Vol. 34 - N. 2
Giugno 2015

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
Gabriele Bazzocchi
Gian Andrea Binda
Federica Cadeddu
Francesco Corcione
Elisabetta Costantini
Raffaele De Caro
Mario De Gennaro
Davide De Vita
Fabio Gaj
Antonella Giannantoni
Pietro S. Litta
Giovanni Milito
Gabriele Naldini
Franca Natale
Fabio Pomerri
Massimo Porena

Sezioni

Ginecologia Estetica - Elena Fasola
Medicina Complementare - Umberto Nardi, Daniele Ferrari
Medicina Legale - Umberto Ferro
Medicina Narrativa - Stella De Chino
Pelvi-Perineo-Cultura - Guerrino Giorgetti
Posturologia - Loredana La Torre
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

15 13° Congresso SIUD. Fisioterapisti, infermieri, ostetriche
Bari, 18-20 Giugno 2015

28 La responsabilità professionale del medico e l'assicurazione obbligatoria
U. Ferro

34 Stenosi uretrale e sindrome della gazzella
S. De Chino

35 Le cose di cui non si parla: la consistenza delle feci. Quando il fisioterapista non deve essere necessariamente un genio
D. Uguccioni dei Buondelmonti

38 La neuroinfiammazione nel dolore pelvico cronico
M. Fusco

40 Mostri e mostre
A cura di G. Giorgetti

38 Il racconto di Giorgetti: Il fascista
G. Giorgetti

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

www.pelviperineologia.it

Redazione:
Clinica Chirurgica 1
Via Giustiniani, 2
35128 Padova
e-mail: giuseppe.dodi@unipd.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

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

ProStrakan
A member of the Kyowa Hakko Kirin group

Società Italiana di Urodinamica
Continenza Neurourologia Pavimento Pelvico
SIUD
www.siud.it

13° CONGRESSO SIUD
FISIOTERAPISTI, INFERMIERI, OSTETRICHE
BARI, 18-20 GIUGNO 2015

1. Il danno da parto sul pavimento pelvico in un centro ostetrico italiano: analisi epidemiologica e modelli organizzativi a confronto

FEDERICA CARPENTIERI[1] - ILEANA SCEBBA[1] - MARCO SOLIGO[1] - ELENA DE PONTI[2] - STEFANIA LIVIO[1] - ENRICO FERRAZZI[1]

[1]Azienda Ospedaliera - Istituti Clinici di Perfezionamento, Ospedale dei Bambini "V. Buzzi", Università degli Studi di Milano, Milano, Italia - [2]Ospedale San Gerardo, Università di Milano Bicocca, Monza, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La gravidanza e il parto sono universalmente riconosciuti come eventi responsabili nella patogenesi di Disfunzioni Pelviche (DP) [Incontinenza Urinaria, Anale e Prolasso Genitale] la cui prevalenza in puerperio è riportata fino ad un massimo del 46%.[1] Per queste pazienti è dimostrata l'efficacia di un trattamento riabilitativo nel postpartum.[2] Non vi è accordo però sulle modalità di selezione delle puerpere che necessitano di un trattamento riabilitativo, oscillando le opzioni tra:

a) un criterio estensivo: valutazione clinica a distanza di tutte le puerpere;
b) un criterio restrittivo: selezione delle pazienti sulla base di Fattori di Rischio (FR).

Il criterio estensivo è difficilmente sostenibile da parte dei Servizi Sanitari, particolarmente nelle fasi di recessione economica, mentre all'estremo opposto, la ridondanza e disomogeneità dei FR evidenziati dalla letteratura, rende difficile identificare una modalità di selezione più restrittiva.

Scopo primario di questo studio è valutare il tasso di disfunzioni pelviche (DP) a 3 mesi dal parto e l'identificazione di FR per il riscontro di tale DP in un centro ostetrico italiano di terzo livello. *Obiettivi secondari* sono:

- la valutazione del tasso di adesione delle pazienti ad una proposta di controllo di tipo estensivo;
- il confronto in termini di efficienza di un modello di selezione restrittivo con il criterio di selezione estensivo.

MATERIALI E METODI

Studio osservazionale prospettico comprendente tutte le donne che hanno partorito dalla 32° settimana di gestazione sia con parto vaginale sia tramite taglio cesareo nel periodo tra luglio e dicembre 2014 in un centro ostetrico Italiano di terzo livello.

Tutti i dati relativi al parto sono abitualmente inseriti in un database dedicato. Entro la dimissione a tutte le puerpere che hanno accettato di partecipare allo studio sono state sottoposte domande relative alla presenza di DP prima e durante la gravidanza. Tutte le pazienti incluse sono state invitate ad una visita di controllo a 3 mesi dal parto ed hanno ricevuto sms telefonico di richiamo circa 3 settimane prima dell'appuntamento.

Alla visita di controllo a 3 mesi è stata valutata l'eventuale presenza di DP come riportato in Tabella 1.

Tabella 1 – Criteri di selezione (sintomi ed obiettività) del danno da parto a 3 mesi.[3]

Danno	Misura	Cut off
Incontinenza Urinaria	ICI-Q SF	≥ 1
Incontinenza Anale	Wexner score	≥ 1solidi/liquidi e/o ≥2 gas
Prolasso	POP q staging criteria	≥ 2
Dolore/dispareunia	VAS dolore e/o VAS dispareunia	> 0
Testing Perineale	Oxford score (0-5)	≤ 2

I dati demografici e i parametri potenzialmente considerabili FR per il danno da parto sono stati estrapolati dal database della sala parto ed unitamente ai dati anamnestici, sintomatologici e alle risultanze del controllo a 3 mesi sono stati inseriti in un data-base specifico. Sono stati valutati il tasso di adesione alla visita di controllo a 3 mesi e l'incidenza di DP. Tale dato è stato utilizzato come end point per l'analisi statistica dei FR selezionati. L'analisi univariata dei FR è stata condotta con il test esatto di Fisher e con il test parametrico t-Student di confronto delle medie, rispettivamente per le variabili categoriche e continue.

I FR significativamente associati alla DP sono stati valutati in termini di sensibilità e specificità, sia singolarmente che in associazione tra loro, e la combinazione che ha fornito la migliore performance nella selezione delle pazienti sintomatiche (DP) è stata confrontata con il modello di selezione estensiva. Un livello $p<0.05$ è stato adottato per la significatività. (Software Stata versione 9.0 - Stata Corporation, College Station, Texas, USA).

RISULTATI

Presentiamo i dati preliminari relativi alle 812 donne eleggibili per lo studio nel periodo compreso tra il 6 luglio e l'8 ottobre 2014, per le quali è disponibile oltre al dato ostetrico anche il dato del controllo a 3 mesi dal parto. 151 donne (18,6%) non sono state arruolate nello studio [100 barriera linguistica/missing, 51 rifiuto]. Sono state incluse, e quindi invitate ad un controllo a 3 mesi dal parto 661 donne. 318 (48,1%) si sono effettivamente presentate alla visita di controllo. 99 delle pazienti esaminate (31,1%) presentava DP. In Tabella 2 sono riportati i risultati dell'analisi univariata effettuata sui fattori di rischio studiati.

Tabella 2 – Analisi univariata dei FR per la presenza di DP a 3 mesi dal parto.

Fattori di Rischio		No DP (n = 219)	DP (n = 99)	*p-value*
Sintomi precedenti la gravidanza		27 (13.2%)	31 (32.0%)	< 0.0001 *
Sintomi in gravidanza		96 (47.1%)	68 (70.1%)	< 0.0001 *
Etnia	Caucasica	191 (87.2%)	91 (91.9%)	0.738 *
	Sudamericana - Andina	11 (5.0%)	5 (5.1%)	
	Cino-Asiatica	9 (4.1%)	2 (2.0%)	
	Medio-Orientale	5 (2.3%)	1 (1.0%)	
	Africana	3 (1.4%)	0	
Età	Media ± SD	34.2 ± 4.8	34.1 ± 5.3	0.377 §
BMI	Media ± SD	26.3 ± 4.1	26.2 ± 3.4	0.428 §
Nulliparità		149 (68.0%)	65 (65.7%)	0.384 *
Parto	Vaginale	141 (64.4%)	67 (67.7%)	0.345 *
	Ventosa Ostetrica	26 (11.9%	15 (15.2%)	
	Taglio Cesareo	52 (23.7%)	17 (17.2%)	
Periodo espulsivo > 1h		106 (63.1%)	53 (64.4%)	0.463 *
Analgesia epidurale		66 (30.1%)	43 (43.4%)	0.015 *
Peso neonato	Media ± SD	3327 ± 461	3358 ± 416	0.286 §
Circonferenza cefalica	Media ± SD	33.8 ± 1.1	33.9 ± 1.1	0.306 §
Perineo integro		546 (24.7%)	19 (19.2%)	0.177 *
Perineo episiotomia		44 (20.1%)	23 (23.2%)	0.310 *
Lacerazione perineale severa (≥ III°)		0	5 (5.0%)	0.003 *

* Fisher's exact test; § t-Student test.

Riportiamo in Tabella 3 i valori di sensibilità e specificità dei parametri che sono risultati significativi all'analisi univariata.

Tabella 3 – Sensibilità, specificità, dei FR presi singolarmente o in associazione tra loro.

Fattori di Rischio	Sensibilità	Specificità	Combinaz. FR	Sensibilità	Specificità
Sintomi pre gravidanza	32%	87%			
Sintomi in gravidanza	70%	53%	Almeno uno dei 2 FR	72%	50%
Analgesia epidurale	43%	70%	Almeno uno dei 3 FR	84%	39%
Lacerazioni gravi	5%	100%	Almeno uno dei 4 FR	86%	34%

Dalla tabella si evince che Il modello comprensivo dei 4 FR permetterebbe di selezionare per una visita l'86% delle pazienti effettivamente sintomatiche; ciò implica un controllo sul gruppo non sintomatico nel 66% dei casi. Globalmente tale criterio individua in modo adeguato il 50% della popolazione. Applicando alla nostra popolazione il criterio restrittivo più efficiente sopra indicato avremmo invitato a visita 399/661 donne, pari al 60,4% della nostra popolazione.

CONCLUSIONI

Il 31% delle puerpere che partoriscono presso un centro ostetrico italiano di terzo livello presenta DP a 3 mesi dal parto. Il dato anamnestico relativo ai sintomi disfunzionali pelvici prima e durante la gravidanza, l'utilizzo di analgesia epidurale e la presenza di lacerazioni severe al parto costituiscono FR significativamente associati al riscontro di DP a 3 mesi dal parto. Poco più dell'80% delle donne con epoca gestazionale ≥ 32 settimane può essere reclutato per un controllo dedicato alle disfunzioni pelviche a 3 mesi dal parto e soltanto il 48% delle puerpere invitate si presenta effettivamente al controllo. Per contro l'utilizzo di un criterio di selezione restrittivo basato sulla combinazione dei FR significativi consente di raggiungere una sensibilità dell'86% con una specificità del 34%. Applicando tale criterio avremmo evitato di invitare a controllo 262 donne pari al 40% della nostra popolazione.

In conclusione i nostri dati sono allineati con quanto riportato in letteratura. L'analisi dei fattori di rischio consente di sviluppare un modello efficiente di selezione delle pazienti che potrebbe essere usato in futuro per ottimizzare le risorse. SI tratta di dati preliminari che dovranno essere confermati dall'analisi conclusiva dello studio in corso.

BIBLIOGRAFIA

1. Int Urogynecol J. 2014; 25(11):1449-1452.
2. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD007471.
3. Pelviperineology, 2013;32(3):81-85.

2. Disturbi uroginecologici, colonproctologici e sessuologici. Studio retrospettivo di coorte ad un anno dal parto vaginale

GIULIA BREGOLI

Libera professionista, Università degli Studi di Brescia, Brescia, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

I disturbi uroginecologici, colonproctologici e sessuologici sono tra i problemi più importanti della salute pubblica, in termini di prevalenza, costi e impatto sulla qualità di vita delle donne.

Scopo di questo studio è di identificare l'incidenza dei disturbi uroginecologici, colonproctologici e sessuologici ad un anno dal parto vaginale; individuare eventuali relazioni con fattori ambientali, costituzionali ed ostetrici; valutare l'impatto di tali disturbi sulla qualità di vita delle donne che ne sono affette.

MATERIALI E METODI

È stato effettuato uno studio di coorte retrospettivo raccogliendo informazioni da donne che hanno partorito con parto vaginale presso un polo ospedaliero tra il 2 Giugno e il 17 luglio 2013. Variabili sociodemografiche e ostetriche sono state raccolte dalle cartelle cliniche. Tramite un'intervista telefonica è stato somministrato un questionario strutturato che indaga la presenza di disturbi uroginecologici, colonproctologici e sessuologici e l'esecuzione di visite specialistiche. L'analisi statistica applicata include un'analisi descrittiva, la comparazione di proporzioni (test X^2) e il calcolo dell'odds ratio con intervallo di confidenza 95%.

Tabella 1 – Caratteristiche materne.

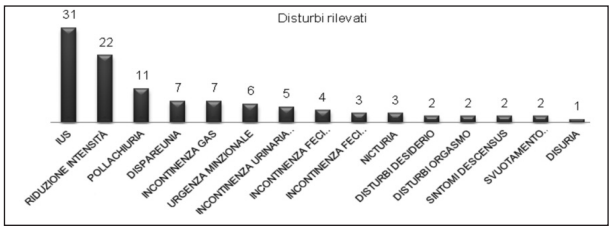
	Campione Selezionato		Partecipanti		Non partecipanti	
	Tot. 205		Tot. 154		Tot. 51	
	n	%	n	%	n	%
Età (anni)						
≤ 20	1	0	0	0	1	2
> 20 ≤ 25	14	7	5	3	9	17
> 25 ≤ 30	49	24	40	26	9	18
> 30 ≤ 35	80	39	60	39	20	39
> 35 ≤ 40	47	23	38	25	9	18
> 40	14	7	11	7	3	6
Età media ± DS	33±5,11		33±4,77		32±5,90	
Parità						
Primipara	108	53	79	51	29	57
Secondipara	74	36	56	37	18	35
Multipara (≥ 3 parti)	23	11	19	12	4	8
Occupazione						
Lavoro manuale	32	16	24	16	8	16
Lavoro di concetto	105	51	80	52	25	49
Professione sanitaria	25	12	19	12	6	12
Casalinga/Disoccupata	43	21	31	20	12	23
BMI pregravidico (kg/m²)						
< 25 (normopeso)	165	85	124	83	41	91
≥ 25 < 30 (sovrappeso)	22	11	19	12	3	7
≥ 30 (obesità)	8	4	7	5	1	2
BMI medio ± DS	21,89±3,64		22±3,85		21,31±2,82	
Aumento di peso a termine (Kg)						
≤ 12						
> 12 ≤ 20	85	44	70	46	15	33
> 20 ≤ 25	105	54	76	50	31	67
> 25	4	2	4	3	0	0
	1	0	1	1	0	0
Aumento medio ± DS	13±7		13±4,07		13,39±3,32	

BMI: Body Mass Index.

Tabella 2 – Caratteristiche del travaglio, del parto e del neonato.

	Campione Selezionato		Partecipanti		Non partecipanti	
	Tot. 205		Tot. 154		Tot. 51	
	n	%	n	%	n	%
Tipo di parto						
Spontaneo	175	85	131	85	44	86
Operativo (VO)	30	15	23	15	7	14
Manovra di Kristeller	17	8	11	7	6	12
Tipo di travaglio						
Spontaneo	152	74	107	69	45	88
Indotto	53	26	47	31	6	12
Esiti perineali						
Perineo integro/						
Lacerazione I grado	93	45	74	48	19	37
Lacerazione II grado	31	15	21	14	10	20
Lacerazione III/ IV grado	3	1	2	1	1	2
Episiotomia mediana	1	1	1	1	0	0
Episiotomia paramediana	74	36	54	35	20	39
Episiotomia paramediana + Lac I grado	1	1	0	0	1	2
Episiotomia paramediana + Lac II grado	2	1	2	1	0	0
Distocia di spalla	2	1	2	1	0	0
Peso neonatale (g)						
<3000	43	21	32	21	11	22
≥3000 <3500	96	47	71	46	25	49
≥3500 <4000	57	28	44	29	13	25
≥4000	9	4	7	4	2	4
Peso medio ± DS	3292±435		3300±451		3269±384	

VO: Ventosa Ostetrica.



RISULTATI

Il 37,01% delle donne intervistate riporta almeno un tipo di disturbo di qualche grado. Il 20,12% dei soggetti riporta qualche grado di incontinenza da stress nell'ultimo mese, il 3,24% risulta affetto da incontinenza urinaria mista; il 21,42% delle donne riporta almeno un indice di morbidità della sfera sessuale, incluso un 4,54% che riporta dispareunia. Il 5,84% delle donne riporta qualche grado di incontinenza anale nell'ultimo mese e un 1,94% riferisce incontinenza alle feci solide. È stata registrata la presenza di disturbi del pavimento pelvico anche in donne con perineo integro o lacerazioni spontanee di grado minore. Poche sono le donne che hanno riferito un impatto fortemente negativo del disturbo sulla propria qualità di vita e che hanno cercato attenzione medica.

DISCUSSIONE

Il campione relativamente piccolo non sempre ha permesso di raggiungere livelli di significatività tra le comparazioni; i risultati vanno quindi letti con

cautela. In più, nel presente studio, i numeri delle donne con lacerazioni maggiori, distocia di spalla o episiotomia mediana sono insufficienti per effettuare un'analisi comparativa. Inoltre, non è stato raccolto il dato relativo alla lunghezza del secondo stadio del travaglio, che diversi studi riferiscono essere un fattore di rischio per i disordini del pavimento pelvico.

Si deve anche considerare che alcune donne possono aver avuto disturbi del pavimento pelvico già prima del parto in oggetto. In alcune donne i livelli degli indici indagati potrebbero quindi rappresentare un ritorno alla linea di base e potrebbero non essere legati alla gravidanza o al parto.

Deve essere però riconosciuto che questo studio ha identificato un certo numero di donne con perineo integro e lacerazioni di I grado che hanno riferito la comparsa di disturbi perineali, il che ne evidenzia l'origine multifattoriale (fattori ambientali, cambiamenti ormonali in gravidanza e in allattamento, predisposizione genetica, …).

CONCLUSIONI

Induzione medica del travaglio, esecuzione della manovra di Kristeller e peso neonatale superiore a 3500 grammi sono fattori di rischio per lo sviluppo di incontinenza urinaria. L'esecuzione della manovra di Kristeller è inoltre un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi della sfera sessuale. Sforzi per prevenire e trattare precocemente tali disturbi sono obbligatori se si vuole migliorare la qualità di vita delle donne; questo traguardo può essere raggiunto solo attraverso counselling e follow-up approfonditi e personalizzati, un'attenta gestione del travaglio e del parto e la ricerca sistematica delle disfunzioni del pavimento pelvico dopo il parto.

BIBLIOGRAFIA

1. Baessler K, Schuessler B. "Childbirt-induced trauma to the urethral continence mechanism: review and recommendations". *J Urol* 2003;62:39-44
2. Fitzpatrick M, O'Herlihy C. "The effects of labour and delivery on the pelvic floor". *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15:63-79
3. Leeman LM, Rogers RG. "Sex After Childbirth. Postpartum Sexual Function". *Obstet Gynecol* 2012; 119:649-52

3. Can antenatal pelvic floor muscle training prevent urinary incontinence in late pregnancy and post-partum? A meta-analysis

ELENA BANCHI

Università degli Studi di Firenze, Firenze, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Urinary Incontinence (UI) is common during pregnancy (prevalence varies between 35% and 55%) and increases with increasing gestation until term. Although the symptoms may spontaneously resolve after childbirth, for some of these women (5%-10%), the condition is likely to recur.

The authors conduced a meta-analysis of Randomized Clinical Trials (RCT) to evaluate the effect of Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) compare to usual antenatal care in preventing UI in late pregnancy and postpartum.

MATERIALI E METODI

RCT search up to 01/09/2014 on PEDro, PubMed and Scopus databases was conducted. English or Italian studies, where pregnant women were randomized to PFMT or antenatal usual care, met the inclusion criteria. Not randomized trials or studies in which women trained post-partum or in which PFMT were combined to vaginal cones, electrical stimulation and biofeedback were excluded. The main outcome was self-reported UI. Secondary outcomes were pelvic muscle strength, incontinence episodes per day and impact of UI on daily life. Quality of trials was evaluated using the PEDro scale. Effect size was calculated as Standardized Mean Difference (SMD) for continuous data, and as Odds Ratio (OR) for dichotomous data, with 95% CI in random effects models. Heterogeneity was tested by Test Q. Software used was MedCalc.

RISULTATI

Ten RCT were included, enrolling 2084 participants with follow up data. The meta-analysis of primary outcome showed a significant effect of the intervention both in late pregnancy (OR 1,638, 95% CI from 1,347 to 1,991; p=0,551 - *figure 1* -) and 3 months postpartum (OR 1,593, 95% CI from 1,245 to 2,038; p=0,7294 - *figure 2* -). Even quality of life improved (late pregnancy SMD -0,474, 95% CI from -0,713 to -0,235; p=0,0809; post partum SMD -0,388, 95% CI from -0,552 to -0,224; p= 0,3866). Strength data demonstrated a significant effect only post-partum (SMD 0,290 95% CI from 0,100 to 0,479; p=0,3764). Incontinence episodes, indeed, did not indicate any improvement.

DISCUSSIONE

Meta-analysis demonstrated that PFMT has a protective effect in the developing of IU in late pregnancy up to 3 months post-partum.

These data disagree with a recent Cochrane review (Boyle *et al.*, Cochrane Database Syst Rev 2012) under which positive results continues up to six months post-partum. Disagreement may be due to broader inclusion criteria made by Boyle *et al.* (abstract, and quasi-randomized trial published in any languages were included).

The study is methodologically limited by the absence of a co-reviewer to cross-reference the article selections and provide a control against selection bias. However, efforts were taken to limit such bias by adhering to strict inclusion criteria. Other limits are search restriction to three database, and no asking Authors more data about their study when outcome measures were heterogeneous compared to majority of trials considered.

CONCLUSIONI

PFMT during gestation has a protective effect in the developing of UI and improves quality of life in late pregnancy up to 3 months postpartum compared to usual antenatal care.

However, there is not enough evidence to say whether these results persist in the long-term.

Further high-quality RCTs are needed.

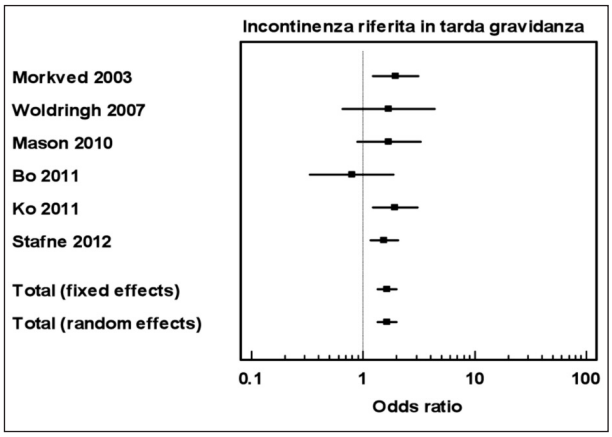


Figura 1. – UI in late pregnancy.

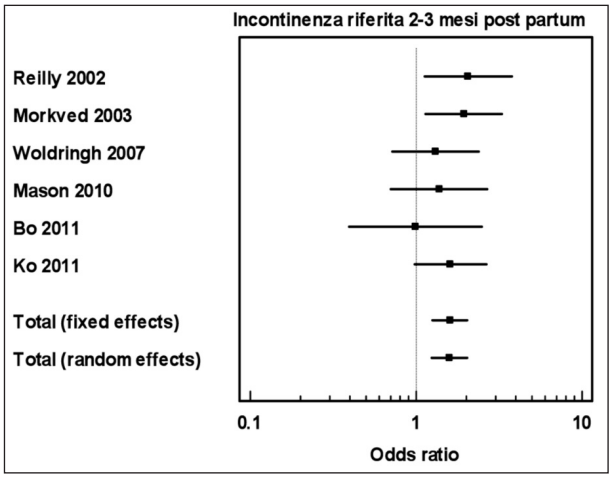


Figura 2. – UI 2-3 months post-partum.

BIBLIOGRAFIA

Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD Morkved S: *Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women*. Cochrane Database Syst Rev 2012; 17: CD007471.

Palaez M, Gonzalez-Cerron S, Montejo R et al: *Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized clinical trial.* Neurology and Urodynamics 2014; 33:67-71.

Stafne S, Salvesen K, Romundstad P et al. *Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy? A randomized clinical trial.* BJOG 2012; 119:1270-1280.

4. Impatto della riabilitazione del pavimento pelvico sulla sessualità femminile

SILVIA FEMIANO - FRIDA FARALLI - GIANLUCA GIORDANI - ENRICO FINAZZI AGRÒ
Università degli Studi di Tor Vergata, Roma

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La riabilitazione del pavimento pelvico è utilizzata routinariamente per il trattamento dell'incontinenza urinaria; le principali tecniche utilizzate sono la chinesiterapia, il biofeedback e la stimolazione elettrica funzionale. L'International Consultation on Incontinence (ICI) considera la riabilitazione del pavimento pelvico la prima forma di trattamento di ogni tipo di incontinenza urinaria. Particolare evidenza scientifica si riscontra per il trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo nella donna. È ben noto l'impatto dell'incontinenza urinaria sulla qualità di vita della paziente e i potenziali effetti negativi che tale condizione può esercitare sulla qualità di vita della paziente. Scopo del presente studio è stato valutare le modificazioni della funzione sessuale in pazienti trattate con riabilitazione del pavimento pelvico per incontinenza urinaria da sforzo.

MATERIALI E METODI

Sono state incluse nel presente studio donne trattate per incontinenza urinaria da sforzo, presso il nostro centro, da settembre 2013 a febbraio 2014.

I criteri di inclusione sono stati: pazienti di sesso femminile, presenza di incontinenza urinaria da sforzo (IUS), età compresa tra 30 e 60 anni, attività sessuale conservata.

I criteri di esclusione sono stati: denervazione perineale, presenza di pacemaker, gravidanza, infezioni urinarie e/o vaginiti, patologie del SNC, prolasso organi pelvici > 2° grado (secondo Half Way System).

Il ciclo riabilitativo era di 8 terapie, ripartite 2 volte alla settimana della durata ciascuna di un'ora, previo consenso informato da parte delle pazienti.

