

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Editore

Giuseppe Dodi

Comitato di Collaborazione

Corrado Asteria	Fabio Gaj
Gabriele Bazzocchi	Antonella Giannantoni
Gian Andrea Binda	Guerrino Giorgetti
Federica Cadeddu	Loredana La Torre
Francesco Corcione	Andrea Meneghini
Elisabetta Costantini	Pietro S. Litta
Raffaele De Caro	Giovanni Milito
Stella De Chino	Gabriele Naldini
Mario De Gennaro	Fabio Pomerri
Davide De Vita	Massimo Porena
Elena Fasola	Désirée Uguccioni
Daniele Ferrari	

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**

www.pelviperineologia.it

Indice

- | | |
|---|--|
| 3 | Tecniche di chirurgia mininvasiva pelviperineale: costi e benefici del loro utilizzo in una Unità Operativa dedicata. Valutazione di fattibilità nell'ambito ospedaliero di Padova
L. MARCATO |
| 8 | Mostri e mostre
G. GIORGETTI |
| 9 | Il racconto di Giorgetti: Armida |

INSERTO PER L'ITALIA

AIGEF



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

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

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

Proctoial™

GEL RETTALE

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



1. Proctoial Foglietto illustrativo

Prezzo € 16,43

**Dispositivo medico
Classe IIa CE 0546**

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

 **ProStrakan**

A member of the Kyowa Hakko Kirin group

Tecniche di chirurgia mininvasiva pelviperineale: costi e benefici del loro utilizzo in una Unità Operativa dedicata. Valutazione di fattibilità nell'ambito ospedaliero di Padova

LUISA MARCATO

Unità Operativa Complessa Ginecologia Ostetricia, Azienda Ospedaliera di Padova

Riassunto: Le patologie benigne del pavimento pelvico (prolassi, disturbi dell'alvo e della minzione, dolore pelvi-perineale, disfunzioni sessuali) sono sempre state considerate diverse per eziopatogenesi, impostazione diagnostica e terapeutica. Ciò ha comportato una molteplice dislocazione delle sedi specialistiche a cui afferiscono i pazienti obbligati a percorsi diagnostici e terapeutici complessi. Si valuta la realizzabilità di una Unità Operativa dedicata a queste patologie ove vengano offerte prestazioni di competenza elevata, con maggiore efficienza e risparmio di risorse. Tale progettazione si avvale del metodo Project Work applicato alla realtà della pelvi-perineologia nelle strutture sanitarie padovane identificandone le criticità e analizzandone la fattibilità economico-finanziaria e organizzativa.

Parole chiave: Project work; Pelvi-perineologia; Pavimento pelvico; Incontinenza; Prolasso.

Summary: The benign pelvic floor diseases (prolapse, disorders of micturition and defecation, pelvic pain, sexual dysfunction) have always been considered different for etiology, diagnostic and therapeutic setting. This results in a multiple dislocation of specialists and patients are forced to a complex diagnostic and therapeutic course. The feasibility of a unit dedicated to these diseases is evaluated, with high competence, efficiency and saving resources. A project work method is applied to pelviperineology in the health facilities of Padua identifying the critical issues and analyzing the feasibility from the financial and organizational points of view.

Key words: Project work; pelvi-perineology, Pelvic floor; Incontinence; Prolapse.

INTRODUZIONE

Le malattie del pavimento pelvico, se si escludono i grandi capitoli dell'oncologia e delle malformazioni ma non le loro conseguenze funzionali, comprendono i *prolassi* (POP ovvero prollasso organi pelvici, genitali e ano-retto), i disturbi della minzione e dell'alvo legati al difetto o all'eccesso della *continenza*, il dolore addominale e pelvi-perineale e le problematiche genito/sessuali.

Ritenzione e incontinenza urinaria, stipsi e incontinenza anale, isterocele, colpocele anteriore e posteriore con enterocele, prollasso anale emorroidario, mucoso, rettale interno e completo, dolore addomino-pelvico e perineale, interessano pazienti che afferiscono ad ambulatori e reparti di urologia, ginecologia, chirurgia generale/coloretale, gastroenterologia e fisiatria con sintomi e segni appartenenti a malattie finora considerate diverse per eziopatogenesi, impostazione diagnostica e terapeutica. I pazienti stessi avvertono disagio per la molteplice dislocazione delle sedi specialistiche che li obbliga a percorsi diagnostici e terapeutici complessi in cui sono peraltro coinvolti con difficoltà analoghe anche i medici. Nelle patologie del pavimento pelvico si colgono oggi elementi eziologici comuni legati soprattutto ad alterazioni del tessuto connettivo e nei centri più avanzati si parla ormai da anni della necessità di un approccio **multidisciplinare** con la collaborazione dei vari specialisti, o **interdisciplinare** in presenza di uno specialista che assommi le competenze dei tre settori urologico, ginecologico e colo-retto-anale. Non a caso alla fine degli anni novanta è stata sviluppata in ambito uroginecologico la cosiddetta "**teoria integrale**"¹ che vede nel danno o nelle caratteristiche genetiche del tessuto connettivo e dei legamenti che sostengono gli organi pelvici un elemento comune che in un numero rilevante di casi spiega sia le disfunzioni urinarie e intestinali in termini di incontinenza e ritenzione, che il dolore pelvi-perineale cronico, come alcune disfunzioni sessuali. Pazienti con alterazioni nella produzione del collagene, nelle sue caratteristiche biomolecolari o nella biodegradabilità, possono essere predisposti al prollasso degli organi pelvici o alle relative conseguenze. La teoria integrale ha rivoluzionato fin dal-

