Vol. 38 - N. 3
Settembre 2019

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 2016-2018

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

Sezioni

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

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

42 **Due tesi, due racconti: pelvi, evoluzione, antropologia, disabilità, riabilitazione**

43 **Ruolo della stimolazione del nervo tibiale nel trattamento dei disturbi funzionali dell'apparato urinario inferiore nella sclerosi multipla**
P. Melchiorre

47 **La pedofilia. Parte 1**
A. Ambrosetti

52 **Fincopp Lombardia: perché un'associazione di pazienti a sostegno di pazienti**
P. Intini

55 **Il racconto di Giorgetti: Il rumore del sogno**
G. Giorgetti

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:
Litocenter Srl
Via Guido Rossa, 17
Piazzola sul Brenta
Padova 35136
info@litocenter.it
giuseppe.dodi@unipd.it

Editoriale

Due tesi, due racconti: pelvi, evoluzione, antropologia, disabilità, riabilitazione

Two theses, two stories: pelvis, evolution, anthropology, disability, rehabilitation

Abstract: The interest towards pelviperineology, the branch of medicine that deals with the pelvic floor, leads to continuous proposals for innovative treatments, often lacking in solid scientific evidence, destined for an aging population induced to remain sexually active, to overcome the embarrassment of incontinences and to deal with pain due to the degeneration of tissues. Two masterclass theses on the history of pelviperineal rehabilitation describing the ways of assessing disabilities, and on the anthropological evolution of the pelvic floor, answer many questions, open to future research and correctly indicate the roads to be followed in the development of this specialty.

Keywords: Pelvic floor; Rehabilitation; Evolution; Anthropology

Da quando nel 1990 in un editoriale sulla Rivista Italiana di Coloproctologia coniai il termine *perineologia* prevedendo per questo neologismo un futuro ... radioso, c'è stato effettivamente un crescendo straordinario di interesse per il pavimento pelvico fino a farne quel che adesso sembra quasi una moda.

In questi ultimi anni il fiorire di iniziative, tra inviti a convegni e contatti quotidiani con pazienti pelviperineopatici, maschi e femmine, e i loro vissuti che spaziano dalla primavera felice della loro pelvi al suo triste autunno, è tale che, con tutto questo fiorire par d'essere in un giardino per tutte le stagioni: corsi, master, congressi, scuole. La maggior parte delle società scientifiche in ambito urologico, ginecologico, proctologico e le stesse associazioni di pazienti hanno aggiunto alla loro sigla il termine "pavimento pelvico", seppure molti confondano ancora, ahimé, pelvi e perineo.

Sembra che ciò che più conta sia proporre trattamenti medici, riabilitativi, chirurgici, estetici assolutamente innovativi, che non di rado peraltro mancano di una solida evidenza scientifica. Ne è destinataria una popolazione che progressivamente invecchia ed è giustamente indotta a mantenersi sessualmente attiva, a vincere l'imbarazzo dell'ammettere l'incontinenza ad urina, gas, feci, e a soffrire il meno possibile per i dolori dovuti alla fatale degenarazione di organi e tessuti con prolassi ed altri cedimenti strutturali.

Purtroppo la ricerca scientifica non ha ancora trovato spiegazioni adeguate e soddisfacenti ai meccanismi fisiopatologici nell'ambito delle incontinenze, delle ritenzioni, del dolore e dei prolassi, ma sicuramente l'impegno e l'interesse, con tante fioriture, daranno anche i frutti sperati.

Per ora bisogna diffidare di chi è convinto di tutto capire e tutto sapere e propone soluzioni invasive come la correzione chirurgica, per esempio in ambito posteriore, di intussuscezioni, prolassi mucosi o rettoceli che probabilmente nel più dei casi costituiscono varianti anatomiche della norma.

Prendere coscienza dello stato delle cose, del perché e del come si sia giunti all'attuale livello delle conoscenze, ossia conoscere la storia, è già una solida base per progredire ed è una posizione che dovrebbe aiutare a non ripetere errori o non farne di nuovi.

Brilla, anche per la sede prestigiosa di Roma, il master organizzato da Fabio Gaj rivolto alla formazione di persone esperte in riabilitazione delle disfunzioni pelvi-perineali. In quell'ambito, come docente, mi sono imbattuto in due tesi molto interessanti, una sulla *storia della riabilitazione pelviperineale* di Giulia Papa e l'altra, di Valeria Picello, di interesse antropologico sull'*evoluzione del pavimento pelvico* dalla scimmia all'uomo. Si tratta di due temi che aiutano a lavorare meglio nell'interesse dei pazienti nonché a studiare meglio nell'interesse della ricerca.

Dall'indice della prima tesi emergono aspetti intriganti, ad esempio l'evoluzione del concetto di *disabilità*, dal mondo antico (ma ben più di recente teorizzate anche nel Mein Kampf di Hitler) in cui vigeva la negazione del disabile, basti pensare al lancio dei deformi dalla rupe Tarpea, fino

Fig. 1- La "condanna" del deforme (dal lavoro di G. Papa).

all'idea moderna secondo cui al contrario riabilitare è possibile e doveroso, arrivando ai nuovi concetti che esaltano e sottilmente differenziano la *riabilitazione* dalla *rieducazione*.

Nell'evoluzione intesa in senso antropologico, per adattarsi all'ambiente circostante, l'essere umano ha dovuto mettere in atto una serie di cambiamenti strutturali e funzionali che hanno interessato pressoché tutti gli apparati. La postura eretta ha richiesto modifiche del sistema muscolo-scheletrico, determinando lo spostamento del baricentro corporeo e la variazione delle linee di carico durante il cammino bipede.

Per i medici di qualche generazione fa era d'obbligo l'esame di anatomia comparata, che oggi riguarda soltanto biologi e veterinari, ma forniva di certo conoscenze comunque utili, e la tesi di Valera Picello con profitto mette a confronto tre specie di primati, Papio Papio (il babbuino), Pan Troglodytes (lo scimpanzè) e Homo Sapiens Sapiens, per evidenziare l'evoluzione del pavimento pelvico.

Giulia Papa e Valeria Picello nei prossimi numeri di Pelviperineologia pubblicheranno degli articoli con le parti salienti del loro lavoro. Verranno soddisfatte molte curiosità ed emergeranno sicuramente stimoli per future ricerche.

GIUSEPPE DODI
giuseppe.dodi@unipd.it

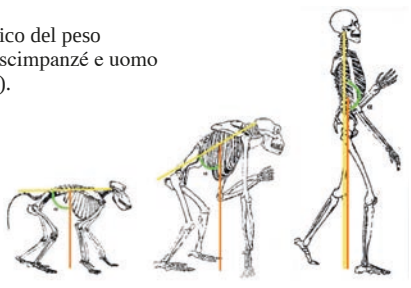


Fig. 2- Le linee di scarico del peso corporeo di babbuino, scimpanzé e uomo (dalla tesi di V. Picello).

Articolo originale

Ruolo della stimolazione del nervo tibiale nel trattamento dei disturbi funzionali dell'apparato urinario inferiore nella sclerosi multipla

PAOLA MELCHIORRE

San.Stef.a.r. Abruzzo – Centro Ambulatoriale, Roseto Degli Abruzzi (TE)

Riassunto: Circa il 90% dei pazienti portatori di sclerosi multipla manifesta disfunzioni del basso tratto urinario. Recentemente nelle procedure riabilitative si è introdotta la percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS). *Materiali e Metodi:* Presso il Centro ambulatoriale SanStefAR di Roseto degli Abruzzi dal 1 novembre 2017 al 15 febbraio 2018 sono stati arruolati 21 pazienti affetti da sclerosi multipla. Tutti i pazienti presentavano disturbi minzionali legati a sindrome da vescica iperattiva (OAB) e iperattività detrusoriale (DO). La stimolazione del nervo tibiale posteriore per via transcutanea è stata effettuata utilizzando l'apparecchio in dotazione all'ambulatorio. Sono stati sottoposti ad un ciclo di 10 sedute da 30 minuti, con frequenza settimanale, utilizzando 2 elettrodi di superficie, corrente di stimolazione 0-10mA, durata della fase 200 microsecondi, frequenza fissa d'impulso 20 Hertz, intensità di corrente da modulare secondo la sensibilità del paziente. I pazienti sono stati sottoposti ad accurata anamnesi e valutati con le scale FIM (Functional Indipendence Measure), SF-Qualiveen e diario minzionale. *Risultati:* I parametri oggetto di valutazione sono stati: - frequenza minzionale, nicturia ed urgenza registrati sul diario minzionale, - Scale FIM e SF-Qualiveen. Per quanto concerne la frequenza, i Responders sono stati 13 (61.9%), per l'urgenza, 17 (81%) e per la nicturia, 18 (85.7%). Anche i no-Responders hanno presentato miglioramenti, ma più contenuti.

Parole chiave: Stimolazione percutanea del nervo tibiale; Incontinenza urinaria; Vescica iperattiva; Disfunzioni del tratto urinario inferiore; Vescica neurogena

Role of tibial nerve stimulation in the treatment of functional disorders of the lower urinary tract in multiple sclerosis

Abstract: About 90% of patients with multiple sclerosis experience lower urinary tract dysfunction. Recently, the percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS) was introduced in rehabilitation procedures. *Materials and methods:* At the SanStefAR Rehabilitation Center from 1 November 2017 to 15 February 2018, 21 patients affected by multiple sclerosis were enrolled. All patients had micturition disorders related to overactive bladder (OAB) syndrome and detrusor overactivity (DO). Transcutaneous stimulation of the posterior tibial nerve was performed using the device supplied in the clinic. A weekly cycle of 10 sessions of 30 minutes was performed using 2 surface electrodes, stimulation current 0-10mA, phase duration 200 microseconds, fixed pulse frequency 20 Hertz, current intensity to be modulated according to patient sensitivity. Patients were subjected to an accurate medical history and evaluated using the FIM (Functional Independence Measure) and the SF-Qualiveen scales and 3-days voiding diary. *Results:* The parameters evaluated were: - voiding frequency, nocturia and urgency recorded on the voiding diary - FIM and SF-Qualiveen scales. As for the frequency, the Responders were 13 (61.9%), for urgency, 17 (81%) and for nocturia, 18 (85.7%). The no-Responders have presented improvements too, but more content..

Keywords: Percutaneous tibial nerve stimulation; Urinary incontinence; Overactive bladder; Lower urinary tract dysfunctions; Neurogenic bladder

INTRODUZIONE

Circa il 90% delle persone malate di sclerosi multipla manifesta disfunzioni neuro-urologiche. I disturbi vescicali spesso sono presenti già all'insorgere della malattia, ma col tempo tendono a peggiorare. I problemi legati alla minzione possono essere comunque gestiti e possono essere prevenute le complicanze vescicali e renali. Nella sclerosi multipla si verificano sia disfunzioni di riempimento che di svuotamento. Possono presentarsi sintomi quali l'urgenza e la frequenza della minzione, il risveglio notturno, e la perdita di urina legati alla mancanza di controllo vescicale, oppure al contrario, la difficoltà di svuotamento.

Il trattamento iniziale dei pazienti affetti da sindrome della vescica iperattiva comprende la terapia comportamentale, la chinesiterapia, l'elettroterapia e la farmacoterapia. Purtroppo i farmaci migliorano in maniera modesta la qualità della vita e gli effetti collaterali compromettono significativamente la compliance del trattamento. Varie opzioni quali l'utilizzo della tossina botulinica, la radiofrequenza, la neuromodulazione sacrale e la stimolazione del nervo tibiale posteriore sono entrati nella pratica clinica.[1,2,3,4,5] Tra queste alternative la *percutaneous tibial nerve stimulation* (PTNS) si sta affermando come procedura sicura ed efficace nella gestione delle forme di vescica iperattiva. La metodica fu descritta per la prima volta da Stoller alla fine degli anni 90 per il trattamento della sindrome della vescica iperattiva[6]. L'acronimo SANS (Stoller Afferent Nerve Stimulation) è ancora oggi utilizzato per indicare questa tecnica che prende spunto dall'antica arte medica cinese dell'agopuntura che individua un punto localizzato a circa 5 cm sopra al malleolo mediale e poco posteriormente rispetto al margine tibiale, denominato regione S6, come punto per il trattamento dei disturbi urinari dell'apparato urinario inferiore quali frequenza, urgenza, disuria e ritenzione di urina. Il nervo tibiale è un nervo misto contenente fibre motorie e sensitive. Il meccanismo d'azione non è tuttora pienamente compreso. Esperimenti su animali hanno mostrato come la stimolazione elettrica della zampa posteriore produca l'inibizione del muscolo detrusore[7]. Basando la sua ricerca su questi concetti, McGuire[8] ha dimostrato nel 1983 che la stimolazione elettrica transcutanea del nervo tibiale posteriore può sopprimere l'iperattività detrusoriale su base neurogena. Questo effetto potrebbe essere presente anche negli uomini ed essere responsabile della riduzione dell'iperattività detrusoriale dopo PTNS. A partire dai risultati ottenuti, è stata ipotizzata la presenza di un sito cerebrale d'azione della stimolazione nervosa sacrale, probabilmente a livello della corteccia somatosensoriale o a livello di altri centri coinvolti nel controllo della minzione (corteccia prefrontale, sistema limbico, corteccia motoria). Pachats[9] ha evidenziato un aumento significativo in ampiezza di Potenziali Evocati a Lunga Latenza (LL-S-SEP) (P80 e P100) nel giorno successivo all'ultima sessione di PTNS. Un risultato che potrebbe riflettere una modificazione nei meccanismi di elaborazione degli stimoli sensoriali, attivati dalle afferenze somatosensoriali a livello corticale, e che suggerisce una possibile riorganizzazione dell'eccitabilità corticale dopo PTNS dovuta all'attivazione di un segnale periferico. Così, la PTNS potrebbe esercitare un ruolo nel potenziamento a lungo termine dei circuiti cerebrali, anche se è

