Vol. 35 - N. 4
Dicembre 2016

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

Editore
Giuseppe Dodi

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

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

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

Indice

67 La sindrome del colon irritabile
G. Bazzocchi

70 Slow medicine? Slow physiotherapy? Slow counseling!!
D. Uguccioni Dei Buondelmonti

73 L'ano fra paure e ricerca di sé
S. De Chino

75 Il racconto di Giorgetti: La maestra di pianoforte

78 Mostri e mostre: Le corna di Garibaldi

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

www.pelviperineologia.it

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

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

Proctoial™

GEL RETTALE

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

1. Proctoial Foglietto Illustrativo

Prezzo € 16,43

Dispositivo medico
Classe IIa CE 0546

KYOWA KIRIN Srl
Palazzo Galileo - Via F. Sforza - 20080 Basiglio (MI)
Tel. +39 02 92169424 - Web Site: www.kyowa-kirin.com

KYOWA KIRIN

Editoriale

La sindrome del colon irritabile

GABRIELE BAZZOCCHI

Montecatone Rehabilitation Institute, Università di Bologna

Oltre il 60% delle visite che vengono richieste allo specialista gastroenterologo sono motivate dalla presenza di sintomi chiamati "funzionali". Il paziente lamenta disturbi, spesso molto intensi, riferibili a disordini dell'apparato digerente, ma gli esami con cui comunemente lo si studia risultano costantemente negativi: non registrano alterazioni che giustifichino in modo convincente i sintomi. Si pregiudica così ogni possibilità di orientare l'intervento terapeutico alla eliminazione di un ben preciso processo patologico, infettivo, infiammatorio, degenerativo, endocrino-dismetabolico o neoplastico che sia, essendo questi i meccanismi che costituiscono la base patologica delle malattie. Il Colon Irritabile è il disturbo paradigmatico di questi numerosi e complessi quadri sintomatologici "senza una anatomia patologica sottostante", classificati come Disordini Funzionali Gastro-Intestinali (DFGI) sulla base di criteri diagnostici puramente clinici, denominati "Criteri di Roma" per il fatto che fu per l'iniziativa di clinici italiani che si riunirono i migliori esperti di tutto il mondo per stenderne la prima versione. Non a caso, così come è per il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) che classifica e definisce i disturbi mentali, anch'essi quadri non riferibili ad alterazioni anatomo-palogiche evidenti, di cui si sono succedute varie versioni (oggi siamo al DSM 5) anche per i Criteri di Roma si è arrivati alla versione IV, nello sforzo di discriminare quali differenti meccanismi fisiopatologici siano alla base della sintomatologia che i pazienti riferiscono, con l'obiettivo di trovare soluzioni terapeutiche specifiche per ognuno di questi disordini. Lo spettro dei DFGI è amplissimo: si va da difficoltà del passaggio del cibo attraverso l'esofago, ai disturbi dispeptici, al dolore addominale, fino alla stipsi, alla diarrea, all'incontinenza anale. La Sindrome dell'Intestino Irritabile (SII), dizione preferibile a quella di Colon Irritabile, perché rimarca il fatto che tutto il tubo digerente è coinvolto nella genesi dei sintomi che la caratterizza, e non solo l'intestino crasso, il cui malfunzionamento resta comunque al centro del quadro clinico. Infatti la SII ha come sintomo cardine la presenza di una sensazione fastidiosa che può arrivare ad un vero dolore, usualmente di tipo crampiforme, localizzato ai quadranti addominali inferiori, ma anche superiori, per cui il paziente spesso ritiene di avere un problema allo stomaco o "al fegato". Può essere anche sovrapubico o perineale, o addirittura in regione lombare andandosi così a confondere con un dolore di origine renale. Per formulare la diagnosi di SII il dolore deve attenuarsi con la evacuazione, e/o avere esordito insieme a variazioni del ritmo delle defecazioni, sia in senso stitico che diarroico, e/o avere esordito con modificazioni della consistenza delle feci, diventate troppo dure o troppo fluide. In sostanza il paziente lamenta discomfort addominale correlato a stipsi e diarrea variamente associati, anche con sintomi di una e dell'altra che si alternano in periodi più o meno lunghi: addirittura nello stesso giorno possono coesistere difficoltà alla evacuazione con faticosa espulsione di feci "caprine" e vere e proprie scariche diarroiche. Il senso di incompletezza delle evacuazioni, il gonfiore/distensione addominale e la presenza di muco nelle feci sono poi altri aspetti quasi sempre presenti. Il tutto da almeno sei mesi, con continuità negli ultimi tre, interessando almeno 1 defecazione su 4. Come si vede una definizione molto circostanziata che ha la grande utilità non tanto nel discriminare la SII dagli altri DFGI con stipsi e/o diarrea (in alcuni casi cosa difficile), ma nel poter escludere che alla base di un quadro sintomatologico con queste caratteristiche vi possa essere una patologia organica del colon, compreso le neoplasie, a meno che non coesistano altri segni definiti "di allarme", come il sangue nelle feci, un dimagramento inspiegato, anemia ecc ecc. Il rientrare nei Criteri Diagnostici di Roma consente insomma di formulare una diagnosi di disordine funzionale in modo positivo, non andando per esclusione delle patologie organiche che potrebbero esordire con gli stessi sintomi, sottoponendo il paziente ad esami a questo punto inutili.

La SII è diffusa in tutti i paesi ad alto tenore di vita, interessando, a seconda delle varie casistiche, dal 10 al 20% della popolazione generale, con una più alta prevalenza nel sesso femminile: una vera e propria "malattia sociale del benessere" che comporta costi enormi per esami, ricorso a visite mediche e ricoveri, oltre ad essere causa di assenteismo o di scarsa produttività sul lavoro. Quali sono allora, i meccanismi patologici alla base della SII visto che, come si è detto, colonscopie, ecografie, TAC, risonanze magnetiche, esami di laboratorio risultano alla fine inevitabilmente tutti normali? L'attenzione si è da sempre orientata sull'esistenza di disturbi della motilità del tubo digerente ed in particolare del colon e del retto. Poi sono stati dimostrati fenomeni di ipersensibilità viscerale, per cui al paziente con SII risulta dolorosa la percezione di eventi che avvengono nel lume intestinale che non lo sono a chi non soffre di questo disturbo. Ma risulta evidente come questi aspetti a loro volta devono essere conseguenza di qualcosa di patologico: la classica interpretazione che alla base della SII via sia un processo di somatizzazione, di ansia, di vissuti stressanti non è mai riuscita ad essere totalmente esaustiva, per cui si è proceduto nella ricerca di alterazioni interne al tubo digerente e, recentemente ed in modo sempre più convincente, si è messo a fuoco il ruolo di una alterazione della permeabilità della mucosa intestinale, attraverso la quale possono transitare sostanze che vanno poi ad influenzare il funzionamento delle terminazioni nervose, attivare cellule dell'immunità come i mastociti, stimolare la produzione di mediatori che interferiscono con i processi di assorbimento e di secrezione. Le sostanze transitate attraverso quello che viene chiamato un "leaky gut", un "intestino colabrodo", possono poi raggiungere il flusso sanguigno e quindi dare origine a disturbi anche al difuori del tubo digerente, fornendo finalmente una chiave di lettura dei sintomi extra-intestinali che molto spesso sono presenti nel paziente con SII.

