Vol. 39 - N. 1
Marzo 2020

Rivista Italiana di Colon-Proctologia
Fondata nel 1982

Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

ISSN 1973-4891

INSERTO PER L'ITALIA

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Collaboratori 2017-2019

Andrea Ambrosetti, Elena Andretta, Gabriele Bazzocchi, Caterina Bertelli, Matteo Bruno, Carla Cantiani, Fabio Cappellato, Alessia Carsughi, Stella De Chino, Rosario De Falco, Francesco Deltetto, Davide Devita, Francesco Diomede, Umberto Ferro, Elena Frighetto, Luisa Fantinel, Daniele Ferrari, Benito Ferraro, Fabio Gaj, Guerrino Giorgetti, Pasquale Intini, Filippo La Torre, Luisa Marcato, Paola Melchiorre, Mauro Menarini, Andrea Meneghini, Nicola Meneghini, Giovanni Milito, Umberto Nardi, Giulia Papa, Daniele Passannanti, Valeria Picello, Federica Piloni, Nino Pulvirenti, Andrea Ramin, Francesco Santacroce, Carlo Schievano, Désirée Uguccioni, Roberto Villani, Michele Zaffin

Sezioni

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

Collaborazione con

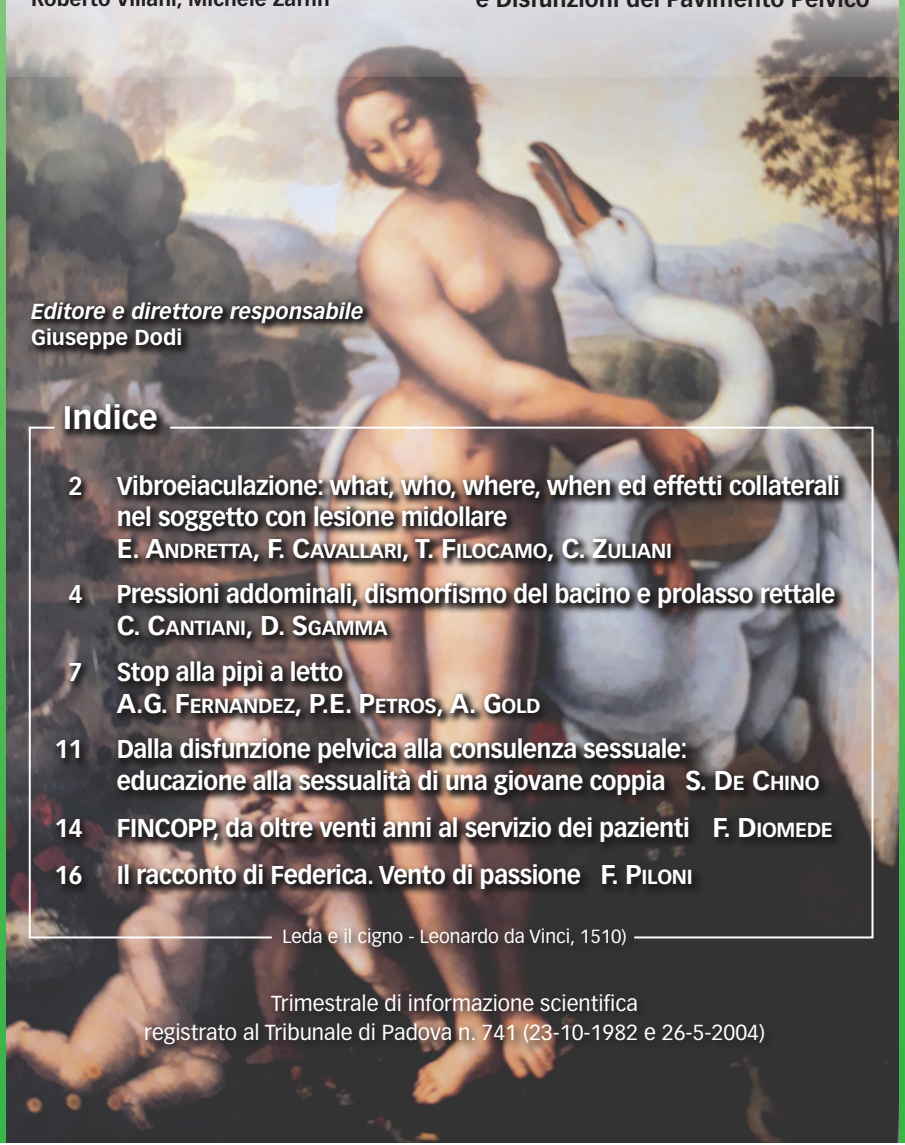
Società Italiana di Pelvi-perineologia e di Urologia Femminile e Funzionale

Integrated Pelvis Group

Associazione Italiana di Ginecologia Estetica e Funzionale

Club Amici della Proctologia e Perineologia

Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico



Editore e direttore responsabile
Giuseppe Dodi

Indice

2 Vibroeiaculazione: what, who, where, when ed effetti collaterali nel soggetto con lesione midollare
E. Andretta, F. Cavallari, T. Filocamo, C. Zuliani

4 Pressioni addominali, dismorfismo del bacino e prolasso rettale
C. Cantiani, D. Sgamma

7 Stop alla pipì a letto
A.G. Fernandez, P.E. Petros, A. Gold

11 Dalla disfunzione pelvica alla consulenza sessuale: educazione alla sessualità di una giovane coppia S. De Chino

14 FINCOPP, da oltre venti anni al servizio dei pazienti F. Diomede

16 Il racconto di Federica. Vento di passione F. Piloni

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)

www.pelviperineologia.it

Redazione e stampa:
Centro Copie
Via Cavallotti, 383
Chioggia (VE)
centrocopie.rb@libero.it
giuseppe.dodi@unipd.it

Articolo originale

Vibroeiaculazione: what, who, where, when ed effetti collaterali nel soggetto con lesione midollare

ELENA ANDRETTA[1], FEDERICO CAVALLARI[2], TERESA FILOCAMO[3], CRISTINA ZULIANI[4]

[1] Urology Department - General Hospital Dolo (Venice), [2] Surgery Department - General Hospital Mirano (Venice), [3] Urology Department - General Hospital Savigliano (Cuneo), [4] Neurology Department - General Hospital Mirano (Venice)

Riassunto: La stimolazione vibratoria del pene è la prima opzione di trattamento per l'aneiaculazione causata da lesioni del midollo spinale. Pochi articoli con piccole casistiche di uomini con lesioni al midollo spinale hanno documentato che la vibroeiaculazione ha anche un effetto miorilassante, dimostrato dalla registrazione elettromiografica. Riportiamo l'esperienza di 5 uomini che usano a lungo termine la stimolazione vibratoria del pene al fine di ottenere benefici, principalmente sulla spasticità muscolare.

Parole chiave: Stimolazione vibratoria del pene; Aneiaculazione; Lesione spinale; Spasticità

Vibroejaculation: what, who, where, when and side effects in the subject with spinal cord injury

Abstract: Penile vibratory stimulation is the first treatment option for anejaculation due to spinal cord injury. A few articles with small casuitries of spinal cord injuried men documented that it has also an antispastic effect, proven by elettromyographic recording. We report the experience of 5 men who are long-users of penile vibratory stimulation in order to obtain benefits, mainly on spasticity.

Keywords: Penile vibratory stimulation; Anejaculation; Spinal cord injury; Spasticity

INTRODUZIONE

Cenni di fisiopatologia dell'eiaculazione. L'eiaculazione, che consiste nell'espulsione all'esterno dello sperma, rappresenta la parte conclusiva del rapporto sessuale e coincide con l'orgasmo. Si tratta di un riflesso controllato sia dal sistema nervoso simpatico che somatico e consta di 2 fasi, l'emissione e l'eiaculazione propriamente detta. Durante l'emissione si verifica la progressione degli spermatozoi lungo il dotto deferente e la secrezione del liquido seminale dalla prostata e dalle vescichette seminali fino all'uretra prostatica, ove lo sperma rimane intrappolato tra i 2 sfinteri uretrali in una sorta di camera a pressione. Tale fase è controllata dal sistema nervoso simpatico toraco-lombare T9-L1 mentre l'eiaculazione propriamente detta è dovuta alle contrazioni tonico-cloniche della muscolatura striata perineale che spremono all'esterno lo sperma: questa attività è regolata dai centri somatici sacrali S2-S4. Il centro simpatico toraco-lombare è connesso direttamente con i centri corticali superiori per cui l'emissione è soggetta ad una modulazione sovramidollare.

In presenza di una lesione midollare i centri neurologici di controllo dell'eiaculazione sono variamente compromessi o disconnessi tra di loro, con ovvie ripercussioni sulla funzione eiaculatoria fino all'aneiaculazione.

Il vibromassaggio penieno. La 1ª linea di terapia del deficit eiaculatorio di origine neurologica è rappresentata dal vibromassaggio penieno (VMP) che consiste nell'applicazione di uno stimolo vibratorio intenso al pene per ottenere un'eiaculazione riflessa anterograda o mista. Il VMP è indicato in soggetti con centro simpatico toraco-lombare integro, quindi un'eiaculazione può essere ottenuta con un livello di lesione midollare superiore a T10. Tra i fattori prognostici favorevoli per l'efficacia del VMP sono stati identificati l'integrità dei riflessi bulbo-cavernoso e di flessione dell'anca[1]. Il VMP è una tecnica di basso costo, utilizzabile a domicilio dopo un rapido addestramento ed ha uno scopo eminentemente riproduttivo.

In commercio vi sono vari modelli di vibrostimolatori che vengono applicati sulla superficie ventrale del pene, dalla radice al frenulo fino al glande, cercando i punti trigger migliori (fig. 1 e 2). Le vibrazioni meccaniche[2] devono avere una frequenza compresa tra 80 e 100 Hz ed ampiezza di 2-3 mm. Attraverso tale stimolazione l'input raggiunge i centri midollari evocando il riflesso eiaculatorio che secondo Bird[1] avviene prevalentemente entro 2 min mentre nell'esperienza personale richiede talvolta tempi più prolungati. Il VMP non va comunque protratto oltre i 20 minuti per il rischio di provocare lesioni da sfregamento nella cute genitale denervata. Durante la procedura compaiono solitamente spasmi della muscolatura addominale e delle coscie che sono prodromici dell'eiaculazione. C'è il rischio di comparsa di disreflessia autonomica, rischio comunque basso e stimato del 6% da Beckerman[3]. La comparsa di disreflessia autonomica, caratterizzata da cefalea, ipertensione arteriosa e bradicardia, impone l'immediata sospensione del VMP e l'eventuale assunzione di un calcioantagonista, tipo Nifedipina 5-10 goccie sublinguali. Nei soggetti maggiormente a rischio di sviluppare questa temibile complicanza, sostanzialmente quelli con livello lesionale superiore a D6, è possibile eseguire una premedicazione con alfa-litici tipo doxazosina 2-4 mg per os.

L'obiettivo del VMP è il miglioramento progressivo dei parametri seminali, riportato in letteratura con l'esecuzione periodica di tale procedura[4]. Con lo sperma recuperato sono possibili tentativi di inseminazione vaginale a domicilio o la raccolta del seme per tecniche di inseminazione assistita o per la crioconservazione.

I migliori risultati della vibroeiaculazione sono stati osservati nelle lesioni midollari (SCI) alte con percentuali di recupero dello sperma del 71% nelle SCI cervicali, del 73% nelle SCI tra T1 e T6 e del 35% tra T7 e T12[1].

PAZIENTI E METODI

Utilizzo atipico del VMP. Riferiamo di 5 soggetti con SCI, seguiti in 2 ambulatori di neuro-urologia, che da lungo tempo usano il VMP a scopo non riproduttivo. Si tratta di 5 maschi dell'età media di 54 anni (range 47-65) con SCI complete (1 lesione cervicale di livello C6 e 4 lesioni dorsali di livello compreso tra D6 e D9). Tutti i soggetti hanno accettato di rispondere ad un breve questionario riferendo che in media usano il VMP da 28 anni (range 9-35) e a scopo non-riproduttivo da 21 (range 8-30). Nessuno ha avuto figli

Figura 1 - Tecnica del vibromassaggio penieno.