Sono state eseguite due valutazioni ad inizio (t0) e a fine trattamento riabilitativo (t1 = ottava terapia) su ciascuna paziente:

– Valutazione della muscolatura pelvi perineale tramite PC test (Laycock,1994)
– Somministrazione dei seguenti questionari:
  • l'ICIQ-SF score per l'incontinenza urinaria,
  • la Visual Analogue Scale (VAS) per il dolore pelvico,
  • l'Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL),
  • il Female Sexual Function Index (FSFI) per la sessualità.

Il protocollo terapeutico utilizzato ha previsto nelle prime quattro sedute la SEF, la chinesiterapia pelvi-perineale (CPP), quest'ultima effettuata insieme al BFB, mentre dalla quarta seduta in poi è stata svolta solo terapia strumentale (SEF, BFB).

Protocollo fino alla 4ª seduta	*Protocollo dalla 4ª seduta in poi*
SEF 15 min. di Rinforzo Fasico	SEF 10 min. di Rinforzo Fasico
(RIPOSO 10 min.)	(RIPOSO 10 min.)
BFB/CPP 10 min.	BFB 15 min
(RIPOSO 5 min.)	(RIPOSO 5 min.)
SEF 15 min. di Rinforzo Tonico	SEF 10 min. di Rinforzo Tonico

Nel corso delle terapie si è cercato di ridurre i minuti eseguiti con la SEF e di incrementare quelli eseguiti con il BFB, in modo tale che la paziente avesse una buona coscientizzazione del pavimento pelvico e riuscisse a riproporre gli esercizi del programma di lavoro giornaliero, al fine di automatizzare l'attività muscolare perineale durante le AVQ.

RISULTATI

Abbiamo trattato 17 pazienti; 3 di esse hanno interrotto il ciclo riabilitativo per motivi familiari e/o lavorativi.

Delle restanti 14, 5 erano multipare, 8 primipare, 1 nullipara. Tutte avevano eseguito parti naturali operativi con episiotomia ad eccezione di una paziente che aveva effettuato due parti cesarei.

Le pazienti presentavano: IUS (6), IUS e prolasso 1° (3) 2° grado (2), IUS e dolore pelvico (3).

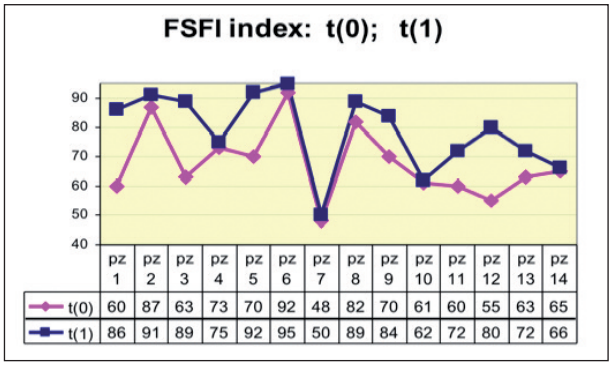
L'età media del campione è stata di 42 anni.

A fine trattamento riabilitativo nel:
• 78,57 % delle pazienti è migliorata la componente fasica;
• 85,71 % delle pazienti è migliorata la componente tonica;
• 92,85 % delle pazienti è migliorata l'affaticabilità muscolare.

Per quanto riguarda la IUS, i risultati dell'ICIQ-SF hanno dimostrato un significativo miglioramento nel 78,57% delle pazienti, mentre 21,43% non ha dimostrato cambiamenti significativi. Inoltre, i risultati dell'I-QOL hanno dimostrato un significativo miglioramento nel 71,42% delle pazienti, mentre 28,58% non ha dimostrato cambiamenti significativi.

È stata utilizzata la (VAS) per quantificare il dolore pelvico percepito dalle pazienti affette da IUS e dolore pelvico (3); a fine trattamento la percezione del dolore si è ridotta in tutte le pazienti.

FSFI è migliorato in tutte le pazienti; al test T di student tale miglioramento è risultato significativo con p-value = 0,001: infatti 10 pazienti su 14 hanno riscontrato un considerevole miglioramento della sfera sessuale ed in nessuna paziente è peggiorato l'indice di funzione sessuale.



DISCUSSIONE

Il presente studio dimostra che le pazienti dopo trattamento il riabilitativo del pavimento pelvico presentano oltre ad un miglioramento della performance muscolare e dell'incontinenza da sforzo, una modificazione in positivo della qualità di vita, soprattutto della sfera sessuale.

Dopo un adeguato training della muscolatura perineale, l'indice di funzione sessuale femminile (FSFI) è migliorato in tutte le pazienti con una notevole significatività statistica dello studio.

CONCLUSIONI

La riabilitazione del pavimento pelvico ha permesso una maggiore conoscenza e percezione della muscolatura perineale, ha ridotto i sintomi che inducono imbarazzo e mancanza di autostima permettendo il miglioramento della qualità di vita e soprattutto della funzione sessuale.

BIBLIOGRAFIA

International Continence Society. Fourth International Consultation on Incontinence. Incontinence. Commettee 20, Management using continence products. 4th Edition, 2009.

Massimo Rivalta, MD, Maria Chiara Sighinolfi, MD, Salvatore Micali, MD, Stefano De Stefani, MD, andGiampaolo Bianchi, MDUrology Department, University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy : Sexual Function and Quality of Life in Women with Urinary Incontinence Treated by a Complete Pelvic Floor Rehabilitation Program (Biofeedback, Functional Electrical Stimulation, Pelvic Floor Muscles Exercises, and Vaginal Cones).J Sex Med 2009.

5. Studio clinico su chinesiterapia perineale tutorata in soggetti con incontinenza fecale

SIMONA PETTINÀ[1] - INES DESTEFANO[2] - MARCO FERRONATO[2] - NICOLETTA SVEVA PIPITONE FEDERICO[2] - MARIO NANO[2] - CINZIA RASTELLO[2]
[1]A.O. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Varese - [2]Azienda sanitaria, A.S.O. San Luigi, Orbassano (TO)

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La gestione dell'incontinenza fecale (FI) è una sfida per la sua alta prevalenza, l'eterogeneità eziologica e la frequente mancanza di specifiche competenze. Chinesiterapia, ed elettrostimolazione con diversa combinazione di modalità di approccio sono alcune delle tecniche impiegate da anni per il trattamento dell'incontinenza fecale. Tale studio clinico retrospettivo è finalizzato a valutare l'efficacia di chinesiterapia ed elettrostimolazione nel trattamento dell'incontinenza partendo dai questionari di patologia quali il Cleveland Clinical Incontinence Score (CCIS) e l'American Medical System (AMS).

MATERIALI E METODI

Nello studio sono stati presi in esame 71 pazienti (12 M E 59 F) affetti da FI, previa valutazione clinica, ultrasonografica e manometrica, pervenuti dal gennaio 2009 a dicembre 2013 e trattati con metodo conservativo. Prima dell'inizio del trattamento e a ciclo concluso (10 sedute) ciascun paziente ha compilato il Cleveland Clinic Incontinence Score (CCIS) e l'American Medical System (AMS).

Per l'analisi statistica abbiamo utilizzato T-Test ed il Wilcoxon Mann-Whitney per le variabili numeriche, il Chi quadro per le categoriche. Un p value <0.001 è stato considerato significativo.

RISULTATI

In base all'analisi dei questionari sopracitati, delle 45 donne sottoposte a chinesiterapia, 30 (66.7%) hanno riportato un miglioramento della sintomatologia, 4 (8.9%) un peggioramento, per 2 (4.4%) la situazione è rimasta invariata e per 9 (20%) un questionario ha mostrato un miglioramento mentre l'altro è rimasto tale.

Delle 14 pazienti sottoposte a trattamento combinato di chinesiterapia associata ad elettrostimolazione, 13 (92.9%) hanno riportato un miglioramento della sintomatologia, 1 (7.1%) un peggioramento. Per 2 (4.4%) la situazione è rimasta invariata e per 9 (20%) un questionario ha mostrato un miglioramento mentre l'altro è rimasto tale.

Relativamente al gruppo degli uomini, dei 9 trattati con chinesiterapia, 7 (77.8%) hanno riportato un miglioramento della sintomatologia, 1 (11.1%) un peggioramento, per 1 (11.1%) la situazione è rimasta invariata.

Dei 3 pazienti sottoposti a trattamento combinato di chinesiterapia associata ad elettrostimolazione, 2 (66.7%) hanno riportato un miglioramento della sintomatologia, 1 (33.3%) un peggioramento.

Non sono risultate differenze statisticamente significative fra le due diverse modalità di trattamento ($p<0.01$).

Considerando infine la popolazione globale, dei 54 pazienti sottoposti a trattamento di chinesiterapia, 37 (68.5%) hanno riportato un miglioramento della sintomatologia, 5 (9.3%) un peggioramento, per 3 (5.4%) la situazione è rimasta invariata e per 9 (16.7%) per 2 (4.4%) la situazione è rimasta invariata e per 9 (20%) un questionario ha mostrato un miglioramento mentre l'altro è rimasto tale.

Nel caso del trattamento combinato, dei 17 pazienti, 15 (88,2%) sono migliorati, 1 (5.9%) peggiorato e per 1 (5.9%) un questionario ha mostrato un miglioramento mentre l'altro è rimasto tale. Per 2 (4.4%) la situazione è rimasta invariata e per 9 (20%) un questionario ha mostrato un miglioramento mentre l'altro è rimasto tale.

DISCUSSIONE

Dallo studio effettuato si può affermare che il trattamento con maggior riscontro di miglioramento della sintomatologia è quello che vede l'abbinamento della chinesiterapia con l'elettrostimolazione (88.2% del totale). Prendendo invece in considerazione i due sessi, è possibile affermare che il trattamento migliore per le donne sia quello che abbina la riabilitazione muscolare all'elettrostimolazione mentre per gli uomini il trattamento che ha portato maggior beneficio è stato il solo trattamento chinesiterapico. La spiegazione di questo si potrebbe ricercare nel fatto che la muscolatura pelvica maschile è molto meno sollecitata rispetto a quella femminile, non essendo sottoposta ai traumatismi legati soprattutto al parto per via vaginale: uno sfintere più sano reagisce con maggior facilità ed efficacia anche al solo trattamento chinesiterapico, diversamente da uno sfintere "abusato" che ha probabilmente bisogno di un aiuto ulteriore fornito dall'elettrostimolazione.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto emerso è possibile affermare che presso l'unità di Colonproctologia in cui è stato effettuato il lavoro, i risultati sono in linea con quanto riportato dalla letteratura, soprattutto per quanto riguarda l'associazione di chinesiterapia ed elettrostimolazione. Quest'ultima sembra aver apportato un beneficio maggiore rispetto a coloro che sono stati sottoposti solo al trattamento chinesiterapico.

Sono sicuramente necessari studi prospettici controllati per confermare i risultati ed è necessario comparare tipi diversi di riabilitazione nello stesso Centro e tra Centri diversi, anche se il trattamento è sempre personalizzato sul paziente rispetto alla sua compliance psichica e muscolare.

BIBLIOGRAFIA

Boyle DJ, Murphy J. et al. "Efficacy of sacral nerve modulation for the treatment of fecal incontinence ", Dis Colon Rectum 2011; 54:1271-8.

C J Vaizey, E Carapeti, J A Cahill, M A Kamm, "Prospective comparison of faecal incontinence grading systems", Gut 1999.

F. Pucciani, "Review of pelvic floor disorders rehabilitation: the impact of rehabilitative treatment on obstructed defecation and faecal incontinence", Pelvipenireology, 2014.

6. Studio clinico su chinesiterapia perineale tutorata in soggetti con stipsi

ALESSANDRA MARCHI[1] - INES DESTEFANO[2] - MARCO FERRONATO[2] - NICOLETTA SVEVA PIPITONE FEDERICO[2] - MARIO NANO[2] - CINZIA RASTELLO[2]

[1] Libero Professionista, Torino, Italia - [2]A.S.O. San Luigi Gonzaga, Torino, Orbassano, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La stipsi è un'affezione di comune riscontro nella pratica clinica. La sua elevata prevalenza (nel Nord America tra 1,9% e 27,2%) e i costi associati implicano la necessità di gestirla nel modo più efficiente possibile.

Molte sono le tecniche impiegate per il trattamento della stipsi ma pochi sono gli studi che valutano il risultato clinico della kinesiterapia pelvi perineale e dell' elettrostimolazione. Queste due tecniche sono state l'oggetto dello studio su un campione di pazienti affetti da stipsi/OD e giunti all'osservazione presso l'Ambulatorio di Coloproctologia.

Tale studio clinico retrospettivo è volto ad analizzare oggettivamente il sintomo utilizzando il questionario validato Obstruted Defaecation Syndrome (ODS) per tutti i pazienti, il Wexner score, questionario non validato ma di comune uso, per il 50% dei soggetti. L'American Medical System (AMS) e il Cleveland Clinic Incontinence Score sono stati compilati dai pazienti con incontinenza fecale associata.

MATERIALI E METODI

Previa valutazione clinica e manometrica, abbiamo selezionato per questo studio N. 89 pazienti (82F, 7M) afferiti all'Ambulatorio di colonproctologia da Ottobre 2009 a Dicembre 2013 con diagnosi di stipsi; 57 (63%) risultavano affetti da ostruita defecazione, 31 (36%) pazienti da stipsi mista, mentre solamente 1 paziente da rallentato transito.

Ottantanove pazienti sono stati sottoposti a fisiochinesiterapia, con un numero medio di sedute di 8.8 ciascuno. Di questi, 15 soggetti sono stati sottoposti ad un precedente trattamento di elettrostimolazione con un numero medio di sedute di 8.8.

Ciascun paziente ha ricevuto i questionari per il calcolo degli scores all'inizio del trattamento e a fine ciclo.

Per l'analisi statistica abbiamo utilizzato T-Test ed il Wilcoxon Mann-Whitney per le variabili numeriche, il Chi quadro per le categoriche. Un p value<0.01 è stato considerato significativo.

RISULTATI

ODS score

Gli 89 pazienti presentano un valore medio dell'ODS score iniziale di 8.2 (SD 2.82), dopo trattamento riabilitativo di 4.5 (SD 3.34); il miglioramento è risultato statisticamente significativo per p>0.01.

Per i 74 pazienti sottoposti solamente a chinesiterapia l'ODS score passa da un valore medio di 8.3 (SD 3.92) a 4.52 (SD 3.32) ($p<0.01$).

Per i 15 pazienti sottoposti sia a chinesiterapia sia a ciclo di elettrostimolazione, il valore ODS medio si riduce da 8.21 (SD3.99) a 4.47 (SD 3.37) ($p<0.01$).

Non è corretto statisticamente confrontare i due gruppi poiché è molto diversa la numerosità campionaria.

WEXNER score

I 44 pazienti hanno un valore medio iniziale di 9.95 (SD 4.17), dopo trattamento riabilitativo di 6 (SD3.35); il miglioramento è risultato statisticamente significativo per p>0,01.

Per i 42 pazienti sottoposti a chinesiterapia, il valore medio del Wexner score passa da un 9.73 (SD 3.96) a 5.97(SD 3.27) ($p<0.01$).

Per i 4 pazienti sottoposti sia a chinesiterapia sia a ciclo di elettrostimolazione il valore medio del Wexner score si riduce da 9.62(SD 3.97) a 5.65(SD 3.1) ($p<0.01$).

AMS score

I 12 pazienti presentano un valore medio dello score iniziale di 43.9 (DS19.43), dopo trattamento riabilitativo di 20.46 (SD 14.35); il miglioramento è risultato statisticamente significativo con $p<0.05$.

Cliveland score

Gli 11 pazienti hanno un valore medio dello score iniziale di 4.5 (DS 2.8), dopo trattamento chinesiterapico un valore medio di 2.16 (DS 1.63). Risultato statisticamente significativo con $p<0,05$.

Non si sono registrati casi di pazienti che avessero la compilazione dei questionari AMS o Cleveland e che avessero eseguito anche il ciclo di elettrostimolazione.

DISCUSSIONE

La terapia riabilitativa del pavimento pelvico trova la sua indicazione principale nel trattamento della defecazione ostruita. In letteratura diversi studi e una recente Cochrane review valutano l'efficacia del biofeedback elettromiografico in caso di stipsi cronica, mentre pochi studi focalizzano l'attenzione su chinesiterapia ed elettrostimolazione, due diverse tecniche conservative sicure, semplici, facilmente replicabili e non costose che noi adottiamo abitualmente come trattamento di prima linea.

Prendendo in considerazione l'ODS score si evince che la maggior parte dei pazienti ha un miglioramento della stipsi con un valore piuttosto bas-

so (riduzione dello score tra 4 e 1 punto), anche se una consistente quota di pazienti ha avuto una riduzione alta (10%). Considerando il Wexner score c'è maggiore uniformità tra i pazienti migliorati con una riduzione importante dello score e quelli migliorati in maniera meno incisiva.

Interessante considerare che, nel caso di presenza di concomitante incontinenza fecale, con il trattamento chinesiterapico anche gli score relativi alla patologia (AMS e Cleveland) dimostrano una riduzione significativa e dunque un miglioramento della relativa sintomatologia.

Confrontando i risultati post trattamento non si evidenziano significative differenze nel miglioramento degli score ODS e Wexner tra i pazienti sottoposti a sola chinesiterapia rispetto a quelli con elettrostimolazione associata; questo potrebbe suggerire che il ciclo di elettrostimolazione nel trattamento della stipsi non aggiunge valore al trattamento riabilitativo anche se spesso è fondamentale dal punto di vista della propiocezione iniziale.

CONCLUSIONI

La chinesiterapia pelvi-perineale è un trattamento sicuro, economico e di facile esecuzione. Il presente lavoro ha confermato l'efficacia della chinesiterapia nel trattamento della stipsi cronica e nel miglioramento dell'eventuale incontinenza fecale associata.

BIBLIOGRAFIA

Sonnenberg A, Koch Tr, Physician visits for constipation in the United States: 1958 to 1986. Dig Dis Sci. 1889: 34; 606-11

Locke GR III, Pemberton JH, Phillips SF. AGA technical review on constipation. American Gastroenterological Association. Gastroenterology 2000; 119: 1766-78

Chiarioni G, Heymen S, Whitehead WE. Biofeedback therapy for dyssynergic defecation. World J Gastroenterol 2006;12: 7069-74.

7. Il trattamento riabilitativo in un caso di sindrome di Fowler

DONATELLA GIRAUDO[1] - ELISA LAZZARI[2] - GIANFRANCO LAMBERTI[3]

[1]Dip. Urologia, Ospedale San Raffaele, Milano, Italia - [2]Corso Laurea in Fisioterapia, Università Vita e Salute Ospedale San Raffaele, Milano, Italia - [3]SC Neuroriabilitazione, ASL CN1, Cuneo, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La sindrome di Fowler è una patologia studiata per la prima volta da Fowler et al nel 1985. Si presenta come una sindrome ritentiva con associato un quadro di ovaio policistico. In letteratura vengono proposte diverse modalità di trattamento, tra cui gli auto cateterismi, la terapia farmacologica, la tossina botulinica o la neuro modulazione sacrale. Nessun lavoro ha ancora studiato i benefici che il trattamento riabilitativo può portare nei pazienti affetti da questa sindrome.

L'obiettivo dello studio è determinare se il trattamento riabilitativo del pavimento pelvico basato su una seduta iniziale di valutazione e di counseling e cinque sedute ambulatoriali, della durata di un'ora, durante le quali alla paziente vengono somministrate delle correnti antalgiche, viene utilizzato il biofeedback per il miglioramento della propriocezione perineale, vengono trattati manualmente i trigger points presenti, viene insegnato l'auto trattamento domiciliare quotidiano e, successivamente, viene somministrato un ciclo di 10 sedute di SANS, riduce l'urgenza minzionale, il dolore pelvico e migliora la qualità della vita (QoL) in una paziente con Sindrome di Fowler.

MATERIALI E METODI

Il lavoro si presenta come uno studio di un caso singolo: la paziente di 34 anni è stata sottoposta a una valutazione iniziale e sei sedute ambulatoriali settimanali, della durata di un'ora, durante le quali le vengono somministrate delle correnti antalgiche, viene utilizzato il *biofeedback* per il miglioramento della propriocezione perineale, vengono trattati manualmente i *trigger points* presenti, viene insegnato l'auto trattamento domiciliare quotidiano e, successivamente, viene somministrato un ciclo di 10 sedute di SANS (*Stoller Afferent Neuro Stimulation*). La paziente è stata valutata alla *baseline* (T_1), dopo aver seguito le modifiche comportamentali (T_2), a fine trattamento (T_3) e con un *follow-up* (T_4) nel mese di Ottobre, utilizzando il diario vescicale, il questionario OAB, il questionario ICIQ-SF, la scala NPRS per il dolore, la scala VAS per la motivazione al trattamento e il questionario PGI.

Per la valutazione della significatività statistica è stato usato il software GRAPH-PAD PRISM 6.0 per IOS, con il test T student a due code per campioni appaiati per variabili continua ed il χ2-test per variabili categoriche con significatività a <0.05.

RISULTATI

Al termine del trattamento la paziente riferisce un netto miglioramento soggettivo. È stato possibile osservare un miglioramento nella capacità di svuotamento vescicale dopo le modifiche comportamentali (T_2) (t=2.160 p=0.042), con ulteriore miglioramento al termine del trattamento (T_3) (t=1.860 p=0.012) e mantenuto al follow up (T_4) (t=1.130 p=0.032). Si rileva una riduzione dell'urgenza minzionale (t=-3.45 p=0.004), una differenza clinicamente significativa nella riduzione del dolore (t=-2.45 p=0.023) ed una riduzione del numero di fughe di urina (t=-1.27 p=0.001).

DISCUSSIONE

Il beneficio ottenuto con il programma riabilitativo attuato è verosimilmente da attribuirsi al miglioramento della qualità del reclutamento muscolare del pavimento pelvico, con una maggiore capacità di reclutamento delle fibre toniche ma ugualmente una capacità di raggiungimento del rilassamento muscolare. La presa in carico globale ha garantito, al termine del trattamento, il risultato del mantenimento da parte della paziente di una corretta assunzione di liquidi che le permette di avere una corretta frequenza di svuotamento di 6 volte al giorno. Inoltre la paziente riesce ad evitare le minzioni precauzionali (1 minzione precauzionale di media, o prima di andare a letto o durante la giornata) ed ad avere delle fasi di riempimento e svuotamento vescicale migliori.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti da questo studio suggeriscono come l'intervento riabilitativo nella sindrome di Fowler possa essere uno strumento utile per accompagnare il paziente nel miglioramento della sintomatologia e della qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA

Osman N, Chapple C. Fowler's syndrome–a cause of unexplained urinary retention in young women? *Nat Rev Urol.* 2014;11:87-98.

Swinn M, Wiseman O, Lowe E et al. The cause and natural history of isolated urinary retention in young women. *J Urol*. 2002;167:151-6.

Fowler C. Urinary retention in women. *BJU International*. 2003;91:463-8.

8. Gestione multidisciplinare ed integrata delle disfunzioni del pavimento pelvico: esperienza di una rete ASL per la patologia del basso tratto urogenitale e risultati preliminari

MICHELA MILETTA - FABRIZIO BOGLIATTO

Rete Patologia Basso Tratto Urogenitale, Azienda Sanitaria Locale Torino 4, Chivasso, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La funzionalità del pavimento pelvico rappresenta un punto cardine della salute sessuale e riproduttiva femminile. Sensibilizzare le donne sull'importanza del benessere perineale, dovrebbe condurre alla prevenzione, diagnosi e cura delle disfunzioni perineali, nello specifico vescico-sfinteriche, retto-anali, sessuali, di statica pelvica e dolore cronico, tutti elementi normalmente caratterizzanti l'ambito perineale.

Frequentemente, proprio in virtù della notevole complessità clinica e terapeutico-riabilitativa, propria delle disfunzioni del pavimento pelvico, si assiste alla frammentazione del percorso di cura delle persone assistite che presentano tali patologie, con il riscontro di una mancata continuità assistenziale ed una insufficiente correlazione tra gli interventi educativi, clinici e riabilitativi effettuati dai diversi specialisti coinvolti.

L'inserimento di un Percorso Assistenziale di Perineal Care, a gestione ostetrica, nel contesto della Rete Aziendale della nostra ASL, per la gestione integrata, multidisciplinare e multi specialistica della Patologia del Basso Tratto Urogenitale, unico esperimento assistenziale specifico in Europa, ha consentito il superamento di tale criticità organizzativa ed assistenziale, offrendo attivamente un servizio volto alla prevenzione delle patologie perineali ed alla precoce presa in carico e riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico già in atto. L'obiettivo dello studio consiste nella descrizione e valutazione del percorso assistenziale offerto e dei relativi outcomes clinici osservati, con la discussione dei preliminari dati assistenziali raccolti.

MATERIALI E METODI

Nella fase sperimentale del Progetto, tra gennaio e dicembre 2014, 44 donne sono afferite al Servizio di Perineal Care Aziendale, per la valutazione e la presa in carico delle diverse disfunzioni del pavimento pelvico (tra queste incontinenza urinaria, incontinenza fecale, dolore perineale/vulvodinia, prolasso), in donne nelle diverse fasi del ciclo di vita (in gravidanza, puerperio o menopausa). Al primo accesso ciascuna donna è stata sottoposta ad un bilancio di salute perineale, con valutazione anamnestica e clinica, seguita da un momento educativo e di counselling con la persona assistita, atto a favorire la presa di coscienza da parte della donna, a illustrare il percorso terapeutico-riabilitativo suggerito ed infine a favorire la maggiore compliance possibile per una buona riuscita del percorso terapeutico stesso. Le tecniche riabilitative messe in atto nella cura di ciascuna donna afferente al servizio, sono state definite sulla base di una revisione della letteratura scientifica, e si identificano con una terapia di prima linea consistente sempre in un ciclo di PFMT (pelvic floor muscle training), eseguito e mediato da un'ostetrica con formazione specifica, e coadiuvato, in base alle

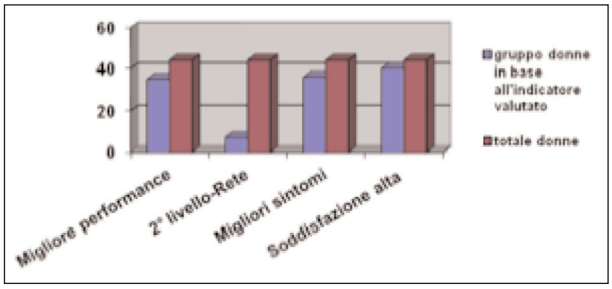
differenti situazioni cliniche, da terapie manuali, biofeedback o training vescicale (bladder training). L'assoluta novità del Progetto risiede nella possibilità di attivazione della Rete, ovvero del secondo livello di cure, consistente nella gestione coordinata della pratica ostetrica con quella specialistica di medici di diverse discipline, in base ai bisogni assistenziali di ciascuna persona assistita. L'efficacia del Percorso assistenziale viene rivalutata, a fine ciclo riabilitativo, effettuando un confronto tra i parametri clinici di benessere perineale prima e dopo il ciclo stesso, l'eventuale accesso al secondo livello di cure, e valutando l'indice di soddisfazione delle pazienti con un questionario di gradimento.

