intervento fisioterapico. Queste conclusioni sono limitate dall'elevato rischio di bias, sono necessari pertanto nuovi RCT per validare l'efficacia del trattamento riabilitativo in pazienti affetti da CPP.

BIBLIOGRAFIA

1. Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, "EAU guidelines: chronic pelvic pain", 2017. 2. Bradley MH, Rawlins A, Brinker A, "Physical therapy treatment of pelvic pain", 2017.



5. Il Vacuum Device nel trattamento della incontinenza post-prostatectomia: studio prospettico randomizzato

DONATELLA GIRAUDO[1] - GIANFRANCO LAMBERTI[2]
[1] SC Urologia, Ospedale San Raffaele Turro, Milano - [2] SC Neuroriabilitazione "E.Viglietta", ASL CN1, Cuneo

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

L'incontinenza urinaria postprostatectomia è una complicanza frequente, con una prevalenza che varia nell'immediato post-operatorio dal 5% all' 85%. La sua comparsa e la sua persistenza nel tempo dipendono da diversi parametri relativi al paziente (indice di massa corporea, età, volume prostatico) ed al chirurgo (esperienza, tecnica operatoria utilizzata). È sicuramente la complicanza più temuta per il suo impatto sulla qualità della vita. Non esistono ad oggi incontrovertibili evidenze sull'efficacia del trattamento riabilitativo per l'incontinenza urinaria post-prostatectomia, così come sono sporadiche le proposte riabilitative per la spesso concomitante disfunzione erettile. Tra queste, il Vacuum device riveste negli ultimi anni un particolare interesse: la possibilità di indurre precocemente l'erezione facilita - unitamente all'opzione farmacologica - il mantenimento della elasticità dei corpi cavernosi. Non esistono in letteratura segnalazioni relativamente all'uso del Vacuum device al fine del recupero dell'incontinenza urinaria post-prostatectomia, pur essendo da tempo descritte possibili correlazioni positive.

MATERIALI E METODI

Al fine di valutare l'effetto dell'utilizzo precoce del Vacuum device sul recupero della continenza urinaria negli esiti di prostatectomia sono stati reclutati 41 pazienti, giunti consecutivamente alla nostra osservazione per la presa in carico riabilitativa alla rimozione del catetere vescicale dopo intervento con tecnica robot-assistita e nerve sparing intrafasciale. Tutti pazienti erano già stati sottoposti ad un counselling preoperatorio da parte dell'equipe curante con l'esecuzione di alcuni esercizi di propriocezione e di reclutamento. Le persone assistite sono state assegnate in modo randomizzato, in un rapporto 1:1 con lista di randomizzazione generata dal computer, in due gruppi; il gruppo sperimentale (n=22) prevedeva l'esecuzione di un protocollo riabilitativo standard mirato alla presa di coscienza, alla efficacia del reclutamento volontario del pavimento pelvico con l'ausilio di biofeedback unitamente ad esercizi che prevedevano l'utlizzo del Vacuum device al fine di incrementare la turgidità peniena con incremento della resistenza al reclutamento stesso. Il gruppo di controllo (n=19) veniva trattato eslusivamente con il protocollo standard. Entrambi i gruppi hanno ricevuto indicazioni per l'esecuzione di esercizi al domicilio. Partecipanti e *healthcare providers* erano a conoscenza del trattamento attribuito, mentre outcomes assessors e statistici non conoscevano il trattamento assegnato. L'analisi al T_1 è stata condotta secondo il principio dell'intenzione al trattamento. Per la valutazione della significatività statistica è stato usato il software PASW Statistics 18.0 per Windows ed il test T student a due code per campioni appaiati con significatività a <0.05.

Il trattamento riabilitativo è stato proposto ad entrambi i gruppi ambulatorialmente con frequenza bisettimanale per un periodo di due mesi. Il trattamento era supervisionato da una fisioterapista esperta in riabilitazione perineale. In entrambi gruppi l'esercizio era basato sulla richiesta di contrazione con controllo BFB del pavimento pelvico con ricerca della miglior contrazione volontaria evocabile in funzione del comando verbale fornito.