l'inizio la chirurgia dell'incontinenza urinaria femminile aprendo la via ai concetti e alla pratica della **chirurgia mininvasiva** sia nell'incontinenza che nel prollasso genitale. La riparazione dei difetti del pavimento pelvico continua comunque ad offrire diverse impostazioni teorico-pratiche legate sia all'evoluzione delle conoscenze di fisiopatologia pelvi-perineale che al miglioramento dei materiali e delle tecnologie e soprattutto ad una strategia terapeutica sempre più attenta al mantenimento dell'integrità anatomico-funzionale, il che in definitiva mira al miglioramento della qualità di vita e ad un utilizzo ottimale delle risorse.

Scopo del progetto è valutare la possibilità di realizzare un'Unità Operativa dedicata alle patologie di tutto il pavimento pelvico in cui ai pazienti vengano offerte prestazioni di competenza elevata, con maggiore efficienza e risparmio di risorse da parte del SSN. Ciò già avviene in alcune sedi eccellenti in Europa, Stati Uniti, Giappone e Australia ove si sostiene che "specialists do it better".

METODI E MATERIALI

Il *project work* è uno strumento progettuale per obiettivi prefissati e contesti reali collegato alla metodologia *learning by doing*, basato sulla sperimentazione attiva dei contenuti appresi durante un percorso didattico formativo. Le caratteristiche del progetto devono essere le seguenti: *multidisciplinarietà* (coinvolgere persone con diverse capacità e provenienze con relativa necessità di integrazione), *unicità* (obiettivo peculiare del progetto con sforzo di definizione non ripetitivo di un modo di operare innovativo), *goal oriented* (tutte le attività sono rivolte al conseguimento dell'obiettivo comune predefinito, distinte dalle altre attività aziendali), *limitatezza delle risorse* (da usare quindi in maniera efficace ed efficiente), *incertezza ed elaborazione progressiva* (durante la realizzazione del progetto tempistica e finalità stessa sono oggetto di revisione continua).

I *materiali* riguardano il contesto ovvero l'*attuale organizzazione* della pelvi-perineologia nelle strutture sanitarie padovane (Azienda-ULSS), le *criticità* da identificare e gli elementi di *fattibilità* da analizzare.

A Padova attualmente le competenze in campo pelviperi-neologico funzionale sono distribuite tra le Unità operative Complesse (UOC) di Urologia (Azienda e ULSS), Chirurgia (varie) e Ginecologia/Ostetricia (Clinica e Azienda) attraverso percorsi diagnostici e terapeutici non standardizzati. Il percorso del paziente con problemi pelvi-perineali avviene nelle strutture indicate con accessi ambu-

latoriali in cui vengono eseguite valutazioni mirate a singoli problemi. Ciò corrisponde ad una visione anacronistica del pavimento pelvico in cui i suoi compartimenti continuano ad essere considerati confinanti ma separati per convenzione medico-specialistica.

L'attuale organizzazione prevede gli approcci chirurgici indicati nella Tabella 1.

TABELLA 1. – PATOLOGIA PAVIMENTO PELVICO: DIAGNOSI, INTERVENTI, SDO (Schede Dimissione Ospedaliera) E DRG (Disease Related Group). I DRG sono assegnati per gruppi di isorisorse ovvero per gruppi di pazienti con patologie simili che presentino un impegno assistenziale sovrapponibile in termini di impiego di risorse.²