Tabella 1: Diario minzionale - Dati iniziali

SO	FREQ	N°/24 h		URG	N°/24 h		INC	N°/24 h	
	MED	MIN	MAX	MED	MIN	MAX	MED	MIN	MAX
F	7.7	7	9	2.3	1	3			
F	13.3	11	16	6	3	8			
F	13.7	10	17	4.3	4	5			
F	11	8	14	4.7	2	6			
F	8.3	6	12	1.3	0	3			
F	20.7	14	30	12.3	7	20	2.7	2	3
F	16.7	16	18	9	8	11	3.3	3	4
F	13	8	20	6	4	10			
F	14.3	11	17	7	6	8			
F	9.7	7	13	3	2	5			
F	15	11	18	6.3	5	9			
F	10.7	8	12	4.7	3	6			
F	9.7	9	11	2.7	2	4			
F	19.3	17	23	9	8	10	2	1	3
F	8.7	7	11	2.7	2	4			
M	10.7	8	13	5	4	6			
M	8.3	6	10	2.3	1	3			
M	6.7	5	9	1.3	1	2			
M	13.3	11	15	6	5	7			
M	15.7	14	18	7.3	7	8	2.3	2	3
M	10.3	9	13	4.7	4	6			

Tabella 2: Diario minzionale - Dati finali

FREQ	N°/24 h		VAR	URG	N°/24 h		VAR
MED	MIN	MAX	%	MED	MIN	MAX	%
6	5	7	22.1	0.3	0	1	86.9
8.7	8	10	34.6	2.7	1	5	55
9.7	8	13	29.2	3.3	3	4	23.2
9.3	7	12	15.4	3	3	4	36.2
7.7	5	10	7.2	1	0	2	23.1
14.3	9	22	30.9	6	4	9	51.2
13.3	13	14	20.4	6	5	7	33.3
10.3	5	16	20.8	4	3	6	33.3
8.3	7	9	41.9	3.7	3	4	47.1
6	5	8	38.1	2	1	4	33.3
7.7	7	9	48.6	2.7	2	4	57.1
6	5	7	43.9	2.3	1	4	51.1
7.3	7	8	25	2	2	3	25.9
12	11	14	37.8	5	4	7	44.4
5.7	5	7	34.4	1	1	2	62.7
7.3	6	10	31.7	2	1	3	60
5.3	4	6	36.1	0.7	0	1	69.6
5.3	5	6	20.8	0.3	0	1	76.9
7.7	7	9	42.1	1	0	2	83.3
13.3	12	16	15.2	6	6	7	17.8
8.7	7	11	15.5	3.7	4	5	21.3

ancora da dimostrare che questo risultato sia responsabile del successo clinico del trattamento. In un recente studio infine è stato rilevato un effetto inibitore vescicale su modello murino legato al reclutamento elettrico di fibre C amielinizzate.[10]

MATERIALI E METODI

Presso il Centro ambulatoriale SanStefAR. di Roseto degli Abruzzi dal 1 novembre 2017 al 15 febbraio 2018 sono stati arruolati 21 pazienti affetti da sclerosi multipla con età media di 52 anni (36-58), 6 dei quali di sesso maschile e 15 femminile. 17 di loro sono pazienti ambulatoriali e 4 domiciliari; 17 pazienti sono deambulanti seppur con utilizzo di ausili mentre 4 utilizzano la carrozzina.

Sono stati selezionati pazienti con disturbi minzionali (aumento della frequenza, nicturia e urgenza) da vescica iperattiva con scarsa risposta alla terapia comportamentale, riabilitativa o farmacologica, competenza mentale e capacità di comprendere tutte le esigenze dello studio, capacità di comprendere le procedure, i vantaggi e i possibili effetti collaterali, volontà e capacità a completare il diario minzionale di 3 giorni e il questionario QoL, nessun trattamento farmacologico o nessun cambiamento nella preesistente farmacoterapia nei 30 giorni antecedenti lo studio.

Criteri di esclusione: gravidanza, infezioni del tratto urinario in corso o ricorrenti (> 4/anno), presenza di fistola urinaria, calcoli vescicali o renali, cistite interstiziale, diabete mellito, pacemaker cardiaco.

La stimolazione del nervo tibiale posteriore per via transcutanea viene effettuata utilizzando l'apparecchio in dotazione all'ambulatorio. Si effettua 1 ciclo di 10 sedute da 30 minuti, 1 volta alla settimana, utilizzando 2 elettrodi di superficie, il primo posizionato 5 centimetri cranialmente al malleolo mediale e posteriormente alla tibia, il secondo sulla superficie mediale del calcagno dello stesso lato. Sono stati utilizzati i seguenti parametri elettrici: corrente di stimolazione 0-10mA, durata della fase 200 microsecondi, frequenza fissa d'impulso 20 Hertz, intensità di corrente da modulare secondo la sensibilità del paziente, ma comunque è stata aumentata sino a che la flessione dell'alluce e/o lo sbandieramento di tutte le dita del piede sia diventata visibile. Se non è stata evidenziata una chiara risposta motoria l'elettrodo è stato spostato. Nella maggior parte dei pazienti la risposta motoria è stata accompagnata da una risposta sensitiva di formicolio diffuso alla pianta del piede. La corrente è stata fissata al più alto livello tollerabile dal singolo paziente.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad accurata anamnesi ed esame obiettivo urologico; sono stati valutati con la scala FIM (Functional Indipendence Measure), la scala SF-Qualiveen e il diario minzionale (3 giorni). Su quest'ultimo il paziente doveva riportare l'ora in cui si era alzato e coricato, l'orario di tutte le minzioni con le loro caratteristiche di urgenza e incontinenza, i liquidi introdotti ed il volume vuotato.

RISULTATI

Dal 1° novembre 2017 al 15 febbraio 2018, 21 pazienti affetti da sclerosi multipla con disturbi urinari sono stati trattati con 10 sedute di PTNS. Tutti i pazienti hanno completato lo studio.

I parametri oggetto di valutazione sono stati:

- La frequenza delle minzioni, la nicturia e gli episodi di urgenza registrati sul diario minzionale
- Le scale FIM e SF-Qualiveen

In considerazione delle risposte rilevate dall'analisi delle schede QoL, il trattamento è stato considerato efficace (Responders) nei soggetti che avevano avuto una riduzione di almeno il 25% di uno o più sintomi, dato percepito come miglioramento qualitativo significativo dai pazienti.

Nella tabella 1 sono riassunti i dati del diario minzionale (3 giorni) all'inizio del trattamento per quanto riguarda la frequenza (numero di minzioni/die), gli episodi di urgenza e di incontinenza; dei tre giorni presi in considerazione è stato riportato il numero di episodi/die più basso (MIN), quello più alto (MAX) e la media (MED) dei tre giorni calcolata dividendo per 3 il numero totale degli episodi.

I dati ottenuti dopo le 10 settimane di trattamento sono stati analizzati in funzione del tipo di disturbo nelle tabelle 2 e 3, in base ai dati del diario minzionale redatto alla fine del trattamento.

Nella tabella 2 sono riportati i parametri inerenti la frequenza minzionale e gli episodi di urgenza calcolando la percentuale di miglioramento rispetto ai valori pre-trattamento (VAR).

Nella tabella 3 sono riassunti i dati pre e post trattamento inerenti gli episodi di nicturia intesa come numero di episodi di minzione durante il riposo notturno con la percentuale di miglioramento alla fine del trattamento.

Dato il numero esiguo di pazienti affetti anche da incontinenza, non è stato valutato in questo studio l'effetto della PTNS su tale parametro.

Andando ad analizzare nella totalità i dati suddivisi tra Responders e non, si rileva che per quanto concerne la frequenza minzionale, i Responders sono stati 13 (61.9%) con una riduzione complessiva del 36.5% del numero delle minzioni giornaliere. Migliori risultati si sono avuti sull'urgenza, 17 Responders (81%) con il 53,4% in meno di minzioni urgenti e sulla nicturia, 18 Responders (85.7%), 76,3% di episodi di

Tabella 3: Nicturia pre- e post-trattamento

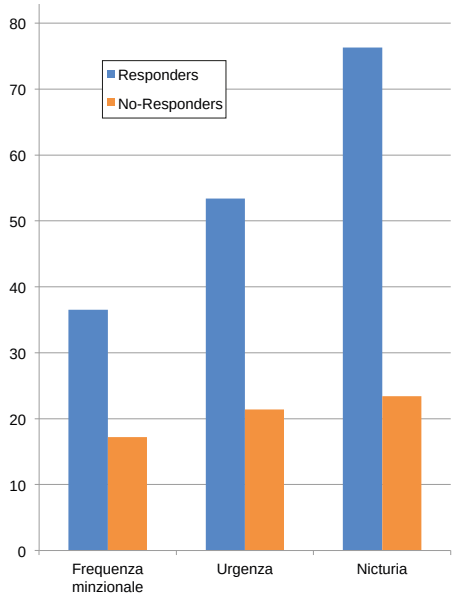
FREQ. PRE	N°/ NOTTE		FREQ. POST	N°/ NOTTE		VAR
MED	MIN	MAX	MED	MIN	MAX	%
1.7	1	2	1.3	1	2	23.5
2.7	2	3	0.3	0	1	88.8
2.7	2	3	0.3	0	1	88.8
1.7	1	2	1.3	1	2	23.5
1.7	1	2	0.3	0	1	82.3
4.7	4	6	1.3	1	2	72.3
2.7	2	4	1	1	2	62.9
3	2	5	0.3	0	1	90
2.3	1	3	0.3	0	1	86.9
2.3	2	3	0	0	0	100
3.3	2	4	1	1	2	65.6
2.3	2	3	0.3	0	1	86.9
2.7	2	3	1	1	2	62.9
5	4	6	2.3	2	3	54
2.7	2	4	0	0	0	100
3.3	3	4	2.3	2	3	30.3
1.7	1	2	0	0	0	100
1	0	2	0	0	0	100
2.7	2	4	0.7	0	1	74
3.7	3	5	2.7	2	4	27
3	1	4	2.3	1	3	23.3

diuresi notturna in meno.
Anche i no-Responders hanno presentato miglioramenti, ma più contenuti: 17.2% in meno nelle minzioni totali, 21.4% nell'urgenza e 23.4% nella nicturia (Figure 1 e 2).
Se consideriamo i dati relativi a tutti i pazienti, il numero totale medio delle minzioni giornaliere è passato da 12.2 a 8.6, le minzioni urgenti da 5.1 a 2.8 e gli episodi di nicturia da 2.7 a 0,9 (Figura 3) con percentuali di miglioramento rispettivamente del 29.5%, 45.1% e 66.7%.

DISCUSSIONE

La definizione di vescica iperattiva (OAB) secondo l'International Continence Society (ICS) è "la necessità urgente di urinare, generalmente accompagnata da aumento della frequenza, nicturia, con o senza incontinenza". [11]. Sempre secondo l'ICS l'iperattività detrusoriale (DO) è definita come una evidenza urodinamica caratterizzata da contrazioni involontarie del muscolo detrusore durante la fase di riempimento vescicale che può essere spontanea o provocata. La DO è suddivisa in idiopatica e neurogenica. Siccome la DO è una diagnosi

Figura 2: % complessiva di miglioramento dei sintomi pre e post-trattamento sia nei Responders che nei no-Responders



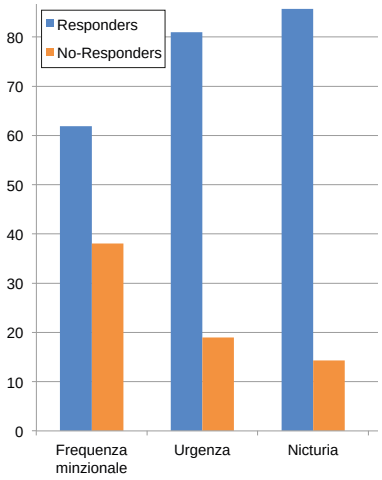
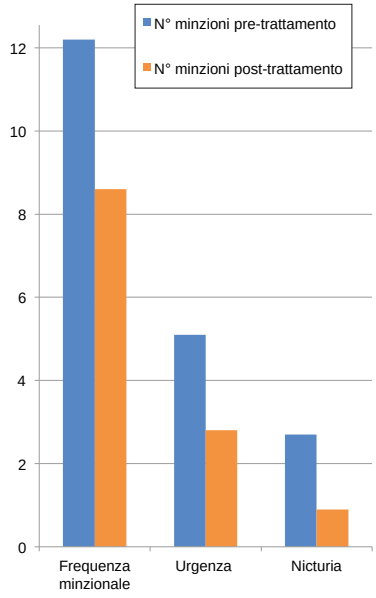


Figura 1: % Responders. vs no-Responders

urodinamica è essenziale registrare i sintomi specifici durante lo studio urodinamico per correlarli con le contrazioni involontarie. La DO può essere fasica, con o senza incontinenza urinaria, e terminale rappresentata da una singola contrazione involontaria del detrusore con completo svuotamento vescicale. L'OAB dunque è un complesso di sintomi con varie e distinte eziologie non sempre correlata con la diagnosi urodinamica di DO.[12] Spesso rappresenta una condizione terribilmente imbarazzante e molti pazienti hanno difficoltà a parlarne anche con i familiari. Secondo le indicazioni del Consensus Conference on Urinary Incontinence in Adults e delle linee guida dell'American Urological Association/ Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction (AUA/SUFU), le procedure meno invasive (ginnastica del pavimento pelvico, elettrostimolazione e biofeedback, terapia comportamentale e cognitiva, PTNS) rappresentano il trattamento di prima linea dell'OAB[13,14,15] . In realtà i farmaci anticolinergici sono il primo trattamento proposto, ma vari studi dimostrano come un'alta percentuale di pazienti non tollerano gli effetti collaterali ad essi connessi e sospendono la terapia [16,17] . La stimolazione percutanea del nervo tibiale è stata analizzata per il trattamento dell'OAB in diversi studi. L'eterogeneità dei dati presenti in letteratura e la mancanza di studi controllati hanno determinato la classificazione ad un Livello di Evidenza 3 per l'efficacia della