Outcome primario dello studio era la valutazione della perdita urinaria al pad test di 1 ora; outcome secondari la forza di contrazione della muscolatura del pavimento pelvico (Oxford Score modificato) il punteggio all'ICIQ-MLUTS (ICIQ Male Lower Urinary Tract Symptoms), all'I-QoL (Incontinence Quality of Life Scale) ed al PGI-I (Patient Global Impression of Improvement).

RISULTATI

I due gruppi di studio sono risultati omogenei per caratteristiche demografiche, BMI e stadiazione istologica della malattia; tutte le persone affette reclutate hanno terminato il periodo di trattamento (T_1); in entrambi i gruppi si è osservato un miglioramento dell'indicatore di outcome primario, con significatività statistica a vantaggio del gruppo sperimentale ($t= -3.160$ $df=41$ $p=0.042$). Analogo andamento si è osservato nei due gruppi all'ICIQ MLUTS ($t=-3.032$ $df=21$ $p=0.006$), mentre non paiono significativamente diversi i miglioramenti osservati all'I-QOL ed al PGI-I.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

È possibile quindi ipotizzare il beneficio dell'utilizzo del Vacuum device nel trattamento dell'incontinenza urinaria post-prostatectomia, in associazione con l'esercizio terapeutico e con l'obiettivo di incrementare la resistenza al reclutamento volontario alla richiesta in particolare della contrazione anteriore in posizione supina, seduta od eretta.

BIBLIOGRAFIA

1. Lavoisier P, Courtois F, Barres D, Blanchard M. Correlation between intracavernous pressure and contraction of the ischiocavernosus muscle in man. J Urol. 1986 Oct;136(4):936-9.

6. Primo tempo di Neuromodulazione Sacrale: un follow-up lungo e l'utilizzo di parametri specifici per singolo disturbo sono affidabili

MARIA LUISA RAPALINO[1] - CARLA CRESTANI[1] - STEFANIA SPINAPOLICE[1] - LILIANA STORLAZZI[1]
[1] Struttura Complessa di Neuro-Urologia, Unità Spinale, A.O.U. Città della Salute e della Scienza, Torino, Torino

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La terapia con Neuromodulazione Sacrale (NMS) prevede un test di prova la cui durata suggerita da parte della ditta produttrice del sistema impiantato è di circa tre settimane. Nel nostro Centro un gruppo di tre infermiere ed una coordinatrice infermieristica si prende cura del follow-up dei pazienti impiantati con un dispositivo per NMS. Prolunghiamo la durata del periodo di prova fino ad otto settimane per valutare meglio gli effetti della terapia, basandoci sull'utilizzo di set di parametri ritagliati in base al disturbo di ogni singolo paziente. Scopo del nostro lavoro è stato valutare se fosse sicuro prolungare il periodo di follow-up e se fosse utile utilizzare parametri specifici per ogni singolo disturbo lamentato dai pazienti.

MATERIALI E METODI

Abbiamo condotto una valutazione retrospettiva di 142 pazienti consecutivi impiantati da Gennaio 2014 a Dicembre 2017. Il follow-up arrivava fino a 12 settimane (da 6 a 12 settimane). Ogni paziente fu sottoposto a controlli settimanali. L'età media dei pazienti era di 61.4 anni (19-80 anni), 53 maschi e 89 femmine. La diagnosi preoperatoria era ritenzione urinaria in 62 pazienti, sindrome della vescica dolorosa in 9, dolore pelvico cronico in 7, incontinenza urinaria da urgenza in 26, sindrome urgenza/frequenza in 31, stipsi in 2 ed incontinenza fecale in 5. Sedici pazienti furono testati bilateralmente per un totale di 158 procedure. Il follow-up fu di 6 settimane in 22 pazienti, 8 settimane in 89 e 12 in 31. I controlli di follow-up furono ambulatoriali settimanali in 109 pazienti, telefonici settimanali per tre settimane e poi ambulatoriali al primo mese in 33.