DIAGNOSI	CODICE	INTERVENTO CHIRURGICO	CODICE	DRG	COSTI
Prolasso utero-vagin. completo	6183	isterectomia totale vaginale	6859	359	3.131euro
prolasso utero-vag completo	6183	isterectomia totale addominale	6848	359	3.131euro
prolasso utero-vaginale completo	6183	isterectomia laparoscopica	6841	359	3.131euro
prolasso utero-vaginale completo	6183	altra sospensione uterina isteropessi	6922	356	3.073 euro
prolasso genitale non specificato	6189	colposacropessi robot assistita	7077	356	3.073 euro
prolasso genitale non specificato	6189	altri interventi sull'apparato genitale femminile	719	365	7.197 euro
prolasso genitale non specificato	6189	altra riparazione dell'utero e delle strutture di sostegno	6929	356	3.073 euro
prolasso genitale non specificato	6189	altri interventi sulle strutture di supporto dell'utero	6998	356	3.073 euro
prolasso volta vaginale	6185	sospensione e fissazione della vagina	7077	356	3.073 euro
cistocele centrale	61801	riparazione cistocele-uretrocele	7051	356	3.073 euro
cistocele laterale	61802	riparazione cistocele -uretrocele	7051	356	3.073 euro
rettocele	61804	riparazione rettocele	7052	356	3.073 euro
incontinenza urinaria da sforzo	6256	colpoplastica per incontinenza urinaria	593	356	3.073 euro
incontinenza urinaria mista	78833	altra riparazione per ius uretropessi	5979	356	3.073 euro
incontinenza urinaria mista	78833	sospensione uretrale sovrapubica con sling	594	356	3.073 euro
incontinenza urinaria mista	78833	iniezione transuretrale agente volumizzante	5972	369	930 euro
prolasso rettale	5691	sacrorettopessi lps	4899	149	6716 euro
prolasso rettale	5691	proctectomia parziale	4869	147	6141 euro
prolasso rettale	5691	Cerchiaggio anale	4972	158	1348 euro
incontinenza anale	7876	ricostruzione sfinterica anale	4979	158	1348 euro
incontinenza anale (neuropatia)	7876	altre procedure diagnostiche su nervi cranici/periferici/gangli (test)	0419	8	2163 euro
incontinenza anale	7876	collocazione neurostimolatore spinale	0393 8694	468	6619 euro
stipsi	56400	altri interventi su emorroidi (starr)	4949	158	1348 euro
					700 euro (oneri protesi)
defecazione ostruita	56402	plastiche per rettocele	7052	356	3073 euro
neuropatia infiammatorie non specificata	3579	iniezione anestetico in nervo periferico analgesia	0481		
neuropatia infiammatorie non specificata	3579	iniezione agenti neurolitici	042		

I costi delle protesi per prolasso genitale/incontinenza urinaria, dell'impianto di Neuro Modulazione Sacrale e della STARR attualmente utilizzate in Azienda Ospedaliera Padova/ULSS 16 sono i seguenti:

Perigee	euro	1.160,00
Gynemesh	euro	240,00
AMI mesh	euro	400,00
Obtryx	euro	500,00
Monarc	euro	500,00
TVT-0	euro	620,00
Stapled Trans Anal Rectal Resection	euro	800,00 (x2)
Neuro Modulazione Sacrale	euro	12.000,00

(Prezzi al netto dell'IVA)

Per quanto concerne l'identificazione delle **criticità**, la progettazione di un'Unità Operativa di Chirurgia Mininva-

siva del pavimento pelvico rappresenta un progetto innovativo di cui non c'è esperienza specifica. Le criticità identificate sono le seguenti:

- attuale mancanza di uniformità nella valutazione clinica, nelle indicazioni chirurgiche e nella valutazione dei risultati;
- attuale mancanza di un centro di "riferimento" per il territorio (medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali): attualmente si ignora a quali ambulatori e strutture per la diagnostica far afferire i pazienti;
- attuale utilizzo irrazionale delle risorse in matrici chirurgiche dislocate in aree diverse.
- difficoltà di analizzare vantaggi/svantaggi dei singoli interventi a causa della frammentazione delle esperienze.

L'analisi della **fattibilità** economico-finanziaria e organizzativa e la valutazione di impatto si basa sulle seguenti considerazioni: un progetto, un'impresa o ogni altra situa-

zione in cui un'organizzazione o un individuo debbano prendere decisioni per il raggiungimento di un obiettivo, richiedono una pianificazione strategica in cui si valutano i punti di forza/*Strengths*, di debolezza/*Weaknesses*, le opportunità/*Opportunities* e i rischi/*Threats* (analisi *SWOT*).

L'analisi può riguardare l'ambiente *interno* analizzando punti di forza e debolezza, o *esterno* analizzando rischi ed opportunità.

In questo caso i punti principali dell'analisi *SWOT* sono (Tab. 2 e 3):

- di origine interna ossia dell'organizzazione: favorevoli, utili a raggiungere l'obiettivo, (quale ad es. la disponibilità della struttura ospedaliera); sfavorevoli, ossia dannosi per raggiungere l'obiettivo, (quale ad es. la mancanza della sezione riabilitativa dedicata);

- di origine esterna ossia opportunità, condizioni dell'ambiente utili al raggiungimento dell'obiettivo, (come ad es. assenza di strutture simili nel territorio); rischi ovvero condizioni esterne che potrebbero recare danni all'impresa (ad es. l'ipotesi di risorse economiche insufficienti).

RISULTATI

La pianificazione del progetto, basata sulla multidisciplinarietà, ha coinvolto persone con diverse capacità e provenienze le cui attività sono state rivolte al conseguimento di un obiettivo comune predefinito distinguendole dalle altre attività aziendali. Durante la realizzazione la tempistica e la finalità del progetto stesso sono state oggetto di revisione

continua, tenendo sempre in considerazione la limitatezza delle risorse.