Figura 3: numero totale medio dei tre parametri considerati in tutti i pazienti pre e post PTNS



PTNS nel trattamento dell'OAB, riportato dall'International Consultation on Continence del 2008.[16] Lavori randomizzati di confronto tra PTNS e farmaci anticolinergici hanno mostrato che l'efficacia della PTNS è paragonabile o superiore alla terapia farmacologica nel controllo dei sintomi dell'OAB, senza alcun effetto collaterale[18,19,20]

Il primo obiettivo di questo lavoro è stato la valutazione della percentuale dei "Responders", definita, secondo Vandoninck,[21] come la percentuale di riduzione maggiore o uguale al 25% degli episodi di incontinenza, sulla base delle risposte dei pazienti arruolati alle scale FIM e SF-Qualiveen, che hanno dimostrato come tale riduzione determini una migliore tolleranza dei disturbi urinari percepiti e migliori la qualità della vita: 13 su 21 (61,9%) sono stati definiti Responders, con miglioramento del numero totale delle minzioni e della frequenza di urgenza (81%) e nicturia (85.7%). Dall'analisi dei risultati ottenuti è doveroso sottolineare l'ottima adesione alla terapia che è un parametro molto importante nel trattamento di sintomi cronicamente presenti nei soggetti con OAB e Sclerosi multipla. Ciò è dovuto principalmente alla totale assenza di effetti collaterali, al basso costo del trattamento e alla costante e rassicurante presenza durante la terapia del fisioterapista o del medico specialista che rappresentano un importante fattore per pazienti che spesso hanno problemi psicologici secondari all'OAB.

In definitiva la PTNS è una buona opzione terapeutica per i pazienti affetti da iperattività vescicale ed i risultati sono equiparabili a quelli riportati in letteratura[22,23,24,25,26].

In particolare la PTNS è capace di migliorare non solo i parametri del diario minzionale, ma anche la qualità di vita delle persone con "urge incontinence". Infine è una tecnica minimamente invasiva, che non necessita di una stimolazione continua, ma soltanto di periodiche sessioni di stimolazione, con nessun evento avverso serio riferito[9,16,22,23].

CONCLUSIONI

La Stimolazione Percutanea del Nervo Tibiale può migliorare alcuni sintomi nei pazienti con disfunzione del basso tratto urinario, è semplice, sicura, ben tollerata. Queste proprietà, unitamente alla sua economicità, la rendono un'alternativa attraente per il trattamento di pazienti con disfunzioni del basso apparato urinario refrattari ad altri tipi di trattamento o nei quali si rende necessario un approccio non farmacologico. Nell'OAB la sua efficacia si è dimostrata paragonabile al trattamento farmacologico.

BIBLIOGRAFIA

1. Marinkovic SP. New technologies in the management of overactive bladder: current research and future prospects. Ther Adv Urol 2019; apr: 11-17
2. Marcelissen T, Cornu JN, Antunes-Lopes T, Geavlete B, Delongchamps NB, Rashid T, Rieken M, Rahnama'I MS. Management of idiopathic overactive bladder syndrome: what is the optimal strategy after failure of conservative treatment? Eur Urol Focus 2018; 4(5): 760-767
3. Abello A, Das AK Electrical neuromodulation in the management of lower urinary tract dysfunction: evidence, experience and future prospects Ther Adv Urol 2018; 10 (5): 165-173
4. Guzman-Negron JM, Goldman HB. New devices and technologies for the management of overactive bladder. Curr Urol Rep 2017; 18(2): 94
5. Sherif H, Khalil M, Omar R. Management of refractory idiopathic overactive bladder: intradetrusor injection of botulinum toxin type A versus posterior tibial nerve stimulation. Urology 2017; 108: 52-58
6. Stoller M. Afferent Nerve Stimulation for Pelvic Floor Dysfunction [abstract 62]. Eur Urol 1999; 35(suppl 2):16
7. Gray Henry. Anatomy of the Human Body. Philadelphia: Lea & Febiger, 1918; Bartleby.com, 2000
8. McGuire EJ, Zhang SC, Horwinski ER, Lytton B: Treatment of motor and sensory detrusor instability by electrical stimulation. J Urol 1983;129(1):78-9
9. Pachatz C., Petta F., Pietrantuono F., Mirabile G., Milano R., Pierantozzi M., Zuccalà A., Marfia G.A.. Long latency somatosensory evoked potentials: modifications after percutaneous tibial nerve stimulation. Urodinamica 2005; 15: 179-80.
10. Paquette JP, Yoo PB. Recruirment of unmyelinated C-fibers mediates the bladder-inhibitory effects of tibial nervestimulation in a continuous-fill anesthetized rat model. Am J Physiol Renal Physiol 2019; 317(1):163-171
11. Willis-Gray MG, Dieter AA, Geller EJ. Evaluation and management of overactive bladder: strategies for optimizing care. Res Rep Urol 2016; 8: 113-122
12. Abrams P. Describing bladder storage function: overactive bladder syndrome and detrusor oeractivity. Urology 2003; 62(5 suppl 2): 28-37
13. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, et al.Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline . J Urol 2012; 188: 2455-2463
14. Marti BG, Valentini FA, Robain G Contribution of behavioral and cognitive therapy to managing overactive bladder syndrome in women in the absence of contributive urodynamic diagnosis. Int Urogynecol J. 2015; 26: 169-173
15. Vecchioli-Scaldazza C, Morosetti C, Giampieretti R, Lorenzetti R, Maroni M Percutaneus tibial nerve stimulation versus electrical stimulation with pelvic floor muscle training for overactive bladder syndrome in women: results of a randomized controlled study. Int Braz J Urol 2017; 43 (1): 121-126
16. Andersson KE, Chapple CR, Cardozo L, Cruz F, Hashim H, Michel MC et al Pharmacological treatment of of overactive bladder: report from the International Consultation on Incontinence. Curr Opin Urol 2009; 19: 380 – 394
17. Chapple CR, Khullar V, Gabriel Z, Muston D, Bitoun CE, Weinstein D. The effects of antimuscarin treatments in overactive bladder: an update of a systematic review and meta-analysis. Eur Urol 2008; 54: 543-562
18. Vecchioli-Scaldazza C, Morosetti C Effectiveness and durability of solifenacin versus percutaneous tibial nerve stimulation versus their combination for the treatment of women with overactive bladder syndrome: a randomized controlled study with a follow-up of ten months. Int Braz J Urol 2018; 44(1): 102-108
19. Preyer O, Umek W, Laml T, Bjelic-Radisic V, Gabriel B, Mittlboeck M et al. Percutaneous tibial nerve stimulation versus tolterodine for overactive bladder in women: a randomized controlled trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2015; 191: 51-56
20. Burton C, Sajja A, Latthe PM. Effectiveness of percutaneous posterior tibial nerve stimulation for overactive bladder: a systematic review and meta-analysis. Neurourol Urodyn 2012; 31: 1206-1216
21. Vandoninck V., Van Balken MR., Finazi Agrò E., Petta F., Micali F., Heesakkers JP., Debruyne FM., Kiemeney LA., Bemelmans BL. Percutaneous tibial nerve stimulation in the treatment of overactive bladder: urodynamic data. Neurourol Urodyn. 2003;22(3):227- 32.
22. De Seze M, Raibaut P, Gallien P, Even-Schneider A, Denys P, Bonniaud V, Game X, Amarenco G. Transcutaneous posterior tibial nerve stimulation for treatment of overactive bladder syndrome in multiple sclerosis: results of a multicenter prospective study. Neurourol Urodyn 2011; 30(3): 306-311
23. Canbaz-Kabay S, Kabay S, Mestan E, Cetiner M, Ayas S, Sevim M, Ozden H, Karamen HO. Long term sustained effects of percutaneous posterior tibial nerve stimulation treatment of neurogenic overactive bladder in multiple sclerosis patients: 12-months results. Neurourol Urodyn 2017; 36(1): 104-110
24. Garcia MBS, Pereira JS. Electrostimulation of the posterior tibial nerve in individuals with overactive bladder: a literature review. J Phys Ther Sci 2018; 30(10): 1333-1340
25. Propst K, Butler H, O'Sullivan dM, Tunitsky Bitton E. Peripheral tibial nerve stimulation for overactive bladder syndrome: treatment success and patient satisfaction. Conn Med 2017; 81(4): 209-213
26. Del Rio-Gonzales S, Aragon IM, Castillo E, Milla.Espana F, Galacho A, Machuca J, Lara MF, Herrera-Imbroda B. Percutaneous tibial nerve stimulation therapy for overactive bladder syndrome: clinical effettiveness, urodynamic, and durability evaluation. Urology 2017; 108: 52-58

Corrispondenza:

Dr.ssa Ft. Paola Melchiorre
San. Stef. A.R. Abruzzo – Centro ambulatoriale
Roseto degli Abruzzi (TE)
paolam0405@gmail.com

Stato dell'arte

La pedofilia. Parte 1

ANDREA AMBROSETTI

Centro Italiano Studio e Sviluppo Psicoterapia a Breve Termine (CISSPAT)
Associazione Italiana Sessuologia e Psicologia Applicata (AISPA)

Riassunto: Contrariamente alla percezione pubblica, la violazione del sesso minorile (Child Sex Offender\CSO) e la pedofilia non sono la stessa cosa. Solo la metà di tutti i casi di CSO è motivata da preferenza pedofila e una preferenza pedofila non porta necessariamente a CSO. Per poter studiare dal punto di vista psicologico il pedofilo, in questo primo articolo è stata fatta un'indagine storico culturale per comprendere il fenomeno sessuale. Si è indagato sul cambiamento storico culturale e normativo che ha influenzato il DSM nelle sue evoluzioni per poi arrivare a distinguere il pedofilo dall'abusante sessuale, definirne i profili utili per creare un progetto terapeutico e trovare una chiave di lettura efficace nel trattamento del disagio del pedofilo che cerca cura. Si e' indagato inoltre su come distinguere la patologia sottostante ad un reato per fornire un aiuto ai clinici che lavorano nell'area della psicologia giuridica. Nella seconda parte verranno analizzati i vari approcci psicoterapici nel trattamento dei pedofili e come il test di Lüscher ne fotografi il profilo.

Parole chiave: Pedofilia; Storia della pedofilia; Abuso sessuale; Minori; Molestie sessuali; Bambini

Pedophilia. Part1

Summary: Contrary to public perception, Child Sex Offender (CSO) and pedophile are not the same thing. Only half of all CSO cases are motivated by pedophile preference and a pedophile preference does not necessarily lead to CSO. In order to study the pedophile psychologically in this first article a historical and cultural investigation was made to understand the sexual phenomenon. The historical cultural and regulatory change that has influenced the DSM in its evolution has been investigated and the pedophile has been distinguish from the sexual abuser, to define the profiles useful to create a therapeutic project and find an effective reading key in the treatment of discomfort of the pedophile seeking care. It has also been studied how to distinguish the pathology underlying a crime, to provide help to clinicians working in the area of legal psychology. In the second part the various psychotherapeutic approaches in the treatment of pedophiles will be analyzed and how the Lüscher's test may define their profile.

Keywords: Pedophilia; History of pedophilia; Sexual abuse; Minors; Child molester

COMPORTAMENTI PEDOFILI NELLA STORIA

Periodo classico. Il fenomeno della pedofilia ha origini antiche: si trovano riferimenti in tutte le epoche storiche anche se l'atteggiamento nei confronti dei pedofili può dirsi notevolmente cambiato nel tempo. La pedofilia era molto diffusa nella Grecia classica; allora le relazioni omosessuali erano considerate come una forma onorevole, riservata alle classi più alte. Era accettato, normale e benvoluto che un adulto trasmettesse il proprio sapere e la sua esperienza ad un fanciullo adolescente (tra i 12 e i 18 anni). La pedofilia ebbe la massima diffusione tra il VI e il IV secolo A.C.

A Sparta ed Atene avere relazioni sessuali tra maschi, sia adulti che adolescenti, era considerato un gesto educativo che serviva a trasmettere le "virtù" del cittadino. Il coinvolgimento di molti maestri del tempo, tra cui Socrate e Platone, così come la poesia di Alceo e Anacreonte, rendono possibile un' ingente quantità di documenti sulla *pederastia* intesa come relazione sessuale di un adulto e un minore in età compresa tra i dodici e i diciotto anni, considerandola lecita e riconosciuta come forma pedagogico-educativa[1]; a differenza della concezione della *pedofilia*, intesa invece come relazione sessuale con minore di dodici anni, illegale e socialmente riprovevole.

Platone aveva indicato come presupposto filosofico dell'insegnamento l'eros, che è nello stesso tempo desiderio, piacere e amore. L'eros avrebbe permesso di tenere a bada il piacere legato al potere, a vantaggio del piacere legato al dono[2]. In realtà la non considerazione del rischio di seduzione insito in ogni relazione didattica, può aprire le porte alla concretizzazione sessuale dell'eros, come sostiene Weitbrecht: *"Tra l'eros paedagogos (cioè l'amore psichico e spirituale dell'adulto verso il giovane discepolo da lui educato e formato) e il graduale scivolamento verso la pedofilia sensuale il passo è breve"*[3].