Fin dall'inizio dell'impianto in due tempi il nursing del paziente portatore di un primo tempo di NMS ci suggerì che la gestione di un cavo che esce dalla parete addominale anteriore è più agevole da gestire per il paziente di un cavo a fuoriuscita dalla zona dorsale. I pazienti furono addestrati a medicare la cute e gestire il cavo esterno e lo stimolatore temporaneo. I parametri di stimolazione cronica furono impostati in base al disturbo di base: 40 Hz nella ritenzione urinaria da ostruzione funzionale, 5 Hz nella ritenzione da acontrattilità detrusoriale, 10 e 21 Hz nella incontinenza urinaria e fecale da urgenza e nella sindrome urgenza/frequenza, 70-90 Hz nella sindrome della vescica dolorosa e nel dolore pelvico cronico e 5 Hz nella stipsi da rallentato transito. Tutti i pazienti che furono sottoposti a controlli ambulatoriali ricevettero un cambio di frequenza ad ogni controllo. I pazienti che venivano sottoposti a controlli telefonici mantennero la frequenza inizia-

le che venne cambiata, se inefficace, al controllo ambulatoriale ad un mese dall'intervento.

RISULTATI

In una paziente si verificò un taglio accidentale del cavo esterno ed in un paziente successivo un'infezione a livello della connessione all'estensione temporanea. Nel primo caso il cavo venne sostituito, nel secondo il sistema venne rimosso. L'ampiezza della stimolazione venne mantenuta fra 0.5 e 3.6 Volts (media 0.7-2.3). La frequenza utilizzata comunemente per il disturbo specifico venne riprogrammata al termine del follow-up in 117 pazienti (82.3%) perché responsabile di un miglioramento clinico. Dei 142 pazienti testati 99 vennero sottoposti ad un impianto dello stimolatore definitivo e in 57 il sistema venne rimosso.

DISCUSSIONE

Un prolungamento del follow-up del primo tempo di NMS si è dimostrato essere procedura sicura in pazienti seguiti costantemente da personale infermieristico formato e specializzato. Non si sono verificate complicanze maggiori nei pazienti seguiti telefonicamente rispetto al gruppo di pazienti sottoposti a controlli ambulatoriali. Riteniamo che questo sia dovuto all'informazione fornita durante il ricovero e prima delle dimissioni ed al materiale informativo consegnato ai pazienti al momento delle dimissioni. I set di parametri che nel tempo sono stati elaborati ed utilizzati per il controllo delle singole disfunzioni si sono dimostrati utili e i pazienti che erano stati sottoposti a modifiche di questi parametri ne hanno richiesto la riprogrammazione al termine del follow-up.

CONCLUSIONI

Nursing accurato, informazioni al paziente ed utilizzo di parametri specifici per ogni singolo disturbo sono di fondamentale importanza per ottimizzare i risultati del primo tempo di NMS. Il follow-up del primo tempo può essere allungato fino a 12 mesi.

7. La tDCS (Transcranial Direct Current Stimulation) nel trattamento dei LUTS dell'adulto con lesione sovrapontina: risultati preliminari di uno studio pilota

FRANCESCA GOZZERINO[1] - GIANFRANCO LAMBERTI[1] - ELENA ANTONIONO[1] - DONATELLA GIRAUDO[2]
[1] SC Neuroriabilitazione "E. Viglietta", ASL CN1, Cuneo - [2] SC Urologia, Ospedale San Raffaele Turro, Milano

