

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Comitato editoriale

Urologia **Salvatore Siracusano**
Urologia Funzionale **Bruno Santoni**
Ginecologia **Luisa Marcato**
Andrologia **Andrea Garolla**
Chirurgia Generale **Gaya Spolverato**
Pelvipereologia **Silvia Negro**
Colo-Proctologia **Simona Ascanelli**
Imaging **Vittorio Piloni**
Fisiatria **Elena Maccagnan**
Microbiologia **Ulla Fronzoni**
Nutrizione **Stefano Sbrignadello**
Psicologia **Alessia Carsughi**
Sessuologia **Stella De Chino**
Riabilitazione **Loredana La Torre**
Paziente esperta **Martina Santagiuliana**
Statistica **Carlo Schievano**
Editore Direttore resp. **Giuseppe Dodi**

Collaborazione con

**Società Monitoraggi Interdisciplinari
in PelviPerineologia**
**Società Italiana di Pelvi-perineologia
e di Urologia Femminile e
Funzionale**
Integrated Pelvis Group
**Associazione Italiana
di Ginecologia Estetica e Funzionale**
**Club Amici della Proctologia
e Perineologia**
**Federazione Italiana Incontinenti
e Disfunzioni del Pavimento Pelvico**
AisFinVeneto



www.pelvipereologia.it

Indice

- 3 Prolasso rettale: fenotipi clinico-psicologici e organizzazioni di significato personale A. CARCUGH
- 6 *Il silenzio che non mi appartiene* di Alessia Carsughi S. MORONI
- 7 Studio sulla riabilitazione della donna post partum affetta da dolore pelvico cronico F. ROLLI, D. GIRAUDO
- 11 Rapporto anale ricettivo: implicazioni cliniche e valutazione multidimensionale. Questionario sul sesso anale in una popolazione a diversa identità di genere S. MORONI, G. DODI
- 14 Viaggio in India: dialogo tra oriente e occidente sulla salute pelvica femminile L. LA TORRE
- 17 Il ruolo della riabilitazione nel dolore pelvico cronico nella donna E. MACCAGNAN
- 19 La Teoria Integrale: Principi di chirurgia secondo il Paradigma della Teoria Integrale (ITP) M. NEUMAN, BRUCE FARNSWORTH, X. SUN ET AL.
- 20 La Teoria Integrale: Le operazioni simulate (OS) applicano i mantra della Teoria Integrale supportando le strutture per confermare la causa dei sintomi C. RICCETTO, A. GUNNEMANN, L. ABRANCHES MONTEIRO ET AL.
- 21 Gli Incontri della Yurta: La complessità del pavimento pelvico
- 21 AisFinVeneto nel 2026

Leda e il cigno - Leonardo da Vinci, 1510

Redazione:
info@espodesign.it

Stampa:
Pixartprinting S.p.A.

Euro 12,00

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



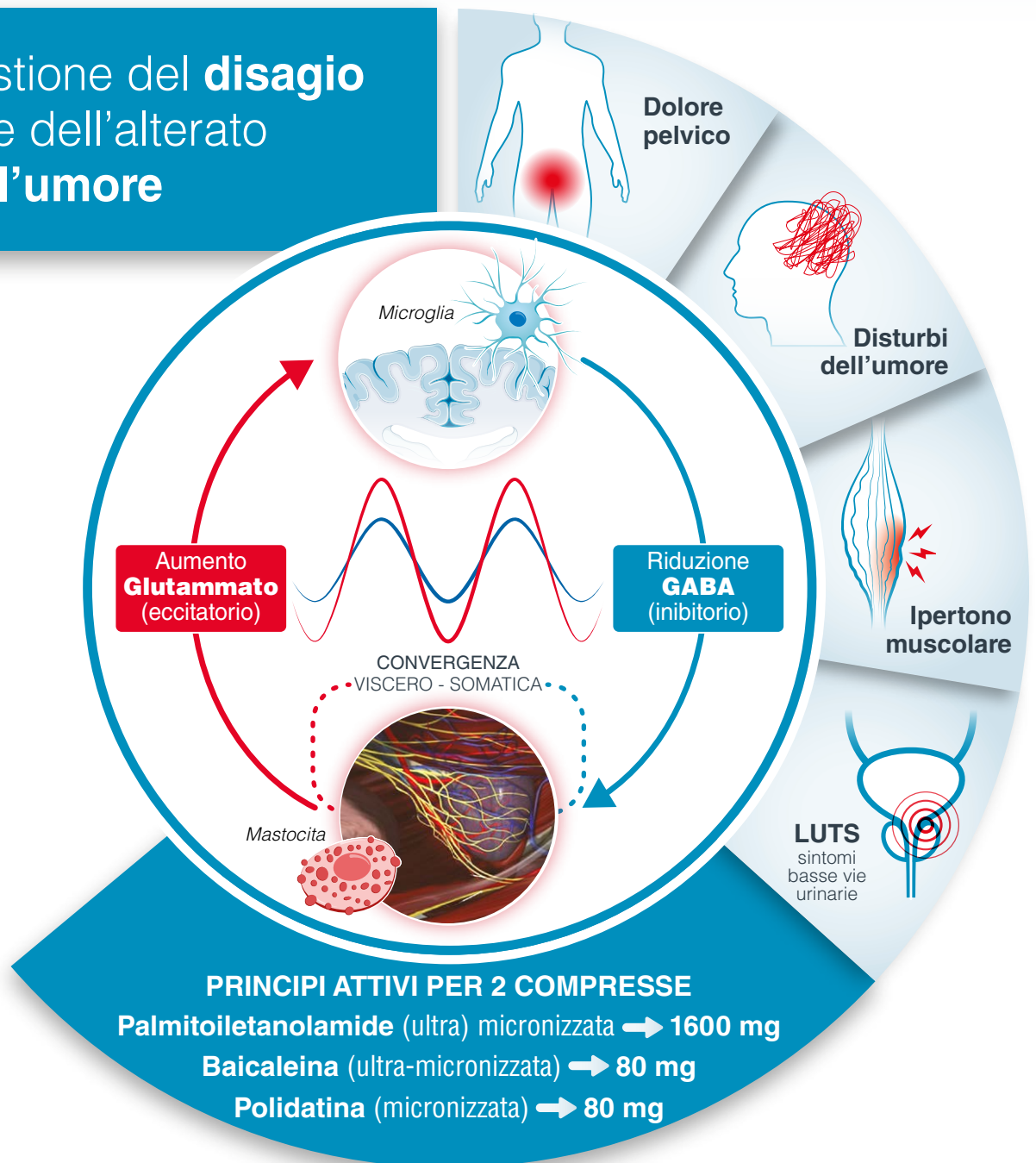
pelviprost[®] somatico

Co-ultramiconizzato (10:1)
Palmitoiletanolamide/Baicaleina (400 mg + 40 mg)

Co-miconizzato (10:1)
Palmitoiletanolamide/Polidatina (400 mg + 40 mg)

Formula brevettata

Nella gestione del **disagio pelvico** e dell'alterato **tono dell'umore**



Pelviprost[®] somatico
Confezione 20 compresse
in farmacia

Prolasso rettale: fenotipi clinico-psicologici e organizzazioni di significato personale

ALESSIA CARSUGHI

Psicologa Psicoterapeuta LPN-Laboratorio PsicoNutrizionale - Ancona

Riassunto: Il prolasso rettale è tradizionalmente interpretato come una patologia organica di tipo anatomico-funzionale. Tuttavia, numerose evidenze cliniche suggeriscono una complessa interazione tra fattori corporei, psicologici e relazionali. Il corpo, inteso come mediatore primario dell'esperienza soggettiva, può diventare il luogo di espressione di significati psichici non simbolizzati. Il presente lavoro propone una lettura integrata del prolasso rettale come sindrome multidimensionale, mettendo in relazione il tipo di prolasso con le Organizzazioni di Significato Personale (OSP) descritte dal modello post-razionalista di Guidano e con specifici profili psicopatologici. Viene elaborata una classificazione fenotipica clinico-psicologica, Sintomo-Psicopatologia-Rappresentazione (SPR), basata sull'intersezione tra: tipologia di prolasso rettale (mucoso, interno, completo, misto) e OSP predominanti o associate. Il modello integra contributi della psicosomatica, della psicologia dello sviluppo e delle neuroscienze affettive, valorizzando anche l'osservazione clinica e il vissuto soggettivo. L'identificazione di specifici fenotipi SPR consente di riconoscere pattern ricorrenti di associazione tra disfunzione pelvica, assetto identitario e regolazione emotiva, superando una visione riduzionista del sintomo. L'approccio proposto favorisce una comprensione personalizzata del prolasso rettale e sostiene la necessità di un modello terapeutico integrato biopsicosociale, in cui trattamento chirurgico, nutrizionale e psicoterapico siano modulati sulla specificità del paziente.

Parole chiave: Prolasso rettale; Fenotipi clinico-psicologici; Organizzazione di Significato Personale; Disturbi del pavimento pelvico; Approccio biopsicosociale

Rectal prolapse: clinical-psychological phenotypes and organizations of personal meaning

Abstract: Rectal prolapse is traditionally considered a purely anatomical and functional disorder. However clinical evidence suggests a complex interaction between bodily, psychological, and relational factors. The body, as the primary mediator of subjective experience, may express non-symbolized psychological meanings through somatic symptoms. This paper proposes an integrated interpretation of rectal prolapse as a multidimensional syndrome, linking prolapse types with Personal Meaning Organizations (PMOs) described in Guidano's post-rationalist model and with specific psychopathological profiles. A clinical-psychological phenotypic classification (SPR: Symptom-Psychopathology-Representation) is proposed, based on the intersection between: type of rectal prolapse (mucosal, internal, complete, mixed) and predominant or associated PMOs. The model integrates concepts from psychosomatics, developmental psychology, and affective neuroscience, incorporating clinical observation and subjective experience. The identification of distinct SPR phenotypes highlights recurring patterns linking pelvic floor dysfunction, identity organization, and emotional regulation, moving beyond a purely organ-centered understanding of rectal prolapse. This perspective supports a personalized, biopsychosocial approach to rectal prolapse, in which surgical, nutritional, and psychotherapeutic interventions are integrated and tailored to the individual patient's clinical and psychological profile.

Keywords: Rectal prolapse; Clinical-psychological phenotypes; Personal Meaning Organization (PMO); Pelvic floor disorders; Biopsychosocial approach

INTRODUZIONE

Il corpo non è soltanto un supporto biologico, ma il primo mediatore dell'esperienza soggettiva: è attraverso le sensazioni, i bisogni e i ritmi corporei che impariamo a riconoscerci e a stabilire un contatto con il mondo, molto prima che il linguaggio verbale ci permetta di raccontarci^{1,2,3}. Come mostrano le neuroscienze affettive e la psicologia dello sviluppo, il corpo custodisce la memoria implicita delle esperienze relazionali precoci – nutrimento, accudimento, regolazione emotiva – e diventa il deposito silenzioso di tracce che orientano la costruzione dell'identità.

In questa cornice la prospettiva post-razionalista di Guidano offre un contributo fondamentale. Il post-razionalismo sottolinea come ogni individuo costruisca il proprio senso di sé attraverso Organizzazioni di Significato Personale (OSP)^{4,5}, modalità stabili con cui viene mantenuta la continuità identitaria. Quando tale continuità è minacciata – da eventi traumatici, vulnerabilità relazionali o conflitti interni – il corpo diventa spesso un luogo in cui ritrovare coerenza: ciò che non trova espressione simbolica o narrativa può emergere come sintomo somatico, trasformando il corpo nel teatro della personalità. Il prolasso rettale, tradizionalmente considerato una condizione organica e inquadrato secondo criteri anatomico-funzionali, può essere ripensato alla luce di questa prospettiva. Disturbi come i disturbi della condotta alimentare, il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi dell'umore e le forme di disregolazione emotiva possono associarsi a quadri di disfunzione pelvica, suggerendo un'interazione complessa tra corpo, mente e contesto di vita.

Il presente lavoro propone un'interpretazione originale del prolasso rettale, costruita integrando concetti tratti dal post-razionalismo con strumenti provenienti dalla psicosomatica, dalla psicologia dello sviluppo e dalle neuroscienze affettive⁶. L'approccio nosografico classico tende a privilegiare una lettura frammentata e organocentrica del sintomo, trascurando l'impatto che variabili psicopatologiche, biografiche e relazionali possono esercitare sulla manifestazione e sull'evoluzione del prolasso. In quest'ottica, proporre il prolasso come sindrome significa riconoscere la natura multidimensionale: non solo alterazione anatomica, ma espressione incarnata della storia psichica della persona. L'obiettivo di questo lavoro è dunque presentare una visione alternativa e personalizzata, basata sull'incrocio tra tipo di prolasso, organizzazione di significato personale e profilo psicopatologico del paziente, derivante da una sintesi originale di strumenti teorici e clinici.

MOTIVAZIONE CLINICA E VISSUTO PERSONALE

Il presente approccio nasce non solo da un interesse clinico e scientifico, ma anche da un'esperienza personale di malattia che ha profondamente influenzato la mia pratica professionale. Durante l'adolescenza, a seguito di eventi traumatici precoci, ho sviluppato un disturbo alimentare purgativo (parte dei DAP ± FOB, vedi Tab.1), caratterizzato da chiusura fobica e controllo rigoroso sulla nutrizione e sulla funzione intestinale. Il corpo, in particolare l'intestino, è diventato un luogo privilegiato in cui si condensava la sofferenza emotiva: il bisogno di controllo, la rigidità alimentare e l'abuso di lassativi

Tabella 1 – Organizzazioni di significato personale (OSP)

Organizzazione di significato	Come vive il mondo / funzionamento del Sé	Vissuti corporei tipici	Disturbi psichiatrici tipici
DAP (Disturbi Alimentari Psicogeni)	Rigidezza, controllo estremo del corpo e delle emozioni; ricerca di coerenza interna	Ipercontrollo corporeo, tensione muscolare, alterazioni del tono sfinterico	Anoressia nervosa, bulimia nervosa
DEP (disturbo Depressivo / Disforico)	Ritiro, scarso investimento nelle attività, ridotta energia psichica, senso di Perdita	Ipcinesia, trascuratezza corporea, ridotta percezione corporea	Depressione maggiore, distimia
OSS (disturbo Ossessivo / Controllo)	Bisogno di ordine, rigidità, rituali interni; ansia da perdita di controllo	Tensione muscolare, iperattività evacuativa, attenzione eccessiva alle funzioni corporee	DOC, disturbi ossessivi-compulsivi, ansia
FOB (disturbo Fobico / Anaclitico)	Paura della perdita di supporto, dipendenza dai legami affettivi, ipervigilanza relazionale	Sensazione di vulnerabilità corporea, tensione intestinale	Ansia generalizzata, fobie, DOC ansioso-relazionale

hanno modificato gradualmente l'equilibrio fisiologico, fino a determinare un quadro conclamato di prolasso rettale completo (fenotipo SPR 3 ossia DEP ± DAP/FOB). L'intervento chirurgico si è reso necessario, ma non sarebbe stato risolutivo senza un lungo lavoro psicoterapeutico. Solo integrando la cura del corpo con quella della mente è stato possibile ricostruire un equilibrio autentico. Questo vissuto guida la mia elaborazione di una visione clinica integrata, in cui il corpo non è mai solo corpo, ma anche specchio dei significati psichici e relazionali.

Per una riflessione più approfondita sul vissuto soggettivo e sulla funzione simbolica del corpo, si rimanda all'Appendice – Il corpo come voce del trauma.

MATERIALI E METODI

Si propone una classificazione dei pazienti con prolasso rettale secondo una logica fenotipica integrata, che considera:

- tipo di prolasso: mucoso, interno (intussuscezione), completo (estensivo) e misto (associato a prolasso genitale o enterocele)⁷.
- organizzazione di significato personale: DAP (Disturbi Alimentari Psicogeni), DEP (Depressivo / Disforico), OSS (Ossessivo / Controllo), FOB (Fobico / Anaclitico).

Le organizzazioni possono essere predominanti ± secondarie, riconoscendo la frequente commistione tra caratteristiche psicologiche. L'intersezione tra questi due assi permette di definire fenotipi clinico-psichiatrici SPR, utili per orientare la valutazione diagnostica e il percorso terapeutico⁸.

Questa impostazione nasce da due esigenze principali:

1. Riconoscere la stretta interdipendenza tra aspetti psicologici e manifestazioni proctologiche.
2. Favorire l'individuazione precoce di vulnerabilità psicologiche in pazienti con disturbi funzionali e strutturali del pavimento pelvico.

Il modello proposto valorizza anche la soggettività e il vissuto personale, trasformandoli in strumenti conoscitivi per comprendere fenomeni patologici complessi. (Tab 1)

RISULTATI

I fenotipi SPR (Sintomo – Psicopatologia – Rappresentazione) vengono presentati sinteticamente in Tabella 2, con un approfondimento attraverso la descrizione narrativa-clinica di ciascun profilo e l'integrazione tra corpo e significato personale.

Ogni fenotipo rappresenta l'intersezione tra un determinato quadro anatomico-funzionale del prolasso rettale, una Organizzazione di Significato Personale (OSP) e un disturbo psichico prevalente, attraverso cui il sintomo corporeo assume una funzione simbolica all'interno dell'identità individuale. Questa lettura non mira a produrre etichette rigide, ma a restituire complessità, riconoscendo nel corpo un luogo psichico in cui si iscrive il vissuto.

1. Prolasso mucoso + DCA restrittivo o purgativo

OSP predominante: DAP ± OSS / FOB

Disturbo psichico tipico: Anoressia nervosa (restrittiva o purgativa), bulimia nervosa.

