Vol. 36 - N. 4
Dicembre 2017

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

59 Una metodica innovativa nell'ambito della riabilitazione del pavimento pelvico: Ginnastica Addominale Ipopressiva
E. Frighetto

62 La sessualità nel benessere psicofisico della persona: aspetti generali
D. Uguccioni

65 La vagina fra emozioni congelate, suoni che le sciolgono, parole che liberano
S. De Chino

67 Il racconto di Giorgetti: Il miracolo

69 Mostri e mostre: Mostri di ieri e di oggi

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

Stato dell'arte

Una metodica innovativa nell'ambito della riabilitazione del pavimento pelvico: Ginnastica Addominale Ipopressiva

ELENA FRIGHETTO

Fisioterapista, Selvazzano Dentro, Padova

Riassunto: Alcuni autori sostengono che gli esercizi addominali tradizionali (elevazione del tronco, del bacino o di entrambi nella posizione di decubito supino) non siano solo inefficaci per il rinforzo della fascia addominale, ma rappresentino addirittura un fattore di rischio per il pavimento pelvico femminile. Gli autori ipotizzano che tali esercizi siano responsabili dell'aumento della pressione intra-addominale e che questa possa determinare un indebolimento delle strutture muscolari, legamentose e fasciali del pavimento pelvico. Secondo la Teoria Integrale l'incontinenza urinaria da stress, l'incontinenza da urgenza e l'alterato svuotamento vescicale possono derivare tutti da indebolimento del tessuto connettivo, legamenti e fasce del pavimento pelvico. Tra le cause di tale debolezza legamentosa le più importanti sono gli aumenti improvvisi e ripetuti della pressione addominale, l'abuso degli esercizi addominali e l'errata pratica sportiva. Viene proposto pertanto un modello di esercizi posturali globali mirati al rinforzo dei muscoli addominali che tengano in considerazione le variazioni di pressione intra-addominale: Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH).

Parole chiave: Pressione intra-addominale; Esercizi addominali; Ginnastica addominale ipopressiva; Pavimento pelvico; Fascia addominale.

INTRODUZIONE

Le posture della GAH, hanno l'obiettivo di allenare i muscoli della parete addominale allo scopo di ridurre la pressione intra-pelvica. Furono introdotte dal belga Marcel Caufriez[1], dottore in Scienze della Motricità e specializzato in Rieducazione Uroginecologica. Caufriez, a partire dall'osservazione delle pazienti intuì che un elemento molto importante come la pressione intra-addominale era determinante nella statica e nella dinamica dei tessuti del pavimento pelvico. L'alterata gestione delle pressioni intra-addominali è responsabile delle modificazioni degenerative del tessuto connettivo, principale costituente del pavimento pelvico. P. Petros, nella Teoria Integrale, spiega come la lassità della parete anteriore della vagina e/o la debolezza delle strutture legamentose di supporto della vagina stessa siano le cause più importanti di incontinenza urinaria da stress, incontinenza da urgenza e alterato svuotamento vescicale[2].

Inizialmente la GAH veniva proposta alle puerpere per il recupero del tono muscolare dei muscoli addominali e per prevenire i disturbi del pavimento pelvico[3]. Nonostante i principi della GAH inizino a svilupparsi negli anni '80, solo ultimamente la metodica viene presa in considerazione dai riabilitatori uroginecologici, grazie anche alla diffusione degli studi che dimostrano come i muscoli addominali e respiratori siano implicati direttamente nelle dinamiche muscolari della pelvi.

ANATOMIA FUNZIONALE

La considerazione iniziale della metodica GAH è che l'addome rappresenti uno spazio con una determinata pressione all'interno, definendo così lo *Spazio Manometrico Addominale*. L'addome è delimitato superiormente dal *diaframma toracico*, inferiormente dal *diaframma pelvico*, anteriormente e lateralmente dalla parete addominale e posteriormente dalla colonna lombare.

Il diaframma pelvico ha la funzione di sostegno dei visceri pelvici e, contraendosi simultaneamente con i muscoli addominali e con il diaframma toracico, contribuisce alle variazioni della pressione all'interno dell'addome. Il pavimento pelvico e il diaframma toraco-addominale sono da considerarsi collegati da fasce e muscoli sia strutturalmente ma anche e soprattutto funzionalmente, cosicché la funzione pelvica influenza la funzione respiratoria e viceversa.

In condizioni di riposo la pressione interna allo Spazio Manometrico Addominale è nulla, ma durante uno sforzo, anche se le variazioni di pressione sono uguali in tutto lo Spazio, le risultanti dei vettori di tali pressioni sono molto diverse in virtù del fatto che i tessuti sui quali viene esercitata la forza pressoria sono diversi tra loro dal punto di vista della densità, della resistenza e dell'elasticità[4-5].

L'aumento di pressione addominale causato da uno sforzo determina una forza verticale con direzione dall'alto al basso. In presenza di una fascia addominale competente e di una curva lombare fisiologica, un aumento di pressione intra-addominale determina vettori di forza diretti verso la regione anteriore dell'addome stesso e la zona posteriore del perineo e del sacro. Se invece la fascia addominale è ipotonica o esiste un'iperlordosi della curva lombare le risultanti degli aumenti pressori si scaricano nella regione anteriore del perineo[3] (Fig. 1).

Questo meccanismo favorisce la comparsa di ipotonia muscolare, di prolassi, di lassità legamentosa e conseguente incontinenza urinaria. Alcuni autori indicano che il carico ripetuto sul perineo sommato ad aumenti frequenti di pres-

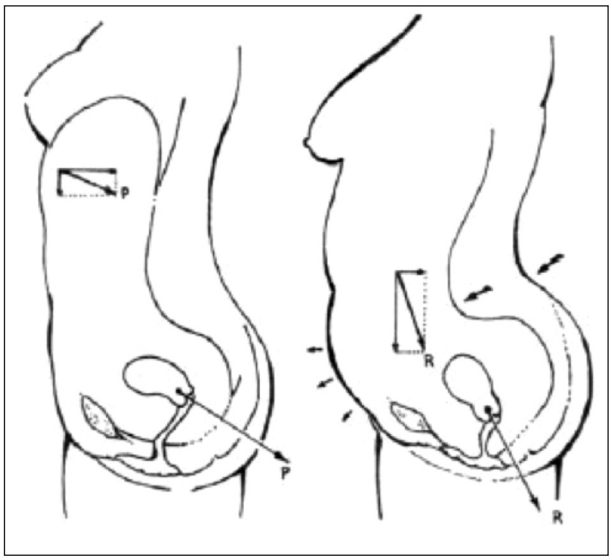

Figura 1. – Rappresentazione dei vettori delle pressioni intra-addominale.

sione intra-addominale riduce la tenuta anche del legamento cardinale[6]. Secondo la Teoria Integrale il danno del legamento cardinale rientra, assieme alla lassità della vagina e dei suoi legamenti di supporto, tra le cause principali di prolasso genitale e di incontinenza da sforzo e da urgenza[2].

Le funzioni di un muscolo sono determinate dall'istochimica delle fibre che lo costituiscono e dalla sua morfologia macroscopica. Ciò significa che le azioni che i muscoli scheletrici sono in grado di compiere sono strettamente dipendenti dalla tipologia di fibre che li compongono. Si riconoscono 3 tipologie di fibre: *fibre lente* (tipo I) sono le fibre a contrazione tonica; *fibre intermedie* (tipo IIa) sono a contrazione rapida fasica-resistente, e *fibre rapide* (tipo IIb) a contrazione fasica ma velocemente affaticabili. Le differenti tipologie di fibre sono distribuite in percentuali diverse a seconda del muscolo considerato. Per esempio, in molti muscoli del dorso e della loggia posteriore della gamba, le fibre lente sono predominanti perché risultano necessarie per mantenere una contrazione costante durante il controllo posturale. I muscoli principalmente fasici invece assolvono a funzioni di movimento, ma non di tenuta.[7]

ORGANIZZAZIONE DELLE FIBRE MUSCOLARI SCHELETRICHE:

Le fibre muscolari all'interno di un muscolo scheletrico si organizzano in fasci disposti all'interno del muscolo secondo varie modalità: parietali, convergenti, pennati e circolari. Caufriez[3] studia in modo particolare due tipologie di muscoli di maggiore interesse per la riabilitazione del pavimento pelvico:

• *muscoli parietali*: formati per la maggior parte da fibre I. Tali fibre, tendenzialmente sottili, utilizzano principalmente il metabolismo ossidativo per acquisire l'energia chimica per la contrazione. Il controllo nervoso è demandato ai motoneuroni α di piccole dimensioni, capaci di inviare impulsi nervosi in maniera costante e continua in accordo con le funzioni delle fibre lente. Tali fibre sono deputate al continuo controllo posturale e mostrano un'attività elettromiografica registrabile anche a riposo. La funzione dei muscoli parietali è quella di offrire un sostegno e un supporto viscerale a riposo e durante uno sforzo. La fascia addominale (retto dell'addome, obliqui interni ed esterni e trasverso) è costituita da muscoli parietali stratificati su 3 piani sovrapposti e condividono la stessa innervazione motoria. La percentuale di fibre I è del 75% mentre il tipo II b rappresenta solo un 4%. Le sue funzioni sono sostenere e rivestire gli organi digestivi, determinare una sinergia respiratoria offrendo un contro-appoggio al diaframma. Anche il diaframma pelvico fa parte della muscolatura posturale e a questa affermazione ci viene in sostegno l'istologia: le fibre che costituiscono tali muscoli sono infatti di tipo I, toniche, lente e con metabolismo ossidativo, come tutti i muscoli addetti al mantenimento della postura;

• *muscoli sfinterici con forma circolare*: costituiti esclusivamente da fibre I nella porzione para-sfinterica e di una miscela di fibre I e II in quella peri-sfinterica. Presentano attività EMG che si può misurare a riposo, data ovviamente dalle fibre I. L'azione fasica volontaria dei muscoli sfinteri è limitata nel tempo dettata generalmente da situazioni di urgenza[8-9].

DESCRIZIONE DELLA METODICA GAH

La GAH è costituita da un insieme di tecniche posturali che provocano una diminuzione della pressione intra-addominale e un'attivazione riflessa dei muscoli del pavimento pelvico e della fascia addominale, riducendo significativamente il rischio d'incontinenza urinaria e discesa dei visceri.

La ritmicità e le particolari sequenze posturali favoriscono la memorizzazione degli stimoli propriocettivi che si associano ad una determinata postura.

Sono necessarie 10 sedute (1 la settimana) di un'ora ciascuna per apprendere le posture. Dopo questa fase di apprendimento si passa alla fase di automatizzazione (durata di 6 mesi) in cui la paziente esegue autonomamente le posture selezionate dal terapista per 20 minuti al giorno. Ogni mese è consigliabile che il terapista controlli la correttezza dell'esecuzione delle posture e i risultati raggiunti.

Le posture prevedono prestabiliti gradi di flesso-estensione di tronco, arti superiori ed arti inferiori e si eseguono in apnea espiratoria, determinando così una diminuzione dell'attività tonica del diaframma toracico facilitandone il rilassamento. L'abbassamento della pressione intra-addominale durante l'esercizio, tonifica in via riflessa la fascia addominale e la muscolatura del perineo, e avviene una suzione a carico dei visceri pelvici dovuta alla risalita del diaframma che diminuisce la tensione legamentosa[5].

Descrivendo una delle posture di GAH gli eventi che si susseguono sono i seguenti: attraverso l'attivazione del muscolo gran dentato si ottiene lo stiramento del diaframma toracico; in questo modo si disattiva la componente tonica di tale muscolo. Lo stiramento del diaframma fa recuperare spazio alla cavità addominale, motivo per cui si ha una riduzione della pressione all'interno dell'addome e un'attivazione riflessa dei muscoli addominali profondi e della componente tonica dei muscoli del pavimento pelvico rispettando la fisiologia ma soprattutto l'istologia di tutte le componenti muscolari di questo compartimento (prevalenza di fibre di tipo I), facendo loro fare un lavoro di massimo rinforzo con minimo sforzo (Fig. 2).

SEQUENZA DEI CAMBIAMENTI FISICI DURANTE UNA RIABILITAZIONE CON GAH

Gli esercizi della Ginnastica Addominale Ipopressiva espletano la loro funzione su più fronti:

• Agiscono sulla respirazione, stimolano i centri espiratori del tronco cerebrale e inibiscono quelli inspiratori.

• I centri respiratori sovraspinali hanno un'azione di controllo tonico-posturale e fasico sui muscoli "respiratori" e la loro attivazione o inibizione permette di modulare la ten-

Figura 2. – Postura GAH. Per gentile concessione della Dr.ssa L. Greco, Fisioterapista (Firenze).

sione posturale (attività tonica) dell'insieme dei muscoli con i quali si relazionano.

• La pratica ipopressiva normalizza le tensioni muscolari e migliora i parametri fasici[13].

• Si apprezza allo stesso modo un'incidenza positiva sulla vascolarizzazione degli arti inferiori[10].

• L'insieme stimolazione posturale-stimolazione respiratoria determina, a più o meno lungo termine (in media 6 mesi), una tonificazione significativa del pavimento pelvico (aumento medio del 58% del tono basale) e della fascia addominale (diminuzione dell'8% in media del perimetro del giro vita)[6-11].

• La GAH è una delle tecniche neuromiostatiche globali, il cui obbiettivo è regolare le tensioni muscolo-connettivali in diversi livelli del corpo umano (viscerale, parietale, scheletrico) e che costituiscono un trattamento efficace per numerose patologie funzionali (urinarie, digestive, vascolari), associate o no ad altre terapie[10-13].

I RISULTATI DEI TRATTAMENTI NELLE DIVERSE PATOLOGIE

Nelle pazienti affette da *incontinenza urinaria* da sforzo associata ad *ipotonia* del pavimento pelvico si è constatato che la pratica quotidiana degli esercizi di GAH (20 minuti al giorno per sei mesi) produce aumento del tono muscolare del perineo con un incremento del tono basale e un aumento della forza di contrazione del 20%. Tali modificazioni riducono l'incontinenza urinaria di 2,8 punti (valutazione mediante questionario specifico per il rilevamento della IU, ICIQ-SF versione spagnola)[6-11-12-13].

A livello posturale si apprezza che, praticando esercizi di GAH per 10 settimane, (1 ora a settimana), si ottiene un riposizionamento dell'asse di gravità della *colonna vertebrale*[13].

La ginnastica addominale ipopressiva risulta inoltre utile per migliorare la *flessibilità* lombare e degli arti inferiori e per diminuire il tempo di attivazione dei *muscoli dell'addome* trasversi e obliqui interni[13].

CONCLUSIONI

Nella metodica GAH vengono tenuti in considerazione molti aspetti neurofisiologici, presupposto necessario per comprendere le componenti muscolari del pavimento pelvico. Gli studi disponibili dimostrano l'efficacia di tale metodica nel trattamento riabilitativo del pavimento pelvico[12-13]. La riflessione più significativa è che per raggiungere un obiettivo con un determinato gruppo muscolare (aumento di forza, velocità, resistenza, ecc.) è necessario tenere presente l'istologia di quel tessuto oltre che alle sue funzioni principali. Allenare una fascia addominale, attraverso esercizi fasici, volontari e contro resistenza, porta inevitabilmente ad una diminuzione ancora più importante del tono posturale[14], per il quale invece è programmata, col rischio di lesioni al sarcolemma muscolare.

BIBLIOGRAFIA

1. Caufriez M, Wauters G, Soumenkoff G. Proposition d'une technique nouvelle de rééducation des incontinences d'origine rétro-pelvienne: la facilitation musculaire pelvi-péerineale. Revue de Kinésithérapie et de Réadaptation 1983, 2, 25-35.
2. Petros P. The Integral System. Cent European J Urol. 2011, 64 (3), 110-9.
3. Caufriez M, Fernandez J, Deman C, Wary-Thys C. Contribution al estudio sobre el tono del suelo pelvico. Prog. Obstet. Ginecol. 2009, 50, 282-291.
4. Caufriez M, Pinsach P, Fernandez-Dominguez JC. Abdominaux et Perinée. Mithes et Realitées. 2009; MC Editions Mallorca.
5. Fernandez C. Gimnasia Abdominal Hipopresiva en la 3° edad. 2007; Congreso franco-español del suelo pelvico y pelviperineologia. San Sebastian.
6. Esparza S. Efecto de la gimnasia abdominal hipopresiva en el tratamienyo y prevention de la incontinenza urinaria de esfuerzo. 2007; I congreso national sobre le disfuncion del suelo pelviano, Barcelona.
7. Martini F, Timmons MJ, McKinley MP Anatomia Umana ed. Edises, pagg. 252-254.
8. Sapsford R, Hodges P. Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal manueuvres. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2001, 82, 1081-1088.
9. Valancogne, G, Caufriez M, de Gasquet B et al. Reéducation perineologique et pression dans lénceinte manométrique abdomino-perinéales. 2001; Congrés de la SIFUD, Lyon.
10. Snoeck T, Philipot A, Caufriez M, Balestra C. Incidence de l'aspiration diaphragmatique associée à une apnée expiratoire sur la circulation de retour veineuse fémorale: étude par échodoppler. Kinesithérapie Scientifique 2009, 502, 27-30.
11. Caufriez M, Fernández-Domínguez JC, Deman C, Wary-Thys C. Contribución al estudio sobre el tono del Suelo Pélvico. Prog Obstet Ginecol. 2007, 50, 282-91.
12. Caufriez M, Fernández-Domínguez JC, Esparza Ballester S, Schulman CC. Estudio del Tono de Base del tejido músculo-conjuntivo del Suelo Pélvico en el post-parto tras reeducación abdominal clásica. Fisioterapia, 2007, 29, 25-35.
13. Caufriez M, Fernández-Domínguez JC, Fanzel R, Snoeck T. Efectos de un programa de entrenamiento estructurado de Gimnasia Abdominal Hipopresiva sobre la estática vertebral cervical y dorsolumbar. Fisioterapia 2006, 28, 205-216.
14. Pintar JA, Learman KE, Rogers R. Traditional exercises do not have a significant impact on abdominal peak force in healthy young adults. J Strenght Cond. Res. 2009, 23, 2083-2089.