Figura 2 - Comparsa dello sperma al meato uretrale esterno.

o gravidanze della partner grazie al VMP ma 1 soggetto riferisce un miglioramento dei parametri seminali documentato. Tre di loro usano il VMP ogni 2-6 mesi, 1 mensilmente ed 1 ogni 7-15 giorni. L'eiaculazione è ottenuta spesso da 4 soggetti e > 50% delle volte in 1. La durata della stimolazione è riferita inferiore ad 1 minuto in 3 casi ed è compresa tra 3 e 15 minuti in 2.
L'uso continuativo del VMP viene attuato per 2 motivi: 4 soggetti riferiscono di ottenere dal VMP un effetto miorilassante sulla muscolatura sottolesionale che dura qualche ora (2 riferiscono riduzione degli spasmi degli arti inferiori, 1 la riduzione dell'ipertono degli arti inferiori ed 1 la riduzione di spasmi ed ipertono degli arti inferiori e dell'addome) ed 1 osserva una minore incidenza di infezioni urinarie con l'uso regolare del VMP. Nessuno riporta effetti collaterali ma 2 soggetti riferiscono episodi sporadici di cefalea che possono essere indicatori di disreflessia autonomica.

DISCUSSIONE

La spasticità muscolare è frequente in persone affette da condizioni neurologiche quali sclerosi multipla, esiti di stroke e lesioni traumatiche encefaliche e spinali, ed è associata a complicanze quali dolore, ulcere da pressione, infezioni e contratture, che a loro volta possono fungere da trigger ed incrementare il grado di spasticità[5].
Vi sono in letteratura alcune sporadiche ed interessanti segnalazioni di un effetto miorilassante sottolesionale del VMP rilevate in piccole casistiche di soggetti con SCI. Nel 2004 Laessoe et al hanno sottoposto a registrazione elettromiografica (EMG) basale, protratta per 24 ore, i muscoli quadricipiti e tibiali anteriori di 9 mielolesi ed hanno poi ripetuto la registrazione EMG dopo il VMP eseguito in 5 di loro. Hanno così rilevato una significativa riduzione degli spasmi degli arti inferiori, di durata fino a 3 ore, e del grado immediato di spasticità valutato con la scala di Ashworth, nel gruppo sottoposto a VMP rispetto ai soggetti non trattati[6]. Anche Alaca et al hanno confermato, con valutazione obiettiva effettuata a 3 e 6 ore dal VMP, una tendenza alla riduzione della frequenza e della severità degli spasmi muscolari in un gruppo di 10 soggetti con SCI[7].
I pochi riscontri della letteratura e l'esperienza riferita dai soggetti con SCI da noi seguiti - che usano il VMP da anni - suggerisce l'idea che il ristagno di secrezioni seminali possa essere una delle possibili spine irritative che innescano spasticità muscolare sottolesionale. E' noto infatti che nella persona con SCI la spasticità peggiora in presenza di spine irritative nelle parti corporee denervate e l'esempio classico è rappresentato dall'aumento della spasticità muscolare addominale e degli arti inferiori in caso di infezione urinaria, ulcere da pressione, dolore, stipsi, unghie dei piedi incarnite. L' attività nervosa afferente generata dalla vibrazione e/o quella generata in relazione all' eiaculazione potrebbero inoltre modulare i circuiti neuronali corticali e midollari coinvolti nella patofisiologia della spasticità, attraverso un incremento dell' inibizione a livello corticale che a sua volta potrebbe influenzare l' eccitabilità dei motoneuroni a livello midollare.
Pertanto l'uso continuativo del VMP potrebbe essere contemplato tra le possibili opzioni di trattamento della spasticità muscolare nei soggetti con SCI.

CONCLUSIONI

Il VMP consente in molti medullolesi l'ottenimento dell'eiaculazione riflessa ed ha un ruolo consolidato nel trattamento dell'infertilità, anche se molto ridimensionato dalle tecniche di prelievo diretto degli spermatozoi. Dalla nostra esperienza risulta che un piccolo gruppo di soggetti con SCI utilizza regolarmente il VMP per trattare la spasticità muscolare, ad indicare quindi un possibile utilizzo di nicchia del VMP. Andrebbe poi valutato l'eventuale ruolo del VMP nella prevenzione delle infezioni urinarie di origine prostatica laddove si consideri che l'aneiaculazione porta al ristagno delle secrezioni seminali e che un soggetto della nostra casistica utilizza frequentemente il VMP a questo scopo.

BIBLIOGRAFIA

1. Bird VG, Brackett NL, Lynne CM, Aballa TC, Ferrell SM.: Reflexes and somatic responses as predictors of ejaculation by penile vibratory stimulation in men with spinal cord injury. Spinal Cord. 2001;39(10):514-9.
2. Sønksen J, Biering-Sørensen F.: Semen quality in the same man before and after spinal cord injury. Case report. Paraplegia. 1994;32(2):117-9
3. Beckerman H, Becher J, Lankhorst GJ. The effectiveness of vibratory stimulation in anejaculatory men with spinal cord injury. Review article. Paraplegia. 1993;31(11):689-99. Review.
4. Hamid R, Patki P, Bywater H, Shah PJ, Craggs MD. Effects of repeated ejaculations on semen characteristics following spinal cord injury. Spinal Cord. 2006 Jun;44(6):369-73.
5. Bavikatte G, Gaber T. Approach to spasticity in General practice. BJMP. 2009; 2(3):29-34.
6. Laessoe L. Nielsen JB et al: Antispatic effect of penile vibration in men with spinal cord injury Arch Phys Med Rehabil 2004;85(6):919-24
7. Alaca R et al: Effect of penile vibratory stimulation on spasticity in men with spinal cord injury Am J Phys Rehabil 2005; 84(11);875-9

Corrispondenza

Elena Andretta
Riviera XXIX Aprile, 2 - Dolo 30031 Venice - Italy
E-mail: elena.andretta@aulss3.veneto.it

Articolo originale

Pressioni addominali, dismorfismo del bacino e prolasso rettale

CARLA CANTIANI[1], DIEGO SGAMMA[2]

[1] *Artemedica, Milano*
[2] *Ivrea Associazione Italiana di Rieducazione Posturale Globale (AIRPG)*

Riassunto: L'associazione tra prolasso rettale e orientamento del bacino non è stata mai valutata. In 143 soggetti è stato misurato l'angolo di inclinazione pelvica e sono stati suddivisi in gruppi (bacino neutro, posteriore ed anteriore) a seconda dei gradi riscontrati con apposito goniometro. Nella classe dei pazienti con bacino posteriore è stata riscontrata una incidenza di prolasso rettale 3 volte maggiore rispetto agli altri gruppi. La differenza è risultata statisticamente significativa anche dopo bilanciamento della popolazione tramite propensity score. La postura retroversa del bacino può favorire l'insorgenza di prolasso rettale.

Parole chiave: Prolasso rettale; Inclinazione pelvica; Postura; Dismorfismo

Abdominal pressures, pelvic dysmorphism and rectal prolapse

Abstract: The association between rectal prolapse and pelvic shape has never been studied. In 143 patients, the pelvic inclination angle was measured and they were divided into groups (neutral, posterior and anterior pelvis) according to the degrees found with a special goniometer. In the class of patients with posterior pelvis, an incidence of rectal prolapse was found 3 times greater than in the other groups. The difference was statistically significant even after balancing the population through the propensity score. The reverse posture of the pelvis can favor the onset of rectal prolapse.

Keywords: Rectal prolapse; Pelvic tilt; Posture; Dysmorphism

INTRODUZIONE

Il prolasso rettale incide fortemente sulla qualità della vita e le capacità lavorative dell'individuo, oltre che sullo sviluppo di altre comorbidità. La patologia affligge pazienti di tutte le età ed è causa di incontinenza fecale in circa il 50% dei casi e nel 38% degenera in un concomitante prolasso di altri organi pelvici[1]. Le cause del prolasso degli organi pelvici sono state lungamente studiate soprattutto nel sesso femminile e tra queste, oltre alla pluriparità, vi sono la durata della gestazione, il parto vaginale, le isterectomie, gli interventi chirurgici addominali, l'obesità, le bronchiti croniche e, inoltre, è da considerare il ripetuto aumento delle pressioni intra-addominali[2]. Non esiste purtroppo un equivalente volume di dati invece sulle cause di prolasso rettale negli uomini.

La relazione tra postura del bacino e lo sviluppo di problematiche pelviche è stata invece scarsamente esplorata. Non sono note infatti ricerche sulla correlazione tra dismorfismo posturale e disfunzioni del comparto posteriore. La debolezza dell'apparato pelviperineale è normalmente ricondotta al passaggio evolutivo alla stazione eretta e alla relativa postura che costringe l'apparato pelviperineale a sostenere i visceri contro la spinta costante della gravità.

Recentemente è stata condotta un'indagine proprio allo scopo di verificare se esiste un'associazione tra incidenza di prolasso rettale e caratteristiche anatomiche del bacino, in particolare la sua inclinazione rispetto al piano sagittale[3]. Partendo da un principio noto in Rieducazione Posturale Globale (RPG), in base al quale il dismorfismo è elemento predittivo della disfunzione muscolo-scheletrica, lo scopo dello studio è stato proprio quello di verificare se possa esistere una correlazione statistica tra l'angolo di inclinazione del bacino in normale stazione eretta e il prolasso rettale, includendo anche soggetti di sesso maschile, privi di correlazione con il parto.

Nello studio il prolasso rettale è stato definito come un'intussuscezione endoluminale di una parte o di tutta la parete rettale. Secondo il sistema di classificazione del prolasso rettale Oxford (ORPG)[6], qualsiasi esteriorizzazione visibile a livello dell'ano è stato classificato come Grado5 (prolasso rettale esterno), mentre i casi senza esteriorizzazione, ma con il prolasso rettale che scende nel canale anale, è stato classificato come Grado 3-4 (intussuscezione retto-anali). La diagnosi di prolasso rettale è stata eseguita con esame rettale digitale e/o utilizzando il test della garza. L'entità del prolasso rettale e la classificazione sono state determinate utilizzando la risonanza magnetica. I rettocele e gli enteroceli sono stati definiti e classificati in base alle correnti definizioni[7-8]. La sindrome da defecazione ostruita (ODS) e l'incontinenza fecale sono stati valutati con il punteggio ODS[9] ed il Wexner score[10].

METODI

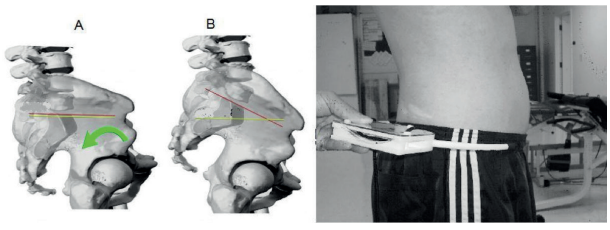
L'angolo compreso tra linea orizzontale di riferimento e la linea che congiunge il punto medio della Spina Iliaca Postero-Superiore (SIPS) e della Spina Iliaca Antero-Superiore (SIAS)[4] definisce l'inclinazione pelvica (o *pelvic tilt)* ed è normalmente considerato il principale indicatore di anti- o retro-versione pelvica (Figura 1).

Utilizzando un normale goniometro pelvico[5] l'angolo pelvico viene classificato come: retroverso, con una misura dell'angolo <10°; neutro, con un angolo tra 10° e 15°; antiverso, con un angolo >15°.

Nello studio sono stati reclutati tutti pazienti afferenti all'ambulatorio di chirurgia generale a prescindere dalla diagnosi di patologia proctologica, escludendo soggetti di età superiore ai 65 e inferiore ai 18 anni, e le donne in stato di gravidanza o nel periodo di puerperio.

I pazienti sono stati suddivisi poi in due gruppi: (i) con diagnosi finale di prolasso rettale; (ii) senza diagnosi di prolasso rettale (controllo) con nessuna o altra diagnosi specifica.

Figura 1 - A sinistra schemi di angolo pelvico retroverso (A) e antiverso (B). A destra misurazione dell'angolo pelvico tramite goniometro.