La "scoperta" che all'interno dell'intestino umano risiede una popolazione di microorganismi (batteri, virus, funghi) che raggiunge i 100.000 miliardi di cellule di tipo procariotico (diverse da quelle di cui è composto il nostro organismo, fornite di nucleo, chiamate eucariotiche) per un peso

complessivo di oltre 1.5 kg, sta cambiando completamente l'interpretazione della origine non solo dei DFGI, ma anche di tante altre patologie croniche, dal Morbo di Crohn alla Colite Ulcerosa fino alla stessa insorgenza dei tumori intestinali. Questa microflora, propriamente detta "microbiota intestinale", raggiunge tali concentrazioni per cui il colon umano rappresenta l'ecosistema con più batteri per cm^2 di tutto il nostro pianeta. Le feci sono costituite per oltre l'80% del loro peso-secco da questi batteri, ancora vivi, evidenza che deve modificare quindi il nostro modo di considerare l'evacuazione: non funzione dettata dalla necessità di espellere all'esterno prodotti, "rifiuti" di processi digestivi, metabolici, altrimenti tossici, così come avviene invece per la formazione dell'urina e la minzione, bensì l'indispensabile meccanismo che consente di mantenere in equilibrio l'enorme biomassa che alberga nel nostro intestino costituita da oltre mille specie di batteri. La presenza di fibre alimentari nella nostra dieta, le uniche molecole che non vengono digerite e quindi assorbite lungo il transito nell'intestino tenue, per cui arrivano nel colon nella stessa quantità di quella ingerita, costituiscono il principale supporto nutrizionale per una crescita equilibrata del nostro microbiota intestinale e quindi, in ultima analisi, della "produzione" di una adeguata massa fecale. Il rapporto tra il tipo di alimenti ingeriti, gli equilibri tra le specie che compongono il microbiota intestinale residente nell'intestino, la produzione di sostanze a partire dallo stesso cibo diverse a seconda dell'equilibrio che si è instaurato nel microbiota, il grado di permeabilità della mucosa intestinale a questi metaboliti, la reattività del sistema immunitario e neuro-endocrino della sottomucosa alla loro penetrazione, il loro arrivo al Sistema Nervoso Centrale ed i conseguenti effetti in termini di regolazione delle sue funzioni, sono la catena di fenomeni biochimici, in gran parte ancora sconosciuti, che costituiscono una delle principali ossature su cui si fonda la nostra salute, la nostra condizione di benessere nel senso più completo ed estensivo del termine. Tutte le più recenti evidenze della ricerca biomedica vanno nella direzione di dimostrare che la SII è la conseguenza di un errore, di una alterazione di uno qualsiasi dei punti di questa sequenza di fenomeni, per cui alla SII vi si può arrivare in tanti modi, da un grave squilibrio alimentare perpetrato nel tempo, ad una infezione che ha causato un leaky gut, ad una genetica che induce una reazione immunitaria sproporzionata al contatto con prodotti del metabolismo batterico, ad un'alterazione dell'asse, a questo punto non più cervello-intestino (brain-gut axis) bensì gut-microbiota-brain axis in relazione alla maggiore rilevanza dell'assorbimento intestinale di sostanze ad azione neuro-modulatrice.

I dati che sempre più emergono sulle funzioni del microbiota intestinale inducono a ritenere che verosimilmente la SII, e più in generale molti dei DFGI, non sono le sole patologie, e certamente non le più importanti in termini di impatto clinico, che derivano da alterazioni della sua composizione e delle sue attività metaboliche, paragonabili per diversificazione e per complessità, a quelle del fegato. Solo due citazioni per comprendere appieno il ruolo centrale che il microbiota svolge nei processi di salute e malattia: 1) in pazienti avviati al trapianto di fegato (parliamo quindi di persone ad un massimo grado di patologia organica), l'utilizzo prima dell'intervento di robuste dosi di probiotici (farmaci composti da batteri vivi che agiscono influenzando gli equilibri delle specie residenti nell'intestino) riduce in maniera significativa l'incidenza di complicanze post-intervento, i tempi di degenza, le infezioni e così via, 2) in pazienti affetti da gravi forme di entero-coliti acute su base infettiva, come quelle da Clostridium Difficile, agente patogeno che spesso risulta resistente ad ogni antibiotico conosciuto, l'unica risoluzione del quadro clinico che altrimenti può risultare mortale, è stato il "trapianto di feci": si sono prelevati campioni di feci da donatori sani (spesso parenti del paziente), i quali una volta introdotti nel colon tramite una colonscopia hanno ottenuto una totale e repentina remissione del quadro colitico.

Il trattamento della SII, per tutte le considerazioni fatte finora, risulta una delle sfide più difficili per il medico di medicina generale e per lo specialista gastroenterologo. Nonostante la miriade di studi clinici, i farmaci che hanno raggiunto sufficienti gradi di evidenza e di raccomandazione per il trattamento della SII sono solo la Linaclotide, il Lubiprostone (non ancora in commercio in Italia), il Polietilene glicole (i lassativi a base di macrogol), la Rifaximina e l'Alosetron (non in commercio in Italia). Loperamide, antidepressivi triciclici, inibitori selettivi del reuptake della serotonina e antispastici sono contemplati dalle Linee Guida più qualificate, ma con un basso grado di evidenza.

È opinione di chi scrive che il trattamento della SII non possa essere affidato ad un solo principio farmacologico. È bene conoscere i risultati dei tanti studi condotti per sapere quale farmaco o prodotto si sia dimostrato efficace nella cura di quel dato sintomo della SII, per sapere cosa prescrivere se vogliamo agire, ad esempio, sulla componente della complessa sintomatologia che è dovuta allo spasmo intestinale, oppure al malassorbimento dei sali biliari, oppure alla iperattività dei mastociti. Per sapere cosa usare se vogliamo innalzare la soglia della percezione del dolore viscerale, se vogliamo accelerare il transito nel colon. Oltre a quelli citati, vi sono studi e sufficiente razionale perché anche farmaci o prodotti a base di peppermint oil, pinaverio bromuro, trimebutina, levosulpiride, disodio-cromoglicato, colestiramina entrino a far parte della prescrizione medica in un paziente con la SII. Certamente non sarà la prescrizione di fibre solubili come lo psyllium o i glucommannani a risolvere il discomfort di una SII, sintomo che anzi usualmente peggiora se il paziente le assume senza altri farmaci che consentano di sopportarne gli iniziali effetti spiacevoli. Ma se l'impoverimento del microbiota intestinale è tale per cui il processo di "produzione" della massa fecale è compromesso in modo grave e non reversibile altrimenti, la prescrizione anche di questi prodotti risulta indispensabile per una definitiva risoluzione del quadro, semmai associati a potenti probiotici che aiutino il ripopolamento del colon con batteri in questo senso utili.

Un miglioramento significativo e durevole della sintomatologia della SII è il frutto di un lungo lavoro tra il medico ed il paziente, lavoro che va ad affrontare gradualmente tutti gli aspetti coinvolti nella genesi della sindrome: dalla rassicurazione che la SII impatta moltissimo sulla qualità della vita del paziente, ma non sulla sua "salute" intesa come minaccia alla sua vita, al counseling psicologico per cui il paziente si sente compreso, "preso sul serio" e non liquidato con un "non hai niente". Alla prescrizione oculata dei presidi/farmaci che vanno ad agire sui meccanismi che in quel caso si ritengono più rilevanti, modificando e modulando la terapia sulla base dei riscontri che il paziente stesso riferisce, unico filo conduttore che il medico può seguire in assenza di precisi protocolli di cura. Tutto questo è possibile, ma non si deve negare che molto spesso questo percorso trova ostacoli insormontabili nella poca disponibilità, pazienza, e perché no, competenza del medico, così come nel coacervo di false credenze, pregiudizi, di cui il paziente è già imbevuto prima di sederglisi di fronte. Ciò in parte per colpa dell'enorme speculazione che c'è dietro a questi disturbi (indicazioni delle diete più disparate, presidi "naturali" mai scientificamente testati, pseudo-intolleranze alimentari ecc ecc), in parte perché la scarsa compliance e la foca-

lizzazione sui disturbi del corpo fanno certamente parte della condizione predisponente a sviluppare una SII. Queste difficoltà spiegano bene perché spesso il percorso dei pazienti con SII è una sequela di esami sempre più complessi, un peregrinare da uno specialista all'altro, alla ricerca di quello sempre più "specialista", con visite che si concludono con prescrizioni anche ineccepibili sul piano della appropriatezza, ma che vengono presto abbandonate dal paziente perché non supportate dal crearsi di una profonda alleanza terapeutica, sempre importante in medicina, ma assolutamente indispensabile per la cura della SII.