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La vescica iperattiva (OAB) è un sintomo caratterizzato dalla presenza di urgenza, con o senza incontinenza, spesso associata ad aumentata frequenza minzionale e nicturia, in assenza di infezione o di altra patologia obiettivabile. I sintomi della vescica iperattiva sono suggestivi di iperattività detrusoriale (DO), dimostrabile con l'indagine urodinamica. Si definisce iperattività detrusoriale la presenza di contrazioni involontarie del detrusore, spontanee o provocate, durante la fase di riempimento. Le lesioni centrali sovrapontine determinano importanti disfunzioni del ciclo minzionale, nello specifico iperattività detrusoriale con sinergia vescico-sfinterica conservata. Ad oggi, l'intervento di primo livello per il trattamento dell'iperattività detrusoriale si avvale della terapia comportamentale e dell'utilizzo di farmaci; strumenti quali la PTNS e la neuromodulazione sacrale costituiscono l'approccio di secondo livello nei pazienti che non tollerano gli effetti collaterali dei farmaci o che non ne hanno ottenuto un significativo beneficio. Da tempo la funzione vescicale è stata indagata con tecniche di neuroimaging che hanno permesso di individuare le aree cerebrali coinvolte nel ciclo minzionale, sia in soggetti sani che in soggetti affetti da patologie neurologiche.

In letteratura non sono attualmente presenti studi che ipotizzino possibili risvolti terapeutici dall'utilizzo della stimolazione cerebrale nel trattamento delle disfunzioni vescicali, in particolare dell'iperattività detrusoriale.

La tDCS è una metodica di stimolazione cerebrale non invasiva, sicura, poco costosa e che da anni trova applicazione in ambito neurologico e cognitivo-comportamentale con risultati globalmente confortanti.

MATERIALI E METODI

Con questi presupposti, basandosi su studi neurofisiologici e neuroradiologici, è stato creato un protocollo di stimolazione cerebrale con tDCS, da applicare nella sindrome della vescica iperattiva da lesione sovrapontina, nella speranza di individuare una nuova prospettiva terapeutica. Previa esecuzione di urocoltura (volta ad escludere la presenza di infezioni a carico del basso tratto urinario) E di eventuale trattamento antibiotico mirato in presenza di positività all'esame colturale, tutti i pazienti sono stati sottoposti a cistometria; nei casi possibili, sono stati eseguiti anche lo studio pressione/volume e l'uroflussimetria, al fine di individuare quelli con iperattività detrusoriale. I soggetti con iperattività detrusoriale sono poi stati avviati a uno dei due protocolli di stimolazione elettrica. L'apparecchio utilizzato è lo Startstim, che consente la stimolazione transcranica multifocale (anodica e catodica su più elettrodi) ed è dotato di cuffia in neoprene con serigrafia 10/10 preforata. Nel protocollo di stimolazione "A" l'elettrodo attivo (circolare, in spugna, con area di 25 cm^2) è stato posizionato in corrispondenza della corteccia prefrontale dorso laterale sinistra su F3; l'elettrodo di ritorno è stato frazionato in quattro elettrodi più piccoli (circolari, in spugna, con area di 8 cm^2) posizionati rispettivamente su T7, Fp2, CP1 e FC2. L'intensità di corrente erogata è stata di 2 mA. Questo protocollo è stato formulato per i pazienti con concomitante disturbo della coscienza. Nel protocollo di stimolazione "B", l'elettrodo attivo (circolare, in spugna, con area di 25 cm^2) è stato posizionato in corrispondenza della SMA su Cz; l'elettrodo di ritorno è stato frazionato in quattro elettrodi più piccoli (circolari, in spugna, con area di 8 cm^2) posizionati rispettivamente su T7, Fp2, AF7 e PO3. L'intensità di corrente erogata è stata di 2 mA. Durante la stimolazione transcranica è stato richiesto al paziente di contrarre i glutei e di mantenere la contrazione per 4 secondi; al termine di ogni contrazione è stata osservata una pausa di 10 secondi. Questo esercizio è stato eseguito per tutta la durata di ogni seduta.