La frequenza di bacino retroverso, neutro, o antiverso è stata poi valutata in ciascuno dei due gruppi e confrontata. Per ridurre eventuali confondenti, dal gruppo senza diagnosi di prolasso rettale è stato estrapolato un ulteriore sottogruppo omogeneo per età e sesso, attraverso il metodo del *propensity score matching*.

RISULTATI

I 147 soggetti reclutati erano donne nel 48% dei casi ed avevano un'età media di 46 anni. I disturbi più frequentemente riscontrati a carico del comparto posteriore erano emorroidi (21%), fistola anale (17%) e prolasso rettale (13%), mentre il 32% non presentava nessun disturbo.

L'ODS e Wexner scores mediani erano rispettivamente 1 e 4. Il gruppo di soggetti con prolasso presentava un'incidenza di angolo pelvico retroverso di circa il 42%, oltre il doppio rispetto alla prevalenza riscontrata in tutti gli altri soggetti (18%). La differenza era statisticamente significativa ad un'analisi logistica (odds ratio 3.4, p=0.027) e si manteneva significativa anche dopo aver selezionato un sottogruppo di 35 soggetti di controllo tra coloro senza prolasso, attraverso il metodo del *propensity score matching* basato su età, sesso e diagnosi (p=0.036).

DISCUSSIONE

Al di là dell'indiscutibile ruolo del genoma nel metabolismo del tessuto connettivale recentemente dimostrato in un'ampia indagine[11], in passato alcuni studi hanno osservato che la posizione antiversa sul piano sagittale del bacino comporta una proiezione sul comparto anteriore dei vettori endoaddominali, dovuto anche ad un aumento della lordosi lombare[12]. Se questo assunto è provato, allora la stessa teoria potrebbe estendersi anche al comparto posteriore. Ovvero una inclinazione posteriore del bacino determinerebbe una proiezione delle linee di forza viscerali sul comparto posteriore del pavimento pelvico. Di fatto i dati riportati mostrano che esiste un'associazione statisticamente significativa tra inclinazione retroversa del bacino e aumento del rischio di prolasso rettale. Non si hanno spiegazioni conclusive sulle ragioni di tale associazione. È ipotizzabile che un'alterata postura del bacino, dovuta all'aumentata *stiffness* dei muscoli ischio-crurali e dei muscoli pelvi-trocanterici (che esercitano la loro trazione sul sacro posteriormente e verso il basso), possa indirizzare le pressioni intraviscerali preferenzialmente lungo la direttiva del comparto posteriore, tanto da provocare (facilitare?), col tempo, un prolasso rettale.

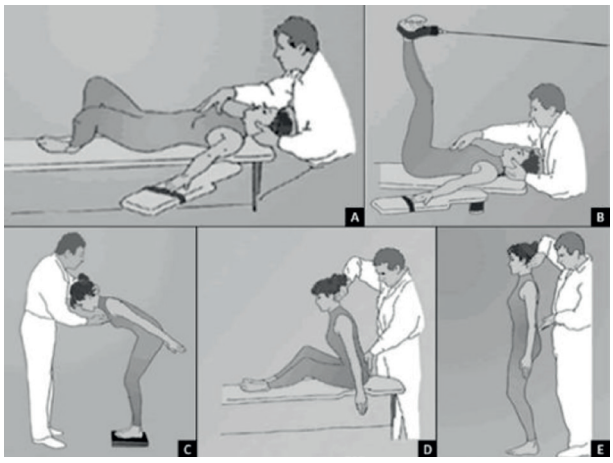
Sappiamo che la componente muscolare dello sfintere anale è molto più tonica e maggiormente rappresentata rispetto a quella uretrale, ma se la postura alterata in retroversione di bacino viene mantenuta costantemente negli atti di vita quotidiana come camminare, correre, sedersi, evacuare le feci con forza, tossire, starnutire, eccetera, è ipotizzabile che la tenuta del sistema muscolo legamentoso sospensorio del retto possa cedere nel tempo sotto l'effetto di pressioni ripetute.

Si potrebbero fare le seguenti considerazioni:

1. La rieducazione del pavimento pelvico è considerata la terapia d'elezione nei casi di prolasso rettale lieve e della sindrome da ostruita defecazione[13].
2. È noto ai riabilitatori che la Rieducazione posturale globale (RPG) di Souchard[14] è di importanza centrale nella rieducazione dell'incontinenza urinaria da sforzo, rispetto alla semplice rieducazione della muscolatura del pavimento pelvico, poiché si interviene proprio sulla modificazione della postura lombo-pelvica.
3. La RPG, così come altre tecniche di allungamento progressivo dei gruppi muscolari tonico-posturali, potrebbe rappresentare una componente importante nella prevenzione del prolasso rettale grazie alla correzione posturale della retroversione del bacino (Figura 2). Infatti, negli approcci con allungamento muscolare sono stati verificati effetti benefici in termini di rotazione pelvica totale, flessibilità e angolo dei movimenti pelvici[15-17].
4. La RPG potrebbe essere sperimentata anche nella riduzione di alcune complicanze e recidive post-operatorie, laddove è stato osservato (in coerenza con i dati qui presentati) che un retto orizzontale a riposo si associa minore riduzione dei sintomi post-operatori[18].

In sintesi, la rieducazione posturale del bacino con approccio globale RPG (che include il trattamento delle retrazioni muscolari anteriori e posteriori della statica per ottenere le correzioni morfologiche correlate alla patologia) insieme ad un *counseling* dello stile di vita e della corretta evacuazione, può diventare un valido approccio fisioterapico nella prevenzione del prolasso rettale.

Figura 2 - Principali famiglie di posture di correzione nella Rieducazione Posturale Globale



CONCLUSIONI

Il prolasso rettale si associa più frequentemente ad un bacino con inclinazione posteriore. Le ragioni non sono note, ma potrebbero essere legate ad una direzione sfavorevole della risultante delle linee di forza intra-addominali. Studi specifici sono necessari per verificare queste ipotesi.

BIBLIOGRAFIA

1. Bordeianou L, Rockwood T, Baxter N, Lowry A, Mellgren A, Parker S. Does incontinence severity correlate with quality of life? Prospective analysis of 502 consecutive patients. Colorectal Dis. 2008; 10(3):273–279.
2. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. Am Fam Physician. 2017;96(3):179-185.
3. Cantiani C, Sgamma D, Grossi E, Saccá D, Meli OR, Lai Q, Gaj F. Posterior pelvic tilt is a risk factor for rectal prolapse: a propensity score matching analysis. Tech Coloproctol. 2020. doi: 10.1007/s10151-020-02179-9.
4. Hwang YI, Kim KS. Effects of pelvic tilt angles and forced vital capacity in healthy individuals. J Phys Ther Sci. 2018; 30(1):82-85.
5. Sprigle S, Flinn N, Wootten M, McCorry S. Development and testing of a pelvic goniometer designed to measure pelvic tilt and hip flexion. Clin Biomech (Bristol, Avon). 2003; 18(5):462–465.
6. Wijffels NA, Collinson R, Cunningham C, Lindsey I. What is the natural history of internal rectal prolapse? Colorectal Dis. 2010; 12:822–830.
7. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, Goldman HB, Huser M, Milani AL, Moran PA, Schaer GN, Withagen MIJ. Erratum to: An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). Int Urogynecol J. 2016; 27:655–684.

8. Parekh M, Swift S, Lemos N, Iskander M, Freeman B, Arunkalaivanan AS, Martan A, Sorinola O, Rizk D, Halaska M, Surkont G, Medina C, Conceicao JC, Korte JE. Multicentre interexaminer trial of the validation of simplified POPQ system. Int Urogynecol J. 2011; 22:645–650.
9. Altomare DF, Spazzafumo L, Rinaldi M, Dodi G, Ghiselli R, Piloni V. Set-up and statistical validation of a new scoring system for obstructed defaecation syndrome. Colorectal Dis. 2008; 10:84–88.
10. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1993; 36(1):77–97.
11. Olafsdottir T, Thorleifsson G, Sulem P, Stefansson OA, Medek H, Olafsson K, Ingthorsson O, Gudmundsson V, Jonsdottir I, Halldorsson GH, Kristjansson RP, Frigge ML, Stefansdottir L, Sigurdsson JK, Oddsson A, Sigurdsson A, Eggertsson HP, Melsted P, Halldorsson BV, Lund SH, Styrkarsdottir U, Steinthorsdottir V, Gudmundsson J, Holm H, Tragante V, Asselbergs FW, Thorsteinsdottir U, Gudbjartsson DF, Jonsdottir K, Rafnar T, Stefansson K. Genome-wide association identifies seven loci for pelvic organ prolapse in Iceland and the UK Biobank. Commun Biol. 2020; 3(1):129.
12. Kamina P, Chansigaud JP. Support and suspension of the pelvic viscera in women. Functional and surgical anatomy. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1988; 17(7): 835–848.
13. Adusumilli S, Gosselink MP, Fourie S, Curran K, Jones OM, Cunningham C, Lindsey I.. Does the presence of a high grade internal rectal prolapse affect the outcome of pelvic floor retraining in patients with faecal incontinence or obstructed defaecation? Colorectal Dis. 2013; 15(11):e680–e685.
14. Fozzatti C, Herrmann V, Palma T, Riccetto CL, Palma PC. Global postural re-education: an alternative approach for stress urinary incontinence? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010; 152(2):218–224.
15. P.-E. Souchard, O. Meli, D. Sgamma, P. Pillastrini Rieducazione posturale globale EMC – Medicina RiabilitativaVolume 16, Issue 3, 2009, Pages 1-10.
16. Moon SH, Boo JA, Park SE. Effects of ankle plantar flexors stretching with closed kinetic chain on pelvic movements and gait speed in hemiplegia patients: a case study. J Phys Ther Sci. 2016; 28(1):309–313.
17. Hasebe K, Okubo Y, Kaneoka K, Takada K, Suzuki D, Sairyo K. The effect of dynamic stretching on hamstrings flexibility with respect to the spino-pelvic rhythm. J Med Invest. 2016; 63(1–2): 85–90.
18. Ris F, Gorissen KJ, Ragg J, Gosselink MP, Buchs NC, Hompes R, Cunningham C, Jones O, Slater A, Lindsey I. Rectal axis and enterocele on proctogram may predict laparoscopic ventral mesh rectopexy outcomes for rectal intussusception. Tech Coloproctol. 2017; 21(8): 627–632.

INFORMATIVA

Si dichiara che è stato ottenuto il consenso informato dei pazienti e che lo studio è stato approvato dal comitato etico locale in assenza di conflitti di interesse. Gli autori della pubblicazione non hanno ricevuto alcun sostegno finanziario per la ricerca.

Corrispondenza:

Carla Cantiani, Fisioterapista
Artemedica, via Belgirate 15, Milano
c.cantiani@gmail.com

Commento

Questo lavoro, molto interessante come inizio di un percorso, ha uno scopo che sicuramente potrebbe essere ampliato. Difatti, per un riabilitatore che si occupi di pavimento pelvico (e non solo) non è molto significativa un'analisi statica degli elementi, così come non è molto significativa un'analisi limitata alla pelvi. E difficile non considerare che il bacino sia inserito tra catene muscolari e fasciali e che la sua posizione dipenda da molteplici fattori interdipendenti, che vanno, perlomeno, dalle porzioni craniali come la mandibola a quelle caudali come l'arco del piede. Ad ogni modo, i dati riscontrati sono interessanti, e ci porterebbero a muoverci oltre, chiedendoci appunto quale possa essere la relazione tra l'inclinazione del bacino e gli aspetti funzionali che portano alle patologie che si vedono come passi cruciali verso la manifestazione del prolasso rettale. Non ci troviamo d'accordo sul fatto che "un'alterata postura del bacino sia dovuta all'aumentata stifness dei muscoli ischio-crurali", dato che, attraverso innumerevoli altre possibilità anatomiche e funzionali (ad esempio fasciali e viscerali), potrebbe essere la postura pelvica ad influenzare in modo decisivo la muscolatura. L'aspetto però fondamentale che ci salta all'occhio e che secondo noi dovrebbe essere maggiormente approfondito è l'importanza della defecazione ostruita come momento patogenetico dell'intussuscezione della mucosa rettale e del prolasso stesso nella sua espressione più avanzata. L'ODS non è citata tra le cause di prolasso e forse merita maggiore attenzione. Rimangono certo fondamentali anche gli aspetti genetici, citati nel lavoro, ad influenzare la comparsa del prolasso franco.