In questo fenotipo, il corpo viene vissuto come un oggetto da controllare in modo rigido e pervasivo. Il prolasso mucoso si manifesta spesso in pazienti che presentano comportamenti evacuativi compulsivi (uso cronico di lassativi, clisteri, pratiche di svuotamento intestinale) legati a un disturbo alimentare. Il tono sfinterico alterato, la spinta evacuativa e la tensione muscolare sono espressioni somatiche di un bisogno di controllo estremo, spesso legato alla paura di disintegrazione interna o di perdita di coerenza. L'organizzazione DAP, talvolta combinata con tratti ossessivi o fobico-anaclitici, esprime

Tabella 2 – Fenotipi SPR ibridi.

Fenotipo SPR	Organizzazione di significato (predominante ± secondaria)	Vissuto corporeo / manifestazioni corporee	Disturbo psichiatrico tipico	Funzione simbolica / vissuto soggettivo
Prolasso mucoso + DCA restrittivo o purgativo	DAP ± OSS / FOB	Ipercontrollo corporeo, tensione muscolare, spinta evacuativa compulsiva, alterazioni del tono sfinterico	Anoressia nervosa (restrittiva o purgativa), bulimia nervosa	Controllo del corpo e del cibo come mezzo per regolare emozioni; ansia relazionale secondaria; paura di perdita di coerenza interna
Prolasso interno (intussuscezione) + ansia / DOC	OSS ± FOB	Tensione muscolare, iperattività evacuativa, attenzione eccessiva alle funzioni corporee, sensazione di incompleto svuotamento	Disturbo ossessivo-compulsivo, ansia generalizzata, DOC ansioso-relazionale	Ipercontrollo corporeo per ridurre ansia; rituali corporei come gestione dell'incertezza; vissuto di vulnerabilità
Prolasso completo + disturbi dell'umore / DCA cronici	DEP ± DAP	Ipcinesia, trascuratezza corporea, ridotta percezione del proprio corpo	Depressione maggiore, distimia, DCA cronici con comportamenti purgativi	Ritiro dall'esperienza corporea e sociale; perdita di energia psichica; il corpo riflette il disinvestimento affettivo
Prolasso misto + disregolazione emotiva / borderline	Disregolato / Pre-borderline ± OSS / FOB	Alternanza stipsi-urgenza, comportamenti evacuativi disordinati o impulsivi, instabilità corporea	Disturbo borderline di personalità, disregolazione emotiva	Corpo come territorio di conflitto identitario; confini instabili tra Sé e mondo; oscillazioni tra controllo e abbandono
Qualsiasi tipo di prolasso + stress cronico / vulnerabilità subclinica	Evitante / Somatizzante ± DEP	Somatizzazione, tensione muscolare, disturbi funzionali del retto o intestine	Stress cronico, disturbi subclinici dell'umore o ansia	Il corpo esprime malessere emotivo non narrato; silenziamento emotivo; regolazione indiretta del disagio psichico

me una lotta identitaria tra il bisogno di autonomia e la paura del contatto emotivo. Il corpo diventa così il teatro principale di questa dialettica.

2. prolasso interno (intussuscezione) + ansia / DOC

OSP predominante: OSS ± FOB

Disturbo psichico tipico: Disturbo ossessivo-compulsivo, ansia generalizzata, DOC relazionale.

Il paziente con questo fenotipo tende a vivere il proprio corpo come un sistema da sorvegliare costantemente. I sintomi intestinali – come la sensazione di svuotamento incompleto o il bisogno continuo di evacuare – riflettono rituali corporei attraverso cui si tenta di neutralizzare un'ansia diffusa, spesso non mentalizzata. Il prolasso interno si inserisce in uno schema di ipercontrollo e vigilanza, dove l'ansia viene "gestita" tramite azioni ripetitive sul corpo. L'intestino diventa così uno spazio simbolico in cui l'incertezza interna si trasforma in tensione concreta e monitorabile. L'organizzazione ossessiva si accompagna talvolta a tratti fobici, con una forte dipendenza relazionale nascosta sotto la maschera del controllo.

3. Prolasso completo + disturbi dell'umore / DCA cronici

OSP predominante: DEP ± DAP

Disturbo psichico tipico: Depressione maggiore, distimia, disturbi alimentari cronici

Questo fenotipo riflette un vissuto corporeo segnato dal *ritiro* e dalla *perdita di vitalità*. Il prolasso completo rappresenta spesso l'esito di una trascuratezza corporea protratta, in soggetti che vivono il corpo come "assente" o privo di valore. L'ipocinesia, la ridotta percezione delle funzioni corporee e il disinvestimento affettivo accompagnano una narrazione di sé marcata da perdita, vuoto e rinuncia. Nei disturbi alimentari cronici, il sintomo proctologico può rappresentare un tentativo estremo e silenzioso di esprimere un dolore non detto. Il corpo cade, come l'umore, come l'energia psichica. In questi pazienti, il trattamento deve integrare riattivazione corporea e ricostruzione narrativa dell'identità.

4. Prolasso misto + disregolazione emotiva / borderline

OSP predominante: Disregolata / Pre-borderline ± OSS / FOB

Disturbo psichico tipico: Disturbo borderline di personalità, disregolazione emotiva.

Nel prolasso misto si osservano spesso pattern intestinali instabili: alternanza tra stipsi e urgenza, evacuazioni disordinate o impulsive, uso irregolare di pratiche evacuative. Questo riflette un Sé corporeo frammentato, segnato da oscillazioni emotive e difficoltà nella regolazione degli stati affettivi. Il corpo diventa un campo di battaglia tra spinte contraddittorie: bisogno di controllo e abbandono, dipendenza e rifiuto, fame e rifiuto del nutrimento. La disregolazione emotiva si iscrive così nella fisiologia intestinale, trasformando il prolasso in un'espressione della difficoltà a costruire confini stabili tra sé e l'altro. L'intervento terapeutico richiede una lettura integrata tra funzioni corporee e assetto relazionale.

5. Qualsiasi tipo di prolasso + stress cronico / vulnerabilità subclinica

OSP predominante: Evitante / Somatizzante ± DEP

Disturbo psichico tipico: Stress cronico, sintomi subclinici d'ansia o umore

In questi pazienti, non è sempre presente una psicopatologia strutturata, ma si rileva una vulnerabilità di fondo che si esprime attraverso il corpo. Il prolasso, in qualunque forma si presenti, assume una funzione di regolazione indiretta del disagio psichico: tensione cronica, somatizzazione, disturbi funzionali dell'alvo diventano modalità per esprimere emozioni che non trovano parola. L'organizzazione evitante o depressiva sottostante agisce spesso in modo silente, portando

il soggetto a negare o minimizzare il proprio malessere. Il corpo parla là dove la mente tace. Il percorso terapeutico deve valorizzare l'ascolto del sintomo come canale comunicativo e ripristinare una relazione consapevole con l'esperienza emotiva. L'adozione di una prospettiva fenotipica SPR consente di superare una visione riduzionista del prolasso rettale, favorendo una comprensione multilivello e personalizzata. Ogni configurazione clinica diventa così una narrazione incarnata, in cui il corpo non è solo sede della patologia, ma testimone della storia soggettiva.

DISCUSSIONE

I fenotipi SPR consentono una lettura più complessa e personalizzata del prolasso rettale, riconoscendone non solo la varietà anatomica, ma anche le radici psicologiche e relazionali^{4,5,6}. In questa prospettiva, il sintomo non è un semplice "errore biologico", ma un tentativo dell'organismo di ristabilire coerenza identitaria. Il corpo fragile, sorvegliato o imperfetto diventa allora conferma e stabilizzazione del senso di sé, assumendo una funzione simbolica oltre che clinica. Va sottolineato che questa integrazione tra post-razionalismo e psicosomatica è una proposta originale dell'autore, nata dall'osservazione clinica e dall'analisi teorica dei diversi ambiti. Pur non esistendo precedenti consolidati in letteratura, il modello rappresenta un tentativo di combinare strumenti teorici diversi per comprendere la complessità del prolasso rettale e la funzione simbolica del sintomo nella vita della persona⁶. Questo approccio evidenzia la necessità di un modello biopsicosociale integrato, in cui interventi chirurgici, nutrizionali e psicoterapici si combinano secondo la specificità del paziente^{9, 10, 11}. La diagnosi, in tal senso, non si limita a descrivere un'anomalia anatomica, ma si apre a cogliere il significato che il sintomo assume nella vita della persona, integrando prospettive corporee, cognitive e relazionali.

BIBLIOGRAFIA

1. Damasio AR. *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Harcourt; 1999.
2. Stern DN. *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books; 1985.
3. Schore AN. *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York: Norton & Company; 2012.
4. Guidano VF. *Complexity of the Self: A Developmental Approach*. New York: Guilford Press; 1991.
5. Guidano VF, Liotti G. *Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approach to Psychotherapy*. New York: Guilford Press; 1983.
6. Caretti V, Baldaro B. *Psicosomatica Integrata e Regolazione Emotiva*. Milano: Franco Angeli; 2016.
7. Dodi G, Carsughi A. La sindrome del prolasso rettale: aspetti anatomo-funzionali e centrali. Proposta nosografica innovativa per una visione multidimensionale. *Pelvipereologia* 2025;44:23-27.
8. Carsughi A. Il prolasso rettale come complessità mente-corpo. *Pelvipereologia* 2025;44:79-80.
9. Madoff RD, Wexner SD. *Functional Disorders of the Pelvic Floor: The Interface of Gastroenterology and Psychiatry*. Berlin: Springer; 2002.
10. Fairburn CG. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press; 2008.
11. Whitehead WE, Wald A. *Psychophysiology of the Gastrointestinal Tract: Disorders and Treatments*. Amsterdam: Elsevier; 2015.

DICHIARAZIONE

L'autore dichiara l'assenza di conflitti di interesse, finanziamenti o problemi di riservatezza connessi con la pubblicazione del presente articolo.

Corrispondenza
carsughigmail.com

Appendice

Il corpo come voce del trauma

La mia storia personale inizia con una perdita precoce, quella di mio padre, all'età di circa sette anni e mezzo. Una ferita emotiva profonda e impossibile da contenere, che ha trovato presto una via di fuga nel corpo: un dolore viscerale muto, che si faceva sentire dove le parole mancavano. A questo primo trauma si è aggiunto, negli anni successivi, un secondo: un abuso, protratto nel tempo, che sono riuscita a verbalizzare solo intorno ai tredici anni e mezzo. Purtroppo, la mia voce non ha trovato ascolto. Nonostante il coraggio della rivelazione, non sono state attivate protezioni né riconosciuta la gravità del vissuto. Il silenzio ha continuato a fare da cornice al dolore. In quel vuoto emotivo e relazionale, ho cominciato a cercare controllo. L'alimentazione è diventata il primo terreno di battaglia. Ho iniziato a restringere il cibo, scegliendo alimenti "sani", poveri di grassi, ricchi di fibre: un'illusione di purezza che nascondeva la fame di sicurezza e contenimento. Ma non bastava.

Ho introdotto lassativi, prima saltuariamente, poi con una frequenza crescente. La spinta a svuotarmi diventava urgente, quasi compulsiva: un bisogno non solo fisiologico, ma esistenziale. Dovevo liberarmi, ogni giorno, da un peso che non riuscivo a nominare.

Col tempo, il mio corpo ha cominciato a cedere. Il pavimento pelvico, sottoposto a tensioni continue, ha perso tono.

L'intestino, abusato e stanco, ha iniziato a ribellarsi. Fino a quando, un giorno, ho notato qualcosa di anomalo: una massa che fuoriusciva durante la defecazione. Era l'inizio del prolasso rettale completo.

La diagnosi è stata confermata. Era necessario un intervento chirurgico. L'ho affrontato con paura, ma anche con la sensazione che fosse solo l'inizio di un percorso più profondo. Perché sì, il corpo poteva essere riparato, ma la vera guarigione doveva avvenire altrove: nelle stanze intime della mente e della memoria.

La psicoterapia mi ha aiutata a mettere ordine nel caos. A dare un nome ai vissuti, un senso al dolore. Ho compreso che il mio corpo non mi stava tradendo: stava parlando. Il prolasso non era un evento isolato, ma l'epilogo di una lunga catena di significati non detti. Un grido incarnato.

Oggi, dopo anni di lavoro interiore, posso dire di aver ritrovato un equilibrio. La mia funzione intestinale è tornata autonoma, svincolata da rituali ossessivi. E il mio corpo, da nemico silenzioso, è diventato alleato e narratore. È anche per questo che ho scelto di diventare psicologa e psicoterapeuta: per accompagnare altri corpi sofferenti a ritrovare la propria voce, e altre anime silenziose a riscoprire il linguaggio della cura.

Alessia Carsughi

Recensione

Il silenzio che non mi appartiene di Alessia Carsughi

SARA MORONI

Psicologa, Servizio Civile FAVO, Aistom, Padova

Il corpo che ricorda, la parola che cura

Questo libro è un racconto che nasce dal corpo prima ancora che dalle parole. È la storia di un'infanzia luminosa e protetta, interrotta bruscamente dalla perdita improvvisa del padre, figura centrale e riferimento affettivo assoluto. Con la sua morte, il mondo dell'autrice perde stabilità e continuità: ciò che viene meno non è solo una presenza, ma la sensazione stessa di sicurezza. Il lutto, mai davvero nominato né condiviso, si deposita silenziosamente nel corpo, diventando peso, tensione, trattenimento. Negli anni della preadolescenza, il bisogno di essere vista e accolta espone l'autrice a una relazione ambigua e abusante, inizialmente percepita come rifugio emotivo. L'abuso non viene riconosciuto subito come tale: si manifesta piuttosto attraverso la confusione, la vergogna e un senso di colpa profondo, amplificato dal silenzio e dall'assenza di parole. Nasce così il "segreto", che si incarna nel corpo e si traduce in sintomi, fino a trovare espressione nei disturbi del comportamento alimentare, vissuti come tentativo di controllo, difesa e sopravvivenza.

Il racconto procede intrecciando memoria personale e riflessione psicologica, mostrando come il dolore non ascoltato cerchi altre vie per farsi sentire. Il corpo diventa il luogo in cui il trauma si iscrive e si ripete, ma anche lo spazio da cui può iniziare una lenta possibilità di cura. Centrale è il ruolo della relazione: solo l'incontro con sguardi capaci di ricono-



scimento consente all'autrice di dare un significato alla propria storia.

Il racconto dell'abuso segna un passaggio decisivo. È il momento in cui il silenzio si spezza e il corpo, dopo anni di contenimento, cede. Da lì prende avvio un percorso di riappropriazione di sé, in cui il dolore non viene cancellato ma trasformato. Il libro diventa così una testimonianza della forza trasformativa: una narrazione che restituisce dignità alla fragilità e mostra come anche dalle fratture più profonde possa emergere una nuova possibilità di vita.

Il testo è quindi non solo una memoria autobiografica, ma anche una riflessione profonda sulla capacità di rialzarsi, sul ruolo delle relazioni terapeutiche e sulla possibilità di rinascita dopo esperienze di dolore estremo. Questo

libro lo consiglierei innanzitutto a chi ha vissuto esperienze di lutto, abuso o sofferenza corporea e fatica a trovare parole per raccontarle: perché può offrire uno spazio di riconoscimento profondo, senza giudizio. È una lettura preziosa anche per psicologi, psicoterapeuti, educatori e operatori della cura, perché aiuta a comprendere come il trauma si iscriva nel corpo e quanto la relazione sia centrale nei processi di guarigione. Infine, lo consiglierei a chiunque voglia avvicinarsi con delicatezza e rispetto ai temi della fragilità umana e della resistenza interiore, come atto di ascolto e di consapevolezza.

Studio sulla riabilitazione della donna post partum affetta da dolore pelvico cronico

FRANCESCA ROLLI¹, DONATELLA GIRAUDO²

¹ Ostetrica libera professionista Parma (Piccole Figlie Hospital, Medisaluser, Poliambulatorio Braglia)
² Dottore in Fisioterapia, Ospedale San Raffaele Ville Turro, Milano

Riassunto: Lo studio si propone di descrivere la presenza o meno di modificazioni a carico della percezione della sintomatologia relativa al dolore pelvico cronico dopo il parto su un campione di gestanti affette da sindrome da dolore pelvico cronico persistente (DPC) che si sono sottoposte a trattamento rieducativo pelvi-perineale in gravidanza. È stato condotto un case series su donne reclutate presso due centri di riabilitazione pelvi-perineale dell'Emilia Romagna. Dai risultati è emerso che, a circa un mese dal parto, il dolore pelvico è stato valutato come migliorato (valori medi di 5/10 alla VAS) da ben 4 donne sulle 5 prese in esame. La scala VAS sembra essere un ottimo strumento di valutazione e se associata al testing perineale può rivelare se il sintomo doloroso determina o è associato a disfunzioni muscolari perineali.

Parole chiave: Dolore pelvico femminile; Parto vaginale; Pavimento pelvico; Gravidanza

Study on the rehabilitation of postpartum women with chronic pelvic pain

Abstract: The study aims to describe the presence or absence of changes in the perception of symptoms relating to chronic pelvic pain after childbirth in a sample of pregnant women affected by CPPs who underwent pelvic-perineal re-educational treatment during pregnancy. A case series was conducted on women recruited at two pelvic-perineal rehabilitation centers in Emilia Romagna. The results showed that, approximately one month after giving birth, pelvic pain was rated as improved (average values of 5/10 on the VAS) by 4 out of the 5 women examined. The VAS scale appears to be an excellent evaluation tool and if associated with perineal testing it can reveal whether the painful symptom causes or is associated with perineal muscle dysfunction.