Letture consigliate per approfondimento:

Gill SR, Pop M, Deboy RT, Eckburg PB, Turnbaugh PJ, Samuel BS, Gordon JI, Relman DA, Fraser-Liggett CM, Nelson KE. Metagenomic analysis of the human distal gut microbiome. Science 2006; 312: 1355-9

Candela M, Biagi E, Maccaferri S, Turroni S, Brigidi P. Intestinal microbiota is a plastic factor responding to environmental changes. Trends Microbiol. 2012 ; 20: 385-91

Goldszmid RS, Trinchieri G. The price of immunity. Nat Immunol 2012; 13: 932-8

Jeffery IB, O'Toole PW, Öhman L, Claesson MJ, Deane J, Quigley EM, Simrén M. An Irritable Bowel Syndrome subtype defined by species-specific alterations in faecal microbiota. Gut 2012; 61: 997-1006

Tilg H, Moschen AR. Food, immunity, and the microbiome. Gastroenterology 2015; 148: 1107-19

De Giorgio R Volta U, Gibson PR. Sensitivity to wheat, gluten and FODMAPs in IBS: facts or fiction? Gut 2016; 65: 169-78

Sawas T, Al Halabi S, Hernaez R, Carey WD, Cho WK. Patients receiving Prebiotics and Probiotics before Liver Transplantation develop fewer Infections than controls: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2015; 13: 1567-74

Kelly CR, Kahn S, Kashyap P, Laine L, Rubin D, Atreja A, Moore T, Wu G. Update on Fecal Microbiota Transplantation 2015: Indications, Methodologies, Mechanisms, and Outlook. Gastroenterology 2015; 149: 223-37

Bazzocchi G, Giovannini T, Giussani C, Brigidi P, Turroni S. Effect of a new synbiotic supplement on symptoms, stool consistency, intestinal transit time and gut microbiota in patients with severe functional constipation: a pilot randomized double-blind, controlled trial. Tech Coloproctol 2014; 18: 945-53

Barbara G, Feinle-Bisset C, Ghoshal UC, Quigley EM, Santos J, Vanner S, Vergnolle N, Zoetendal EG. The Intestinal Microenvironment and Functional Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1305-18

Correspondenza:

Prof. Gabriele Bazzocchi
Direttore UO Neurogastroenterologia e Riabilitazione Intestinale
Montecatone Rehabilitation Institute, Università di Bologna
Via Montecatone 37, 40026 Imola
Tel: 0542-632800
Email: gabriele.bazzocchi@unibo.it

Slow medicine? Slow physiotherapy? Slow counseling!!

DÉSIRÉE UGUCCIONI DEI BUONDELMONTI

Fisioterapista, Consulente sessuale, Firenze

Andrea ha 43 anni, riferisce di essere stato da "almeno 20 urologi" e viene da me pensando che qualche esercizio possa migliorare il suo problema. Porta una EP (eiaculazione precoce) "da sempre". La sua richiesta terapeutica è una chinesiterapia perineale, ma forse non pensa ad altri tipi di intervento funzionale perché non li conosce e nessuno gliene ha mai ventilata l'esistenza. Non sa cosa sia una consulenza sessuologica: questo è spesso un vantaggio per il paziente.

La fantasia che si è fatta rispetto alla possibile soluzione con qualche "esercizietto" viene da me sfatata appena mi è chiara l'aspettativa che lo ha condotto nel mio ambulatorio. Andrea arriva senza nessuna idea di come potesse essere affrontato il suo disagio da un punto di vista riabilitativo e di consulenza sessuologica: fino alla mia conferenza alla quale ha assistito con un'amica, credeva che i farmaci fossero l'unica opzione.

Inoltre, nonostante le proposte di slow medicine che si sono fatte più concrete negli ultimissimi anni, Andrea appare insoddisfatto non solo dei risultati delle terapie intraprese, ma anche del tipo di accoglienza che ha trovato.

Non si aspetta di essere ascoltato: è abituato ad anamnesi veloci (per quanto dettagliate), a professionisti che sappiano fare una diagnosi rapida (io ci metto parecchio) e, diciamolo, è anche abituato all'immediatezza di risposta che il corpo dà ai farmaci prescritti, anche se una sua esplicita e forte richiesta è per un intervento che lo liberi dai farmaci stessi (o almeno quelli che ledono la sua immagine di uomo intervenendo sull'erezione). Andrea vorrebbe, come noi tutti, la botte piena e la moglie 'briaca: qualche esercizio per il pavimento pelvico (nella realtà del tutto insufficiente per una EP) e la rapidità di effetto del farmaco. Come efficacia però vorrebbe di più: i farmaci hanno un'ottima resa per quanto riguarda la disfunzione erettile (DE), ma non per l'EP, come ben noto.

Il paziente porta in consulenza una storia familiare complessa e racconta pochi episodi drammatici con la mimica stanca di chi è abituato alla sofferenza. Respira pochissimo, ancor meno mentre racconta: le apnee sono frequenti, la postura blocca il diaframma, respira quasi soltanto di torace (quel poco) e la voce ha un volume basso e un tono rassegnato. Dal modo in cui racconta, mi immagino che faccia quell'esposizione per rendermi partecipe di fatti salienti che vanno a consolidare la propria diagnosi e quella degli specialisti che lo hanno visitato (ansia), piuttosto che per elaborare insieme un piano risolutivo della sua disfunzione. Gli riferisco questa mia fantasia e lui la avalla per quanto riguarda la diagnosi di ansia; non sa invece cosa dire rispetto ad un percorso da fare insieme: comincia a rendersi conto che cerca una soluzione in cui si vede passivo, al massimo contribuendo con qualche esercizio perineale.

Oltre a quello sulla situazione della famiglia d'origine, anche il panorama sessuale è costellato di ansie, crisi di panico e visioni drammatiche, consolidate da tempo e riferite con rassegnazione. Ogni sua parola e ogni suo gesto sono perfettamente coerenti con l'ansia diagnosticata finora dagli specialisti: lui stesso non può che riconoscerlo. Il problema però è che quest'ansia, soprattutto quella correlata alla condizione familiare, venga data per scontata: Andrea afferma di ritenere impossibile uscirne finché la situazione esterna a lui non cambierà. Situazione che, provocata da altri e già lenita da lui stesso per quanto possibile, è la medesima da 35 anni, quindi si può presumere con buona approssimazione che continui ad essere tale anche in futuro. Gli chiedo se le sue aspettative per quanto riguarda il nostro percorso insieme riguardino anche un intervento sull'ansia e quanto ritenga l'ansia stessa causa o effetto dell'insoddisfazione sessuale. Mi risponde quello che è molto coerente rispetto alla sua chinestesi e alla prossemica: che lui è sempre stato ansioso, che tutti gli hanno detto che la sua EP dipende dall'ansia. Ma aggiunge che sicuramente si sente in un circolo vizioso, in cui la sessualità così vissuta è a sua volta fonte di grossa preoccupazione, di ansia riguardo alla relazioni affettive e di insicurezza rispetto alla propria immagine di uomo.

Mi attengo ad entrambe le versioni che, peraltro, non contrastano: gli specialisti con diagnosi di EP da ansia e ansia da prestazione scatenata dalla disfunzione, concomitanti.

Come consulente sessuale e fisioterapista, raccolgo un'accurata anamnesi sia familiare che personale, sia fisiologica che patologica, remota e prossima. Dalla storia del sintomo e dalla raccolta di dati concernenti le modalità utilizzate nella sessualità di coppia e nella masturbazione, emerge una uniformità di sintomi che porta a pensare ad una forma di EP cosiddetta *lifelong*, la forma che si manifesta quando sia presente a livello organico un riflesso eiaculatorio con soglia bassa, quindi facilmente elicitabile.

È Andrea stesso che mi dice che i suoi tempi sono sempre stati brevissimi, sia da bambino alle prime esperienze che attraverso pratiche sessuali diverse e con diverse persone.

Confermo la mia ipotesi: EP *lifelong*, di competenza medica. L'invio ad uno specialista non è una strada percorribile perché Andrea non ne vuole sapere: dice che ne ha provati troppi e tutti gli curano l'ansia o gli propongono farmaci dai quali si vuole liberare, poiché lo fanno sentire schiavo da una parte e poco spontaneo dall'altra.