Periodo romano. Presso i Romani la pederastia ha continuato ad essere praticata, ma in un certo senso ha subito una sorta di disinvestimento filosofico; il ragazzino libero è sostituito dallo schiavo e dal figlio dello schiavo e talvolta, dal nemico sconfitto. Come ci spiega Foucault, viene così perduta l'eredità della grande speculazione greca sull'amore per i ragazzi, sostituita dalla tendenza alla brutalità e alla sopraffazione[4]. Cantarella, nella sua opera "Secondo natura. La bisessualità nel mondo antico" offre una chiarificazione di quanto sostenuto da Foucault: "*Il giovane romano veniva educato, sin dalla più tenera età, a essere un conquistatore. Imporre la propria volontà, assoggettare tutti, dominare il mondo: questa la regola di vita del romano. E la sua etica sessuale, a ben vedere, altro non era che un aspetto della sua etica politica"*[5]. Cicerone nelle sue invettive moralistiche, non condanna l'omosessualità in quanto tale, condanna solo quella forma particolare di omosessualità che è la pederastia, nel senso ellenico del termine, vale a dire "l'amore per i ragazzi liberi"[5]. All' omosessualità, in definitiva, veniva posto un solo limite: mai ragazzi liberi, che da grandi avrebbero dovuto imparare ad imporsi e a non subire i desideri altrui. Infatti, racconta Plutarco che i romani usavano mettere al collo dei figli una bulla d'oro, affinché «quando giocavano nudi, non venissero scambiati per degli schiavi e fatti oggetto di tentativi di seduzione»[6]. Il problema non era principalmente andare con uno schiavo ma "assumere un modello di vita non consono al modello austero e rigoroso che i romani continuarono ad esaltare e propagandare, anche quando l'aumento della ricchezza, introdusse nella città nuovi lussi e nuove mollezze"[7]. È famosa la Lex Scatinia, in materia di pederastia, secondo la quale in caso di rapporto fra adulti e puer o praetextati (da praetexta, la tunica bianca orlata di porpora che portavano i ragazzi ancora non maturi sessualmente) veniva punito solo l'adulto[8]. L'omosessualità e la pedofilia, non erano condannate se praticate con schiavi e liberti (in quanto era dovere di questi compiacere in tut-

to e per tutto le volontà del loro padrone); era considerata però deprecabile quando un cittadino libero assumeva un ruolo passivo nei confronti di un altro suo pari. Della Lex Scatinia, nata a seguito di un episodio di "stupro" del quale fu vittima il figlio dell'edile Claudio Marcello, non è mai pervenuto il testo e, in relazione alle fonti che la richiamano, si è potuto dedurre che in caso di omosessualità tra due cittadini liberi veniva punito quello che tra i due assumeva l'atteggiamento passivo. La multa era molto salata e ammontava a circa 10.000 sesterzi[9]. La successiva Lex Iulia de adulteriis (18 a.C.) puniva lo stupro solo nei confronti degli uomini liberi, per i servi vi era una sorta di risarcimento in favore del dominus "ex Lege Aquilia"[10].

Medioevo. Nella tradizione giudaico-cristiana la dimensione etico-sociale nei confronti della pedofilia non tiene in considerazione le bambine. Pur ritenendo naturale qualsiasi tipo di rapporto eterosessuale e condannando invece i rapporti omosessuali, sia di tipo attivo che passivo, considera lecito il matrimonio tra una bambina di 10 anni e un uomo molto più anziano, seppur il limite minimo per il matrimonio fosse fissato agli anni 12. Nel Medioevo del XIII secolo era consuetudine l'apprendistato con l'affitto dei bambini ai padroni, tramite il quale si facilitavano i rapporti promiscui tra gli adulti e gli stessi bambini. All'interno di questa cornice sono inseriti gli apprendisti delle botteghe d'arte, che avevano in genere meno di 14 anni e imparavano il mestiere a stretto contatto con il loro maestro.

Ottocento e i primi del Novecento. Nell'ottocento si vive una profonda dicotomia nella considerazione del bambino. Da una parte troviamo le teorie di Rousseau che con *L'Emile* disegna un bambino innocente, primitivo e irrazionale, che deve essere lasciato crescere libero e indipendente, mentre dall'altra fanno capolino le dottrine cristiane, incentrate sulla colpevolezza del fanciullo e sulla sua inclinazione naturale verso il male che necessita di essere frenata, corretta e repressa. Questo dualismo si perpetua anche nel Novecento e la considerazione del bambino come un essere incline al male e alla natura criminosa continua ad avere la meglio sulle teorie rousseauniane. Nel fanciullo si intravede un lato di malvagità e cattiveria che può essere redento solo attraverso l'educazione. Con il tempo la considerazione pedagogica nei confronti del bambino lascia addirittura il posto alle teorie psicologiche e in primis alla psicoanalisi. Il bambino non è colto nella sua integrità anagrafica ma diventa il simbolo di ciò che sarà da adulto. Assume un senso solamente se pensato come un adulto in divenire, come inconscio dell'uomo che diverrà.

I comportamenti sessuali nelle culture. I comportamenti sessuali hanno da sempre subito, nel tempo, giudizi o apprezzamenti di differente genere, a seconda del periodo storico considerato o della cultura di appartenenza. Dobbiamo quindi tenere conto, nelle interpretazioni della sessualità, delle evoluzioni storiche, sociali, religiose, in quanto ciò che viene considerato come "perverso" in un determinato periodo storico potrebbe assolutamente non esserlo per quello successivo. Siamo passati dall'epoca romana, in cui il rapporto omosessuale con un minore schiavo o figlio di uno schiavo faceva da specchio alla politica di sopraffazione del tempo, al cristianesimo che riconsegna valore e dignità al bambino, condannando aspramente la pedofilia. Per gli indiani d'America l'omosessuale rivestiva il ruolo più alto, quello dello sciamano, che per questa sua natura era considerato più vicino alla divinità. Durante l'inquisizione, invece, si veniva condannati al rogo per avere avuto fantasie sessuali, mentre fino a poco tempo fa nella concezione cattolica l'atto sessuale era legato solamente alla finalità del concepimento. Per finire ricordiamo come i musulmani indù considerino sacro il rapporto sessuale: l'essere umano ha il preciso obiettivo di perseguire una armonica realizzazione di sé senza trascurare alcun aspetto della vita terrena, Kamasutra[11]. Negli anni a noi più vicini, lo studio delle parafilie, più note come perversioni sessuali, ha conosciuto due eventi significativi. Il primo, inquadrabile circa negli anni '70, ha rivalutato la sessualità come forza creatrice, modificando fortemente il concetto classico di sessualità in tutte le sue forme soprattutto in quelle inerenti il piacere. E' stato sostenuto dal movimento femminista, dagli anti-psichiatri e dagli studenti che hanno fatto emergere i concetti di sessualità libera, di pari opportunità, prendendo le distanze da giudizi fino ad allora considerati castranti e ipocriti. In questo periodo il concetto di omosessualità è sparito dai manuali relativi ai disturbi mentali, per iniziare un percorso di accettazione che a tutt'oggi non può ancora dirsi concluso. Il secondo nel 1996, quando viene approvata la legge contro l'abuso sessuale, visto non più come un reato contro la morale, ma come un reato contro l'individuo e la sua libertà sessuale e personale.

DEFINIZIONI E CRITERI DIAGNOSTICI

Relativamente alle cause dell'insorgenza della pedofilia non troviamo, a tutt'oggi, una spiegazione condivisa, certa ed univoca. Sembra comunque consolidato che derivi dalla concausa di tre fattori: predisposizione genetica, realtà sociale, condizioni ambientali.

Secondo molti psicologi quando un individuo ha carenze affettive o vive una violenza o un abuso si costruisce un'immagine di sé inadeguata e soprattutto fragile che può portarlo a cercare un affetto incapace di abbandonarlo o di ferirlo e rifiutarlo come quello di un bambino, con il quale immagina di poter vivere una relazione meno angosciante che con un adulto.

Si intende per pedofilia l'attività sessuale con bambini prepuberi (in età inferiore ai 13 anni). Il soggetto pedofilo deve avere almeno 16 o più anni e deve essere almeno 5 anni più grande del bambino[12]. Per i soggetti tardo-adolescenti considerati pedofili non viene specificata una precisa differenza di età ed è necessario tenere conto sia della maturità sessuale del bambino che della differenza di età tra i due. Alcuni soggetti preferiscono i maschi, altri le femmine, mentre alcuni sono eccitati sia dai maschi che dalle femmine. Se attratti dalle femmine di solito prediligono le bambine tra gli 8 e i 10 anni, mentre se attratti dai maschi di solito preferiscono bambini un po' più grandi. Generalmente ci sono più vittime femminili che maschili. Alcuni pedofili sono attratti sessualmente solo da bambini (*tipo esclusivo*) mentre altri sono talvolta attratti da adulti (*tipo non esclusivo*)[13]. Rispetto all'atto i pedofili agiscono in modo differente: alcuni guardano e/o accarezzano i bambini, altri si masturbano avendoli vicino, altri passano al cunnilungus o alla penetrazione con dita, col pene o con altri corpi estranei. Nell'immaginario giustificatorio del pedofilo, il bambino ricava piacere da tutto questo o addirittura lo accetta come conseguenza dei suoi atti provocanti. I pedofili si rivolgono a bambini dell'ambito familiare o a soggetti non appartenenti alla propria cerchia parentale; talvolta mettono in atto tecniche per avvicinarsi ai bambini che desiderano quali ottenere la fiducia della loro madre o avvicinarsi a donne sole con figli. Sono frequenti i tentativi di minaccia nei confronti dei bambini per evitare che raccontino a qualcuno l'accaduto.

Generalmente il pedofilo è attento ai bisogni del bambino per ottenerne il compiacimento e la vicinanza. Inizia di solito nell'adolescenza sebbene alcuni soggetti riferiscano di essere stati eccitati da bambini solo al raggiungimento della mezza età[14]. La frequenza del comportamento varia spesso a seconda dello stress psicosociale[13]. Il decorso è generalmente cronico specie in coloro che sono attratti dai maschi.

Tabella 1. Child Molester situazionali

	Regressiva	Moralmente indifferente	Sessualmente indifferente	Inadeguato
Caratteristiche	Scarse abilità di adattamento	Sfrutta la gente	Sperimentatore sessuale	Socialmente non integrato
Motivazioni	Sostituzione	Perché no?	Noia	Insicurezza e curiosità
Scelta vittima	Disponibilità	Vulnerabilità e opportunità	Vittime nuove e diverse tra loro	Non vissuta minacciosa
Modus operandi	Coercizione	Lusinga, forza o manipolazione	Coinvolgimento in attività reali	Sfrutta la differente stazza fisica
Collezione materiale pornografico	Possibile	Di tipo sadomasochistico Riviste specializzate (Detective magazine)	Altamente apprezzata e di vario genere	Apprezzata

Il tasso di recidive nei soggetti con pedofilia con preferenza per maschi è all'incirca doppio rispetto a coloro che preferiscono femmine. In ambito psicologico la pedofilia è considerata uno stato d'eccitazione deviante verso oggetti o partner inadatti, spesso derivante dall'incapacità di creare un'intimità emotiva e sessuale "sana". Anche se questo disturbo ha una forte connotazione maschile, non è superfluo ricordare che un certo numero di pedofili è di sesso femminile[15].

L'evoluzione del DSM. Il (DSM), manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, fu pubblicato nel 1952 a cura dell'Associazione degli Psichiatri Americani (APA). Attraverso una valutazione multiassiale, dà un inquadramento diagnostico ai vari disturbi psichiatrici. Gli assi presenti nel DSM sono cinque e ciascuno di essi tratta specifiche classi di informazioni. E'interessante osservare come si modifichino nel tempo gli inquadramenti relativi alle devianze sessuali. Nella prima edizione del 1952 erano all'interno del capitolo dei disturbi di personalità psicopatica, poiché le perversioni erano considerate al pari del reato. Nel 1958, nel DSM II[16], le medesime furono collegate ai disturbi di personalità isterico, narcisistico, borderline. Con la terza edizione del 1980 e la terza riveduta nel 1987, le perversioni non solo costituiscono un capitolo a sé stante ma il loro termine è mutato in "parafilia"[17], anche se per una motivazione di tipo morale. Inoltre, all'interno della terza edizione, alcune perversioni come l'omosessualita', il coito anale e quello orale scompaiono pur restando in alcune parti del mondo reati perseguibili penalmente. Nel DSM IV[13] del 1994 sono stati introdotti nel capitolo delle parafilie riferimenti al genere e alla cultura, condizioni mediche generali e distinzioni tra fantasie che creano disagi e fantasie impiegate per aumentare semplicemente l'eccitazione. Rispetto al DSM IIIR[17], è mutato il criterio da:" il soggetto ha messo in atto questi impulsi o appare marcatamente a disagio a causa di questi[14]" a: "le fantasie, gli impulsi sessuali o i comportamenti causano disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre importanti aree"[17].

Oggi nel DSM 5 i criteri clinici non sono cambiati ma l'etichetta e' stata modificata da "pedophilia" a "pedophilic disorder"[18]. Nel DSM-5 "colui che mostra un'attrazione sessuale e agito verso i bambini mostra un disagio clinicamente significativo e una compromissione dell'area sociale e psicologica. Il termine *disorder* è stato tradotto come *disordine* e non come *disturbo*. Considerare la pedofilia un "disordine" e non una "patologia" declasserebbe il problema, rendendola una "patologia non più patologica".