Keywords: Female pelvic pain; Vaginal birth; Pelvic floor; Pregnancy

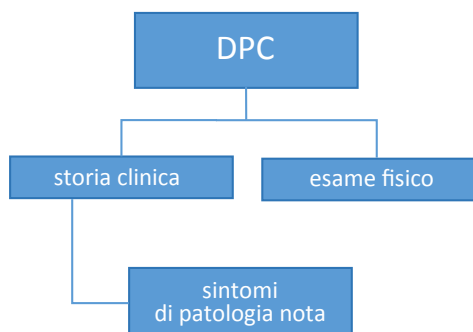
INTRODUZIONE

All'origine del DPC si trova una condizione di disregolazione quantitativa e qualitativa del sistema delle afferenze provenienti dall'area pelvica sottoposte al controllo centrale di stimoli inibitori o modulatori. Alla base della cronicità del dolore sta il meccanismo di sincrona eccitazione di quote crescenti di fibre C innescando una condizione di ipereccitabilità centrale tendente ad automantenersi, denominata *wind up*. Questo fenomeno viene definito in letteratura come *neural axial central sensitization* e il sintomo caratteristico di tale condizione è denominato allodinia¹⁻³. Il trattamento del DPC prevede un approccio di tipo biopsicosociale, atto dunque a migliorare progressivamente la qualità di vita dei pazienti intervenendo direttamente sulle fonti di mantenimento del dolore attraverso una terapia di tipo comportamentale, sull'alimentazione e proponendo alternative valide finalizzate a consentire un regolare svolgimento del quotidiano senza aumentare il circolo vizioso dolore-contrattura-ischemia⁴. La riduzione dello stress gioca un ruolo chiave nella percezione del dolore cronico. Molto utile la fase dell'*explain pain*, dove si spiega al paziente nel dettaglio il meccanismo alla base del suo dolore. Ciò per evitare che si intensifichino sensazioni di ansia e frustrazione, elementi che potrebbero ulteriormente peggiorare la percezione dolorosa. Si utilizzano in particolare tecniche come *myofascial trigger point release* e massaggio di Thiele.

Relativamente alla prevenzione dei danni perineali innescati dalla gravidanza e dal parto possiamo dire con certezza che il *pelvic floor muscle training* si è rivelato efficace secondo la migliore evidenza scientifica nella prevenzione di incontinenza nell'ultimo periodo della gravidanza e nel post partum. Gli esercizi specifici adattati allo stadio della gravidanza, riducono significativamente il dolore pelvico serale o il dolore lombo-pelvico. Anche la fisioterapia, l'agopuntura, un intervento multimodale o l'aggiunta di una cintura pelvica rigida all'esercizio sembrano alleviare il dolore pelvico o alla schiena in gravidanza⁵.

Un aspetto caratteristico delle strutture della pelvi in gravidanza è la ridotta *form closure*: si tratta della diminuzione della stabilità passiva del cingolo pelvico. In questi casi può insorgere una sintomatologia algica come pubalgia, lombo-

sciatalgia, lombalgia o sindrome del piriforme. L'approccio riabilitativo in caso di ridotta *form closure* in gravidanza e nel post partum prevede esercizi mirati all'incremento del controllo motorio e della stabilizzazione locale⁶. A tal proposito vale la pena specificare che il muscolo elevatore dell'ano rientra nella categoria dei muscoli stabilizzatori locali. Può essere utile la prescrizione di una cintura pelvica atta al miglioramento della verticalizzazione della colonna vertebrale. Non esiste però ad oggi un protocollo specifico riabilitativo per la gestione del dolore gravidanza-correlato. Si possono trovare indicazioni illuminanti sulla preparazione del perineo al parto nei libri di Bernadette De Gasquet⁷, la quale parla di approccio posturo-respiratorio e massaggio del perineo. Utile a scopo preventivo informare le donne durante i corsi di preparazione al parto e far loro percepire le modifiche dell'ampiezza dei diametri di stretto superiore e inferiore del bacino attraverso i movimenti di intra ed extra rotazione dei femori, oltre a spiegare l'importanza della contronutazione e del movimento dell'articolazione sacro-coccigea al momento del passaggio della testa fetale al fine di evitare difficoltà durante il periodo espulsivo. Altrettanto utile illustrare le posture adottabili durante il parto^{8,9}. Infatti un altro momento critico per il perineo oltre alla gravidanza, è l'espulsione della parte presentata: in questa fase il trauma si estrinseca anche attraverso un danno muscolare indiretto indotto dalla sofferenza del nervo pelvico. La compressione sembra essere in particolare dannosa sul tratto di nervo pudendo che



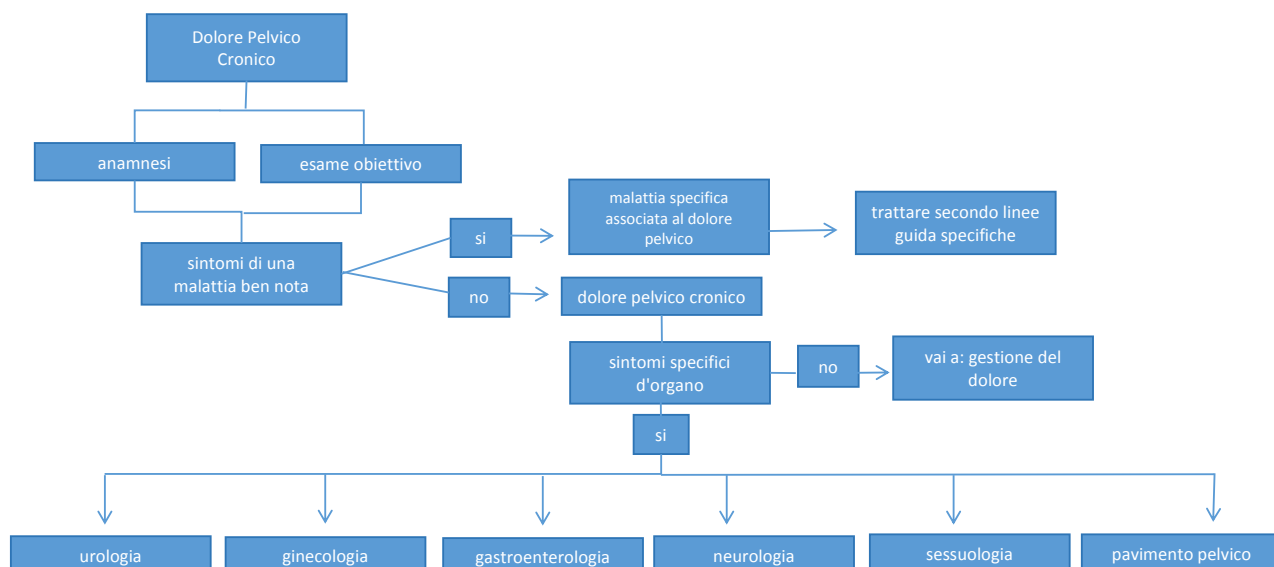


Fig.1. Algoritmo EAU 2015 per la diagnosi e il management del DPC

decorre nel canale di Alcock ovvero sulla faccia interna della branca ischiopubica. Nel caso delle donne affette da DPC va tenuto conto del fatto che il protrarsi nel tempo di una postura squilibrata, come appunto in caso di dolore perineale, può produrre un'alterazione della componente viscoelastica di alcuni gruppi muscolari, con conseguente aumento della forza di resistenza passiva di questi muscoli. Prove provenienti da singoli studi suggeriscono che l'agopuntura o la terapia craniosacrale migliorano il dolore pelvico in gravidanza e che anche la terapia osteomanipolativa o un intervento multimodale possono essere di beneficio¹⁰. Spesso al dolore si associa una componente tipica muscolare perineale definita *non relaxing pelvic floor*, tale per cui la paziente non è in grado di rilassare volontariamente la muscolatura pelvi-perineale e spesso anche il reclutamento attivo risulta limitato. Il pavimento pelvico di queste pazienti presenta un'alterata attività muscolare che si manifesta con un aumento del tono di base, difficoltoso rilassamento correlato o meno a minzione o attività sessuale e alterazione dell'attività contrattile. Ciò determina modifiche delle proprietà viscoelastiche muscolari che come conseguenze può avere una riduzione del flusso ematico, accumulo di metaboliti e ischemia, che a loro volta possono innescare nuovo dolore. Il trattamento riabilitativo delle pazienti affette da DPC prevede un modello di tipo biopsicosociale, come ad esempio quello proposto da Wise e Anderson nel 2005: il protocollo consiste nell'applicazione di due tecniche terapeutiche, ovvero la terapia manuale e il trattamento cognitivo-comportamentale.

Il DPC è una condizione difficile che colpisce circa il 26% della popolazione femminile mondiale: rappresenta annualmente il 40% delle laparoscopie e il 12% delle isterectomie negli Stati Uniti, anche se l'origine del DPC non è ginecologico nell'80% dei pazienti. Dolore e disfunzione muscoloscheletriche si riscontrano nel 50%-90% dei pazienti con DPC¹¹.

Ad oggi la letteratura non propone trattamenti specifici per il DPC in gravidanza. Si può dunque procedere impostando un trattamento riabilitativo mirato al miglioramento della sintomatologia algica che tenga conto delle specificità del perineo della paziente oltre che dell'anamnesi e delle modificazioni fisiche, ormonali e posturali caratteristiche della gravidanza. Dal momento che le terapie strumentali sono controindicate in gravidanza, si imposterà un trattamento incentrato su tecniche manuali e chinesiterapiche. Sarà utile procedere con l'individuazione di eventuali *trigger point/tender areas* e procedere con il trattamento: qualora la bendelletta risulti palpabile e il *trigger point* accessibile, la

risposta in contrazione riflessa della bendelletta palpata è il segno clinico con il miglior potere discriminante. La finalità del trattamento sarà di rilasciare le fibre contratte, riportare il muscolo alla sua lunghezza funzionale e recuperare la piena articularità dei segmenti. Ad oggi non disponiamo di studi che indichino quale tecnica terapeutica manuale sul dolore sia più efficace di un'altra, dunque la scelta dipenderà dalle caratteristiche cliniche della specifica paziente.

Il dolore del travaglio è fisiologico quando culmina nella nascita spontanea, potenzia la salute della madre e del neonato promuovendo la gratificazione dell'esperienza¹².

Quest'ultimo assume connotazioni patologiche invece quando è associabile a uno stato neuroendocrino materno a prevalenza ortosimpatica¹³, con ovvie conseguenze negative su lattazione e creazione del fisiologico pattern ormonale affettivo.

Parliamo invece di dolore iatrogeno quando è provocato da alcune manovre ostetriche che determinano un aumento della percezione del dolore nella partoriente¹³.

MATERIALI E METODI

Con questa casistica si è voluto valutare l'eventuale modificazione della sintomatologia nelle pazienti con DPC in seguito a trattamento rieducativo pelvi-perineale e preparatorio al parto.

È stato condotto uno studio descrittivo secondo modello P.I.O. Sono state reclutate cinque pazienti donne in gravidanza con DPC. Sono state escluse tutte le donne con le seguenti caratteristiche: < 18 anni, patologie neurologiche, pazienti che manifestavano scarsa collaborazione.

Per ogni paziente è stata redatta anamnesi accurata che comprendeva: la durata e la localizzazione della sintomatologia dolorosa, caratteristiche dell'alvo, presenza di sintomi al basso tratto urinario e terapia farmacologica in atto. Nel contesto di qualsiasi tipo di dolore cronico, prove crescenti mostrano che uno stile di vita malsano è associato allo sviluppo del dolore e alla gravità del dolore. Inoltre, le cattive abitudini di vita sono un fattore che perpetua il dolore cronico. Ciò è di particolare rilevanza durante il corso della vita, poiché un basso livello di attività fisica, scarso sonno o periodi di stress sono fattori comuni in periodi critici della vita delle donne (ad esempio, durante le mestruazioni, durante la gravidanza, nel periodo post-partum). Sulla base delle attuali prove, i benefici dell'attività fisica e dell'esercizio per le donne con dolore pelvico sono supportati in una certa misura. Le prove disponibili sui fattori

dello stile di vita come sonno, (di)stress, dieta e consumo di tabacco/alcol sono, tuttavia, inconcludenti. Esistono diverse motivazioni per studiare l'effetto della promozione di uno stile di vita sano (precocemente) nella vita di una donna per quanto riguarda la prevenzione e la gestione del dolore pelvico. Gli interventi sullo stile di vita potrebbero avere, tra gli altri, effetti antinfiammatori, di riduzione dello stress e/o di miglioramento del sonno, che potrebbero influenzare positivamente l'esperienza del dolore. Sono quindi necessarie ricerche per districare la relazione tra fattori legati allo stile di vita, come livello di attività fisica, sonno, dieta, fumo e disagio psicologico, e l'esperienza del dolore pelvico. Sono necessari studi che affrontino lo sviluppo di strategie di gestione per adattare stili di vita specificamente pensati per le donne con dolore pelvico e che, in quanto tali, tengano conto dello stato ormonale, degli eventi della vita e del contesto. Età < 30 anni, basso indice di massa corporea, fumo, menarca precoce (< 12 anni), cicli più lunghi, flusso mestruale abbondante, nulliparità, sindrome premestruale, sterilità, sospetto clinico di malattia infiammatoria pelvica, abuso sessuale e sintomi psicologici sono stati associati alla dismenorrea. Età più giovane al primo parto, esercizio fisico e contraccettivi orali sono stati associati a una riduzione della dismenorrea. Menopausa, malattia infiammatoria pelvica, abuso sessuale, ansia e depressione sono stati associati alla dispareunia. L'abuso di droghe o alcol, l'aborto spontaneo, il flusso mestruale abbondante, la malattia infiammatoria pelvica, un precedente taglio cesareo, la patologia pelvica, l'abuso e la comorbilità psicologica sono stati associati a un rischio aumentato di dolore pelvico non ciclico¹⁴. Le pazienti selezionate si sono sottoposte mediamente a 6 sedute di trattamento della durata di 45 minuti circa con cadenza mono o bisettimanale. Le tecniche utilizzate sono state: rilasciamento dei *trigger points*, massaggio perineale, tecniche per migliorare consapevolezza e coordinazione respiratoria. Le sedute erano strutturate al fine di raggiungere determinati obiettivi: far conoscere alla paziente concetti fondamentali di anatomia, fisiologia e patologia della propria problematica, illustrare gli obiettivi del trattamento e informarle su di esso. Favorire la presa di coscienza del proprio respiro e dell'attività muscolare perineale ponendo attenzione alle sensazioni derivanti dalla contrazione e dal rilassamento muscolare, anche utilizzando metafore. Fondamentale per poter intervenire su un tono muscolare accentuato oltre che per ottenere una contrazione funzionale. Far in modo che la paziente effettui una contrazione selettiva della muscolatura perineale, eliminando sinergie. Si è impostato poi un lavoro

di autoallenamento associato ad automassaggio domiciliare, ponendo attenzione al piano perineale durante le attività quotidiane. All'anamnesi seguiva una ricerca palpatoria dei trigger points, che sono stati trattati ad ogni seduta.

In conformità agli obiettivi prefissati è stata assunta come indicatore di outcome primario la Visual Analogic Scale. La scala VAS, proposta da Scott-Huskisson negli anni '70, consiste nel raffrontare una rappresentazione visiva all'intensità del dolore che la paziente avverte. Il punteggio è compreso tra 0 e 10 dove 0 rappresenta l'assenza di dolore mentre 10 il peggior dolore possibile. Sono state esaminate 5 donne, di cui 4 primipare e 1 pluripara. Quattro hanno affrontato una gravidanza fisiologica, solo una è stata ricoverata per minaccia di parto pretermine. Nessuna ha subito interventi ginecologici. Tre soffrono di dolore superficiale ai rapporti e due di dolore profondo. Due donne su cinque hanno subito un parto operativo. Solo tre di queste hanno seguito un corso di preparazione al parto. Tutte presentavano alterazioni posturali tranne una. Tre donne su cinque soffrivano di stipsi, una presentava alvo alterno e solo una era regolare. Durante la valutazione perineale iniziale sono stati rilevati i seguenti dati: due presentavano una distanza ano-vulvare inferiore ai 3-4 cm mentre le altre inferiore ai 3 cm; tre di queste avevano un nucleo fibroso centrale introflesso, una estroflesso e una normotonico; tutte hanno mostrato un buon reclutamento muscolare perineale al testing tranne una, la quale aveva un reclutamento difficoltoso ma presente; al testing fasico 3 donne su 5 dimostravano avere una moderata forza contrattile; valutando l'affaticabilità è emerso che 3 donne su 5 non riproducevano più di 2-5 contrazioni valide; al testing tonico sempre 3 donne su 5 non mantenevano una contrazione valida per più di 5 secondi; tutte tranne una avevano trigger point vestibolari attivi; in tutte erano presenti tender areas, solo due li avevano sia sui muscoli ischio-cavernosi, che sul trasverso superficiale, che sulla muscolatura pelvi-trocanterica; solo due riuscivano a mantenere la contrazione durante respirazione fluida; due presentavano bombement addominale al test; in tutte erano presenti i riflessi dell'area sacrale tranne in una donna in cui non è stato rilevato il riflesso addomino-perineale; nessuna presentava prolapsi in ortostatismo; emorroidi presenti in una sola donna del campione analizzato; il tono degli sfinteri anali è stato rilevato presente in tutte le pazienti, solamente in una si presentava ridotto; capacità di rilassare gli sfinteri anali parziale in due donne su cinque. Si è domandato alle pazienti quale fosse il livello di disagio e dunque il desiderio di intraprendere un percorso terapeutico e tre di loro hanno risposto di avere un elevato disagio e un forte desiderio di intraprendere un percorso riabilitativo. Le strategie adottate vertevano prevalentemente su educazione comportamentale, esercizio personalizzato, terapia decontratturante manuale e massaggio elasticizzante. Le tecniche prevalentemente utilizzate consistevano nell'ottimizzazione del reclutamento e nella coordinazione respiratoria, nell'applicazione di massaggio elasticizzante e nell'esecuzione di stretching ed esercizi di mobilità di bacino. Tutte hanno eseguito più di 6 sedute riabilitative. Tre donne effettuavano sedute una volta ogni due settimane, mentre due una volta a settimana. Tre pazienti su cinque eseguivano compiti domiciliari come esercizi ed auto-trattamento. Solo due hanno dimostrato scarsa compliance al lavoro domiciliare o scarsa costanza nella frequenza delle sedute, mentre solo una donna ha sospeso il percorso per un periodo a causa di complicazioni insorte in corso di gravidanza. Sono stati applicati interventi di modificazione dello stile di vita su tutte le pazienti tranne una e vertevano principalmente sulla riduzione del fumo di sigaretta, introduzione di attività fisica moderata e regime alimentare il più possibile sano ed equilibrato. Tre pazienti su cinque hanno dato un feedback positivo sul lavoro riabilitativo svolto in gravidanza sul pavimento pelvico, due non si sono espresse in merito.