Corrispondenza:

Elena Frighetto
Via P. Schiavo, 30 - Selvazzano Dentro (Padova)
elenafrighetto.riabilitazione@gmail.com

Focus

La sessualità nel benessere psicofisico della persona: aspetti generali

DÉSIRÉE UGUCCIONI

Fisioterapista e consulente sessuale, Firenze

Quanto segue è uno dei capitoli di *"Tra TVTTB e le relazioni vitali: la dimensione sessuo-affettiva nelle case-alloggio per persone con HIV/AIDS"*. Ed. CICA Firenze 2015
È importate leggerlo tenendo presente l'ottica in cui è stato scritto: rivolto agli operatori delle case-alloggio per sieropositivi/malati di AIDS del Coordinamento Italiano Case Alloggio (CICA). In un contesto di casa-alloggio, spesso lontana dalla città o con ospiti a cui non sia consentito uscire e avendo a che fare con Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST), emergono con forza tanto le esigenze degli ospiti/pazienti rispetto al bisogno relazionale, quanto le difficoltà degli operatori nel gestire le richieste, sessuali e affettive, derivanti da tali esigenze. Ringraziamo il CICA per l'adesione alla pubblicazione.

Che cosa ci dice la parola "sessualità"? A cosa pensiamo quando la sentiamo? E, soprattutto, "come" ci sentiamo al suo cospetto? Che implicazioni diamo per scontate quando la pronunciamo? E in che contesto la utilizziamo? Come ci sentiamo se pensiamo di dedicare del tempo a riflettere e ascoltare le nostre sensazioni legate agli aspetti sessuali della nostra vita affettiva? E come ci sentiamo se ci domandiamo se ci appagano gli aspetti affettivi della nostra vita sessuale? Pensiamo mai di rivolgerci ad un esperto per approfondire "la nostra conoscenza" della sessualità in generale? E per approfondire la conoscenza della "nostra sessualità" in particolare? o per affrontare un aspetto che vorremmo migliorare? E vogliamo migliorare la nostra vita sessuale? Pensiamo mai che potremmo ancora scoprire qualcosa di noi, dell'altro e della relazione che finora non abbiamo preso in considerazione, ma che potrebbe rivelarsi davvero appagante sia da un punto di vista emotivo e affettivo che del piacere fisico e relazionale?

Che cosa viene evocato in noi all'idea della possibilità di un miglioramento sostanziale della nostra vita sessuale?

Ci siamo mai fatti queste domande, qualunque siano state le risposte? Sono domande che ci suscitano un sorriso o un chiudersi delle spalle? Un sospiro gioioso o un groppo allo stomaco?

È così facile, direi scontato, dire che vorremmo essere felici e appagati da un punto di vista affettivo: lo affermiamo convinti, pubblicamente, come motivo di orgoglio: "desidero una relazione affettivamente appagante" e questo rafforza la nostra autostima e l'immagine di noi stessi. Ma siamo sufficientemente sinceri da chiederci senza paura se vorremmo allo stesso modo essere felici da un punto di vista sessuale? E che significa per noi essere sessualmente appagati? Avere tanti begli orgasmi in un tempo sancito da luoghi comuni (breve per le donne, lungo per gli uomini, ovviamente...)? Ci troviamo, almeno qualche volta, anche nel sesso e nella sessualità invischiati nel "fare" anziché nell'"essere"? Ci sentiamo qualche volta di dover mostrare all'altro le nostre abilità, anziché sentirci liberi di mostrarci per quello che siamo? Ci ricordiamo che solo mostrandoci per quello che siamo potremo essere amati davvero? O cadiamo nel tranello del cercare l'approvazione con una prestazione?

Ci sono tantissimi modi di affrontare la sessualità e vanno tutti bene purché ad una domanda legittima sia data una risposta competente. La risposta competente, purtroppo, non è frequente: molte professionalità, pur non avendo una formazione specifica (sia sugli aspetti fisiologici che affettivi e relazionali della salute sessuale), si arrogano il diritto di dire la loro e questo, per l'approssimazione e la soggettività che ne derivano, porta a rinforzare i tabù peggiori, quelli che subdolamente si insinuano tra le pieghe di relazioni d'aiuto prive di competenza specifica, come a sottolineare che per parlare di sesso e sessualità non ci sia bisogno di essere preparati. Ma davvero è sufficiente una risposta basata sul buon senso e (alla faccia della scienza!) sull'esperienza personale? La sessualità e il sesso sono davvero così poco degni di preparazione specialistica?

Troppo spesso ancora oggi la sessualità in ambito sociosanitario è ritenuta un "di più", un accessorio che può essere omesso senza troppi danni dalla quotidianità di chi desideri condurre una vita equilibrata da un punto di vista fisico, psicologico, emotivo e relazionale.

Dagli anni '50-'60 si è parlato finalmente di sessualità in modo sempre più scientifico. Tuttavia, negli ultimi anni, se n'è parlato in modo fin troppo fuorviante sia in ambito divulgativo che mediatico e l'esubero di informazioni è spesso purtroppo qualitativamente scarso. I messaggi che arrivano attraverso pubblicità e media sono troppo spesso più pornografici che sessuali, e portano ad un allontanamento da quelle che sono unioni imprescindibili: sessualità e affettività, sessualità e comunicazione intima, sessualità e libertà individuale e della coppia.

Ci troviamo talvolta addirittura a doverci difendere da immagini nelle quali l'erotismo scompare per dare libero sfogo al marketing più smaccato dove viene comunicato solo un invito alla solitudine del narcisismo vissuto in coppia. Il divorzio sessualità-affettività è sancito dallo sbandieramento di elementi che richiederebbero invece cautela e rispetto dell'intimità.

Così, il messaggio riduttivo o addirittura fuorviante elargito con superficialità raggiunge luoghi profondi della psiche dove la sessualità lo accompagna. E quello stesso messaggio combina così disastri nell'espressione della sessualità medesima come dei suoi aspetti relazionali. Un esempio tra tanti, non esaustivo: le immagini pubblicitarie di coppie di ragazzi che, pur vicini, appoggiano il loro sguardo lontano dall'altro e ostentano un atteggiamento solipsistico con studiata noncuranza.

Non sto facendo qui nessuna critica ai comportamenti sessuali legati a relazioni brevissime; sto solo parlando di altro. Nella sessualità giocata in un rapporto di poche ore o pochi giorni non c'è tempo per mettersi in gioco e accogliersi a vicenda (e forse neanche, legittimamente, il desiderio di farlo). Sto parlando di necessità umane affettive e

relazionali, bisogno di contatto, individualizzazione, riconoscimento e nutrimento.

Questo bisogno di contatto affettivo e tattile è ormai riconosciuto in ambito scientifico da decenni, ma stentiamo, nella nostra cultura, ad aprire gli occhi su una realtà che è sia individuale che sociale: l'irrinunciabilità di vivere onorando e favorendo le umane esigenze di ognuno di noi di essere accettato, accolto e amato attraverso il contatto fisico e sessuale.