DÉSIRÉE UGUCCIONI[1], LUCA BREGANT[2]
[1] Fisioterapista e consulente sessuale, Firenze
[2] Osteopata, Firenze
desibuonde@yahoo.it

Questo articolo è la sintesi di un piccolo libro dedicato ai genitori, ai pediatri e ai medici di medicina generale per diffondere la conoscenza di una semplice soluzione ad un grave problema dei bambini e non solo

Stop alla pipì a letto

Metodo semplice ed efficace per l'enuresi infantile. Né farmaci, né apparecchi, costo zero! Risultati di una ricerca scientifica per fermare minzione e defecazione indesiderate

ANGEL G. FERNANDEZ[1], PETER E. PETROS[2], ALAN GOLD[3]

[1]National University of Cordoba, Argentina [2]UNSW Professorial Department of Surgery at St Vincent's Hospital Sydney, Australia [3]Scrittore e giornalista freelance, Australia

Traduzione ed edizione a cura di MANUELA GRANDE[4] e GIUSEPPE DODI[5]

[4] Linguista, Università di Padova [5]Docente sr. Università di Padova

UN'INCORAGGIANTE INTRODUZIONE AD UN ARGOMENTO COMPLESSO

Nel **libretto** *Stop alla pipì a letto (End Bedwetting Now)*, di cui questo articolo è una breve sintesi, Angel Garcia Fernandez, Peter Petros e Alan Gold affrontano il tema dell'enuresi proponendo una soluzione innovativa. In particolare si concentrano soprattutto sull'incontinenza urinaria infantile notturna.

Con il termine *enuresi* si fa riferimento al disturbo che causa la perdita involontaria di urina nei vestiti o a letto in una fase dello sviluppo in cui il controllo degli sfinteri dovrebbe essere acquisito.

L'*incontinenza urinaria* è un problema molto diffuso (milioni di persone nel mondo ne sono affette) ma spesso tenuto nascosto, poiché fonte di imbarazzo, e può quindi essere causa di isolamento sociale. I medici non sono aggiornati sulle recenti ricerche condotte nel campo dell'enuresi e suggeriscono rimedi che conducono a scarsi risultati.

Nel contesto dell'enuresi infantile, spesso viene consigliato ai genitori di ricorrere all'utilizzo di pannolini e di medicinali, e viene detto che il problema potrebbe dipendere dalla negligenza o dalla dimenticanza da parte dei loro figli. Questo comporta uno spreco di tempo e di denaro per i genitori, i quali, pur di non trascurare nessun tentativo, si rivolgono anche allo psicologo.

Molte volte il disturbo viene trascinato fino all'età in cui ormai non si dovrebbe più far uso di pannolini e, nel peggiore dei casi, fino all'adolescenza o addirittura all'età adulta, rischiando così di colpire emotivamente chi ne soffre, con un forte senso di frustrazione.

Grazie agli autori di questo libro, vengono puntati i riflettori su una parte del corpo che rappresenta la naturale soluzione a questo problema: il **pavimento pelvico**.

ENURESI, NON INCOLPATE I BAMBINI

Una sofferenza per i genitori e un incubo per i bambini

I primi anni di scuola costituiscono per i bambini una prima opportunità di socializzazione con i coetanei e di contatto con le regole dettate dagli insegnanti. L'inclusione nel gruppo può però essere compromessa a causa della presenza persistente degli episodi di enuresi. Pur non utilizzando più il panno, i bambini non hanno ancora acquisito il controllo sfinterico, e rischiano di bagnarsi durante il giorno o durante la notte. A causa di questi inconvenienti, si tende a evitare attività come lo sport, i pigiama party o le uscite al cinema.

Gli adulti devono avere premura di non punire o rimproverare i bambini, come se fossero responsabili di questi incidenti. Piuttosto, devono realizzare che esiste una cura per l'enuresi.

Nessun medico, nessuna pillola, nessun intervento chirurgico e nessun costo!

In passato, i trattamenti prevedevano che si bevesse meno acqua di sera per non riempire la vescica, o che si facesse uso di compresse.

Tuttavia, l'enuresi non ha a che fare con la vescica, il cervello o la negligenza dei bambini, ma è legata al pavimento pelvico. Il trattamento proposto presenta le seguenti caratteristiche:

- non è chirurgico e non comporta l'assunzione di pillole;
- non richiede la riduzione di liquidi di sera
- non richiede un monitoraggio elettronico;
- nessuna psicoterapia;
- assolutamente nessuna punizione.

LA CURA CONSISTE NELL'ESERCIZIO DELL'ACCOVACCIAMENTO

Gli studi condotti dal Professor Peter Petros hanno portato a credere che i legamenti deboli, o uno scarso sviluppo muscolare, siano la causa dell'enuresi infantile.

Nonostante i bambini facciano sport e, giocando, siano in continuo movimento, non vengono allenati i muscoli chiave del pavimento pelvico, cioè quelli utilizzati dal corpo per aprire e chiudere le vie di scarico della vescica e dell'intestino. Sulla base delle osservazioni del Professor Petros, il Professor Garcia Fernandez ha avviato una ricerca nel suo ospedale in Argentina.

In seguito ai risultati di un esperimento rivolto a un gruppo di bambini che soffrivano di enuresi, è stato detto ai genitori di incoraggiare i loro figli a svolgere **esercizi di accovacciamento ("squatting"), mattina e sera, per un mese**. Al termine del mese, le famiglie erano soddisfatte per i buoni risultati ottenuti.

Gli esercizi, eseguibili anche a casa e convertibili in divertenti giochi, hanno funzionato e si sono rivelati una semplice soluzione. Tuttavia, gli stessi esercizi che si mostrano efficaci nei bambini, non registrano risultati positivi nelle **donne in post-menopausa**.

Per giustificare questa differenza, bisogna prima di tutto presentare un meccanismo individuato dal professor Petros e da Ulf Ulmsten, professore dell'Università di Uppsala. Secondo le loro scoperte, i tre muscoli principali del pavimento pelvico che agiscono con un automatismo involontario contraendosi contro i legamenti, chiudono l'uretra in modo che si blocchi il flusso, oppure la aprono per urinare. Gli stessi muscoli controllano anche l'intestino. Se i legamenti sono deboli o poco tonici, gli sfinteri non possono essere chiusi, causando la fuoriuscita di urina o di feci. Inoltre, a seconda di quale legamento è allentato, i dotti non possono essere aperti, così i bambini incontrano difficoltà nell'urinare (disuria) o soffrono di stitichezza.

A questo punto si può introdurre il concetto del **collagene**, in modo tale da chiarire perché l'accovacciamento non risulti vali-

do negli adulti. Come detto sopra, gli esercizi si rivelano poco efficaci soprattutto per le donne in postmenopausa, poiché esse tendono a produrre meno collagene. I bambini, invece, ne producono molto e sono quindi avvantaggiati nel potenziamento e rafforzamento di tessuti, legamenti e ossa. Quando i tre muscoli spingono contro i legamenti, li fortificano, meglio di quanto facciano gli atleti che allenano i loro muscoli.

Eseguire gli esercizi di **accovacciamento due volte al giorno, per due minuti,** aiuta il bambino a guarire dall'enuresi.
Si consiglia questo programma anche agli uomini e alle donne più giovani, dal momento che l'allenamento del pavimento pelvico è importante anche per la prevenzione dell'incontinenza. Bisogna aderire a una vera e propria cultura dell'accovacciamento, cercando di effettuarlo anche nei momenti diversi da quelli degli esercizi. Per raccogliere un oggetto da terra, per esempio, non bisogna piegarsi in avanti, ma accovacciarsi.
Si raccomanda di tener presente che occorre del tempo perché con gli esercizi il legamento si rinforzi. Inoltre, poiché il collagene va incontro ad un rimaneggiamento continuo, l'allenamento deve diventare una routine giornaliera.
Si tratta, quindi, di un trattamento che non costa nulla e che ha registrato successo nell'80% dei bambini che hanno partecipato all'esperimento del professor Garcia Fernandez. In seguito alla cura, i bambini hanno potuto svolgere tutte le attività quotidiane, come guardare la TV o giocare, senza bagnarsi.
Occorre dunque ricordare sempre che, se i bambini fanno pipì a letto o si bagnano durante il giorno, non è assolutamente colpa loro. Piuttosto, hanno bisogno di esercizi che tonifichino i loro legamenti.
Il **libretto** di cui questo articolo è un breve riassunto è quindi uno strumento nelle mani di tutti i genitori, che permette di aiutare concretamente i loro figli.

MA ALLORA QUAL È LA CAUSA DELL'ENURESI?

Durante le sue ricerche sull'incontinenza delle donne, il professor Petros ha rilevato che l'apertura e la chiusura delle vie di scarico urinarie e dell'intestino dipendono dall'azione dei muscoli che agiscono sui legamenti pelvici. Ha infatti notato che una sua paziente, una donna con costanti perdite di urina, ha smesso di avere problemi quando un particolare legamento posto sopra al pube veniva premuto con un dito. Improvvisamente, la sua uretra si chiudeva e le perdite si fermavano. Quando non veniva più fatta pressione, le perdite tornavano. Al professore fu chiaro che legamento e muscoli erano connessi e agivano in sincronia. Queste sue teorie sul pavimento pelvico sono state dimostrate e confermate dal successo delle operazioni a cui sono state sottoposte milioni di donne, sofferenti di incontinenza urinaria da sforzo. L'intervento consisteva nell'inserimento di un piccolo nastro per rafforzare i legamenti. Grazie a questo sistema, che imita le funzioni che il corpo in genere svolge spontaneamente, viene stimolata la produzione di nuovo collagene.
Insieme alla dottoressa Patricia Skilling, il professor Petros ha allora pensato che, se gli stessi muscoli venissero tonificati anche nei ragazzi e nei bambini, verrebbe risolto il problema dell'enuresi e della perdita involontaria di feci e urina. Infatti, se il pavimento pelvico è fondamentalmente lo stesso sia negli adulti che nei bambini, la mancanza di controllo sfinterico di questi ultimi dipende sicuramente da uno scarso sviluppo dei legamenti, i quali non riescono a chiudere le vie di scarico.

UN SINTOMO DEL MODERNO STILE DI VITA DEI NOSTRI FIGLI?

Non esistono documenti storici che testimonino se l'enuresi è un fenomeno relativamente recente, o se ha colpito anche i nostri antenati. Sappiamo, però, attraverso i nostri pazienti, che molti bambini con problemi di enuresi hanno parenti che hanno sofferto dello stesso disturbo.
Probabilmente è una questione di sedentarietà. I bimbi delle generazioni precedenti, infatti, hanno sempre trascorso del tempo all'aperto, giocando per strada con i loro amici o andando a scuola in bicicletta. Oggi, invece, i genitori trasportano i loro figli in automobile. Sin dai primi anni di scuola, al loro rientro a casa, i bambini restano seduti per ore a guardare la TV o a comunicare con gli amici tramite il cellulare. Occorre tenere in considerazione che la causa individuata nel calo di attività fisica resta comunque un'ipotesi degli autori, non basata su ricerche scientifiche.