RISULTATI

Dopo 4-6 mesi di trattamento riabilitativo con l'ostetrica, 35 donne su 44 hanno conseguito migliori indici di performance muscolare perineale, tra queste 7 sono state gestite in maniera integrata con il secondo livello di cure di specialisti in Rete; 36 donne su 44 hanno rilevato miglioramento della sintomatologia e la totalità delle donne coinvolte hanno indicato grado di soddisfazione alto o molto alto circa il percorso assistenziale eseguito. 4 pazienti hanno abbandonato il percorso per motivi personali.

DISCUSSIONE

Dai risultati preliminari raccolti dall'Ambulatorio di Perineal Care nella fase sperimentale in corso nel 2014, possiamo osservare un miglioramento netto degli indici clinici valutati per considerare la performance ed il benessere muscolare perineale, con conseguente miglioramento dei sintomi clinici riferiti dalla persona assistita. Il percorso assistenziale si caratterizza per l'applicazione di tecniche suggerite e supportate dalle evidenze scientifiche, per lo più manuali e non strumentali, che richiedono training specifico dell'ostetrica, ma che hanno un elevato rapporto costo-beneficio. Lo stesso Percorso terapeutico-riabilitativo risulta essere apprezzato e ben tollerato dalle donne afferenti al Servizio. I risultati si possono definire preliminari, poiché la raccolta dati è tutt'ora in corso e si andrà a valutare anche il percorso di follow up annuale di ciascuna paziente che ha già concluso il percorso assistenziale.



CONCLUSIONI

Le disfunzioni perineali sono patologie che incidono in misura variabile, ma considerevole la qualità di vita della donna. L'offerta attiva di un Servizio di Perineal Care che favorisca la precoce presa in carico e la gestione assistenziale in Rete, qualificata, specialistica e multidisciplinare, consente il perseguire di un importante obiettivo di salute femminile, nel rispetto dei principi di efficacia ed efficienza clinico-organizzativa, ormai necessariamente alla base di qualsivoglia Percorso Clinico.

BIBLIOGRAFIA

1. Ayeleke RO, Hay-Smith EJ, Omar MI. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. Cochrane Review, 2013.
2. Dumoulin C, Martin C, Elliott V, Bourbonnais D, Morin M, Lemieux MC, Gauthier R. Randomized controlled trial of phisiotherapy for postpartum stress incontinence : 7-year follow-up. Neurourol Urodyn, 2013.
3. Morved S. Bo K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. Br J Sports Med, 2014.

9. Valutazione soggettiva di un catetere autolubrificato per donne

VITTORIO MINACORI - ANGELA DI GIROLAMO - MASSIMO DARBISI

ASP Palermo, Villa delle Ginestre, Palermo, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

L'International Consultation on Incontinence (I.C.I.) raccomanda il cateterismo ad intermittenza (CI) come trattamento di prima scelta nei soggetti che hanno disturbi dello svuotamento vescicale.

Scopo dello studio la valutazione del gradimento di un nuovo catetere idrofilico compatto appositamente studiato per le esigenze della donna. Il nuovo catetere è un catetere autolubrificato con integrata, all'interno della confezione (di aspetto non medicale), una busta di acqua salina sterile allo 0,9% ed una guaina di protezione blu che consente all'utilizzatrice una cateterizzazione con metodica "no-touch".

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto da Dicembre 2013 a Marzo 2014. Lo studio è stato di tipo randomizzato e ha previsto l'utilizzo del dispositivo per 10 giorni consecutivi.

Non sono state ammesse donne che presentavano, al momento dell'arruolamento, anomalie congenite uretrali e/o stenosi uretrali.

Sono state arruolate sedici soggetti, di età media 43,3 anni (range 22-70 anni, dev. std. 13,4 anni) .

La popolazione arruolata è risultata così suddivisa: cinque persone con paraplegia, due con sclerosi multipla, due affette da spina bifida e sette da altre patologie.

Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad un questionario dopo l'uso del catetere in studio in cui sono state chiamate a valutare i principali aspetti del catetere in termini di:

- Design e packaging;
- Facilità d'uso;
- Grado di lubrificazione percepita all'introduzione e alla rimozione;
- Valutazione del grado di soddisfazione e tollerabilità.

RISULTATI

Tutte le donne arruolate hanno concluso lo studio. Il 94% di esse valuta discreta/molto discreta la confezione del nuovo catetere contro il 6% che la reputa poco discreta. L'apertura della confezione è stata trovata pratica/molto pratica da tutta la popolazione coinvolta nello studio. Il 100% pensa che la confezione di acqua sterile integrata sia utile/molto utile. Il 94% delle donne valuta facile/molto facile l'inserimento del nuovo catetere mentre il 6% ritiene difficile l'inserimento. Il 75% ritiene che la punta Ergothan agevoli l'inserimento del catetere in uretra e in vescica. Il 6% ritiene il catetere troppo scivoloso, mentre il 94% valuta la lubrificazione positivamente (scivoloso/molto scivoloso) . Il 94% ritiene che il foglio di protezione per evitare il contatto tra mano e catetere sia una buona soluzione. Nella totalità della popolazione coinvolta la rimozione del catetere è stata valutata facile/molto facile. La confezione del catetere è stata utilizzata per lo smaltimento dello stesso al termine della manovra di cateterismo ad intermittenza nel 94% dei casi. L'87% delle partecipanti allo studio utilizzerebbero di routine il dispositivo in esame.

DISCUSSIONE

Il nuovo catetere è ben tollerato dalla totalità della popolazione coinvolta, che valutano positivamente sia l'aspetto estetico della confezione, di aspetto non medicale, sia l'aspetto funzionale.

CONCLUSIONI

Il nuovo catetere permette di avere un valido strumento a disposizione degli uro-riabilitatori con caratteristiche che sono state accettate positivamente dalla gran parte delle utilizzatrici selezionate con il metodo sopra citato.

BIBLIOGRAFIA

Hellstrom P. et al.: Efficacy and safety of clean intermittent catheterization in adults. Eur Urol 1991; 20: 117-21.
Waller L. et al.: Intermittent catheterization in spinal cord injury patients: long term followup of a hydrophilic low friction technique. J Urol 1995; 153: 345-8.
Wyndaele J.J.: Intermittent catheterization: which is the optimal technique? Spinal Cord 2002, 40 (9): 432-7.

10. Prevenzione delle infezioni vescicali catetere-correlate: ruolo dell'infermiere

DAVIDE VALENTE[1] - ENRICO FINAZZI AGRÒ[2] - CARMELA CUCCHI[2]

[1]Università di Medicina e Chirurgia di Tor Vergata, Roma, Italia - [2]Policlinico Tor Vergata, Roma, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

L'obiettivo dell'indagine è quello di indagare le conoscenze ed il grado di consapevolezza del personale infermieristico, riguardo la corretta esecuzione e gestione del cateterismo vescicale, nell'ottica della prevenzione delle infezioni catetere correlate.

MATERIALI E METODI

L'indagine è stata svolta presso il Policlinico, nel periodo tra Novembre e Dicembre 2014.

Il campione è rappresentato dal personale infermieristico delle aree di Medicina, Chirurgia e Emergenza.

Lo strumento d'indagine scelto è un questionario anonimo composto da 14 item riguardanti la componente tecniche dell'attività di cateterizzazione nell'ottica della prevenzione delle infezioni CV - correlate e 5 riguardanti i dati anagrafici e professionale.

Alcune domande del questionario prevedevano la possibilità di dare più risposte; tale eventualità era stata dichiarata nell'introduzione al questionario, ma non è stato indicato quale domanda prevedesse tale evenienza.

RISULTATI

Nel periodo indicato, sono stati distribuiti al personale infermieristico delle aree individuate 192 questionari dei quali 144 hanno compilato il questionario in maniera esaustiva, 18 hanno restituito il questionario senza essere compilato e 30 non hanno restituito il questionario. Pertanto il grado di adesione al questionario risulta essere pari al 75%.

DISCUSSIONE

Lo studio si può rilevare soddisfacente, dato che, la maggior parte dei candidati, che hanno partecipato a questo studio, hanno risposto in maniera positiva e dimostra di avere un discreto grado di consapevolezza e di conoscenza della materia. C'è da sottolineare, però, che, sebbene si tratti di un piccola parte dei partecipanti, c'è chi non ha dimostrato di possedere la consapevolezza necessaria per rispondere correttamente alle domande. In una domanda in particolare, la numero 12, in cui bisognava rispondere apertamente su dove poter trovare il protocollo adatto per la gestione del catetere vescicale, in molti hanno risposto con "Protocollo di PS". Questa risposta è errata Purtroppo, non esiste alcun protocollo del Pronto Soccorso specifici per il cateterismo vescicale all'interno dei database del Policlinico. E ciò la rende una risposta errata. C'è anche da evidenziare il fattore che nessuno dei 144 infermieri che hanno completato il questionario abbia frequentato corsi di aggiornamento o lezioni approfondite su questo argomento, nonostante la maggior parte lavori in ambiente ospedaliero da più di 5 anni. Le altre domande, invece, calcolavano il grado di consapevolezza degli infermieri sull'argomento e, con dei corsi o conoscendo le vere linee guida per la gestione del catetere vescicale, si potevano ottenere risultati migliori. Abbiamo anche calcolato il numero degli errori commessi dagli infermieri ed i risultati sono in parte negativi. Molti di loro, 36 infermieri, hanno superato la soglia dei 6 errori, mentre 70 dei 144 candidati si tenevano sulla soglia dei 3-5 errori per scheda. Solo 38 infermieri sono riusciti a rimanere massimo a due errori per scheda. Sono numeri preoccupanti in cui bisogna subito intervenire con corsi di formazione sulla gestione e sulla procedura della cateterizzazione.

CONCLUSIONI

Concludendo questo mio lavoro di tesi sul ruolo dell'infermiere nelle gestioni delle infezioni vescicali catetere-correlate, credo di dover anzitutto sottolineare l'importanza di diffondere e rielaborare dati di consapevolezza sull'argomento in esame in modo sempre più articolato solo così si potrà sperare di realizzare un efficace lavoro educatore nei confronti di pazienti e caregiver e si potranno diminuire i rischi di infezione. Il lavoro d'assistenza infermieristica al paziente con rischio d'infezioni delle vie urinarie è un lavoro che dovrebbe essere svolto con continuità per poter raggiungere l'obbiettivo di migliorare la qualità di vita del paziente stesso. In questo modo ricorrendo anche ad una corretta informazione sulla prevenzione delle IVU, i compiti dell'infermiere diventerebbero meno pesanti, e la risposta al trattamento molto più efficace. A differenza delle altre infezioni ospedaliere, le infezioni vescicali catetere-correlate rappresentano, infatti, nella maggior parte dei casi, una conseguenza di un'unica procedura invasiva di cui gli infermieri hanno responsabilità diretta. L'adozione di linee guide e protocolli, com'è stato dimostrato dal enorme bagaglio presente in letteratura, sono in grado di prevenire la gestione mal curata e la trasmissione delle infezioni, determinando una riduzione di questo fenomeno. Il profilo professionale e il codice deontologico orientano gli infermieri affinché si pongano sempre più come professionisti capaci di ricercare, di scegliere, di proporre delle modalità per conseguire risultati efficaci e di qualità, in questa logica trovano collocazione le linee guida e i protocolli infermieristici. Gli infermieri non possono non vedere nel controllo delle infezioni un loro dovere professionale, istituzionale ed etico, è stato richiesto anche l'impegno delle istituzione che deve organizzare, potenziare, valutare, un efficace programma di controllo delle infezioni ospedaliere correlate alle pratiche sanitarie. La vera sfida da affrontare è quella che permetterà di passare da una pratica fondata sulla tradizione "si è sempre fatto cosi", ad un'assistenza supportata da evidenza scientifica. La semplice diffusione delle linee guida, è insufficiente, perchè l'applicazioni di raccomandazioni, protocolli ed altri strumenti operativi possa avere successo occorre un buon lavoro di equipe, una buona attività di coordinamento, preparazione e formazioni degli operatori. Soprattutto è consigliato far fare un dei corsi aggiornati agli infermieri riguardo la gestione delle infezioni catetere-correlate e riguarda la corretta procedura del cateterismo. Una delle possibili soluzioni affinché il comportamento degli infermieri possa essere positivamente influenzato e che l'elaborazione di una procedura o protocollo sia fatto tenendo conto dei fattori che ne favoriranno o meno l'accettazione e che, una volta elaborati tali documenti, siano poi accompagnati da attività di implementazione in grado di agire sui diversi fattori: strutturali, organizzativi, tecnologici, ecc. In definitiva, è consigliabile aumentare i corsi di aggiornamento al personale infermieristico e far rendere nota la corretta procedura e le linee guida per la gestione, la pratica e il decorso del cateterismo, così da migliorare il loro approccio verso questo argomento.

BIBLIOGRAFIA

"Linee guida e raccomandazioni per la corretta esecuzione e gestione del cateterismo vescicale". Carmela Cucchi, Frida Faralli, Enrico Finazzi Agrò, Roberta Micozzi.

Conferenza nazionale di consenso sullo stato dell'arte su indicazioni e modalità d'uso del cateterismo vescicale a permanenza e del cateterismo vescicale ad intermittenza nella post-acuzie - a cura di Lamberti, Biroli, Finazzi Agrò, Musco Simakopoulos, Mosiello, Del Popolo, Malaguti, Ferroni, Drigo.

Stamm W.E. "Catheter-associated urinary tract infections: epidemiology, pathogenesis, and prevention." Am. J. Med. 91 (Suppl 3B), 65S-71S, 1991.

11. La conoscenza dei sintomi da disfunzione del pavimento pelvico tra i professionisti della salute: studio pilota

ARIANNA BORTOLAMI[1] - MARIA RIPESI[2] - CARLO SCHIEVANO[1]

[1]Studio di Fisioterapia 3D, Padova, Italia - [2]Azienda Sanitaria Locale, Barletta, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

I sintomi correlati alle disfunzioni del pavimento pelvico possono determinare grave alterazione della qualità della vita, e per questo è fondamentale che essi siano conosciuti in ambito sanitario, ai fini della loro cura e gestione.

Tale conoscenza potrebbe riguardare sia i professionisti che si occupano direttamente di tali condizioni, sia quelli che non le curano, dato che questi ultimi possono svolgere un importante ruolo facendo emergere i sintomi e indirizzando i pazienti ai professionisti competenti.

La letteratura scientifica afferma che il comportamento dei vari professionisti è differente rispetto al presentarsi dei sintomi, e che molti sono ancora gli aspetti deficitari nella loro gestione. Oltre a ciò, scarsi sono gli studi che indagano la conoscenza delle condizioni oggetto di questo studio tra i professionisti della medicina che non si occupano direttamente di questi.

Scopo di questo studio è indagare la conoscenza dei sintomi correlati alle disfunzioni del pavimento pelvico tra i professionisti della salute.

MATERIALI E METODI

È stato elaborato un questionario ad hoc specifico per questa occasione, contenente dati anagrafici (età e sesso), dati professionali (professione, anni di anzianità, luogo di lavoro), e alcune affermazioni relative a sintomi correlati alle disfunzioni del pavimento pelvico e relativi trattamenti terapeutici, per le quali veniva richiesto di esprimere parere sulla veridicità o falsità. In particolare, 9 frasi hanno riguardato l'incontinenza e l'urgenza urinaria, 2 il prolasso degli organi pelvici, tra le quali 1 anche con riferimento alla chirurgia, 1 l'incontinenza fecale, 3 le disfunzioni sessuali femminili e il dolore cronico, 4 il pavimento pelvico e la riabilitazione. Per formulare il proprio parere è stata utilizzata la scala di Likert. Ogni questionario è stato dotato anche di breve presentazione esplicativa.

Sono stati distribuiti 239 questionari in strutture sanitarie di diversa tipologia della Regione Puglia. La limitazione della ristretta area geografica considerata, è dovuta alla tipologia di studio (studio pilota). La compilazione è stata effettuata consegnando i questionari e chiedendone la restituzione entro 1 settimana.

Successivamente, per l'analisi statistica, quando la domanda prevedeva come risposta corretta il disaccordo, i valori della scala sono stati invertiti per renderli omogenei con le frasi che invece esprimevano accordo.

Sono state accorpate le affermazioni del questionario che si riferivano al singolo sintomo utilizzando il valore medio delle singole risposte.

Sono state poi verificate le dipendenze tra sesso, anni di lavoro e professione con i punteggio ottenuti per questi sintomi. Per questo si è utilizzato il test di Kruskall-Wallis sui ranghi, data la non normalità dei dati provenienti dalla scala di Likert. Il livello di errore inferiore al 5% è stato considerato come significativo.

RISULTATI

Sono stati raccolti 200 questionari (83.6% dei questionari distibuiti). L'età media dei rispondenti è stata di 49 anni (25-65); di questi, 143 (71,5%) sono di sesso femminile, e 57 (28,5%) di sesso maschile.

Ai fini dell'analisi, sono stati considerati singolarmente i fisioterapisti, che sono risultati 33, pari al 16,5%, mentre sono stati raggruppati tra loro i medici di base con i medici specialisti, presenti in 28 (14,0%), gli infermieri con le ostetriche (66, pari al 33%), gli operatori socio-sanitari, gli operatori tecnici all'assistenza, gli ausiliari, gli assistenti sanitari (32, pari al 16%) tra loro, e infine altri professionisti (educatore professionale, pedagogista, psicologo, assistente sociale, logopedista, tecnico di radiologia, tecnico di laboratorio, dietista, biologo) presenti in 41(pari al 20.5%).

In riferimento ai luoghi di lavoro, 46 professionisti (23%) prestano servizio in presidio ospedaliero, 85 (42.5%) in servizi/dipartimenti pubblici extraospedalieri del Servizio Sanitario Nazionale, 51 (25.5%) presso IRCCS, e

18 (9%) in centri privati, privati convenzionati, istituti di riposo, o come liberi professionisti.

Per quanto riguarda gli anni di lavoro, 42 professionisti (21,3%) esercitano da un periodo di tempo uguale o inferiore a 10 anni, 42 da un periodo uguale o inferiore a 20 anni (21,3%), e i rimanenti 113 (56,4%) da più di 20 anni.

In relazione alle singole affermazioni relative ai sintomi da disfunzione del pavimento pelvico e alla loro gestione, in 10 di queste (55.55%) le risposte corrette sono inferiori al 50% delle risposte totali. Più in particolare, la percentuale più elevata di risposte errate (87%) riguarda l'affermazione secondo la quale l'incontinenza nei soggetti giovani è conseguenza di patologie dei vari organi e apparati, mentre quella con la miglior percentuale di risposte corrette (79,2%) è relativa alla contrazione volontaria dei muscoli della zona genito-anale, che può essere evocata simulando l'azione di trattenere l'urina.

Il 16,9% delle risposte si è concentrato sul valore 3 (neutrale) della scala di Likert, e ciò indica che i rispondenti hanno dato un'opinione evitando la scelta di neutralità.

Sono risultate statisticamente significative le associazioni tra la conoscenza dell'incontinenza urinaria e la professione ($p<0,0358$), tra la conoscenza dell'incontinenza urinaria e gli anni di lavoro ($p<0,0100$), tra la conoscenza della sessualità e la professione ($p<0,0233$), tra la conoscenza dell'incontinenza fecale e il sesso dei rispondenti ($p<0,0009$).

DISCUSSIONE

La percentuale di professionisti rispondenti che hanno compilato il questionario, facendolo anche in tempo utile (83.6%), dimostra un atteggiamento di collaborazione rispetto a quanto proposto e in riferimento al tema trattato.

L'alta percentuale di soggetti di sesso femminile (71,5%) in relazione al fatto che i sintomi da disfunzione del pavimento pelvico colpiscono prevalentemente le donne, determina una possibile aspettativa di maggior conoscenza di tali disfunzioni.

L'età media dei rispondenti (49 anni) e l'alta percentuale di soggetti che esercitano la professione da più di 20 anni (56,4%) indica che la maggior parte della popolazione di questo studio potrebbe possedere considerevole conoscenza ed esperienza professionale nel proprio ambito di intervento e in quello della medicina in generale. Questo dato assume significato in relazione ai risultati sulle affermazioni relative ai sintomi da disfunzione del pavimento pelvico: dato che in 10 di queste (55.55%) le risposte corrette sono inferiori al 50% delle risposte totali, si può affermare che la maggior parte dei rispondenti conosce poco l'argomento trattato. Ciò in virtù anche dell'alta percentuale di professionisti che lavorano in strutture appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale: il 23% presta servizio in presidio ospedaliero, il 42.5% in servizi/dipartimenti pubblici extraospedalieri del Servizio Sanitario Nazionale, e il 25.5% presso IRCCS.

Di contro, la bassa percentuale di soggetti che ha scelto come risposta il valore neutrale della scala di Likert (16,9%), significa comunque che i soggetti hanno espresso con decisione la loro conoscenza o, all'opposto, la mancanza di ciò.

L'associazione statisticamente significativa tra la conoscenza dell'incontinenza urinaria e la professione, rivela che mediamente il gruppo di operatori sanitari dell'assistenza conosce di meno questo argomento, mentre la classe medica e i fisioterapisti lo conoscono di più, e ciò accade maggiormente nel gruppo di professionisti che lavora da più di 10 anni. La conoscenza della sessualità è risultata mediamente più alta e statisticamente correlata nella classe medica, seguita dai fisioterapisti. I rispondenti di sesso maschile conoscono maggiormente il tema dell'incontinenza fecale.

Infine, anche se non riferito direttamente all'analisi statistica dei questionari, è utile considerare che la sola distribuzione e compilazione del questionario ha determinato interesse sull'argomento, che si è espresso attraverso la richiesta di approfondimento e conoscenza sull'argomento trattato.

CONCLUSIONI

I sintomi da disfunzione del pavimento pelvico sono mediamente poco conosciuti tra i professionisti che prestano servizio nell'area della salute.

La formazione su tale argomento potrebbe colmare questa carenza e sarebbe utile che fosse indirizzata sia a professionisti che direttamente curano, prevengono e riabilitano tali disfunzioni, ma anche a coloro che non lo fanno direttamente, affinché questi ultimi possano fornire agli assistiti preziose informazioni sulla gestione della propria condizione, influenzando così positivamente la loro qualità di vita.

Lo strumento utilizzato in questo studio pilota si è rivelato utile, sia ai fini dell'indagine proposta, sia per l'interesse suscitato in relazione all'argomento e potrebbe essere pertanto diffuso sul territorio nazionale.

BIBLIOGRAFIA

Davis KJ1, Kumar D, Wake MC.*Pelvic floor dysfunction: a scoping study exploring current service provision in the UK, interprofessional collaboration and future management priorities*. Int J Clin Pract. 2010 Nov;64(12):1661-70.

Yune JJ1, Siddighi S. *Perceptions and practice patterns of general gynecologists regarding urogynecology and pelvic reconstructive surgery.* Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2013 Jul-Aug;19(4):225-9.

Davis K, Kumar D *Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care.* J Adv Nurs. 2003 Sep;43(6):555-68.

12. Gestione multidisciplinare del paziente con vescica neurologica: percorso educativo all'auto-cateterismo

LUCIANA COLANGIULO - DEBORAH CIRACIRA - CARMENIO FIORINO

U.S. Neurologia e Neuroriabilitazione, Fondazione Salvatore Maugeri, Cassano delle Murge, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Studi clinici hanno dimostrato che la tecnica del cateterismo ad intermittenza (I.C.) è considerate la metodica elettiva nella gestione della continenza urinaria nel paziente con lesione del midollo spinale (LMS).

L'obiettivo è quello di elaborare un percorso educativo comune, in grado di offrire una gestione integrata e sequenziale in cooperazione con i professionisti della riabilitazione, con uniformità degli interventi e corrette strategie di comportamento, per permettere al paziente con LMS di raggiungere una gestione ed un controllo completo ed autonomo delle funzioni vescico-sfinteriali, migliorando così anche la qualità di vita (QdV).

Lo scopo dell'equipe riabilitativa è quello di conservare e ristabilire l'indipendenza e la salute del paziente, evidenziando il concetto del "self-care" (autocura) come la base del percorso educativo.

MATERIALI E METODI

Mediante un'intervista telefonica, si è deciso di mettere a confronto due gruppi di pazienti addestrati al cateterismo intermittente con due metodiche differenti.

Il primo gruppo (n° 57 pazienti) ricoverati dal 2010 al 2012: addestrati all'auto-cateterismo in prossimità della dimissione non da figure infermieristiche specializzate e senza un vero e proprio modello organizzativo.

Il secondo gruppo (n° 33 pazienti) addestrati all'auto-cateterismo seguendo il nuovo modello educativo messo in atto dal 2012 e tutt'ora in uso presso la nostra struttura.

Il nuovo programma di addestramento prevede diverse fasi:

- APPROCCIO CLINICO-DIAGNOSTICO: storia clinica, esame obiettivo generale, dei genitali e neurologico, esame delle urine ed esami strumentali (urodinamica, uretrocistografia, EMG).
- APPROCCIO INFERMIERISTICO: modello di assistenza personalizzato dei singoli pazienti, individuazione di obiettivi a breve e lungo termine, elementari concetti teorici sull'anatomia e fisiologia dell'apparato urinario e genitale, concetti di igiene, colloquio individuale e con famigliari/caregiver, utilizzo di materiale audio-visivo e cartaceo informativo.
  Dopo una prima valutazione di apprendimento, si procede con la descrizione delle sequenze del cateterismo intermittente e visione-manipolazione dei diversi dispositivi in commercio; ne consegue l'esame obiettivo atto a valutare la mobilità e destrezza manuale del paziente.
  Prima dimostrazione e simulazione.
  Prove pratiche con supervisione, continui controlli con eventuali correzioni nell'esecuzione della tecnica e gestione di complicanze.
  Corretta compilazione di diario minzionale.
- APPROCCIO TERAPISTA OCCUPAZIONALE: elaborazione di progetti pratici al fine di migliorare la forza e la coordinazione del paziente, insegnando metodi per lo svolgimento delle azioni finalizzate all'esecuzione della pratica dell'auto-cateterismo, posture idonee e utilizzo di ausili adattativi al fine di raggiungere l'autonomia.
- APPROCCIO PSICOLOGICO: accertamento dello stato cognitivo e comportamentale del paziente. Supporto emotivo e sociale, 5utile anche per migliorare la comunicazione con l'equipe riabilitativa.