Nessun essere umano esula da questi bisogni sia consci che inconsci, epidermici tuttavia profondissimi, quotidiani e ancestrali; dunque anche nelle nostre case-alloggio operatori e ospiti vivono gli stessi conflitti rispetto alle aspettative individuali, culturali e sociali che ci vorrebbero orientati alla prestazione, come se l'atto sessuale non fosse animato dalla ricchezza interiore che ogni uomo desidera profondamente portare verso un suo simile. Indubbiamente i fattori logistici, sanitari e personali hanno il loro peso, ma solo nel determinare gli ostacoli e il percorso da intraprendere verso un obiettivo che rimane umano, quindi comune ad ognuno di noi. Accettare il nostro comune desiderio di essere felici con e in mezzo agli altri e di fuggire la sofferenza insita nella solitudine tattile è un primo passo per dare a noi stessi un'importante chiave di lettura dei nostri bisogni più ancestrali; e soltanto comprendendo la nostra stessa fame potremo comprendere, accogliere e aiutare la fame di condivisione di coloro che assistiamo. Difatti, chi è altro da noi è nel cuore a noi uguale. Stesso cuore, stessa epidermide; stessi bisogni affettivi, stessi bisogni di contatto.

In che modo possiamo affrontare nelle nostre case-alloggio le tematiche relative all'affettività espressa sessualmente? E all'attività sessuale come tramite dell'affettività? Che cosa chiediamo alla sessualità? È qualcosa da pretendere? Da ottenere? Da raggiungere? Da scoprire? Una possibilità che ci viene offerta o una realtà che ci viene negata? E come possiamo affrontare queste tematiche con gli ospiti senza valicare i limiti dell'intimità pur non facendoci castrare dagli onnipresenti tabù che, mascherandosi, rimangono dentro di noi e ci fanno sgambetto senza che li riconosciamo?

Intanto, per capirci meglio, possiamo distinguere attività sessuale e sessualità: la prima è relativa e si riferisce agli atti sessuali in senso stretto (coito vaginale, masturbazione, oralità, analità, feticismo, BDSM), la seconda agli aspetti sociali, relazionali, culturali e psicologici del comportamento sessuale umano. La sessualità in questo senso ha quindi un'accezione molto ampia, comprendendo territori dell'intimità che si rivelano e si esplicano all'esterno attraverso modalità che possiamo leggere come collegate all'identità dell'individuo come essere sessuato.

L'individualizzazione si delinea e matura attraverso passaggi che vengono colorati dalla sessualità: pensare che ad un punto della vita si possa fare a meno di ciò che è strumento e manifestazione di relazioni intime basilari per la sopravvivenza comunicativa è fortemente e sicuramente limitante; pensare che ne possa fare a meno uno dei nostri ospiti è limitante per lui, ma è frustrante per noi, che veniamo impoveriti indirettamente da una visione non intera delle possibilità di sviluppo degli esseri umani, che attraverso le peculiarità tipiche della sessualità possono recuperare e lasciar fiorire quelle parti di sé che ne fanno degli esseri indipendenti e socializzanti: individui delineati nella propria soggettività, ma che trovano espressione di sé nella vita della comunità.

Del resto, vediamo che per l'OMS *"La sessualità è un aspetto centrale dell'essere umano lungo tutto l'arco della vita e* (...) *viene sperimentata ed espressa in pensieri, fantasie, desideri, convinzioni, atteggiamenti, valori, comportamenti, pratiche, ruoli e relazioni*. (...)

Sempre per l'OMS, la salute sessuale è *"l'integrazione nella persona degli aspetti somatici, affettivi, intellettivi e sociali della vita sessuale. Per cui la sessualità diventa strumento di arricchimento personale, di comunicazione e di amore"*.

Quindi diventa ovvio che la spinta naturale alla riproduzione e alla ricerca dell'orgasmo non è sufficiente a produrre e sostenere un'intimità affettivamente fertile.

Ecco che diventa quindi prioritario il lavoro che l'operatore fa dentro se stesso rispetto alla propria visione della sessualità non solo come espressione di una relazione socialmente e culturalmente autorizzata alla riproduzione o al piacere sessuale, ma come strumento di costruzione di ciò che porta l'individuo a sopravvivere e a svilupparsi come essere comunicante, bisognoso di scambio affettivo in entrata e in uscita, persona che ritrova se stessa e comprende l'altro attraverso il toccare e l'essere toccato con rispetto, fiducia, amore.

Prima di aiutare gli altri a trovare o ricostruire la propria salute sessuale e comunicativa occorre avere ricostruito dentro di noi l'immagine di dignità di ogni essere umano nei confronti della richiesta di contatto. Non è importante quanto abbiamo da ricostruire dentro di noi o nella nostra vita relazionale, ma quanto riconosciamo decisivi ed essenziali simili obiettivi per ciascun essere umano. Non solo per *alcuni* di noi, ma per *tutti* noi. Se abbiamo ancora della strada da percorrere, possiamo farlo insieme ai nostri pazienti, aiutandoci sulla base di ciò che ci accomuna.

Come operatori in ambito sanitario, sociale, pedagogico, è nostro dovere assumere verso le nostre paure, timori e i nostri tabù un atteggiamento di tranquilla depatologizzazione. Le nostre difficoltà nel relazionarci alle esigenze degli ospiti sono del tutto normali. Prima di tutto, gli ospiti stessi vivono in una condizione concretamente difficile, che ci porta con facilità a vedere le cose in modo alterato, inserendole in un contesto ristretto mentalmente, quando potrebbe essere ristretto solo da un punto di vista logistico: lo stare nella casa, spesso in modo isolato dal resto della società e l'essere portatori di una malattia sessualmente trasmissibile.

Poi abbiamo da confrontarci con le comorbidità, che non ci aiutano a tornare ad una visione più pacata; poi ci sono la premura e l'ansia che si scatenano dentro di noi quando ci immedesimiamo – proiettiamo – nel partner di un malato di AIDS. E molto altro ancora…

È importante per noi riconoscere le nostre difficoltà, molto umane e istintuali, e venire incontro a noi stessi e ai nostri ospiti ricercando di nuovo il lato umano e affettivo che ci accomuna tutti.

Sviluppare l'empatia che cura non è commiserare gli altri, ma riuscire a mettere noi e loro sullo stesso esatto piano. Far questo mantenendo il senso di responsabilità dovuto al nostro ruolo non è automatico.

Costruire pazienza nei confronti di noi stessi e delle nostre ristrettezze mentali in ambito sessuologico può farci crescere come individui e come professionisti, ampliando la nostra vita personale, la nostra visione del mondo e la nostra capacità d'intervento professionale.

Quello che possiamo sempre e comunque fare è riportare le domande che i nostri ospiti ci pongono (e quelle che il lavoro ci pone) a noi stessi: quanto ho bisogno io di contatto? Quanto mi è necessario un abbraccio, una carezza? Quanto vedo di me stesso nella relazione con l'altro? Quanto metto in gioco di me in funzione della relazione? E soprattutto: quanto di me rimarrebbe sommerso se mi trovassi isolato?

In giapponese l'ideogramma che rappresenta l'uomo, *nin*, significa "non può stare da solo": come le cellule dello stesso tessuto si regalano confini fisiologici l'una con l'al-

tra attraverso il contatto, così anche noi, animali pensanti e capaci di spostarci nello spazio, abbiamo ugualmente bisogno di conoscere noi stessi attraverso la relazione con l'altro.

Aiutare le persone a trovare la propria salute sessuale significa quindi aiutarle a rendere più armonici tutti quegli aspetti legati alla sessualità che portano ad una vita sana e felice, a prescindere dalla fertilità (quindi anche in età avanzata).

Se con qualsiasi giustificazione o motivazione priviamo un individuo (anche noi stessi!) della possibilità di vivere una vita sessuale sana, lo priviamo di risorse e opportunità comunicative, affettive ed evolutive insostituibili. Ciò che si può avere da una relazione anche sessuale non lo si può avere in altro modo (non parliamo qui di percorsi spirituali che esulano da questo contesto). La relazione di coppia è una relazione speciale che ci dona delle opportunità speciali. Al di là delle valutazioni sessuologiche, soltanto l'individuo stesso, sia ospite che operatore, può sapere ciò che è davvero meglio per lui; se dubitiamo di questo possiamo ritenere il dubbio stesso un ottimo campanello d'allarme per la nostra capacità empatica, professionale e non. Un campanello che ci può aiutare a stare o a tornare sul sentiero fruttuoso della condivisione basata sul riconoscimento dell'altro come uguale a noi.

Inoltre, la sessualità, non come via riproduttiva, ma come comunicazione esclusiva della coppia, è anche uno strumento di generazione e rigenerazione energetica oltre che comunicativa ed evolutiva. La sessualità vista come modalità "irrinunciabile" per la riproduzione e il piacere visto come unico ulteriore frutto/obiettivo della medesima portano immancabilmente a perdere di vista l'essenza stessa delle relazioni intime e la loro capacità di essere linfa vitale per l'essere umano bisognoso di socialità e individualità armoniose, giocate entro confini permeabili e mobili solo se sostenute dalla consapevolezza di essere amati, amabili e capaci di amare.

