Vol. 34 - N. 3
Settembre 2015

Rivista Italiana di Colon-Proctologia
Fondata nel 1982
Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

ISSN 1973-4891

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

INSERTO PER L'ITALIA

Da questo numero le LINEE GUIDA della Società Olandese di Fisioterapia per la FISIOTERAPIA NEI PAZIENTI CON INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO
a pag. 53 l'inizio della traduzione dal Dutch Journal of Physical Therapy.

Editore
Giuseppe Dodi

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

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

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

Indice

47 Il valore del naturale. La complessità è una risorsa
U. Nardi

49 Studio sulla statica pelvica e sulla continenza urinaria nelle giocatrici di basket. Importanza della prevenzione dell'incontinenza urinaria e ruolo dell'ostetrica
F. Rolli

53 Linee guida per la fisioterapia in pazienti con incontinenza urinaria da sforzo
A.T.M. Bernards, L.C.M. Berghmans, I.C. Van Heeswijk-Faase, E.H.M.L.Westerik-Verschuuren, I. De Gee-De Ridder, J.A.M. Groot, M.C.P. Slieker-Ten Hove, H.J.M. Hendriks

54 Il serviziale
A. Meneghini

56 Corso di pelviperineologia e riabilitazione

57 Il racconto di Giorgetti: Il limone

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

www.pelviperineologia.it

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

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

Proctoial™

GEL RETTALE

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

1. Proctoial Foglietto illustrativo

Prezzo € 16,43

Dispositivo medico
Classe IIa CE 0546

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

ProStrakan
A member of the Kyowa Hakko Kirin group

Articolo originale

Il valore del naturale. La complessità è una risorsa

UMBERTO NARDI

Università Cattolica di Roma - Facoltà di Medicina e Chirurgia

Riassunto: L'articolo ha lo scopo di presentare una rubrica di esperienze cliniche effettuate con principi attivi vegetali. A tale scopo introduce il concetto di complessità che spiega i motivi dell'utilizzo di tali principi. La maggior parte dei farmaci in commercio, sfrutta l'utilizzo della sintesi di molecole vegetali ottenendo successi terapeutici, ma trascurando il valore della complessità.

Parole chiave: Complessità; Caffè; Genomica; Metabolomica.

Abstract: The article aims to present a section of clinical experience made with vegetable active principles. For this purpose it introduces the concept of complexity that explains the reasons for the use of these principles. The majority of commercially available drugs exploits the use of the synthesis of plant molecules obtaining therapeutic successes, but neglecting the value of complexity.

Key words: Complexity; Coffee; Genomics; Metabolomics.

INTRODUZIONE

La Scienza per molto tempo ha creato modelli sperimentali in grado di tenere sotto controllo solo pochi parametri, un esempio tra tutti è quello dell'acqua. Per la scienza è rappresentata da H_2O cioè dall'intima relazione che s'instaura tra una molecola di ossigeno e due d'idrogeno, ma questa non è l'acqua che conosciamo e che ci consente di vivere. Si arriva a misurare la lunghezza del legame tra ossigeno e idrogeno nella molecola dell'acqua, ma nella realtà, però, ci confrontiamo con i fenomeni che derivano da tutte le relazioni possibili tra le molecole d'acqua e gli elementi disciolti in essa. Secondo la sua composizione e dal tipo di somministrazione, l'acqua, può esercitare un'azione farmacologica, vedi le acque termali o l'idroterapia. Dunque l'H2O non ci disseta, non consente la vita. È la sua complessità, al contrario, che garantisce la sopravvivenza del genere umano e, non solo (Figura 1).