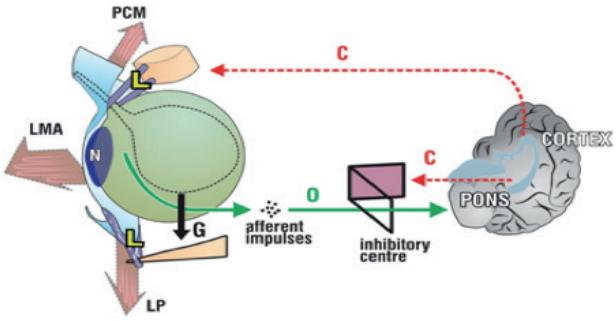
IL MERAVIGLIOSO SEGRETO NASCOSTO IN TUTTI I NOSTRI CORPI

Il **collagene** è una componente dei tessuti del corpo e rappresenta la proteina più abbondante del nostro organismo. È parte integrante nella costruzione delle ossa, dei muscoli, della pelle e dei tendini.
Come è stato detto sopra, il collagene nelle donne e negli uomini più anziani non viene più prodotto in grandi quantità, in particolare nelle donne in menopausa. Per questa ragione nelle persone in età avanzata sorgono vari problemi tra cui l'osteoporosi. I giovani, invece, hanno corpi flessibili proprio grazie all'abbondante presenza di questa sostanza.
Come è intuibile, il collagene riveste un ruolo fondamentale anche per i **legamenti pelvici**, responsabili dell'apertura e della chiusura degli **sfinteri**.
Per comprendere la struttura del pavimento pelvico, si immagini il tiro alla fune.
Due squadre si sfidano per tirare il più possibile verso il proprio lato la corda e, poiché entrambe le parti la tirano, essa resta in tensione.
Nel nostro caso, due gruppi di muscoli, come le due squadre, tirano un legamento. Il telefono illustrato nell'immagine rappresenta il meccanismo dei nervi che, quando arriva il momento di urinare o defecare, ordinano al cervello di aprire e chiudere vescica e intestino. Questi restano ben chiusi se il legamento viene tirato da entrambe le parti. Al contrario, se il legamento è fiacco, i muscoli non sono capaci di aprire o chiudere bene le vie di scarico.

COME SI VERIFICA L'ENURESI

Nel caso dei bambini, un legamento poco tonico può costituire un problema soprattutto di notte, quando, a causa della posizione non eretta, viene alterata la posizione degli organi interni.
Si consideri lo schema che segue. Le frecce rosa (PCM, LMA, LP) rappresentano i muscoli pelvici che, durante la notte, si rilassano. Quando il paziente dorme, la vescica si riempie e si espande verso il basso sotto la forza di gravità "G". Se i lega-

Figura 1- PCM: muscolo pubococcigeo, LMA: Muscolo Longitudinal dell'Ano, LP\Levator Plate: muscolo elevatore dell'ano, Cortex\Pons: cervello, L: legamenti, O impulsi afferenti\verso il cervello, C impulsi di blocco dal cervello (corteccia cerebrale e bulbo\tronco encefalico) verso il pavimento pelvico.



menti "L" (le strisce grigie) sono deboli, la base della vescica con le sue terminazione nervose "N" si espande verso il basso. Questo allungamento stimola "N" a inviare gli impulsi "O" (frecce verdi) al cervello, per attivare il riflesso di svuotamento. Il cervello invia verso il basso impulsi di blocco "C" (frecce rosse) per bloccare gli impulsi "O". Inizia un braccio di ferro. Quando gli "O" diventano più forti, i riflessi di svuotamento vengono attivati e il bambino bagna il letto.
Non resta, a questo punto, che approfondire come è nata l'innovativa cura dell'enuresi infantile.
Tutto è iniziato con l'esigenza, da parte dei professori Petros e Fernandez, di non sottoporre i bambini a interventi chirurgici, e con l'ipotesi secondo la quale all'enuresi possono essere applicate le scoperte sul funzionamento del pavimento pelvico.
I due professori hanno preso in considerazione gli esercizi programmati dalla dottoressa Skilling per la muscolatura pelvica delle donne che soffrono di incontinenza. Tuttavia, questo allenamento non era direttamente applicabile ai bambini. Allora il professor Petros ha stabilito, in collaborazione con la dottoressa Skilling, un nuovo programma semplificato. Questo includeva **due sessioni al giorno** di esercizi e l'adesione alla **cultura dell'accovacciamento** durante il giorno. Gli esercizi mirano a rafforzare i tre muscoli pelvici (le frecce rosa dello schema), i quali spingono sui legamenti "L" per fortificarli grazie alla produzione di nuovo collagene.

E QUELLI CHE NON SONO GUARITI?

Per quanto riguarda i bambini sui quali gli esercizi di accovacciamento non fanno effetto, ci si potrebbe aspettare che guariscano o migliorino una volta superata la pubertà.
Almeno per quanto riguarda il genere femminile, superata una certa età, una soluzione risiede nel rafforzamento dei legamenti deboli attraverso la chirurgia. L'intervento consiste nell'inserimento di un nastro\ bendarella nella posizione esatta in cui si trovano i legamenti.

ALLORA QUALI ESERCIZI POSSONO FARE I VOSTRI BAMBINI?

Mentre nelle società occidentali la gente non possiede la cultura dell'accovacciamento, nei Paesi orientali e africani i bambini si accovacciano per giocare e gli adulti per eseguire i lavori domestici. Studi scientifici, infatti, dicono che le donne appartenenti a queste culture sviluppano tessuti e pavimenti pelvici molto forti. Questo indica che educare un bambino all'accovacciamento è necessario per il rafforzamento dei muscoli pelvici e, quindi, per la cura dell'enuresi.
Tuttavia, convincere un bambino a fare esercizi due volte al giorno, per diversi anni, può rivelarsi un'impresa complessa. È stato allora pensato di trasformare gli esercizi in giochi, in modo da mantenere alto l'interesse del bambino.

Di seguito vengono elencate e descritte alcune attività ideali per praticare l'accovacciamento.

Gioco uno - il salto del coniglietto (o del canguro)

Si tratta di un gioco divertente che qualsiasi bambino dai 2 o 3 anni in su può eseguire.
Occorre porre a terra, in fila, dieci piccoli oggetti. Possono essere monete, bottoni, o comunque qualcosa di piccolo.
A questo punto, il bambino o la bambina deve partire dall'inizio della fila, con gli oggetti di fronte. Deve prima abbassarsi e accovacciarsi, poi saltare fino al primo oggetto. Dopo averlo raccolto, lo consegna all'adulto, si abbassa di nuovo e salta fino all'oggetto successivo. Si continua così, fino a quando tutti e dieci gli oggetti non sono stati raccolti. Al termine del gioco, può essere data una ricompensa per il buon lavoro svolto, per esempio una figurina adesivo o comunque una cosa gradita. L'obiettivo è collezionarne 14 entro la fine della settimana, cioè sette per gli esercizi svolti ogni mattina e sette per quelli fatti di sera. Il premio al termine della settimana potrebbe essere una macchinina o un giro al centro commerciale, o qualcosa di simile.

Gioco due - batti le manine

È noto il gioco in cui si ha di fronte un amico e, mentre si canta una filastrocca, si battano le mani contro le sue. Prima la nostra destra contro la sua sinistra, poi viceversa, poi entrambe le mani. Si potrebbe fare questo gioco con i bambini. Si parte accovacciati, si battono le mani e ci si alza, poi di nuovo ci si abbassa, si battono le mani, e ci si rialza. Si continua così fino alla fine della filastrocca.
Anche in questo caso, se il gioco viene eseguito correttamente, potrebbe esserci una ricompensa.

Gioco tre - spingi la palla

Per questo gioco occorre collocare una palla sul pavimento. Il bambino, mentre è accovacciato, deve spingere la palla verso l'angolo della stanza. Poi deve alzarsi, camminare verso la palla, e, una volta raggiunta, accovacciarsi di nuovo e spingerla verso un altro angolo. È sufficiente continuare in questo modo dieci volte la mattina e dieci la sera.

LE SOMIGLIANZE TRA BAMBINI E ADULTI

Per alcuni bambini, durante il giorno, è difficile mantenere la pipì il tempo necessario per raggiungere il bagno ed evitare di bagnarsi. Questa condizione è comune anche negli adulti ed è chiamata incontinenza da urgenza. Che l'enuresi sia diurna o notturna, il trattamento è lo stesso: una sessione di esercizi di accovacciamento la mattina e una la sera.
Inoltre, poiché i meccanismi dell'intestino sono molto simili a quelli della vescica, anche per l'incontinenza fecale è valida la stessa cura.
E se il bambino soffrisse di **stitichezza**? Per rispondere, occorre introdurre un'altra scoperta del professor Petros, secondo la quale il meccanismo di apertura dell'uretra (lo scarico della vescica) e quello dell'ano (lo scarico dell'intestino) sono quasi identici. Occorre sottolineare che, quindi, si parla di svuotamento dei tubi di scarico. Si pensi all'acqua che scorre in un tubo da giardino. Se il diametro del tubo è stretto, c'è bisogno di molta pressione per far defluire l'acqua; se il tubo ha un diametro largo, invece, l'acqua scorre rapidamente. Nei bambini e negli adulti, il corpo favorisce lo svuotamento della vescica e dell'intestino. I muscoli spingono contro i legamenti per aprire la parete posteriore del tubo di scarico e per renderlo più largo prima che inizi l'evacuazione. Se i legamenti sono allentati, i muscoli sono troppo deboli per aprire il tubo.
Quindi gli esercizi pelvici sono utili non solo per curare l'enuresi, ma anche nel caso in cui il bambino soffrisse di stitichezza o avesse difficoltà a svuotare la vescica.

DOLORE CRONICO DEL PAVIMENTO PELVICO DOPO IL MENARCA

Alcune volte, un paio di anni dopo che il ciclo si stabilizza, capita che le adolescenti soffrano di un dolore cronico del pavimento pelvico in cui sono coinvolti i gruppi di nervi all'ingresso della vagina, vicino all'ano, all'osso sacro, all'uretra e all'interno degli stessi muscoli pelvici. Questo insieme di nervi è supportato, sotto, dai legamenti posteriori. Se questi sono allentati, il sistema nervoso centrale resta senza supporto e viene trascinato in basso dalla forza di gravità o dal peso degli organi che si trovano sopra. Il dolore, detto "dolore riferito", viene avvertito in tutte le aree in cui hanno origine i nervi. Anche in questo caso, gli esercizi di accovacciamento si rivelano un trattamento utile per il rafforzamento del pavimento pelvico. Per allenarsi, può essere una buona alternativa anche l'uso di una grande palla di gomma.

CASI DI SUCCESSO

L'enuresi è un argomento ancora tenuto nascosto e che, per questo, può causare isolamento. Per non far sentire sole le persone coinvolte in questo disturbo, si propongono di seguito alcuni commenti. Si tratta di messaggi inviati al professor Fernandez dai genitori dei bambini che sono guariti dall'enuresi dopo **quattro mesi** di esercizi.

Signor e signora Juarez: Dopo l'esecuzione, mattina e sera per quattro mesi, di semplici esercizi, nostra figlia è migliorata in maniera evidente. Adesso può andare a dormire dai suoi amici ed è molto felice.

Signora J. Arevalo: L'intera famiglia è molto felice da quando nostra figlia non bagna il letto e ha registrato miglioramenti nella minzione imperiosa e nelle perdite che aveva durante il giorno. Grazie al dottor Garcìa Fernandez e all'uomo che ha proposto questo trattamento, l'australiano professor Petros.

Signore e signora Andrade: Nostro figlio soffriva da anni di enuresi notturna. Questo trattamento ha avuto un grande impatto sulla sua autostima e sul tempo e denaro spesi per psicologi e altri specialisti. Oggi è un bambino felice. Grazie a questi dottori, il professor Petros e il professor Fernandez, per non essersi arresi nella ricerca di nuovi metodi per curare i nostri bambini.

Signore e signora White: È stato un momento straordinario. Un sacco di tempo per provare a correggere la perdita di urina e soprattutto la stitichezza in nostra figlia di 12 anni. Dopo quattro mesi di esercizi, il problema è sparito. Grazie ai dottori che hanno reso ciò possibile.

Signore e signora Canovas: Siamo molto contenti del trattamento per l'enuresi di nostro figlio. Il suo carattere è migliorato parecchio e adesso socializza con i suoi compagni. Grazie mille dottor Fernandez.

I COMMENTI DI UNA DOTTORESSA, MADRE E MEDICO DI FAMIGLIA

"Molte delle donne che soffrivano di incontinenza e che ho curato, avevano avuto problemi con la vescica e con l'intestino già da bambine. Nonostante questo disturbo sia stato presente per tutto il corso della loro vita, il programma di esercizi pelvici si è rivelato efficace per le donne più giovani.