La sessualità, il mettersi nudi e a nudo tra le braccia dell'altro, scopre il bisogno animalesco di sentirsi al sicuro, al riparo da ogni pericolo: anche qui, il contatto, l'accoglienza, la capacità di offrire la propria presenza sorgono e acquistano il valore di uno strumento irrinunciabile verso la libertà interiore dalle nostre paure più profonde e ancestrali: la solitudine, la morte. Nella sessualità due esseri umani si liberano l'uno con l'altro delle paure più terribili, offrendo se stessi attraverso l'ascolto e la presenza; il fatto che il contatto sessuale porti addirittura al massimo piacere fisico che possiamo provare diventa quindi perfettamente coerente con il piacere intimo che proviamo quando, finalmente, accanto ad un altro essere umano noi ci sentiamo non più soli, ma uniti, non più irrilevanti in mezzo alla moltitudine distratta, ma fondamentali in un abbraccio relazionale che ci riporta al significato più alto della vita: l'amore privo di egoismo, vivo di quella generosità che ci fa muovere verso le paure dell'altro col desiderio di placarle come fossero le nostre, perché, realmente, le paure dell'altro sono le stesse che ci fanno sentire soli.

E, magicamente, il contatto non diventa rifugio, ma genera forza e indipendenza, rafforza la consapevolezza delle proprie peculiarità proprio nel momento in cui ci porta vicino ai punti comuni a tutti noi. Così, quando troviamo una relazione che ci libera, e attraverso la quale sentiamo di poter liberare l'altro da ciò che più profondamente lo isola, possiamo percepire e sviluppare la forza per stare in mezzo alla folla con rinnovata sicurezza, pieni di un affetto che ci è stato regalato e che possiamo portare all'esterno della relazione con la stessa generosità con cui ci è stato dato. Questo crea una catena insostituibile di scambio e arricchimento: ciascuno di noi, se è libero di sentirsi messo a nudo, ma è rassicurato in quello spogliarsi, può essere un individuo più libero dalla paura, quindi più capace di investire se stesso e la propria affettività in relazioni altruistiche, ossia di apertura e generosità.

L'uomo è un animale sociale e ogni essere umano ha molta paura di rimanere solo e questa paura lo fa sentire in pericolo e lo porta a vivere, talvolta di più, talvolta di meno, sulla difensiva. Quando ci difendiamo, ci chiudiamo. Per aprirci ed essere creativi abbiamo bisogno d'amore. Non esiste un amore che non si manifesti nel contatto. Qualunque forma di amore trova espressione nella generosità e nella tenerezza espresse nella ricerca delle percezioni sensitive: desideriamo vedere, guardare, ascoltare, gustare, annusare, accarezzare, toccare la persona amata. Questa ricerca del sentire e far sentire è un processo comunicativo che cresce con l'intimità e che dall'intimità viene incoraggiato e spronato: come tutti i processi comunicativi, necessita di tempo per essere costruito e sviluppato, fino a diventare un tramite di conoscenza personale e interpersonale che consente di vivere se stessi e l'altro di pari passo. La solitudine viene sciolta da questo venirsi incontro.

Noi ci percepiamo come individui dotati di esistenza a sé stante, ma in molte filosofie e religioni la percezione dell'ego è considerata il fulcro su cui si basa tutta la sofferenza umana. Riconoscere la nostra uguaglianza agli altri come esseri desiderosi di essere felici e di non soffrire è un primo passo verso l'abbattimento dei muri che ci fanno percepire la diversità, ossia la separazione, quindi la solitudine.

Come operatori possiamo ricordarci che aiutare i nostri ospiti a sciogliere quella solitudine aiuterà anche noi a sciogliere la nostra, così come è vero che solo accettando e amando il nostro essere simili e uguali nel bisogno e nella ricerca di amore possiamo sviluppare l'empatia che ci consente di costruire un tipo di presenza che di per sé aiuta gli altri.

Come dice Mandela: *"Se liberiamo noi stessi, la nostra presenza, automaticamente, libera gli altri."*

Nella relazione sessuale, nella quale si scoprono, insieme alla pelle, le nostre debolezze più viscerali, il contesto è fondamentale: cioè per avere una risposta sessuale adeguata ed una vita sessuale appagante ci vuole un ambiente accogliente e rassicurante, in cui sia chiaro che il pericolo è stato debellato. Il contesto dei nostri ospiti siamo noi: è nostro privilegio aiutarli a sentirsi al sicuro ed è nostro dovere farlo.

Corrispondenza:
Désirée Uguccioni
Via del Leone 27r, 50124 Firenze
desibuonde@yahoo.it

Medicina narrativa

La vagina fra emozioni congelate, suoni che le sciolgono, parole che liberano

STELLA DE CHINO

Fisioterapista e formatrice. Schio, Vicenza

Riassunto: l'articolo descrive un approccio somato-psico-educativo alle problematiche del pavimento pelvico. Si va alla ricerca di come la muscolatura vaginale ha congelato determinate emozioni e lo si verbalizza. Si favorisce attraverso la vocalizzazione e l'attivazione-rilascio della muscolatura una normalizzazione del tono. Si crea infine uno spazio di dialogo per favorire la narrazione esistenziale qualora ci siano dei vissuti "vaginali" non di cui non si è presa coscienza o non verbalizzati da parte della donna.

Questa volta non vi racconterò una storia di vita.

Vi parlerò delle Vagine che incontro tutti i giorni. Vi parlerò delle loro emozioni e di ciò che trasmettono alle mie dita quando entrano per visitare, insegnare, interpretare sintomi. Vi racconterò dei suoni che uso per favorire il loro risveglio o rilassamento.

Ci sono *vagine tristi e impaurite*, sono le vagine che hanno partorito da poco e fanno fatica a riprendere vitalità. Senti che la muscolatura è "spaventata" e risponde timidamente. Queste vagine chiedono di essere rassicurate e invitate a contrarsi emettendo suoni "decisi", come il suono "*RRRRR*". R come *rosa*, che è capace di arrampicarsi ovunque, di sopravvivere anche sui muri di pietra a devastazioni, tempeste, distruzioni; di scavalcare confini, di attecchire anche in un misero pugno di terra.

Ci sono *vagine confuse,* dalla vita, dalle situazioni, dalle relazioni. Non sanno se contrarsi o rilassarsi. Non riescono a lasciarsi mai andare del tutto. Credono di essere deboli. Credono di doverci mettere molta forza per percepirsi. Ma in realtà spesso hanno solo bisogno di *mollare la presa*, di fare un bel sospiro e poi ripartire. Il suono *AAAAAAAA* favorisce questa apertura. A come *amore di sé*, come *accoglienza*, come *accettazione*. A come quel sospiro che si fa a fine giornata, quando si ritorna a casa dopo il lavoro e ci si stende nel divano. La bocca si apre, l'espirio si manifesta unito al suono e la vagina, finalmente, si rilassa.

Ci sono *vagine addormentate*, pigre, annoiate, ignorate e offese. Vagine dimenticate là sotto da donne troppo indaffarate o poco "stimolate" dai partner. Si attivano con lentezza e mai fino in fondo. Manca loro…lo stupore. E allora è la *UUUU,* la lettera che va vocalizzata. Come *uh, che bello!*. La U di *utero* perché favorisce una risalita profonda della muscolatura, in particolare l'attivazione dell'elevatore dell'ano che è proprio a forma di U. E se la donna dà un input di contrazione mentre vocalizza si sente *risucchiare* in profondità e questo crea molta gratificazione nella paziente e nella sua Vagina che si sente viva, ricettiva, forte.

Ci sono *vagine arrabbiate*. Sono le cosiddette vagine *dentate*. Appena il dito entra si sente un promontorio anteriore, all'altezza della muscolatura parauretrale. Sono vagine che appartengono a donne che hanno conosciuto la violenza, spesso fin da bambine. Sono vagine rigide anteriormente, manifestano bruciori, cistiti post coitali, stimolo frequente ad urinare. Sono vagine che sono state invase, a volte emotivamente, altre fisicamente. Sono vagine diffidenti che mostrano i denti! Chiedono amore di mamma. Chiedono morbidezza (Fig. 1).

La lettera che le calma è la *MMMMM*, seguita da una *AAAAA*. E poi ancora *MMMM*…e *AAAA*: *mamma*! Questa contrazione seguita da un ritmico rilascio acquieta le vagine più scontrose. L'amore di mamma, quello vero ha il potere di rassicurare e calmare anche la rabbia più distruttiva.

Figura 1. – Metafora di una contrattura: "a volte la vagina mostra i denti".