Tabella 1 – Elementi anamnestici che potrebbero avere una certa valenza sotto il profilo eziopatogenetico del dolore¹⁴.

	%
Attività fisica	80
Uso abituale di alcool	40
Fumo	20
Depressione	20
Stipsi	60
Terapie farmacologiche in atto	20
Vaginiti ricorrenti	40
Cistiti post coitali	20
Allergie	20
Vita sessuale attiva	80
Soddisfazione sessuale	80
Partecipazione a corso pre parto	60
Precedente utilizzo di contraccettivi ormonali	80
Interventi ginecologici pregressi	0
Aumento ponderale >15 kg in gravidanza	0
Peso neonato >3,5 kg	0

Tabella 2 – Quadro generale ostetrico-anamnestico.

Primipare		4 (80%)		Pluripare		4 (80%)	
Episiotomia		Lacerazione di secondo grado		Lacerazione di primo grado		Perineo integro	
2 (40%)		2 (40%)		1 (20%)		0	

Tabella 3 – Raffronto dei valori relativi a esperienza dolore tramite scala VAS.

	Valori medi pre parto	Valori medi post parto
VAS (0-10)	8	5,8

Tabella 4 – Media dei valori rilevati con valutazione funzionale muscolare perineale (scala Oxford).

	Range di riferimento	Media pre parto	Media post parto
F (testing fasico)	0 - 5	2,4	2,6
E1 (testing tonico)	0 - 3	1,4	1,4
E2 (testing per resistenza)	0 - 3	1,8	1,4

RISULTATI

Tutte e cinque le pazienti hanno partorito spontaneamente, tre di queste con analgesia epidurale, due hanno utilizzato tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore. Solamente due hanno proseguito un allattamento al seno esclusivo. Tre donne tra le esaminate hanno subito lacerazione spontanea di primo o secondo grado, due episiotomia, nessuna con perineo integro. Il dolore pelvico post partum è stato valutato come migliorato da ben 4 donne sulle 5 prese in esame, solo una ha riferito di percepirlo peggiorato. Al testing perineale dopo il parto è stato riscontrato che: due donne avevano una buona capacità contrattile al test fasico, due presentavano una contrazione appena accennata e solo una con forza moderata; al test tonico solo due pazienti riuscivano a mantenere la contrazione perineale tra i 5 e i 10 secondi; come affaticabilità solo due donne riuscivano a ripetere da 2 a 5 contrazioni valide consecutivamente; alla valutazione in ortostatismo 3 donne su 5 presentavano un prolasso di primo grado; quattro donne su cinque presentavano un buon tono e trofismo del perineo posteriore. È stata rilevata una capacità di rilassamento completa post contrazione su due donne delle 5 analizzate; erano presenti sinergie muscolari di adduttori e glutei in due pazienti, di cui una presentava attivazione anche della muscolatura addominale; trigger points vestibolari erano presenti in 3 donne su 5; le cicatrici perineali si presentavano in tutte le donne ben adese e normalmente cicatrizzate.

DISCUSSIONE

Verosimilmente ci si potrebbe aspettare che intervenire preventivamente per ridurre i tassi di complicazioni a carico delle strutture pelviche in donne affette da DPC in gravidanza possa evitare peggioramenti della sintomatologia algica associata alla patologia, in quanto l'obiettivo che ci si potrebbe prefiggere è proprio questo. Nessuno penserebbe mai ad un possibile miglioramento dell'entità del dolore cronico post partum in pazienti affette da DPC, questo *case series* permette a tal proposito di aprire invece questa possibilità: il dato sorprendente relativamente alla diminuzione di gran parte dei punteggi assegnati alla percezione del dolore in scala VAS post partum potrebbero far pensare ad un possibile effetto terapeutico della preparazione del perineo al parto in queste pazienti, associato ad un'azione diretta della componente ormonale tipica della gravidanza. Dato certo è che le donne che hanno avuto un parto chirurgico, compreso il parto vaginale operativo e il taglio cesareo, hanno dichiarato una minore capacità di affrontare il dolore conseguente. I risultati di questo studio suggeriscono che un'adeguata preparazione del perineo al parto in donne affette da DPC, potrebbe favorire un *outcome* positivo relativamente al parto per via vaginale. In questo senso sarebbe interessante

rivalutarle anche a distanza di più tempo dal parto, ad esempio al termine dell'allattamento al seno, al momento del capoparto o a più di un anno dall'evento parto: esistono delle determinanti che influenzano la percezione corporea e dunque del dolore dopo il parto, come ad esempio la produzione di ossitocina per chi allatta al seno o l'aumento dei livelli di estrogeni e androgeni con la ripresa delle mestruazioni, che potrebbero fornire effettivamente ulteriori conferme o smentite sull'ipotesi iniziale di questo studio. In questo caso la componente centrale assume un'importanza rilevante nel complesso meccanismo di controllo del dolore. I risultati suggeriscono che la produzione di relaxina e le modificazioni a livello del SNC in gravidanza potrebbero avere un ruolo, insieme all'esercizio terapeutico e alla terapia manuale, nella prevenzione del peggioramento del DPC nel post parto o addirittura nel miglioramento della sintomatologia, infatti dai dati emerge un ottimo recupero dal punto di vista della cicatrizzazione e guarigione dei tessuti post lacerazione associata alla quasi totale assenza di variazione dei valori al testing perineale. Il miglioramento dei valori della VAS indicano un parallelo miglioramento della qualità di vita dei campioni esaminati. Tutte hanno affrontato un parto per via vaginale, di cui due operativo.

BIBLIOGRAFIA

- Dubner R. Basic mechanism of pain associated with deep tissues. *Can J Physiol Pharmacol* 1991; 69 (5): 607-609
- Ness T, Gebhart G. Visceral Pain: a review of experimental studies. *Pain* 1990; 41(2): 167-234
- Jensen TS, Finnerup NB. Allodynia and hyperalgesia in neuropathic pain: clinical manifestations and mechanisms. *Lancet Neurol*. Sep;13(9):924-35
- Wise D, Anderson R. Un mal di testa nel bacino : una nuova interpretazione e una terapia per le sindromi del dolore pelvico cronico. National Center for Pelvic Pain Research; 6° edizione, 2016
- Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 2015(9)
- Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Edra Spa, 2023
- De Gasquet B. Perineo: fermiamo il massacro! Ed. italiana a cura di D Giraudo, EdiErmes 2014
- Einion A. Hypnosis and hypnobirthing for labour - a critical selective narrative review. *Pract Midwife*. 2016;19(11):25-7
- Miller S. Hypnobirthing, metodi pratici per migliorare il parto. Odoya srl, 2021
- Gutke A, Betten C, Degerskär K et al. Treatments for pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review of physiotherapy modalities. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(11):1156-67
- Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. *JAMA* 2021;325(23):2381-2391.
- Spandrio R, Regaglia A, Bertetti G. Fisiologia della nascita. dai prodrumi al post parto. Carocci Faber 2015
- Castagneri M, Reglia A, Bestetti G. Nel dolore del parto, Carocci Faber, 2019
- Latthe P, Mignini L, Gray R et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006;332(7544):749-55

DICHIARAZIONE

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse, finanziamenti o problemi di riservatezza connessi con la pubblicazione del presente articolo.

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento particolare al Professor GF Lamberti.

Corrispondenza
francescarolli92@gmail.com

Rapporto anale ricettivo: implicazioni cliniche e valutazione multidimensionale. Questionario sul sesso anale in una popolazione a diversa identità di genere

SARA MORONI¹, GIUSEPPE DODI²

¹ Psicologa Servizio Civile Aistom, Favo, Padova
² Centro Pelvi, Padova

Riassunto: Il rapporto anale ricettivo (RAR) è una pratica sessuale riferita con sempre maggiore frequenza sia in contesti eterosessuali che omosessuali maschili. La letteratura recente evidenzia come tale pratica possa essere associata a esperienze di piacere e intimità relazionale, ma anche a potenziali rischi per la salute ano-rettale e per il funzionamento del pavimento pelvico. Studi clinici e osservazionali descrivono un'associazione tra RAR e sintomi quali dolore anale, ragadi, emorroidi e incontinenza anale, soprattutto in presenza di fattori di rischio quali elevata frequenza, scarsa lubrificazione, modalità penetrative intense e disfunzioni del pavimento pelvico. Accanto agli aspetti fisiopatologici, emergono dimensioni psicologiche e relazionali rilevanti, tra cui ansia anticipatoria, stigma sociale, comunicazione di coppia e consenso. Alla luce di questa complessità, si rende necessario un approccio multidimensionale che integri valutazione clinica, prevenzione ed educazione sessuale. L'articolo sottolinea l'utilità di una metodologia di valutazione strutturata per esplorare in modo sistematico le componenti fisiche, psicologiche e relazionali del RAR e promuovere interventi preventivi e terapeutici mirati.

Parole chiave: Rapporto anale ricettivo; Pavimento pelvico; Incontinenza fecale; Salute sessuale; Prevenzione

Receptive anal intercourse: clinical implications and multidimensional assessment. A questionnaire on anal sex behaviors in a gender-diverse population

Abstract: Receptive anal intercourse (RAR) is a sexual practice reported with ever increasing frequency in both heterosexual and homosexual contexts. Recent literature highlights how this practice can be associated with experiences of pleasure and relational intimacy, but also with potential risks for anorectal health and pelvic floor function. Clinical and observational studies describe an association between RAR and symptoms such as anal pain, anal fissures, hemorrhoids, and anal incontinence, especially in the presence of risk factors such as frequent intercourse, poor lubrication, intense penetrative modalities, and pelvic floor dysfunction. In addition to the pathophysiological aspects, significant psychological and relational dimensions emerge, including anticipatory anxiety, social stigma, couple communication, and consent. Given this complexity, a multidimensional approach integrating clinical assessment, prevention, and sexuality education is necessary. The article highlights the usefulness of a structured assessment methodology to systematically explore the physical, psychological, and relational components of RAR and promote targeted preventive and therapeutic interventions.

Keywords: Receptive anal intercourse; Pelvic floor; Fecal incontinence; Sexual health; Prevention

INTRODUZIONE E SCOPO DEL LAVORO

Il rapporto anale ricettivo (RAR) è una pratica sessuale che viene ammessa o dichiarata con sempre minore reticenza sia nelle relazioni eterosessuali che tra uomini che fanno sesso con uomini (MSM) e trattata anche nella stampa di informazione. Studi recenti evidenziano un aumento della sua prevalenza nella popolazione generale, con percentuali che variano dal 16% al 36% tra le donne eterosessuali e valori significativamente più elevati tra gli MSM^{1,2}. Parallelamente a questa diffusione, la letteratura scientifica ha iniziato a interrogarsi in modo più sistematico sulle possibili implicazioni del RAR per la salute ano-rettale e per il funzionamento del pavimento pelvico.

Le evidenze disponibili delineano un quadro complesso, in cui piacere sessuale, intimità relazionale e benessere psicologico coesistono con potenziali rischi fisici e psicologici, rendendo necessaria una lettura integrata e non riduzionista del fenomeno³.

Lo scopo del presente lavoro è *analizzare* analizzare il RAR come fenomeno sessuale complesso, esplorandone in modo integrato le implicazioni fisiopatologiche, cliniche, psicologiche e relazionali. Attraverso una revisione critica della letteratura recente, l'articolo intende descrivere i principali rischi per la salute ano-rettale e per il funzionamento del pavimento pelvico associati al RAR, senza trascurare le dimensioni di piacere, intimità e significato soggettivo dell'esperienza.

Evidenziando il ruolo dei fattori di rischio comportamentali e psicosociali, un ulteriore obiettivo è quello di sottolineare la necessità di superare approcci clinici riduzionisti e promuovere una valutazione multidimensionale della persona.

In tale prospettiva, il lavoro si propone di motivare l'utilità di *strumenti di valutazione* strutturati in grado di esplorare sistematicamente le componenti fisiche, psicologiche e relazionali del RAR, al fine di orientare interventi preventivi, educativi e terapeutici più mirati e personalizzati, nell'ambito della salute sessuale e del benessere globale.

Infine la proposta di un *questionario* anonimo mirato a raccogliere più informazioni possibili sui parametri sopradescritti da parte di una popolazione eterogenea, mira a documentare lo stato delle cose e la validità degli strumenti di informazione, di prevenzione e di cura nella prospettiva di un miglioramento di tutte le attività in questione.

ASPETTI FISIOPATOLOGICI E CLINICI

Dal punto di vista anatomico e funzionale, il canale anale non è fisiologicamente deputato alla penetrazione ripetuta. La stimolazione meccanica reiterata può determinare microtraumi della mucosa, alterazioni della sensibilità rettale e disfunzioni neuromuscolari dello sfintere anale e del pavimento pelvico¹.

Tra le principali condizioni cliniche associate al RAR sono descritte anodisparesia, ragadi anali, emorroidi sintomatiche, urgenza defecatoria e incontinenza anale^{3,4}. Studi osservazionali indicano che il rischio di incontinenza anale (in generale e ai gas in particolare) e fecale (episodi frequenti di incontinenza alle feci) aumenta in relazione alla frequenza e alla durata della pratica nel tempo, sia nelle donne sia negli MSM^{2,4}.

I fattori di rischio maggiormente riportati includono: assenza o insufficienza di lubrificazione, elevata frequenza dei rapporti, modalità penetrative intense o non graduali, pra-

Tab. 1. Questionario per lo studio dei comportamenti legati al sesso anale in una popolazione adulta a diversa identità di genere.

<p>1: Dati generali e comportamentali</p> <p>1. Hai mai praticato il rapporto anale ricettivo? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No → <i>se no, fine questionario</i></p> <p>2. Con quale frequenza pratici il rapporto anale ricettivo? <input type="checkbox"/> Meno di una volta al mese <input type="checkbox"/> 1-3 volte al mese <input type="checkbox"/> Una volta a settimana <input type="checkbox"/> Più volte alla settimana <input type="checkbox"/> Variabile / non regolare</p> <p>3. Da quanto tempo pratici il rapporto anale ricettivo? <input type="checkbox"/> < 6 mesi <input type="checkbox"/> 6-12 mesi <input type="checkbox"/> 1-3 anni <input type="checkbox"/> > 3 anni</p> <p>4. Di solito utilizzi lubrificanti durante il rapporto? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Qualche volta <input type="checkbox"/> Mai</p> <p>5. Utilizzi il preservativo durante il rapporto anale? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Qualche volta <input type="checkbox"/> Mai</p> <p>6. Hai mai praticato forme di sesso anale considerate “intense”, “rough” o collegate a BDSM (es. penetrazione profonda, veloce, uso di oggetti)? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere</p> <p>2: Esperienze fisiche e sintomi ano-rettali</p> <p>7. Hai mai sperimentato dolore durante la penetrazione anale (anodispareunia)? <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Qualche volta <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Sempre</p> <p>8. Hai mai provato dolore dopo il rapporto anale? <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Intenso</p> <p>9. Hai mai avuto sanguinamento anale dopo un rapporto? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. Negli ultimi 3 mesi, hai sperimentato uno dei seguenti sintomi? <i>(spuntare tutto ciò che si applica)</i> <input type="checkbox"/> Sensazione di incompletezza durante la defecazione <input type="checkbox"/> Difficoltà a trattenere gas <input type="checkbox"/> Perdite fecali (incontinenza fecale) <input type="checkbox"/> Sensazione di urgenza fecale <input type="checkbox"/> Emorroidi sintomatiche <input type="checkbox"/> Ragadi anali <input type="checkbox"/> Nessuno dei precedenti</p> <p>11. Nella tua esperienza, la frequenza del rapporto anale influisce sulla comparsa dei sintomi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so</p> <p>3: Pavimento pelvico e percezione corporea <i>(derivata dai dati su fisiopatologia, iperattività e neuromodulazione)</i></p> <p>12. Hai mai ricevuto una diagnosi di disfunzione del pavimento pelvico? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Se hai risposto “sì” alla domanda precedente, quale/i? _____</p> <p>13. Percepisci tensione o difficoltà a “rilassare” i muscoli anali durante la penetrazione? <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Qualche volta <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Sempre</p> <p>14. Hai mai utilizzato dilatatori anali per ridurre il dolore o migliorare la tolleranza? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	<p>4: Dimensione psicologica <i>(basata sugli studi su dolore/piacere, stigma, qualità di vita, motivazioni)</i></p> <p>15. Qual è il tuo livello medio di ansia prima di un rapporto anale? <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Intenso</p> <p>16. In che misura percepisci stigma sociale riguardo al sesso anale? <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Intenso</p> <p>17. Ti è mai capitato di accettare un rapporto anale senza pieno desiderio o motivazione personale? <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Qualche volta <input type="checkbox"/> Spesso <input type="checkbox"/> Sì, molte volte</p> <p>18. Quali sono le tue motivazioni principali per praticare il rapporto anale? <i>(spuntare tutte le applicabili)</i> <input type="checkbox"/> Piacere fisico <input type="checkbox"/> Intimità/emozione con il partner <input type="checkbox"/> Curiosità <input type="checkbox"/> Varietà sessuale <input type="checkbox"/> Piacere del partner <input type="checkbox"/> Pressione del partner <input type="checkbox"/> Pressione socioculturale / normalizzazione <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>19. Come valuteresti la qualità emotiva complessiva delle tue esperienze di sesso anale? <input type="checkbox"/> Molto positiva <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Neutra <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Molto negativa</p> <p>5: Dimensione relazionale e consenso</p> <p>20. Alla richiesta di un rapporto anale, quanto ti senti libero/a di dire “no”? <input type="checkbox"/> Completamente libero/a <input type="checkbox"/> Generalmente libero/a <input type="checkbox"/> Poco libero/a <input type="checkbox"/> Per niente libero/a</p> <p>21. Valuti adeguata la comunicazione con il tuo partner riguardo a limiti, dolore e preferenze? <input type="checkbox"/> Sì, sempre <input type="checkbox"/> Sì, in generale <input type="checkbox"/> Non molto <input type="checkbox"/> No</p> <p>22. Ti sei mai sentito/a giudicato/a o non ascoltato/a quando hai espresso disagio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferisco non rispondere</p> <p>6: Prevenzione, benessere e trattamenti <i>(riferito agli interventi di fisioterapia e prevenzione dei traumi)</i></p> <p>23. Hai mai ricevuto informazioni professionali sul sesso anale sicuro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p>24. Hai mai fatto fisioterapia del pavimento pelvico? <input type="checkbox"/> Sì, per motivi legati al sesso anale <input type="checkbox"/> Sì, per altri motivi <input type="checkbox"/> No, ma mi interesserebbe <input type="checkbox"/> No, non mi interessa</p> <p>25. Quali strategie usi per ridurre dolore o infortuni? <i>(spuntare tutte le applicabili)</i> <input type="checkbox"/> Lubrificazione adeguata <input type="checkbox"/> Penetrazione lenta e graduale <input type="checkbox"/> Comunicazione continua <input type="checkbox"/> Evitare pratica quando dolorosa <input type="checkbox"/> Uso di dilatatori <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Altro: _____</p>
---	--

tiche “rough” o associate a BDSM ossia pratiche sessuali e relazionali basate su bondage-disciplina (B-D), dominazione-sottomissione (D-S) e sadismo-masochismo (S-M), iperattività o mancato rilasciamento del pavimento pelvico¹. Analogamente a quanto descritto nei modelli multifattoriali delle disfunzioni evacuative, tali condizioni raramente possono essere attribuite a un singolo fattore causale, ma risultano dall’interazione tra componenti biologiche, comportamentali e psicologiche.