I criteri diagnostici. Tra le varie distinzioni della pedofilia operate dalla psico-sessuologia, una molto importante è quella tra pedofili *regrediti* (*regressed*), coloro cioè nei quali l'attrazione verso soggetti pre-puberi è preceduta da forme più mature di attrazione sessuale, e pedofili *fissati* (*fixed*) in cui vi è un arresto temporaneo o permanente dello sviluppo psico-sessuale e fin dall'adolescenza un atteggiamento di tipo pedofilo[1]. Mentre i pedofili *fissati* raramente intrattengono relazioni sessuali adulte, sono spesso celibi e tendono ad essere attratti da (o a mettere in atto comportamenti sessuali pedofili verso) sconosciuti o vicini di casa, i pedofili *regrediti* spesso hanno relazioni sessuali adulte e sono sposati, non sono quasi mai omosessuali e tendono a rivolgersi sessualmente a individui più giovani in conseguenza di frustrazioni e conflitti di relazione con soggetti della loro età. La "scelta pedofila" costituirebbe un mezzo di soddisfazione sostitutivo di "normali" relazioni adultofile[19].

Gli studiosi della materia[20] hanno operato una distinzione che differenzia il *pedofilo* dal *Child Molester* (CM). CM definisce quel soggetto che "si intrattiene in realtà sessuali illecite con minori, indipendentemente dal sesso, dall'unicità o ripetitività degli atti, dalla presenza o assenza di condotte violente; se la vittima sia pubere o prepubere, conosciuta o meno, legata o meno da vincoli di parentela con l'aggressore"[21]. Non tutti i pedofili sono CM, tanto che per il DSM-IV il pedofilo ha spesso a che fare con situazioni di fantasia, di "non agito"; utilizza l'autoerotismo, si circonda anche di adulti con fattezze fisiche simili ai bambini per realizzare le proprie fantasie[13]. A sua volta non sempre il CM può essere considerato un pedofilo: può avere dei rapporti con bambini per casualità, curiosità, per momentanea disponibilità, per poi scegliere di fatto di avere rapporti con adulti[19]. Burgess, Groth e Holmostrom[22] e soprattutto Ken Lanning[23] hanno proposto una differenziazione in due gruppi, i CM ***situazionali*** (Tabella 1) e i CM ***preferenziali*** (Tabella 2), a loro volta ripartiti in sottocategorie[19].

I CM ***situazionali*** sono aumentati di numero negli ultimi

Tabella 2. Child Molester **preferenziali**

	Seduttivo	Introverso	Sadico
Caratteristiche	Manifesta preferenza sessuale per i bambini; colleziona pornografia infantile e oggettistica erotica	idem	idem
Motivazioni	Identificazione	Timore, incapacità a comunicare	Bisogno di infliggere dolore
Scelta vittima	Preferenza di genere ed età	Estranei o molto giovani	Preferenza di genere ed età
Modus operandi	Modalità seduttive	Contatti sessuali non verbali	Lusinga o forza

anni: hanno la caratteristica di non rivolgersi solamente ai bambini ma anche a soggetti appartenenti a categorie deboli come disabili e malati di mente. Questa tipologia contiene quattro sottocategorie[24]:
CM *regressivi*: hanno problemi di adattamento sociale e una forte ansia che li spinge a cercare nei bambini un sostituto al partner adulto con il quale non sarebbero in grado di tessere una relazione. Possono rivolgere le loro azioni all'interno della famiglia a seguito di eventi stressanti; frequente l'uso di materiale pornografico.
CM *moralmente indifferenti*: sono abusatori che mettono in atto una parte di quel comportamento manipolatorio, seduttivo, di sfruttamento, che utilizzano quotidianamente in altri ambiti sociali. Sono degli sfruttatori di situazioni che approfittano di tutti coloro che hanno a fianco per trarne vantaggio, mentendo senza scrupoli. Si rivolgono soprattutto a bambini esterni alla cerchia familiare, ma possono abusare anche dei figli.
CM *sessualmente indifferenti*: sono soggetti che hanno bisogno di sperimentare realtà nuove, ovviamente anche dal punto di vista sessuale. Quindi in questo caso i bambini rappresentano un'esperienza di novità. Appartengono a ceti alti, possono aggredire molti bambini.
CM *inadeguati*: all'interno di questa categoria troviamo soggetti con ritardo mentale, con demenza senile, psicotici. Hanno difficoltà sociali e relazionali, spesso vivono ancora con i genitori; per loro il bambino è il simbolo dell'adulto con il quale vorrebbero relazionarsi, ma senza riuscirvi.
Alla categoria dei Child Molester ***preferenziali*** appartengono soggetti con capacità socio economiche generalmente più elevate rispetto ai Child Molester situazionali; i loro desideri sono solitamente indirizzati per fasce d'età e sesso (le loro vittime sono soprattutto maschi)[25]. Vi si distinguono tre seguenti sottocategorie:
CM *seduttivi*: adescano i bambini con un serrato "corteggiamento" fatto di regali, affettuosità, attenzioni. Molti di loro sono coinvolti con più minori appartenenti ad uno stesso gruppo (scout, medesima scuola, stesso centro sportivo)[20].
CM *introversi*: assomigliano alla categoria precedente dei seduttivi ma mancano di capacità seduttiva di adescamento con la quale potersi relazionare alla vittima. Per questo motivo si rivolgono a soggetti più piccoli o addirittura a sconosciuti verso i quali possono mettere in atto comportamenti esibizionisti e atti osceni.
CM *sadici*: sono numericamente inferiori alle altre tipologie. La loro spinta ad agire, come dice il nome, ha una parte sadica rappresentata dal piacere di infliggere dolore e sofferenza alla vittima[19].
Holmes[26] propone invece una suddivisione dei CM in quattro categorie, l'*immaturo,* il *regressivo,* il *sadico* e, con definizione di Lanning[24], la nuova categoria del *fissato* (*fixed*) che, per la psicoanalisi, si riferisce al soggetto che non ha ben superato la fase dello sviluppo psicosessuale, poco o nulla impegnato in attività con coetanei, single e spesso infantile nei comportamenti e nello stile di vita tanto da venire considerato, da quanti lo conoscono, immaturo e inadeguato.
Secondo O'Connor[27], i CM sono sia soggetti che operano scelte incestuose sia coloro che agiscono sessualmente al di fuori di legami di parentela. Il CM *incestuoso* è, in genere, un genitore inibito ed introverso che soffre di bassa stima verso se stesso e di un irrealistico senso del sé e della propria identità; spesso proviene da famiglie disgregate, di bassa estrazione sociale, culturale ed economica. Nega quasi sempre i fatti evitando di assumersi responsabilità, le famiglie di appartenenza sono sovente basate su rapporti di sudditanza con un padre-padrone e una madre "geisha" impegnata in un ruolo supportivo. Quando il CM incestuoso è il padre approfitta spesso di un'assenza prolungata della moglie per molestare i figli nel tentativo di soddisfare l'assenza del partner sessuale; la vittima dunque viene indotta a riconoscersi in un ruolo più importante e simile a quello dell'adulto nel sostituire la figura della madre assente.

Fig 1. Disegno fatto liberamente (senza consegne da parte di un "tecnico") da un bambino di otto anni in osservazione per sospetto abuso. Colpisce: la divisione tra le due figure umane, la macchia nera. Alla richiesta al bambino di spiegare che cos'è , il bimbo risponde: il sole. Lo si potrebbe leggere come la rappresentazione di un mondo senza luce. Di rilievo sono le tasche disegnate sui calzoni, indice di abuso. I segni grafici e spaziali sono coerenti con l'età.

L'offender pedofilo che agisce al di fuori dei legami parentelari, secondo O'Connor, è un tipo estroverso e che gode di un'alta autostima; è spesso pieno di sé, sicuro e capace di buona espressione. In genere proviene da famiglie di media estrazione sociale, stabili. È in grado di razionalizzare i fatti e di assumersi le proprie responsabilità e non soffre in genere di problemi di alcolismo; l'eventuale matrimonio o convivenza assolve di frequente la funzione di "copertura" di storie sessuali che includono omosessualità o forme di devianza e perversione sessuale[27].

LA PERSONALITÀ DEL PEDOFILO: ASPETTI CLINICI

La letteratura psichiatrica ha cercato di delineare, spesso in modo univoco, la personalità del pedofilo senza però riuscirvi in quanto definizioni e opinioni al riguardo sembrano essere molto differenti. Nonostante varie teorie siano condivise da più autori rimane la consapevolezza che non sia possibile delineare un profilo psicologico chiaro e definito del pedofilo. Possiamo comunque cercare di leggere le varie teorie per definire un quadro generale delle sue caratteristiche.
Una prima distinzione condivisa da più autori, differenzia i *pedofili psicopatologici* da quelli *non psicopatologi*ci. Questi ultimi sono degli immaturi sessuali, infantili, con caratteristiche di carenza affettiva e passività. Si rivolgono all'oggetto delle proprie attenzioni con lo stesso atteggiamento che avrebbero voluto che la madre avesse nei loro confronti, mettendo in luce la componente di inadeguatezza e di immaturità che li caratterizza. I pedofili psicopatologici invece, sono accomunati da varie forme di disturbo mentale. Nass[28] ne ha tracciato uno specifico profilo: 1. Scarsa esperienza sessuale, sviluppo tardo; 2. Degenerazione della personalità, disturbi del sistema ormonale; 3. Normale pulsione sessuale senza eros con l'unico obiettivo di soddisfare i propri desideri sessuali; 4. Collegamento tra pulsione sessuale ed eros; 5. Labilità endogena soprattutto in ambito sessuale; 6. Personalità criminale che trova soddisfazione nell'esercizio delle pulsioni sessuali; 7. Incapacità funzionale della pulsione sessuale.

Plaut[29] condivide con Nass la concezione che il pedofilo sia un immaturo dal punto di vista sessuale, incapace di tessere relazioni adeguate con il suo oggetto, incapace anche di scegliere effettivamente l'oggetto d'amore. Secondo Wyss[30] i pedofili sono sicuramente immaturi ed infantili ma hanno anche dei tratti di maturità: sembra che abbiano in realtà delle fantasie e degli impulsi "normali" che però non riescono ad esprimere nel rapporto con persone adulte sessualmente mature. Se esistono nel cosiddetto pedofilo fantasie sessuali verso partner maturi dell'altro sesso, sono per lui sufficienti per non parlare di perversione.

Jaria[31], in Italia, ha condotto studi approfonditi, presso la Sezione giudiziaria dell'Ospedale psichiatrico di Castiglione delle Stiviere (MN), descrivendo casi studiati distribuiti tra schizofrenici, alcoolisti, psicotici, frenastenici. Sembra che i soggetti in questione abbiano tre caratteristiche condivise[32]: 1. *Immunità affettiva*: sono egocentrici, con scarsa tollerabilità alle frustrazioni, incapaci di accettare le critiche. Non hanno freni inibitori di fronte all'urgenza sessuale; 2. *Identificazione deficitaria:* non si è sviluppato un adeguato processo di ricerca della propria identità. Il legame oggettuale primario è patologico; 3. *Relazioni interpersonali inadeguate*: non è stato appreso un chiaro modello di comportamento e a seguito di questo si sono sviluppate inadeguate relazioni, infantili, immature, manipolative, di opposizione[33].

Un'ultima considerazione è relativa alla consapevolezza dell'agire del pedofilo. Nel caso di un pedofilo *non conflittuale* c'è la volontà di soddisfare solo le proprie pulsioni e un atteggiamento egoista che manca di completa empatia nei confronti dell'altro. Il pedofilo *conflittuale* invece vive un conflitto tra fantasie e agito che può portare ad uno stato di disagio e di sofferenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Morin E. La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero. Raffaello Cortina, Milano, 2000
2. Calasso R. Le nozze di Cadmo e Armonia. Adelphi, Milano, 1988
3. Weitbrecht HJ. Compendio di psichiatria. Piccin, Padova, 1970; p. 31
4. Foucault M. L'uso dei piaceri. Storia della sessualità 2. Feltrinelli, Milano, 1984
5. Cantarella E. Secondo natura. La bisessualità nel mondo antico. Rizzoli, Milano, 1995; p. 10, 129-136
6. Plutarco. Dell'educazione dei figliuoli. A cura di Hilda Montesi. Sansoni, Firenze, 1916; p. 52
7. Cantarella E. op. cit. pp. 136
8. Di Berardino A. L'omosessualità nell'antichità classica. L'Osservatore Romano 5,8,12,15 Marzo 1997
9. Dalla D. Ubi Venus mutatur. Giuffrè Editore, 1987
10. Ruiz A, Guarino A, Pugliese G. Il Diritto romano. La costituzione, caratteri, fonti, diritto privato, diritto criminale. Jouvence, Roma, 2002
11. Vatsyayana M. KāmaSūtra. VI secolo
12. Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana, serie generale, n. 235, dell'8 ottobre 2012. Legge 1 ottobre 2012, n. 172 Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, nonche' norme di adeguamento dell'ordinamento interno. 12G0192; GU n.235 del 8-10-2012
13. American Psychiatric Association (APA). Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV). American Psychiatric Press, Washington DC, 1994. Masson, Milano, 1996
14. McDougall J. A favore di una certa anormalità, trad. it., Borla, Roma, 1993.
15. Bonafiglia L. Pedofilia! Perché? L'esigenza di confini, Ed. Carlo Amore, 2003
16. American Psychiatric Association (APA). Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-II). American Psychiatric Press, Washington DC. Masson, Milano, 1968
17. American Psychiatric Association (APA). Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III-R). American Psychiatric Press, Washington DC, 1987. Masson, Milano, 1988
18. American Psychiatric Association DSM 5. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2013
19. Silvia Furfaro. Pedofilia. Un fenomeno giuridico e sociologico ed. da Pacini Giuridica Editore; 2004 cap 3;5
20. Burgess AW, Groth AN, Holmostrom LL. Sexual assault of children and adolescent. Lexington Books, Lexington, 1980
21. Lanning KV. Child Molester:a Behavioral Analysis, National Center for Missing and Exploited Children, Arlington, Virginia, 1992, p. 18.
22. Groth AN, Hobson W, Gary W. The Child Molester: Clinical Observations, in J. Conte, a cura di D. Shore Social Work and Child Sexual Abuse, Haworth, New York, 1982; p. 129-144
23. Lanning KV. Child Molester: a behavioral analysis, National Center for missing and exploited children, Arlington, Virginia 1992; p. 18
24. Lanning KV. Child Sex Ring: a Behavioral Analysis, National Center for Missing and Exploited Children. Arlington, Virginia
25. Maggi M, Picozzi M. Pedofilia non chiamatelo amore. Guerini e Associati, 2003, pp 24-29
26. Holmes R, Holmes ST. Profil on Violent Crimes. An Investigative Tool. Sage, London; 1996
27. O'Connor TR. Treatment in transition: the role of psychiatria correction. J Contemp Criminal Justice 2001; 13: 81-100
28. Nass G. Unzucht mit Kinder - Das Sexualdelik unserer Zeit, in Mschr. Krim. u Strafr; 1954; 37
29. Plaut P. Der Sexualverbrecher und Seine Persönlichkeii. Enke, Stoccarda, 1960
30. Wyss R. Unzucht nit kindern, Springer, Berlin 1967, cit. In Capri P. Il profile del pedofilo. Realtà o illusione? Seminario di psicologia giuridica. Siracusa, 1977
31. Jaria A. Contributo allo studio della pedofilia e delle sue implicanze psichiatrico-forensi, in Il lavoro neuropsichiatrico; 1968; 44 3
32. Jaria A, Capri P, Lanotte A. Osservazioni e riflessioni psicopatologiche e peritali relative ad un caso di pedofilia. 1° Congresso Internazionale di Psichiatria Forense, Università di Roma, "La Sapienza";1993; 2-3,
33. Jaria A, Capri P, Lanotte A. Aspetti e problemi attuali della pedofilia, in A. Palma, F. De Marco L'amore da Edipo a Orfeo. La Bussola Ed. Ferentino, 1995