Per l'organizzazione dell'Unità Operativa vanno considerati diversi passaggi con l'obiettivo di razionalizzare tempi e risorse nell'ambito di percorsi univoci, condivisi tra tutti gli specialisti che intendono collaborare:

1) Identificazione delle strutture esistenti che devono cooperare nella gestione integrata del paziente (UOC Chirurgia Generale, UOC Urologia, UOC Medicina fisica e riabilitazione, UOC Radiologia e diagnostica per immagini) per una centralizzazione e condivisione delle attività diagnostiche e terapeutiche e una standardizzazione dei percorsi assistenziali.

2) Identificazione degli spazi ambulatoriali: dove il paziente debba essere preso in carico e condotto nel suo percorso con la necessaria gradualità diagnostica. L'attività ambulatoriale può essere suddivisa in vari livelli. Nell'ambulatorio di primo livello vengono accettate tutte le problematiche pelvi-perineali, a questo fa seguito un ambulatorio di sintesi (II livello) dedicato alle patologie più complesse per rivalutare i pazienti in un contesto multidisciplinare alla luce dell'esito delle indagini diagnostiche eseguite. Nell'ambulatorio di valutazione funzionale postoperatoria si effettua il monitoraggio a breve, medio e lungo termine.

3) Organizzazione delle risorse strutturali diagnostiche: il servizio deve essere in grado di fornire le seguenti prestazioni:

TABELLA 2. – Analisi SWOT.

SWOT ANALYSIS	HELPFUL	HARMFUL
INTERNAL ORIGINAL	STRENGTHS <ul style="list-style-type: none"> - disponibilità della struttura ospedaliera - presenza di operatori con competenze chirurgiche-ginecologiche-urologiche e background culturale - presenza di reparto diagnostico - nessuna necessità di nuove risorse economiche - presenza servizio di medicina fisica e riabilitativa - presenza servizio di terapia antalgica - diminuzione delle dispersione diagnostico-terapeutica - personale paramedico disponibile 	WEAKNESS <ul style="list-style-type: none"> - assenza di ambulatorio dedicato pre esistente - mancanza personale paramedico formato - difficoltà nella collaborazione multidisciplinare - assenza servizio riabilitazione pelvi perineale - insufficienti risorse umane
EXTERNAL ORIGIN	OPPORTUNITIES <ul style="list-style-type: none"> - mancanza di strutture equivalenti - fabbisogno della popolazione - centri europei disponibili per effettuare esperienze formative 	THREATS <ul style="list-style-type: none"> - necessità di campagna informativa con adeguata penetrazione nel territorio - reazione nella popolazione medica

TABELLA 3. – Analisi SWOT rinforzata.

ENHANCED SWOT ANALYSIS	STRENGTHS	WEAKNESS
Translate into tasks for the Project Plan	come uso questi punti di forza per trarre vantaggio da queste opportunità	come posso superare le debolezze che mi impediscono di trarre vantaggio da queste opportunità
THREATS	come uso questi punti di forza per ridurre la probabilità di impatto di questi rischi	come supero le debolezze che trasformerebbero questi rischi in realtà

	VALUTAZIONE UROLOGICA	VALUTAZIONE GINECOLOGICA	VALUTAZIONE PROCTOLOGICA	VALUTAZIONE FISIATRICA
anamnesi visita generale	✓	✓	✓	✓
sf 36/, qdv generale, isp/qdv specifica	✓	✓	✓	✓
diario minzionale	✓	✓		✓
diario stipsi/incontinenza anale			✓	✓
esame vaginale	✓	✓	✓	
esplorazione rettale/anosopia	✓	✓	✓	✓
stadiazione pop	✓	✓	✓	✓
pctest	✓	✓	✓	✓
q tip test	✓	✓	✓	✓
stress test	✓	✓	✓	✓
pad test	✓			
tamponi uretro-vagino-rettali	✓	✓	✓	
ecografia addome completo	✓	✓	✓	
ecografia pelvica transvaginale perineale	✓	✓		
ecografia transanale			✓	
rmn/tac addomino-pelvica	✓	✓	✓	
cisto-colpo-defecografia	✓	✓	✓	
studio video-urodinamico	✓			
cistoscopia	✓			
uro-cistografia minzionale	✓			
ano-rettoscopia			✓	
test sfera-solidi		✓	✓	✓
pancolonscopia			✓	
clisma opaco dc			✓	
tempi transit intestinali			✓	
manometria anale			✓	
emg anale			✓	
statica dinamica pelvi perineale posturale				✓

4) Consulenze: internistica, gastroenterologica, dietologica, dermatologica, neurologica, psicologica, psichiatrica, ortopedica, infettivologica, oncologica, andrologica, endocrinologica.

5) Servizio Diurno Ambulatoriale (SDA)³

In aggiunta a quanto sopra si propone l'attivazione di un modello innovativo di organizzazione dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali complesse coordinate. È finalizzato alla gestione di casi clinici la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari anche complesse, previste da uno specifico percorso diagnostico e anche terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulla singola prestazione; richiede un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo da parte della struttura erogatrice.