DIMENSIONE PSICOLOGICA E RELAZIONALE

Oltre agli aspetti fisici, la letteratura sottolinea il ruolo centrale delle variabili psicologiche e relazionali nell’esperienza del RAR. Studi qualitativi sulle donne eterosessuali mostrano come dolore e piacere coesistano spesso all’interno della stessa esperienza, e come la percezione del dolore sia fortemente influenzata da ansia anticipatoria, comunicazione con il partner e grado di consenso^{5,6}.

In particolare l’accettazione del rapporto anale in assenza di pieno desiderio personale o per compiacere il partner emerge come fattore associato a esperienze negative e a un aumento della tensione muscolare perineale⁷. Tra gli MSM, variabili psicosociali quali stigma, isolamento e bassa qualità della vita risultano correlate a comportamenti sessuali più rischiosi e a una maggiore vulnerabilità sul piano della salute fisica e mentale⁸.

Questi dati suggeriscono che il disagio ano-rettale non possa essere interpretato esclusivamente come esito meccanico della penetrazione, ma debba essere letto come espressione di un equilibrio complesso tra corpo, emozioni e contesto relazionale.

ESIGENZA DI STRUMENTI DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Alla luce di questa complessità, emerge la necessità di strumenti di valutazione strutturati in grado di esplorare in modo sistematico le diverse dimensioni coinvolte nel RAR. Il Questionario sul Rapporto Anale Ricettivo (Tab.1, link <https://tinyurl.com/yckfrkvt>) è stato sviluppato con l’obiettivo di raccogliere informazioni su aspetti comportamentali, sintomi ano-rettali, funzioni del pavimento pelvico, dimensioni psicologiche, relazionali e strategie di prevenzione. La sua articolazione in 6 sezioni riflette un approccio multidimensionale, concettualmente affine al “modello dell’iceberg” utilizzato in ambito proctologico: i sintomi clinicamente evidenti rappresentano solo la parte emersa di un quadro più ampio, in cui fattori sommersi (psicologici, relazionali e comportamentali) possono giocare un ruolo determinante nella genesi e nel mantenimento di un disturbo¹.

IMPLICAZIONI PREVENTIVE E TERAPEUTICHE

L’analisi congiunta delle evidenze di letteratura e della struttura del questionario suggerisce che la prevenzione rappresenti un elemento centrale nella promozione della salute ano-rettale. Educazione sessuale basata su evidenze scientifiche, uso sistematico di lubrificanti adeguati, gradualità

della penetrazione e valorizzazione della comunicazione e del consenso costituiscono interventi a basso costo e ad alto potenziale preventivo³.

In presenza di sintomatologia persistente, la fisioterapia del pavimento pelvico emerge come intervento terapeutico di prima linea, con approcci che includono educazione, esercizi di rilassamento, biofeedback e uso di dilatatori. Tuttavia, la letteratura evidenzia ancora una carenza di studi clinici randomizzati volti a valutare efficacia e durata di tali interventi specificamente in relazione al RAR¹.

CONCLUSIONI

Il rapporto anale ricettivo si configura come una pratica sessuale complessa, in cui dimensioni fisiche, psicologiche e relazionali risultano strettamente interconnesse. Un approccio clinico riduzionista rischia di medicalizzare impropriamente esperienze che potrebbero beneficiare, in prima istanza, di interventi educativi e preventivi mirati. L’integrazione tra dati di letteratura e strumenti di valutazione multidimensionale appare una prospettiva promettente per migliorare la presa in carico clinica e promuovere una salute sessuale più consapevole, sicura e rispettosa delle differenze individuali.

BIBLIOGRAFIA

1. Chen AB, Kalichman L. Pelvic floor disorders due to anal sexual activity in men and women: a narrative review. Arch Sex Behav 2024;53(10):4089-98.
2. Garros A, Bourrely M, Sagaon-Teyssier L et al. Risk of fecal incontinence following receptive anal intercourse: survey of 21,762 men who have sex with men. J Sex Med 2021;18(11):1880-90.
3. Dickstein DR, Edwards CR, Rowan CR et al. Pleasurable and problematic receptive anal intercourse and diseases of the colon, rectum and anus. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2024;21(6):377-405.
4. Geynisman-Tan J, Kenton K, Leader-Cramer A et al. Anal penetrative intercourse as a risk factor for fecal incontinence. Urogynecology 2018;24(3):252-55.
5. Štulhofer A, Ajduković D. A mixed-methods exploration of women’s experiences of anal intercourse: meanings related to pain and pleasure. Arch Sex Behav 2013;42(6):1053-62.
6. McBride KR. Heterosexual women’s anal sex attitudes and motivations: a focus group study. J Sex Res 2019;56(3):367-77.
7. Fahs B, Swank E, Clevenger L. Troubling anal sex: gender, power, and sexual compliance in heterosexual experiences of anal intercourse. Gender Issues 2015;32(1):19-38.
8. Zhu Y, Liu J, Qu B et al. Relationship between quality of life and unprotected anal intercourse among Chinese men who have sex with men: a cross-sectional study. BMC Public Health 2016;16(1):382.

DICHIARAZIONE

Gli autori dichiarano l’assenza di conflitti di interesse, finanziamenti o problemi di riservatezza connessi con la pubblicazione del presente articolo.

Corrispondenza

sara.moroni@unipd.it
giuseppe.dodi@unipd.it

Viaggio in India: dialogo tra oriente e occidente sulla salute pelvica femminile

LOREDANA LA TORRE

Fisioterapista presso Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma

Riassunto: Un possibile dialogo tra Oriente e Occidente nella comprensione e nella cura della salute pelvica femminile viene esplorato mettendo a confronto due modelli culturali e terapeutici profondamente diversi ma potenzialmente complementari. Attraverso un'analisi delle tradizioni indiane, basate su Yoga, Ayurveda e pratiche rituali tramandate, e dell'approccio europeo fondato su evidenze cliniche, tecnologia e riabilitazione funzionale, il lavoro esamina il ruolo del pavimento pelvico nelle principali fasi della vita della donna: gravidanza, parto, post-parto e menopausa. In India, la prevenzione e la consapevolezza corporea sono integrate nello stile di vita quotidiano fin dalla pubertà, mentre in Europa l'intervento è spesso tardivo e orientato alla cura del danno già instaurato. L'articolo evidenzia come l'integrazione tra prevenzione olistica orientale e precisione diagnostico-riabilitativa occidentale rappresenti un modello innovativo e sostenibile per la tutela della salute pelvica femminile, promuovendo un approccio globale, consapevole e centrato sulla donna.

Parole chiave: Salute pelvica femminile; Pavimento pelvico; Prevenzione olistica; Riabilitazione pelvica; Dialogo Oriente-Occidente

Journey to India: a dialogue between east and west on female pelvic health

Abstract: A potential dialogue between East and West in the understanding and treatment of female pelvic health is explored by comparing two profoundly different yet potentially complementary cultural and therapeutic models. Through an analysis of Indian traditions, based on Yoga, Ayurveda, and traditional ritual practices, and the European approach grounded in clinical evidence, technology, and functional rehabilitation, the article examines the role of the pelvic floor in the main stages of a woman's life: pregnancy, childbirth, postpartum, and menopause. In India prevention and body awareness are integrated into daily lifestyles from puberty, while in Europe, intervention is often delayed and focused on treating damage that has already occurred. The article highlights how the integration of Eastern holistic prevention and Western diagnostic and rehabilitative precision represents an innovative and sustainable model for the protection of female pelvic health, promoting a comprehensive, informed, and woman-centered approach.

Keywords: Female pelvic health; Pelvic floor; Holistic prevention; Pelvic rehabilitation; East-West dialogue

INTRODUZIONE

Il pavimento pelvico non è soltanto un complesso sistema fasciale e muscolare, è il baricentro della salute, della sessualità e della forza generativa di ogni donna. Tuttavia, il modo in cui questa regione intima viene percepita, curata e riabilitata varia profondamente tra culture diverse.

In India la cura della zona genitale affonda le radici in una sapienza millenaria che accompagna la donna sin dalla pubertà: qui, il benessere pelvico non è una risposta a una patologia, ma un esercizio quotidiano di consapevolezza spirituale e fisica, integrato attraverso lo Yoga e i rituali ayurvedici che preparano il corpo alla danza della gestazione e alla transizione della menopausa.

Al contrario la prospettiva Europea ha storicamente trattato il pavimento pelvico come un "tabù silenzioso", portandolo alla luce della consapevolezza quasi esclusivamente nel momento del bisogno clinico. Se in Oriente prevale la prevenzione olistica, in Occidente domina la riabilitazione d'eccellenza: un approccio tecnico, scientifico e altamente specializzato che interviene con precisione chirurgica o tecnologica nel post-partum e nella senescenza. Questo articolo si propone di esplorare il delicato confronto tra queste due visioni: da un lato la donna indiana, che "abita" il proprio bacino come un tempio da preservare, e dall'altro la donna europea, che sta riscoprendo oggi, attraverso la riabilitazione funzionale, l'importanza vitale di riconnettersi con la propria radice muscolare.

GRAVIDANZA E PARTO:

IL BACINO "IL TEMPIO DELLA CREAZIONE"

La visione indiana: yoga, ayurveda e tradizione popolare

Nella cultura indiana la gravidanza non è solo un evento fisiologico, ma un percorso spirituale e fisico chiamato "Garbh Sanskar", questo termine deriva dal sanscrito ed ha un significato profondo "educazione nel grembo materno"

Si basa sulla credenza che il bambino percepisca emozioni, stimoli ed insegnamenti, già durante la gravidanza.

I pensieri della madre e l'ambiente circostante influenzano

direttamente lo sviluppo cognitivo, emotivo e spirituale del nascituro. Gli elementi che hanno maggiore significato vengono qui di seguito elencati.

L'ascolto della musica, musica classica o mantra: si pensa che le vibrazioni sonore abbiano un effetto calmante e stimolino lo sviluppo cerebrale; **lettura e pensiero positivo:** la madre è incoraggiata a leggere testi spirituali trasmettendo valori morali al feto; **dieta "Sattvica":** alimentazione pura, fresca e nutriente, che nutre non solo il corpo, ma anche la mente; **meditazione** con cui la madre rimane calma, riduce lo stress, evitando che gli ormoni legati all'ansia (cortisolo) influenzino il bambino; **comunicazione (Samvad):** i genitori parlano continuamente al feto accarezzando la pancia per stabilire un legame affettivo precoce; **preparazione muscolare (yoga):** a differenza della sedentarietà spesso imposta in passato in Occidente, la tradizione yogica promuove posture come Malasana (lo squat profondo) che sotto il profilo scientifico, mantiene la mobilità della sinfisi pubica, delle articolazioni sacro iliache, l'elasticità delle anche e di tutta la muscolatura perineale; **Ayurveda e Olii (Abhyanga):** la pratica di massaggiare l'addome e la zona perineale con olio di sesamo caldo non è solo un rituale, serve a migliorare la viscoelasticità dei tessuti cutanei e muscolari, riducendo le lacerazioni da parto; **Cultura dei Popoli:** in molte comunità rurali il parto avviene in posizione verticale o accovacciata, sfruttando la gravità e l'apertura naturale del bacino, una pratica che la medicina moderna europea sta riscoprendo solo recentemente.

In Europa

In Europa l'approccio è prevalentemente clinico. La donna viene spesso monitorata per patologie (diabete gestazionale, preeclampsia), ma la preparazione fisica del pavimento pelvico è spesso delegata a pochi corsi pre-parto, spesso solo teorici. Poca osservazione viene dedicata alla zona genitale, raramente si invita la gestante ad osservarsi con uno specchio per capire e conoscere questo rombo perineale nascosto tra le gambe. Non esiste il massaggio perineale come prevenzione e cura: ultimamente alcune ostetriche illumina-

te insegnano alla gestante, nelle ultime due settimane prima del parto, il massaggio per preparare l'elasticità dei tessuti al passaggio del bimbo, ma ancora oggi sono poche purtroppo le strutture che preparano la flessibilità di questo tessuto e rendono la donna consapevole e partecipe al passaggio del bimbo. Non vengono chieste quasi mai le abitudini minzionali o defecatorie di grande importanza per la funzionalità degli sfinteri e fondamentali nel gioco delle pressioni sull'utero, vescica e retto. Non viene osservata la postura e la distribuzione dei carichi nel quotidiano. Il parto avviene in posizione litotomica, certo non facilitante nei movimenti di rotazione del bambino che si incanala per la nascita, e non facilita la donna perché non accompagna la discesa del bimbo sfruttando la gravità. La dieta viene considerata solo per evitare un aumento eccessivo di peso della mamma; difficilmente vengono considerati i cibi che possono aiutare la crescita del bimbo e la salute della gestante.

La madre continua a correre e lavorare a pieno ritmo almeno fino al settimo mese di gravidanza ed avere poco tempo per la gestazione

La differenza. Quindi, mentre in India la "riabilitazione" inizia durante la gravidanza tramite il movimento quotidiano e lo stile di vita, in Europa si tende a intervenire dopo, quando il danno muscolare è già avvenuto.

IL POST-PARTO: RECUPERO E RINASCITA

La donna indiana: il rituale dei 40 giorni, Sutika Kaal

In India il post-parto non è solo una fase medica, ma un rito di passaggio chiamato Sutika Kaal che dura circa 40 giorni. La priorità è riportare il corpo al suo equilibrio termico e fisico. Ciò avviene con i provvedimenti descritti di seguito.

Il *massaggio ayurvedico (Abhyanga)*: subito dopo il parto la donna viene sottoposta a massaggi quotidiani con oli medicati caldi, come l'olio di sesamo, massaggi che non riguardano solo la schiena, ma includono l'area addominale e pelvica per stimolare la circolazione e il drenaggio dei luchi; la *fasciatura addominale (Vethu Killi)*: viene praticata una fasciatura stretta dell'addome con lunghi teli di cotone. L'obiettivo non è estetico, ma funzionale, serve a fornire supporto passivo ai muscoli addominali per prevenire la diastasi e, indirettamente, per ridurre la pressione sul pavimento pelvico, aiutando gli organi interni a "tornare in sede"; *bagni di vapore e calore*: si utilizzano erbe medicinali nell'acqua calda per favorire la guarigione dei tessuti perineali e prevenire infezioni; *riposo assoluto*: la neo-mamma è sollevata da ogni compito domestico. Questo riposo forzato previene prolapsi precoci dovuti a sforzi eccessivi in un momento in cui i legamenti sono ancora lassi a causa della relaxina (l'ormone della gravidanza).

La donna europea: la riabilitazione funzionale

In Europa il periodo post-parto (puerperio) è monitorato sotto l'aspetto clinico e il recupero è focalizzato sulla ripresa della competenza muscolare attraverso la *fisioterapia*, non viene consigliato il *riposo assoluto* subito dopo il parto che è fondamentale per riprendere i tessuti e gli organi subito dopo la nascita del bimbo e viene consigliato l'*allattamento* su un fianco. Con il *metodo Devis* (decompressione viscerale) viene consigliata la posizione declive subito dopo il parto per evitare che il peso degli organi spinga su un tessuto stanco e provato per la gravidanza e il parto; la *visita uroginecologica* viene consigliata a circa 6-8 settimane dopo il parto per una valutazione del pavimento pelvico, controllare il tono muscolare, la presenza di cicatrici (episiotomia o lacerazioni) e la gestione dell'eventuale incontinenza; *esercizi di Kegel e biofeedback*: a differenza del massaggio passivo indiano, l'approccio europeo è attivo, si insegnano esercizi di contrazione e rilassamento (Kegel) e in molti centri si usa il biofeedback con una sonda che trasmette a un monitor l'intensità della contrazione, rendendo la donna consape-

vole del lavoro muscolare; la *ginnastica ipopressiva* è una tecnica molto popolare in Europa, viene consigliata 4 mesi dopo il parto (specialmente in Spagna e Francia) e utilizza la respirazione e il vuoto addominale per "aspirare" verso l'alto i visceri, decongestionando il pavimento pelvico senza aumentare la pressione intra-addominale; *il ritorno allo sport graduale*: l'attenzione europea è molto focalizzata sul "quando" tornare all'attività fisica, con protocolli precisi per evitare che sport ad alto impatto (corsa, pesi) non danneggino un perineo ancora debole.