Analizzando le storie sulla vescica "debole" nei bambini, ho notato che spesso essi rimandano il momento di fare pipì, ma all'improvviso hanno fretta e si bagnano prima di arrivare in bagno. Oppure nei casi più seri l'urgenza arriva prima che si rendano conto di dover urinare, e anche in questo caso, si bagnano. Un altro fatto interessante è che, alcune volte, anche un fratello o un parente stretto del bambino ha sofferto dello stesso problema durante l'infanzia. Ciò mi ha suggerito che questi disturbi potrebbero essere ereditari.

Un caso di enuresi è comparso anche nella mia famiglia: si tratta del mio nipotino di sei anni, un bambino sempre allegro. Poiché, in classe, capitava spesso che si bagnasse, sua mamma ha dovuto fornirgli vestiti di ricambio da portare a scuola. Questo gli ha causato scherno da parte dei compagni e, di conseguenza, l'isolamento di mio nipote.

Inoltre mia figlia e suo marito, persone solitamente lucide, lo accusavano di non prestare attenzione. Allora ho spiegato loro che il controllo sfinterico è un riflesso involontario e che gli esercizi di accovacciamento sarebbero stati utili per rafforzare il pavimento pelvico. Mio nipote ha così eseguito **dieci esercizi di accovacciamento la mattina e dieci la sera**, ottenendo i primi risultati già dopo un paio di settimane. Dopo sei settimane le perdite involontarie sono finite.

L'efficacia di questi esercizi è stata dimostrata anche nel caso del figlio di una mia amica, un bambino di quattro anni. Poiché si bagnava sia all'asilo che durante la notte, la sua dottoressa ha consigliato di non fargli più bere acqua dopo le cinque del pomeriggio. Inoltre, la mia amica era in attesa per un appuntamento con uno psicologo. Mi sono allora consultata con la dottoressa Skilling, la quale mi ha confermato che gli esercizi per il pavimento pelvico sarebbero stati un adeguato trattamento. Ho consigliato alla mia amica di far allenare il suo bambino davanti alla TV. Ogni volta che un personaggio saltava, si sedeva o si chinava, suo figlio approfittava per accovacciarsi. Dopo una settimana il bimbo ha acquisito controllo, e dopo tre settimane ha smesso di fare pipì a letto."

L'ULTIMA PAROLA AGLI AUTORI

In sintesi, nel libricino *End Bedwetting Now* vengono ribaditi i seguenti concetti:

- l'enuresi notturna è un disturbo che può compromettere lo stile di vita di chi ne soffre e che, poiché viene tenuto nascosto, può creare un grave danno psicologico;
- l'enuresi è un messaggio da parte della Natura, che dice che i bambini devono irrobustire i muscolo pelvici;
- poiché l'enuresi non ha a che fare con la vescica e non dipende dalla mancanza di attenzione del bambino, i rimproveri o le punizioni rappresentano un approccio sbagliato, utile solo a suscitare in lui un senso di colpa per qualcosa che non può risolvere da solo;
- i legamenti e i muscoli deboli possono essere migliorati dai semplici esercizi mostrati;
- anche gli adulti, facendo esercizi di accovacciamento con i propri figli, possono trarne beneficio.
- tuttavia, se dopo due o tre mesi di esercizi eseguiti due volte al giorno il bambino bagna ancora il letto, è consigliabile una visita da un pediatra o da un urologo pediatrico.

Corrispondenza:

Professor Peter Petros pp@kvinno.com
Professor Giuseppe Dodi giuseppe.dodi@unipd.it

Il libro può essere reperito presso:
https://goldenwrenpublishing.com/end-bedwetting-now/
www.pelvicaus.it

Dalla disfunzione pelvica alla consulenza sessuale: educazione alla sessualità di una giovane coppia

STELLA DE CHINO

Fisioterapista, educatrice e consulente sessuale - Schio (Vicenza)

Riassunto: Beatrice, neomamma con dispareunia, dopo alcune sedute racconta di un episodio sgradevole con il compagno durante un rapporto anale. Si evidenziano le tappe del percorso rieducativo attraverso la riappropriazione della percezione della zona anale come esperienza piacevole fino alla consulenza sessuale di coppia. Si evidenzia come l'atteggiamento di "non giudizio" rispetto alla sessualità sia la chiave di un approccio bio-psico-sociale dove la "guarigione", meglio espressa come il miglioramento di determinati sintomi, passa anche attraverso la presa in carico della coppia.

Parole chiave: Dispareunia; Sesso anale; Educazione sessuale; Coppia.

From pelvic dysfunction to sexual counseling: sexual education for a young couple

Abstract: Beatrice is a new mother with dyspareunia. After a few sessions she narrates of an unpleasant episode with her partner during an anal intercourse. The stages of the re-educational path are highlighted through the re-appropriation of the perception of the anal area as a pleasant experience up to the couple's sexual advice. It is highlighted that the "non-judgment" attitude towards sexuality is the key to a bio-psycho-social approach where "healing" or, better, the improvement of certain symptoms, also passes through taking charge of the couple.

Keywords: Dyspareunia; Anal sex; Sex education; Couple.

DESCRIZIONE DEL CASO E ANAMNESI PSICOSESSUALE

Beatrice è una bellissima giovane mamma. Capelli neri lunghi e fluenti, sguardo intenso e movenze delicate. Entra nel mio studio con uno sguardo un po' smarrito e mi racconta di essere venuta da me perché dopo la nascita della sua bambina (attualmente di 8 mesi) non prova più desiderio e si sente molto triste per questo.

Attraverso l'anamnesi psicosessuale emerge che prima della maternità la sessualità era vissuta positivamente e con gioia. Si evidenzia inoltre la presenza di dolore durante i rapporti sia a livello vestibolare che profondo. Escludo pertanto la vulvodinia ed ipotizzo una dispareunia da probabile ipertono pelvico.

Durante la valutazione si conferma la mia ipotesi: l'elevatore dell'ano, lo sfintere esterno dell'ano, il buobocavenoso, il trasverso profondo del perineo e gli otturatori risultano contratti; nello specifico il compartimento posteriore ancor più di quello anteriore.

APPROCCIO TERAPEUTICO

Il mio primo approccio è mirato ad insegnare a Beatrice a rilassare la muscolatura pelvica attraverso esercizi dove la contrazione va graduata e il rilassamento dura il doppio della contrazione stessa. Entrambe durante l'esecuzione percepiamo che il rilascio non è mai completo. Dopo averle dato gli esercizi da fare a casa le spiego come il desiderio cambia dopo la nascita di un bambino. Discutiamo un pò della sua stanchezza cronica, delle ore di sonno perse e della scarsa energia vitale. Lei mi conferma che si sente poco femminile in generale e che vive il sesso come un dovere quindi preferisce non farlo ma si sente in colpa verso il suo compagno. Ancora allatta e anche questa cosa la fa sentire in qualche modo "legata" e poco libera. Le descrivo allora come la prolattina predispone più alle coccole e alla tenerezza che alla sessualità e che la chiave per riprendere la vita sessuale sta prima in un recupero dell'intimità emotiva. Le mi risponde dicendo: "Dovresti dirlo a mio marito" e io le dico che se lo desidera possiamo fare, in un secondo momento, una consulenza di coppia. Nel frattempo le consiglio di far capire al suo compagno di aver bisogno di tenerezza a prescindere dal sesso e che i suoi BISOGNI sono importanti e vanno espressi.

Visto che la dissinergia è maggiore nel pavimento pelvico posteriore decido di trattarla da prona. Con il palmo della mano appoggiato al sacro tratto delicatamente i trigger points perianali e sento che il suo respiro rallenta mentre quasi si addormenta. Alla fine della seduta mi riferisce un senso di profondo benessere e rilassamento e poi mi chiede di potermi raccontare una cosa che riguarda la sessualità con il compagno.

L'EPISODIO "INCRIMINATO"

La mia professione di consulente sessuale entra in gioco immediatamente e ovviamente mi metto in ascolto: "Il mio compagno ha sempre avuto una fissazione per il sesso anale…A me invece non ha mai ispirato soprattutto per la paura del male… Però ha insistito talmente tanto che una volta, prima della gravidanza, gli ho detto di sì. Mentre lo faceva sentivo dolore ma mi sono detta "Facciamolo provare che magari non gli piace e poi smette di chiedermelo. Purtroppo però gli è piaciuto e ha continuato ad insistere anche dopo! Questo mi ha creato rabbia nei suoi confronti perché non riesce proprio a capire e già durante la gravidanza ero un po' in crisi rispetto a questa cosa."

FRAMMENTI DALLA MIA CARTELLA PARALLELA

La cartella parallela è un fondamentale strumento della medicina narrativa[1] che consente al terapeuta di scrivere le sue riflessioni sui casi; essa non sostituisce la cartella clinica ma la integra. La cartella parallela è uno "spazio di libertà espressiva del curante in cui scrivere impressioni e riflessioni evocate dal paziente"[2]. In essa si annotano pensieri ed emozioni del terapista connessi al paziente e alla sua storia. A seguire le mie annotazioni.

Beatrice ha fatto quello che la maggior parte delle donne hanno fatto per centinaia di anni: ha scelto di stare in silenzio e subire. Un rapporto anale può essere piacevole se desiderato ma se imposto diventa abusante. In questa vicenda lei è corresponsabile: sceglie di sfidare il suo corpo che rifiuta la penetrazione "sopportando" in silenzio nella speranza che a lui non piaccia. Ma a lui piace. Cosa rimane

poi? Un ipertono ancora più marcato e un senso di rifiuto e rabbia verso il partner. Mentre mi racconta l'episodio percepisco una sorta di inconsapevolezza emotiva: ne parla con distacco anche se mi riferisce una notevole ipersensibilità nella zona anale. Non sopporta nemmeno di essere sfiorata dal suo compagno. Da me accetta di buon grado il contatto delicato del trattamento. L'emozione che mi viene in mente è PAURA. Beatrice sente paura ora quando il suo partner si avvicina. La paura è nemica della libido e in quanto emozione primordiale sovrasta qualsiasi altra emozione. Devo trovare strumenti per trasformare l'emozione di paura in piacere e far uscire Beatrice da questo loop. Per far questo devo farmi aiutare dal mondo del benessere sessuale riportandola da una situazione di patologia ad una zona di comfort nota a lei prima del "trauma anale". Lei mi riferisce infatti una natura giocosa e di non aver disdegnato i toys nel gioco con il compagno e nell'autoerotismo prima di questa crisi del desiderio".

UN "BARBAPAPÀ" PER AMICO: LA SCELTA DI UN "SEX TOY" A BASSO IMPATTO EMOTIVO PER LA RIEDUCAZIONE DOMICILIARE

Beatrice ha bisogno di far pace con la sua zona pelvica tesa, spaventata, arrabbiata. Se non avesse questo vissuto traumatico ma il suo fosse un semplice problema di ipertono prenderei in considerazione l'utilizzo dei dilatatori anali (Dilatan, Fig 1), presidio medico che permette la presa di coscienza della muscolatura perianale e il suo progressivo rilassamento, o di qualche altro tipo di "plug" (Fig 2): i dilatatori vanno dai 18 ai 30 mm di diametro. Piuttosto valuto un "toy" a basso impatto emotivo. Cosa significa? Un sex toy crea un basso impatto emotivo quando, per forma e colore, non viene associato alla sessualità e tantomeno in modo esplicito alla penetrazione. Per Beatrice una proposta diversa da quest'ultima non farebbe che attivare quella che in sessuologia viene chiamata una "contrattitudine" ossia una forte resistenza e conseguente incapacità ad includere un'esperienza o un concetto di carattere sessuale nel proprio mondo interiore.