"Dar voce" alla vagina significa prendere atto della forte correlazione fra respiro e pavimento pelvico. Usare la vocalità e quindi la fase espiratoria per produrre suoni ed evocare diverse attivazioni muscolari è un approccio che tiene conto dell'interazione fra il diaframma laringeo, quello respiratorio e il diaframma pelvico. L'innalzamento della cupola diaframmatica durante l'espirazione provoca una "messa in tensione" della fascia "cervico-toraco-addomino-pelvica" e una maggior coscienza della capacità contrattile dei muscoli qualora siano attivati alla giusta "tensione".

La *gola* poi è misteriosamente collegata alla vagina… durante il sesso i suoni esprimono il piacere e il piacere stesso attiva sonorità diverse.

Questa immagine ci fa notare la grande analogia morfologica fra gola/faringe e vulva/vagina (Fig. 2).

La *sperimentazione* della correlazione fra determinati suoni e la capacità di attivare particolari contrazioni muscolari è la chiave del lavoro riabilitativo. E' la donna che *sente* il suono più efficace per sé, che lo sceglie e lo personalizza con quella particolare contrazione muscolare.

Non vi è un protocollo prestabilito perché ciò non terrebbe conto delle diverse morfologie e dei diversi stili di attivazione. Ci sono infatti *vagine grintose:* scattano ancor prima che sia loro richiesto di contrarsi, e ci sono *vagine*

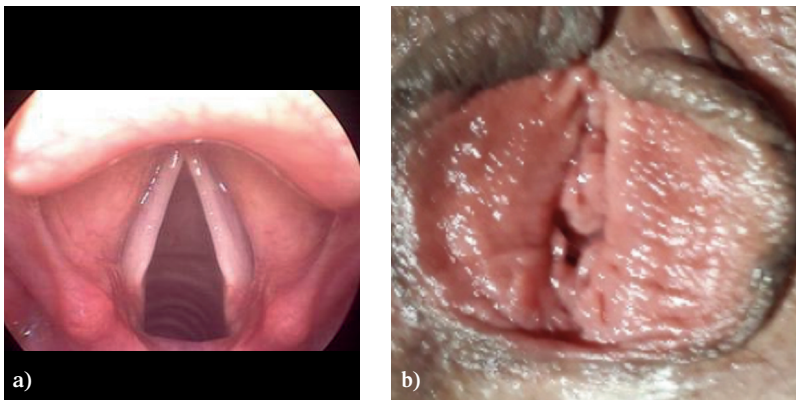

Figura 2. – Analogie morfologiche e "vocali": a) laringe e corde vocali a riposo, b) vulva e ostio vaginale.

flemmatiche che si attivano ma con molta calma. Ognuna ha un suo modo di *cantare*, ognuna ha un suo ritmo. Osservare, percepire con le dita, interagire con i suoni e le attivazioni muscolari, permette al terapeuta di crearsi un suo bagaglio percettivo e conoscitivo personalizzando gli esercizi in base all'esperienza e alle sue osservazioni. L'approccio è morbido e flessibile proprio come il sistema funzionale che stiamo riabilitando.

Ma non ci si accontenta della voce, dei *suoni*. Dopo questo primo passo si va a caccia di *parole*, di *metafore*, di *percezioni emotive*.

Ogni vagina ha una storia tutta sua e va fatta raccontare.

Spesso i muscoli pelvici narrano ciò che la bocca non riesce a dire o la mente a ricordare.

Ma se per un attimo, nel visitare, ci approcciassimo non come il medico o la fisioterapista ma come l'artista che cerca ispirazione, ci si aprirebbe un mondo sconosciuto. E se poi ciò che sentiamo provassimo a narrarlo proprio come una favola senza interpretare, le pazienti comprenderebbero da sole il perché di certi fenomeni non inquadrabili in alcuna patologia specifica.

– *"La tua vagina mi mostra i denti"*

"Me lo hanno fatto nascere con la ventosa spingendo sulla mia pancia...ci credo che ti mostra i denti!!".

–*"La tua vagina sembra triste"*

"Lo scorso anno è morta misteriosamente mia figlia, mio marito non è più riuscito a far l'amore con me"

-*"La tua vagina è indecisa se mollare o tenere"*

"Sono stata lasciata e ho paura di innamorarmi ancora"

– *"La tua vagina è arrabbiata"*

"Mia madre mi picchiava e io non potevo reagire".

– *"La tua vagina ha paura"*

"L'uomo con cui ho avuto una relazione ha continuato a seguirmi. Me lo trovavo fuori casa quando uscivo, davanti al luogo di lavoro. Anche quando non c'è sento la sua presenza"

Non si tratta di fare gli psicologi, ma semplicemente di dare un feedback sensoriale che descriva ciò che "emotivamente" percepiamo toccando e osservando la paziente, senza mai forzare risposte, né azzardare interpretazioni sul perché. La vocalizzazione che segue, come il semplice *narrarsi* dopo l'affermazione del terapeuta, creano un'alleanza che risulta molto utile ai fini del recupero funzionale. Si va oltre il semplice esercizio, si contatta la sfera intima della persona sia fisicamente che verbalmente creando uno spazio di narrazione e condivisione emotiva.

Tutto ciò potrebbe essere denominato *narrazione autobiografica vaginale* e rientrare in un approccio somato-psico-educativo: abituare cioè le persone a percepire le emozioni nel corpo, a riconoscerle e a descriverle e infine a lasciarle andare. Se esiste un disturbo che si chiama *alessitimia* ossia mancanza di parole e consapevolezza emotiva, allo stesso tempo anche la vagina appare spesso muta rispetto ai vissuti, messa a tacere o non percepita perché troppo lontana dalla nostra parte razionale.

Ci sono infiniti modi per descrivere ciò che sentiamo, ma quelli che aiutano a connetterci con il corpo e con le emozioni sono fra i più efficaci perché integrano le tre dimensioni della persona, fisica, emotiva e mentale, superando la *frammentazione* che caratterizza l'approccio classico alle problematiche del pavimento pelvico. Ciò non esclude la multidisciplinarietà ma anzi crea un ponte fra il corpo e la psiche e quel ponte si chiama *dimensione emotiva*. Le emozioni infatti non sono *mentali* ma hanno sempre una manifestazione anche *fisica*.

Nei casi in cui i vissuti emersi siamo importanti si procede all'invio ad un diverso specialista, ad esempio psicoterapeuta o sessuologo, ma solo dopo che la componente fisica dell'emozione è stata riconosciuta e "stanata".

Questo approccio è stato messo appunto in anni di esperienza accanto alle donne e innumerevoli occasioni di *ascolto terapeutico*. Non vuole essere una vera e propria metodica ma uno stile di relazione e di cura maggiormente attento alla persona nella sua totalità. Non si sostituisce ad altre figure professioni ma le integra e le raccorda fra di loro. È infatti spesso *l'operatore di base*, quello cioè che mette le mani, che *tocca*, a scoprire molte cose che al medico non vengono raccontate il più delle volte proprio per la situazione ambientale, il cosiddetto *setting* fatto di intimità fisica e tempo di relazione più lungo. Questa occasione di dialogo non va sprecata ma fatta fiorire al meglio per fare in modo che la donna ne tragga il massimo giovamento.

Corrispondenza:
Stella De Chino
Via Righi 32 Schio (VI)
stelladechino@gmail.com

Il racconto di Giorgetti: Il miracolo

Giulia era arrivata nella nostra casa il 20 febbraio e in quel periodo la mia famiglia stava attraversando un momento molto difficile.

Mio padre, un alto funzionario di un'importante banca, era spesso inviato nelle sedi periferiche per risolvere qualche problema, e quell'inverno si trovava in una città dell'entroterra abruzzese; mia madre, un'insegnante di latino al liceo classico, il dodici dicembre, quando in città stava attraversando la strada sulle strisce pedonali, era stata travolta da un'automobile e le aveva procurato la frattura del bacino, del femore destro e della clavicola sinistra.

I medici, quando la dimisero, dissero che la riabilitazione sarebbe stata molto lunga, ma c'era anche da mettere in conto una molto probabile permanente limitazione della sua autonomia.

Se prima, da sola, riusciva a conciliare gli impegni scolastici con quelli domestici (un'abitazione notevolmente spaziosa, un marito poco presente e due figli universitari molto disordinati), adesso non sarebbe stata in grado di provvedere del tutto a se stessa.

E così arrivò Giulia: una quarantenne abruzzese, di modesta statura, magra, nera di carnagione e di capelli, bocca e naso grandi, una scura peluria sotto le narici.

Obiettivamente era ... un po' bruttina.

Ma aveva una vitalità, un dinamismo incredibili: correva sempre ed arrivava dappertutto.