La differenza. La percezione del contrasto è immediata con la differenza tra "prevenzione olistica" dell'India e la "riabilitazione clinica" dell'Europa.

LA MENOPAUSA – LA TRANSIZIONE VERSO L'ETÀ DELLA SAGGEZZA

La visione indiana: conservazione dell'energia e Prana

In India, la menopausa è vista come il passaggio allo stadio di Vanaprastha (ritiro e riflessione). Un tema è rappresentato dalla *conoscenza della muscolatura*: anche se una donna indiana rurale potrebbe non saper definire il "muscolo pubococcigeo", la pratica dei Bandha (sigilli energetici) nello Yoga, come il Mula Bandha (contrazione della radice), è scientificamente sovrapponibile agli esercizi di Kegel europei. Questi servono a prevenire il prolasso uterino e l'incontinenza urinaria, frequenti con il calo degli estrogeni. C'è poi la *fitoterapia*: l'uso di erbe come lo Shatavari (*Asparagus racemosus*) agisce come fitoestrogeno naturale, aiutando a mantenere il trofismo (la salute e il nutrimento) delle mucose vaginali e della muscolatura pelvica. L'India insegna dunque la *prevenzione integrata*: la struttura muscolare è preservata attraverso la cultura del movimento, lo yoga e l'alimentazione sin dalla pubertà. La conoscenza è empirica e legata alla tradizione.

In Europa: riabilitazione e tecnologia

La menopausa è spesso gestita come una carenza ormonale da colmare (TOS - Terapia Ormonale Sostitutiva). La riabilitazione pelvica europea è all'avanguardia tecnologica: si usano sonde vaginali, biofeedback laser e radiofrequenza per stimolare il collagene. L'Europa eccelle nella riabilitazione specialistica: La medicina europea offre strumenti incredibili per recuperare funzioni perse, ma spesso manca di una cultura della prevenzione che parta dalle abitudini quotidiane.

Il confronto. Il divario: c'è un paradosso, la donna europea ha più accesso alla cura medica della menopausa, ma spesso arriva a questa fase con una muscolatura pelvica più debole a causa della vita sedentaria. La donna indiana tradizionale, pur avendo meno accesso a tecnologie mediche, beneficia di una memoria muscolare derivante da una vita passata in movimento e in posizioni (come sedersi a terra) che proteggono il tono pelvico. L'integrazione tra la consapevolezza corporea indiana (conoscere la propria "muscolatura" attraverso il sentire e la tradizione) e la precisione clinica europea (conoscere l'anatomia per riparare) sembra rappresentare il futuro ideale per la salute della donna globale.

PREVENZIONE E RIABILITAZIONE

In India la prevenzione è spesso intrinseca nello stile di vita (es. la posizione dello squat profondo usata per pulire o cucinare mantiene il pavimento pelvico elastico), in Europa la riabilitazione è tecnologica (biofeedback, elettrostimolazione) e la vita sedentaria su sedie e divani indebolisce la muscolatura, rendendo necessaria la "cura" dopo il danno. Molte donne indiane (soprattutto nelle aree rurali) potrebbero non conoscere l'anatomia scientifica della zona, ma ne comprendono la "funzione" attraverso la tradizione. Al contrario, una donna europea può conoscere il nome del muscolo ma non saperlo attivare correttamente perché disconnessa dal proprio corpo.

Un altro aspetto fondamentale che emerge dal confronto tra i due mondi riguarda proprio l'uso di erbe e rimedi naturali per il trattamento della cistite e delle infiammazioni pelviche, tema che arricchisce ulteriormente il dialogo tra prevenzione e cura. In Occidente, la cistite viene spesso affrontata come un'infezione da debellare, puntando sull'utilizzo di antibiotici; al contrario, nella tradizione indiana (Ayurveda) questi disturbi sono interpretati come un eccesso di "calore" (squilibrio del Pitta) da raffreddare o riequilibrare. Le donne indiane prediligono alimenti e bevande che abbiano la funzione di "raffreddare" le vie urinarie e attenuare il bruciore, evitando cibi riscaldanti e optando per soluzioni naturali. I rimedi più diffusi sono i seguenti: *acqua di coriandolo*, *Dhania Water* ottenuta lasciando in ammollo i semi di coriandolo in acqua tutta la notte, da bere al mattino come potente antinfiammatorio naturale per la vescica; *acqua d'orzo* preparata facendo bollire chicchi d'orzo fino a ottenere un liquido torbido, utilizzato come diuretico delicato per "lavare via" i batteri; *latticello*, *Takra* o *Buttermilk*, una bevanda fermentata simile allo yogurt molto diluito con acqua e spezie, ricca di probiotici naturali efficaci nel ripristinare la flora vaginale e intestinale; *amla*, *uva spina indiana*, frutto ad altissimo contenuto di Vitamina C, assunto fresco o in polvere per acidificare le urine e limitare l'adesione batterica; *acqua di riso*, l'acqua di bollitura del riso bianco, bevuta per proteggere le mucose infiammate grazie al sottile film che crea. Inoltre, nella fase acuta le donne indiane evitano spezie piccanti e prediligono spezie "curative" come la *curcuma* (antidolorifica e antinfiammatoria) e i *semi di finocchio* (masticati o in tisana per ridurre gli spasmi addominali). L'approccio indiano suggerisce anche di diluire lo yogurt bianco in acqua e consumarlo ai pasti, oppure di scegliere *acqua di cocco* pura per idratarsi senza alimentare la candida. Queste pratiche, semplici ma profondamente radicate nella tradizione, rappresentano una risorsa preziosa che l'Europa potrebbe integrare nella quotidianità, andando oltre la sola risposta farmacologica.

In questa prospettiva, domandarsi come si preparano in casa l'acqua di coriandolo o l'acqua d'orzo non è solo una curiosità, ma il primo passo verso una nuova consapevolezza: prendersi cura di sé in modo preventivo e naturale, adottando piccoli gesti che, uniti alla precisione diagnostica europea, possono davvero rivoluzionare la salute femminile. Così, la tradizione indiana insegna a considerare la prevenzione come parte integrante della vita di ogni giorno, offrendo spunti preziosi per arricchire e integrare l'approccio occidentale.

Il focus sulla *prevenzione* rappresenta dunque il vero punto di incontro tra la tradizione indiana e la medicina europea, soprattutto quando si affrontano tematiche come la cistite. In India, la prevenzione è parte integrante della quotidianità: grazie allo stile di vita attivo, all'attenzione per l'alimentazione e alla conoscenza empirica dei rimedi naturali tramandati, le donne riescono spesso a proteggere la salute del pavimento pelvico e delle vie urinarie senza ricorrere immediatamente alla medicina convenzionale. L'uso di ali-

menti e bevande che "raffreddano" il corpo, come l'acqua di coriandolo, l'acqua d'orzo, il latticello o l'amla, evidenzia un approccio che punta a ristabilire l'equilibrio interno e a prevenire l'insorgere di infiammazioni in modo soft e naturale. In Europa, invece, l'attenzione si concentra prevalentemente sulla diagnosi precoce e sul trattamento tecnologico e farmacologico delle patologie, cistite compresa. La cultura della "cura dopo il danno" si riflette nell'uso puntuale di antibiotici, biofeedback e tecnologie avanzate per recuperare funzionalità. Tuttavia, come mostrato nel confronto tra i due mondi, la prevenzione non viene ancora sufficientemente integrata nella routine quotidiana. Questo rappresenta un'opportunità: le donne europee potrebbero trarre grande beneficio dall'introduzione di semplici abitudini preventive ispirate alla tradizione indiana, come l'uso regolare di bevande e alimenti funzionali, insieme a pratiche di movimento e ascolto del proprio corpo.

CONCLUSIONE

Il confronto tra Oriente e Occidente nella cura della salute pelvica femminile mette in luce non solo o non tanto una contrapposizione, quanto una profonda possibilità di integrazione. Da un lato, la tradizione indiana offre una visione preventiva, incarnata e quotidiana del benessere pelvico, in cui il corpo viene ascoltato, sostenuto e accompagnato lungo tutto l'arco della vita attraverso il movimento, l'alimentazione, i rituali e l'uso consapevole dei rimedi naturali. Dall'altro, la medicina europea mette a disposizione strumenti diagnostici, riabilitativi e tecnologici di grande precisione, capaci di intervenire in modo efficace quando la funzionalità è compromessa. L'analisi delle diverse fasi della vita della donna evidenzia come la prevenzione precoce e la consapevolezza corporea possano ridurre significativamente il rischio di disfunzioni pelviche, mentre la riabilitazione specialistica rappresenta una risorsa fondamentale nei casi in cui il danno è già presente. Il vero punto di incontro tra i due modelli risiede dunque nella possibilità di un approccio integrato, che unisca la saggezza preventiva orientale alla competenza clinica occidentale. Promuovere una cultura della salute pelvica che parta dall'educazione, dall'ascolto del corpo e da piccoli gesti quotidiani. In questa prospettiva, il dialogo tra Oriente e Occidente non è solo auspicabile, ma necessario: rappresenta una via innovativa e sostenibile per una salute pelvica femminile globale, più consapevole, preventiva e realmente centrata sulla donna.

DICHIARAZIONE

L'autore dichiara l'assenza di conflitti di interesse, finanziamenti o problemi di riservatezza connessi con la pubblicazione del presente articolo.

Corrispondenza

Dr.ssa Loredana La Torre
Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma
lorylatorre@gmail.com

Il ruolo della riabilitazione nel dolore pelvico cronico nella donna

ELENA MACCAGNAN

Dirigente Medico Azienda Ulss 1 Dolomiti, UOC Recupero e Rieducazione funzionale Ospedali di Feltre e Lamon Medicina di genere e riabilitazione uro-ginecologica

Riassunto: Il dolore pelvico cronico (DPC) è una condizione complessa e multifattoriale, definita come dolore persistente o ricorrente nella regione pelvica per oltre sei mesi, spesso associato a disfunzioni urinarie, sessuali, intestinali o ginecologiche, con impatto significativo sulla qualità di vita. Le cause possono essere ginecologiche, gastrointestinali, genito-urinarie, neurologiche, osteoarticolari o psicologiche. L'esperienza clinica mostra che il DPC comporta ipertono muscolare, spasmi e dolore alla palpazione, che generano ischemia tissutale e un circolo vizioso di dolore e costrizione. L'Integral Theory di Petros evidenzia il ruolo dei legamenti uterosacrali e cardinali nel mantenimento della stabilità pelvica e nella modulazione del dolore, suggerendo che la debolezza di queste strutture possa contribuire al DPC. La riabilitazione del pavimento pelvico rappresenta un intervento efficace e sicuro, integrando esercizi terapeutici, tecniche manuali (Trigger points release) e fisiche (biofeedback, elettrostimolazione, vibrazioni), con approcci come la Tecnica Skilling per migliorare forza, controllo e riflessi muscolari. Studi e trial clinici confermano che un approccio multidisciplinare e personalizzato riduce dolore, ansia, depressione e disabilità funzionale, migliorando il controllo posturale e la qualità della vita. L'integrazione della riabilitazione con valutazioni anatomico-funzionali dettagliate permette di ottimizzare i protocolli terapeutici e ridurre la necessità di interventi invasivi. In conclusione il DPC richiede un approccio terapeutico integrato; la riabilitazione pelvica costituisce una strategia non invasiva efficace, capace di migliorare gli outcomes clinici e il benessere delle pazienti.

Parole chiave: Dolore pelvico cronico (DPC); Pavimento pelvico; Riabilitazione; Teoria Integrale

The role of rehabilitation in chronic pelvic pain

Abstract: Chronic pelvic pain (CPP) is a complex, multifactorial condition, defined as persistent or recurrent pain in the pelvic region lasting more than six months, often associated with urinary, sexual, intestinal, or gynecological dysfunctions, significantly impacting quality of life. Causes may be gynecological, gastrointestinal, genitourinary, neurological, musculoskeletal, or psychological. Clinical experience shows that CPP is associated with muscle hypertonicity, spasms, and pain on palpation, leading to tissue ischemia and a vicious cycle of pain and constriction. Petros' Integral Theory highlights the role of uterosacral and cardinal ligaments in maintaining pelvic stability and modulating pain, suggesting that weakness in these structures may contribute to CPP. Pelvic floor rehabilitation represents an effective and safe intervention, combining therapeutic exercises, manual techniques (trigger point release), and physical modalities (biofeedback, electrostimulation, vibration therapy), as well as approaches such as the Skilling Technique to improve muscle strength, control, and reflexes. Clinical studies and trials confirm that a multidisciplinary and personalized approach reduces pain, anxiety, depression, and functional disability while improving postural control and quality of life. Integrating rehabilitation with detailed anatomical-functional assessments allows optimization of therapeutic protocols and reduces the need for invasive interventions. In conclusion CPP requires an integrated therapeutic approach; pelvic floor rehabilitation constitutes an effective, non-invasive strategy capable of improving clinical outcomes and patient well-being

Keywords: Chronic pelvic pain (CPP); Pelvic floor; Rehabilitation; Integral Theory

INTRODUZIONE

Secondo la definizione della IASP (International Association for the Study of Pain) e secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità): "il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata ad un danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno". È un'esperienza individuale e soggettiva, caratterizzata da:

- componenti discriminative quali la localizzazione del dolore, l'intensità e la durata;
- componenti emozionali, come la sofferenza, l'angoscia e la partecipazione emotiva all'esperienza;
- componenti motorie-riflesse volte ad evitare lo stimolo doloroso.

Si tratta di un'esperienza multidimensionale cosciente, di un'interpretazione dello stimolo nocicettivo, influenzata dalla memoria e da fattori emozionali, patologici, genetici e cognitivi.

Nello specifico, quando parliamo di dolore pelvico cronico (DPC), facciamo riferimento ad una condizione complessa e multifattoriale, definita come dolore persistente o ricorrente localizzato nella pelvi per una durata superiore a sei mesi, associato a sintomi suggestivi di disfunzione urinaria, sessuale, intestinale o ginecologica, con impatto significativo sulla qualità di vita e sulla funzionalità quotidiana¹.

Le cause sono spesso molteplici, a tratti misconosciute².

Tra le cause principali possiamo riscontrare:

- *patologie ginecologiche:* dismenorrea, endometriosi, sdr premenstruale, aderenze, ecc.
- *patologie gastrointestinali:* sdr del colon irritabile, malattie infiammatorie croniche intestinali, ecc.
- *patologie genito-urinarie:* cistiti interstiziali, vulvodinia, ecc.

- *patologie psicologiche:* ansia, insonnia, storie di abusi
- *patologie neurologiche:* nevralgia del pudendo
- *patologie osteoarticolari:* coccigodinia, sindrome del piriforme, dolori miofasciali.

L'esperienza clinica e numerosi studi dimostrano che le pazienti affette da dolore pelvico cronico presentano:

- un aumento del tono muscolare
- spasmi muscolari
- dolore alla palpazione della muscolatura pelvica.

Questo stato di costrizione/costipazione cronica determina continui spasmi muscolari, con una conseguente riduzione dell'afflusso di sangue nella zona. Ne deriva una condizione di ipossia tissutale, una riduzione della rimozione dei cataboliti e una conseguente condizione di ischemia, edema e fibrosi che autoalimentano, in un circolo vizioso di *ipertono-dolore*, lo stato di costrizione e di dolore.

L'approccio terapeutico, pertanto, deve essere multimodale e personalizzato. La riabilitazione riveste un ruolo centrale nel trattamento di questo problema.

Un contributo importante alla comprensione delle basi anatomiche e funzionali del DPC deriva dalla Integral Theory sviluppata da Peter Petros, che collega i sintomi pelvici (incluso il dolore) a disfunzioni dei legamenti, dei muscoli e del connettivo di sostegno³.

LA TEORIA INTEGRALE DI PETROS

La Integral Theory formulata da Peter Petros nel 1990 propone che il corretto funzionamento degli organi pelvici dipenda non soltanto dalla muscolatura, ma soprattutto dal bilanciamento tra muscoli del pavimento pelvico e strutture di supporto, in particolare i legamenti⁴. Una condizione di iperlascità dei legamenti uterosacrali e cardinali può alterare

la stabilità biomeccanica e stimolare in maniera anomala le terminazioni nervose, generando sintomi dolorosi⁵. Il dolore pelvico cronico, soprattutto quello definito di origine misconosciuta, potrebbe in realtà essere attribuito a una debolezza dei legamenti uterosacrali⁶.

L'identificazione delle strutture di sostegno compromesse consente una diagnosi più mirata e un orientamento terapeutico più specifico.

IL RUOLO DELLA RIABILITAZIONE

Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia della riabilitazione del pavimento pelvico nel ridurre il dolore e migliorare la qualità di vita delle pazienti con DPC:

- una revisione sistematica della letteratura di Potente et al., ha evidenziato una riduzione significativa dell'intensità del dolore in pazienti sottoposti a trattamento riabilitativo specifico⁷

- l'approccio multidisciplinare integrato si è dimostrato efficace non solo sul dolore, ma anche su ansia, depressione e disabilità funzionale⁸

- trial randomizzati hanno confermato che un programma riabilitativo individuale e personalizzato migliora il controllo posturale, il controllo della dinamica respiratoria e il benessere generale^{9,10}.