RISULTATI

Nell'unico caso in cui è stato possibile portare a termine il protocollo non si sono evidenziati modificazioni della contrattilità detrusoriale. L'unico dato obiettivabile è stato un incremento della massima capacità vescicale (da 200 cc a 350 cc). Parallelamente, si è osservato un miglioramento dello stato di coscienza della paziente che è passata da uno Stato di Veglia Aresponsiva ad uno Stato di Minima Coscienza Minus (punteggio CRS-R da 6 a 13).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati osservati nel singolo caso che ha completato lo studio non sono sufficienti per valutare se la tDCS sia in grado o meno di modulare adeguatamente l'attività dei centri corticali superiori implicati nel controllo vescicale. In accordo con i dati della letteratura, peraltro, l'incremento del punteggio della CRS-R della paziente conferma che la stimolazione elettrica della corteccia prefrontale dorsolaterale può migliorare, seppur in maniera modesta, i disturbi di coscienza.

BIBLIOGRAFIA

1. Nitsche M. Pharmacological modulation of cortical excitability shifts induced by transcranial direct current stimulation in humans. J Physiol 2003;553(1):293-301.
2. Thibaut A. tDCS in patients with disorders of consciousness: Sham-controlled randomized double-blind study. Neurology 2014; 82; 1112-8.

8. Patient Support Program for patients using Transanal Irrigation (TAI)

FRANCESCAPAOLA POLLI[1] - SIMONA SESTITO[2] - TOMMASO CASCIOLI[2] - LETTERIO DIZIONE[2] - LORENZO MAZZARELLA[2] - SABATINO RUSSO[2]

[1] Dentsply Italia srl, Wellspect Healthcare, Bologna - [2] Healthcare Network Partners Italy SRL, Caregiving Italia, Bologna

INTRODUCTION AND AIM OF THE STUDY

Transanal irrigation (TAI) is a bowel management therapy used in several conditions when conservative treatment fails. Since adherence is an issue with TAI therapy[1], a patient support program aimed to train patients and/or caregivers to the proper use of TAI systems, may be useful. The objection of this study is to describe the results of a support program for Italian patients using the TAI system Navina™ Smart and to evaluate the efficacy of the care model.

MATERIALS AND METHODS

Navina™ smart (Wellspect Healthcare) has an electronic control unit. The unit allows personal settings for balloon inflation, water flow and irrigation volume to be saved. A smart phone app can be connected to the electronic Smart unit to collect data from the TAI therapy in the form of a bowel diary[2]. The Patient Support Program (PSP) "*Insieme a te*" is funded by Wellspect and realized by Caregiving Italia. The PSP consists of a first training visit by a Caregiving nurse together with the hospital staff at the Clinic Center or at the patient's home, a possible retraining visit, and the subsequent handling of technical-assistance support. At the first visit, the following information is collected: contacts of the Clinical Center, patients' data, indication for TAI according to Clinician's indication, concomitant medications, procedure related data (volume of water, frequency of irrigation, water flow, balloon inflation). An assessment form is filled out: patient satisfaction, undesirable symptoms, need of more irrigations, and patient degree of autonomy in performing TAI assessed by the nurse. Also, a satisfaction survey was conducted and 59 patients have been contacted.

RESULTS

75 patients from 13 Italian regions using Navina Smart (27 females, mean age 49 years (14-82) joined the PSP *Insieme a te*. Indications for TAI therapy were: 28 spinal cord injury, 7 multiple sclerosis, 3 spina bifida, 11 others, and 26 not available. 43 patients were taking concomitant medications for chronic constipation. Procedure related data was captured for 29/75 patients. The first training visit was performed in the hospital together with the hospital staff for 37 patients, and at home for 38. 53 patients were satisfied with their first TAI procedure, 12 were little or not satisfied, for 10 patients data not available. 21 patients experienced problems during irrigation and 12 patients required to repeat the irrigation during the first session. 60 patients required only 1 training, 13 patients required a second session and, 2 patients required a third training.