C'è però nel suo racconto qualcosa che mi sfugge e, giustappunto, non riesco ad afferrare. Spiego ad Andrea la mia ipotesi e perché l'ho formulata, spiego che, se la sua è una forma *lifelong*, secondo la letteratura recente, per quel tipo di EP i farmaci sono l'unica soluzione.

Gli chiedo se vuole il nome di un bravo urologo, gli spiego che, in ogni caso, la terapia con me non consisterebbe in esercizi per i muscoli perineali, ma di un percorso di sensibilizzazione con esercizi e tappe che prevedono poche sedute, ma un suo impegno di alcune settimane. Gli esercizi perineali rimangono *a latere* e possono essere usati solo per migliorare la sensibilità, l'ascolto dei genitali, la capacità di monitoraggio di una zona che, in Andrea, già funziona muscolarmente bene.

Lui accusa il colpo. Rimane malissimo in seguito alla mia spiegazione. Si aspettava la possibilità di fallimento della riabilitazione e del counseling sessuologico, ma non aveva preso in considerazione la possibilità di non essere reclutabile per le medesime. Le sue spalle si afflosciano, il petto appare più incassato, la ventilazione polmonare è ridotta e lo sguardo vaga perlustrando la superficie della mia scrivania. Si riprende, fa un sospiro o due e mi chiede se si

può tentare lo stesso. Provo a mediare: pur tornando a spiegare il razionale delle indicazioni farmacologiche per la forma *lifelong*, gli vado incontro cercando di essere di più ampie vedute e anche perché provo ad ascoltare una vocina che mi dice che potrebbe esserci qualcosa di ulteriore, dietro quell'anamnesi.

Data la sua insistenza, considero che la motivazione potrebbe esserci d'aiuto nel tirar fuori qualcosa di buono e propongo ad Andrea di provare con la terapia sessuologica per l'EP, per 3-4 sedute al massimo, durante le quali lui si sarebbe dovuto impegnare nel seguire pedissequamente le indicazioni. Se non vediamo risultati tangibili, interrompiamo e lo aiuto a trovare un andrologo che gli piaccia. Accetta. Il contratto è chiaro e ben definito: procediamo.

Inizio a spiegare la procedura della riabilitazione per EP, quando sorge il problema più immediato: la sua compagna non sa niente e non sospetta niente: lui usa il Cialis con lei, quindi sospendere i rapporti sessuali per qualche settimana, senza addure una motivazione valida, risulta un po' ostico. La terapia sessuologica consiste in esercizi che gradualmente acuiscano la sensibilità del paziente, in modo da fargli ritrovare (o trovare *ex novo*) una capacità di controllo più funzionale; durante le prime settimane di esercizi, rientra tra le prescrizioni l'astenersi dal coito o da atti sessuali che non siano quelli prescritti (e con le modalità prescritte). Lascio a lui la palla e tutto si risolve quando porta la compagna alla seduta successiva, avendo trovato in lei una forte alleata in questa battaglia. Elena è tranquilla, dichiara di essere soddisfatta della loro relazione sessuale, ma pronta ad aiutare Andrea a tranquillizzarsi rispetto alla proprie prestazioni. Aveva intuito che lui avesse qualche ansia in proposito, quindi si offre volentieri come partner anche per gli esercizi terapeutici.

Partiamo con gli esercizi. Senza addentrarci in particolari che costellano le poche sedute di consulenza che abbiamo fatto, mi preme sottolineare che: abbiamo portato avanti la terapia sessuologica con una *compliance* di Andrea decisamente bassa, nel senso che gli esercizi prescritti venivano spesso modificati sul momento a seconda del piacere della coppia o delle ansie di lui e quasi sempre sfociavano nel coito, "proibito" per qualche settimana dall'iter per l'EP. Nonostante questo, Andrea riporta fin da subito dei cambiamenti, notando un allungamento dei tempi col procedere degli esercizi. In sostanza, il percorso ha avuto un ottimo successo. Come si può spiegare questo in una forma *lifelong*? Sarebbe una contraddizione. In effetti, non lo è: con il procedere delle sedute e il miglioramento della funzione, Andrea risponde a domande sulla propria vita sessuale lasciandosi andare maggiormente alla descrizione delle emozioni, soprattutto dell'ansia, che accompagnavano le attività sessuali da bambino e adolescente. Il bisogno di liberarsi di erezioni che arrivavano non richieste in momenti inopportuni lo portavano spesso a masturbarsi nel bagno, privo di chiave, cercando di arrivare all'orgasmo nel modo più veloce possibile. In altre parole, è lui stesso a cercare di accorciare i tempi fin dalle prime attività masturbatorie. Così, nel racconto della prima seduta con me (e probabilmente delle sedute con gli specialisti visti fino a quel momento), Andrea riporta il "risultato" del proprio obiettivo: fare presto. Che non è quindi un elemento strutturale, ma provocato e coltivato negli anni.

Così, la EP portata in consulenza non è, in effetti, del tipo che non trae vantaggio dalla riabilitazione, e questo non poteva essere messo in evidenza, se non con un ascolto accurato e prolungato nel tempo; un tempo che desse ad Andrea lo spazio per prendere confidenza col terapeuta e lasciarsi andare in particolari emotivi che altrimenti avrebbe lasciato indietro, sia perché difficili per lui da far emergere, sia perché ritenuti irrilevanti ai fini preposti.

Si viene in questo modo a sottolineare il bisogno e l'indispensabilità dell'ascolto. Una *slow medicine* che consenta anche allo specialista, sempre che ne abbia il tempo (!), di mettere in atto un ascolto attivo, empatico, attraverso il quale il paziente possa sentirsi accolto, quindi sviluppare quella fiducia che gli consente di far affiorare emozioni e fatti talvolta indispensabili alla diagnosi: Andrea non ha mai avuto quella *lifelong* per la quale veniva curato e che, soprattutto, escludeva la possibilità di utilizzare con successo una riabilitazione tramite counseling sessuologico.

Addirittura, Andrea ed Elena non si sono mai attenuti scrupolosamente alle limitazioni prescritte loro (attenersi all'esercizio via via concordato, evitando soprattutto la penetrazione vaginale). Abbiamo parlato anche di questo e di come mai, nonostante la fortissima motivazione, Andrea non fosse riuscito a rimanere fedele al programma: ne è emersa un'interessante (per lui) consapevolezza riguardo alla proprie paure, che ha sicuramente contribuito a consolidare i risultati ottenuti e ad aprire un varco verso nuove prospettive anche rispetto alla cura dell'ansia.

La conclusione è semplicemente questa: senza ascoltare i pazienti si rischia spesso di non poter costruire un percorso terapeutico idoneo, venendo a mancare la diagnosi corretta che può emergere solo quando il quadro sia sufficientemente delineato. Spazio alla slow physiotherapy!

Corrispondenza:

Désirée Uguccioni dei Buondelmonti,
Via del Leone 27 rosso, 50124 Firenze
e-mail: desibuonde@yahoo.it
Tel 349 064 1906

Better Health, Brighter Future

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

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

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

L'ano fra paure e ricerca di sé

STELLA DE CHINO

Fisioterapista e formatrice, Schio, Vicenza

Riassunto: Si descrive il caso di un uomo affetto da dissinergia sfinteriale e ingombro rettale, le sue paure, il suo mondo interiore, il percorso di cura. Attraverso la narrazione di sé e delle proprie emozioni, l'ascolto del corpo e della zona anale, si porta l'attenzione alla connessione mente/corpo/emozioni e alla possibilità di agire su più piani di recupero ponendo il paziente come "attore" del lavoro riabilitativo e non "spettatore" di una terapia "subita".
Parole chiave: Ano; Dissinergia sfinteriale; Intussuscezione; Prolasso rettale; Paura.

Abstract: A case is described of a young man suffering from anal sphincter dyssynergia and internal rectal prolapse, with his fears, his inner world, and the course of treatment. Through telling about himself and his emotions, listening to his body and the anal area, attention is brought to the connection mind / body / emotions and the possibility of recovering by placing the patient as actor and not as spectator of the rehabilitation.
Keywords: Anus; Sphincter dyssynergia; Intussusception; Rectal prolapse; Fear.