RISULTATI

Dall'indagine telefonica si è evinto che ¼ dei pazienti del primo gruppo ha abbandonato la metodica, mentre tutti i pazienti del secondo gruppo continuano l'esecuzione del cateterismo ad intermittenza al proprio domicilio, svolgendo una vita socialmente attiva.

Si evince, dunque, come il recente modello educativo multidisciplinare di addestramento, eseguito precocemente in regime di degenza, determini una riduzione del drop-out ed un aumento della compliance del paziente.

La necessità di coordinare l'intervento di più figure professionali all'interno di un processo riabilitativo di un paziente con LSM è elemento fondamentale per la qualità dell'intervento erogato.

La proposta di eseguire un percorso educativo condiviso all'interno della nostra U.S. ha il fine di implementare l'outcome riabilitativo dei pazienti con vescica neurologica.

CONCLUSIONI

Ne consegue un miglioramento della QdV in termini di aumento del benessere per il controllo della continenza, riduzione delle complicanze e sintomi delle basse vie urinarie, sviluppo del self-care e dell'autostima, riduzione delle barriere all'attività sessuale e alle relazioni sociali e/o lavorative e soprattutto riduzione dell'abbandono della metodica a distanza di tempo.

13. Autocateterismo intermittente versus cateterismo vescicale permanente preoperatori nella ritenzione urinaria cronica trattata con TURP

DAVIDE DOMENICO DI PRIMA[1] - NORMA ANA NOBILE[1] - LINA RONDINONE[1] - FILOMENA VENEZIA[1] - GIOVANNA CONELLI[1] - GIUSEPPE DISABATO[2]

[1]Laurea in Scienze Infermieristiche, Madonna delle Grazie, Matera, Italia - [2]Presidio Ospedaliero, Madonna delle Grazie, Matera, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

L'ipertrofia o iperplasia prostatica benigna (IPB) colpisce il 5-10% degli uomini di 40 anni di età, e fino all'80% degli uomini tra 70 e 80 anni, diventando sintomatica in circa la metà dei soggetti.

Formulata la diagnosi di IPB, sia che si proceda per via farmacologica che per via chirurgica, il fattore fondamentale è il tempo che intercorre tra l'episodio ritentivo acuto e la riduzione del volume prostatico che restituisce al soggetto una minzione funzionale. Il trattamento farmacologico richiede tempi di azione valutabili in qualche mese, il percorso chirurgico è caratterizzato da liste di attesa variabili tra i 6 mesi sino ad un anno.[1]

Scopo dello studio è verificare l'ipotesi che l'auto-cateterismo intermittente sia più efficace nella gestione della ritenzione urinaria, rispetto al cateterismo a dimora nel periodo pre-intervento in pazienti successivamente trattati con resezione transuretrale dell'adenoma prostatico (TURP).

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati prospetticamente 64 soggetti maschi sottoposti a TURP per ritenzione cronica di urine, afferiti all'ambulatorio di U.O. Complessa di Urologia tra gennaio 2010 e giugno 2014 con storia di Ritenzione Acuta di Urine (RAU), trattati con catetere vescicale (28 con catetere permanente - CP - e 36 con auto-cateterismo intermittente - CIC) dopo prova minzionale senza catetere (TWOC) infruttuosa.

È stato eseguito un confronto tra i due gruppi sia pre che post-operatoriamente, in termini di RAU immediata postoperatoria e nei successivi 6 mesi, qualità della vita (QoL) percepita attraverso l'International Prostate Symptom Score (IPSS),[2] funzione sessuale pre e post-TURP (accertata con International Index of Erectile Function, IIEF),[3,4], presenza di infezione urinaria durante CP e CIC (con esame urine ed urinocoltura) pre e post-TURP, terapia medica farmacologia pre e post-TURP per sintomi urinari sia della fase di riempimento che di svuotamento, in particolare la presenza di incontinenza urinaria da urgenza e/o da sforzo.

Le elaborazioni statistiche sono state effettuate (con software SPSS) per singola variabile e su indicatori di sintesi di più variabili attraverso medie aritmetiche e frequenze relative con deviazioni standard. La significatività statistica è stata accertata applicando i test t di Student e Chi quadrato (p<0.001).

RISULTATI

L'età media è stata 71 anni (range 51-86; CP 74 ± 9.2 e CIC 68 ± 8.8). L'attesa media pre-intervento è stata 175 giorni (range 30-400, CP 171 ± 108 e CIC 179 ± 107). La durata media dell'intervento è stata 50 minuti (range 20-115), sovrapponibile nei due gruppi (CP 50 ± 23 e CIC 50 ± 17). I pazienti trattati pre-operatoriamente con CP presentavano un numero maggiore di episodi di RAU immediata (7/28) rispetto ai pazienti trattati con CIC (1/36), con differenza statisticamente significatica (p 0.018). Gli score di IPSS per la QoL nei due gruppi hanno mostrato una differenza statisticamente significativa (p< 0.001). Anche in termini di episodi di infezioni delle vie urinarie è stato rilevato un quadro favorevole per il gruppo trattato con CIC (CP 12/28 vs CIC 2/36, p 0.003). Gli episodi di incontinenza urinaria da urgenza e/o da sforzo sono stati nel gruppo CP 5/28 e nel gruppo CIC 1/36, con differenza non significativa (p 0.05). Tra questi alcuni hanno richiesto terapia medica post-operatoria (CP 4/28 e CIC 1/36). Tra i due gruppi esiste una differenza significativa in termini di funzione sessuale a favore del gruppo trattato con CIC (score IIEF medio pre-operatorio CP 12.4 ± 6.6 e CIC 17.2 ± 7.1 e post-operatorio CP 11 ± 6.2 e CIC 16 ± 6., p 0.005). Tuttavia globalmente la funzione sessuale pre e post-TURP è stata immodificata in entrambi i gruppi (CP 7.2 ± 15.2 e CIC 5.3 ± 17.2, p 0.642).

DISCUSSIONE

Le differenze tra i due gruppi trattati con CP e CIC risultano statisticamente significative a favore del gruppo con auto-cateterismo intermittente (CIC) per quasi tutte le variabili di esito considerate (RAU immediata ed entro 6 mesi, qualità della vita valutata IPSS, presenza di infezioni delle vie urinarie). Non risultano invece statisticamente significative le differenze tra le misure della funzione sessuale prima e dopo l'intervento e l'utilizzo di terapia medica farmacologia post intervento per sintomi urinari.

Tra le variabili concomitanti risulta significativa la differenza tra i due gruppi rispetto alla variabile "Età": i soggetti del gruppo CIC hanno una età media inferiore di 6 anni rispetto a quelli del gruppo con CP. L'età risulta correlata con la funzionalità sessuale post intervento, per cui la lieve differenza non significativa riscontrata a favore dei soggetti trattati con CIC rispetto a questa variabile può dipendere più dalla differenza di età che dall'efficacia differenziale delle due modalità di cateterizzazione nel pre-intervento.

CONCLUSIONI

L'autocateterismo intermittente risulta essere superiore rispetto al cateterismo a permanenza nei pazienti trattati preoperatoriamente per ritenzione urinaria cronica quindi sottoposti a TURP, in particolare in termini di qualità della vita (IPSS, IEFF), di assenza di infezioni delle vie urinarie e di sintomi urinari post-operatori.

BIBLIOGRAFIA

1) Emberton M, Fitzpatrick JM. The Reten-World survey of the management of acute urinary retention: preliminary results. BJU Int 2008;101:27-32.
2) Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK, Cockett AT. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. Journal of Urology 1992; Nov;148(5):1549-57.
3) Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Mishra A, Osterloh IH. Diagnostic evaluation of the erectilefunction domain of the International Index of Erectile Function. Urology. 1999; 54:346-51.

14. Incontinenza urinaria femminile: approccio globale attraverso tecniche miofasciali per il riequilibrio del pavimento pelvico

CARLO FEDERICI[1] - SILVIA ZANGARO[1] - ANNA RITA PELLEGRINO[1] - ANNA ELISABETTA RUGGERI[1] - COSTANZA PAZZAGLIA[1] - DANIELE BIANCHI[2] - ENRICO FINAZZI AGRÒ[3] - ANGELO DI SANTO[1]

[1]Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Roma - Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma - [2]Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma - [3]Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La riabilitazione del pavimento pelvico (PFMT - Pelvic floor muscle training), attraverso chinesiterapia pelvi-perineale (FKT) e biofeedback (BFB), è la terapia fisica raccomandata come trattamento di prima linea per la gestione dell'incontinenza urinaria nella donna. Sebbene la funzione dei muscoli pelvici (PFM), dei muscoli addominali e del diaframma sia coordinata nei soggetti sani, ciò non si verifica in caso di patologie che coinvolgono la continenza, la respirazione e il controllo spinale. Un esempio è l'incontinenza urinaria da sforzo. Vi sono ormai numerose evidenze di disfunzione dei PFM e/o alterazioni della coordinazione tra i PFM e muscoli addominali in pazienti affette da incontinenza urinaria. L'osservazione delle variazioni nell'attività posturale dei muscoli addominali e del pavimento pelvico, in donne affette da incontinenza, insieme ad altri dati sulle variazioni della postura dei muscoli del tronco in soggetti con problemi respiratori[1] e durante un'aumentata attività respiratoria,[2] ha fatto nascere l'ipotesi che le alterazioni di uno dei tre sistemi (continenza, controllo respiratorio e lombo-pelvico) possano aumentare il rischio di insorgenza di alterazioni negli altri sistemi. Le tecniche cosiddette posturali, basandosi su concetti di globalità, prendono in considerazione il reclutamento del pavimento pelvico, ottenuto attraverso il ripristino di corretti rapporti muscolo-scheletrici. Di conseguenza, in caso di incontinenza urinaria, la valutazione di questi elementi dovrà essere parte integrante del progetto riabilitativo:[3] Obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia dell'approccio globale e non invasivo, attraverso tecniche miofasciali per il riequilibrio del pavimento pelvico, in pazienti affette da incontinenza urinaria mista o da sforzo, confrontando tale tecnica con quelle di PFMT tradizionali (FKT e BFB).

MATERIALI E METODI

Sono state prese in esame 25 donne di età compresa tra i 30 ed i 60 anni, affette da incontinenza urinaria da sforzo o mista. 5 di queste sono state escluse poiché non rispettavano i criteri di inclusione. In seguito ad una prima valutazione, le pazienti sono state assegnate in maniera casuale ad uno dei due gruppi di studio (A o B). Il gruppo A, composto da 10 donne, ha effettuato la riabilitazione del pavimento pelvico attraverso un approccio globale. Il gruppo B, anch'esso composto da 10 donne, ha effettuato la riabilitazione del pavimento pelvico attraverso chinesiterapia pelvi-perineale e biofeedback. Le sedute riabilitative sono state effettuate due volte a settimana, ed ogni seduta aveva la durata di circa un'ora. I mezzi d'indagine utiliz-

zati per la valutazione dell'outcome sono stati: esame clinico uro-ginecologico con PC-test prima del trattamento e a fine trattamento; questionario strutturato sulla qualità di vita (King's Health Questionnaire) prima e dopo il trattamento (T0 vs T1). È stata effettuata, inoltre, una valutazione fisioterapica iniziale e finale mediante: esame obiettivo posturale, valutazione della statica e dinamica del bacino, valutazione funzionale del pavimento pelvico, del diaframma toraco-addominale e dei muscoli implicati nella respirazione.

RISULTATI

L'effetto dei due diversi approcci terapeutici sulle misure di outcome proposte è stato analizzato mediante un test di Analisi della Varianza (Anova), con un modello misto a due vie, con *trattamento* (approccio classico verso nuovo approccio) come fattore "tra" gruppi, e *valutazione* (T0 vs T1) come fattore "entro" gruppi. La significatività statistica è stata posta pari a 0.05. Per tutte le misure di outcome analizzate, l'effetto del fattore *valutazione* è risultato statisticamente significativo. Non sono state, invece, evidenziate differenze statisticamente significative né per il fattore *trattamento*, né per il fattore di interazione *trattamento*valutazione*.

DISCUSSIONE

Nello studio sono stati presi in considerazione due diversi approcci al trattamento dell'incontinenza urinaria. Il trattamento tradizionale dà molta importanza alla presa di coscienza dei muscoli del pavimento pelvico e al loro rinforzo attraverso tecniche di chinesiterapia e biofeedback. L'approccio globale dà importanza oltre che al rinforzo della muscolatura pelvica, anche al ripristino di un corretto equilibrio tra le varie strutture che compongono il pavimento pelvico, nonché al ripristino di un corretto equilibrio con le varie strutture dell'organismo con cui questo interagisce. Dall'analisi statistica effettuata emerge che entrambi i trattamenti migliorano in maniera significativa le misure di outcome valutate (fattore *valutazione*) e, quando poste a confronto (fattore *trattamento*), le due tecniche non hanno evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi. Limiti dello studio sono l'assenza di follow-up ed il ridotto numero di pazienti arruolati, nonché l'assenza di un gruppo di controllo.

CONCLUSIONI

Il pavimento pelvico intrattiene con altre strutture anatomiche numerosi rapporti, anche funzionali, dai quali non si può prescindere se si vuole meglio comprendere le disfunzioni pelvi-perineali e programmare un corretto intervento riabilitativo. Ulteriori studi saranno però necessari a confermare i dati preliminari, ma incoraggianti, ottenuti.

BIBLIOGRAFIA

1. Hodges PW, Mc Kenzie DR, Heijnen I et al. Reduced contribution of the diaphragm to postural control in patients with severe chronic airflow limitation. In Proceedings of the Annual Scientific Meeting of the Thoracic Society of Australia and New Zealand. Melbourne, Australia, 2000.
2. Hodges PW, Heijnen I, Gandevia SC Reduced postural activity of the diaphragm in humans when respiratory demand is increased. J Physiol 537: 999-1008, 2001.
3. Giraudo D, Lamberti GF Incontinenza urinaria femminile non neurogena: La valutazione clinica. G Ital Med Riab 20 (4): 245-252, 2006.

15. Home self treatment con o senza tutor online, un trial clinico

DAVIDE PAPI - GIULIO DEL POPOLO - SILVIA DEL PECCHIA - STEFANIA MUSCO
Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, Firenze, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo di questo trial clinico non randomizzato è di analizzare l'aderenza e il gradimento del trattamento di Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) tra un gruppo che ha eseguito un ciclo di ribilitazione pelvi perineale e un gruppo che, oltre alle riabilitazione, ha anche ricevuto un training mediante tutor online.

MATERIALI E METODI

Sono state reclutate per lo studio donne con incontinenza urinaria da stress nel periodo 01/06/2014 – 01/10/2014. Criteri di esclusioni sono stati: Mini Mental State Examination (MMSE) inferiore ai 22 punti, incontinenza da urgenza, ritenzione urinaria, patologie neurogene.

Il gruppo A (studio) ha eseguito 12 sedute bisettimanali di PFMT ed ognuno dei componenti ha ricevuto un training mediante tutor online come rinforzo al trattamento. Il gruppo B (controllo) ha eseguito solo la riabilitazione con fisioterapista. Le pazienti sono state divise, previo consenso informato, in maniera sequenzale e non randomizzata nei due gruppi, chi del gruppo A non era in grado di usufruire del training online veniva inserita nel gruppo B.

I valori di pads/die, ICI-Q sono stati valutati al baseline (T1), a sei settimane (T2) e telefonicamente a tre mesi (T3) dall'inizio del trattamento. Il valore del PC test (Oxfrod scale 1-5) è stato valutato solo a T1 e T2. Durante l'intervista telefonica a T3 è stato anche somministrato un questionario di gradimento e di aderenza al trattamento. Il test è stato tradotto dal Selt Efficacy for Exercise scale (SEE).

L'analisi statistica è stata eseguita con T-test per verificare la differenza fra gruppi e l'efficacia del trattamento all'interno dello stesso gruppo.

RISULTATI

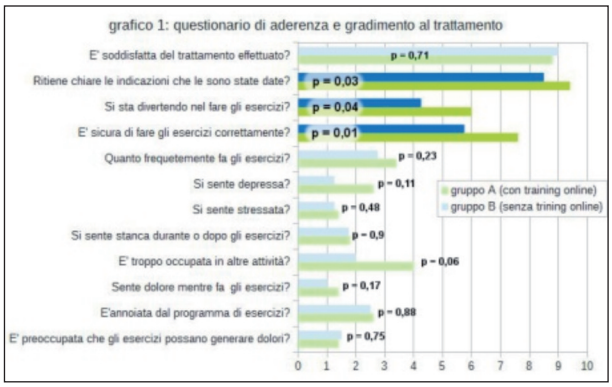
Sono state reclutate per lo studio 23 donne affette da IUS di età media 68,52 ± 11,82 anni. Sono state inserite 11 donne nel gruppo A e 12 donne nel gruppo B. Si è verificato 1 drop-out nel gruppo A durante lo studio. I due gruppi non erano statisticamente diversi nelle valutazioni iniziali a T1, anche se il gruppo B presentava una lieve differenza di età non significativa (p=0,09). Entrambi i gruppi hanno migliorato in maniera significativa il PC test, l'ICI-Q e i pads/die sia a T2, che a T3. Nelle stesse valutazioni i due gruppi non si sono rilevati statisticamente diversi nei vari follow up (tabella 1).

	GRUPPO A med, dev.stan. e p-value	GRUPPO B med, dev.stan. e p-value	CORRELAZIONE fra gruppi (p-value)
Età (anni)	**63,8** ± 11,83	**73,25** ± 6,74	0,09
Pc test T1	**1,8** ± 0,79	**2,25** ± 0,45	0,13
PC test T2	**2,6** ± 0,52 (p = 0,02)	**2,75** ± 0,45 (p = 0,01)	0,48
Pads/die T1	**1,4** ± 1,07	**1** ± 1,28	0,25
Pads/die T2	**0,4** ± 0,52 (p = 0,02)	**0,75** ± 0,45 (p = 0,01)	0,11
Pads/die T3	**0,4** ± 0,52 (p = 0,02)	**0,75** ± 0,45 (p = 0,01)	0,11
ICI-Q T1	**19,2** ± 8,23	**17,25** ± 7,17	0,56
ICI-Q T2	**11,6** ± 6,85 (p = 0,04)	**11** ± 6,05 (p = 0,03)	0,83
ICI-Q T3	**11,4** ± 6,75 (p = 0,03)	**10,05** ± 6,84 (p= 0,03)	0,76

Tabella 1: caratteristiche dei due gruppi (A con tutor online, B senza), significatività del trattamento in ogni gruppo e correlazione fra gruppi.

Nel questionario di aderenza e gradimento al trattamento i due gruppi si sono rilevati simili in 9 item su 12; solo nelle domande "*E' sicura di fare gli esercizi correttamente*?"(p=0,01), "R*itiene chiare e indicazioni che le sono state date?*" (p=0,03) e "*Si sta divertendo a fare gli esercizi?*"(p=0,04) il gruppo A ha mostrato dei valori maggiori rispetto al gruppo B. (grafico 1).

È stato utilizzato il t-test per stimare statisticamente la significatività del trattamento in ogni gruppo e la correlazione fra i due gruppi.



DISCUSSIONE

Il Pelvic Floor Muscle Training è ormai uno strumento riconosciuto per il trattamento delle disfunzioni perineali (1). Come altre terapie riabilitative in self-treatment, però, risente dell'aderenza al trattamento, problema sempre più sentito negli studi riabilitativi perché in grado di modificare l'outcome della cura (2). L'abilità professionale del terapista a coinvolgere il paziente negli esercizi domiciliari è determinante in regime di self-treatment ma non sempre è sufficiente (3). Nuove strategie vengono dunque costantemente prodotte e testate per assicurare una sempre maggiore aderenza al trattamento.

Abbiamo confrontato un gruppo di pazienti che ha eseguito solo la riabilitazione rispetto ad un gruppo che si è reso disponibile a proseguire gli esercizi a domicilio con l'ausilio di tutor online.

Un primo elemento da tenere in considerazione è la tendenza statistica del gruppo di controllo ad essere composto da persone più anziane. Le pazienti venivano infatti scelte nei gruppi in maniera sequenziale e non randomizzata, ma il 25% delle pazienti inserite inizialmente nel gruppo A si sono dichiarate incapaci di usufruire del tutor online per proprie limitazioni soggettive e sono state dunque inserite nel gruppo B. Ognuna di queste donne superava i 70 anni, questo ha contribuito ad aumentarne la media di età del gruppo di controllo. In un momento in cui si tende ad un sempre maggior utilizzo della rete, questo dato dovrebbe far riflettere sul fatto che esiste una cospicua percentuale di popolazione che non è in grado di utilizzare indicazioni online, per loro è opportuno pensare a degli strumenti diversi.

Tutti e due I gruppi hanno ridotto la gravità dell'incontinenza, ed il gruppo che seguiva I video di ripasso su internet non è risultato diverso dal quello che ha eseguito solo le indicazioni del terapista. Anche l'aderenza al trat-

tamento si è rivelata sostanzalmente simile fra I due gruppi, quindi non si può affermare che i video abbiano un ruolo sull'efficacia e l'aderenza al trattamento.

La popolazione di pazienti nel gruppo di studio, tuttavia, ha trovato più gradevole fare gli esercizi, ha avuto la percezione di avere ricevuto informazioni più chiare riguardo alla modalità e si è sentito più sicuro della correttezza dell'esecuzione degli esercizi.

Questi dati suggeriscono che il tutor online di rinforzo al trattamento domiciliare può migliorare la sicurezza nell'esecuzione nella fase in self treatment. Anche se a tre mesi non c'è uno scostamento significativo rispetto al gruppo di controllo, si deve valutare se a lungo termine la disponibilità di informazioni "di ripasso" possa migliorare la prosecuzione del trattamento.

Per come è stato costruito lo studio, inoltre, non è stato possibile definire quando un gruppo otteneva un risultato riabilitativo, ma la tendenza riscontrata dai fisioterapisti è che i pazienti del gruppo A raggiungessero gli obiettivi riabilitativi prima del gruppo B. Futuri studi potrebbero essere costruiti in questa direzione per indagare questo aspetto.

La decisione di tradurre ed adattare agli esercizi di riabilitazione pelvi perineale il SEE è derivato dal fatto di non aver trovato scale altrettanto agili in lingua italiana per la valutazione del trattamento.

I limiti di questo studio sono la scarsa numerosità e la mancanza di randomizzazione.

Nonostante questi limiti i risultati sono incoraggianti e il gradimento delle pazienti ai video fa bene sperare che futuri studi possano confermare la sicurezza e l'utilità delle istruzioni video a supporto della terapia riabilitativa classica.

CONCLUSIONI

Il tutor video online a supporto degli esercizi di PFMT si è rilevato essere un efficace e divertente strumento per migliorare l'autocoscienza e la sicurezza del trattamento nel paziente. Pare tuttavia che non influenzi in maniera determinante l'aderenza al trattamento e i risultati del trattamanto stesso. Futuri studi sono necessari per definire l'efficacia e l'utilità del supporto video, per definire se questo possa ridurre i tempi di trattamento e per chiarire se possa prolungare l'aderenza del trattamento oltre i tre mesi.

Chi teme che il tutor online possa nel prossimo futuro sostituire il terapista può, in base ai nostri dati, rimanere tranquillo; il terapista si è rivelato ancora essenziale per la buona riuscita del trattamento riabilitativo. Il tutor video può rappresentare, per ora, solo un ulteriore strumento tra i vari già posseduti dal terapista.

BIBLIOGRAFIA

1. J. Hay. Smith, B.Berghmans, K. Burgio, C.Dumoulin, S. Hagen, K.Moore, I. Nygaard (2009) Adult conservative management. 2009 ICI book, committee 12: 1025-1120.
2. Hügli AS, Ernst MJ, Kool J, Rast FM, Rausch-Osthoff AK, Mannig A, Oetiker S, Bauer CM. Adherence to home exercise in non.specific low back pain. A randmised controlled pilot trial. J Bodyw Mov Ther. 2015 Jan;19(1):177-85, 2014.
3. Steinhausen S, Ommen O, Antoine SL, Koehler T, Pfaff H, Neugebauer E. Short- and long-term subjective medical treatment outcome of trauma surgery patients: the importance of physician empathy. Patient Prefer Adherence. 2014 Sep 18;8:1239-53, 2014.

16. Esercizi ipopressivi nel trattamento del prolasso di II sintomatico: follow up a cinque anni

DONATELLA GIRAUDO[1] - ENRICO MORELLO[2] - LAURA GAIER[3] - SONIA FERRARIS[4] - PAOLA PERATO[5] - GIANFRANCO LAMBERTI[6]

[1]Dip. Urologia, Ospedale San Raffaele, Milano, Italia - [2]Dip. Oncologia Medica, Spedali Civili, Brescia, Italia - [3]Dip. Materno Infantile, ASL CN1, Cuneo, Italia - [4]RRF, OSP. Mondovì, Mondovì, Italia - [5]RRF, Osp. Ceva, Ceva, Italia - [6]Sc Neuroriabilitazione, ASL CN1, Cuneo, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Il prolasso degli organi pelvici (POP) è una situazione comune nel sesso femminile: si calcola infatti che circa il 40% delle donne che hanno superato i 50 anni manifestano alla valutazione clinica un qualche grado di prolasso e che il 7% circa delle donne si sottopongono nel corso della loro vita ad intervento chirurgico per la presenza di POP. Tra i fattori di rischio principali si possono individuare l'età, il numero di gravidanze e l'anamnesi positiva per POP, unitamente al sovrappeso, ai lavori che impongano movimentazione di carichi ed alla stipsi cronica.

I principali sintomi, al di là di un significativo impatto sulla Qualità della Vita e sulla modificata percezione dello schema corporeo, possono essere riferiti come una sgradevole sensazione di "peso" a livello vaginale, di dolore a livello pelvico, unitamente a difficoltà a svuotare la vescica o l'intestino, a dispareunia, ad incontinenza urinaria da sforzo e a lombalgia.

La prevalenza di POP "sintomatico" è intorno al 5% - 10% nella popolazione femminile. L'evoluzione "naturale" del POP, valutata con il POP-Q in un gruppo di donne asintomatiche, ha dimostrato che nel 47% dei casi a distanza di 5 anni dalla diagnosi, non si verifica un peggioramento, anzi nel 40% dei casi si rileva un miglioramento (Chow 2013). Nello stesso studio solo il 6% dei POP sintomatici progredisce e solo il 2% dei POP asintomatici diventa sintomatico a 5 anni.