45 out of the 59 patients contacted for the satisfaction survey (29 males, mean age 45 years (14-82)) responded. All of the 45 patients received information material regarding the PSP and 42/45 stated that PSP features and procedures have been well communicated. 39/45 patients assessed the training useful and 38 were satisfied about the autonomy acquired in TAI. Almost all patients were satisfied about the Caregiving nurse features listed in Tab.1. All the 45 patients said to be satisfied about the Program and 37 patients assessed the PSP as able to improve the use of Navina with positive results on their bowel movements and their Quality of Life. 17 of 45 patients no longer used Navina Smart. 8 of these 17 patients reported unsatisfactory effect, 2 patients reported that stop due to lack of follow-up and 2 patients no longer needed TAI (data not available for 5 patients).

TABLE 1 – Caregiving nurses features investigated by the satisfaction survey.

Professional and competent
Courteous and kind
Available to listen and to provide the explanations required
Flexible compared with patient's needs
Able to explain
Able to support patient to issues not directly linked to the pathology
Able to relate patient emotionally
Able to communicate to the patient the Navina System Technical features
Able to support the patient in the APP usage (if used)

INTERPRETATION OF RESULTS

TAI has been proposed to have an introduction period in the first 12 weeks of therapy where it is important to have support and close connection to trained professionals[1]. We have shown that *Insieme a te* may be a viable option as a support program and we suggest that personalizing the treatment PSP may be appropriate as it gives good satisfaction The survey performed found that 17 out of the 45 patients surveyed no longer used Navina Smart. This is slightly lower than previously published data[1]

CONCLUSIONS

We conclude that the PSP *Insieme a te* gives a good introduction to TAI therapy with Navina Smart.

REFERENCES

1. Emmanuel et al. *Consensus review of best practice of transanal irrigation in adults* Spinal Cord (2013).
2. Wellspect Healthcare (2016b) Navina Smart Instructions for Use.

9. L'argento colloidale: una possibile arma nella sfida contro l'antibioticoresistenza nelle infezioni urinarie complesse

ALESSANDRA ANGIOLILLO[1]

[1] S.C. Neuro-Urologia, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

I grossi risultati ottenibili con la terapia uroriabilitativa e la chirurgia neuro-urologica nei confronti delle disfunzioni vescico-sfinteriche complesse corrono sempre più il rischio di essere "vanificati" dalla insorgenza di infezioni urinarie recidivanti/presistenti, ancor più se sostenute da germi multiresistenti. Oggi più che mai occorre cercare di trovare strategie alternative e/o complementari alla terapia antibiotica. Scopo di questo studio è di verificare la sicurezza e l'efficacia dell'utilizzo dell'argento colloidale nel trattamento delle infezioni urinarie complesse in pazienti affetti da vescica neurologica.

MATERIALI E METODI

Il nostro gruppo da circa un anno ha iniziato una esperienza con l'utilizzo di instillazioni endovescicali di Ag+, in alcuni casi associato alla somministrazione per os, in 50 pazienti affetti da vescica neurologica, in trattamento con l'autocateterismo ad intermittenza e con gravi infezioni urinarie sintomatiche recidivanti. In alcuni casi le infezioni erano sostenute da germi multiresistenti. La terapia ha inizio con l'insorgenza dei primi sintomi di infezione e prosegue per 7-10 giorni tramite l'instillazione, in occasione dell'ultimo cateterismo serale, di 20-40 ml. di Ag+. A seguire un' instillazione settimanale di mantenimento per un periodo più o meno lungo a seconda dei risultati ottenuti. Nei casi più gravi viene associata una somministrazione per os di Ag+. Il protocollo prevede il prolungamento della terapia per os per almeno 4 mesi. Il dosaggio della prima settimana prevede l'assunzione di 5 ml x 3; successivamente il dosaggio descresce, sino a giungere alla assunzione di mantenimento per un giorno solo alla settimana.