IL RACCONTO

"Ciao sono Francesco. Mi hanno consigliato un ciclo di riabilitazione del pavimento pelvico a causa di un prolasso rettale. Fai queste cose tu? ".

Francesco, me lo ricordo bene. Viveva nel mio stesso paese. Ha un paio d'anni meno di me e quando eravamo adolescenti andavo a casa sua per fare da baby sitter al fratellino. Era un ragazzo apparentemente spavaldo ma con un retrogusto timido e un po' agitato. Ora ha 42 anni, è impiegato, soffre da alcuni anni di stipsi e senso di ingombro rettale. A seguito della diagnosi di "dissinergia sfinteriale e prolasso rettale" è stato inviato per un ciclo di rieducazione del pavimento pelvico prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico che non gli è stato specificato o comunque non ha compreso. Porta con sé un carico di paure non tanto relativamente al problema rettale ma a ciò che, secondo lui, lo ha determinato. Mi narra che ha fatto altri percorsi in passato di tipo psicologico e che è convinto che questo problema sia connesso con la sua tendenza a trattenere molte emozioni. "Io ho bisogno di essere libero" mi dice "ma come posso esserlo se non riesco a liberarmi nemmeno a livello intestinale?". Raramente mi arrivano persone con una tale consapevolezza. Nonostante ciò però mi rendo conto che è poco abituato a *sconnettere la mente* e a *sentire il corpo*. Vorrebbe che parlassimo e considera *meno importante* il lavoro corporeo.

Mi narra con ritmo dell'eloquio molto veloce, come se il tempo fosse poco (in realtà ne abbiamo parecchio a disposizione) la storia della sua vita di relazione. "Ho paura della sessualità quando diventa un dovere. Ho paura che qualcuno sia meglio di me e dopo un po' di tempo mi sento in pericolo *costante* di non essere all'altezza".

"Sono perseguitato dall'ansia in ogni cosa che faccio. Non mi rilasso mai del tutto. Nella relazione con le donne tendo a scappare. Appena una donna *si aspetta* qualcosa da me smetto di sentire eccitazione e coinvolgimento e mi prende l'ansia da prestazione. La miglior relazione che ho avuto è stata con una donna sposata perché sapevo che non mi avrebbe mai forzato in nulla". Mentre lo ascolto mi rendo conto di come, con la *scusa* del prolasso, Francesco ne approfitti per *vuotare il sacco*, e penso alla metafora, *vuotare il sacco* che è esattamente la sua difficoltà organica: vuotare del tutto il suo retto che quasi sempre *trattiene* una parte delle feci.

"Prima che mi parlassero del mio prolasso la stitichezza cronica mi ha accompagnato per anni. Poi sono iniziati i problemi di evacuazione incompleta e la necessità di svuotarmi manualmente. Infine questa diagnosi. Ma io sento che molto dipende dalla mia testa e dal mio carattere. Per questo non vorrei affrontare solo una cura *fisica* ma vorrei anche *parlare* e cercar di capire".

RIFLESSIONI E GESTIONE DEL CASO

Gli rispondo che per formazione ed indole creo sempre un momento di condivisione e scambio ma che il corpo è importante e che il lasciar andare significa anche permettersi di *rilassarsi* durante la seduta e di ascoltare il corpo. Mente e corpo armoniosamente collaborano per portarci fuori dallo stato di malattia e il tempo dell'espressione verbale è alternato a quello dell'ascolto del corpo di in una meravigliosa alternanza del turno.

Ricordo il padre di Francesco: non lo lasciava mai parlare. Il suo tono spesso saccente e di sfida era un irrinunciabile invito alla chiusura. Francesco era il *figlio della colpa* di genitori molto giovani in un paese piccolo. I suoi si erano dovuti sposare in fretta per nascondere l'onta della gravidanza prima del matrimonio. A quei tempi la verginità era un valore assoluto e la sua perdita prematura fonte di grande vergogna per la famiglia. In suo padre si coglieva una costante e sottile rabbia che si manifestava con una vena polemica e la continua *provocazione* attraverso battute più o meno infelici al figlio e alla moglie.

Non era aggressività espressa, ma repressa e verbale. Francesco spesso si chiudeva nel silenzio quando il padre lo provocava così.

Raffaele Morelli[1] sostiene che "secondo la psicosomatica, dietro la stipsi si nasconde il timore del il mondo esterno; chiudendosi, l'intestino, nasconde le nostre emozioni più vere". E aggiunge "alla base di questa lettura, c'è l'idea che la stipsi sia la spia di un atteggiamento conflittuale nei confronti del mondo e di noi stessi. La paura degli altri può bloccare l'intestino e produrre stipsi". E infine: "La partita che si gioca riguarda il conflitto tra il trattenersi e il lasciarsi andare, in altri termini tra il possesso e la donazione di qualcosa che ci appartiene. Ecco perché spesso la stipsi nasce in risposta a situazioni nelle quali ci sentiamo minacciati dall'ambiente, deprivati o invasi. In questo caso, l'intestino si fa carico di tenere per noi quel poco che ci rimane. Fattori scatenanti possono essere gli ambienti di lavoro, familiari molto competitivi …."

La narrazione di Francesco è già un primo passo verso la guarigione.

Lo invito a stendersi sul lettino dopo circa tre quarti d'ora di dialogo. Sento che le parole si sono esaurite e che ora può concedersi di "ascoltare il suo corpo".

Inizio con il massaggio dei glutei e del perineo. Poi appoggio la campana tibetana sul sacro e ne uso la vibrazione per produrre un micromassaggio profondo. Sento il suo respiro diventare più lento. Alla fine della seduta lo invito piano piano ad alzarsi. Lo fa con molta calma e il viso è assonnato. Quei fiumi di parole contrastano con il silenzio che è sceso fra di noi. Mi dice soltanto "non so cosa mi hai fatto, ma ho smesso di pensare".

La quiete dopo la tempesta di parole. Il silenzio come dono e segnale che qualcosa di importante è uscito e resta il vuoto ora.

Svuotarsi … ricercare il vuoto. Il vuoto della mente oltre che viscerale. L'intestino … secondo cervello. Libera la mente e libererai le viscere. Libera le viscere e la mente si calmerà.

Nel nostro cammino affronteremo la consapevolezza anale attraverso la terapia manuale, l'uso dei dilatatori e gli esercizi con contrazione rilassamento. Ma è evidente che sarà importante dare strumenti domiciliari di gestione della *tensione del pavimento pelvico* e dell'ansia. Il respiro profondo, il rilascio anale in posizione accovacciata, il rilassamento guidato saranno alcuni di questi.

È iniziato il percorso di guarigione per Francesco, lui ne sarà protagonista tirando fuori il suo potenziale fisico, emotivo e mentale e non sarà certo un "invisibile prolasso", una intussuscezione rettale che, mi dicono, non è che una variante della norma, a portarlo ad un intervento chirurgico inutile e dagli esiti incerti.

BIBLIOGRAFIA

1. Morelli R. http://www.riza.it/psicologia/psicosomatica/2564/cosa-racconta-di-noi-la-stipsi.html

Corrispondenza:
Stella De Chino, Via Righi 32 Schio, Italy
email: stelladechino@gmail.com

Il racconto di Giorgetti: La maestra di pianoforte

Mio padre era un appassionato di musica, ma poiché io di musica non capisco nulla, non sono in grado di dire se per lui quella definizione era appropriata.

A lui piacevano le Opere ma non tutte e nemmeno l'Opera nel suo complesso: conosceva i brani più importanti interpretati dai tenori o dalle soprano o dai baritoni e al mattino, quando si faceva la barba, o in macchina, mentre guidava, lui li cantava, ma, onestamente, non aveva una gran voce.

Se nel teatro cittadino, o in quelli delle città vicine, veniva rappresentata un'Opera, o si esibiva qualche grande interprete, difficilmente lui mancava a quegli appuntamenti.

Poi un giorno arrivò a casa un bellissimo pianoforte e fu sistemato in sala da pranzo.

Dopo arrivò un componente della banda cittadina: suonava la tromba, ma era ritenuto un virtuoso del pianoforte: sottopose mia sorella e i miei quattro fratelli (tutti molto più grandi di me) ad una "prova attitudinale" e la conclusione dell'esperto fu che per la musica erano tutti negati.