Corrispondenza:

Dr. Andrea Ambrosetti
Psicologo, psicoterapeuta, sessuologo clinico, ipnosi medica
Via Sant'Antonio 2 Noventa Padovana, 35010 Padova, Italy
email: andrea.ambrosetti@ordinepsicologiveneto.it
Tel 0039-393 703 8264

Fincopp Lombardia: perché un'associazione di pazienti a sostegno di pazienti

PASQUALE INTINI

Politerapica, Seriate, Bergamo
Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico (Fincopp Lombardia)

Riassunto: Si stima che in Italia siano 5.000.000 le persone che soffrono di incontinenza. Un dato molto probabilmente errato per difetto. E' appurato infatti che molti non trovino il coraggio di affrontare questo disturbo e non lo raccontino neppure al proprio medico. Un disturbo pesante per il forte impatto sulla sfera emotiva e relazionale della persona, prima che su quella fisica. Quando si parla di mancato controllo degli sfinteri, si entra in una dimensione tabù, che procura vergogna, senso di fallimento, paura di essere scoperti e, quindi paura di relazionarsi con altri. Paura anche all'interno dei rapporti familiari. Senza parlare dei costi, quelli a carico del cittadino, quelli a carico del servizio sanitario e quelli a carico del sistema economico per l'assenteismo che l'incontinenza e i suoi effetti secondari producono. Tutto questo però è ingiusto prima ancora che inutile. L'incontinenza e i disturbi del pavimento pelvico si curano, spesso si prevengono, in molti casi sono quasi "fisiologici", effetto di muscoli - quelli del pavimento appunto - e che hanno la funzione di controllare, chiudere e aprire gli sfinteri ma che hanno perso tono ed elasticità e quindi capacità funzionale. Un'associazione di pazienti serve a fare cultura intorno a questa tematica. Cultura tra chi soffre e tra i cittadini, cultura nelle strutture sanitarie e cultura nelle istituzioni preposte alla salute della popolazione. Cultura per uscire dal cono d'ombra della vergogna e da quello dell'ignoranza, per educare e per vivere.

Parole chiave: Incontinenza; Disturbi pelvici; Sfinteri; Prevenzione; Informazione

Fincopp Lombardia. Why an association of patients to support patients

Abstract: It is estimated that in Italy there are 5,000,000 people suffering from incontinence. A data very probably wrong by default. In fact it has been established that many do not find the courage to face this problem and do not even tell their doctor. A a serious disability due to the strong impact on the emotional and relational sphere of the person, even more than physical one. When we talk about the lack of control of the sphincters, we enter a taboo dimension, which brings shame, a sense of failure, fear of being discovered and therefore a fear of relating to others. Fear even within family relationships. Not to mention the costs, those in charge of the citizen, of the health system and of the general economy due to the absenteeism that incontinence and its secondary effects produce. All this is unfair to the person besides being detrimental. Incontinence and pelvic floor disorders are cured, often prevented, in many cases they are almost "physiological", the effect of muscles - those of the floor precisely - and which have the function of controlling, closing and opening the sphincters but who have lost tone and elasticity and therefore functional capacity. An association of patients serves to make culture around this issue. Culture among those who suffer and among citizens, culture in health structures and culture in institutions responsible for the health of the population. Culture to get out of the shadow of shame and ignorance, to educate and live.

Keywords: Incontinence; Pelvic disorders; Sphincters; Prevention; Information

Alzi la mano chi non conosce una donna che ha già partorito e che perde goccine di urina quando salta, corre o ride, la quale non si sia sentita dire dal suo ginecologo che si tratta di un evento normale dopo i parti. Alzi la mano chi non conosce una donna che si sia sentita dire le stesse cose da amiche, parenti o conoscenti. Non un problema, dunque, ma un evento quasi fisiologico che può verificarsi dopo la maternità e col quale convivere senza troppi pensieri. Già, normale. Qui sta il punto perché dietro quel "normale" c'è un universo di scorretta interpretazione, di scarsa conoscenza e di sottovalutazione di un disturbo che non è affatto ineluttabile.

Vale la pena di prenderla un po' alla larga e parlare del pavimento pelvico, che non è una base di mattoni su cui si cammina, ma che è la base del tronco dell'essere umano, quella zona che si trova in mezzo alle cosce e che comprende l'area genito-urinaria e l'area anale. Il pavimento pelvico è costituito da tessuti muscolari e connettivali e ha tre funzioni principali: sostenere gli organi pelvici, contrastare le pressioni endo-addominali e concorrere alla continenza. Quest'ultima attività, per quanto riguarda la parte urinaria, è svolta attraverso muscoli che assicurano l'apertura e la chiusura degli sfinteri interno ed esterno dell'uretra, il tubicino entro cui scorre l'urina dalla vescica all'esterno del corpo. Muscoli, appunto, strutture elastiche soggette ad usura e a perdita di tono come qualsiasi altro muscolo del corpo umano. Succede ai muscoli del braccio, del petto, dei glutei, delle gambe. Per questi, però, nell'immaginario collettivo, c'è una "cura": l'esercizio fisico corretto per mantenerli elastici e tonici e per ritardarne l'indebolimento. Lo stesso non ci viene da pensare per i muscoli pelvici. Eppure, se solo provassimo a tenere un elastico teso tra due mani per nove mesi, sul quale appoggiassimo un peso crescente durante tutto questo periodo e, al termine, lo portassimo alla massima estensione piuttosto velocemente e magari anche con uno strappo, non ci sembrerebbe strano che possa diventare flaccido e non riuscire più a svolgere le sue funzioni. Semplicemente non ci pensiamo o, ancora più semplicemente, non sappiamo. Non sappiamo quindi che quei muscoli del pavimento pelvico che concorrono alla continenza e che dopo un parto possono avere perso il loro tono, non riuscendo più a tenere chiusi correttamente gli sfinteri, possono essere irrobustiti e tornare a svolgere la loro funzione. Non sappiamo. Questo è il primo punto. Non sappiamo noi, non si sa in quella dimensione di nozionismo diffuso che pervade la comunità umana. Non ce lo ha detto nessuno, non siamo andati a chiederlo. Sul non sapere e sul non informarsi torneremo più avanti. Dunque esiste una sola soluzione: la rassegnazione e l'uso di quei pannolini profumati che hanno sostituito i salvaslip e che permettono alle signore di salire senza timore in ascensore o di andare al carnevale di Rio. Finché si tratta solo di goccine.

Perché l'incontinenza urinaria da sforzo femminile in età pre-menopausale (fin qui abbiamo parlato solo di questa: incontinenza urinaria, da sforzo, femminile, in età pre-meopausale; vedremo più avanti che i disturbi o le disfunzioni

pelviche sono molti di più: incontinenza urinaria e incontinenza fecale, incontinenza da sforzo, da urgenza o mista, ritenzione urinaria, stipsi, dissinergismo, vescica iperattiva, prolassi, dispareunia e altri ancora) può essere connotata con perdite molto più importanti per frequenza e quantità al punto che il pannolino profumato può non bastare più. Non solo: può evolvere per trascuratezza così come un muscolo che sta perdendo tono e non viene allenato, molto probabilmente, continuerà sempre più a perdere tono, complice anche l'età che avanza.

Scrivevamo più sopra che non sappiamo. Non sappiamo che l'incontinenza – come molti altri disturbi del pavimento pelvico - si cura e dall'incontinenza si può guarire. Non lo sappiamo noi, ogni giorno scopriamo che non lo sanno molti medici, non lo sanno le istituzioni sanitarie e amministrative.

Eppure il problema è enorme. Si stima che, in Italia, soffrano di incontinenza 5.000.000 di persone - uomini, donne e pure bambini - escluse ovviamente quelle in età neonatale e quelle in vecchiaia che, anche a causa di patologie neurodegenerative, perdono il controllo delle funzioni fisiologiche. Secondo una ricerca condotta in sei Paesi Europei nel 2005 (Irwin, D. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social inteactions and emotional wellbeing in six European countries. Br J Urol Int 2005; 97: 96-101), di sola incontinenza urinaria soffre il 27% (ventisettepercento) della popolazione tra i 55 e i 64 anni di età. Più di una persona su quattro in piena età attiva!

5.000.000 di persone rappresentano una fetta considerevole di popolazione, ma il numero reale è probabilmente maggiore, essendo noto agli operatori che si occupano di questa tematica quanta fatica facciano ancora le persone affette da questo disturbo a raccontarlo o anche solo a ricorrere al medico. Un fenomeno con conseguenze gravissime su chi ne soffre, sui loro cari, sulla comunità, sul sistema sanitario, con pesanti impatti sul piano umano, relazionale ed economico.

Chi ne soffre, non conoscendo le possibilità di cura ma non avendo neppure il coraggio di cercarle, stante l'alea di vergogna che circonda questi disturbi, il più delle volte tende a nascondere sé stesso e il suo problema al mondo: si isola, riduce le frequentazioni, l'attività fisica, le attività comuni, l'attività sessuale, riduce di fatto il suo ruolo all'interno della famiglia e della società. Questo avviene contemporaneamente al processo della perdita di autostima e al formarsi di sensazione di inutilità, di paura di essere scoperto, di ansia e di depressione. Diminuisce in modo considerevole il vivere della persona con conseguenze su sé stessa e sulla famiglia, sul rapporto coniugale, sulle frequentazioni sociali e lavorative.

Ed eccoci arrivati, in questo excursus, ad un punto che impone una riflessione: la definizione di salute enunciata dall'OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità. "Salute, afferma l'Agenzia dell'ONU, non è assenza di malattia ma stato di completo benessere fisico, psichico e sociale". Esattamente le tre condizioni che non sono soddisfatte nelle persone che soffrono di incontinenza: manca il benessere fisico, posto che il disturbo è un disturbo e che, assai spesso, con esso se ne presentano altri; manca il benessere psichico per le conseguenze della malattia su questa sfera così come sono state accennate sopra; manca il benessere sociale, posti l'isolamento e la tendenza a cessare frequentazioni e relazioni da parte di chi ne soffre, sia all'interno della famiglia, sia la suo esterno. Non è un caso che l'incontinenza sia stata definita uno dei tre giganti dell'invecchiamento, insieme a confusione mentale e cadute per inadeguato controllo posturale.

Osservando ancora che fin qui abbiamo trattato soprattutto di incontinenza "urinaria femminile da sforzo pre-menopausale", si impone una riflessione su quali impatti possano essere prodotti sulla salute della persona e su quella della comunità da altre patologie del pavimento pelvico: incontinenza urinaria femminile da sforzo post-menopausale, dove l'impatto psicologico può essere aggravato dalla condizione emotiva prodotta dall'ingresso in un'età della vita spesso collegata con quella della decadenza; incontinenza urinaria maschile e deficit erettile con quello che comporta per il significato simbolicamente attribuito alla "salute" del pene nella nostra società; incontinenza fecale e ai gas, dove il disturbo diventa assai difficile da nascondere; dispareunia (dolori nella donna durante i rapporti sessuali) con le pesanti conseguenze nella sfera della sessualità e della dinamica di coppia. Dovrebbe essere facile comprendere come la dimensione complessiva di quanto stiamo raccontando assuma livelli enormi e che dovrebbero suscitare grande attenzione nelle istituzioni preposte alla salute individuale e a quella pubblica.