L'uomo, dalla sua comparsa sulla terra, ha dovuto confrontarsi con la complessità delle sostanze alimentari che gli consentivano di non morire di fame, nel corso della sua evoluzione ha strutturato sistemi biologici in grado di mantenere inalterata la sua omeostasi. Il suo organismo si è misurato con la selezione naturale esprimendo una vis che l'ha portato sino ai giorni nostri, così come lo vediamo. È la complessità che ha reso possibile il suo adattamento e il livello di qualità della vita che oggi lo sostiene. Immaginiamo, per un istante, che scompaia il caffè e che non si abbia più la possibilità di berne una tazza al risveglio del mattino o in un momento in cui la stanchezza prende il sopravvento, con cosa potremo sostituirlo? Con le anfetamine? Con l'aminofenazolo? Il risultato non sarebbe lo stesso, non solo da un punto di vista del gusto o della gestualità, ma soprattutto dall'effetto. Il suo principio attivo più importante è un'alcaloide: la ceffeina, ma contiene una serie di altri elementi che ne sinergizzano l'attività e lo rendono, nella sua complessità, digeribile, piacevole, utilizzabile e financo terapeutico.

Assodato che la complessità sia il fondamento dell'alimentazione dalla quale non si può prescindere, cerchiamo di capire come questo concetto possa essere applicato alla medicina. Potrebbe sembrare semplice se ci rifacciamo ai padri di riferimento quali: Ippocrate, Esculapio, Avicenna i quali sostenevano, a ragione, che la cura migliore per l'uomo fosse una sana e corretta alimentazione, non solo dal punto di vista della nutrizione, ma anche e soprattutto da quello della terapia, all'epoca gli unici farmaci a disposizione erano le piante con la loro complessità.

Da allora ad oggi le cose sono cambiate moltissimo. Allora dovevano risolvere alcuni problemi: la dose, la concentrazione, la conservabilità nel tempo, la biodisponibilità. Si immagini che per ottenere ml. 400 di essenza di prezzemolo si devono utilizzare 100 kg. della pianta fresca, un volume non indifferente, poi per quanto si potrebbe conservare? Da qui l'uso di tecniche come la distillazione, le estrazioni frazionate con appositi solventi, l'essiccazione delle droghe e così via sino al nascere della chimica che, attraverso la sintesi, è riuscita ad ottenere il principio attivo isolato perdendo la complessità e di conseguenza i sinergismi.

L'approccio deterministico ha influenzato profondamente la ricerca in campo medico. Il modello chiave serratura, per l'interazione del farmaco con il corrispondente ricettore, hanno rappresentato e rappresentano un enorme passo nella conoscenza della macchina uomo e del suo funzionamento (Figure 2, 3). È proprio attraverso questo meccanismo che ci si è accorti che i recettori funzionano meglio e riconoscono più facilmente le sostanze utilizzate, se esse sono accompagnate da altre che ne facilitano e spesso ne garantiscono il legame. Così se, per merito della chimica ieri siamo riusciti ad isolare la morfina dal Papaver somniferum oggi, la tendenza è quella di ritornare all'estratto totale della linfa essiccata che può garantire un maggior effetto, un più facile riconoscimento dai recettori e soprattutto una minor assuefazione. Non va trascurato comunque che attraverso la ricerca, la sperimentazione e la sintesi si sono raggiunti importanti traguardi terapeutici: antibiotici, antivirali, chemioterapici, etc..

Se solo si osserva la mappatura chimica del metabolismo umano, almeno quella che ad oggi conosciamo, si rimane esterrefatti dalla molteplicità delle reazioni chimiche e degli elementi che vi intervengono. Dunque ancora la complessità come meccanismo, ergo come risorsa. A questo punto quale dovrà essere il traguardo da raggiungere domani? Un farmaco che riesca a soddisfare il più possibile i seguenti parametri: biodisponibilità, immediatezza d'azione, efficacia, nulla o scarsa risposta iatrogena. La complessità della natura potrà essere la frontiera da raggiungere. La complessità, però, dovrà essere dominata se si vogliono ottenere i risultati sopraindicati. Fino a poco tempo fa il limite delle piante officinali era essenzialmente quello della impossibile ripetitività delle caratteristiche del prodotto, soprattutto l'incostante presenza dei principi attivi e della loro concentrazione, ciò impediva un serio utilizzo farmacologico di tali prodotti. Oggi attraverso particolari studi microbiologici, culturali, genetici si è in grado di garantire

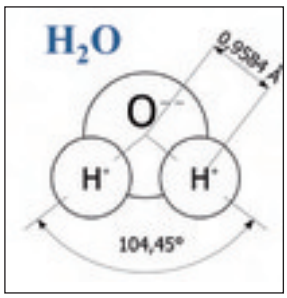


Figura 1 – Molecola dell'acqua.