Invece il mio rapporto con la musica era particolare: mi piaceva seguire la banda quando percorreva le vie cittadine o durante le processioni o in occasione delle feste nazionali.

Ero sempre in prima fila e aspettavo con ansia gli interventi o di quello che aveva il tamburo o di quello che aveva i piatti: sia l'uno che l'altro davano pochi colpi, ma erano sempre ben assestati e spesso conclusivi.

Frequentavo la prima media e rappresentavo una vera preoccupazione per i miei: passavo molto tempo fuori casa, a scuola andavo male e gli insegnanti si lamentavano per il mio comportamento in classe.

Credo di aver conseguito un primato: ho ripetuto la prima elementare.

Indubbiamente mio padre e mia madre erano molto indulgenti nei miei confronti, forse perché ero arrivato quando non erano più giovanissimi, ma chi cercava di moderarmi era mia sorella, che aveva quasi dieci anni più di me: diceva che ero un gatto randagio.

Ma ero anche l'unico in casa che, seduto davanti al pianoforte, battevo con le dita sui tasti.

E un giorno mio padre dette a mia sorella l'incarico di trovare qualcuno disposto a darmi delle lezioni.

Lei, che frequentava assiduamente i preti e le suore, disse che per me c'era una soluzione ideale: nel convento cittadino in cui una sorella di mio nonno aveva un ruolo importante, c'era una monaca disposta sia a darmi lezioni di pianoforte, sia ad aiutarmi a risolvere i miei problemi scolastici.

"Oltretutto" concluse "se passerà qualche pomeriggio con la suora, il suo randagismo verrebbe notevolmente ridimensionato".

E così, con poco entusiasmo, ... entrai in convento.

Appena arrivai, una suora bassa e grassa mi prese per mano dicendo:

"Ti vuol conoscere tua zia, la sorella di tuo nonno."

Colei che mi precedeva era quasi quadrata e, camminando, ondeggiava come una barca all'ancora.

Vicino ad una finestra, seduta su una poltrona, c'era una persona piccola, raggomitolata, tutta coperta di nero. Di lei si vedevano solo un viso magro, bianco, e delle mani ossute che stringevano un rosario con grani grossi e neri.

Forse dormiva.

La suora che mi accompagnava disse, quasi urlando:

"Sorella, c'è il nipote di suo fratello."

Aprì gli occhi, piccoli e neri, e con una voce appena percettibile:

"Bravo, bravo. Come sta quel peccatore di tuo nonno?"

"È morto da tanto tempo" dissi.

"Bravo, bravo. Salutamelo, quel peccatore. Che Dio ti protegga. Vai sereno per la tua strada figliolo."

Emanava un odore strano: mi ricordava qualcosa.

Mentre ci allontanavamo, chiesi alla suora:

"Cosa voleva dire "vai sereno per la tua strada"?

"È una santa. Ha quasi cento anni. Ha delle visioni, predice il futuro."

"Allora avrebbe dovuto sapere che il fratello è morto da molto tempo."

Mi guardò male e:

"Adesso ti accompagno da suor Cecilia." disse risentita.

Mi condusse in una grande stanza:

"Aspetta qui" e se ne andò ondeggiando nella sua larga veste nera.

Nella grande stanza, c'erano molte file di seggiole e, in fondo, un palco e lì sopra un pianoforte.

Salii sul palco: il pianoforte era più grande del nostro ed aveva una forma strana.

"Ben arrivato!"

Mi voltai di scatto: dietro di me c'era una persona alta, magra, un viso lungo, vestita di nero.

"Sono Suor Cecilia. Sono sicura che noi due andremo d'accordo."

Ero intimorito: era arrivata senza far alcun rumore. Ebbi la certezza che si fosse materializzata all'improvviso, come accadeva quando nei film veniva inquadrato il cattivo.

Ero teso, guardingo.

"Cominciamo con il pianoforte o con i compiti che i professori ti hanno dato? Cosa preferisci?"

Aveva una voce normale, di donna, e questo mi tranquillizzò.

"Faccia lei, per me ..."

"Lascia stare il lei, dammi pure del tu, Mi devi considerare un'altra sorella. Suor Cecilia, vuol dire Sorella Cecilia, perciò niente lei. Vediamo come te la cavi con il pianoforte. Sai suonare qualcosa?"

"No."

"Ma a casa hai un pianoforte."

"Sì, ma nessuno lo adopera."

"A te piacerebbe imparare ad usarlo?"

"Non lo so."

"Che strumento ti piacerebbe suonare."

" O il tamburo o i piatti."

"E perché?"

"Nella banda, quei suonatori hanno poco da fare, ma quando tocca a loro ... si fanno sentire!"

Rise e, in un attimo, il suo viso si era trasformato: adesso sembrava il volto di una bambina.

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.

"Sediamoci davanti al pianoforte: devi prendere confidenza con i tasti."

Credo che si sia subito resa conto che io, un pianista, non lo sarei mai diventato.

Infatti la prima lezione di musica durò molto poco: passammo ai compiti che dovevo fare.

Dovetti riconoscere che con lei non mi annoiavo: mi lasciava parlare e mi faceva ragionare.

"Come è andata?" mi chiese mia sorella appena arrivai a casa.

"Bene."

"Hai visto la sorella del nonno?"

"Sì: dorme ed è anche rimbambita."

"È una veggente, profuma di santità."

"No, puzza di urina."

A giorni alterni, passavo gran parte del pomeriggio con suor Cecilia: mi faceva parlare molto ed io, spesso, le riferivo le mie imprese e le mie evasioni dalle mura cittadine.

D'inverno i campi erano distese bianche che brillavano sotto il sole; poi, quando la neve spariva, tutto diventava verde e i rami degli alberi si coprivano di fiori.

Era anche bello correre sui campi quando il grano era maturo e come l'uva dolcissima, ti tradiva: dolori di pancia e ... giù le brache!

Rideva divertita: lei, quel mondo, non l'aveva mai visto.

Indubbiamente il mio rendimento scolastico era migliorato, ma con il pianoforte i progressi erano deludenti.

Non mi divertivo perciò non m'impegnavo, ma lei non demordeva.

Era un'appassionata di quello strumento e, per farmelo apprezzare, spesso eseguiva dei brani: le sue dita si muovevano sulla tastiera con una rapidità incredibile: non sbagliava mai e nemmeno leggeva lo spartito!

Si divertiva moltissimo quando le riferivo le imprese "cittadine" che compivo con i miei compagni: suonavamo i campanelli delle abitazioni per far affacciare la gente dalle finestre; legavamo con un elastico le aperture dei cancelli per vedere la faccia stupita di chi, aprendoli, li vedeva richiudere; sgonfiavamo le ruote delle biciclette parcheggiate, ma il pezzo forte era sbalordire le signore che passeggiavano con il cane al guinzaglio.

Con dei piccoli pezzi di ramo dell'albero del fico, riuscivamo ad imitare perfettamente le feci solide dei cani.

Uno affiancava la signora e lasciava cadere duo o tre di quei pezzi e poi:

"Signora, guardi, il suo cane ha lasciato roba."

Quella si girava. guardava e: "O mio Dio! Mi dispiace molto!"

E quello subito:

"Non si preoccupi: ci penso io!"

Così dicendo, raccoglieva con le mani il tutto: l'annusava e se lo metteva in tasca.

E se ne andava.

La signora restava lì, immobile, con la bocca spalancata.

Però compivamo anche le così dette buone azioni: andavamo al cimitero per spostare i fiori dalle tombe ben fornite a quelle dimenticate; alimentavamo i cani randagi; portavamo le sigarette ai vecchi dell'ospizio.

Quando le riferii che nelle notti d'estate, in campagna, catturavamo o le lucciole (per vedere i loro voli luminosi in casa) o i grilli (per sentirli cantare quando era buio), lei disse non aveva mai visto le prime e né udito il canto dei grilli.

E mi parlò di lei: aveva solo venticinque anni; era nata a Venezia; sua madre era stata una famosa pianista, suo padre era avvocato.