Deve assicurare al paziente facilità di accesso alle prestazioni attraverso la gestione da parte della struttura erogatrice delle prenotazioni, in coerenza con l'iter diagnostico ed in modo da ridurre, il più possibile, il numero di accessi all'utente.

L'assistenza ambulatoriale in SDA viene erogata dagli ambulatori di istituti di cura che assicurino la presenza, al loro interno, di tutte (o almeno larga parte) le discipline interessate dal percorso assistenziale.

L'SDA ambulatoriale viene avviato dallo specialista ospedaliero al quale si rivolge il paziente, su richiesta di visita od altra prestazione avanzata dal medico di medicina generale o dallo specialista ambulatoriale che formula un primo quesito diagnostico.

Lo specialista della struttura a cui si rivolge il paziente assume la gestione clinico organizzativa del paziente.

L'SDA ambulatoriale è un processo organizzativo cui partecipano discipline differenti; ne consegue che occorrerà prevedere una funzione di coordinamento e sintesi clinica (il clinico che prende in carico il paziente decide l'iter dia-

gnostico da realizzare, lo monitorizza, effettua la sintesi diagnostico-terapeutica), e una funzione di coordinamento organizzativo ed amministrativo per seguire il paziente e favorire la presa in carico complessiva.

6) Organizzazione e coordinamento delle sedute operatorie

7) Istruzione del personale medico, infermieristico e amministrativo esistente che verrà impiegato per un certo tempo o definitivamente in questo servizio.

8) Formazione del personale paramedico dedicato: ai pazienti va spiegato il senso del necessario percorso diagnostico, le relative motivazioni, nonché i dubbi che potranno essere fugati dagli accertamenti programmati. Questo è competenza del medico, tuttavia l'impostazione del percorso per la molteplicità degli appuntamenti e degli impegni, va di necessità coordinato da un'altra persona che funga da supporto sia al medico che al paziente, definibile come "infermiere coordinatore".

9) Campagna informativa rivolta ai medici di medicina generale, agli specialisti territoriali e alla popolazione.

10) "Apertura informatica" di una "stanza" per la prenotazione delle visite ambulatoriali proctologica o uroginecologica.

11) Valutazione delle risorse coinvolte (umane, strutturali, strumentali) per una eventuale riprogrammazione.

COMMENTO

Il punto di partenza del project work è dato dalle motivazioni a cui il progetto è chiamato a rispondere; mentre il punto di arrivo è l'obiettivo generale che concretizza l'idea e la soddisfa. Il project work può essere individuale o di gruppo e i risultati sono oggetto di analisi e discussione in un momento didattico-applicativo. Il significato etimologico del termine project work è "lavoro di progetto", che evidenzia come il project work sia un efficace strumento

formativo che richiede ai partecipanti di realizzare un progetto concreto; tale metodologia consentirà a coloro che vi contribuiscono di prendere contatto con problematiche organizzative, operative, relazionali presenti nel contesto lavorativo e formativo.

La realizzazione di una Unità Operativa “virtuale” dedicata alla patologia funzionale del pavimento pelvico nasce dall’esigenza di modificare e migliorare l’attuale situazione, razionalizzando risorse già esistenti e potendo così offrire terapie chirurgiche adeguate.

In base alla modalità di approccio chirurgico, attualmente possiamo distinguere tra interventi per via vaginale/transperineale e per via addominale. Nel trattamento del prolasso genitale la prima, che è la più tradizionale, prevede la ricostruzione delle strutture tissutali di sostegno mediante chirurgia fasciale o con l’ausilio di materiale protesico (reti sintetiche), mentre la via addominale avvalendosi anch’essa di biomateriali, riposiziona gli organi prolapsati con accesso ormai quasi esclusivamente laparoscopico o robot-assistito. Con l’uso di strutture fasciali spesso deboli, la via vaginale, preferita per la minore invasività ed i minori costi, espone la paziente a rischio di recidiva fino al 30 per cento.⁴ Per tale motivo e per i costi che ne derivano, si tende oggi ad utilizzare materiali protesici (reti) che garantiscano un risultato definitivo e che, oltretutto, soddisfino la crescente domanda di una chirurgia di tipo conservativo in cui un utero “sano”, anche se ha ultimato la sua funzione riproduttiva, venga mantenuto. Le complicanze conseguenti all’uso di tali materiali nella chirurgia ricostruttiva pelvica sono state oggetto di attenzione da parte della FDA nel 2011.⁵ L’analisi delle complicanze ha però evidenziato come fossero in particolar modo collegabili alle caratteristiche fisiche delle reti di prima generazione o ad errori nel posizionamento o nella tensione applicata. Ciò ha rappresentato un ulteriore stimolo per la ricerca al fine di miglio-

rare i risultati clinici modificando i materiali, riducendo ulteriormente l’invasività e standardizzando i passaggi chirurgici.