Tra le strategie terapeutiche "conservative" da attuare in caso di POP, l'uso di pessari, le modificazioni dello stile di vita ed il trattamento rieducativo della muscolatura del pavimento pelvico hanno dimostrato in alcuni trials clinici di essere efficaci; per quanto riguarda la rieducazione della muscolatura pelvica, una review della Cochrane (Hagen 2013) conclude peraltro che i quattro studi presi in considerazione non dimostrano risultati incontrovertibilmente univoci rispetto all'efficacia su POP sintomatici.

Il razionale del trattamento rieducativo attraverso l'ottimizzazione del reclutamento della muscolatura pelvica sia in termini di "forza" sia in termini di "coordinazione" rispetto al respiro ed alla pressione intraddominale, ipotizza che una muscolatura più "forte" e più "coordinata" rispetto agli aumenti della pressione addominale durante le attività di vita quotidiana e professionale ed in determinate situazioni del tutto naturali (colpo di tosse e cammino, ad esempio) sia in grado di contrastare l'iperpressione intraddominale che incrementa la naturale spinta verso il basso già esercitata dalla gravità sugli organi pelvici. Con questi presupposti, le proposte di trattamento che prevedono esercizi che possono consentire una riduzione della pressione intraddominale assumono particolare interesse: anche in questo caso però non ci sono ad oggi dati in letteratura che confortino incontrovertibilmente questa ipotesi.

Al di là dell'efficacia a breve termine del trattamento riabilitativo sulla sintomatologia da POP, non vi sono in letteratura dati relativi alla efficacia del trattamento a più lungo termine. Scopo di questo lavoro è stata la valutazione in un gruppo di donne primipare affette da POP sintomatico di II grado, con follow up a cinque anni, della efficacia dell'inserimento, a completamento del programma riabilitativo usuale, di esercizi finalizzati a ridurre l'incremento della pressione intraddominale. I risultati preliminari di questa osservazione sono già stati presentati in passato e dimostravano, nel breve termine, l'utilità dell'inserimento nel programma riabilitativo degli esercizi "ipopressivi".

MATERIALI E METODI

Nel periodo marzo 2007 – marzo 2009 sono state reclutate 109 donne primipare, giunte consecutivamente alla nostra osservazione a distanza di almeno 6 mesi dal parto perchè affette da POP di II grado secondo il Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q). Le persone sono state assegnate in modo randomizzato, in un rapporto 1:1 con lista di randomizzazione generata dal computer, in due gruppi; il gruppo sperimentale (n=55) prevedeva l'esecuzione di un protocollo riabilitativo standard mirato alla presa di coscienza ed alla efficacia del reclutamento volontario del pavimento pelvico unitamente ad esercizi che prevedono la riduzione della pressione intraddominale. Il gruppo di controllo (n=54) veniva trattato esclusivamente con il protocollo standard. Partecipanti e *healthcare providers* erano a conoscenza del trattamento attribuito, mentre outcomes assessors e statistici non conoscevano il trattamento assegnato. L'analisi al T_1 è stata condotta secondo il principio dell'intenzione al trattamento.

Il trattamento riabilitativo è stato proposto ad entrambi i gruppi ambulatorialmente con frequenza bisettimanale per un periodo di tre mesi e successivamente per altri tre mesi con frequenza monosettimanale. Il trattamento era supervisionato da una fisioterapista esperta in riabilitazione perineale.

Outcome primario dello studio era la valutazione della qualità di vita della persona affetta da POP, misurata attraverso la somministrazione del questionario P-QOL; outcomes secondari erano la valutazione della gravità del prolasso (POP-Q), la forza di contrazione della muscolatura del pavimento pelvico (Oxford Score modificato sec. AIPDA), la presenza associata di incontinenza urinaria e/o fecale e la presenza di dolore lombare cronico.

Le valutazioni sono state eseguite ad almeno sei mesi dal parto (T_0), dopo un anno dal reclutamento (T_1) e dopo cinque anni dal reclutamento (T_5).

Per la valutazione della significatività statistica è stato usato il software PASW Statistics 18.0 per Windows ed il test T student a due code per campioni appaiati con significatività a <0.05.

RISULTATI

I due gruppi di studio sono risultati omogenei per caratteristiche demografiche; al T_0 è risultata maggiore la presenza di "low back pain" nel gruppo di controllo (t=2.059 df=53 p=0.04) e della frequenza minzionale diurna nel gruppo sperimentale (t=-3.036 df=53 p=0.004).

Al controllo ad un anno dal reclutamento sono state rivalutate 50 donne del gruppo sperimentale e 47 del gruppo di controllo che avevano completato il programma riabilitativo; a cinque anni dal reclutamento sono state rivalutate rispettivamente 36 persone del gruppo sperimentale e 31 del gruppo di controllo. Tra T_0 e T_5 sono state sottoposte ad intervento chirurgico per POP rispettivamente 6 e 10 persone (Fisher's exact test: p=n.s.). Oltre alle persone che non si sono presentate ai controlli o che sono state sottoposte a trattamento chirurgico, sono state escluse dalla rivalutazione a T_5 le persone che hanno proseguito regolarmente il trattamento riabilitativo con cicli su-

pervisionati da fisioterapisti (rispettivamente 1 e 3 persone), laddove l'aver proseguito gli esercizi per proprio conto, con varia frequenza, sempre basati sull'apprendimento avvenuto nella prima fase, non è stato considerato motivo di esclusione dall'analisi.

Al controllo dopo 5 anni dal reclutamento e dopo il trattamento riabilitativo, il punteggio all'item "General Health Perceptions" al P-QOL è risultato significativamente migliore nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo (t=-3.034 df=22 p=0.006). Analogamente significativi al controllo a 5 anni nel gruppo sperimentale il minor numero di episodi segnalati di incontinenza urinaria nelle ultime quattro settimane (t=2.160 df=21 p=0.042) e lo score dell'ICIQ-UI SF (t=-3.032 df=21 p=0.006).

DISCUSSIONE

L'analisi pare dimostrare come, anche a distanza dalla esecuzione del trattamento riabilitativo, il proporre esercizi ipopressivi unitamente al trattamento standard nel POP di II grado sintomatico, sia in grado di garantire, al controllo a cinque anni, una migliore percezione – da parte della donna – dello stato di salute riferito al POP, valutato al P-QOL. Anche l'incontinenza urinaria che eventualmente si associa al POP pare migliorare e mantenere il miglioramento a cinque anni.

Non vi è univoca interpretazione rispetto all'efficacia di esercizi che prevedano la riduzione della pressione intraddominale nel trattamento del POP; vi sono invece evidenze scientifiche rispetto all'efficacia, nel caso di POP sintomatico di I/II grado, di esercizi che prevedano il rinforzo della muscolatura pelviperienale. E' verosimile che solo un pavimento pelvico "competente" sia in grado di contrastare la sintomatologia e che gli esercizi ipopressivi non siano in grado da soli di garantire un risultato analogo.

La loro integrazione con il programma riabilitativo chinesiterapico "standard", quando la muscolatura abbia comunque recuperato una buona capacità di reclutamento, può peraltro garantire un risultato maggiormente efficace e prolungato nel tempo, dal momento che gli incrementi della pressione intraddominali possono essere determinanti nel peggioramento della sintomatologia da POP. Indubbiamente nel gruppo sperimentale l'apprendimento degli esercizi ipopressivi può aver favorevolmente condizionato l'evoluzione dei sintomi.

CONCLUSIONI

La proposta di esercizi ipopressivi, unitamente al trattamento chinesiterapico standard nel POP di II grado sintomatico, può garantire, al controllo a cinque anni, una migliore percezione - da parte della donna - dello stato di salute riferito al POP, valutato al P-QOL. Anche l'incontinenza urinaria che eventualmente si associa al POP pare migliorare e mantenere tale miglioramento a cinque anni.

BIBLIOGRAFIA

Chow D, Rodriguez L. Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse. Curr Opin Urol 2013;23:293-8.

Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD003882. DOI: 10.1002/14651858. CD003882.pub4.

Delmastro F, Giraudo D, Lamberti G. "Pelvic floor muscle training, negative pressure abdominal exercise and pelvic organ prolapse symptoms: a randomised clinical trial". Neurourol Urodyn 2011; SUPPL. 30(6):1009-11.

17. Ruolo della riabilitazione precoce del pavimento pelvico dopo prostatectomia radicale (ORP o RARP)

MARIA GIUSEPPA CARBONARA - CARLO CURATOLO - GIUSEPPE MASIELLO - MAURO ALTOMARE
ASL Ba, Ospedale Don Tonino Bello, Molfetta, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

L'incontinenza urinaria dopo RRP costituisce un problema significativo in quanto compromette negativamente la qualità di vita. L'incidenza dell'IU dopo prostatectomia in letteratura varia dal 6% all'87%. In questo studio riportiamo la nostra esperienza sulla possibilità di rendere più rapido il recupero della continenza attuando una riabilitazione precoce da eseguire subito dopo la rimozione del catetere. Lo scopo è quello di creare un imaging funzionale nel paziente per migliorare la forza muscolare, migliorare il tono ed imparare a gestire il controllo del pavimento pelvico al fine di supportare i meccanismi di chiusura dello sfintere esterno.

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati presso il nostro ambulatorio 88 pazienti dopo ORP o RARP eseguita presso centro afferenti della nostra ASL. Dopo la rimozione del catetere sono stati divisi in due gruppi. Il primo gruppo di 44 pazienti con età media di 63,2 anni (gruppo A) ha iniziato un trattamento di riabilitazione in maniera intensiva. I pazienti sono stati inseriti in un programma di esercizi strutturati effettuati in ambulatorio a giorni alterni ed a casa tutti i giorni 4 volte al dì per un mese. Successivamente hanno continuato il training a casa effettuando i controlli due volte a settimana fino a tre mesi dall'intevento. Infine i pazienti hanno eseguito un controllo settimanale fino a sei mesi. Gli esercizi sono stati mirati inizialmente alla presa di coscienza della regione perineale, all'apprendimento di una buona sinergia respiratoria, alla consensuale eliminazione delle sinergie agoniste ed antagoniste. Il training muscolare è stato realizzato attraverso contrazioni submassimali dell'elevatore dell'ano e contrazioni dell'ischio cavernoso fino a giungere con il passare del tempo ad un 'automazione dell'attività muscolare perineale in concomitanza agli stress dell'attività quotidiana. Il secondo gruppo di 44 pazienti di età media di 64,1 anni (gruppo B) non ha effettuato alcun tipo di riabilitazione. Per valutare l'incontinenza è stato usato il 24-h pad test, l'ICS male questionnaire short form (SF). A tutti i pazienti incontinenti a sei mesi dall'intervento è stata effettuata una valutazione uro dinamica.

RISULTATI

Dopo un mese dall'intervento 12 (27%) pazienti del gruppo A erano continenti mentre del gruppo B erano 8 (18%). A 3 mesi 18 (41%) pazienti del gruppo A erano continenti rispetto ai 10 (22%) del gruppo B, a 6 mesi 33 (75%) del gruppo A contro i 15 (34%) del gruppo di controllo. Fattori che hanno influenzato la velocita' di recupero sono stati l'età del paziente e la metodica di intervento di prostatectomia. Per quanto concerne l'età del paziente si è analizzato che nel sottogruppo dei pazienti con età superiore ai 72 anni (14) il raggiungimento della continenza è stato del 42% (3 pazienti su 7) nel gruppo A e del 16% (1 paziente su 7) del gruppo B. L'analisi del gruppo di pazienti operati in robotica (12) con età media di 59 anni ha dimostrato un risultato di continenza nel 100% dei casi (6 pazienti su 6) del gruppo A e del 75% (4 su 6) del gruppo B.

DISCUSSIONE ED INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

L'incontinenza urinaria condiziona negativamente la qualità della vita causando invalidità a chi ne soffre e costituisce un problema non solo medico ma anche economico. Il paziente prostatectomizzato incontinente si sente condizionato sotto il profilo sociale, psicologico, occupazionale, fisico e sessuale. È per questo motivo che occorre porre in essere non solo tecniche chirurgiche che favoriscono la conservazione del collo vescicale e la funzione sfinteriale, ma anche subito dopo la rimozione del catetere, una serie di tecniche rieducative che hanno come obiettivo il miglioramento delle" performance" perineali. La riabilitazione del pavimento pelvico si fonda sul biofeed-back, sulla chinesiterapia pelvi perineale e sulla stimolazione elettrofunzionale. È importante che il paziente acquisisca la consapevolezza che il programma riabilitativo deve essere espletato in maniera intensiva e con un notevole impegno da parte sua e che debba necessariamente prolungarsi nel tempo. Infatti le tecniche neuromotorie (facilitazioni neuro muscolari propriocettive) sono utilizzate per attivare il SNC e per provocare in via riflessa una adeguata attività muscolare volontaria. Questa è la parte più delicata dell'intero programma terapeutico, in quanto da essa dipende in gran parte il risultato complessivo. Pur essendo presenti in letteratura molti lavori che riprendono la precocità della riabilitazione, lo stato delle valutazioni del numero degli interventi sul territorio ed il numero dei pazienti che afferiscono all' ambulatorio di riabilitazione ci permette di constatare che tale procedura non viene spesso consigliata. Infatti molti sono i pazienti che afferiscono dopo mesi dall'intervento o addirittura dopo anni. Da alcuni lavori si evince la possibilità di utilizzare la riabilitazione del pavimento pelvico prima dell'intervento di prostatectomia radicale ma le nostre logistiche legate al personale ed agli spazi non ci consentono di orientarci in questo senso.

CONCLUSIONI

La riabilitazione del pavimento pelvico se iniziata precocemente migliora la qualità di vita del paziente e favorisce un più rapido recupero della continenza nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale.

BIBLIOGRAFIA

Centemero, Rigatti, Giraudo, Lazzeri, Lunghezzani, Zugna, Montorsi, Rigatti, Guazzoni. Preoperative pelvic floor muscle exercise for early continence after radical prostatectomy:a randomised controller study. Eur. Urol., 2010.

Geraerts, Van poppel, Devoogdt, JOniau, Cleynenbreugel De Groef, Van Kampen. Influence of Preoperative and Postoperative Pelvic Floor Muscle Training(PFMT)Compared with Postoperative PFMT on Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy: A randomized Controlled Trial. Eur. Urol., 2013.

Tienforti, Sacco, Marangi, el al. Efficacy of an assisted low-intensity program of perioperative pelvic floor muscle training in improving the recovery of continence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. BJU Int., 2012.

La responsabilità professionale del medico e l'assicurazione obbligatoria

UMBERTO FERRO

Casa di Cura Santa Zita, Lucca

Riassunto: Il medico nello svolgimento della propria attività professionale si assume un'importante responsabilità nei confronti dei pazienti correndo il rischio di eventuali ripercussioni professionali e personali destreggiandosi sul fragile confine fra successo ed errore, malattia e salute, guarigione e malattia, sequele e postumi, validità ed invalidità, mentre nei malati si sta sempre più affermando l'idea di poter chiedere il risarcimento per ogni evento avverso. Nell'esercizio della professione il medico può incorrere in varie specie di responsabilità professionale: penale (dolosa o colposa, commissiva od omissiva), civile (in base ai rapporti contrattuali o extracontrattuali di diritto privato che contrae col paziente) e disciplinare (per i medici dipendenti di enti pubblici o privati: inosservanza degli obblighi o violazione dei divieti, trasgressione dei doveri di ufficio o di servizio, inadempimento delle obbligazioni nascenti dal contratto, errata applicazione delle regole diagnostico-terapeutiche da cui derivi un danno al paziente). Le polizze assicurative a tutela dei rischi professionali generalmente sono strutturate su vari parametri: condizioni base, aggiuntive, massimale, scoperto, franchigia, esclusioni. La materia è molto complessa ed è auspicabile nell'interesse di medici e pazienti che venga posto in essere in futuro un progetto legislativo preciso e meditato.

Parole chiave: Responsabilità professionale; Diritto privato; Malattia, Complicanze; Malasanità.

Responsabilità significa capacità di rispondere delle proprie azioni od omissioni di fronte a chi sia dotato di potestà di giudizio sul nostro comportamento. In questo senso vale la considerazione che il medico deve essere responsabile prima di tutto di fronte a se stesso e cioè alla propria coscienza. Non esiste, infatti, giudice più severo poiché nell'intimo ciascuno sa realmente cosa ha fatto o ha omesso di fare nel caso concreto, se realmente ha agito con diligenza con prudenza e con la competenza necessaria per affrontare il caso che aveva di fronte e, quindi, dovrebbe essere capace di riconoscere se, come, perché ed in quale misura ha sbagliato e quali ne sono state le conseguenze.

Da tale eventuale errore può derivare, successivamente, la responsabilità del medico di fronte alla legge.

Prima di affrontare nello specifico le problematiche relative alla responsabilità professionale del medico occorre ricordare che nella nostra Costituzione (art. 3, 13,27 e 32) sono espressi alcuni concetti fondamentali alla base dei rapporti giuridici che si instaurano fra medico e paziente e questi trovano costante applicazione nella dottrina giurisprudenziale:

- l'incontro fra medico e paziente è un incontro fra persone libere, anche se il malato causa la malattia, ha obiettive difficoltà a gestire la sua libertà. Il medico deve in ogni caso rispettare la libertà del paziente perché essa è il primo dei diritti propri di ogni persona ed è il fondamento di tutti gli altri : il diritto alla propria inviolabilità ed integrità, il diritto ad autodeterminarsi e perciò di prestare un consenso valido, il diritto ad essere rispettato come persona, di essere informato, di scegliere fra alternative terapeutiche diverse, di rifiutare le cure proposte e quindi il diritto a vivere o morire con dignità.
- Il medico, tranne alcune attività in cui la dottrina ha ravvisato un'obbligazione di risultato, come ad es. la chirurgia estetica, l'anestesia, l'aborto, le protesi sostitutive, gli esami di laboratorio, la diagnosi istopatologica, la trasfusione di sangue, ha una obbligazione di mezzi "*Le obbligazioni inerenti l'esercizio della professione sanitaria sono di comportamento e non di risultato, nel senso che il professionista assumendo l'incarico si impegna a prestare la propria opera intellettuale e scientifica per raggiungere il risultato sperato, ma non per conseguirlo. In conseguenza l'inadempimento del sanitario è costituito non già dall'esito sfortunato della terapia e dal mancato conseguimento della guarigione del paziente, ma dalla violazione dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale*" (Cass. n. 231, 25 gennaio 1969 e n. 3044, 13 ottobre 1972).

Nell'esercizio della professione il medico può incorrere in varie specie di **responsabilità professionale: penale, civile e disciplinare** che conseguono a:

- inosservanza degli obblighi o violazione dei divieti imposti al medico dalle leggi e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio della professione;
- trasgressione dei doveri di ufficio o di servizio inerenti al rapporto di impiego subordinato da enti pubblici o privati;
- inadempimento delle obbligazioni nascenti dal contratto di prestazione d'opera nei confronti del cliente privato;
- errata applicazione delle regole diagnostico-terapeutiche da cui derivi un danno al paziente (lesione personale o morte).

La **responsabilità penale** sorge quando la violazione dei doveri professionali costituisce un reato previsto dal codice penale o sia punita dalle disposizioni contenute nel T.U.L.S. o in altre leggi quali le norme in materia di sostanze stupefacenti, di vivisezione o di interruzione volontaria di gravidanza.

La **responsabilità civile** sorge dai rapporti di diritto privato che il medico esercente contrae col proprio paziente.

La **responsabilità disciplinare** riguarda i medici impiegati, che esercitano alle dipendenze di enti pubblici o privati e deriva dall'inosservanza dei doveri di servizio o di ufficio. È regolata da disposizioni speciali, contemplate dal contratto del pubblico impiego. Non si escludono, naturalmente, anche in questo caso le responsabilità penali, in caso di omissione di atti di ufficio (art. 328 c.p.), di falsità materiale in atti pubblici (art. 476 c.p.), di falsità ideologica in atti pubblici (art. 479 c.p.) o di rivelazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.), data la natura di atto pubblico riconosciuta alla cartella clinica e la qualità di medico pubblico (pubblico ufficiale) ricoperta dal direttore sanitario,dal primario ospedaliero, dagli aiuti e assistenti.

La responsabilità disciplinare può derivare anche dalla trasgressione delle norme del Codice di Deontologia Medica e riguarda tutti i medici iscritti all'Albo professionale. La sanzione, in questi casi, viene applicata dal Consiglio dell'Ordine.

LA RESPONSABILITÀ PENALE

Questa responsabilità può essere dolosa o colposa, commissiva od omissiva, può configurare reati comuni, come nel caso di lesione personale e di omicidio, oppure costituisce reati esclusivi e propri della professione, come la falsità ideologica o l'omissione di referto. La responsabilità penale è personale anche se acquista sempre maggiore rilievo la problematica della responsabilità penale del lavoro eseguito in équipe. L'art. 27 della Costituzione Italiana al 1° capoverso afferma che la responsabilità penale è personale e pertanto ciascuno dovrebbe rispondere solo dei propri errori, senza avere obblighi di sorveglianza nei confronti degli altri componenti, neppure da parte del primario o capo-équipe, ma la situazione in proposito è ancora molto controversa.

Responsabilità dolosa. È rappresentata da trasgressioni volontarie e coscienti, tali da presupporre il dolo, collegate con l'esercizio della professione sanitaria ex art. 43 del c.p. "*... Il delitto: è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione...*" come può configurarsi nei casi di omissione di referto o di rapporto, interruzione illecita della gravidanza, rivelazione del segreto professionale o d'ufficio, falsità in atti, comparaggio, commercio di campioni medicinali, prescrizione illecita di sostanze stupefacenti, omissione di denuncia obbligatoria, uso illegittimo del cadavere ed infine i reati di sequestro di persona, violenza privata, ispezione corporale arbitraria e incapacità mentale procurata mediante violenza che possono configurarsi anche in seguito a trattamenti medico-chirurgo-anestesiologici senza il consenso del paziente.

Responsabilità colposa. È la forma più tipica e frequente di responsabilità professionale, si realizza anch'essa ai sensi dell'art. 43 del c.p., "*... quando un medico, per negligenza, imprudenza o imperizia (colpa generica) ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica), cagiona, senza volerlo, la morte o una lesione personale del paziente...*". Nell'ipotesi di colpa specifica, la violazione di norme imposte per legge comporta la presunzione di colpa nei riguardi dei danni conseguenti, senza possibilità da parte dell'incolpato di fornire la prova del contrario (errore inescusabile).

La colpa può essere:

1) **grave**, quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria di tutti gli uomini, tale da essere inescusabile;

2) **lieve**, quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria di ogni uomo di media capacità;

3) **lievissima**, quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria delle persone superlativamente dotate di oculatezza e prudenza.

Quando i processi a carico dei medici cominciarono a diventare sempre più frequenti, una certa giurisprudenza affermava che in tema di colpa professionale medica, almeno quando la prestazione professionale comportava la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, era rilevante ai fini della responsabilità penale la sola colpa grave, in conformità a quanto previsto in tema di responsabilità civile dall'articolo 2236 del codice civile «*Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave*» (Cass., 21 ottobre 1970). Il limite della colpa grave veniva solitamente riferito alla sola colpa per imperizia (quella cioè derivante dalla violazione delle leges artis), mentre rispetto alla negligenza e all'imprudenza si riteneva che la valutazione dell'attività del medico dovesse essere improntata a criteri di normale severità. La stessa Giurisprudenza però talvolta ha negato l'applicabilità di tale principio civilistico al diritto penale, affermando che in questa materia avrebbero dovuto trovare esclusivo accoglimento gli ordinari criteri di valutazione della colpa di cui all'articolo 43 cod. pen. e quindi che la colpa professionale del medico dovesse essere "valutata nell'ambito dei criteri generali dettati dal sistema penale, e non di quelli, eccezionali e dunque non estensibili per analogia, previsti dall'articolo 2236 c.c.": "*nella valutazione in ambito penale della colpa medica non trova applicazione il principio civilistico della rilevanza soltanto della colpa grave, la quale assume eventuale rilievo solo ai fini della graduazione della pena*" (Corte di Cassazione sentenza 577/2008, sentenza Calò).

La legge Balduzzi (n. 158 del 13/09/2012) ha cercato di regolamentare tale annoso e complesso problema: l'articolo 3, comma 1 della suddetta legge stabilisce testualmente: "*l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica* non risponde penalmente per colpa lieve. *In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo*". **La norma, di fatto, esclude la rilevanza penale delle condotte dei medici connotate da colpa lieve** se il medico si è attenuto alle linee guida o in ogni caso ha messo in essere pratiche mediche accreditate dalla comunità scientifica.

La suddetta legge, peraltro non esente da critiche da parte della magistratura, è stata accolta con favore dalla classe medica perché ha chiaramente l'intento di *porre un limite alla responsabilità penale per colpa del medico*: la sanzione penale dovrebbe rappresentare, infatti, una extrema ratio alla quale ricorrere mentre nel nostro Paese si assiste sempre di più ad una penalizzazione nell'ambito dei trattamenti sanitari il che comporta il ricorso a quella così detta "medicina difensiva", che produce effetti sicuramente negativi sia per le casse dello stato sia, soprattutto, per la salute dei malati.

In proposito assume notevole rilevanza la pronuncia della Cassazione del 17/4/2014 n. 8940, basata proprio sulla suddetta legge e così massimata: "*l'art. 3, comma 1, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, nel prevedere che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve", fermo restando, in tali casi, "l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile*", non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrilevanza della colpa lieve".

In sintesi la Legge Balduzzi, che come vedremo più avanti ha notevoli ripercussioni anche in sede civile, dovrebbe "*favorire la c.d. alleanza terapeutica fra medico e paziente, senza che (più o meno inconsciamente) venga inquinata da un sottinteso e strisciante "obbligo di risultato" al quale il medico non è normativamente tenuto (ma che, di fatto, la responsabilità ex art. 1218 c.c. da "contatto sociale" finisce a volte per attribuirgli) e che è spesso alla base di scelte terapeutiche "difensive", pregiudizievoli per la collettività e talvolta anche per le stesse possibilità di guarigione del malato*".