Mio padre l'aveva "scoperta" nell'albergo in cui aveva alloggiato in quel periodo e ci disse come era andata.

"In albergo la vedevo sempre ed ovunque: collaborava nella pulizia delle camere, era presente nella sala da pranzo, nella reception, in cucina, ... Me la trovavo quando uscivo dalla camera e la osservavo girare per l'albergo quando andavo a letto.

Quando seppi che era vedova senza figli, le chiesi se era disposta a venire a Bologna, informandola su che cosa qui l'aspettava.

Mi disse che in viaggio di nozze era stata a Firenze ed a Bologna, ma la nostra città le era piaciuta di più perché qui la gente è gentile e allegra, mentre i fiorentini hanno la puzza sotto il naso.

E sapete quale è stata l'unica cosa che mi ha chiesto? Se c'era una chiesa vicina alla nostra casa e quando seppe che ce n'erano due a meno di cento metri:

"Quando si parte?" mi domandò seria.

E Giulia, tutte le mattine, con la pioggia o la neve o il vento, a Bologna, lei, la prima messa non l'ha mai persa.

Era brava in tutto: con mia madre, con noi figli, nelle faccende domestiche, in cucina: non si fermava mai.

Ma chi adorava era mio padre: per lei in terra c'era solo lui.

E in Cielo un solo Santo: Giuda.

"È il mio Santo protettore."

"Ma come!" le dissi quando lo seppi" Giuda, quello che ha tradito Gesù, quelle che poi si è impiccò, adesso lo hanno fatto santo!"

"No! Quello è Giuda Iscariota, e sta nel più profondo dell'inferno. Il mio è un altro Giuda!

È il patrono dei casi disperati, è il Santo degli impossibili. Accanto al nome Giuda ce n'è un altro, ma è un po' strano e io non me lo ricordo. Eppure l'avevo scritto in un pezzo di carta, ma poi non ho più trovato. Comunque, le mie preghiere gli arrivano lo stesso, ne ho le prove.

È un Santo potente, sempre pronto ad aiutare chi lo invoca".

Noi, in casa, a dire il vero, non eravamo tanto religiosi: andavamo alla Messa solo a Pasqua e a Natale.

"Non preoccupatevi" ci rassicurò Giulia "io prego per voi tutti e poi ... c'è San Giuda: vi ho messo sotto la Sua protezione."

Quando le feci osservare che in Paradiso c'erano Santi molto più accreditati del suo Giuda, Giulia mi espose la sua teoria sui Santi e sui miracoli.

"Devi sapere che i miracoli li fanno o il Padre Eterno, o Gesù, o la Madonna: i Santi, per ottenerli, si devono rivolgere a loro tre; i Santi sono solo degli intermediari, degli intercessori.

Tu preghi un determinato Santo e chiedi una grazia; Lui, se lo ritiene opportuno, si rivolge o a Dio o a Gesù o alla Madonna e perora la tua causa. Si dice proprio così: i Santi perorano la causa.

Poiché quel Santo ha dei meriti, cioè in vita è stato utile alla nostra religione, la grazia che chiede spesso gli viene concessa. Tutto questo è vero, però c'è da fare una considerazione: quante persone si rivolgono, ad esempio, a San Francesco? Migliaia, milioni di fedeli e lo fanno tutti i giorni e tutte le notti. E lo stesso discorso vale per Sant'Antonio, per Santa Rita, Santa Caterina, San Gennaro, San Pietro, San Domenico, San Giovanni ...

Tutti questi santi sono molto famosi, perciò hanno un gran d'affare e stanno sempre davanti a Dio per chiedere interventi. Sono bravi, s'impegnano, ma diciamo la verità: obbiettivamente, come possono soddisfare tutti i richiedenti?

E poi, il Padre Eterno, anche se è vero che non si arrabbia mai, un limite è giusto che lo metta a quei Santi! Devono dare un po' di spazio anche agli altri.

Perciò, il buon Dio, quando gli arriva davanti San Giuda, uno che non lo disturba mai, come fa a non accontentarlo subito? Lo deve per forza ascoltare, non può ignoralo! Non sarebbe giusto.

Ecco perché San Giuda è potente.

Lui chiede poco perché ha pochi clienti, ma quel poco e per quei pochi, l'ottiene subito.

D'altronde, diciamo la verità: uno che si chiama Giuda, chi lo cerca? Indubbiamente non si è scelto un bel nome."

"Senti Giulia, il tuo ragionamento non so quanto sia giusto, ma fila. Però che prove hai della sua effettiva efficienza? Ti ha risolto qualche problema?"

"Ma certo! Se non ci fosse lui, io non sarei qui! Me lo ha mandato lui tuo padre. Lui mi aiuta e mi protegge."

"Ma ti ha fatto o no qualche miracolo?"

"Me ne ha fatti tanti, ma due sono stati per me importantissimi."

"E cioè?"

"Un giorno te lo dirò."

Ma tutte le volte che riaprivo quel discorso, lei rinviava.

Era affezionata a tutti noi, ma c'era una scala dei valori: il più accreditato era mio padre, per lui stravedeva (" è un santo!"); poi c'era mia madre (" una santa donna!"); dopo venivo io (poiché stavo per diventare un medico, meritavo rispetto) e in fine mio fratello: era all'ultimo posto perché ... troppo bello.

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.

"È uno sciupafemmine, un distruttore di famiglie! È bello e simpatico, perciò un peccatore!"

Poi, un giorno, su Internet scoprii che c'era effettivamente un San Giuda: San Giuda Taddeo.

"Giulia, il tuo San Giuda, è per caso Giuda Taddeo?"

"Bravo! Si! È proprio lui! Ecco come si chiama! Giuda Taddeo! Adesso me lo scrivo subito dove so io, e questa volta il foglio non lo perderò di sicuro!"

Gli dissi che era veramente stato un Apostolo di Gesù, ma che era anche suo cugino, perché nipote di San Giuseppe; che era nato a Nazareth ed era morto martire; che era sepolto a San Pietro; che Taddeo, in ebraico, significa dolce, misericordioso, amabile, generoso, coraggioso. Era stato ucciso a colpi di bastone; e c'era un quadro al museo di Madrid che lo raffigurava; che era il patrono dei casi disperati, il Santo degli impossibili; che è festeggiato il 28 ottobre.

Giulia mi guardava a bocca aperta: per lei diventai uno che faceva miracoli e forse adesso, nella gerarchia dei valori famigliari, occupavo un posto molto vicino a mio padre.

Il giorno dopo mi procurai la foto del quadro che era a Madrid e gliela detti incorniciata.

E una sera, venne nella mia stanza:

"Adesso posso parlare. Ho guardato l'immagine di San Giuda Taddeo e mi ha detto che tu puoi sapere.

Mio marito era un buon uomo, un idraulico, un lavoratore, ma con le donne era un birbante. Ma non solo le cercava, erano anche loro che gli correvano dietro!

Eppure non era un bell'uomo e nemmeno era tanto simpatico, ma aveva ... un arnese fra le gambe ... come quello di un somaro. Ed era sempre pronto, armato. Gli si vedeva, quel gran fagotto fra le gambe, sotto i pantaloni, e le donne ... smaniavano. E lui le accontentava tutte! Giovani, vecchie, belle o brutte.

"Non è colpa mia!" mi diceva ridendo, ma tutto il paese rideva di me.

Provai ad andare da quelle che fanno le magie: alcune mi dettero delle polverine, altre delle gocce da mettere nella minestra; una delle conchiglie da mettere sotto il materasso; un'altra delle penne da infilare nel cuscino e dei chiodi da conficcare sotto la seggiola, ma lui era sempre con il palo ritto e sempre pronto ad inzuppare il biscotto in tutte le tazze del paese.

Non mi ricordo come, seppi che San Giuda Taddeo era un Santo potente e lo pregai, lo supplicai. Feci digiuni, elemosine, camminai scalza sopra i ceci ed i fagioli secchi, non bevvi più vino, non mangiai dolci,... e alla fine San Giuda Taddeo il miracolo lo fece.

Un giorno mi chiamò mio marito.

"Sto male!"

"Cosa hai?"

"Sto molto male. Credo proprio d'avere un brutto male."

"E dove?"

"Qui" e si toccò davanti.

Poi, a bassa voce:

"Non s'indurisce più e appena alza un po' la testa ... sento un gran male e poi ... giù! Come morto."

"Non ti preoccupare, è il troppo uso" dissi subito e aggiunsi:

"Sarà una cosa transitoria."

Ma io sapevo: San Giuda Taddeo è uno che le cose le fa e le sa fare bene.

"Prova ad andare dal medico" gli consigliai.

E lui, il giorno dopo, andò a trovarlo a casa.