In conclusione l’analisi di costi e benefici legati all’utilizzo di metodi di diagnostica avanzata e di tecniche chirurgiche pelviche mini-invasive in un’Unità Operativa di nuova istituzione, prospetta risultati vantaggiosi rispetto alle attuali collocazioni.

BIBLIOGRAFIA

1. PE Papa Petros. The female pelvic floor. Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory. Springer, 2007, 2° ed.
2. International Classification of diseases -9th revision-Clinical Modification. Versione italiana della ICD-9-CM. 2007.
3. Ministero della Salute. Progetto mattoni SSN. Evoluzione del sistema DRG nazionale. Milestone 1.2.1 Regione Emilia Romagna. Forme alternative alla degenza: definizione (Day Hospital, Day Surgery, Day Service) e relativi flussi informativi.
4. Maher CM, Feiner B, Baessler K, Glazener CM. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the update summary version Cochrane review. *Int Urogynecol J* 2011; 22:1445-1457.
5. FDA Safety communication: Urogynecologic Surgical Mesh: Update on the safety and Effectiveness of Trans-vaginal Placement for Pelvic Organ Prolapse. July 2011.

Corrispondenza:

Dr.Luisa Marcato
Unità Operativa Complessa Ginecologia Ostetricia
Azienda Ospedaliera di Padova
E-mail: marcato.luisa@libero.it

Mostri e mostre A cura di GUERRINO GIORGETTI

CARAVAGGIO

Indubbiamente Caravaggio è un “mostro di bravura”, “un mostro sacro della pittura”, e poiché nella pittura e nella vita (anche sessuale) è stato un trasgressivo, è ritenuto un “diverso”. Arrivò a Roma giovanissimo: forse già a Milano, dove era allievo del pittore Simone Peterzano, non tirava per lui una buon aria e nella città dei papi si distinse subito sia come pittore di talento, che come individuo asociale. Venne più volte arrestato e poi condannato a morte per aver ucciso un uomo. Fuggì e vagò senza una meta (Napoli, Palermo, Malta): ciò malgrado, creò, in quelle soste, opere eccezionali sia per i contenuti (spesso dissacranti) che per la tecnica adottata (l'esaltazione della luce).

Ma ci sono due opere che possono essere qui ospitate: “La Medusa” (Firenze, Uffizi) e “David e Golia (Madrid, Prado).

Della seconda (inquietante e... trasgressiva), parleremo la prossima volta.

In breve: Medusa, delle tre Gorgoni, era l'unica mortale. Per capelli aveva delle serpi e trasformava in pietra chi la guardava. Perseo, evitando il suo sguardo con uno stragemma, le tagliò la testa che la dea Atena pose sul proprio scudo per terrorizzare i nemici. Caravaggio ritrae il volto di Medusa su di una tela applicata sopra uno scudo convesso (cm.60 x 55): il Mostro ha gli occhi sbarrati, pieni di terrore, di odio e fissano un punto preciso ma non l'osservatore; la bocca è spalancata: grida; dal collo reciso escono rivoli di sangue e sul capo il groviglio di serpi si agita. Caravaggio ha sfruttato la convessità dello scudo, la luce, la controluce, l'ombra ed ha creato una testa recisa che emerge ed è ... viva! Medusa cerca e aggredisce con gli occhi non l'osservatore, che gli

sta di fronte, ma Perseo che con l'inganno l'ha sconfitta.

C'è un'altra Medusa nell'arte ed è altrettanto bella e inquietante: è in ceramica, opera del pesarese Ferruccio Mengaroni, uno di più importati ceramisti italiani dei primi del novecento. L'opera è enorme (misura cinque metri di diametro) e di fatto riproduce la Medusa di Caravaggio, ma l'artista le ha dato il proprio volto.

Una ceramica di quelle dimensioni (pesa diversi quintali) è un'impresa tecnica, ma renderla “viva” come ha fatto Caravaggio, può farlo solo un grande artista.

Questa Medusa è stata implacabile: doveva essere inviata ad un'esposizione, ma nel sistemarla sul mezzo di trasporto barcollò, stava cadendo: l'autore, istintivamente, tentò di fermarla e quel tentativo gli fu fatale, restò schiacciato.

Ora è esposta al museo civico di Pesaro, un museo da visitare: ricco d'importanti opere pittoriche e di ceramiche, antiche e moderne, il tutto ottimamente esposto.

Appuntamento a Madrid, per il trasgressivo “Davide e Golia” di Caravaggio.



Scudo con testa di Medusa è il soggetto di un dipinto realizzato nel 1597 circa dal pittore italiano Michelangelo Merisi da Caravaggio.

Il racconto di Giorgetti: Armida

C'eravamo conosciuti sui banchi di scuola, quando facevamo la prima media: lei non troppo alta, molto educata, riservata, bella e bravissima; io timido, solitario, troppo alto per la mia età, con la passione più per la pallacanestro che per la scuola.