RISULTATI

I risultati preliminari sembrano incoraggianti ed in alcuni casi "entusiasmanti". Ovviamente la casistica che comincia ad essere consistente deve nel prossimo futuro essere analizzata attentamente, anche per consentirci di mettere a punto protocolli ben definiti ed in qualche modo adattabili ai singoli casi

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Da almeno 10 anni non soltanto le varie società scientifiiche ma anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità vanno ripetendo in toni sempre più drammatici che nel mondo (ma aggiungerei soprattutto nel nostro paese) si ricorre troppo e male agli antibiotici e che questo ci porterà ad una tragica condizione nella quale non avremo più armi per combattere le infezioni. Questo nostra esperienza si pone come duplice ambizioso obbiettivo da un parte quello di ridurre l'utilizzo di antibiotici e dall'altra di poter contare, in caso di inefficacia degli stessi, su soluzioni alternative.

L'utilizzo dell'argento colloidale potrebbe quindi rappresentare una terapia complementare o alternativa.

10. Il ruolo della riabilitazione nella chirurgia rigenerativa del trattamento degli esiti cicatriziali/ulcerativi dei lichen vulvari e delle vestibuliti dolorose croniche con microlipofilling e PRP

FRANCESCO CASABONA[1] - ILEANA LUGLIO[2]
[1] Gruppo Multimedica, Milano - [2] Milano

INTRODUZIONE

Da 10 anni sono state utilizzate le tecniche di chirurgia plastica rigenerativa per riparare gli esiti cicatriziali/ulcerativi del lichen sclero-atrofico, planus vulvare e delle vestibuliti croniche dolorose con miglioramento del trofismo dei tessuti, risoluzione delle aderenze fibrose/cicatriziali, controllo dei sintomi e impatto favorevole sulla qualità della vita delle pazienti[1,2].

Tali tecniche si basano sull'infiltrazione di cellule mesenchimali di derivazione adiposa e di plasma ricco di piastrine già ampiamente utilizzati di ruotine per la riparazione degli esiti da ustione e post-traumatici. Altri utilizzi più recenti sono riportati nel trattamento di patologie croniche dolorose[3].

Il razionale dell'indicazione alla ricostruzione dei tessuti vulvari con tali tecniche viene riportato come segue secondo un approccio cosiddetto "rigenerativo".

MATERIALI, METODI E PROTOCOLLO TERAPEUTICO

Il planning chirurgico prevede un numero variabile di sedute caratterizzate da associazione tra innesto adiposo autologo e PRP autologo (eventualmente anche effettuabili singolarmente) a distanza di circa 3-6 mesi l'una dall'altra. Le procedure di lipoaspirazione (da effettuarsi in tumescenza) e di innesto e iniezione sono relativamente poco invasive ed eseguibili con anestesia locale assistita (sedazione) in regime di Day Hospital o di raramente di Ricovero Ordinario. Durata della procedura di prelievo del innesto adiposo e iniettiva: 30-40 minuti

SINTESI DELLA TECNICA CHIRURGICA

Raccolta del campione di sangue autologo e preparazione del PRP. Secondo direttive del Centro Trasfusionale di riferimento seguendo tutte le normative previste dalla legge vigente sul sangue ed emoderivati o attraverso l'uso di kit autorizzati in strutture mediche autorizzate alla procedura.Prelievo e preparazione dell'innesto adiposo autologo. Dopo infiltrazione di soluzione anestetica di Klein in un sito donatore disponibile (addome, cosce, ecc) si prelevano con siringa e cannula da 2mm di diametro circa 30 cc di lipoaspirato. Il tessuto viene decantato, lavato con soluzione fisiologica, microfratturato e trasferito in siringhe da 1-2.5 cc pronto per il trapianto.