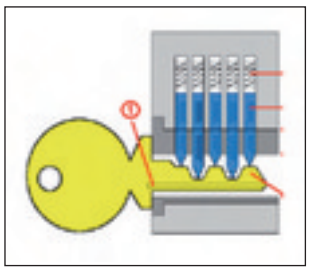


Figura 2 – Modello chiave serratura.

la standardizzazione. La ricerca scientifica attualmente si concentra su: Genomica vegetale, Figerprint metabolico, frazionamento, biologia cellulare e molecolare a supporto della dimostrazione di efficacia e sicurezza.

Riconoscimento genomico:

- -Le conoscenze genomiche possono essere utilizzate nella fase di riconoscimento delle Piante, dei relativi estratti, fino al prodotto finito;
- -La caratterizzazione del fitocomplesso vegetale attraverso il genoma rappresenta un ulteriore elemento di sicurezza per tutto il processo produttivo (Figura 4).

Caratterizzazione della complessità del fitocomplesso attraverso tecniche analitiche:

– **CHIMICHE:** attraverso tecniche analitico-computazionali evolute, quali la metabolomica.
Oltre che con l'uso di marker singoli, si può ricorrere ad un'analisi più completa eseguita sul metaboloma tramite spettrometria di massa, seguita dall'interpretazione del dato su base tridimensionale per mezzo di analisi statistica.

– **BIOLOGICA:** valutando l'efficacia e la riproducibilità di un effetto biologico.

Analisi frattale del fitocomplesso:

Se con l'analisi Metabolomica si arriva all'interpretazione quali-quantitativa del campione, tramite l'analisi frattale è possibile esprimerne anche "la complessità" attraverso un "numero" (D_B = Dimensione frattale). Può quindi essere utilizzato per:

– Ottenere una tipizzazione della complessità degli estratti sulla base della componente frattale dello spettro;

– La classificazione di estratti vegetali, nel controllo di qualità e verifica di identità dei costituenti (estratti) di miscele complesse (Figura 5).

Frazionamento del fitocomplesso:

Il Frazionamento del fitocomplesso può essere ottenuto in vari modi: con varie tecniche e successiva miscelazione delle varie frazioni secondo parametri standardizzati.

- – Estrazione con diversi solventi naturali per ottenere estratti più attivi delle piante;
- – Frazionamento degli estratti con diverse tecnologie a basso impatto ambientale;

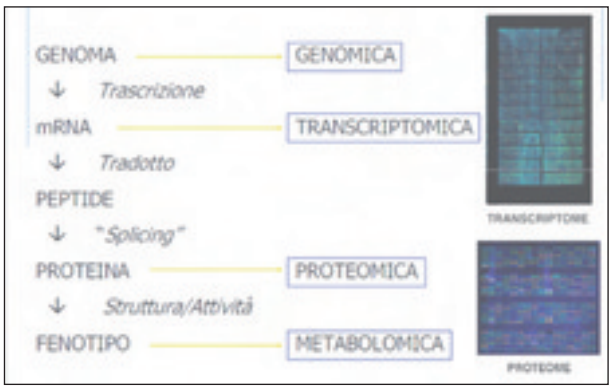


Figura 4 – Epidemologia molecolare.

- – Distillazione molecolare;
- – Separazione per mezzo di membrane semipermeabili (esempio: Ultrafiltrazione, Nanofiltrazione);
- – Separazione cromatografica per mezzo dell'adsorbimento su opportune resine.