Quando aveva otto anni, lei, accanto a sua madre, aveva dato il suo primo concerto a Venezia, al Teatro La Fenice; poi si erano esibite in altre città: a Padova, a Roma ed a Firenze.

Quando aveva dieci anni, la madre contrasse una malattia terribile, la leucemia e il padre la condusse subito negli Stati Uniti.

Dopo tre mesi ritornò a Venezia, chiusa in una bara, e il padre sistemò la bambina in un collegio di suore.

Lei, poi, era rimasta lì, per sua scelta.

Il padre non aveva mai voluto accettare quella decisione e fra loro ogni rapporto era cessato.

A proposito dei grilli, delle cicale e delle lucciole, suor Cecilia aveva concluso:

"A Venezia c'è il mare, c'è acqua dappertutto e lì, nelle notti d'estate, non volano le lucciole, né cantano i grilli e di giorno non si odono le cicale.

Purtroppo nemmeno nei conventi in cui poi sono stata c'erano i prati o gli alberi."

Fra i brani musicali che eseguiva, ce n'era uno che mi lasciavano incantato.

Aveva detto che era un Notturno di Chopin.

Era dolcissimo: spesso, senza accorgermene, ascoltandolo, chiudevo gli occhi.

Poi finalmente la scuola finì e mi andò bene: fui rimandato solo italiano, latino e matematica.

Quell'estate, contrariamente al solito, tutta la mia famiglia non si trasferì nella casa al mare, forse perché qualche mio fratello doveva sostenere gli esami liceali.

Poiché l'aiuto di suor Cecilia non aveva dato tutti i frutti sperati, i nostri incontri pomeridiani non cessarono: un paio di pomeriggi alla settimana, li dovevo passare ... in convento.

Oramai conoscevo tutte le suore ed avevo libero accesso in tutte le stanze.

In particolare mi avevano colpito la cucina e il dormitorio.

Nella prima, tutta rivestita di mattonelle bianche, le pentole attaccate alle pareti sembravano risplendere; nel dormitorio c'erano due file di letti tutti uguali, delimitati, in alto, da una struttura in ferro che permetteva lo scorrimento di una tenda atta a isolarli.

Sopra ogni letto (le lenzuola, le coperte ed i cuscini erano di un candore abbagliante), c'era una Croce nera di legno.

Mi ero affezionata a suor Cecilia e mi dispiaceva che, con il pianoforte, la deludessi: ma non era colpa mia.

Il tamburo e i piatti rimanevano i miei strumenti preferiti.

Un pomeriggio, con la scusa che dovevo andare in bagno, riuscii ad arrivare, non visto, nel dormitorio e, sotto un letto, misi due piccole scatole che aprii prima d'andarmene: in una avevo messo un centinaio di lucciole, nell'altra un grillo.

Qualche giorno dopo, appena arrivai in convento, trovai ad aspettarmi suor Cecilia.

Voleva essere seria e iniziò a dire che ... poi si mise a ridere.

"Siamo state sveglie tutte la notte, aprendo le finestre, le porte, ma quelle volavano e non se ne andavano. Poi, all'improvviso ... iniziò a cantare il grillo! Ridevamo come matte.

È stato bellissimo! Ma non lo devi fare più: promesso?"

"Promesso."

"Ma... non ti devi far venire in mente altre trovate! La Superiora è molto arrabbiata."

Poi, in lei, notai un cambiamento: era diventata taciturna, sorrideva poco, sembrava dimagrita, era pallida.

Dopo alcune settimane mi disse le occorreva una busta:
"Mi serve una busta normale, una di quella che si adopera per spedire una lettera. Però non lo devi dire a nessuno, nemmeno a tua sorella."
Gliela portai il giorno stesso.
Dopo una settimana me la restituì dicendo:
"Devi affrancarla come Espresso e spedirla subito. Io non posso farlo né darti i soldi, ma i soldi te li restituirò. Questo deve essere un segreto fra noi. Mettila subito in tasca."
La voce le tremava.
Mi abbracciò e mi strinse forte a sé: non l'aveva mai fatto.
"Mi sono piaciute molto le lucciole ed era bellissimo il canto del grillo" disse in un sussurro.
"Suor Cecilia, ma tu ... hai il seno come mia madre e mia sorella!"
Sorridendo annuì e:
"Oggi niente lezione di pianoforte."
Si girò e si allontanò immediatamente.
Ebbi la certezza che stesse piangendo.

Dopo tre giorni, nel primo pomeriggio, quando rientrai a casa, mia sorella disse:
"In sala c'è una persona che ti sta aspettando da più di un'ora."
La guardai meravigliato: non avevo rotto vetri, né combinato, di recente, qualche guaio.
"Cosa vuole?"
"Ti vuole salutare."
"A me!"
"Sì, a te."
Preoccupato entrai in sala e vidi un distinto signore e una bella signora.
Sorridevano.
"Non mi riconosci?" disse lei.
La guardai e scossi la testa.
Indicò il pianoforte che era in sala.
La guardai stupito.
Venne verso di me e mi abbracciò.
Piangeva..
"Grazie. Ti aspetto a Venezia. Grazie. Questo è mio padre."
Mi abbracciò anche lui.
Se ne andarono accompagnati da mia sorella.
Io, a dir la verità, avevo capito ben poco, ma che le mie lezioni di pianoforte erano finite, questo l'avevo capito.
Ritornò mia sorella:
"Ora mi devi spiegare perché lei ..., sì, insomma Suor Cecilia, ti ha ringraziato."
"Io non ho sentito nessun ringraziamento."
"Sì: ti ha ringraziato due volte e mi devi dire il perché."
"Ma come faccio a dirtelo se non ho sentito nessun grazie! Comunque, in convento, dovresti andarci tu, almeno per un po' "
E così dicendo me ne andai.

Con alti e bassi finii comunque la scuola media; al liceo, contrariamente alle aspettative, il mio rendimento scolastico mutò: ero fra i migliori della classe anche se, in condotta, lasciavo un po' a desiderare.
Studiavo volentieri: avevo scoperto il piacere del sapere.
Dopo il liceo mi iscrissi a medicina, poi mi specializzai in ginecologia ed infine approdai all'insegnamento nella stessa facoltà.
Un anno fa, l'Università di Padova organizzò un congegno: "Le turbe psichiche nell'equilibrio della sfera ormonale" e venni invitato come relatore.
Un collega veneziano, più anziano di me, alla fine del suo intervento, riferì un episodio di cui era stato testimone.
Una dodicenne di buona famiglia, avendo la madre ricoverata all'estero perché affetta da una grave malattia, fu momentaneamente affidata ad una zia, sposata ma senza figli.
La bambina, non ancora mestruata, subì vari tentativi di stupro da parte dello zio e quando la moglie se n'accorse, essendo assenti i genitori, ritenne opportuna allontanare la nipote inserendola in un collegio gestito dalle suore.
La mamma della bambina morì e al padre, per giustificare quel provvedimento nei riguardi della ragazzina, venne riferita una storia completamente diversa: era stata lei a provocare ripetutamente lo zio.
Il genitore, con la figlia, non ebbe un confronto chiarificatore: dopo averla severamente redarguita, la lasciò in collegio.
Lei gli scrisse tre volte, ma non ebbe alcuna risposta.
Poiché all'età di quindici anni la ragazza non aveva ancora avuto le mestruazioni né il seno le era aumentato, le suore ritennero opportuno avvertire il genitore che fece intervenire un ginecologo che, dopo la visita, parlò di un ritardo non patologico.
Constatato che quel ritardo si protraeva, fu consultato un altro specialista che non notò nulla di anormale e, soprattutto, non c'erano segni di mascolinità.
Quando la ragazza aveva diciassette anni, il padre, che aveva deciso di riportarla a casa, si sentì dire:
"Intendo restare qui, voglio entrare nell'Ordine come novizia."
E a nulla valsero le sue raccomandazioni: era evidente che la giovane donna non aveva fiducia negli uomini.
Prima di essere accettata nell'Ordine, poiché le mestruazioni continuavano a non venire, furono le suore a richiedere un approfondito controllo clinico e, benché quella fosse una evidente anomalia, nulla emerse di patologico.
Entrata nell'Ordine, la giovane donna si sentì perfettamente inserita in quel mondo: era felice e con il padre, il rapporto diventò cordiale.
Aveva venticinque anni e nel convento dove viveva, svolgeva un ruolo di insegnate di sostegno e di pianoforte per le bambine di buona famiglia.
Gli venne affidato anche un dodicenne e con lui iniziò un rapporto affettivo.
Il ragazzo le parlava del suo mondo: del rapporto allegro che aveva con i coetanei; dell'avvicendarsi delle stagioni vissuto a contatto della natura; del canto dei grilli e delle cicale; del volo notturno e luminoso delle lucciole ...
Era un mondo a cui lei aveva rinunciato, ma che adesso l'affascinava, e quella rinuncia la faceva soffrire.
Ma quel mondo era lì, fuori dal convento.
Trascorse notti insonni, giorni di angoscia, di sofferenza.
Aveva venticinque anni: arrivarono le mestruazioni e iniziarono a svilupparsi i seni.
Con l'aiuto del ragazzo contattò suo padre e ... rientrò nel mondo.
Il relatore concluse:
"La signora ha poi avuto tre figli: al primo ha dato il nome di quel ragazzo."
Il collega, che avevo accanto, mi sussurrò:
"È una bella storia."
"Sì, è veramente una bella storia" dissi commosso.