Mio marito quell'abitazione la conosceva molto bene: la moglie del dottore era una tardona, alta e grossa che sembrava un monumento. Consumava gli uomini come le candele.

Da quando aveva conosciuto mio marito, che era idraulico, i rubinetti di sua casa perdevano più acqua della fontana di Trevi.

Lei telefonava e lui correva, con la lingua di fuori.

Il medico fu molto esplicito: gli disse che occorreva provare a far delle iniezioni proprio lì, ma che potevano anche non risolvere il problema.

Ed infatti, dopo un paio di settimane, me lo mostrò, il suo arnese.

Restai a bocca aperta: era veramente ridotto male.

Ciondolava e si era ... incurvato.

"Sono un uomo finito!" sussurrò piangendo e aggiunse:

"Il medico mi ha detto che ... non ... c'è rimedio!"

"Fallo vedere alla moglie, forse lei il rimedio ce l'ha!"

"Non c'è da scherzare, è una cosa molto seria" e si mise a piangere.

Mi fece compassione ed allora gli dissi che potevamo rivolgersi a San Giuda Taddeo, che avremmo fatto un triduo, che se prometteva di non tradirmi più, San Giuda l'avrebbe certamente guarito.

Promise, pregammo, digiunammo, ma il secondo miracolo non veniva. Forse la sua promessa non era sincera e quello, da lassù, certe cose le sa prima che accadano.

Era disperato e per tre volte tentò il suicidio.

Io ero terrorizzata, mi sentivo in colpa.

Non uscivamo più da casa.

E allora mi rivolsi io di nuovo a Lui, al grande Santo.

"Aiutalo" gli dissi "non puoi abbandonarlo! Ha peccato, ma non è giusto farlo morire dannato!"

E allora San Giuda Taddeo fece il secondo miracolo."

"Lo guarì" dissi io spalancando gli occhi.

"No: lo fece morire nel suo letto, sereno. Un infarto."

Il giorno dopo mostrai a Giulia un libro sulle malattie e le anomalie del pene, sulle disfunzioni erettive e c'erano anche delle foto.

Gli feci vedere una foto in cui il pene era ciondoloni ed anche piegato.

"Questo è quello di mio marito!" esclamò esterrefatta.

Gli dissi il nome della disfunzione: incurvamento peniено acquisito.

"Sarà come dici, ma questo della foto è sicuramente quello di mio marito! Lo riconosco! Non posso sbagliarmi! La foto l'ha fatta sicuramente quel mascalzone del nostro medico: si è voluto vendicare per quella corona di corna che portava in testa. Adesso lo dico a San Giuda Taddeo e son cavoli suoi."

Non ci fu nulla da fare: Giulia credeva ai miracoli.

Mostri e mostre A cura di GUERRINO GIORGETTI

MOSTRI DI IERI E DI OGGI

Un'associazione culturale a carattere internazionale, sta predisponendo del materiale, foto e filmati, per mostrare gli ingenti danni arrecati al patrimonio artistico e culturale dalle recenti e tuttora in corso guerre nel mondo. L'iniziativa, con mostre e convegni da tenersi nelle maggiori città europee, e non solo, ha lo scopo di raccogliere fondi e la disponibilità degli specialisti per restaurare ciò che può essere recuperato. Indubbiamente stiamo vivendo giorni difficili: in varie parti del mondo ci sono fame, guerre, attentati, persecuzioni, vandalismi e distruzioni.

Quando le ideologie ottenebrano la ragione, vengono perpetrate e giustificate le sopraffazioni, e prendono il sopravvento l'irrazionalità, l'intolleranza, l'odio.

I "fanatismi" sono delle epidemie che insorgono rapidamente e poi sono difficili da contenere e ancor più da debellare. I pericoli maggiori e le efferatezze perpetrate, provengono dagli integralismi religiosi che prediligono pubbliche e macabre esecuzioni con impiccagioni, il taglio della gola, fucilazioni, rapimenti di persone per estorcere ricatti o trattarle come schiavi; distruzione di monumenti, di siti archeologici, musei, opere d'arte, luoghi di culto, centri abitati. E i responsabili di simili nefandezze si definiscono "eroi", "giustizieri", "restauratori dell'ordine", "martiri combattenti".

Ma sono solo e sempre dei "Mostri".

Se è vero che non è possibile trovare una giustificazione per simili comportamenti, è altrettanto vero che purtroppo niente di nuovo è sotto il sole.

Analoghi fanatismi ci sono stati anche in passato: vennero accesi roghi in molte piazze d'Europa (e non solo) per bruciare streghe e stregoni, eretici, omosessuali, ebrei; dentro le mura di molte città ci sono state guerre fratricide e devastazioni per difendere i privilegi di qualcuno; intere nazioni hanno combattuto guerre sanguinose per conquistare o difendere un lembo di terra o per piantare una bandiera su di uno sterile monte.

Ed oggi si uccide anche per difendere il presunto prestigio di una squadra di calcio, per rubare un telefonino, per un tradimento amoroso. Poi ci sono i contestatori di professione: ogni occasione è buona per radunarsi nelle piazze armati di spranghe e di esplosivi: eroicamente incappucciati per non essere identificati, devastano e rapinano negozi, incendiano auto, distruggono vagoni ferroviari, impianti industriali.

Presunte ideologie progressiste hanno creato campi di sterminio, gulag e hanno deportato intere popolazioni dai luoghi d'origine.

E nei palazzi della politica internazionale si parla continuamente di "Pace", di "Pacificazione fra i popoli" ma, contemporaneamente, in tutti i Paesi, si producono armi sempre più sofisticate e distruttive.

Perciò …"Niente di nuovo sotto il sole".

Oggi inorridiamo nel veder distruggere patrimoni d'arte che anni di ricerche, di studi, di scavi hanno portato alla luce, ma pochi si rammentano che anche questo è già accaduto: la conquista di un territorio da parte di un nuovo popolo o l'avvento di una nuova ideologia, hanno determinato sempre analoghi comportamenti: i Romani hanno quasi cancellato la civiltà e i culti Etruschi e depredato la Grecia dei suoi monumenti; il Cristianesimo ha distrutto i simboli pagani ed erano splendidi templi, suggestivi altari, imponenti sculture, meravigliosi dipinti, preziosi gioielli.

Molte guerre venivano definite "guerre di religione" ma distruggevano città e sterminavano gli abitanti.

Il nazismo, il fascismo, il comunismo sono ideologie finite (finite?) appena ieri, ma in pochi anni hanno provocato guerre fratricide e distrutto una quantità incredibile di opere d'arte e intere città.

La leggenda vuole che Lorenzo, il diacono incaricato da Papa Sisto II di assistere orfani e vedove della diocesi di Roma sia stato arso vivo su una graticola (258 D.C.) e la notte di San Lorenzo è collegata alla tradizione delle stelle cadenti.

Quando l'Italia è stata liberata dal fascismo, le prime distruzioni hanno riguardato i simboli di quel regime: edifici, monumenti, dipinti qualificati "Fascisti". Spesso erano esempi di servilismo meschino, ma erano comunque una testimonianza, un documento, un simbolo di un'idea sbagliata fin che si vuole ma di fatto esistita e che aveva coinvolto qualche milione di persone.

Una statua, una costruzione, un quadro, una stele, non sono "Mostri" da distruggere: sono opere che l'uomo ha creato e che, se conservate, possono solo far riflettere.

Nella Cappella Sistina, sugli affreschi di Michelangelo, ci sono ancora i segni lasciati dai luterani durante il Sacco di Roma: sono le tracce indelebili dell'ignoranza, le impronte dei "mostri".

Como ho detto all'inizio, ci saranno, fra breve, nella nostre città, iniziative con lo scopo di salvare le molte opere d'arte danneggiate: sono mostre che cercano di cancellare le orribili impronte lasciate dai *mostri*.

Lo scempio dell'Isis sulle persone e sulle opere d'arte (2016)

kreussler
PHARMA
Aethoxysk
0,5%
5 x 2 ml Ampoules/Ampollas
Solution for injection (IV) for scler
Solution injectable (I.V.) pour sclé
Solución inyectable (IV) para obli
kreussler
PHARMA
Aethoxysk
1%
5 x 2 ml Ampoules/Ampollas
Solution for injection (IV) for scler
Solution injectable (I.V.) pour sclé
Solución inyectable (IV) para obli
kreussler
PHARMA
Aethoxysklerol®
3%
5 x 2 ml Ampoules/Ampollas
Solution for injection (IV) for sclerotherapy of varices and hemorrhoids
Solution injectable (I.V.) pour scléroser les varices et hémorroides
Solución inyectable (IV) para obliteración de varices y de hemorroides

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