Per la valutazione della efficacia e della sicurezza è possibile fare riferimento alle scienze - omiche che studiano gli elementi biologici nel loro insieme:

- Genomica (studio del genoma)
- Trascrittomica (studio dell'attività dell'RNA messaggero)
- Proteomica (caratterizzazione delle proteine)
- Metabolomica (studio del profilo metabolico)

Infine i Test di efficacia e valutazione:

- – Espressione genica
- – Trascrittomica
- – RT- PCR
- – test di valutazione della vitalità cellulare,
- – saggi per l'identificazione di azioni di tipo non farmacologico, ma meccanico come l'effetto barriera e l'attività muco adesiva.

Tutto questo consente di ottenere una droga caratterizzata da diversi parametri quindi stabile, coerente ed utilizzabile, ma soprattutto caratterizzata dalla sua complessità (Figura 6).

Nei prossimi numeri verranno riportate tecniche formulative, sperimentazioni cliniche ed approfondimenti sulle piante officinali ed il loro possibile impiego in campo terapeutico.

BIBLIOGRAFIA

Nardi U., dispense di fitoterapia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, 2014.

Corrispondenza:
Dott. Umberto Nardi
Via Varrone, 9 - 00193 Rome - Italy
Email: u.nardi@libero.it

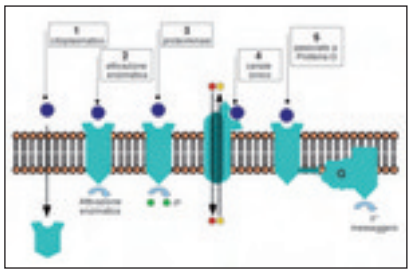


Figura 3 – Interazione farmaco recettore.

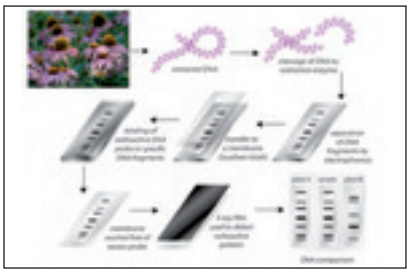


Figura 5 – Riconoscimento genomico.

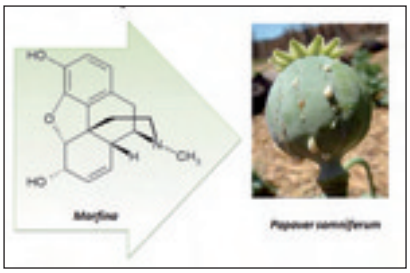


Figura 6 – La complessità diventa risorsa.

Articolo originale

Studio sulla statica pelvica e sulla continenza urinaria nelle giocatrici di basket. Importanza della prevenzione dell'incontinenza urinaria e ruolo dell'ostetrica

FRANCESCA ROLLI

Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università degli Studi di Parma, A.O.U. Parma

Sommario: Scopo dello studio: la pallacanestro sottopone l'organismo femminile a sforzi fisici consistenti in quanto la superficie rigida del campo da gioco non è in grado di assorbire impatti col terreno. L'obiettivo di questo studio è di valutare l'effettiva prevalenza di sintomatologia relativa a incontinenza urinaria (IU) nelle giocatrici di basket nullipare rispetto a ragazze non atlete anch'esse nullipare. *Materiali e metodi:* tramite questionari anonimi e diari minzionali, somministrati a 60 ragazze non atlete e a 60 giocatrici di basket è stato possibile indagare sulla tipologia di sintomi legati all'indebolimento del pavimento pelvico e all'IU. Si è domandato alle atlete esaminate se fossero interessate a sottoporsi a PC test presso l'ambulatorio di rieducazione del pavimento pelvico dell'Azienda Ospedaliera di Parma e otto di queste hanno accettato. *Risultati:* il 50% delle atlete è sintomatico contro il 30% delle non atlete. Analizzando il campione di atlete sintomatiche è stato riscontrato che di queste il 90% si sottopone a preparazione atletica e il 66,6% esegue esercizi di pesistica più di una volta a settimana. La mancata conoscenza del pavimento pelvico corrisponde come dato al 73,3% del campione antecedentemente descritto. *Discussione:* i risultati emersi dai PC test effettuati sulle atlete volontarie denotano un'evidente debolezza della muscolatura in esame con presenza di antagonismi muscolari nella metà delle ragazze analizzate. I dati mettono anche in evidenza la scarsa conoscenza della loro anatomia e l'incapacità di selezionare la muscolatura perineale. In una donna atleta assume fondamentale importanza un rinforzo perineale contestuale all'allenamento globale e la figura professionale che possiede le competenze per occuparsene è soprattutto l'ostetrica.