Secondo la visione di Petros, la riabilitazione può essere potenziata se orientata sulla base della fisiopatologia legamentosa e muscolare mediante l'esercizio terapeutico: attraverso stimolazioni tattili e propriocettive, fisioterapisti specializzati insegnano ai pazienti a rinforzare il pavimento pelvico eliminando sinergie muscolari antagoniste e riducendo in tal modo l'affaticabilità e le contrazioni errate, consentendo di lavorare anche su tecniche di rilassamento. La riabilitazione pelvi perineale si avvale di tecniche manuali come la "Trigger points release": si tratta del trattamento manuale di aree muscolari sia esterne (mm. addominali, piriforme, psoas, quadrato dei lombi) che interne (sia per via vaginale che anale), effettuato con lo scopo di rilassare i trigger points, ovvero dei nodi muscolari particolarmente infiammati e dolenti. L'obiettivo di questa tecnica è quello di alleviare la tensione e il dolore riducendo la contrazione muscolare riflessa, ripristinando in tal modo la normale funzione muscolare.

La *Tecnica Skilling*: è invece una tecnica basata su contrazioni volontarie e guidate dei muscoli pelvici, con lo scopo di migliorarne la forza e il controllo. È stata introdotta come approccio fisioterapico alternativo ai classici esercizi di Kegel, con alcune differenze nell'esecuzione. Si basa su contrazioni rapide, frequenti e dinamiche, con l'idea di allenare meglio il riflesso automatico di chiusura dell'uretra nei momenti di stress (es. colpo di tosse). Gli esercizi vengono collegati a situazioni reali (tossire, sollevare, saltare) per rinforzare il riflesso automatico del pavimento pelvico.

In alcuni casi le tecniche manuali possono essere supportate da terapie fisiche strumentali quali il biofeedback, l'elettrostimolazione antalgica e la recente terapia con vibrazioni.

La riabilitazione rappresenta pertanto un'opzione terapeutica efficace, poco invasiva e sicura. Integrata con la teoria di Petros, essa non si limita al trattamento sintomatico, ma punta a ripristinare la stabilità anatomico-funzionale del pavimento pelvico.

CONCLUSIONI

Il dolore pelvico cronico è una condizione complessa che richiede un approccio integrato e multidisciplinare. La riabilitazione del pavimento pelvico è una componente fondamentale della terapia e può offrire, mediante un approccio non invasivo, un miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

La prospettiva futura è lo sviluppo di protocolli riabilitativi personalizzati basati su valutazioni anatomico-funzionali precise, in grado di migliorare gli outcomes clinici e ridurre la necessità di interventi invasivi.

BIBLIOGRAFIA

1. Parsons BA, Goonewardene, S Dabestani, et al. The benefits and harms of botulinum toxin-A in the treatment of chronic pelvic pain syndromes: A systematic review by the European Association of Urology Chronic Pelvic Pain Panel. *European urology focus*. 2022; 8(1): 320-338.
2. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011; 152(3): S2-S15.
3. Petros PEP, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence: experimental and clinical considerations. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1990; 69(S153): 7-31.
4. Petros PEP. The Integral Theory System. A simplified clinical approach with illustrative case histories. *Pelviperrineology*. 2010;29(2):37-51.
5. Petros PP. Severe chronic pelvic pain in women may be caused by ligamentous laxity in the posterior fornix of the vagina. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1996;36(3):351-354.
6. Petros PE. Diagnosis and treatment of chronic pelvic pain of uterosacral ligament origin. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2004;44(5):483-486.
7. Potente C, Giraudo D, Palleschi G, Lamberti G. Evaluation of the effectiveness of rehabilitation treatment in patients with chronic pelvic pain: a systematic review. *Pelviperrineology*. 2019;38(3):70.
8. Katz L, Fransson A, Patterson L. The development and efficacy of an interdisciplinary chronic pelvic pain program. *Can Urol Assoc J*. 2020;15(6):E323.
9. López-Liria R, Torres-Alamo L, Vega-Ramírez FA, et al. Efficacy of physiotherapy treatment in primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):7832.
10. Dodi G. Chronic pelvic pain: multidisciplinary approach and rehabilitation strategies. *Pelviperrineology*. 2017;36(2):47-52.

DICHIARAZIONE

L'Autore dichiara l'assenza di conflitti di interesse. Lo studio non è stato supportato da alcun finanziamento o da alcuna Azienda.

Corrispondenza

Elena Maccagnan

Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione

elena.maccagnan2@aulssl.veneto.it

Gli abstract di 20 articoli sul **Paradigma della Teoria Integrale** pubblicati su **Annals of Translational Medicine** 2024; 12 (2) sono pubblicati su Pelviperineologia dal numero 2 2025 a cura di G.Dodi, M.P. Di Silvestro e S.Moroni. In questo fascicolo compaiono le sintesi degli articoli 8 e 9. Se ne raccomanda la lettura nella versione completa cliccando su DOI accanto al titolo.

Principi di chirurgia secondo il Paradigma della Teoria Integrale (ITP)

<https://atm.amegroups.org/article/view/123344/html>

MENAHM NEUMAN^{1,2}, BRUCE FARNSWORTH³, XIULI SUN⁴, YUKI SEKIGUCHI⁵, MAREN WENK⁶, HIROMI INOUE⁷

¹Ramat Gan, Israel; ²Be'er Sheva, Israel; ³Sydney, NSW, Australia; ⁴Beijing, China; ⁵Yokohama, Japan; ⁶Mannheim, Germany; ⁷Kamakura, Japan

Questo articolo delinea i principi chirurgici fondamentali del Paradigma della Teoria Integrale (ITP) sviluppato in tre decenni per la gestione delle disfunzioni del pavimento pelvico. L'affermazione centrale dell'ITP è che i **legamenti forniscono la struttura mentre la vagina è responsabile della funzione**, sfidando gli approcci convenzionali che spesso prevedono l'escissione vaginale e l'isterectomia (**Video 1**).

Riformulazione della chirurgia pelvica: la vagina come organo funzionale. Storicamente molti interventi chirurgici pelvici hanno comportato l'escissione di tessuto vaginale per trattare il prolasso o l'incontinenza urinaria da sforzo (IUS). L'ITP si oppone a questo approccio, affermando che le proprietà elastiche della vagina sono essenziali per il mantenimento del controllo urinario e pelvico. La capacità della vagina di allungarsi è favorita dai muscoli circostanti e sostenuta da vari legamenti. La rimozione di parti della vagina compromette il suo contenuto di collagene ed elastina, componenti che non possono rigenerarsi una volta persi, portando potenzialmente a disturbi funzionali come la "sindrome della vagina ancorata" (Tethered Vagina Syndrome, TVS), in cui la formazione di cicatrici causa una perdita incontrollata di urina.

Funzione e riparazione dei legamenti. I legamenti del pavimento pelvico, tra cui il legamento pubo-uretrale (PUL), il legamento uterosacrale (USL), il legamento cardinale (CL) e altri, agiscono come supporti strutturali, allungando e ancorando gli organi pelvici. L'ITP sottolinea che **riparare o rinforzare questi legamenti** è fondamentale per affrontare sia il prolasso che i sintomi frequenza, urgenza, nicturia, dolore pelvico e incontinenza. Per le donne più giovani in premenopausa, le **riparazioni con tessuti nativi** (come la plicatura dei legamenti) possono essere efficaci. Tuttavia, nelle donne in postmenopausa, la **carenza di collagene** diventa un ostacolo significativo. I loro tessuti sono strutturalmente più deboli a causa della riduzione dei livelli di collagene, rendendoli più inclini al fallimento chirurgico se trattati solo con tecniche basate sui tessuti nativi.

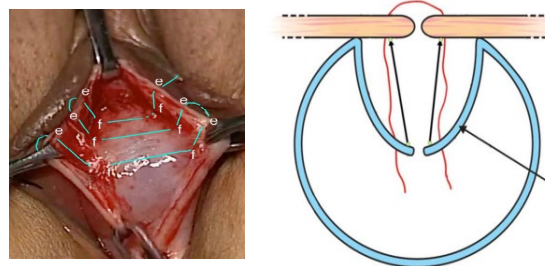
Aumento del collagene: bendarelle (sling) e suture. Per affrontare la carenza di collagene nelle donne anziane, l'ITP raccomanda l'utilizzo di **sling che inducono collagene o suture in poliestere** a foro largo per rinforzare i legamenti indeboliti. Questi materiali stimolano la naturale risposta del corpo alla produzione di collagene, dando origine a "neolegamenti" artificiali con una significativa resistenza alla trazione. Questo metodo ha mostrato alti tassi di successo, incluso uno studio giapponese che riporta oltre il 79% di guarigione anatomica dopo cinque anni.

Evitare l'escissione vaginale. Un importante principio chirurgico dell'ITP è evitare la rimozione del tessuto vaginale. Invece di asportare il tessuto vaginale "in eccesso", viene utilizzata la tecnica "a fisarmonica". Questo metodo prevede il ripiegamento e la riattaccatura del tessuto vaginale allungato alla fascia sottostante, consentendogli di rimodellarsi naturalmente nel corso di settimane (**video 2**). Questo preserva l'elasticità della vagina e riduce al minimo le cicatrici, contribuendo a mantenere l'integrità funzionale.

Preservare l'utero. L'utero svolge anche un ruolo strutturale chiave ancorando i legamenti uterosacrali. L'isterectomia, che comporta la recisione dell'arteria uterina discendente (una fonte vitale di sangue per i legamenti uterini superiori), può por-

tare ad atrofia dei legamenti e ad un aumento della disfunzione pelvica. I dati suggeriscono che le donne sottoposte a isterectomia possono presentare problemi di prolasso e incontinenza più gravi in età adulta. Pertanto la conservazione dell'utero è una raccomandazione fondamentale dell'ITP.

L'algoritmo diagnostico. L'ITP include un algoritmo diagnostico per mappare i sintomi in base alle specifiche debolezze legamentose. Ad esempio, l'incontinenza da stress indica tipicamente un problema al PUL, mentre la nicturia e il dolore pelvico suggeriscono una lassità del LUS. Questo sistema aiuta i chirurghi a scegliere il legamento da trattare per la riparazione (v. Fig.1 Pelviperineologia 2025;44:91).



Alternative agli impianti a rete. In seguito al divieto di impianti a rete per il prolasso in diversi paesi, l'ITP promuove tecniche "artigianali" che prevedono strisce di rete in polipropilene tagliate a mano o suture larghe in poliestere per replicare la funzione dei kit commerciali. Questi metodi a basso costo rappresentano valide alternative che stimolano comunque la produzione di collagene e rinforzano efficacemente i legamenti (Fig 1a,b).

Validazione basata sull'evidenza. L'evidenza clinica supporta l'approccio ITP. Gli interventi chirurgici tradizionali di escissione vaginale hanno mostrato scarsi risultati a lungo termine, in particolare nello studio PROSPECT del Regno Unito, che ha riportato solo circa il 20% di successo a 12 mesi. Al contrario, gli interventi chirurgici basati sull'ITP che evitano l'escissione vaginale e impiegano metodi che creano collagene hanno riportato tassi di guarigione fino all'87% a un anno, con una diminuzione solo marginale nell'arco di cinque anni. Inoltre, gli studi confermano che le donne in postmenopausa ottengono risultati migliori con i trattamenti che stimolano la produzione di collagene rispetto alla sola riparazione dei tessuti nativi. Questa differenza è attribuita alla ridotta capacità rigenerativa del collagene dell'organismo dopo la menopausa, evidenziata dall'aumento dell'escrezione di idrossiprolina.

Pianificazione chirurgica basata sui sintomi. Una caratteristica distintiva dell'ITP è la sua pianificazione chirurgica basata sui sintomi. Invece di operare basandosi esclusivamente sul prolasso anatomico, i chirurghi possono utilizzare semplici test ambulatoriali (come il supporto temporaneo di un legamento e la valutazione del miglioramento dei sintomi) per confermare la diagnosi e indirizzare il trattamento.

Osservazioni finali. Cinque principi guida della filosofia chirurgica dell'ITP: 1. la struttura è sostenuta dai legamenti; la funzione è governata dalla vagina; 2. sintomi e prolasso sono interconnessi; 3. il ripristino della struttura anatomica ripristina

la funzione; 4. evitare isterectomie ed escissioni vaginali non necessarie; 5. rafforzare i legamenti danneggiati inducendo la formazione di collagene, soprattutto nelle donne anziane. Il Paradigma della Teoria Integrata rappresenta dunque un cambiamento nella chirurgia pelvica, enfatizzando la conservazio-

ne rispetto all'escissione, la funzione rispetto all'apparenza e il rinforzo biologico rispetto alla sostituzione sintetica. L'approccio si adatta all'età e allo stato del collagene della paziente, offrendo soluzioni flessibili, personalizzate e scientificamente fondate per i disturbi complessi del pavimento pelvico.

Le operazioni simulate (OS) applicano i mantra della Teoria Integrata supportando le strutture per confermare la causa dei sintomi Video 1-3

<https://dx.doi.org/10.21037/atm-23-1815>

CASSIO RICCETTO¹, ALFONS GUNNEMANN², LUIS ABRANCHES MONTEIRO³, QINGKAI WU⁴, KLAUS GOESCHEN⁵, BERNHARD LIEDL⁶

¹São Paulo, Brazil; ²Bielefeld, Germany; ³Lisboa, Portugal; ⁴Shanghai, China; ⁵Hannover, Germany; ⁶Planegg, Germany

Introduzione Gli interventi chirurgici simulati (OS) servono come test clinici diretti per convalidare la Teoria Integrata (IT), che postula che disfunzioni come incontinenza urinaria da sforzo (SUI), incontinenza da urgenza e dolore pelvico cronico (CPP) spesso derivino dalla lassità dei legamenti pelvici piuttosto che da problemi intrinseci degli organi. Le OS agiscono supportando meccanicamente strutture pelviche come il legamento pubo-uretrale (PUL), il legamento uterosacrale (USL) e altri durante l'esame obiettivo per determinare se si verifica un sollievo dai sintomi.

Concetto fondamentale. L'IT, sviluppata negli anni '90, ha sottolineato l'importanza del sistema di supporto anatomico – legamenti, muscoli pelvici e parete vaginale – nel mantenimento della continenza urinaria e della stabilità pelvica. Il ripristino del supporto anatomico ripristina naturalmente la funzionalità e le OS riflettono questo approccio imitando l'intervento chirurgico in modo non invasivo verificando se il ripristino del supporto anatomico migliora i sintomi.

Scopo delle OS: simulano la correzione chirurgica supportando temporaneamente i legamenti indeboliti e identificano la relazione causale tra sintomi specifici e disfunzioni anatomiche consentendo di prevedere l'efficacia dei trattamenti chirurgici. Ad esempio, nei casi di IUS, l'inserimento di una pinza emostatica a livello dell'uretra media per supportare il PUL spesso arresta la perdita di urina durante la tosse (**video 1, 2**). Allo stesso modo, l'utilizzo di uno speculum per supportare i legamenti uterosacrali nel fornice vaginale posteriore può ridurre sintomi come urgenza e dolore pelvico, che spesso originano da plessi nervosi non supportati.

Applicazioni e tecniche cliniche. Le OS sono semplici e rapide. Possono essere eseguite con semplici pinze emostatiche, speculum, tamponi o anche con la pressione manuale. Il feedback è immediato. **Test PUL per IUS:** una pinza emostatica posizionata a livello mediouretrale simula la funzione della sling prevenendo l'allungamento del PUL durante lo sforzo. Questo ripristina la chiusura uretrale e la continenza. Questo metodo dimostra anche che la sling mediouretrale agisce ripristinando l'anatomia piuttosto che causare ostruzione, poiché i pazienti possono spesso urinare con la pinza emostatica in posizione. **Test USL per urgenza e dolore:** il supporto degli USL con uno speculum allevia frequentemente l'urgenza e il dolore pelvico stabilizzando i plessi nervosi e i recettori di stiramento vescicale. Questo test ha un alto tasso di successo (70-80%) nelle donne sintomatiche ed è particolarmente utile per la diagnosi di sindrome della vescica dolorosa/BPS (cistite interstiziale) e CPP legate alla lassità legamentosa. **Supporto digitale per incontinenza mista:** un delicato supporto digitale alla base vescicale aiuta ad alleviare i sintomi da urgenza stabilizzando i recettori di stiramento uroteliali. Nei casi di incontinenza mista, questo duplice approccio, che supporta sia il PUL che la base vescicale, può identificare molteplici fonti di disfunzione.

Test con tampone per nicturia e intussuscezione rettale: è stato dimostrato che una garza arrotolata o un tampone inserito nel fornice vaginale allevia temporaneamente i sintomi della vescica iperattiva e l'intussuscezione rettale, fornendo supporto meccanico alle strutture posteriori. **Mappatura anatomica e classificazione dei legamenti:** il danno a specifici gruppi di legamenti – PUL, USL, legamento cardinale (CL) e corpo perineale (PB) – è correlato a sintomi e pattern di prolasso distinti. Queste zone di danno, spesso causate da traumi da parto, possono essere individuate utilizzando OS ed ecografia. **OS intraoperatorie:** eseguite in anestesia spinale, confermano la corretta tensione o il corretto posizionamento delle riparazioni legamentose o delle sling durante l'intervento. Ad esempio, l'avvicinamento dei CL durante un'operazione può correggere immediatamente un cistocele, fornendo un feedback in tempo reale (**video 3**).

Algoritmi di validazione e diagnosi. Le figure nell'articolo illustrano come le OS correlino le zone sintomatiche con i difetti anatomici. Gli algoritmi aiutano a collegare sintomi come urgenza, incontinenza da sforzo, ostruzione della defecazione o prolasso, con probabili cause legamentose.

Applicazioni avanzate. **Test di Bornstein:** l'iniezione di anestetico locale nei USL ha alleviato la vulvodinia e la CPP in casi convalidati di BPS, confermando un'origine legamentosa. **Speculum vs. pressione digitale:** mentre l'uso dello speculum supporta strutture posteriori più ampie, la pressione digitale aiuta a individuare la sensibilità dei recettori nervosi e offre una valutazione in tempo reale delle risposte riflesse (ad esempio, contrazione vescicale) (**video 4**).