Qualora si verifichi una presunta colpa professionale la stessa deve essere individuata in base ad alcuni criteri :

- **criterio della regola tecnica:** l'errore viene giudicato analizzando se e di quanto la prestazione professionale si è discostata senza motivo logico dalle linee guida o dalle direttive teoriche e pratiche, scientificamente collaudate
- **criterio della preparazione media:** l'errore viene giudicato sul metro della preparazione media dei medici; perciò si considera imperito il medico che non sa quello che un comune medico dovrebbe sapere
- **criterio delle circostanze soggettive e oggettive:** le condizioni soggettive riguardano la posizione professionale del medico, il suo grado di intelligenza e di preparazione e lo stato psichico al momento del fatto. Non si può pretendere da un neolaureato o da un medico generico quello che può fare in campo diagnostico uno specialista affermato sia in ambito medico che chirurgico. E' evidente che la responsabilità da imperizia grava più sul medico specialista che sul generico, la responsabilità da imprudenza può gravare più sul medico generico se si è avventurato in tecniche complicate e rischiose di cui non possedeva la necessaria competenza; la responsabilità da negligenza grava parimenti su ogni medico. Le condizioni oggettive riguardano le diversità fra un caso clinico e l'altro, le circostanze di tempo e di luogo e le modalità proprie dell'intervento professionale. È più facile sbagliare un caso clinico particolarmente raro o anomalo, in condizioni di estrema urgenza, in centri scarsamente attrezzati, con collaboratori non all'altezza.

Il progresso delle scienze mediche, accrescendo il livello tecnico culturale di base, tende ad elevare la preparazione media del medico e pertanto rende più severa la valutazione medico-legale e giuridica dell'errore professionale.

LA RESPONSABILITÀ CIVILE

La responsabilità civile sorge dai rapporti di diritto privato che il medico esercente contrae col proprio paziente.

Il rapporto può essere di tipo contrattuale o extracontrattuale

- **Rapporto contrattuale:** si realizza quando un paziente richiede una prestazione sanitaria ad un determinato medico o ad un Ente, che accetta di fornirla. L'inadempienza comporta una responsabilità contrattuale. Se in seguito all'inadempienza si verifica anche un danno o la morte del paziente si ha concorso anche di responsabilità extracontrattuale.
- **Rapporto extracontrattuale:** si realizza quando la prestazione è fornita in via occasionale, in virtù di un turno di lavoro o in situazioni di urgenza.

La responsabilità può essere diretta od indiretta: la prima consiste nell'obbligo di rispondere del fatto illecito proprio, la seconda implica l'obbligo di rispondere del fatto illecito altrui come nel caso di danni causati da incapaci, minori, allievi o apprendisti (art. 2047, 2048 c.c., culpa in vigilando), dai collaboratori (art. 2049 c.c., culpa in eligendo) o dagli ausiliari (art. 1228 c.c.).

Com'è noto la prestazione medico **professionale** può essere eseguita sia da un medico libero professionista sia da un medico dipendente di un ente ospedaliero o di una casa di cura privata. Nella prima ipotesi il paziente conclude un contratto d'opera intellettuale "direttamente con il professionista per cui si costituisce un rapporto giuridico per il quale il medico ha l'obbligo "contrattuale" di prestare le cure idonee secondo quanto previamente concordato ma anche e soprattutto l'obbligo di salvaguardare l'incolumità del proprio paziente. In sintesi dai mezzi diagnostici e/o terapeutici che il medico pone in essere non devono derivare al paziente danni alla sua salute in conseguenza di un errore dimostrabile. Ove tale ipotesi si verifichi il danno verrà a configurarsi come inadempimento dell'obbligo di ottemperare ai doveri specifici del "contratto di cura" (**responsabilità contrattuale**). Nel rapporto medico/paziente può, peraltro, configurarsi una **responsabilità extracontrattuale o aquiliana** (dal nome della Lex Aqauilia, prima legge che disciplinò la responsabilità *ex delicto*) che consegue allorché un soggetto viola non già un dovere specifico, derivante da un preesistente rapporto "contrattuale" bensì un dovere generico che, solitamente, è indicato dalla dottrina con il brocardo latino "*neminem laedere*" ex art. 2043 c.c."qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno".

Secondo il tipo di responsabilità che si configura sussistono alcune importanti differenze riguardo :

- Onere della prova: il danneggiato deve comunque provare il danno patito, la colpa sarà presunta nella responsabilità contrattuale e grava quindi sul medico mentre sarà da provare nella responsabilità extracontrattuale e grava sul paziente.
- Grado della colpa: in sede di responsabilità contrattuale si risponde soltanto per una colpa grave o lieve, cioè almeno di media entità, in responsabilità aquiliana si risponde anche per una colpa lievissima.
- Termine di prescrizione: 10 anni per la responsabilità contrattuale, 5 anni per la responsabilità extracontrattuale.

Nel caso in cui il malato si rivolga ad un'ente ospedaliero o ad una casa di Cura privata tra il medico dipendente, l'ente pubblico o privato ed il paziente si costituiscono quattro distinti rapporti :

- uno di tipo contrattuale tra il malato e l'ente sanitario cui lo stesso si rivolge per assistenza (c.d. contratto di spedalità o contratto di assistenza sanitaria (che si perfeziona con la semplice accettazione del paziente nella struttura, (Cass. n. 8826/2007 Cass. n. 571/2005; Cass. n. 1698/ 2006)
- uno di tipo extracontrattuale tra il malato ed il medico di turno che è tenuto al generale principio del neminem laedere
- uno di tipo contrattuale tra l'amministrazione sanitaria ed il medico dipendente dal quale la prima ha diritto di ottenere un corretto adempimento dei propri doveri e l'eventuale rivalsa economica
- uno di tipo contrattuale tra il medico ed il paziente in occasione di prestazione libero professionale intramoenia.

La corrente Giurisprudenza ha spesso individuato come contrattuale il rapporto che si instaura fra il paziente che si rivolge ad una struttura sanitaria ed il medico che in essa opera che viene individuato nel cd. contatto sociale (Cass. n. 589/1999, Cass. S.U. n. 577 /2008). Nella sentenza n. 8826/2007, la Suprema Corte precisa che il cd. contatto sociale costituisce fonte di un rapporto (contrattuale) in base al quale il medico è tenuto all'esercizio della propria attività nell'ambito dell'ente con il quale il paziente ha stipulato il contratto.

Ne deriva che un evento dannoso che si verifichi in sede di prestazione del S.S.N. o in Casa di Cura privata può dar luogo quindi ad una duplice azione da parte del danneggiato:

- nei confronti della USL o della Casa di Cura per responsabilità contrattuale diretta (per attività od omissione dell'organo) o indiretta (per difetto di vigilanza) senza limitazione alcuna e, dunque, anche per colpa lieve;
- nei confronti del medico per responsabilità extracontrattuale diretta nei limiti di quanto previsto agli artt. 22 e 23 del D.P.R. 3/1957 e cioè con esclusione dei casi di colpa lieve.

In proposito la Corte di Cassazione si è espressa anche con una importante pronuncia (sentenza n. 589 del 22/1/1999), definita "epocale", sostenendo che "*l'obbliga-*

zione del medico dipendente dal S.S.N. per responsabilità professionale nei confronti del paziente ha natura contrattuale, ancorché non fondata sul contratto ma sul «contatto sociale», caratterizzato dall'affidamento che il malato pone nell'esercente una professione protetta. Consegue che relativamente a tale responsabilità, come per quella dell'ente gestore del servizio sanitario, i regimi della ripartizione dell'onere della prova, del grado della colpa e della prescrizione sono quelli tipici delle obbligazioni da contratto d'opera intellettuale professionale".

La legge Balduzzi, la cui finalità primaria è quella di ridurre il fenomeno della medicina difensiva,ha importanti ripercussioni anche sul versante civilistico. La disposizione di legge lascia immutata la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, sia per il fatto proprio sia per il fatto del personale dipendente o ausiliario, riguardando esclusivamente la responsabilità del personale sanitario e, stante il riferimento all'art. 2043 c.c. contenuto nell'art. 3, comma 1°, ha indotto a far ritenere che il Legislatore abbia voluto "*... suggerire l'adesione al modello di responsabilità civile medica come disegnato anteriormente al 1999, in cui, come noto, in assenza di contratto, il paziente poteva richiedere il danno iatrogeno esercitando l'azione aquiliana...*" (Trib. Varese, n. 1406 del 26.11.12).

Di contro il Tribunale di Arezzo (sentenza del 14/02/2013) offre una diversa interpretazione della disposizione citata negando che ne discenda una configurazione di natura extracontrattuale della responsabilità del medico". ...l'esclusione della responsabilità penale per colpa lieve non fa tuttavia venir meno l'obbligo di risarcire il danno nella cui quantificazione il giudice dovrà tenere conto dell'avvenuto rispetto delle linee guida e buone pratiche... non può estrapolarsi dal secondo periodo un principio generale ed autonomo riguardante la natura giuridica della responsabilità medica... *nel senso del ritorno ad un'impostazione aquiliana, con le conseguenziali ricadute in punto di riparto degli oneri probatori e di durata del termine di prescrizione…..* ".

Il Tribunale Milano, sez. I civile, a sua volta ha pronunciato in data 17/07/2014 (Giuseppina Mattiello) una sentenza che è stata definita storica dai primi commentatori: discostandosi da tutte le precedenti pronunce in materia. Il Tribunale, all'esito dell'indagine condotta, ha ritenuto che *"... al di fuori dei casi in cui il paziente sia legato al professionista da un rapporto contrattuale, il criterio attributivo della responsabilità civile al medico debba essere individuato in quello della responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c.* «Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno» e non ex art 1218 c.c. «Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile» *... l'obbligazione risarcitoria del medico possa scaturire solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (che il danneggiato ha l'onere di provare) e soggiace al regime di prescrizione quinquennale... .*

La sentenza pronunciata dal Tribunale di Milano ha, peraltro, tenute ben distinte le posizioni del medico e della struttura sanitaria "*... se, nel caso suddetto, oltre al medico è convenuta dall'attore anche la struttura sanitaria presso la quale l'autore materiale del fatto illecito ha operato, la disciplina delle responsabilità andrà distinta (quella ex art. 2043 c.c. per il medico e quella ex art. 1218 c.c. per la struttura), con conseguente diverso atteggiarsi dell'onere probatorio e diverso termine di prescrizione del diritto al risarcimento...*".

La valutazione dei fondamenti della colpa (nesso di causalità, imperizia, imprudenza o negligenza) relativa ad un presunto danno conseguente a responsabilità professionale del medico sarà generalmente affidata dal magistrato alla competenza di un esperto medico legale (CTU: consulente tecnico d'ufficio in sede civile, perito in ambito penale) che potrà avvalersi o meno della collaborazione di un esperto nella materia relativa al caso di specie.

LA RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE

Si configura:

1. per i medici impiegati, che esercitano alle dipendenze di enti pubblici o privati in caso di inosservanza dei doveri di servizio o di ufficio ed è regolata da disposizioni speciali, contemplate dal contratto del pubblico impiego. Comporta sanzioni di carattere amministrativo, comminate mediante un procedimento disciplinare interno;
2. per tutti i medici iscritti all'Albo Professionale per la trasgressione delle norme del Codice di deontologia. Può concorrere con un illecito giuridico. La sanzione è applicata dal Consiglio dell'Ordine (richiamo, richiamo con diffida, sospensione del rapporto convenzionato per la durata non superiore ai 2 anni, cessazione del rapporto).

IL MEDICO E L'ASSICURAZIONE PER RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

L'articolo 28 del D.P.R. 761/1979 stabilisce che "Le UU.SS.LL. **possono** *garantire* anche il personale dipendente mediante adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile, dalle eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie promosse da terzi, ivi comprese le spese di giudizio, relativamente alla loro attività, senza diritto di rivalsa, salvo i casi di colpa grave o di dolo".

In questi ultimi anni stiamo assistendo ad una costante lievitazione dei casi di malpractice medica vera o presunta con conseguente aumento delle denunce, è evidente che in una tale atmosfera sia impensabile esercitare la professione medica senza una adeguata copertura assicurativa.

La funzione dell'assicurazione è duplice :

1. garantire al medico-assicurato la tutela patrimoniale e, quindi, la tranquillità per poter affrontare interventi, diagnosi e terapie;
2. garantire al paziente il risarcimento del danno eventualmente subito.

Trattandosi di responsabilità professionale la validità della polizza presuppone che l'assicurato, al momento del fatto-sinistro sia regolarmente abilitato ed iscritto al relativo Albo Professionale e non sospeso per qualsiasi causa dall'esercizio dell'attività. Generalmente, la polizza garantisce il risarcimento delle somme che il medico è tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per danni involontariamente cagionati ai pazienti, per morte, lesioni personali e per danneggiamenti a cose nell'esercizio della propria attività professionale.

Esisitono, di fatto, due diverse figure di medici:

a) medici che esercitano la loro attività professionale presso strutture sanitarie pubbliche o private accreditate

b) medici che esercitano solamente in attività libero professionale

Per i medici dipendenti dal S.S.N. vige, da parte della struttura sanitaria di appartenenza l'obbligo di stipulare una copertura assicurativa limitata alla colpa lieve. Per tali professionisti sorge pertanto l'esigenza di contrarre una assicurazione a copertura della colpa grave. Occorre, peraltro, sottolineare come molte ASL abbiano sottoscritto polizze cumulative per tutto il personale dipendente con un massimale cumulativo. In questi casi bisogna fare molta **attenzione alla possibilità di trovarsi scoperti in caso di sinistro perché il massimale cumulativo è stato precedentemente**

esaurito. In altri casi, come in Toscana, le ASL non hanno copertura assicurativa ma liquidano direttamente i danni ed in questi casi, qualora si verifichi un fallimento della transazione e/o della mediazione, vengono citati in giudizio quasi sempre sia la ASL che il medico. Per i medici dipendenti dal S.S.N. è, pertanto, consigliabile sottoscrivere oltre che una polizza per colpa grave anche una polizza secondo rischio che integri la copertura delle singole USL.

L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA

La legge 148/2011 all'art. 3 comma 5 lettera e impone l'obbligo delle assicurazioni professionali con proroga per gli esercenti le professioni sanitarie,il Governo Monti, nella deliberazione finale, attuando i principi delle liberalizzazioni, aveva sottolineato tale obbligo ulteriormente ribadito dalla legge Balduzzi ma per i medici quest'obbligo ha tuttavia subito ripetute proroghe sia per la difficoltà di individuare una linea guida comune per la scelta di una polizza conforme ad eventuali dettami di legge sia perché la FNOMCeO ha sempre lamentato la mancanza del Decreto del Presidente della Repubblica, previsto dalla legge Balduzzi, che avrebbe dovuto regolamentare i requisiti minimi dell'obbligo assicurativo e avviare il fondo di solidarietà per le categorie più esposte ad altissimi costi dei premi. La posizione della FNOMCeO era diretta a tutelare quei liberi professionisti lasciati allo sbando in un mercato assicurativo che argina la fuga delle compagnie dal ramo solo in ragione di premi altissimi, per lo più inaccessibili a larghe fasce di professionisti, soprattutto giovani. L'ultima e definitiva proroga si è avuta con la Legge 98/2013 che ha definitivamente prorogato il termine per l'obbligo assicurativo al 15 agosto 2014.

L'obbligo di assicurarsi si intende esteso sia ai professionisti specializzati, sia agli specializzandi sia ai neolaureati, *è esclusa l'assicurazione obbligatoria per i medici dipendenti dal S.S.N.* ma non per i medici operanti nella ospedalità privata anche convenzionata, si delineano così due Italie operanti nella sanità quella pubblica e quella privata. Nel pubblico se il medico sbaglia risponde la struttura per gran parte dell'ammontare del risarcimento mentre il professionista che opera nella struttura privata è abbandonato al suo destino con la beffa che deve anche pagarsi l'assicurazione "obbligatoria".

Al momento di sottoscrivere una polizza RC professionale è fondamentale comparare più preventivi con garanzie chiare ed ampie : non tutte le polizze professionali presenti sul mercato assicurativo italiano presentano condizioni di contratto idonee a garantire una copertura completa ed è quindi consigliabile rivolgersi ad un broker che è in grado di proporre per ogni singolo medico la soluzione più idonea.

Le polizze assicurative a tutela dei rischi professionali generalmente sono strutturate con :

- Condizioni base
- Condizioni aggiuntive o particolari
- Massimale: è il limite entro il quale il medico si assicura per il risarcimento del danno provocato al cliente durante l'esercizio della propria attività professionale indicata in polizza (massimale consigliato da 1 a 3 milioni di €)
- Scoperto: è la parte di danno in percentuale non assicurata che può essere fino al 10%
- Franchigia: è l'importo fisso che in caso di sinistro resta a carico dell'assicurato
- Esclusioni: presenti, in genere, in tutti i contratti di assicurazione di responsabilità civile professionale normalmente riguardano il vizio del consenso informato, fatti già noti al momento della stipula della polizza, ipotesi di sospensione e radiazione dall'albo professionale, la mancata rispondenza del risultato per interventi con finalità estetiche.

Nel sottoscrivere una polizza assicurativa per responsabilità professionale è fondamentale far inserire le seguenti clausole

- garanzia pregressa o retroattività (*) di almeno 5 anni e la garanzia postuma o ultrattività (**) di almeno 5 anni
- copertura in caso di colpa grave
- garanzia di tutela legale, necessaria per poter avere il rimborso delle spese legali, processuali e peritali. (massimale in genere di 25.000 € a sinistro).

(*) clausola che prende il nome di "claims made" la quale, permette di coprire le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta dopo la stipula della polizza RC Professionale originate da errori professionali non noti fino a quel momento.

(**)conferisce una garanzia operante per le condotte colpose poste in essere durante il periodo di validità della polizza RC che hanno generato una RICHIESTA DI RISARCIMENTO - CIRCOSTANZA NOTA ricevuta per la prima volta DOPO la cessazione dell'Assicurazione.

È evidente che per i medici che andranno in pensione in un breve-medio termine è indispensabile richiedere una garanzia postuma (preferibilmente illimitata) che consenta di accogliere le eventuali richieste di risarcimento pervenute dopo la cessazione dell'attività professionale e della scadenza della polizza professionale.

CONCLUSIONI

Ogni giorno il medico, nello svolgimento della propria attività professionale, si assume un'importante responsabilità nei confronti dei pazienti correndo il rischio di eventuali ripercussioni professionali e personali barcamenandosi sul fragile confine fra successo ed errore, malattia e salute, guarigione e malattia, sequele e postumi, validità ed invalidità mentre nei malati si sta sempre più affermando l'idea di poter chiedere il risarcimento per ogni evento avverso. Gli errori, purtroppo possibili in ogni attività umana e quindi anche in ambito sanitario, devono costituire un campo da cui imparare: identificare quali fattori contribuiscono all'errore, rivedere e modificare i sistemi per eliminarli, costruire un'analisi degli errori aperta e trasparente, condividere le informazioni con le persone coinvolte, identificare i bisogni formativi del personale, è necessario cercare opportunità per migliorare la pratica clinica e prevenire danni al paziente; tutto questo deve avvenire nella massima serenità ed obiettività cosa oggi impossibile sia per la mancanza di una radicata mentalità sulla sicurezza sia perché il tema della responsabilità professionale del medico ha mostrato un preoccupante passaggio dalla dimensione di un sostanziale rispetto a quella di una responsabilità "quasi oggettiva". Le cause del mutato atteggiamento dei giuristi sul tema della responsabilità medica sono da ricercarsi in molteplici aspetti: miglioramento delle terapie, aumento delle aspettative dei pazienti, forme di comunicazione allargata (internet), accresciuta consapevolezza dei propri diritti, mutata sensibilità sociale ed esigenze di tutela del soggetto più debole, evoluzione della nozione di "paziente". La maggiore concentrazione di contenziosi, che si registra sul piano internazionale nei Paesi con i più elevati livelli di prestazioni sanitarie, in Italia si verificano nelle aree che paiono offrire servizi dagli standards medi più elevati (ostetricia, chirurgia, ortopedia, radiologia) ed il tema della responsabilità professionale desta una costante preoccupazione : per l'ansia e l'incertezza del processo a carico del singolo; per il danno all'immagine ed alla reputazione del medico conseguente alla pubblicità della notizia; per il rischio di risarcimento del danno alla parte civile; per le gravi conseguenze sul versante assicurativo con spiacevoli sorprese circa i

limiti coperti dall'assicurazione, la disdetta del contratto assicurativo e la difficoltà nella stipula di una nuova polizza generalmente a condizioni economiche estremamente gravose per il singolo professionista. In Italia in un anno sono oltre 31 mila le denunce dei cittadini per danni subiti in sanità e l'aumento dal 1994 al 2011 è stato addirittura del 200%. La "malasanità" costa tra 850 milioni di euro e 1 miliardo e 400 milioni all'anno. Purtroppo nel nostro paese l'istituto della mediazione, che potrebbe essere una soluzione, non è in grado di produrre effetti risolutivi in quanto la procedura conciliativa non rappresenta una soluzione soddisfacente: le spese fisse iniziali scoraggiano l'accesso e spesso il mediatore non conosce nel merito la vicenda. In altri Paesi europei come Belgio, Danimarca, Francia, Lussemburgo, Spagna, UK, Svezia, a differenza dell'Italia, i costi della mediazione sono sostenuti dallo stato o dalle strutture, nell'UK addirittura tutto è gestito dalla NHSLA e solo il 2% dei casi procede giudizialmente.

In questo contesto la Legge Balduzzi non ha prodotto ancora gli effetti sperati e secondo alcuni ha addirittura peggiorato la situazione. La questione risiede nelle dinamiche relative alla colpa civile e quindi nel risarcimento del danno che finisce per toccare il patrimonio, imponendo quindi la necessità di assicurarsi all'interno di un quadro in cui è però sempre più difficile farlo per gli ingenti costi delle polizze assicurative. Come insegna l'esempio di altri Paesi è importante garantire tranquillità sia ai professionisti che ai cittadini e un'opzione efficace in questo senso corrisponderebbe all'affermazione del principio che il risarcimento venga garantito dallo Stato creando un sistema come quello esistente in Francia con l'istituzione di un "Fondo vittime per l'area terapeutica" che serva a fornire tutela e indennizzi quando il danno non derivi né da condotte colpose del medico né da carenze organizzative.

La materia è sicuramente molto complessa ed è auspicabile nell'interesse di medici e pazienti che venga posto in essere in futuro un progetto legislativo preciso e meditato.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. A. Trabucchi, Istituzioni di diritto civile, Cedam, 1989, 205 e segg.
2. F. Melandri, La responsabilità professionale del medico, GIAC, 2012; 15(4): 213-219.
3. A. Torrente, P. Schlesinger, Manuale di diritto privato, XIV ediz., Milano, 1994, 639
4. A. De Cupis, Dei fatti illeciti, in Comm. del Cod. Civ. Scialoja e Branca, art. 2043, Bologna-Roma, 1993, 37 e segg.
5. A. Fiori, La medicina difensiva, Riv. It. Med. Leg. 1996, 899
6. F. Bilancetti, M. Bilancetti: La responsabilità penale e civile del medico, VII ed., Padova 2010, 895.
7. M. Forziati: La responsabilità del medico dipendente: il contatto sociale conquista la Cassazione, Resp. Civ. Prev. 1999, 661.
8. F. Di Ciommo: Note critiche sui recenti orientamenti giurisprudenziali in tema di responsabilità del medico ospedaliero, Foro It. 1999, I, 3333.
9. F. Cembrani: La legge Balduzzi e le pericolose derive di un drafting normativo che (forse) cambia l'abito alla responsabilità giuridica del professionista della salute, Riv. It. Med. Leg. 2013, 799.
10. F. Cembrani: Decidere in medicina, 2010, 5, 2-4.
11. F. Introna: Metodologia medico legale nella valutazione della responsabilità medica per colpa, Riv. It. Med. Leg. 1996, 1323
12. M. Barni: Consulenza medico-legale e responsabilità medica, Milano, 2002, 65.
13. G. Federspil: I limiti della medicina: probabilità, errori e linee guida, Atti del convegno della F.N.O.M.C.e O. cit., 97.
14. A.R. Di Landro: Le novità normative in tema di colpa penale (L. 189/2012, c.d. "Balduzzi"). Le indicazioni del diritto comparato, Riv. It. Med. Leg. 2013, 833.
15. T. Feola: Responsabilità Legale del Medico di Medicina Generale, Ed. Minerva Medica, 1999.
16. La Costituzione Italiana: articoli 3, 13, 27 e 32.
17. Codice Penale: art. 43, art. 326, art. 328, art. 476 , art.479
18. Codice Civile: art. 1218 , art. 1228 , art. 2236, art. 2043, art. 2047, art. 2048 c.c., art. 2049.
19. D.P.R. 761/1979.
20. D.P.R. 3/1957.
21. Legge 148/2011.
22. Legge 98/2013, Legge 158/2012 - La Legge Balduzzi.
23. Sentenze Corte Di Cassazione N. 231/1969, N. 3044/1972, n. 589/1999, n. 571/2005, n. 1698/2006, n. 8826/2007, n. 577/2008, n. 8940/2014.
24. Tribunale di Varese sentenza n. 1406 del 26.11.12
25. Tribunale di Arezzo sentenza del 14/02/2013
26. Tribunale di Milano, sentenza del 17.07.2014
27. Le ultime sentenze sulla responsabilità , il Sole – 24 Ore 3 – 11 nov. 2013
28. Guida al Diritto, Il Sole - 24Ore del 26 gennaio 2013, 35.

Corrispondenza:

Dott. UMBERTO FERRO
Responsabile Unità di Proctologia ed Endoscopia Digestiva
Casa di Cura Santa Zita - Lucca
Chirurgo e Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni
u.ferro48@gmail.com

Medicina Narrativa

Stenosi uretrale e sindrome della gazzella

STELLA DE CHINO

Fisioterapista e formatrice, Schio, Vicenza

Riassunto: La narrazione di un caso clinico porta alcune riflessioni su la relazione fra sindrome uretrale e disfunzione neurovegetativa di origine post traumatica.

Parole chiave: Sindrome uretrale; Trauma emotivo; Cistite; Dilatazione uretrale.

La giovane donna si chiama Sofia e ha una trentina d'anni.

Entra agitata guardandosi intorno e mentre si siede inizia a fare domande.

Dopo ricorrenti cistiti l'urologo le ha consigliato una dilatazione uretrale.

Col tempo, le ha detto, è destinata a peggiorare. Mi racconta che ha chiesto al medico i motivi per cui ha sviluppato questa disfunzione e lui ha risposto "succede a molte donne questa cosa".

Lei non è convinta, non capisce perché succede, qual è la causa e vuol sapere se conosco una terapia "alternativa" all'intervento ma soprattutto vorrebbe capire perché c'è questa stenosi.