Parole chiave: Incontinenza urinaria; Giocatrici di basket; Sintomatologia: Prevenzione.

Pelvic floor: its function in pelvic and urinary continence. Study on basketball players and role of the midwife in prevention of urinary incontinence.
Aim of the study: the body of a female basketball player undergoes considerable physical effort, since the rigid surface of the basketball court does not absorb the impact. This study aims at estimating the real prevalence of symptoms associated with urinary incontinence (UI) in nulliparous female basketball players in comparison to nulliparous non athletes. *Materials and methods:* through anonymous surveys and voiding diaries, distributed to 60 female non-athlete and 60 female basketball players, we examined the symptoms related to pelvic floor weakness and urinary incontinence. The participating athletes were asked whether they would agree to undergo a pubococcygeus (PC) muscle test at the Pelvic Floor Rehabilitation Unit of Azienda Ospedaliera di Parma (Italy). Eight of them accepted. *Results:* the percentage of symptomatic subjects amounted to 50% among athletes and 30% among non-athletes. Analyzing the responses of the asymptomatic athletes, we found out that 90% of them do physical preparation and 66.6% of them lift weights more than once a week. The responses also showed that 73.3% of the participants were unaware of the pelvic floor functions. The PC muscle tests on the eight volunteers revealed a severe weakness of the analyzed musculature, with antagonistic muscle action, in half of the women who underwent the tests. *Comment:* the results highlight the fact that these women were unaware of their anatomy and unable to voluntarily strengthen the perineal muscles. In a female athlete, complementing general training with strengthening exercise for the perineal muscles is of crucial importance. The health care professional with the necessary expertise in this field is especially the midwife.

Key words: Urinary incontinence; Basketball players; Symptoms; Prevention.

INTRODUZIONE

Dikinson, in *Studies of the levator ani muscle,* affermava che *"non vi è altro muscolo del corpo la cui struttura e funzione siano altrettanto difficili da capire quanto il muscolo elevatore dell'ano, e riguardo al quale vi siano altrettanto nebulose impressioni"*.[1]

Negli ultimi anni sono stati condotti numerosi studi finalizzati ad indagare la prevalenza di disturbi minzionali nelle atlete e la stretta correlazione con la tipologia di sport svolto. La pratica di attività agonistica è spesso correlata a disfunzioni dell'apparato urogenitale femminile. Thyssen nel suo studio Urinary Incontinence in élite female athletes and dancers evidenzia che "l'attività con maggiore probabilità di provocare perdite di urina è il salto. Il 60% portava salvaslip a causa delle perdite di urina. L'incontinenza urinaria è comune tra gli atleti e i ballerini d'élite, in particolare durante la formazione, ma anche durante le attività della vita quotidiana".[2] Di Benedetto effettuò una Ricerca epidemiologica sulla prevalenza dell'incontinenza urinaria nelle pallavoliste ed affermò che "gli aumenti pressori intraddominali frequenti ed intensi come quelli ottenuti durante l'attività sportiva, possono danneggiare il sistema miofasciale pelvico".[3] Aveva esaminato 217 atlete somministrando loro un questionario appositamente formulato e ne risultò un'elevata frequenza di disturbi urogenitali nelle atlete pallavoliste.

Le giocatrici di basket sono spesso sottoposte ad allenamenti di 2 ore fino a 4 volte a settimana, più le partite del fine settimana. La preparazione atletica corrisponde spesso ad esercizi come corsa di resistenza, scatti, allunghi, balzi e pesistica: tutto ciò inevitabilmente sollecita il pavimento pelvico.