Nelle partite ero sempre il migliore: mi chiamavano "il cipresso" un po' perché mi isolavo, un po' per la mia altezza ed infine perché, sotto canestro svettavo e difficilmente sbagliavo.

Armida mi era sempre piaciuta, con quella sua serietà: taciturna, con occhi meri e grandi, un viso ovale e pallido; capelli lunghi, di un nero lucido: non aveva molto seno.

Era la prima della classe ma non lo faceva pesare.

Quando veniva a vedere le nostre partite, io giocavo per lei e davo anche l'anima.

Ero sicuro che anche lei provasse qualcosa per me: mi sorrideva e quando la guardavo spesso abbassavamo gli occhi.

Lei era timida, io poco intraprendente.

Incrociandoci per strada, ci guardavamo, salutandoci appena; poi ci voltavano quasi contemporaneamente e sorridevamo. Lei, comunque, parlava poco con tutti, era molto riservata.

Poi si iscrisse al liceo scientifico (era bravissima in matematica e in disegno), io al classico: mi piaceva scrivere.

Anche quando frequentavamo il secondo anno di liceo, incontrandoci, ci guardavamo molto e ci parlavamo raramente.

Quando seppi che la sua famiglia si stava trasferendo in una città del Nord, trovai il coraggio e le telefonai: avevo preparato un lungo discorso.

"So che fra poco partirai."

"Sì."

"Mi dispiace."

"Anche a me:"

"A me dispiace non vederti più."

"Anche a me."

Poi ci fu un lungo silenzio.

Il discorso che mi ero preparato era un bel discorso, ma adesso non trovo le parole giuste per iniziarlo: e tacevo.

E alla fine dissi: "Ciao." E lei: "Ciao."

Quando chiusi il telefono, avrei voluto battere la testa contro il muro.

Non ci siamo più visti, ma ho sempre considerato Armida il mio primo amore.

Dai tempi del liceo sono passati venti anni. Alcuni giorni fa sono ritornato al mio paese di origine e lì ho incontrato un compagno di classe che lavora in banca e, casualmente, mi disse che, di recente, aveva rivisto Armida.

"È sempre bella?" gli chiesi.

"Bellissima. Ha la nostra età, trentasei anni, ma ne dimostra venti. Non è alta, è magra, ha poco seno, ma è bella, veramente bella e molto elegante."

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.

"E cosa fa?"

"È architetto, progetta mobili per un'importante ditta di Parigi. Si è sposata, ma dopo due anni il marito, un importante e ricco ingegnere svizzero, si è suicidato e l'ha lasciata erede universale. Ha la cittadinanza svizzera, risiede a Zurigo, ma abita abitualmente a Milano.

È stata qui perché ha acquistato, per i suoi genitori, la casa dove hanno abitato: i suoi, come tutti i vecchi, vogliono ritornare dove sono nati.

Quando è venuta per il contratto e la movimentazione bancaria, abbiamo rievocato i tempi del liceo e mi ha chiesto di te: le ho detto che abiti a Roma, che sei un importante giornalista e un collezionista di donne. Lei ti ricordava timido e introverso."

"Mi piacerebbe rivederla: mi puoi dare il suo numero di telefono?". "Non potrei, ma ..."

Mi diede il numero e il giorno stesso le telefonai.

Mi rispose la sua segretaria: prima mi fece un interrogatorio di secondo grado, poi volle il mio telefono dicendo che, se del caso, l'architetto mi avrebbe richiamato.

E invece, dopo due minuti il mio cellulare squillò: era lei.

Esaurite le rievocazioni di rito, le dissi che la settimana successiva sarei stato a Milano per lavoro e, se voleva, potevamo incontrarci.

"Sarò a Milano tutta la settimana" mi disse "perciò quando sarai libero, chiamami."

"Sono emozionato" le dissi.

"Anch'io. Ricordo ancora la nostra unica ed ultima telefonata, quando mi trasferii con i miei."

"Ero molto timido e tu ... mi confondevi le idee."

"Ho saputo che adesso sei diventato molto intraprendente! Sei sposato?"

"No."

"Io sì ma non è stata una bella esperienza. Son cose che capitano. Allora ci vedremo la settimana prossima?"

"Io sarò lì lunedì, fin dalle prime ore del mattino, in trepida attesa."

Si mise a ridere. "Ti dò il numero del mio telefonino (e me lo diede). Ciao. Ti aspetto" e chiuse il telefono.

Lunedì, nel primo pomeriggio, quando le telefonai, mi disse che aveva da sbrigare una gran mole di lavoro e mi invitò a cena a casa sua:

"Guarda che non sono una gran cuoca! Dovrai adattarti."

Abitava nell'attico di uno splendido palazzo antico, proprio in centro di Milano.

Armida era veramente bella! Elegantissima!

"Quando eri ragazzina eri bella: ora sei diventata bellissima ed affascinante!"

"Tu eri un bel ragazzo, un buon atleta ma molto timido: ora credo di non sbagliarmi se ti reputo un adulatori ... intraprendente."