Procedura iniettiva. Applicazione topica di anestetico locale in crema (lidocaina al 2.5% o prilocaina al 2,5%) mezz'ora prima del trattamento. Si somministrano di 1-2 ml di soluzione anestetica di mepivacaina con adrenalina (1: 200000) per migliorare l'effetto anestetico, ottenere vasocostrizione per ridurre il sanguinamento. Genitali esterni femminili. A seconda delle dimensioni della vulva della paziente e dell'estensione del difetto da riparare vengono infiltrati dai 3 ai 15 cc di lipoaspirato mediante aghi taglienti (diametro 14-23 G). Si esegue una revisione sottomucosa sottocutanea delle aderenze fibrose mediante tecnica a "microtunnel". Il PRP è iniettato alla dose di 2 cc (con un range tra 1 e 5 cc) con un ago di 30 G nella zona interessata (la cicatrice e/o il tessuto ulcerato, dipende dall'estensione della lesione). Nelle zone ulcerate si usa una tecnica a "micro-ponfi" mentre per le aree sclerotiche/fibrotiche si preferisce una tecnica "microtunneling" sottocutanea o sottomucosa, per rilasciare le aderenze. Su tutte le aree trattate è applicata una pomata antibiotica; i pazienti sono rivalutati a 1 settimana, 1 mese e ogni tre mesi dopo l'intervento chirurgico.Decorso postoperatorio e follow-up. Dopo circa due settimane si assiste ad un progressivo miglioramento del trofismo, dell'aspetto clinico dei tessuti trattati e della sintomatologia. Dopo 3 mesi si valuta se necessario eventuale ulteriore intervento. I pazienti vengono sottoposti ad un follow-up multidisciplinare ogni 3 mesi (ginecologo, dermatologo, chirurgo plastico, urologo, immunologo, fisioterapista).

IL RUOLO DELLA FISIOTERAPIA:

Dopo ogni intervento ricostruttivo in ogni branca della chirurgia ha un ruolo sempre più importante la fisioterapia. Il protocollo riabilitativo prevede, inizio trattamento in seguito a chirurgia rigenerativa dopo 2 settimane.

Valutazione dei seguenti parametri: ostio vaginale - distanza ano-vulvare – dispareunia superficiale e profonda – trigger points interni – test qualità della vita

Si inizia con tecniche di massaggio superficiale cute e mucosa, zone interessate come vestibolo, forchetta, clitoride. A seconda della risposta tissutale muscolo-fasciale in elasticità e resilienza, si possono usare tecniche più profonde, tecniche di energia muscolare T.E.M, in seconda, terza seduta.

Gli Autori presentato un protocollo di collaborazione tra chirurgo plastico ricostruttivo e fisioterapista del pavimento pelvico.

BIBLIOGRAFIA

1. Casabona F, Priano V, Vallerino V, et al. New surgical approach to lichen sclerosus of the vulva: the role of adipose-derived mesenchymal cells and platelet-rich plasma in tissue regeneration. Plast Reconstr Surg 2010; 126:210e–211e.
2. Casabona F, Priano V, Piri C, Vallerino V. New regenerative approach to lichen sclerosus of the vulva with adipose derived stem cells and platelet rich plasma. 5 Years experience. Int J Gynaecol Obstet 2012; 119:307.
3. Gaetani P, Klinger M, et al. Treatment of chronic headache of cervical origin with lipostructure. An observational study. Headache 2013; 53: 507-513.

Proctonorm®

COMPRESSE
FAST-SLOW

Integratore alimentare a base di Acido α-Lipoico, flavonoidi fitosomati e selezionati di Ginkgo biloba e Vitis vinifera, Bromelina, Vitamina B_6, Vitamina B_{12}, Acido Folico e Selenio.

2 COMPRESSE contengono:

800 mg **di ACIDO α-LIPOICO**
400 mg **di BROMELINA®**
200 mg **di LEUCOSELECT® FITOSOMA®**
160 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®
Health is innovation

CERTIFICAZIONE DI SISTEMA DI GESTIONE
DNV·GL
ISO 9001 ISO 22000

a company of Uriach

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