E non abbiamo parlato dei costi. Costi a carico del paziente e del bilancio familiare per l'acquisto dei dispositivi. Costi a carico del sistema economico per l'assenteismo conseguente ai timori e alla depressione. Costi a carico del servizio sanitario pubblico per i dispositivi che è previsto siano forniti attraverso il servizio stesso e per la cura e l'assistenza delle altre malattie conseguenze dell'incontinenza. Costi a carico del sistema sociale in senso lato per la diminuita capacità di apporto da parte dei pazienti.

Di tutto questo, peraltro, il paziente sa molto poco. Non sa esattamente quali siano le cause del suo disturbo, non sa che la sua non è un'eccezione, non sa quante altre persone intorno a lui soffrano dello stesso problema e non sa quanto e come si possa curare. E' solo con il suo peso, le sue paure e la sua ignoranza. Solo per un solo motivo: perché non è l'unico a ignorare. Intorno a lui ignorano in molti. Ignora la gente, ignora grossa parte del mondo sanitario, ignorano le istituzioni. La prima si limita a pensare quanto possa fare schifo avere perdite e puzzare, il secondo e le terze, probabilmente, ritengono di avere altro di cui occuparsi. Già, perché di incontinenza non si muore. Volendo però parafrasare un'espressione divenuta comune tra gli operatori che si occupano di disturbi pelvici, "è vero, di incontinenza non si muore ma l'incontinenza uccide la vita" e questo, considerate le dimensioni del fenomeno incontinenza, dovrebbe preoccupare.

Abbiamo cercato di descrivere sia pure sommariamente, il fenomeno incontinenza e disturbi pelvici, le sue dimensioni, i suoi impatti umani, relazionali, sociali ed economici, la solitudine di chi ne soffre e abbiamo accennato all'inutilità di tutto questo posto che l'incontinenza può essere trattata, curata e, soprattutto, presa in carico nella sua completezza. Presa in carico è un'espressione che sta diventando sempre più di moda, rispetto alle persone che soffrono di patologie la cui incidenza sta crescendo sempre più col crescere dell'aspettativa di vita. "Presa in carico", insieme a "multidisciplinarietà", dovrebbe essere il corretto modo di affrontare le patologie e i disturbi pelvici. Siamo però ancora piuttosto lontani. Manca la necessaria sensibilizzazione e, con essa, le conseguenti scelte politiche, amministrative e sanitarie. Il risultato è che questi disturbi, invece di essere curati come potrebbero essere, sono "tras-curati".

Qui nasce la ragione di un'associazione di pazienti a sostegno di pazienti. Questa è la Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico Lombardia OdV. Nata a Maggio 2018, sulla scorta delle esperienze maturate da Fincopp nazionale nei suo venti anni di vita, a livello parlamentare, governativo, istituzionale e territoriale, Fincopp Lombardia ha lo scopo di realizzare a livello regionale,

sociale e di territorio, attività a sostegno diretto e indiretto di chi soffre di disturbi del pavimento pelvico.
Coerentemente con l'analisi esposta più sopra, sono quattro le sue linee di azione: 1) verso e a sostegno dei *pazienti*, anche con uno sportello di ascolto, 2) verso la *sanità*, con progetti di formazione, 3) verso il *territorio*, con azioni di informazione e sensibilizzazione, 4) verso le *istituzioni regionali*, da condursi in modo sinergico e combinato tra loro, potendo fare affidamento sulle esperienze e i vissuti di quei pazienti che attraverso il tunnel dell'incontinenza e dei disturbi pelvici ci sono passati e che hanno sperimentato in prima persona le difficoltà e, spesso, il vuoto di conoscenza e di sensibilità che caratterizza queste patologie nei diversi ambiti.
Verso e a sostegno dei *pazienti* per essere a loro disposizione con informazioni e indicazioni corrette. Lo sportello di ascolto è seguito da volontari che si tengono in relazione con i diversi specialisti, soci di Fincopp Lombardia. Di questi fanno parte ginecologi, urologi, neuro-urologi, colon-procotologi, fisiatra. Con loro, riabilitatori del pavimento pelvico, psicologi, dietologi. Questa organizzazione permette di prendere in carico la persona e il suo problema, sostenere l'una e valutare l'altro, fornire corrette indicazioni sui percorsi diagnostici e terapeutici, suggerire i percorsi più adeguati e le strutture più efficaci.
Verso la *sanità*, dove appare ancora piuttosto notevole la mancanza di conoscenza delle patologie pelviche e delle loro possibilità di cura, sostenendo progetti di formazione e sensibilizzazione per gli operatori sanitari. In questo ambito, Fincopp Lombardia agisce direttamente e insieme a strutture sanitarie presenti sul territorio. Organizza o sostiene incontri riservati a medici specialisti, medici di medicina generale e professionisti sanitari, resi ancora più efficaci dal contributo che alla loro impostazione possono fornire i pazienti. Analogamente agisce per i corsi di formazione.
Verso il *territorio* con programmi di informazione e sensibilizzazione pervasivi, organizzati con la collaborazione di amministrazioni pubbliche locali. Cicli di incontri, quelli tenuti o sostenuti da Fincopp Lombardia, per parlare senza inibizioni e imbarazzi di incontinenza e disturbi pelvici, delle loro cause, della loro diffusione, delle loro conseguenze, di come si trattino, della necessità di non sottovalutarli. Impostati con un linguaggio semplice e chiaro, senza reticenze ed espressioni difficilmente comprensibili dalle persone comuni, prevedono sempre la presenza di specialisti che rispondono a domande, approfondiscono, forniscono chiarimenti. Non solo incontri, però: anche convegni, strutturati in modo più complesso, multidisciplinare, per fornire una visione di insieme del tema che dia il senso di come il pavimento pelvico sia un "pezzo unico" anche se, visto da diverse angolature, necessita di diverse competenze per essere trattato in modo adeguato. A questi sono invitate a partecipare le istituzioni per dare ai cittadini la risposta alle domande di intervento che inevitabilmente i convegni sollevano. Una struttura più complessa, quella dei convegni, ma sempre fedele alla necessità di parlare alla gente in modo chiaro e comprensibile per tutti. A compimento dell'attività di sensibilizzazione sul territorio, vengono organizzati eventi di screening ad accesso gratuito con lo scopo di fare prevenzione, diagnosi precoci e, ancora, educazione alla salute. Tutto quanto sopra, affiancato da una significativa copertura mediatica e di comunicazione. I contenuti sono proposti ai media e molto spesso, in considerazione della loro qualità, ripresi e fatti oggetto di articoli o servizi radio-televisivi. Per parte sua e più direttamente, l'associazione fa uso dei canali di comunicazione che ha istituito - sito web, pagine social – per promuovere una divulgazione continua e attenta.
Verso le *istituzioni* con intense attività di sensibilizzazione condotte in ogni occasione e in ogni sede, comunale, provinciale, regionale, aziende sanitarie e aziende ospedaliere, ordini professionali. L'obiettivo è chiaro: proporre l'incontinenza nella sua corretta dimensione e chiedere che sia considerata come tale, con l'adozione delle conseguenti decisioni. Si tratta di un'attività, quella verso le istituzioni, condotta in modo continuo, partecipando ad ogni tavolo di lavoro o sollecitando la partecipazione ad eventi di analisi e discussione.
Quattro linee di azione combinate tra loro e condotte in modo continuativo con la sensibilità propria di chi ha vissuto sulla sua pelle i temi che vengono toccati e che sono ancora difficilissimi da portare a galla nei diversi ambiti. Questa la forza di un'associazione di pazienti a sostegno di pazienti. Questa la ragione di essere di Fincopp Lombardia.

Corrispondenza:
Pasquale Intini - Politerapica, Via Nazionale 93 Seriate (BG)
pasquale_intini@politerapica.it

Il racconto di Giorgetti: Il rumore del sogno

Era nata a Zurigo da una famiglia modesta, ma aveva sempre frequentato coetanei altolocati. Aveva fatto studi classici con ottimi risultati.
A ventitré anni (alta quasi un metro e ottanta, bionda, un bel viso, un corpo perfetto), aveva deciso di fare l'indossatrice ed era andata a Milano: sapeva che un'importante casa di mode era alla cerca di personale giovane.
Dopo un mese, la direzione le comunicò che non poteva essere assunta: non sapeva muoversi nella maniera giusta, sulla passerella, durante le sfilate.
Ci restò molto male, perché quell'ambiente le piaceva: lì si frequentava gente elegante, disinibita, famosa, con conti correnti bancari ben forniti. E lei aveva deciso che quello sarebbe stato il suo mondo.
Fra le altre persone che in quel mese aveva conosciuto, c'era un suo concittadino, un cinquantenne di bell'aspetto, dinamico, intraprendente con le donne e faceva un lavoro insolito: il commercio all'ingrosso di pietre preziose ed in particolare di diamanti.
Quando lei, durante una cena, disse che la sua permanenza a Milano purtroppo era alla fine, lo svizzero le chiese se era disposta a diventare una sua collaboratrice e a trasferirsi, per qualche tempo, in Sudafrica dove la sua ditta aveva la sede sociale e lei accettò immediatamente.
Si dimostrò abile nei rapporti umani, seria, efficientissima e dopo sei mesi i due si sposarono.
Fu un matrimonio felice: entrambi fedeli e innamorati.
Dopo dodici anni un infarto per lui fu fatale e lei divenne la sua unica erede.
Dopo due anni, grazie alla nuova gestione, l'azienda aveva raddoppiato il fatturato.
La bella signora, dal marito aveva appreso tutti i segreti del mestiere, ma di suo aveva aggiunto una spregiudicatezza che aveva disorientato e spiazzato la concorrenza, abituata ad un regime di pacifica convivenza.
A quaranta anni era ancora una donna bellissima che girava il mondo in lungo e in largo e che, senza falsi pudori, decideva con chi passare qualche notte insonne, evitando però ogni rischio affettivo.
Naturalmente aveva ben sistemato i suoi genitori a Zurigo e manteneva nel lusso l'unica sorella che aveva dieci anni di meno e le assomigliava, ma solo fisicamente.
In un paese dell'Est Europa le aveva procurato una laurea in psicologia il cui costo l'aveva meravigliata, benché fosse abituata a firmare assegni con molti zeri.
Poi quella spesa ne comportò subito altre, non previste ma altrettanto onerose: l'apertura di uno lussuoso studio al centro di Milano con l'assunzione di una collaboratrice e una martellante campagna pubblicitaria (giornali, televisioni, radio).
Ma dopo due anni, se regolarmente ogni mese la solita benefattrice non metteva mano al libretto degli assegni, la psicologa avrebbe dovuto cambiar mestiere.
Comunque la dottoressa era sempre lì, nel suo ambulatorio, quattro giorni alla settimana, seduta dietro una modernissima scrivania, in attesa dei pazienti che, regolarmente, dopo alcune sedute, sparivano.
La sorella maggiore, in quel periodo, aveva avviato un'altra attività, che si rivelò altrettanto rimunerativa e ricca di soddisfazioni: il mercato dell'arte contemporanea.
Si era accaparrata i più bei nomi della pittura europea e gestiva benissimo le loro produzioni.
Era diventata una donna di successo, ammirata e temuta; vari settimanali le avevano dedicato le loro copertine.
Poi, all'improvviso, a quaranta tre anni la grande manager entrò in crisi: dopo una faticosa notte insonne in un lussuoso albergo di Mosca, si rese conto che di fatto era sola al mondo.
I suoi i genitori e la sorella la consideravano una gallina dalle uova d'oro; i collaboratori una spietata pianificatrice; i concorrenti un castigo di Dio; gli amanti una maratoneta del sesso.
Non aveva affetti, non aveva amici. Era sola, circondata dal lusso, dalla ricchezza, dalla indifferenza: viveva isolata in una gabbia d'oro.
Quella notte, a Mosca, prese una decisione: avrebbe avuto un figlio, ma non un marito; voleva un figlio tutto suo.
Ma se voleva compiere questo passo, lo doveva fare subito e rompere gli indugi perché la scure della menopausa era pronta a colpirla: sua madre, infatti, si era trovata in quelle condizioni a quarantacinque anni e lei, a quel traguardo, ci stava per arrivare.
Sapeva che un suo collega francese, essendo sterile, aveva portato la moglie in una clinica di Parigi e lì, un ginecologo, aveva pensato a tutto. Dopo nove mesi sua moglie gli aveva dato un figlio meraviglioso.
Il giorno dopo era a Parigi e incontrò il ginecologo. Era un trentenne, bello e signorile.
Fatti gli opportuni accertamenti per costatarne la fertilità (era rimasta quindici giorni nella clinica), il ginecologo le illustrò le caratteristiche psicosomatiche dei donatori di seme di cui lui disponeva, garantendo sia l'assoluta segretezza dell'intervento, sia l'impossibile futura identificazione anagrafica del soggetto prescelto come donatore.
Dopo due settimane di riflessioni, lei prese una decisione: voleva un figlio (o una figlia), ma non da un sconosciuto. Non era giusto per quell'essere che metteva al mondo.
La sua non era una scelta qualsiasi; non acquistava un giocattolo, né un cane o un gatto o un animale da compagnia; metteva al mondo una persona che avrebbe avuto i suoi diritti, come li hanno tutte le persone che sono sulla terra.
E conoscere la paternità è un diritto che, arbitrariamente ed egoisticamente, lei negava a suo figlio.
Ne parlò con il ginecologo e quello concluse:
"E allora si sposi! O almeno scelga lei l'uomo che le sembrerà più idoneo ad assolvere sia la funzione di inseminatore che di padre. Lei è una bella donna, una donna intelligente, di successo ed è anche ricca. Perciò si guardi attorno e ... scelga!"
"E ... se scegliessi ... lei?"
Dopo due ore di trattative trovarono l'accordo ed il giorno successivo lo firmarono davanti ad un notaio.
L'accordo prevedeva: 1) una convivenza di tre mesi durante i quali dovevano avvenire, fra i contraenti, almeno tre rapporti sessuali alla settimana; 2) una volta accertata la gravidanza, ma dopo il sesto mese di una regolare gestazione, i contraenti si sarebbero sposati con rito civile; 3) tre giorni dopo la registrazione del matrimonio, lei avrebbe avviato le