Le immagini che seguono evidenziano proprio la differenza fra un sex toy (Fig 2) che per forma e colore immediatamente ci riporta al sesso anale e uno che sembra più un gioco per bambini. Scelgo Yuky, un massaggiatore pelvico che ricorda per forma i barbapapà e che, appoggiato alla zona pelvica, produce una piacevole e rilassante vibrazione (Fig.3). Beatrice accetta di buon grado questo oggetto come strumento di autotrattamento e inizia ad utilizzarlo a casa regolarmente per 5 minuti due volte al giorno. Durante le sedute l'area anale si presenta sempre meno ipersensibile.

IL DESIDERIO RITORNA

Dopo circa un mese di terapia settimanale Beatrice mi confida un ritorno del desiderio unito alla voglia di riappropriarsi della sua femminilità. Sta iniziando a desiderare di smettere di allattare e sente l'esigenza di avere degli spazi propri. La bimba ha ormai quasi 10 mesi. Riprendiamo allora il discorso del risentimento verso il partner e la sua "fissazione anale". Decidiamo che è giunto il momento di fare una consulenza di coppia.

DALLA MIA CARTELLA PARALLELA

"Sono curiosa di conoscere il suo compagno sul quale fatico a fare delle ipotesi. Da un lato il suo gesto mi sembra brutale, dall'altro mi chiedo se lui avesse avuto gli strumenti per capire che la stava violando. Mi capita, ascoltando le coppie, di cogliere una sorta di inconsapevolezza del linguaggio del corpo. Non tutti hanno il dono di sentire l'altro, le sue reazioni e le sue emozioni e soprattutto nella coppia spesso manca il dialogo sulla sessualità. Eppure sento che una parte di me è prevenuta. Una parte di me, quella che ha la sua storia e i suoi vissuti lo vede come un maschio che pensa solo al suo piacere."

VERSO LA CONSULENZA DI COPPIA

Sarà bello fare quello che il dott. Roberto Bernorio, ginecologo e sessuologo clinico, direttore della scuola di sessuologia AISPA di Milano e Mestre, chiama essere come l'ago della bilancia: esattamente al centro, mettendo da parte qualsiasi giudizio o preconcetto. Questo stile di approccio terapeutico è decisamente zen: insegna ad essere semplici osservatori. Il senso di essere ago della bilancia è molto corretto per il lavoro di consulenza sessuale: noi siamo lì per la coppia e la percepiamo come un unico "sistema" da aiutare. Creare alleanze oltre a non essere utile alla coppia farebbe sentire uno dei due sbagliato e inadeguato. Inoltre la coppia, se è ancora tale, in quanto sistema funzionale è portata a difendersi dalle aggressioni esterne e a coalizzarsi. Quindi allearsi con uno dei due potrebbe addirittura inficiare il lavoro con la persona che si ha in carico.

LA CONSULENZA DI COPPIA: LUI NON È UN MOSTRO

E arriva il giorno della consulenza di coppia: sono davvero giovani! Non superano i 30 anni. Lui ha un viso sorridente e un po' timido ma traspare una natura allegra e vivace. Inizio parlando del problema pelvico di lei e poi lentamente andiamo nello specifico dell'episodio incriminato. Ma noto che lei parla in senso più ampio della modalità di approccio di lui sempre molto carnale. Fra l'ironia e una

Fig.1 dilatatore anale

Fig. 2- plug anale

Fig. 3- massaggiatore vulvare

certa agitazione lei gli dice : "Non è possibile che appena torni dal lavoro la prima cosa che fai mentre sto facendo da mangiare è toccarmi il culo!!!". Lui mi guarda perplesso e mi dice: "Glielo dico sempre di diventare brutta!! Cosa ci posso fare se mi piace un casino e quando la vedo o ce l'ho vicina la desidero?? Non riesco a starle lontano!". Ed ecco… mi si accende la lampadina…Vedo la strada…. percepisco quello che sto vivendo, quello che Stern[3] chiama l'*attimo presente*. Stern descrive questi momenti come *quelli in cui due persone stabiliscono un contatto intersoggettivo e si determina quella interpenetrazione delle menti che ci fa dire "io so che tu sai che io so" o "io sento che tu senti che io sento" (….). Momenti come questo possono cambiare il corso della vita e orientare la storia relazionale dell'individuo*.

Entro in empatia con lui ma non accade solo a me: vedo che anche lei si è intenerita, che la rabbia è sparita e c'è un attimo di silenzio di tutti e tre. E sento che quel silenzio prelude alle mie parole che saranno chiare e semplici come lo è stato lui e so che arriveranno al cuore.

Prendo fiato e parlo: "Lui ti ama… gli piaci molto… è un po' maldestro nel dimostrartelo ma questo è rimediabile. E' necessario che troviate un modo per comunicare cosa vi fa sentire amati. Se per te è importante un approccio più dolce e meno diretto devi farglielo capire."

Poi parliamo un po' dell'episiodio del sesso anale e spiego a lui che va preparto e che non è possibile approcciarsi pentrando la partner senza far caso che il corpo non è pronto. Lui ascolta attento come se fossero tutte cose nuove e che gli interessano. Gli spiego cosa accade al corpo di una donna con l'eccitazione e soprattutto che ad eccitare una donna raramente è l'approccio diretto sui genitali. Consiglio loro di dormire nudi e cercare il contatto pelle pelle perché questo favorisce il recupero dell'intimità emotiva. Ci accordiamo per divederci dopo due settimane.

TORNARE AD ESSERE COPPIA, SUPERARE IL DOLORE E RISCORPIRE IL PIACERE

"Il desiderio sessuale delle donne è innescato da una miscela di fattori erotici e romantici"[4]. Il recupero della dimensione erotica (dormire nudi) e romantica (cercare gesti delicati per esprimere il desiderio) ha dato buoni frutti.

Arrivano al controllo sereni e sorridenti. La loro intimità è decisamente migliorata, il dolore scomparso. L'approccio riabilitativo e sessuologico ha dato i suoi risultati ma la differenza credo l'abbia fatta l'amore. L'amore di lei manifestatosi nella ferma volontà di recuperare il desiderio e l'amore di lui espresso nella frase "Non riesco a starle lontano".

BIBLIOGRAFIA

1. https://www.medicinanarrativa.eu/wp-content/uploads/2016/02/Gli-strumenti-narrativi.pdf
2. https://www.medicinanarrativa.eu/wp-content/uploads/2016/02/Gli-strumenti-narrativi.pdf
3. Daniel N. Stern, Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2004
4. Emily Nagoski. Come as you are, Edizioni Spazio Interiore, Roma, 2017

Corrispondenza:
stelladechino@gmail.com

FINCOPP, da oltre venti anni al servizio dei pazienti

FRANCESCO DIOMEDE

Presidente FINCOPP

Con un gruppo di pazienti e professionisti della salute nel 1999 abbiamo fondato la *Federazione Italiana Incontinenti (FINCO Onlus)*, in seguito divenuta **FINCOPP Organizzazione di Volontariato\OdV (Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico)**. Per essere in Rete aderiamo alla *Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap (FISH)* e alla *FAVO (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia)*. Per gli aspetti scientifici ed obiettivi condivisi collaboriamo con la *Fondazione Italiana Continenza (FIC)* e con la *Società Italiana di Urodinamica (SIUD)*. I principali traguardi raggiunti dall'associazione sono:

- con Decreto del 17 gennaio 2001, a firma dell'ex Ministro della Salute il prof. Umberto Veronesi, aver stimolato e partecipato al "Gruppo di lavoro" che approfondiva i problemi dei soggetti stomizzati ed incontinenti;
- aver fondato a Roma nel 2005, con Francia, Olanda, Stati Uniti, Polonia, Gran Bretagna e Svezia la *WFIPP OdV (World Federation of Incontinence and Pelvic Problems);*
- aver ottenuto dal Ministero della Salute, con DPCM 10 maggio 2006 (GU 186/2006), la *Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza,* giornata che ogni anno si svolge in tutta Italia il 28 giugno;
- aver pubblicato nel 2006 l'opuscolo: L'incontinenza, questa sconosciuta" presentata dall'ex Ministro della Salute, l'On. Livia Turco;
- essere accreditata come provider definitivo al Ministero della Salute – Agenas col n.1417;
- aver ricevuto nel 2009, in occasione del decennale Fincopp, una Medaglia di bronzo personalizzata dall'ex Presidente della Repubblica, il Sen. Giorgio Napolitano;
- aver pubblicato nel 2012 il primo *Libro bianco sull'incontinenza urinaria*, con elaborati scientifici dei massimi esperti nazionali;
- aver avviato nel 2013 la *Scuola nazionale per professionisti sanitari della continenza e del pavimento pelvico,* formando ad oggi ben 150 professionisti del settore (infermieri, ostetriche e fisioterapisti);
- aver accreditato 102 *Centri Fincopp*, strutture in cui i pazienti possono recarsi e veder soddisfatte le proprie necessità;
- aver partecipato nel 2015/2016 al *Gruppo di lavoro sull'incontinenza urinaria e fecale*, istituito dal Ministero della Salute con Decreto del 2 ottobre 2015;
- Partecipazione al "Gruppo di lavoro" ministeriale che nel 2018 ha prodotto l'*Accordo della Conferenza Stato Regioni del 24 gennaio*;
- aver organizzato 7 Convegni nazionali sull'incontinenza;
- aver elaborato per il 20ennale Fincopp il *"2° Libro Bianco"* e il *7° Convegno nazionale*;
- aver stimolato innumerevoli proposte di legge a livello nazionale e regionale. Una mole di lavoro notevole se si considera che l'incontinenza è l'ultimo tabù medico che non si riesce a debellare, un segreto da non svelare a nessuno.

Epidemiologia

In Italia le persone affette da incontinenza urinaria e anale si calcola siano circa **5** milioni, di cui il 60% donne. Tra gli italiani maschi ultra 50enni e le donne ultra 40enni, la prevalenza media dell'incontinenza urinaria è rispettivamente del 3,4 e dell'11,4 per cento, ma negli uomini il disturbo è più grave: la definisce infatti "occasionale" (meno di un episodio al mese) solo il 21,9 per cento dei pazienti, mentre fra le donne la percentuale corrispondente è quasi doppia (43,2 per cento). Quanto ai fattori di rischio, ponendo pari a uno la probabilità che una persona priva di fattori di rischio noti sviluppi un'incontinenza urinaria, nella donna i più significativi sono il sovrappeso corporeo (il rischio relativo\RR sale a 2,5 se l'indice di massa corporea supera 27,3), la parità (RR 1,9 per due gravidanze a termine e 2,2 per tre o più), una storia di infezioni urinarie ricorrenti (RR 2,2) o di chirurgia urologica (RR 1,9). Nell'uomo, invece, il rischio di incontinenza urinaria è molto accentuato dalle infezioni urinarie ricorrenti (RR 12,5) e dalle malattie neurologiche (RR 6,0), un po' meno dalla chirurgia urologica (RR 2,6) e dalla prostatectomia (RR 1,9). Estrapolando i dati dell'indagine all'intera popolazione residente, si può ipotizzare che in Italia siano circa tre milioni le persone non in grado di esercitare un pieno controllo sulla propria vescica, che il 36-40 per cento di loro (da 1,0 a 1,2 milioni) potrà indubbiamente trarre giovamento da una cura farmacologica e che il rapporto costi/benefici di tale cura sarebbe vantaggioso sia sul piano economico sia su quello sociale, tanto a livello di singolo individuo o nucleo familiare quanto a livello di spesa da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Questi dati provengono da un'indagine sulla prevalenza e sui fattori di rischio dell'incontinenza urinaria realizzata dal "Mario Negri" di Milano, su 5.500 persone estratte dagli elenchi assistiti di una cinquantina di medici di medicina generale operanti in varie realtà territoriali di tutta Italia.

Va ricordato che il nostro paese è uno dei meno prolifici in Europa e prosegue il processo d'invecchiamento della popolazione: l'*indice di vecchiaia* della popolazione è il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Nel 2019 l'indice per l'Italia dice che ci sono 173,1 anziani ogni 100 giovani. Ne consegue che il problema dell'incontinen-

za urinaria e anale è destinato a farsi sempre più grave per la qualità di vita della popolazione.