La ascolto, la osservo e percepisco che è agitata. Il suo modo di respirare affannoso, l'eloquio ha un ritmo incalzante quasi senza pause di respiro.

La natura di questa ragazza sicuramente è solare ed allegra… lo si nota nei brevi momenti in cui una mia battuta la distoglie dalla narrazione per poi tornare di nuovo in un attimo seria.

Mi riferisce inoltre difficoltà ad iniziare la minzione, pollachiuria e frequente senso di peso al basso ventre.

Le faccio alcune domande per comprendere il suo "stile minzionale" che, come immaginavo, è sempre frettoloso ed è costretta a tornare in bagno poco dopo.

Dopo aver ascoltato a lungo inizio a dare risposte alle sua domande.

Le disegno lo sfintere dell'uretra e il trasverso profondo del perineo e le spiego che questi muscoli, se troppo contratti, impediscono una distensione dell'uretra e alla lunga ne alterano la forma.

Appena vede il disegno i lineamenti si rilassano e dice "ah ecco! Adesso inizio a capirci qualcosa!".

Le chiedo di stendersi per la valutazione funzionale e noto immediatamente che c'è una forte tensione miofasciale nella zona pubica e nell'area vulvare. Questa tensione "chiude" le cosce e si colloca anche negli adduttori. Mi ricorda l'atteggiamento dei bambini quando, sgridati, abbassano il capo e stringono le gambe.

La palpazione dell'area sovrapubica mi porta ad osservare un vero e proprio "promontorio" nella zona corrispondente a utero/vescica, e il respiro sotto l'ombelico proprio non arriva. Respirazione toracica alta, ancora affannosa.

Mi viene in mente la gazzella impietrita dall'attacco del leone, paralizzata ma col cuore a mille e un respiro frequente e superficiale "per non farsi sentire".

E non riesco a trattenere la domanda che nasce spontanea da questa osservazione: "Hai subito qualche trauma? Qualcosa ti ha tanto spaventato?"

Lei mi chiede "Ma adesso o in passato?" e io rispondo "Anche in passato".

Parte a raffica a raccontarmi di un fidanzato che la trattava male e che per anni ha esercitato uno stalking serrato arrivando a cento telefonate al giorno.

Poi aggiunge "Anche l'altro giorno mi è sembrato di vederlo sotto casa mia". Questa ragazza vive ancora nella paura.

Mentre parla iniziano a vibrarle le gambe e la metto in una posizione che faciliti questo tremolio.

Il "rilascio" dell'emozione "congelata" avviene spesso con un tremore diffuso soprattutto nella parte inferiore del corpo (e di nuovo l'immagine della gazzella ritorna alla mia mente). Racconta e trema e io semplicemente ascolto. Mi rendo conto che sta accadendo qualcosa di "magico" per lei, un passo di consapevolezza non solo sul peso di questa esperienza nella sua storia di vita ma anche nel suo basso ventre.

Peter Lavine,[1] nel suo libro "Traumi e Shock emotivi" afferma: "*Nei periodi di conflitto o di stress la maggior parte delle persone provano sintomi quali accelerazione del battito cardiaco e della respirazione, agitazione, disturbi del sonno, tensione, nervosismo muscolare, pensieri accelerati, magari un attacco d'ansia (..). Se l'iperattivazione, la contrazione, la dissociazione e la sensazione di impotenza costituiscono il nucleo della reazione traumatica, l'iperattivazione è il seme di questo nucleo.*" *Penso alla pollachiuria come ad un sintomo neurovegetativo di origine "simpatica" e al suo significato simbolico "segnare il territorio*". Penso a come, quasi sognante e con voce distaccata mi ha detto "Anche l'altro giorno…" e al sintomo "dissociazione" dalle emozioni. Penso e osservo che le gambe vibrano e il respiro rallenta. Penso al significato "parasimpatico" del tremolio come rilascio e ritorno ad uno stato di quiete ma non dico nulla.

Concludo insegnandole a "fare la pipì con piacere, respirando, ad occhi chiusi" e ci accordiamo per vederci dopo due settimane.

Il giorno seguente mi arriva questo messaggio "Buongiorno Stella! Sono Sofia… son venuta ieri sera. Beh sono crollata alle 21.45, dormito profondamente fino a mattina… non succedeva da molto che mi alzavo riposata. Penso che sia stato merito tuo. Grazie!".

Non sento di avere meriti. Ma sono stupita dal potere dell'osservazione partecipante e dell'ascolto attivo.

Dell'insonnia non mi aveva parlato. Il cerchio si chiude. La gazzella sta trovando una via di fuga e fra poco riprenderà a correre. E non sarà più necessario segnare il territorio nell'immensa prateria… il leone smetterà di essere vissuto come un pericolo imminente.

BIBLIOGRAFIA

1. P. A. Lavine, Traumi e Shock emotivi, 2002, Macroedizioni.

Corrispondenza:
Stella De Chino - E-mail: stelladechino@gmail.com

Commento dell'Urologo a pag. 39

Le cose di cui non si parla: la consistenza delle feci
Quando il fisioterapista non deve essere necessariamente un genio

DÉSIRÉE UGUCCIONI DEI BUONDELMONTI

Fisioterapista, Consulente in sessuologia freelance

Riassunto: La consistenza del bolo fecale è spesso trascurata, ma riveste un ruolo essenziale nella defecazione. Deve quindi essere resa ottimale dal riabilitatore ai fini di un risultato ottimale. Dopo aver escluso IBS e rallentato transito, lavorare sulla massa fecale richiede da parte del professionista passi ben precisi e tempo dedicato, onde ottenere una compliance indispensabile al raggiungimento degli obiettivi a medio e lungo termine. Considerare il bolo fecale come fattore determinante è indispensabile non solo per risolvere i casi di defecazione ostruita, ma anche per la "simple constipation".

Parole chiave: Riabilitazione anorettale; Fisioterapia; Feci; Bristol; Stipsi.

INTRODUZIONE

"Dottore, sono stitica". Quante volte questo non corrisponde a verità? Quest'affermazione/richiesta di aiuto può corrispondere alla descrizione di molti e variegati fenomeni, oltre alla stipsi, e talvolta non sussiste alcun problema reale, né organico né funzionale, solo cattive abitudini. Purtroppo è vero anche il contrario: non sono pochi i pazienti che, risolvendo un problema di consistenza o di frequenza con l'aiuto costante di lassativi di vario genere, pensano di essere "guariti" o sani.

Cosa vuol dire, signora, che è stitica? Nelle risposte si scatena la fantasia che, per adeguarsi ad una realtà che poco rientra nella definizione medica di stipsi, fiorisce in modo pittoresco; tuttavia, rimane tra le risposte più gettonate "mi devo sforzare" e/o "le feci sono dure".

Questo potrebbe essere un problema da specialista, ma, una volta escluse sia le patologie che portano a prodotti della digestione poco soddisfacenti che i miti che propongono obiettivi rispettabili, ma irreali, rimane molto spesso il problema: la signora non è soddisfatta della propria defecazione.[1-3] Tanto meno prova quell'agognato senso di appagamento che accompagna un'evacuazione sana e fisiologicamente liberatoria. E come arrivare a regalare ai nostri pazienti cotanta soddisfazione?

"SIMPLE CONSTIPATION"

Lasciando da una parte i suddetti miti (es. defecazione quotidiana e mattutina) che aleggiando per ogni dove (scuole primarie, RSA – residenza sanitaria assistenziale –, spiagge, palestre...) acquistano un alone di verità e vengono perseguiti come obiettivi, ricordiamo che, in generale,

dopo avere escluso patologie organiche e rallentato transito, si deve escludere la stipsi semplice ("simple constipation") facendo seguire al paziente in modo pedissequo la triade irrinunciabile: fibre, acqua, attività fisica. Qualità e quantità per almeno tre mesi. Punto.

Spendiamo due parole per questo:

1) **Potus.** Quanta acqua beve signora? Poca/tanta. Una risposta spesso soggettiva, sempre da verificare. Potrebbe essere interessante notare che è raro che un paziente dica " giusta": quando riferisce di bere circa 1,5l di acqua, ha appena detto che beve "tanto". Non ci staremo a disquisire, ma è abbastanza ovvio che l'abitudine a bere non sia considerata normale e necessaria, semmai un tipo di attenzione che si accompagna inevitabilmente ad un aumento della frequenza minzionale, cosa reputata dai più (soprattutto donne) fatto da evitare: ma se bevo poi mi scappa la pipì. Ma va'!

Purtroppo le persone non abituate ad assumere una quantità di liquidi sufficiente hanno difficoltà a cambiare abitudine: talvolta è davvero necessario seguire il paziente in questo, spiegargli come e quanto deve bere, verificarlo nelle sedute successive o al telefono. Ma sembra che i MMG abbiano difficoltà in questo: è più semplice consigliare l'assunzione di un prodotto, piuttosto che verificare ciò che è essenziale, nella sua semplicità.

Quindi: l'acqua, che si deve legare alle fibre per dare l'effetto agognato, va assunta anche durante i pasti, oltre ad essere bevuta distribuendola nella giornata: la tazzona da 500cc al mattino è un toccasana per il riflesso gastrocolico, ma viene eliminata troppo velocemente dai reni per poter avere effetti significativi su idratazione e consistenza delle feci. Un bicchiere ogni 2 ore e 0,5l ad ogni pasto raggiungono l'obiettivo. Ovvie le modulazioni soggettive in base a peso, patologie, clima e attività fisica. L'aspetto emotivo e psicologico non è secondario: tranquillizzare le pazienti che vedono come socialmente disdicevole una frequenza minzionale normale è nostro compito. Se vogliamo ottenere dei risultati ottimali, dobbiamo essere efficaci, non soltanto efficienti.

2) **L'attività fisica.** Quasi sempre i pazienti riportano con fierezza da atleta olimpionico il fatto di spostarsi a piedi. Per carità, certo è meglio dell'uso coatto della macchina, ma il bipede umano non è fatto per stare seduto e camminare con la borsa da lavoro sull'asfalto per 20-30minuti al giorno in mezzo al traffico non è esattamente un'attività aerobica: spostarsi a piedi in città può essere utile per un 80enne cardiopatico, ma non può e non deve essere considerato sufficiente per un 40enne stitico. È vero che, ai fini della peristalsi, una bella camminata può essere un toccasana, ma non dimentichiamoci di tutto il resto del corpo e non diamo ai pazienti convinzioni sbagliate. Del resto, è verosimile che viviamo tutti una vita troppo piena e spesso stressata: ma il fatto che non abbiamo tempo possiamo raccontarlo agli amici comprensivi o al terapeuta distratto: il corpo non ci giustifica. Quindi: attività fisica almeno 3 volte la settimana per 50 minuti, possibilmente con un professionista che sappia coltivare la consapevolezza del corpo fino a far diventare i pazienti in grado di proseguire da soli, con un "tagliando" periodico. Almeno, questo è ciò che il corpo, irremovibile di fronte alla nostra agenda, ci chiede. È vero, non lo facciamo quasi mai, ma, almeno, siamone consapevoli!

3) Se per acqua e attività fisica casca l'asino, per le **fibre** precipita. Ma lei mangia abbastanza fibre? Certo dottore, mangio di tutto. Dolci pochi (quando mai…), insalata sempre (ovvio…), a volte mi faccio persino il minestrone (come se non fosse normale…). Però, guarda caso, se si

fanno al paziente le fatidiche domandine sottolineate dal prof. Pucciani[4] nelle sue lezioni, allora i fatti si colorano di pasti ricchi di carboidrati e proteine, con una certa abbondanza di solanacee: Cosa ha mangiato stamani a colazione? E ieri a pranzo? E ieri sera a cena? Allora, guarda un po', i nodi vengono al pettine. Ricordiamoci che la dieta adatta al paziente che soffra di stipsi cronica finora idiopatica è la cosiddetta "ad alto residuo" e prevede l'assunzione di 30g di fibre/die, con 2 l di acqua. Su internet si trovano varie tabelle che possono aiutarci a capire se e quanto siamo lontani dall'obiettivo: 100g di insalatina (quella stessa che fa gonfiare d'orgoglio il petto del paziente, oltre che di aria la sua pancia) contengono solo 1,5g: per arrivare a 30 la strada è lunga…

Quindi bisogna entrare nello specifico chiedendo al paziente cosa aveva esattamente nel piatto ieri a pranzo, a colazione, a cena, con dovizia di particolari mimati sulle quantità, senza dimenticare le merende. La ciliegina sulla torta la mettiamo noi: il tempo e la pazienza per spiegargli come modificare le proprie abitudini.

IL BOLO FECALE

Una massa fecale idonea è un requisito fondamentale per il buon funzionamento di varie fasi della propulsione, soprattutto di quella espulsiva. E la massa fecale ideale si ottiene con una quantità e qualità di fibre, acqua e attività fisica idonee. Perciò, il tempo dedicato a far capire al paziente che questi sono requisiti fondamentali e che fanno parte integrante della terapia non è tempo buttato via, ma ben investito.

Inoltre, dobbiamo ottenere un buon transito nel "tubo" digerente se vogliamo far funzionare bene anche il "rubinetto". Spesso un integratore è indispensabile.

COMPLIANCE

Facciamo un attimo mente locale sul paziente tipo: donna, 50enne, non particolarmente sportiva, vita piena, spesso con figli ancora dipendenti, immersa nella consuetudine del proprio ritmo di vita, per stressato che possa essere. Se ha un problema per il quale è arrivata dal medico o dal riabilitatore, già significa con molta probabilità che se lo porta dietro da tempo; la sua condizione è quindi cronica e fa da cornice ad una serie di abitudini alimentari e di vita che sono incastrate l'una all'altra come i pezzi di un puzzle. Quante probabilità ci sono che basti vedere una persona una volta e dirle di prendere un integratore di fibre o andare dal dietologo, bere acqua e fare sport? poche. Pochissime. La *compliance* rasenta lo zero e possiamo comprendere il perché: la soluzione ad un problema quasi sempre angosciante (o che comunque angoscia il paziente) non può apparire così semplice: *troppo* semplice? Il paziente ha già provato il famoso "di tutto" che nella realtà è "però niente di utile", ma nella sua mente è davvero cospicuo ed è stato faticoso quanto inutile. E questa è una ragione: siamo in grado e disposti a motivare un suo ulteriore sforzo, forse per lui maggiore dei precedenti? L'altra ragione, più sostanziosa, è che una persona adulta e con la vita stressante che conduciamo tutti, fa già fatica a mantenere il proprio *ménage*, figuriamoci se le risulta semplice introdurre una novità o intaccare un'abitudine. Dobbiamo aiutarlo. È inutile pensare che sia semplice bere: ci sono persone così disabituate o con convinzioni così fuorvianti che non berranno mai nel modo utile. Non seguiranno la dieta perché la loro vita è già abbastanza complicata, non prenderanno l'integratore perché inizialmente darà effetti diversi da ciò che si aspetta o lo considererà "pericoloso" come il lassativo che gli abbiamo caldamente sconsigliato. Figuriamoci se poi troverà semplice fare anche del movimento oltre alle corse al supermercato dopo il lavoro e prima di riprendere i bambini dalla nonna…

Ci vuole un po' di **pazienza**. E tempo. Una collega urologa mi ha risposto ad un convegno che io ho il tempo di ascoltare i **pazienti** perché faccio la fisioterapista, mentre lei deve operare, quindi tempo non ne ha. Allora, se non possiamo fare le cose necessarie per far arrivare il paziente ad una *compliance* che passa anche attraverso la sua emotività, oltre che la sua agenda, è nostro dovere trovare chi lo faccia per noi. Un buon riabilitatore deve saper ragionare, come tutti in ogni mestiere. Ma molto spesso deve mettere se stesso nelle condizioni di far ragionare il paziente, di farlo andare oltre i propri limiti che lo tengono in quello spazio in cui l'equilibrio dinamico oscilla intorno ad una condizione di malattia disfunzionale, piuttosto che di salute. Talvolta sono i limiti dell'agenda. Talaltra sono limiti economici. Qualche volta abbiamo anche pazienti non allenati ai cambiamenti, persone anziane o persone giovani ma mentalmente rigide. Qualunque tipologia è buona per allenare noi stessi e cercare un modo di comunicare efficace. Nel nostro caso, efficace non significa che ho fatto un'esposizione accademica di quante fibre servono per produrre un bolo fecale che risponda ai requisiti della tipologia 3-4 di Bristol. Significa che ho messo il paziente nelle condizioni di (a) comprendere fino in fondo e (b) mettere in pratica quello che gli serve per riconquistare la funzione. Chi fa la riabilitazione anorettale sa bene che non è poco frequente dover spiegare più volte, verificare e aggiustare l'assunzione delle fibre. Direi anzi, il contrario: è raro che un paziente non abbia bisogno di chiarimenti e rassicurazioni, anche sulla forma delle proprie feci. Inoltre, con chi può parlarne, se non con noi? Con l'amico può scambiarsi le figurine dell'inibitore di pompa, ma è difficile che scambi le bustine di fibre, perché non ne parla.

FACILE O DIFFICILE?

Non so se sono riuscita nell'intento, ma vorrei far arrivare questo messaggio: non è perché la soluzione sia semplice (la triade acqua/fibre/attività fisica) che i pazienti la possano mettere in pratica senza difficoltà. Se così fosse, non avrebbero neanche il problema. Se non li aiutiamo con pazienza anche nei passaggi che ben poco gratificano la nostra intelligenza, molto semplicemente non li aiutiamo. Li lasciamo soli. Allora, se non vogliamo lasciarli soli, con la loro stipsi semplice, ma neanche vogliamo dedicare loro il tempo necessario, mandiamoli da un collega: mandiamoli da un riabilitatore che faccia il proprio mestiere dalle fondamenta, senza aver paura di addentrarsi nel seminterrato o mirando soltanto all'attico bene in vista. Noi riabilitatori dobbiamo avere il tempo e la pazienza per fare anche questo. Senza sentirci sminuiti. E senza sminuire il problema.

E SE LA "TRIADE" NON BASTA?

Se, al contrario, i sintomi persistono, vediamo se la signora può essere candidata per procedere nell'iter diagnostico. Se la defecazione non è soddisfacente non è l'assenza di patologie organiche che autorizza a sottovalutare il problema: una disfunzione è spesso causa di malattia e la prevenzione ha una sua dignità, così come la risoluzione della stipsi funzionale. Per non parlare poi della QoL che , in caso di incontinenza urinaria o stipsi, viene troppo spesso ignorata.

DEFECAZIONE OSTRUITA?

Dopo tutti questi discorsi, al di là del fatto che la consistenza delle feci dovrebbe essere idealmente 3-4 (Bristol)

per una buona defecazione, la durezza delle medesime non è un criterio sufficiente né necessario per la diagnosi di ODS. Chi ci dice se il team può procedere con strumenti diversi? I ben noti Criteri di Roma III. Li riassumiamo:

Riferendoci agli ultimi 3 mesi:

1. i sintomi non devono rientrare nella lista per diagnosi di IBS
2. non ci devono essere evacuazioni liquide in assenza di lassativi
3. devono essere presenti due o più dei seguenti sintomi:
   a. ponzamenti prolungati in almeno il 25% delle defecazioni (sforzo)
   b. feci dure o bernoccolute in almeno il 25% delle defecazioni
   c. sensazione di incompleta evacuazione in almeno il 25% delle defecazioni
   d. sensazione di ostruzione/blocco anorettale in almeno il 25% delle defecazioni
   e. manovre manuali in almeno il 25% delle defecazioni (p.e. evacuazione digitale, supporto del pavimento pelvico)
   f. meno di tre defecazioni la settimana

Dunque produrre feci caprine è un sintomo di stipsi, ma non è l'unico: è allora davvero importante?

Se il sintomo è solo quello, possiamo tralasciarlo? Possiamo dire al nostro paziente di conviverci?

Al di là del fatto che seguire la triade porta in ogni caso ad avere feci congrue (abbiamo escluso in partenza patologie organiche e rallentato transito), sappiamo che per avere una defecazione fisiologica dobbiamo avere l'integrità di un insieme di fattori, tutti irrinunciabili: diciamo che la defecazione è cosa complicata, da un punto di vista muscolare e non solo.

I fattori, li conosciamo, sono i seguenti:

– integrità anatomica di tutte le strutture coinvolte
– integrità neurologica, sia organica che funzionale (SN Centrale, Periferico e Autonomo)
– RAIR e RAER - Riflesso di campionamento
– sfinteri anali e muscoli del pavimento pelvico
– muscoli pelvi-perineali e pelvi-trocanterici
– muscoli respiratori (diaframma *in primis*)
– motilità colica
– consistenza delle feci.

La cura di alcuni di questi fattori è di competenza specialistica, il che fa assurgere il problema ai vertici dell'olimpo medico. Ma, pur tralasciando l'enorme coinvolgimento di componenti di pertinenza riabilitativa, torna la consistenza delle feci.

Si evince facilmente che la consistenza del bolo fecale non è un *optional*, ma un elemento fondamentale, da raggiungere prima di intraprendere una riabilitazione.

Il motivo è banalmente muscolare: nessun muscolo è capace di modulare la propria forza, né come intensità né come *endurance*, se non ha un feedback adeguato e non lavora contro resistenza (qui consideriamo tale anche il carico naturale della forza di gravità). La resistenza di materiale acquoso sarà ovviamente diversa da quella di materiale più consistente e le contrazioni che possono essere sviluppate sia come peristalsi che come spinta evacuatoria sono regolate finemente da meccanismi neuromuscolari che si basano sul feedback ricevuto dal carico. Un bambino di 1-2 anni può facilmente rompere un uovo con la forza delle manine, ma non è ancora capace di tenerlo con delicatezza. Un muscolo fasico di adulto ha bisogno di essere allenato per sviluppare alcune abilità: i muscoli perineali, addominali e anche la muscolatura liscia dell'intestino crasso sono molto simili da questo punto di vista: solo una massa idonea, fornita per un tempo sufficientemente lungo, può riportare il "tubo" a lavorare in modo ottimale, senza rallentamenti e senza spasmi. Non è inutile pensare alla Legge di Starling riguardo al rapporto tra la lunghezza delle miocellule e il volume di sangue eiettato del cuore (fibre "via di mezzo" tra lisce e striate). Per questo la consistenza delle feci è un elemento sul quale dobbiamo lavorare con pazienza insieme ai nostri pazienti: troppo molli non offrono resistenza e non allungano le fibre (v. anche rapporto forza/lunghezza nei muscoli striati); troppo dure non transitano con facilità.

CONCLUDENDO

Poiché non ci sono quasi pazienti che non chiedano maggiori delucidazioni, dopo avere iniziato ad usare le fibre, dato che ce ne sono molti che fanno fatica ad arrivare ad un *potus* corretto e che sono moltissimi quelli che fanno fatica ad inserire nella loro settimana l'attività fisica necessaria, dobbiamo armarci di pazienza e non sottovalutare il problema.

Possiamo essere splendidamente efficienti, ma, se non siamo anche efficaci, nessuno ne trarrà beneficio: né noi stessi né i pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. Dodi G, Stocco E, Petros P. Why is it so difficult to define constipation? Pelviperineology 2011; 30: 101-103.
2. Dodi G. L'Uscita Segreta 2, Guida alla salute dell'ano e dell'intestino, Piccin-Vallardi Ed. Padova, 1990.
3. Dodi G. L'Uscita Segreta 1, Saggio sull'analità, Piccin-Vallardi E., Padova, 1990.
4. Pucciani F. Responsabile dell'ambulatorio per la diagnosi strumentale dei disordini motori dell'apparato digerente, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze.

Correspondenza:

Désirée Uguccioni dei Buondelmonti
Via del Campuccio 17 - Firenze 50125 Fi - Italy - +39 349 0691906
E-mail: desibuonde@yahoo.it

Perineo Felice

Nuovo Per-Corso Riabilitativo

Dall'esperienza degli ultimi anni, con le esigenze del presente e gli obiettivi futuri nasce il nuovo corso teorico-pratico-esperienziale di riabilitazione pelvi-perineale con "Perineo Felice".

Una nuova struttura didattica da settembre su **Pelviperineologia** e online su **www.perineofelice.com** e **www.pelviperineologia.it**

Per info e iscrizioni: www.perineofelice.com - Dott. Désirée Uguccioni - 349 06 919 06 - info@perineofelice.com

zato nella genesi del CPP e la sinergia con i processi neuroinfiammatori è confermato da numerosi studi (Kullisaar, 2012;[12] Santulli, 2015).[13]

Le alterazioni neuro-immunitarie e lo stress ossidativo nei distretti periferico e spinale/sovraspinale concorrono a determinare altre condizioni extra-pelviche che si manifestano con ipersensibilità generalizzata, come la cefalea, la fibromialgia e disordini dell'umore. Queste nuove evidenze della ricerca indicano che le alterazioni neuro-immunitarie rappresentano un target d'elezione per il controllo della neuro-infiammazione periferica e spinale e della sintomatologia dolorosa persistente. Infatti, il controllo sincronico dell'asse mastocita-microglia promotore della neuroinfiammazione neurogenica, permette il recupero dell'omeostasi tissutale nelle due stazioni ove il dolore si origina e col tempo si amplifica, si consolida e si trasforma. Un approccio terapeutico altamente innovativo del CPP associato a numerose patologie dell'area pelvica, è oggi rappresentato dalla **Palmitoiletanolamide ultra-micronizzata** e **co-micronizzata** con l'antiossidante naturale **Polidatina** che consente un'azione sincronica ed efficace sui mastociti pelvici ed endoneurali e sulla microglia spinale (Graziottin;[8] Skaper[14]).