---

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.

pratiche e finanziato la costruzione, a Zurigo, di una clinica ginecologica intestata al marito con settantacinque posti letto e completa di ogni attrezzatura tecnica e scientifica per garantirne il perfetto funzionamento della struttura e secondo un protocollo dettagliatamente descritto in un foglio allegato; 4) tutti i lavori dovevano essere conclusi entro due anni dall'ottenimento del nulla osta previsto delle autorità competenti, per la realizzazione della clinica; 5) le parti avrebbero liberamente deciso se avere o meno altri figli; 6) non ci sarebbe stata la comunione dei beni.
Non era stata facile, prima d'allora, la vita del giovane medico.
Era nato a Marsiglia nei pressi del porto; sua madre era sempre fuori casa per fare le iniezioni, accudire gli ammalati, assistere le partorienti, vestire i morti (ma solo donne e bambini).
Il padre, che era permanentemente imbarcato su dei mercantili, con i suoi raramente restava più di una settimana. Se c'era lui, la casa diventava un inferno: spesso era ubriaco e quando non lo era, litigava con la moglie. Disteso sul letto, fumava continuamente sigari pestilenziali e quel puzzo impregnava i mobili, i vestiti, le coperte dei letti e ci restava per molti giorni.
Poi, insalutato ospite, quell'uomo sparì e quando la moglie chiese notizie a quelli del mercantile che l'avevano ingaggiato, seppe che era sbarcato in un porto del Brasile e lì era rimasto.
Lei ed il figlio non ne fecero una tragedia, ma le ristrettezze economiche in casa aumentarono e la madre, dopo aver insegnato al ragazzo a fare le iniezioni, nel pomeriggio lo mandava nelle case degli ammalati. Ma quello che più l'avvilì, fu quando, a sedici anni, lei pretese che l'aiutasse nella vestizione dei morti.
Diventò subito il bersaglio preferito dei ragazzi della zona: lo deridevano, dicevano che puzzava e benché avesse un bell'aspetto, le coetanee lo evitavano.
A scuola era bravissimo e inutilmente gli insegnanti tentavano di proteggerlo dai compagni.
Ma quando la madre gli disse che un impresario di pompe funebri l'avrebbe assunto con la prospettiva di farlo socio, lui si ribellò e non ne volle sapere.
Disse che voleva studiare, fare il medico.
Lei, alla fine, si arrese e l'anno successivo il giovane si iscrisse alla facoltà di medicina.
Si laureò a pieno voti e poi si specializzò in ginecologia.
Dopo qualche mese, una levatrice gli disse che a Parigic'era una clinica che cercava un ginecologo ... senza tanti scrupoli in fatto di aborti e lui, il giorno dopo, era lì.
Fu assunto e così ebbe inizio la sua carriera.
Adesso era finalmente in condizioni di poter aiutare economicamente la madre, e invece un tumore al cervello la stroncò in poco più di tre mesi.
Dei tanti disagi patiti durante gli anni dell'infanzia e dell'adolescenza, quelli che il ginecologo più rammentava erano gli incubi notturni.
Aveva paura dal buio e nel letto, da solo, trascorreva ore di angoscia perché spesso, quando si addormentava, era assalito da un incubo ricorrente.
Un essere indefinito, invisibile ma certamente orribile, s'impossessava di lui, lo immobilizzava, era sopra di lui e lo opprimeva.
Respirava a fatica e restava immobile, paralizzato, ma percepiva tutto: i rumori attutiti provenienti della strada; la poca luce che filtrava dalla finestra; il puzzo del tabacco usato del padre,...
Si rendeva conto di essere nel suo letto, ma posseduto, schiacciato da quell'essere mostruoso.
E quando si svegliava, era sfinito, esausto, frastornato: aveva paura di riaddormentarsi, perché sapeva che quell'essere era ancora lì, acquattato in un angolo della camera, pronto ad assalirlo di nuovo.
Aveva anche trovato il modo di limitare quell'aggressione: quando era alla sua mercé, se riusciva a muovere anche un solo dito della mano o del piede, si liberava di quell'essere e, ansante, si svegliava e poi si riaddormentava.
Di tutto questo non aveva mai parlato nemmeno con sua madre: non voleva affliggerla.
Non era piacevole, per lui, guardare il passato ed era determinato: nella vita non avrebbe fatto sconti a nessuno.
E adesso, grazie alla moglie, sarebbe diventato proprietario di una grande struttura e sapeva molto bene come gestirla.
Poiché era opportuno mettere a disposizione dei clienti (future madri e futuri padri) anche uno psicologo, quel posto lui lo affidò alla psicologa di famiglia: la giovane, bella e disinibita cognatina.
La moglie ne fu ben felice: eliminava l'ingente spesa mensile che doveva sborsare per il mantenimento dell'ambulatorio milanese.
Poi, finalmente, alla grande manager nacque una bellissima bambina; il mese successivo la clinica ginecologica venne inaugurata.
Dopo appena un anno dal parto lei accusò dei disturbi e la diagnosi per il marito fu facile:
"È iniziata la menopausa, ma possiamo intervenire."
"Ma non ci penso proprio! Finalmente mi libero da un fastidio ricorrente" disse convinta.
Oltretutto, in quel periodo era molto impegnata: aveva iniziato una nuova attività che le dava molte soddisfazioni. A Firenze aveva rilevato un laboratorio specializzato nella bigiotteria femminile di lusso, ma lei, impiegando per quei monili oro, perle e pietre preziose, forniva le più importanti gioiellerie d'Europa, d'America e d'Asia.
"In un mese" disse con orgoglio al marito " io, con questo nuovo giochino, ho recuperato tutto quello che ho speso per mettere in piedi il tuo giocattolo."
Fra i due, adesso, le cose non andavano troppo bene: da quando lei era entrata nella menopausa, i rapporti sessuali prima si erano diradati, poi interrotti.
Dipendeva da lui: la condizione di lei lo bloccava.
E fu così che, fra la bella psicologa e l'aitante primario, accadde l'inevitabile.
Ma quando lei disse che era giusto farlo sapere alla sorella, sostenendo che con i proventi della clinica potevano vivere la loro storia alla luce del sole; lui si oppose: non voleva rinunciare all'ingente ricchezza della moglie.
"L'albero che produce le mele d'oro non va tagliato: va protetto" aveva detto alla cognata.
Ma lei aveva deciso: doveva solo aspettare l'occasione opportuna.
Il 19 gennaio due importanti case farmaceutiche (una produceva psicofarmaci, l'altra attrezzature ambulatoriali), avevano organizzato un congresso nel più grande albergo di Cortina e il ginecologo e la psicologa della nuova clinica di Zurigo erano fra i relatori.
Lui disse alla moglie che poteva essere una buona occasione per trascorrere una settimana tutti insieme sulla neve e lei accettò.
Partirono con il potente fuoristrada che il ginecologo, con la passione della guida, aveva acquistato da appena un mese: era un mezzo comodo, potente e sicuro in grado di superare qualsiasi situazione si presentasse nei percorsi più difficili.
"Con questo" disse alla moglie "saremo in grado di scalare anche il Monte Bianco!"
L'albergo era veramente eccellente e loro, con una piccola differenza, ottennero la migliore sistemazione: una vista splendida, due camere contigue, divise da un salottino.

La psicologa ritenne che quella sistemazione poteva offrirle la grande occasione per mettere in atto il suo piano: la sorella li avrebbe colti sul fatto.
Mentre madre e figlia passavano la maggior parte del tempo al sole e sulla neve, i due cognati, raramente si facevano vedere nelle sale in cui si svolgeva il convegno: preferivano il letto.
Ma erano in sala quando si svolse la relazione più attesa, quella del quarto giorno, tenuta da uno scienziato americano che aveva fatto importanti ricerche sul cervello umano.
"La neurologia" aveva detto "grazie alle nuove apparecchiature che qualcun altro poi vi illustrerà, ha evidenziato che le attività cerebrali non cessano nell'attimo in cui cessa l'attività cardiaca. Il cervello è ancora in grado di percepire e di elaborare.
Attualmente non sappiamo quando le cellule cerebrali cessano effettivamente di vivere, soprattutto se si tiene conto del modo empirico con cui noi, attualmente, consideriamo il trascorrere del tempo, rispetto "ai tempi del cervello".
Se io dico "Colosseo" istantaneamente il vostro cervello vede quell'enorme costruzione e vede anche tanti particolari: il cielo, delle persone, un cavallo che passa ... Tanti dettagli che a me, solo per indicarne alcuni e non per descriverli, occorre un tempo incredibilmente lungo.
Per il cervello il tempo trascorre in modo diverso. Un'emozione, un'idea, una percezione è in grado di viverla per "un tempo" molto diverso da come noi lo misuriamo.
Sono "dilatazioni temporali" non misurabili con gli strumenti che abbiamo a disposizione.
E in quest'ambito possiamo includere anche le così dette "Illusioni Ipnagogiche"
Sono, come tutti sapete, una specie di allucinazioni che si verificano, di solito, nella fase di transizione dalla veglia al sonno. In questa fase, che può durare da qualche secondo a qualche minuto, il soggetto vive fuori del tempo. E può sembrargli un tempo molto più lungo. È impossibile, per il soggetto, distinguere la realtà dal sogno. Ha l'impressione di non potersi muovere, di essere vigile ma è come paralizzato. È certo d'avere gli occhi aperti: infatti può vedere un mobile della sua camera, la luce che filtra dalla finestra, può udire l'acqua scorrere, può addirittura avere la sensazione di essere posseduto. E quando esce da questo stato è sfinito, prostrato.
Su tutto questo io ed il mio gruppo, stiamo lavorando.
Sono certo che fra non molto saremo in grado di registrare le immagini che viviamo anche quando, per altri, vivi non siamo. Le ricerche che stiamo conducendo ci apriranno nuovi, grandi, impensabili orizzonti."
Poi l'esimio professore continuò a parlare per più di due ore, ma quello che aveva colpito il ginecologo erano le Illusioni Ipnagogiche: adesso, i suoi incubi infantili, avevano un nome.
E proprio quel pomeriggio, la giovane psicologa fece scattare la trappola: la sorella sorprese gli amanti in camera da letto. Ma la grande manager non si scompose; filmò la scena con il telefonino e: "Cercate di fare in fretta. Io vado in direzione e disdico le camere. Fra due ore si parte: vi aspetto in macchina."
E dopo due ore, era buio, partirono: gli amanti nei sedili davanti, la madre e la bambina dietro.
Non parlavano. La bambina dormiva.
"Vorrei darti delle spiegazioni" disse lui.
"Riservale per il mio avvocato."
Silenzio.
Stavano percorrendo una strada in discesa con molte curve.
"Rallenta, ho mal di stomaco."
La sorellina sorrise e lui pigiò il piede sull'acceleratore.
"Rallenta, cretino!"
Fu lui a gridare per primo quando si rese conto di non riuscire ad abbordare la curva: l'auto sfondò il muretto stradale di protezione e precipitò nel vuoto.
Capovolgendosi, rimbalzò più volte sulle rocce; rotolò ed infine si arrestò sul fondovalle, affondando lentamente nel torrente. Emergeva solo la parte anteriore.
Le luci dei fari, come due lame, illuminavano le cime degli abeti.
Gli occupanti, immobili, incastrati fra le lamiere, erano immersi nell'acqua.
Lui vedeva ondeggiare una luce bianca e udiva il rumore dell'acqua che scorreva.
"Illusione ipnagogica" pensò.
"Bastava muovere un dito."
Non ci riuscì.
Percepì come un leggero tintinnio che si confondeva con il gorgoglio dell'acqua che scorreva.
"Stanno passando i sogni della mia bambina" pensò. E poi fu l'assoluto silenzio.

pelviprost®

PEA-um
Palmitoiletanolamide ultramicronizzata 400 mg
PEAPOL-m
(Palmitoiletanolamide co-micronizzata con Polidatina) 440 mg

Efficace controllo di sintomi e segni morfo-funzionali in corso di prostatite cronica infiammatoria (**CP/CPPS**) e di iperplasia prostatica benigna (**BPH**).

epitech NIP line

Confezione 20 compresse

epitech group
www.epitech.it

A MINIMALLY INVASIVE AND EFFECTIVE BRIDGE BETWEEN CONSERVATIVE THERAPY AND SURGERY FOR BOWEL INCONTINENCE

secca®

EFFICIENT
Performed in an outpatient setting

SAFE
Less than 1% complication rate*

EFFECTIVE
Up to 84% of patients experienced significant improvement*

QUICK RECOVERY
Return to normal activities in a few days

SECCA PATIENTS **84%** experienced significant improvement

Greater Quality of Life

Less than **1%** complications

MEDERI™

Distributore esclusivo:

INNOVA medica SPA

DILAGENT®

Curative "exercises" for anal fissures, haemorrhoids, hypertonic muscles and postsurgical stenosis

DILAGENT is a **soft silicone** anal dilator.
It is indicated for the treatment of anorectal diseases caused by a hypertonic sphincter, namely anal fissures, haemorrhoids and painful spasms after surgical treatment of the anorectal segment. It is also effectively used in cases of postsurgical stenosis of the anal canal.

sapimed S.p.A.
www.sapimed.com