L'associazione si adopera per:

1. aiutare le persone a superare il senso di imbarazzo o vergogna legato al problema dell'incontinenza;
2. incoraggiare le persone colpite a cercare aiuto, offrendo ascolto e risposte;
3. favorire una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo;
4. massimizzare accesso e possibilità di scelta per le donne affette da incontinenza urinaria da sforzo (IUS);
5. donare la "libertà" alle donne afflitte dall'incontinenza;
6. ottenere la rimborsabilità dei farmaci per la continenza, anche con tikets;
7. ottenere dispositivi medici di qualità, garantendo la libera scelta;
8. costruire sul territorio un numero maggiore di bagni pubblici, più accessibili e igienicamente validi;
9. ottenere una legge nazionale ad hoc;
10. attivare l'*Accordo della Conferenza Stato Regioni del 24 gennaio 2018*, stimolando i *Tavoli Regionali sull'incontinenza* e l'attivazione di *Centri di 1, 2 e 3 livello* in ogni regione;
11. sensibilizzare al problema l'opinione pubblica, le istituzioni ed i mezzi di informazione massa, grazie soprattutto alla *Giornata nazionale per prevenzione e la cura dell'incontinenza*, che ogni si svolge il *28 giugno;*
12. formare infermieri, fisioterapisti e ostetriche.

Conclusione

Coerentemente con il motto dell'Associazione *nulla su di noi senza di noi,* Fincopp, sin dalla sua origine, si propone come unico e insostituibile supporto nazionale per chi è affetto da tutte le forme di incontinenza. Facilmente raggiungibile attraverso gli oltre 100 centri regionali o il numero verde 800 050415, è dunque il mediatore tra chi soffre di incontinenza e chi ha il dovere e la missione di fornire gli aiuti più appropriati, ossia le *istituzioni*, le *società scientifiche* e le *aziende* inpegnate in questi ambiti.

Corrispondenza:
Cav. Francesco Diomede
diomede.francesco@gmail.com
080 455 4701

Commento

Se è vero che la popolazione Italiana è la più anziana d'Europa e tra le più anziane del mondo superata solo dal Giappone, va detto che non è tanto la lunghezza della *vita media* ciò che conta, bensì l'*aspettativa di vita sana* che da noi, per una serie di fattori caratteriali, sociali, economici, è più breve di quanto sarebbe auspicabile. La vita sana è data dal numero di anni trascorsi senza disabilità o malattie che ostacolino le attività quotidiane.

Le politiche governative, quelle più capillari promosse dalle amministrazioni locali e la collaborazione con gruppi di *volontariato* devono e dovranno sempre più farsi carico dei problemi dell'età avanzata. Infatti longevità e salute negli anziani dipendono molto da quanto essi vengono coinvolti in attività fisiche, mentali e sociali, ossia nella *vita di relazione*. A questo scopo sono indispensabili campagne che informino sull'importanza delle *relazioni* nella terza età proprio in funzione della *salute*. La frammentazione delle famiglie nella seconda metà del '900 ha portato ad un frequente stato di *solitudine* dei pensionati e degli ultrasettantenni in genere. L'isolamento costituisce un fattore di rischio molto importante per l'aggravamento delle patologie croniche, ossia malattie cardiovascolari, demenza senile, difetti di memoria, Alzheimer. Apparentemente gli anziani che vivono in un ambito socialmente ricco ne soffrono meno o comunque godono di una più lunga aspettativa di vita sana.

Come prevenire la solitudine della terza età? In Italia non c'è l'emarginazione etnica ed economica tipica dei paesi anglosassoni, ma continua a prevalere la *medicalizzazione dell'anziano*, mentre sarebbe preferibile cercare di ridurre la probabilità dell'insorgenza delle malattie croniche di cui sopra, e la prevenzione dovrebbe avvenire in buona misura attraverso programmi di *integrazione sociale*.

Il *volontariato*, come voluto dalla Fincopp e da altre associazioni, ha un ruolo fondamentale, sostituendosi, se pur i paragoni col passato siano sempre rischiosi, a quella che un tempo era una funzione positiva della famiglia patriarcale. Prevenire la solitudine degli anziani riduce la spesa sanitaria rispetto agli enormi costi attuali dove diventa vero il detto di Cicerone *senectus ipsa morbus est*, per cui abbiamo effettivamente una *terza età "patogena"* che finisce per consegnare la persona che non ce la fa più alle badanti, alle Residenze Sanitarie Assistenziali o a strutture ospedaliere più o meno costose a seconda dell'impegno e dell'intensità tecnologica.

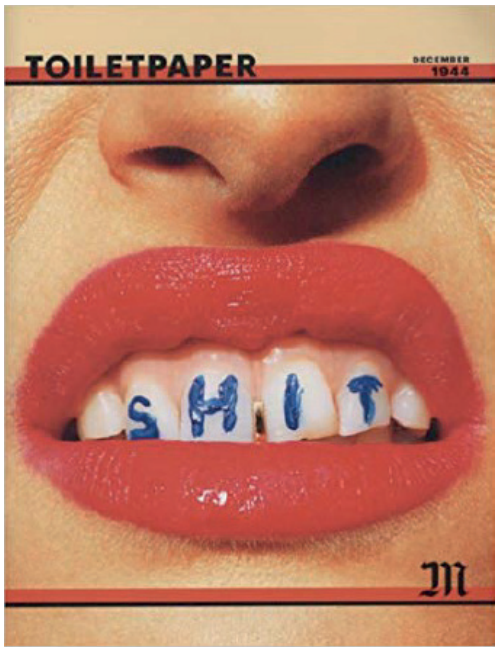
Il miglioramento della qualità di vita dei vecchi, sempre più numerosi e sempre più vecchi, in barba alle epidemie che sembra li colgano come l'elemento più fragile, rischia di essere un peso sociale e sanitario insostenibile.

PROF. GIUSEPPE DODI
Consigliere scientifico Fincopp
giuseppe.dodi@unipd.it

Il racconto di Federica. Vento di passione

Non è difficile intuire che uno degli inconvenienti più spiacevoli per il viaggiatore on the road sia la mancanza, all'occorrenza, della toilette. Se si scelgono i mezzi pubblici locali per spostarsi, opzione low-cost, ecologica e sostenibile, si possono assaporare, oltre ad odori e umori dei passeggeri di varia etnia, le consuetudini di un popolo. Come in Oman, ad esempio. Uno stato dove, oltre al deserto in tutte le salse, non c'è praticamente nient'altro. Sembra tuttavia che nell'ultimo decennio questa destinazione abbia catalizzato l'attenzione di agenzie turistiche e viaggiatori fai-da-te. E andiamo in Oman, dunque. O meglio, fuggiamo dall'Oman dopo appena cinque giorni, durante i quali io e la mia amica abbiamo sfogliato la nostra guida alla ricerca di qualcosa di autentico, storico, interessante insomma: a parte qualche antico forte color sabbia in mezzo al nulla, il nulla appunto. Decidiamo quindi di trascorrere gli ultimi giorni di vacanza a Dubai, meta di turismo dozzinale, ma che almeno offre sempre quell'atmosfera di comfort confezionato tipico dei non-luoghi. Percorreremo circa 500 chilometri con il pullman della compagnia omanita che collega Muscat all'Emirato una volta al giorno. Il biglietto lo facciamo in una stazione moderna, dove molti immigrati del Bangladesh o del Pakistan sostano da ore in attesa di una coincidenza, con sacchi pieni di ciabatte, frutta e cibaglie varie. L'Oman è un Paese piuttosto ricco e il sultano vuole ordine e pulizia, aiuole ben curate, fiori e automobili lucidissime; di tutto ciò ovviamente se ne occupano schiere di omini in camicia o in divisa, che visti da lontano, e spesso anche da vicino, sembrano tutti uguali. Saliamo finalmente sul bus e davanti a noi si posizionano due corpulente donnone indiane, che occupano con i loro sederoni ben due sedili a testa. Portano con sé buste piene zeppe di patatine, snack e bibite gassate, la scorta per il viaggio. Le due signore sono allegre, iniziano subito a parlare in un inglese lento, cadenzato e un po' stentato. Ma la conversazione non si interrompe mai e le parole vengono impastate insieme alle chips che voracemente trangugiano, alle dita unte e sporche di briciole. Ogni tanto parte qualche sonora eruttazione, a cui fa seguito una sguaiata risata. Io e la mia amica le osserviamo con simpatia: sono personaggi grotteschi di un film indipendente sulla transumanza dei popoli dall'Est all'Ovest. Non sembrano mai sazie e, finite le patatine, ecco che scartano immediatamente un pacco di barrette al cioccolato. E poi via, un sorso di Coca-Cola, seguito da un altro bel ruttino. Cala il buio, fuori c'è solo un deserto di montagne rocciose che disegnano linee spigolose come il tracciato di un encefalogramma. Le due indianone si sono addormentate con la pancia piena, avvolte in coperte di lana ruvida e circondate da pacchetti vuoti. Sulla superficie dei sedili solo briciole e cartacce; sul pavimento le bottigliette dei loro soft drinks rotolano da una parete all'altra del pullman e sbattono con la regolarità di un metronomo. Noi non riusciamo a chiudere occhio perché le nostre ormai mitiche compagne di viaggio russano come tromboni e fanno tremare l'aria. Ogni tanto riemergono nel dormiveglia, sistemano il voluminoso e morbido panettone sulla stoffa logora del sedile per poi annegare nuovamente in un sonno profondo e roboante. Arriva il momento della sosta e loro si svegliano un po' intontite ma subito rianimate dalle luci del fast food che le richiama ad un bisogno primario. L'autista ci intima di risalire subito dopo un veloce pit stop al bagno, dove le indiane si infilano in coppia. Io e la mia amica veniamo malamente scavalcate e rimaniamo in attesa fuori dalla toilette, da cui provengono rumori intestinali inequivocabili, misti alle immancabili risate. Con la pancia vuota, escono trotterellanti e felici, dirette, manco a dirlo, verso il bar, dove ordinano hamburger e Coca-Cola da asporto. Sono le ultime a risalire e con loro sale anche un forte odore di fritto e di unto. Si siedono soddisfatte e ricominciano a sbocconcellare sbriciolando dappertutto il panino gommoso. E giù di nuovo rutti e risate; hanno pance talmente gonfie che i bottoni delle lanose giacche sembrano esplodere da un momento all'altro. Temiamo il peggio, vedendo qualche smorfia sul viso di una delle due, che pare accusare qualche dolorino al basso ventre. Ci prepariamo a quel che a breve dovremo sopportare. Finito il pasto da tremila calorie a boccone, sono pronte per un altro sonnellino, ma ecco che non trovano pace e si dondolano sulla seduta per trovare la posizione giusta. Quella delle due più vicina al finestrino decide di schiacciare il culotto nello spazio tra la parete e il sedile, così da sembrare un salsicciotto in un hotdog. Ed ecco che il minimo spostamento diventa fatale e ad un tratto veniamo investite dall'aria calda e dolciastra di un primo peto, preceduto dall'inconfondibile strombazzamento. Ora ridono entrambe di gusto e anche noi sghignazziamo alle loro spalle. Questo sembra alle due ingombranti passeggere il via per continuare a scoreggiare liberamente e quindi alè, a peto libero. Sentiamo il gorgoglio del loro intestino, nel quale staranno confluendo come in una latrina tutte le schifezze ingurgitate una dietro l'altra: la flatulenza rivela tutto il mix di porcherie che il loro esofago ha inghiottito senza sosta, ed ecco le rumorose e puzzolenti conseguenze che si abbattono su di noi. Arriviamo finalmente esauste, nella nauseabonda aria umida del pullman, alla stazione degli autobus di Dubai, dove le due gran dame scendono rotolando con sacchi e borsoni. Il viaggio è finito, ma noi non possiamo guardare con una punta di nostalgia le nostre amiche scoreggione allontanarsi ciabattando verso ignota direzione.

Federica Piloni Insegnante di Lettere a Bologna, con la passione per viaggi avventurosi, cinema d'essai, storia dell'arte e racconti umoristici.
Email: piloni.federica@ipsarveronelli.edu.it



Cover di "Toilet paper" di Pierpaolo Ferrari e Maurizio Cattelan, Damiani Editore, 2014