BIBLIOGRAFIA

1. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, van Ophoven A, Williams AC; European Association of Urology. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. Eur Urol. 2013; 64(3): 431-9.
2. Kaya S, Hermans L, Willems T, Roussel N, Meeus M.Central sensitization in urogynecological chronic pelvic pain: a systematic literature review. Pain Physician. 2013;16(4):291-308.
3. Wong L, Done JD, Schaeffer AJ, Thumbikat P.Experimental autoimmune prostatitis induces microglial activation in the spinal cord. Prostate. 2015; 75(1): 50-9.
4. Farmer MA, Chanda ML, Parks EL, Baliki MN, Apkarian AV, Schaeffer AJ. Brain functional and anatomical changes in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. J Urol. 2011; 186(1): 117- 24.
5. Ellingson BM, Mayer E, Harris RJ, Ashe-McNally C, Naliboff BD, Labus JS, Tillisch K. Diffusion tensor imaging detects microstructural reorganization in the brain associated with chronic irritable bowel syndrome. Pain. 2013; 154(9): 1528-41.
6. Labus JS, Dinov ID, Jiang Z, Ashe-McNalley C, Zamanyan A, Shi Y, Hong JY, Gupta A, Tillisch K, Ebrat B, Hobel S, Gutman BA, Joshi S, Thompson PM, Toga AW, Mayer EA. Irritable bowel syndrome in female patients is associated with alterations in structural brain networks. Pain. 2014; 155(1): 137-49.
7. Kairys AE, Schmidt-Wilcke T, Puiu T, Ichesco E, Labus JS, Martucci K, Farmer MA, Ness TJ, Deutsch G, Mayer EA, Mackey S, Apkarian AV, Maravilla K, Clauw DJ, Harris RE. Increased brain gray matter in the primary somatosensory cortex is associated with increased pain and mood disturbance in patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. J Urol. 2015; 193(1): 131-7.
8. Graziottin A, Skaper SD, Fusco M. Inflammation and Chronic Pelvic Pain: A Biological Trigger for Depression in Women? J Depress Anxiety. 2013; 3: 142.
9. Graziottin A, Skaper SD, Fusco M. Mast cells in chronic inflammation, pelvic pain and depression in women. Gynecol Endocrinol. 2014; 30(7): 472-7.
10. Xanthos DN, Sandkühler J. Neurogenic neuroinflammation: inflammatory CNS reactions in response to neuronal activity. Nat Rev Neurosci. 2014; 15(1): 43-53.
11. Fitzgerald JJ, Ustinova E, Koronowski KB, de Groat WC, Pezzone MA. Evidence for the role of mast cells in colon-bladder cross organ sensitization. Auton Neurosci. 2013;173(1-2):6-13.
12. Kullisaar T, Türk S, Punab M, Mändar R. Oxidative stress--cause or consequence of male genital tract disorders? Prostate. 2012; 72(9): 977-83.
13. Santulli P, Chouzenoux S, Fiorese M, Marcellin L, Lemarechal H, Millischer AE, Batteux F, Borderie D, Chapron C. Protein oxidative stress markers in peritoneal fluids of women with deep infiltrating endometriosis are increased. Hum Reprod. 2015; 30(1): 49-60.
14. Skaper SD, Facci L, Fusco M, Della Valle MF, Zusso M, Costa B, Giusti P. Palmitoylethanolamide, a naturally occurring disease-modifying agent in neuropathic pain. Inflammopharmacology. 2014; 22(2): 79-94.

Corrispondenza:

Mariella Fusco
Via Einaudi, 13 - Saccolongo 35030 Padova - Italy
E-mail: mariella.fusco@epitech.it

da pag. 34 (Stenosi uretrale e sindrome della gazzella)

L'OPINIONE DELL'UROLOGO

I sintomi riportati dalla paziente sembrano di tipo ostruttivo (esitazione minzionale, minzione in due tempi, senso di peso al basso ventre). Uno svuotamento incompleto della vescica potrebbe causare le cistiti. Escluse cause di tipo anatomico o neurologico, non sono descritte in questa lettera, mi sembra ragionevole pensare, come ha fatto la

fisioterapista, a un mancato rilasciamento sfinteriale. Credo che sarebbe utile la compilazione di un diario vescicale di almeno 48 ore consecutive da parte della paziente in modo da chiarire meglio il pattern minzionale al curante e alla paziente stessa. Consiglierei inoltre di associare minzioni a orario (ogni 2-3 ore) agli esercizi descritti dalla Fisioterapista.. In caso di persistenza dei sintomi eseguirei uno studio video-urodinamico previa esecuzione di una ecografia reno-vescicale con valutazione del residuo al termine della minzione.

Lorenzo Angelini
Clinica Urologica Università di Padova
lorenzo_t_angelini@yahoo.it

Mostri e mostre A cura di GUERRINO GIORGETTI

CARAVAGGIO

Ed eccoci al secondo appuntamento con "il Mostro " Caravaggio.

Avevamo detto, nel precedente intervento, che il Merisi era considerato, dai contemporanei, un pittore di talento ma discutibile sotto l'aspetto comportamentale: pessime frequentazioni, risse, prigione, condanna a morte per omicidio, sessualmente diverso… Indubbiamente non era una persona raccomandabile, oltretutto in un'epoca in cui la "diversità" sessuale era ritenuta dal cattolicesimo e dalla società una colpa meritevole del rogo. E Caravaggio viveva a Roma (centro della cristianità), ed aveva, per committenti, prevalentemente cardinali, conventi, chiese.

Malgrado questo, lui non si nascondeva: viveva alla giornata, eseguendo le opere come lui riteneva giusto eseguire. È vero che alcuni quadri gli vennero contestati e che altri li dovette rifare (usò, per la Madonna sul letto di morte, il volto di una prostituta annegata nel Tevere; mise in primo piano i piedi nudi e sudici di un villano inginocchiato davanti alla Madonna; dette le sembianze di un angelo al suo giovane convivente; ecc.): ma lui oltre a credere in quello che faceva, si ribellava al perbenismo, all'ossequiosità in cui erano costretti ad operare tutti coloro che facevano gli artisti per mestiere.

Tenendo conto di questo importante aspetto dell'uomo Caravaggio, in molti si sono cimentati nel cercare, nelle sue opere, allusioni, significati, messaggi.

Ed uno dei messaggi più emblematici che ci ha lasciato, è indubbiamente contenuto nell'opera che si trova al Museo del Prado a Madrid. Non tutti i critici sono concordi nell'attribuzione: potrebbe essere stato eseguito da un abile imitatore e questo perché si notano, pittoricamente, delle incongruenze assai improbabili per Caravaggio, ma a Madrid non hanno dubbi: è un'autentica opera di Michelangelo Merisi.

Si tratta di un soggetto già usato dal Caravaggio: l'uccisione di Golia da parte di Davide.

Il giovane eroe ebreo tiene per i capelli il capo mozzato del gigante sconfitto. Del corpo della vittima si vede parte del busto disteso, il collo reciso, il pugno chiuso della mano destra che è in primissimo piano.

Sulla identificazione dei volti dei due personaggi non ci sono dubbi: Davide è il giovane "amico" del Caravaggio (lo ritroviamo anche in altre opere); Golia è Caravaggio.

Fin qui, pertanto, nulla di strano. E invece Michelangelo Merisi un suo messaggio l'ha lasciato, anche in questo quadro e come!

Ed è lì, in primo piano: nel pugno che Golia esibisce.

Il suo indice, serrato, forma … uno sfintere.

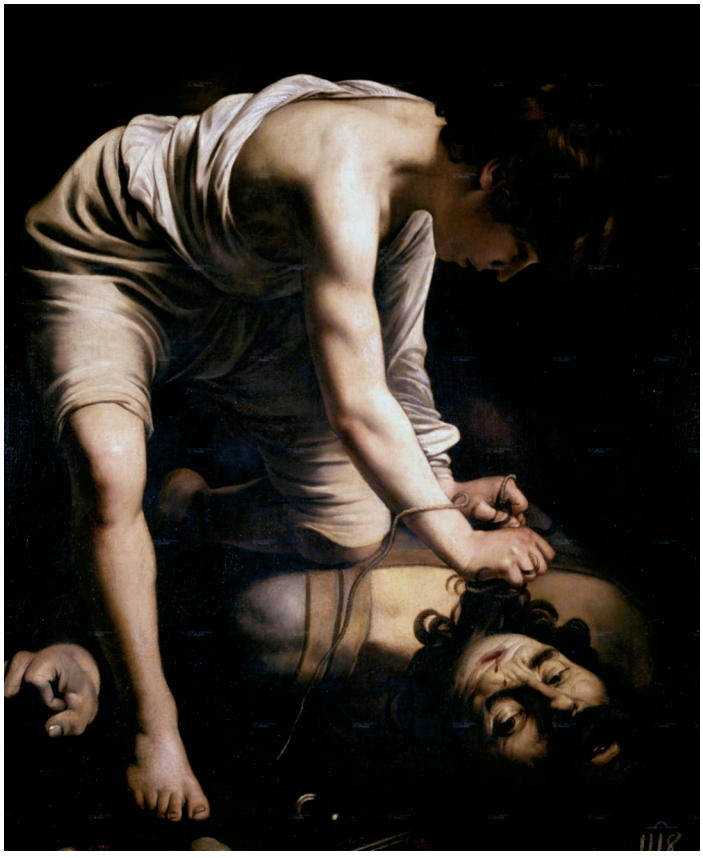
Me lo fece notare un esperto del Prado durante una visita, facendomi giurare di non rivelare ad alcuno questa realtà.

"Essendoci l'annosa polemica sull'autenticità, abbiamo fotografato e ingrandito ogni dettaglio di questo quadro e, quando abbiamo isolato quel particolare, siamo rimasti esterrefatti: Caravaggio aveva messo in primo piano uno sfintere! La conferma ce la dette un proctologo: disse che si trattava di uno sfintere … in estensione. Il Merisi, pertanto, ai suoi committenti, fa un peto in faccia, oppure li manda a prenderlo nel …"

E l'esperto del museo madrileno concluse:

"Non lo possiamo dire, ma questo è una delle poche opere che Caravaggio ha firmato ... di suo pugno."

Caravaggio: un Mostro di bravura.



Il racconto di Giorgetti: Il fascista

Come tutti gli anni, mia figlia e mio figlio, con le rispettive famiglie, dovevano venire a casa nostra, a Firenze, per le festività pasquali e invece, quell'anno, due giorni prima del Venerdì Santo telefonarono: avevano cambiato programma, andavano tutti, per una settimana, a Parigi.

Mia moglie non la prese tanto bene: ci teneva a passare qualche giorno con i nipoti.

Delusa da quel tradimento, decise che anche noi dovevamo trascorrere una Pasqua diversa: "Andremo nelle Marche, in un paese sul mare, nei pressi di Ancona."

"E perché proprio lì?" le chiesi.

"La mia amica Luisa ed il marito, tutti gli anni, trascorrono lì il mese d'agosto: hanno trovato un ottimo albergo, dicono che il mare è splendido, il paese delizioso e spendono la metà di quanto solitamente spendiamo noi a Viareggio."

"Ma l'Adriatico non è il nostro mare e noi etruschi amiamo vedere il sole morire nell'acqua".

"E lì, dall'acqua, lo vedremo risorgere. Se sei d'accordo, partiremo domani e staremo lì qualche giorno; così vedremo il posto, l'albergo e faremo le debite conclusioni."

Telefonò immediatamente alla sua amica Luisa che contattò subito l'albergo.

Nel primo pomeriggio del giorno successivo, mia moglie ed io eravamo seduti sul terrazzo di una bella camera, proprio davanti al mare Adriatico.

La cena fu ottima (a base di pesce freschissimo) ed al mattino, mia moglie ed io, mano nella mano, assistemmo al sorgere del sole.

Quando, sulla superficie azzurra del mare, si delineò un barlume di luce, ci sembrò che il tempo si fermasse, che tutto stesse immobile, in attesa. Poi, lentamente, iniziò il trionfo della luce, accompagnato dal silenzioso canto della natura che si destava.

E ci rendemmo conto del perché gli Egizi, e non solo loro, adoravano il sole.

Indubbiamente Luisa aveva ragione: il posto era splendido, l'albergo eccellente sotto ogni punto di vista e perciò il mese d'agosto, quell'anno, l'avremmo certamente trascorso lì.

Era una bella giornata e mia moglie andò in spiaggia a prendere "il primo bagno di sole"; io optai per una passeggiata sul lungomare.

Dopo appena cinquanta metri, mi trovai davanti un signore di una certa età, magro, calvo.

Era fermo: sembrava che mi aspettasse.

"Tu sei …!" e, sorridendo, disse il mio nome e cognome.

"Sì" dissi a bassa voce, osservandolo.

"E non mi riconosci?"

"No."

"Sono Francesco Simeoni, il tuo compagno di banco al liceo!"

Dopo alcuni attimi di totale smarrimento, quel nome mi venne in mente:

"Sì! Simeoni Francesco!" e ci abbracciammo.

Era stato mio compagno di banco per tutto il liceo e poi ci iscrivemmo alla facoltà di lettere. Dopo un anno il padre, un funzionario prefettizio, si trasferì a Bologna e la famiglia lo seguì. Non c'eravamo più rivisti, ed erano passati più di trent'anni. Passeggiando, iniziammo a rievocare i tempi del liceo. "Ma come hai fatto a riconoscermi" gli chiesi dopo un po'.

"Potrei risponderti che ti ho visto in televisione, che ho i tuoi libri, che leggo i tuoi articoli sul giornale ed è tutto vero; ma devo anche aggiungere che sono amico del proprietario dell'albergo in cui alloggi, e ieri sera mi ha detto che era arrivato da Firenze un professore universitario che era anche scrittore e giornalista ed ha fatto il tuo nome. Sono arrivato all'alba, e ti ho aspettato a piè fermo."

"E tu cosa fai? Come mai sei da queste parti?"

"Ci abito. Appena laureato, qui ho preso il primo incarico, nella scuola media e in seguito ne sono diventato il preside. Poi mi sono sposato e non mi sono più mosso. Ora sono in pensione. Come vedi, non ho fatto la tua carriera, non sono ricco e nemmeno famoso" concluse ridendo.

Poi iniziò a parlarmi dei suoi problemi: aveva una figlia non sposata ma con un bambino e lui li doveva mantenere; un figlio che non aveva concluso gli studi: da dieci anni viveva in Brasile e non faceva saper nulla di sè.

Come se tutto questo non bastasse, sua moglie era obesa e soffriva di gonoartrosi, ma non voleva dimagrire né operarsi. Indubbiamente Simeoni Francesco non era messo bene e, sempre passeggiando. continuò a rappresentarmi le sue notevoli difficoltà quotidiane.

In silenzio, ascoltavo: ero a disagio e avevo deciso: ad agosto saremmo ritornati a Viareggio.

Mi aspettavo, da un momento all'altro, che Francesco mi chiedesse un aiuto economico o un mio impegno per sistemare i figli.

"Quanti giorni resterete qui?"

"Purtroppo ripartiremo domani mattina."

"Ma … non dovevate restare fin dopo Pasqua?"

"Sì, ma ci ha telefonato mia figlia e dobbiamo rientrare a Firenze."

"Mi dispiace, speravo di passare qualche giorno con te. Comunque mi devi fare un favore."

"Se mi è possibile, ben volentieri."

"Qui in paese c'è una struttura per anziani ed io vado lì due ore tutte le mattine, dalle dieci a mezzogiorno. Non sono disabili, sono lì perché i parenti non li vogliono in casa. Ma se li frequenti, ti arricchisci. Hanno bisogno di parlare, di essere ascoltati, e che qualcuno dica loro cosa accade fuori da quelle mura. Se tu vieni …"

"Non me la sento, non saprei cosa dire …, "

"Non sono dei dementi. Fanno un po' confusione con le date, ma sono vivacissimi nei ricordi. Potresti parlar loro dell'ultimo tuo libro, quello sulle vicende dell'ultima guerra. Loro quel dramma l'hanno vissuto realmente e possono addirittura darti degli spunti." Poiché mi aspettavo una richiesta molto diversa, accettai.

La struttura era una normale casa a tre piani, situata al centro del paese, nella strada principale. Gran parte della facciata del pianterreno consisteva in una grande vetrata e da li si vedevano alcune persone anziane sedute, altre che camminavano. "Loro lo chiamano L'acquario" disse Francesco "perché da lì, i passanti, li osservano come si fa con i pesci che si tengono in casa."

Entrammo nell'acquario. C'erano almeno venti persone: rimasi esterrefatto dalla festosa manifestazione d'affetto con cui fu accolto Francesco e dal suo comportamento.

Li abbracciava ad uno ad uno; li chiamava per nome; riservava a ciascuno battute che facevano sorridere tutti. E loro, felici, se lo contendevano: erano tutti attorno a lui.

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.

Lui parlava, parlava e rideva, e parlavano e ridevano anche loro. Francesco non era più la grigia persona che avevo incontrato poco prima: era un vero intrattenitore e si comportava con una grande professionalità.

"Ragazzi calma, calma! Ascoltatemi" disse dopo un po'.

Appena si ristabilì un po' di silenzio: "Ora sedetevi tutti."

Si sedettero, ma per alcuni non fu una cosa rapida e lui li aiutò.

"Bene. Adesso state ben attenti. Il signore che è qui con me, è venuto da Firenze proprio per voi. È un importantissimo professore d'università, scrive libri importanti e scrive sui giornali sia italiani che stranieri" e dopo aver detto il mio nome e cognome aggiunse: "L'ultimo suo libro, che sta avendo un grandissimo successo, riporta alcuni episodi dell'ultima guerra, quella guerra che voi avete vissuto. Ora lui vi dirà alcune cose e poi, chi vorrà, potrà fargli delle domande o raccontare le proprie esperienze che lui potrebbe inserire in un altro libro. Mi raccomando, parlate uno alla volta perché ..."

Non lo fecero concludere: si alzarono in piedi, mi si avvicinarono, parlando a voce alta. Grazie all'intervento di due inservienti e del mio amico, venne ristabilita la calma.

Erano tutti a sedere. Stavo per prendere la parola, quando si alzò dalla seggiola una donna magra, distinta, un volto segnato dal tempo, ma ancora bello, curato.

"Se permettete adesso parlo io" disse con molta calma e sicurezza.

"È qui da pochi giorni" mi sussurrò l'amico " e non da confidenza a nessuno, nemmeno a me. Proviene dalla provincia di Ascoli Piceno."

La guardavamo tutti e lei, con calma:.

"Ho letto il suo libro, professore, e mi è piaciuto perché non è di parte. Ero insegnante di lettere, al liceo. Le riferirò quello che accadde dalla mie parti ad una carissima amica. Il padre era il segretario del partito fascista del nostro comune: aveva le sue idee, ma era una persona perbene. Ci credeva. Aveva quattro figli, due maschi, Benito ed Adolfo, e due femmine, Edda, la mia amica, e Rachele, l'ultima nata. Edda era sempre stata mia compagna di classe e di banco: buona, modesta, educatissima. Avevamo fatto le elementari insieme e quell'anno frequentavamo la terza media.

Eravamo brave, ma chi superava tutti era Antonio, un ragazzo a cui la poliomielite aveva reso la gamba destra più sottile e leggermente più corta. Era alto e molto bello di viso. Edda ne era innamorata; si scrivevano e io ero il postino.

Il padre di Antonio riparava automobili, ben conosciuto in paese per le sue idee: era comunista e al figlio aveva messo il nome di battesimo di Gramsci.

All'inizio del 1945 tutti sapevamo che la fine della guerra era prossima: vedevamo le truppe tedesche avviarsi verso il Nord Italia e sapevamo che gli americani e i loro alleati stavano vincendo su tutti i fronti. I fascisti o si nascondevano o seguivano i tedeschi nella ritirata, ma i partigiani li braccavano. Il padre di Edda e un centinaio di fedelissimi, si organizzarono per trasferirsi al Nord e lui, temendo ritorsione verso i famigliari, decise di portarli tutti con sè.

Edda lo disse ad Antonio e lui non ebbe dubbi: pur di restarle accanto, avrebbe chiesto di far parte del gruppo dei fascisti in partenza.

Si recò nella sede della Casa del Fascio e venne accolto come un eroe: gli dettero una camicia nera, dei pantaloni militari, scarponi, un fucile e uno zaino con delle munizioni. Naturalmente, così vestito, non ritornò a casa: il padre l'avrebbe mangiato vivo. Andò da Edda e aiutò i suoi famigliari a far le valigie. E lì, i due, ebbero un'amara sorpresa: la famiglia del segretario si sarebbe fermata a Bologna, i militari, invece, avrebbero proseguito per Milano.

Allora i due ragazzi elaborarono un piano di fuga: a quindici anni si è coraggiosi e incoscienti.

All'una di notte, nel piazzale della stazione ferroviaria in cui erano convenuti i parenti dei fascisti in partenza, il convoglio era pronto: in testa c'erano le due macchine del segretario, dietro tre camion con i militi che cantavano "Vincere e Vinceremo."

Nella prima macchina c'era tutta la famiglia di Edda, nell'altra i genitori del padre e uno zio. Antonio era sull'ultimo camion con altri venti giovani, pigiati come sardine.

Mentre il padre avviava il motore, Edda disse che se saliva sull'auto dei nonni sarebbero stati tutti più comodi: la fecero scendere e lei, approfittando del buio e della confusione che si era creata nel piazzale, si nascose fra le persone e le due auto partirono. Poi partirono i camion.

Edda venne subito a casa mia: i miei sapevano tutto e collaboravano volentieri. Anche Antonio aveva preparato un geniale piano di fuga: nello zaino aveva nascosto, e ben chiuso, un barattolo di vetro in cui aveva messo le sue feci.

Dopo una ventina chilometri, di nascosto, avrebbe aperto il barattolo e quando i compagni di viaggio si sarebbero accorti che Antonio puzzava, lui avrebbe chiesto di scendere un attimo per defecare e invece sarebbe sparito nel buio. Noi, naturalmente, lo aspettavamo a casa mia.

Edda, io e i miei genitori restammo tutta la notte svegli, in attesa di sentire bussare alla porta.

Al mattino il paese era in festa; erano tutti per le strade: i fascisti se ne erano andati!

Noi, in casa, fiduciosi, aspettavamo.

Verso mezzogiorno si diffuse una notizia: i partigiani, in località Arquata, avevano catturato e fucilato sul posto un fascista.

Edda ebbe un presentimento: Arquata è a venti chilometri dal nostro paese e ci andammo subito, in bicicletta.

Antonio era appeso ad un albero con al collo nn cartello e la scritta: Fascista. Aveva la camicia mera e dai pantaloni militari uscivano i piedi nudi, bianchi: uno era più piccolo e magro. Edda, lo stesso giorno, volle entrare nel convento di suore che è accanto al Duomo e fui io ad accompagnarla, con il prete della nostra scuola.

Dopo pochi giorni, da noi, arrivarono gli inglesi, ma nel Nord Italia ancora si combatteva.

Dei famigliari di Edda non si sapeva nulla.

Dopo tre mesi, una mattina, arrivò a casa nostra Edda, accompagnata da un sacerdote: le suore non potevano più tenerla, perché era incinta. Noi due ci chiudemmo in camera mia.

"Ho un figlio suo, di Antonio" mi disse sorridendo e si scoprì il ventre, che sembrava appena prominente, poi il seno, leggermente turgido. La nostra casa era piccola, non c'era un'altra camera e fu messo un letto accanto al mio.

Quella sera, quando ci coricammo, dopo aver spento la luce, le chiesi: "Ma... quando è successo?"

Esitò a lungo, poi: "Antonio veniva a trovarmi tutte le sere."

"Antonio veniva a casa tua?" "No, in convento!" disse in tono allegro. Accesi la luce e la guardai: sorrideva.

Non dissi nulla ai miei, ma ero preoccupata.

Dopo tre giorni, di notte, Edda si mise ad urlare. Accesi la luce: era in piedi e sotto di lei c'era del sangue. Ce n'era tanto anche sul letto.

"Hanno ucciso anche il suo bambino, il nostro bambino!" gridava e piangeva.

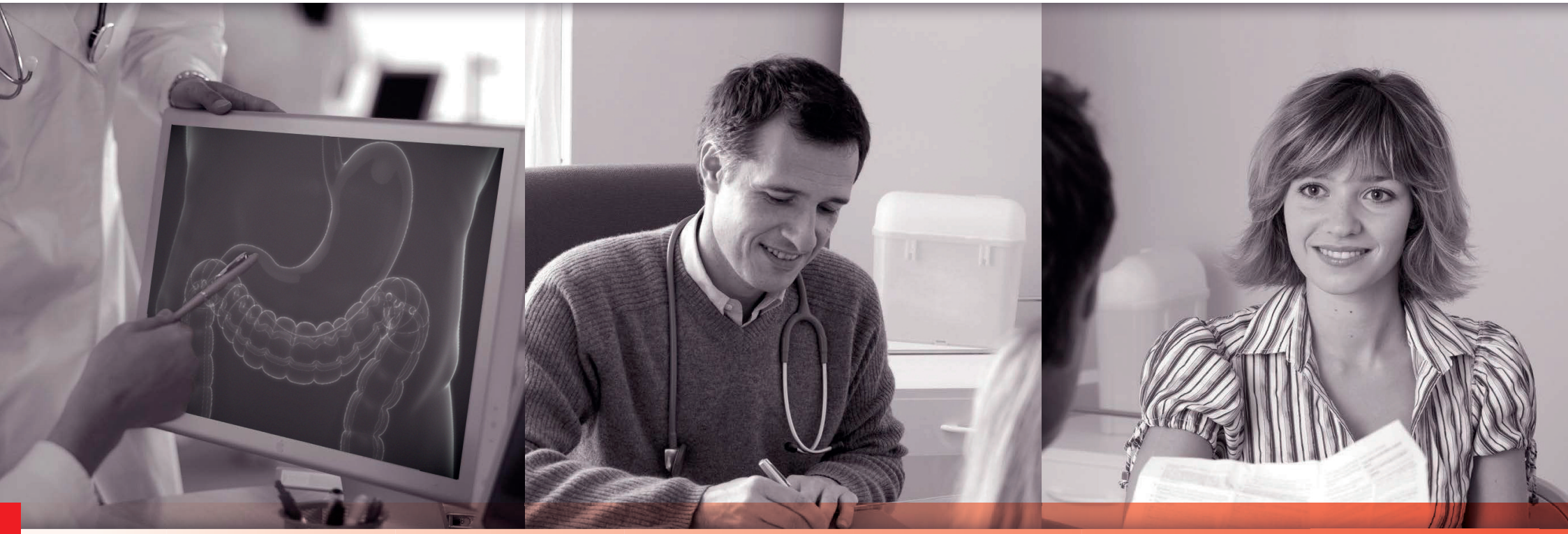
Mio padre andò subito a chiamare il medico; io e mia madre cercammo di calmarla.

La diagnosi fu rapida: gravidanza isterica ed Edda fu portata subito in ospedale.

Rifiutava le medicine; non mangiava. Dopo due mesi Edda morì, anzi, volle morire."

La signora si asciugò gli occhi con il dorso della mano e si sedette.

Nell'acquario ci fu un lungo silenzio.



Takeda in Gastroenterologia, l'esperienza del futuro

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

pelvilen®
Dual Act

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

PEA-um®

PALMITOILETANOLAMIDE
ultra-micronizzata (PEA-um®)

dimensione particellare 0,8 ÷ 6,0 µm

PEAPol-m®

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

dimensione particellare 2,0 ÷ 10,0 µm

© 2014 EPITECH GROUP

epitech group

info@epitech.it

pelvilen.com