Grazie alla formulazione di questionari anonimi, accompagnati da diario minzionale, è stata valutata la quantità e la tipologia di sintomi legati all'indebolimento del perineo e all'incontinenza urinaria nelle giocatrici di basket nullipare, facendo poi un confronto con i risultati emersi da un questionario analogo, anch'esso accompagnato da diario minzionale, creato per ragazze non atlete nullipare.

Nei numerosi incontri con le giocatrici nelle palestre è stato notato particolare interesse per l'argomento da parte loro, in particolare nelle squadre composte da giocatrici over 18, ma allo stesso tempo profondo imbarazzo nel parlarne e nel porre domande in merito a un determinato tipo di sintomatologia. Spesso si è riscontrato senso di rassegnazione rispetto alle problematiche analizzate, oppure la convinzione di rientrare nella normalità nonostante la presenza di evidenti sintomi anomali. Si è chiesto ad ogni squadra incontrata chi fosse interessata a sottoporsi a PC test e, proprio per motivi di imbarazzo, solo 8 atlete hanno accettato. Lo scopo della ricerca è quello di valutare l'effettiva prevalenza di sintomatologia relativa a incontinenza urinaria nelle giocatrici di basket nullipare rispetto a ragazze non atle-

te anch'esse nullipare, sottolineando l'importanza dell'ostetrica come professionista della prevenzione.

MATERIALI E METODI:

La ricerca si è sviluppata attraverso la somministrazione di un questionario anonimo appositamente formulato (Fig.1) allo scopo di mettere in rilievo la presenza di incontinenza urinaria e di altre disfunzioni perineali nel campione esaminato, associato a diario minzionale e volantino di presentazione.

Il questionario somministrato alle ragazze atlete è identico a quello somministrato alle non atlete, ma presenta in più alcune domande specifiche rispetto alla loro attività sportiva. I questionari sono composti da domande di facile comprensione con la finalità di indagare la presenza o meno dello specifico disturbo, la tipologia e la gravità. Il diario minzionale è costituito da un semplice supporto cartaceo sul quale il soggetto interessato riporta le sensazioni, i liquidi introdotti e gli eventi minzionali in un certo arco di tempo, in questo caso in tre giorni. Il campione di giocatrici di basket preso in esame era composto da atlete che si sottoponevano ad un minimo di 4 allenamenti a settimana della durata di due ore circa ciascuno.

Considerata la complessità e la scarsa conoscenza dell'argomento da parte della popolazione selezionata, i questionari e i diari minzionali sono stati somministrati personalmente dall'esaminatrice (F.R.), preceduti da una breve introduzione alle problematiche trattate e seguiti, per quanto riguarda il campione di atlete, dall'invito a sottoporsi a test pubo-coccigeo eseguito dall'esaminatrice presso l'ambulatorio di rieducazione del pavimento pelvico dell'ospedale di Parma.

RISULTATI

Sono state esaminate 120 donne nullipare, di cui 60 atlete e 60 non atlete; l'età media è di 19,6 anni.

La significatività dei valori ottenuti è riscontrabile nella Tab. 1a-b: la presenza dei sintomi è maggiormente frequente nelle atlete (50%) rispetto alle non altlete (30%). La differenza è statisticamente significativa al livello del 5% ($p < 0.05$, infatti $p = 0.04$ secondo il test esatto di Fisher e il test chi-quadrato con correzione di yates). Esiste, dunque, evidenza di una differenza tra i due gruppi (in assenza di fattori di confondimento).

Per quanto riguarda il campione di atlete il 50% presenta sintomi mentre l'altro 50% non li presenta. Nelle non atlete solo il 30% è sintomatico. Il sintomo maggiormente lamentato sia dalle atlete che dalle non atlete è l'urgenza nell'80% delle minzioni nell'arco della giornata.

Nell'analisi complessiva degli stili di vita (nelle Tab. 2-3 si presenta il raffronto dettagliato degli stili di vita) sono emerse le seguenti percentuali:

- campione di non atlete: 25% fumo abituale, 71,6% assunzione di più di un caffè/dì, 65% assunzione di più di un thè/dì, 33,3% stipsi, 6,6% terapie farmacologiche di vario tipo in atto, 25% uso di bevande energizzanti o integratori;
- campione di atlete:16,6% fumo abituale, 51,6% assunzione di più di un caffè/dì, 41,6% assunzione di più di un thè/dì, 13,3% stipsi, 5% terapie farmacologiche in atto, 18,3% uso di bevande energizzanti o integratori.