Implicazioni chirurgiche. I risultati positivi delle OS aiutano a determinare l'idoneità per interventi chirurgici come le sling mediouretrali o la plicatura delle USL. Sono particolarmente utili per i pazienti che presentano sintomi gravi senza un prolasso evidente all'esame obiettivo, colmando così il divario tra danno strutturale e sintomi funzionali (**video 5**).

Limitazioni e avvertenze. Pur essendo altamente efficaci, le OS richiedono delicatezza. Una pressione eccessiva durante l'esame, soprattutto con strumenti come pinze o speculum, può causare dolore o risultati fuorvianti. Il consenso informato del paziente e una manipolazione delicata sono fondamentali, soprattutto in ambito ambulatoriale.

Conclusioni e raccomandazioni. Le OS incarnano l'idea fondamentale dell'IT: "ripristinare la struttura per migliorare la funzione". Poco utilizzate, hanno un notevole valore diagnostico e predittivo e potrebbero migliorare significativamente la gestione dei sintomi del basso tratto urinario, del prolasso e del dolore pelvico cronico. Il loro potere predittivo migliora la consulenza al paziente, la pianificazione chirurgica e i risultati complessivi del trattamento per i disturbi del pavimento pelvico.

La complessità: un tema cruciale sullo sfondo della nostra pelvi e del pavimento pelvico

L'interesse per la *pelviperineologia*, tanto più col favore della IA, è diventato virale. C'è un fiorire di iniziative, in particolare in ambito privato, con centri, studi, ambulatori, cliniche, poliambulatori, gruppi, prevalentemente dedicati alla riabilitazione delle disfunzioni uroginecologiche e rettoanali. Nella sanità pubblica qualche volenteroso riesce faticosamente a mettere insieme, in sessioni settimanali o mensili, urologo, ginecologo, proctologo/gastroenterologo e fisiatra, tutti maledettamente impegnati nella loro routine specialistica; le strutture articolate per la collaborazione multidisciplinare e soprattutto per la *formazione interdisciplinare* sono poche, se mai ve ne siano con la missione e la visione dell'interdisciplinarietà, ossia la competenza pelviperineologica in una sola testa, dal momento che la pelvi, nella sua complessità, è una.

All'inizio degli anni '90 nella Clinica Chirurgica dell'Università di Padova aveva preso vita un embrione assai efficiente di *clinica pelvica* con una intensa attività medica, chirurgica e riabilitativa, ma l'ottusità delle dirigenze non aveva visto lontano e tutto è rimasto legato all'iniziativa individuale ricompensata solo dalla riconoscenza di tante e tanti pazienti con la testimonianza di questo giornale.

Il fascino della *complessità* nell'ambito della fisiopatologia delle malattie degli organi pelviperineali parrebbe dunque trovare ora, a distanza di oltre trent'anni, un terreno fertile per quel fiorire di cui s'è accennato all'inizio. Complessità significa impegno culturale e la cultura, per poter arrivare fin giù nella pelvi, deve partire dalla mente e dal cuore: la maggior parte delle nostre attività quotidiane vede in azione le strutture e gli organi pelviperineali e tutta la nostra vita è condizionata dal loro buon funzionamento, a cominciare dalla digestione fino alla riproduzione e all'umore.

I nomadi della lontana Mongolia riconoscono nella yurta un ambito accogliente ed intimo per stabilirsi nel contesto naturale più favorevole al loro rapporto con l'ambiente e con la vita. Così i *Nomadi della Pelvi*, negli incontri della Yurta del Bettone, a Teolo, nel cuore dei Colli Euganei, possono confrontarsi sui temi cruciali della pelvi e del pavimento pelvico, temi che coinvolgono tantissime funzioni e tantissime emozioni.

gli argomenti

il corpo lavora in silenzio, come ascoltarlo quando sussurra o urla i suoi sintomi: la **RMN**
la vita dentro di noi, padrona saggia e capricciosa: il **MICROBIOTA**
date parole al **DOLORE**: il dolore che non parla mormora al cuore e gli ordina di spezzarsi
la pelvi sconfitta? perdite di tutto: prepararsi a vincere le **INCONTINENZE** e i **POP**
una pelvi ingorda? Trattiene tutto, avanti, dietro, in mezzo: **RITENZIONI** di pelvi-cuore-mente
drammi e soluzioni di **GENERE**:
dove la mente sembra padrona e la pelvi schiava
& **pelviperineologia** condita con altre visioni e vissuti: **arte, discipline olistiche mind-body, linguaggio, complessità, vecchiaia, tanatologia, sessualità, lgbtq, ...ismi, musica, eccetera.**

le date

| 18 Aprile | 16 Maggio | 20 Giugno |
| 18 Luglio | 12 Settembre | 17 Ottobre |

il format degli incontri

Il format è di un talk show, dalle 10 alle 16 di sabato, con l'intervallo di un'ora per relax, panorama e light lunch, incentrato su brevi letture di esperti, interviste ad ospiti, conversazione e dibattito su vari argomenti che spaziano dall'aggiornamento medico scientifico all'attualità, in modo leggero ma anche approfondito.

per informazioni e prenotazioni

giuseppe.dodi@unipd.it o fabegalasso@gmail.com

L'iniziativa è sostenuta dall'associazione di volontariato

AisFinVeneto

L'incontro del 18 aprile è gratuito; per i successivi è richiesto un contributo di 40 € ciascuno a favore dell'AisFinVeneto. Prenotandosi ad almeno tre incontri, il contributo è di 25 € ciascuno.

AisFinVeneto (Aistom e Fincopp) nel 2026

Nel corso del 2024 e del 2025 si è rilevato con soddisfazione un crescente interesse da parte dei cittadini e dei pazienti per le iniziative dell'AisFinVeneto www.aisfinveneto.it. Il successo si è ottenuto grazie all'impegno e all'entusiasmo degli organizzatori nelle varie sedi provinciali in tutta la regione.

Per il 2026 sono previste almeno 12 riunioni nel periodo compreso tra marzo e dicembre. Il calendario nelle diverse città è il seguente (soggetto a variazioni):
7 Marzo **Piove di Sacco**, 14 Marzo **Belluno**, 28 Marzo **Padova**, 11 Aprile **Castelfranco Veneto**, 23 Maggio **Negrar**, 19 settembre **Chioggia**, 3 ottobre **Vicenza**, 24 ottobre **Venezia**,



20 novembre **Mestre**, 4 Dicembre **Adria**. In date ancora da destinarsi **Verona, Treviso e Feltre**.

Gli incontri dell'Associazione rappresentano un'occasione di aggiornamento scientifico anche per i relatori, ma sono indirizzati principalmente alla cittadinanza e ai pazienti interessati alle problematiche degli organi pelvici e perineali, spesso non facili da affrontare.

A differenza degli anni precedenti, in cui gli eventi erano in forma di piccoli simposi, si è deciso quest'anno di snellirli trasformandoli in conversazioni e dibattiti (*talk show*) con un più facile coinvolgimento diretto dei pazienti e del pubblico. Vengono poi proposti anche dei **colloqui individuali** a fine riunione.

La partecipazione, come anche l'iscrizione all'AisFinVeneto, è **gratuita**. Agli iscritti è previsto che vengano inviati i *notiziari* dell'AisFinVeneto e una *newsletter* informativa trimestrale per la cui produzione l'AisFinVeneto è grato alla società Penna&Pixel, curatrice anche del sito.



TEST DEL MICROBIOTA Nell'arco di alcune settimane analizza in coltura un campione di feci. Considera le condizioni generali del paziente e identifica gli squilibri (disbiosi) tra le colonie microbiche responsabili di varie malattie. Un professionista qualificato fornisce consigli sull'alimentazione e l'eventuale assunzione di integratori o farmaci.



RELAXER Dispositivo wireless studiato per lo svolgimento degli esercizi mirati al rilassamento dei muscoli pelvici a livello anale, urinario e sessuale. Permette di visualizzare sullo smartphone la contrazione e il rilasciamento dei muscoli del perineo e dello sfintere anale, in modo piacevole e rilassante, con la possibilità di avere un riscontro (feedback) in tempo reale sul corretto svolgimento dell'esercizio.



INTELLISTIM Dispositivo professionale ad uso domiciliare per il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale con l'elettrostimolazione perineale.



PULSACLIS Il clisma a getto pulsante, dotato di cannula lunga e morbida, svuota e pulisce l'ultimo tratto dell'intestino (retto e sigma) e con le pulsazioni stimola la peristalsi per una corretta gestione sia della stipsi che dell'incontinenza anale.



REGOLAUS RABARBARO Integratore alimentare; regola la funzione intestinale in caso di stipsi svolgendo coi suoi principi attivi naturali un'azione efficace ed equilibrata anche sulle prime vie digestive. Il contenuto di senna e frangula è dosato al fine di limitarne l'aggressività sulle mucose, facendo rientrare il prodotto nella categoria dei lassativi non irritanti. Come digestivo: 1 grano dopo i pasti; come blando lassativo: 3 grani prima di coricarsi la sera.



CREMA EMORAUS Crema a base di centello-side, calendula, allantoina, escina, elianto, cardiospermum halicacabum; astringente, antiossidante. Migliora la vascolarizzazione e la riepitelizzazione, il trofismo tissutale e allevia il prurito/fastidio/dolore anale. Applicare 2 volte/dì sulla zona interessata.

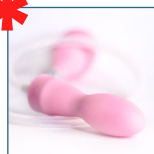


DILATAN Plus I dilatatori, nelle misure 18, 20, 23 e 27 mm, sono indicati nelle stenosi del canale anale e nello spasmo doloroso dell'ano associato ad ipertono sfinterico indotto da ragade anale o crisi emorroidaria.

Introdotti per pochi secondi, sono utili in caso di sanguinamento emorroidario e di stipsi per difficile espulsione delle feci. Spalmare il dilatatore con la crema indicata per ragade, emorroidi o altro, possibilmente priva di anestetico locale che è spesso irritante.



ANIBALL Dispositivo medico per l'allenamento del pavimento pelvico in gravidanza; rinforza e rende più elastici muscoli e tessuti vulvo-vaginali, riduce le indicazioni per l'episiotomia e il rischio di lacerazioni al parto. Utilizzare regolarmente in preparazione al parto.



ANIBALL INCO Dispositivo medico per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo; aiuta a percepire e allenare il pavimento pelvico, coordinandolo con la respirazione, per ripristinare le molteplici funzioni della pelvi, in particolare la continenza urinaria (Pelvipereologia 2025; 44 (3): 72-73).



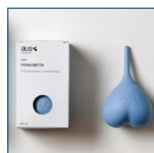
IGIET Dispositivo meccanico, un solo gesto, un maggior benessere e un occhio di riguardo alla natura, evitando inutili sprechi di carta. È di particolare beneficio in quelle situazioni di problemi anali (emorroidi, ragadi, dermatiti con prurito, fistole, ferite di vario tipo, ecc.) in cui è preferibile evitare lo sfregamento della carta igienica con l'ano. Inoltre induce il riflesso ano-colico per completare lo svuotamento del retto nei casi, molto frequenti, in cui c'è la sensazione di defecazione incompleta.



TIME MARKERS Marcatori radiopachi per lo studio dei tempi di transito intestinale. Metodo consigliato: assumere 10 marcatori al giorno (1 busta) per 10 giorni (con dieta regolare e nessuno stimolo per la defecazione); effettuare una radiografia diretta dell'addome l'11° giorno.



VENOCIRCOLAUS Integratore alimentare naturale contiene diosmina, esperidina e centella. Migliora il microcircolo e previene la fragilità capillare nelle gambe e favorisce la circolazione del plesso emorroidario. Assumere 2 capsule al dì.



PERAusetta Peretta indicata per effettuare piccoli clisteri e lavaggi del tratto finale dell'intestino (retto e canale anale, ano) e della vagina. L'applicazione è consigliata per lo stimolo iniziale alla defecazione oppure, nei casi di sensazione di incompleto svuotamento, per indurre, dopo il primo passaggio delle feci, l'emissione successiva e concludere in due sole volte la defecazione.



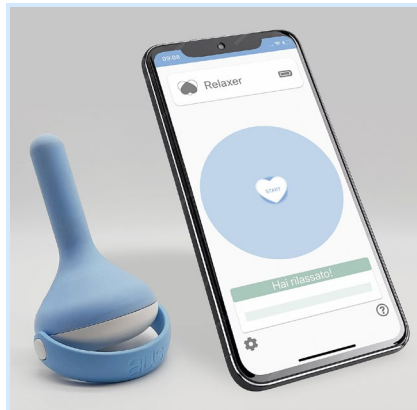
CREMA RAGADAUS Crema naturale a base di calendula, vit. A, E, cardiospermum. Migliora la vascolarizzazione e la riepitelizzazione dell'anoderma e predispone alla rapida riduzione del prurito e del dolore anale. Applicare 2 volte/dì sulla zona interessata.

LA PELVI SICURA



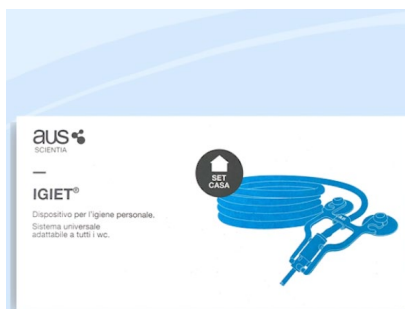
PULSACLIS Kit Irrigazione Trans Anale

L'Irrigazione Trans Anale (TAI) è la risposta alle situazioni più fastidiose collegate alla stitichezza (intestino irritabile/"colite") e all'incontinenza anale. Il clisma a getto pulsante, dotato di cannula lunga e morbida, svuota e pulisce l'ultimo tratto dell'intestino (retto e sigma) e stimola la peristalsi per una corretta gestione della stipsi e dell'incontinenza. Molti fattori, comprese le emozioni, possono impedire una soddisfacente defecazione. Nelle forme che maggiormente disturbano la qualità della vita il problema si supera in modo semplice col clistere pulsante, approccio innovativo di facile uso a domicilio, economico rispetto ad altri dispositivi, utile nella stitichezza con transito rallentato. All'effetto meccanico dell'acqua si possono aggiungere prodotti con azione emolliente e lenitiva sulle mucose irritate.



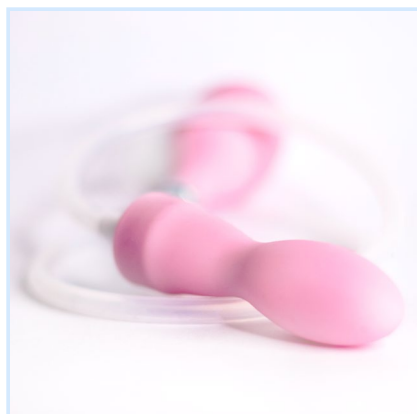
RELAXER biofeedback®

È un dispositivo wireless studiato per lo svolgimento degli esercizi mirati al rilassamento dei muscoli pelvici a livello anale, urinario e sessuale. La sonda, di 6 x 1,5 cm, è elasticamente deformabile e sensibile alla pressione sfinterica. Contiene un sensore di pressione che emette un segnale audio attraverso lo smartphone con cui è collegato per mezzo di una app. È alimentato da una batteria ricaricabile al suo interno. Il Relaxer® permette di visualizzare sullo smartphone il rilasciamento dei muscoli del perineo e dello sfintere anale, in modo piacevole, con la possibilità di avere un riscontro (feedback) in tempo reale sul corretto svolgimento dell'esercizio.



IGIET getto igienico

Dispositivo meccanico, un solo gesto, un maggior benessere e un occhio di riguardo alla salvaguardia della natura, evitando inutili sprechi di carta. L'Igiet va collegato al rubinetto del bidè o del lavandino accanto al wc. Oltre che per una normale igiene personale, l'Igiet è di particolare beneficio in quelle situazioni di problemi anali (emorroidi, ragadi, dermatiti con prurito, fistole, ferite di vario tipo, ecc.) in cui è preferibile evitare lo sfregamento della carta igienica con l'ano. È inoltre adatto alle persone con disabilità fisiche, con difficoltà nell'utilizzo delle mani, soggetti molto anziani, obesi, poiché non richiede alcuno sforzo fisico.



ANIBALL INCO

Alleato ideale per il benessere intimo femminile, studiato per prevenire e trattare l'incontinenza urinaria da sforzo, questo innovativo dispositivo medico in silicone aiuta a rafforzare e armonizzare tutte le funzioni del pavimento pelvico in modo delicato e naturale. Grazie al palloncino gonfiabile utilizzato in combinazione con la respirazione profonda, ogni donna può riscoprire la consapevolezza dei propri muscoli, migliorandone tono e rilassamento. Facile da usare, sicuro e confortevole, Aniball INCO offre un supporto concreto per ritrovare equilibrio, fiducia e libertà nei gesti quotidiani. Un piccolo passo per prendersi cura di sé, con grandi benefici a lungo termine (Pelviperineologia 2025; 44 (3): 72-73).

A.U.S. Srl

Sede legale e Amministrativa: Via Croce Rossa, 42 Padova
Tel. 393 85 795 61 - P.Iva 04616290286

www.pelvishop.com
info@pelvishop.com

 **Pelvishop**
LA PELVI SICURA

sapi med
Prodotti e sistemi
per la coloproctologia

ELLEN
pelvic trainer

II GENERATION



SONDA VAGINALE per contraction training

ELLEN®: la soluzione completa per il trattamento delle disfunzioni del pavimento pelvico.

Ideale in caso di **Decreased PFM Tone** o **Increased PFM Tone**, per la preparazione al parto e per la riabilitazione post-operatoria.

Supporta lo stretching tissutale e muscolare, favorisce il recupero della compliance vaginale, previene la stenosi dopo interventi di neovagina e consente trattamenti personalizzati e progressivi grazie al gonfiaggio modulabile.

Tecnologia avanzata per il benessere e la salute del pavimento pelvico, dalla prevenzione alla riabilitazione.

ANCORA PIÙ
RESISTENTE

disponibile da
marzo 2026

sapi med

via della Chimica, 6 - Alessandria - www.sapimed.com