Parlò di tutto: del suo lavoro che le dava molte soddisfazioni ma le lasciava poco tempo libero; dei suoi genitori; della Svizzera, ordinata e precisa; di Parigi, sempre affascinante e di Pechino, dove stava avendo molte soddisfazioni. Non una parola disse del suo matrimonio, né del marito. La casa era arredata magnificamente, con mobili modernissimi disegnati da lei. Mi aveva affascinato come donna e come imprenditrice.

Glielo dissi e poi: "Abito a Roma e mi ci trovo molto bene, ma da tempo il Direttore del giornale mi vorrebbe qui a Milano, come suo vice. Ho sempre rifiutato per varie ragioni, ma adesso ne avrei una valida per accettare."

Mi guardò e sorrise.

“Ti ho persa una volta e per ritrovarti ci ho impiegato venti anni. Un altro errore non me lo posso permettere.”

“Non sono facile come donna.”

“Ed io ho un monte di difetti.”

“Ho dei problemi ,, con me stessa.”

“Vorrei aiutarti a risolverli.”

“Non voglio farmi illusioni, voglio pensare solo al lavoro.” “E io non voglio legarti: siamo adulti. Mettiamoci alla prova.”

“Ma sta accadendo tutto così in fretta! Qualche giorno fa io per te non esisteva e questa sera...”

“Credo che per me tu sia sempre esistita e che ti abbia cercata nelle altre”.

Eravamo seduti sul divano e ci baciammo.

“Non dobbiamo aver fretta” disse stringendomi “ diamo tempo al tempo. Tu devi sapere tante cose di me.”

“So che finalmente ti ho ritrovata e che dobbiamo recuperare il tempo perduto. Ti ripeto non possiamo aspettare ancora.”

“No, non dobbiamo aver fretta. Ho paura. Non voglio compiere il più grosso sbaglio della mia vita. Possiamo compromettere tutto. Ti debbo spiegare ...”

Sapevo dove era la sua camera e, prendendola in braccio, mi ci diressi.

“Stiamo sbagliando” mi ripeteva piano all’orecchio “non dobbiamo ... non voglio ...”

Si liberò dalle mie braccia e restò in piedi davanti al letto. Mi spogliai.

Indossava una lunga e attillata tunica di seta azzurra: appena sciolto il nodo che aveva sulla spalla, gli cadde ai piedi. Era bellissima, luminosa: aveva i seni piccoli e compatti, come quelli di una adolescente, e la vita sottile. Indossava solo un piccolo tanga.

Quando, piegandosi, si girò per togliersi le scarpe, ammirai dei glutei rotondi, perfetti.

Restandole dietro, le accarezzai le spalle e con entrambe le mani le presi i seni.

“Stiamo sbagliando” sussurrò.

“No, abbiamo aspettato troppo.”

“Devi comprendermi.”

Si sfilò il tanga e si girò verso di me. Vidi, appena coperto dalla peluria nera del pube, un pene piccolo, eretto.

Non riuscii a nascondere il mio stupore e rimasi immobile, muto. Lei, dopo un attimo, si diresse immediatamente verso il bagno e chiudendo la porta disse:

“Quando uscirò, non voglio ritrovarti in casa ... per favore.” Avevo lasciato l’auto nei pressi del suo portone di casa: salii, ma non avviai il motore.

Ero frastornato. Il mio telefonino squillò: era lei.

“Mi dispiace ..., mi dispiace molto ... sono stata una stupida. Ho creduto ... ma sono una donna, credimi. Se vuoi posso operarmi.”

Piangeva.

“Mi sono sposata con un uomo molto più grande di me: sapeva come sono e credevo che mi amasse. Invece per lui ero una rarità e abusava di me, anche psicologicamente. Quando mi sono ribellata perché volevo essere considerata una donna, non un prezioso giocattolo, per distruggermi mentalmente, si è ucciso.

A fatica sono sopravvissuta, sperando di trovare l’uomo giusto. E sei arrivato tu, il mio timido innamorato giovanile, sul quale avevo tanto sognato.

Da bambina, quando mi sono resa conto di come ero, avevo paura di tutti e di tutto, però ti guardavo e ... speravo. Anche questa sera ho disperatamente sperato, ho voluto credere che tu capissi. E mi sono sbagliata. Ho sbagliato tutto con te. Perdonami.”

“Armida, fra qualche istante busserò alla tua porta: per favore, aprimi.”



Takeda in Gastroenterologia, l'esperienza del futuro

Le nuove frontiere della ricerca scientifica sono lo stimolo a sfidare le patologie gastrointestinali, dando una risposta a domande di salute ancora inevase. Una sfida vinta quando si riesce a restituire il sorriso ad un paziente. Takeda è impegnata ogni giorno a fianco di medici e ricercatori per il progresso della scienza medica. Perché soluzioni terapeutiche intelligenti possono cambiare una vita.

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



pelvilen.com

epitech
group

info@epitech.it