Mostri e mostre A cura di GUERRINO GIORGETTI

LE CORNA DI GARIBALDI

Si era riferito, su queste pagine, del discutibile valore artistico di molti monumenti che, fra la fine del 1800 e le prime decadi del 1900, vennero collocati nelle nostre piazze e nei giardini pubblici, per celebrare le "Glorie Patrie". Un lettore mi ha fatto pervenire una nota con la quale, condividendo quanto riferivo, precisava che anche le iscrizioni lì apposte e quelle riportate sulle lapidi commemorative di quegli eventi non brillano di luce propria. E riporta alcuni esempi. Il lettore ha perfettamente ragione: i dotti estensori, sfoggiando una perfetta conoscenza del latino classico, hanno usato costruzioni e termini desueti per esprimere concetti concisi ed esaltanti. E la gente, all'epoca, dopo aver letto quelle frasi, solitamente commentava: "Non si capisce quello che vuol dire, ma è detto bene".

Ma in una piazza italiana, riferisce sempre il lettore, c'è un monumento che fa eccezione: un mezzo busto che raffigura Giuseppe Garibaldi non ha iscrizioni. Incredibile! Un affronto del genere è stato fatto a Garibaldi! Al più celebrato degli eroi nazionali! All'Eroe dei due mondi! Come mai? Il nostro amico ha indagato ed ha scoperto che la cosa, a suo tempo, era stata molto seria e a lungo dibattuta, e che era, … una questione di corna: di Garibaldi! Ecco i fatti. Siamo a Loreto, la splendida città marchigiana, famosa nel mondo perché lì gli Angeli hanno portato in volo da Nazareth, in Palestina, la casa dove la Madonna venne visitata dall'Angelo che le annunciò che avrebbe concepito il figlio di Dio; la casa dove lei e Giuseppe vissero e morirono; dove crebbe Gesù. L'evento ossia *la traslazione* sarebbe avvenuto il 10 Dicembre1294. E Loreto diventò, nel tempo, il luogo di culto più venerato al mondo dopo il Santo Sepolcro in Palestina, ma è anche sempre stato l'unico tempio, fuori del Vaticano, che la Chiesa Cattolica ha gestito e gestisce direttamente, sia sotto il profilo religioso che economico. Ogni anno a Loreto arrivano migliaia di fedeli da tutto il mondo che con le offerte, i lasciti e gli acquisti di oggetti di culto e non solo, rappresentano per il Vaticano una notevole fonte di reddito.

Naturalmente anche per chi abita a Loreto il flusso continuo di visitatori è una fonte insostituibile di ricchezza, perciò sull'autenticità dell'evento prodigioso a Loreto non si scherza. Ma andiamo a Loreto nel 1883: l'Italia è da poco unificata ed anche a Loreto (che come tutte le Marche aveva fatto parte dello Stato Pontificio), gli anticlericali fecero sentire la loro voce e vollero erigere, al centro di una piazza, un monumento a Garibaldi: nessuno si oppose. Il comitato incaricò per l'esecuzione dell'opera lo scultore Ettore Ferrari, e per l'epigrafe l'onorevole radicale Felice Cavallotti che inviò subito il testo:

"Loreto/nota ai due mondi/per i miracoli della superstizione/qui con affetto/con orgoglio italiano/scrive il tuo nome/ o Garibaldi/o liberatore/che terribile e buono/ai due mondi portavi/i miracoli /dell'amore armato. Aprile MDCCCLXXXIV".

Apriti cielo! Il mondo ecclesiastico insorse e le autorità cittadine lauretane si scontrarono. Venne interpellata la Prefettura di Ancona che demandò la decisione al Parlamento Nazionale (allora a Torino) che, dopo un ampio dibattito, nel merito … nulla decise.

Ma a Loreto c'erano accese discussioni, insulti e minacce.

Il busto di Garibaldi, che nel frattempo era arrivato, venne collocato (senza epitaffio) in piazza … Garibaldi.

E le discussioni in città pro e contro l'apposizione dell'epitaffio diventarono furibonde.

Ma una mattina, vennero trovate, appese al collo dell'Eroe con un drappo rosso, due enormi corna di bue e la scritta: "Peppino tiene 'e corna".

C'era anche la dedica e la firma: Giuseppina Raimondi, con orgoglio muliebre appose ".

La dedica, era evidente, era di mano napoletana, ma chi era costei? E i bene informati, naturalmente, furono pronti a dare le informazioni più dettagliate.

Il 24 gennaio del 1860 il cinquantatreenne Garibaldi, aveva sposato l'illibata contessina diciassettenne Giuseppina Raimondi. Ma dopo la cerimonia, al generale venne consegnata una lettera con la quale veniva reso edotto che la sposina illibata… era incinta! Ed era vero.

Naturalmente Garibaldi chiese immediatamente l'annullamento del matrimonio (che arrivò dopo anni), ma … le corna c'erano state e gli "anti epigrafi" erano pronti a perpetrare, tutti i giorni, quella esposizione se la sacrilega scritta veniva apposta sul busto eretto in piazza.

In macelleria, fecero sapere, due corna bovine costano quanto mezzo chilo di lesso e quelle caprine ancor meno.

E così "per colpa d'una sgualdrinella" gli infami potevano oltraggiare impunemente la memoria del grande Eroe, dell'uomo che aveva avuto più donne che capelli (e Garibaldi aveva una folta criniera); di colui che dalla Sicilia al Piemonte, nelle Americhe e in mezza Europa, aveva compiuto epiche imprese sia sui campi battaglia che fra le lenzuola …

Era un'epoca quella (ma forse lo è ancora) in cui l'onore di una persona dipendeva dalla moralità del coniuge, dall'omosessualità, dall'impotenza.

A Loreto, quelli che comperavano le corna in macelleria, fecero sapere che "Il silenzio si paga con il silenzio."

Era un ricatto, un vergognoso ricatto, ma fu d'uopo subirlo.

E Garibaldi restò lì, in piazza, ma senza epigrafe.

Ora, da quella piazza, se l'Eroe allunga un po' il collo e piega leggermente la testa verso sinistra, il grande Santuario lo vedrebbe; ma non lo fa: preferisce ignorarlo.

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.

Certi “ospiti” sono sempre scomodi.

Blunorm® Forte

COMPRESSE
FAST-SLOW

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

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

SENZA GLUTINE

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

LABOREST®

CERTIFICAZIONE SISTEMA DI GESTIONE ISO 9001 - ISO 22000

laborest.com

pelvilen® Dual Act

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

PEA-um®

PALMITOILETANOLAMIDE
ultra-micronizzata (PEA-um®)

dimensione particellare 0,8 ÷ 6,0 µm

PEAPol-m®

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

dimensione particellare 2,0 ÷ 10,0 µm

© 2014 EPITECH GROUP

epitech group

info@epitech.it

pelvilen.com