1. Analisi del campione di giocatrici di basket.

Dall'analisi dei questionari e dei diari è emerso che il 50% delle atlete in esame (30 ragazze su 60) soffre di disfunzioni urinarie (incontinenza urinaria da sforzo o da urgenza, con segni di vescica iperattiva).

Dall'analisi delle 30 atlete sintomatiche risulta che il 93,3% è di nazionalità italiana, il 73,3% non conosce il pavimento pelvico e le sue funzioni, solo il 23% fuma abitualmente, mentre nessuna fa uso abituale di alcool, il 63,3% beve più di un caffè al giorno e il 50% più di un bicchiere di thè al giorno, la presenza di tosse o starnuti frequenti è stata riscontrata nel 26,6%, il 16,6% soffre di allergie stagionali, il 20% soffre di stipsi e nessuna presenta problemi di diabete o ha subito interventi di chirurgia pelvica. Solo il 6.6% ha terapie farmacologiche in atto che consistono in antiepilettici e levotiroxina sodica. Il 36,6% fa uso di bevande energizzanti. Il 13,3% ha famigliari che soffrono di incontinenza urinaria. Solo il 10% porta plantari. Per quanto riguarda la pratica della pallacanestro il 66,6% esegue esercizi di pesistica più di una volta a settimana, il 90% si sottopone a preparazione atletica costituita prettamente da affondi con o senza bilanciere, andature, allenamento di rapidità e resistenza nella corsa, cambi di velocità e balzi. In media le atlete in esame praticano lo sport del basket da 10,6 anni e introducono 0,7 litri di acqua per allenamento. Il 26,6% si allena su cemento rivestito, il restante 73,4% su parquet. Il 23,3% ha subito fratture ad arti inferiori. Le abitudini o modalità di preparazione atletica delle giocatrici esaminate sono le stesse sia nelle sintomatiche che nelle asintomatiche. Il 16,6% non ha ancora avuto rapporti sessuali e il 6,6% di quelle che li hanno avuti riferisce dispareunia.

Il 20% porta salvaslip fuori dal periodo mestruale. Per quanto riguarda le abitudini di idratazione, il 50% fa passare più di tre ore fra un'introduzione di liquidi e l'altra, il 6,6% beve meno di 5 bicchieri d'acqua al giorno, il 3,3% introduce più di 2 litri d'acqua al giorno e il 10% beve prima di andare a letto la sera. Il 66,6% (20 ragazze su 30) va ad urinare più di 7 volte\dì, sempre il 66,6% ha perdite involontarie di urina particolarmente durante la corsa, facendo sforzi, nel sonno, per il freddo, all'atto dello starnutire, o per incapacità di trattenerla.

L'86,6% delle atlete sintomatiche (quindi 26 ragazze su 30) riferisce che l'80% delle minzioni è caratterizzata da bisogno urgente nell'arco della giornata.

2. Analisi del campione di ragazze non atlete.

Dall'analisi dei questionari e dei diari minzionali è emerso che il 30% delle ragazze non atlete in esame (18 ragazze su 60) soffre di disfunzioni urinarie (incontinenza urinaria da sforzo o da urgenza, vescica iperattiva).

Analisi delle percentuali delle non atlete sintomatiche: il 100% delle non atlete considerate sintomatiche (18 ragazze = 100%) è di nazionalità italiana e il 22,2% non conosce il pavimento pelvico e le sue funzioni, solo il 27,7% fuma abitualmente, mentre nessuna fa uso abituale di alcool, l'83,3% beve più di un caffè al giorno e il 66,6% più di un bicchiere di thè al giorno.

La presenza di tosse o starnuti frequenti è stata riscontrata solo nel 16,6%; dato analogo per quanto riguarda le allergie stagionali. Il 55,5% soffre di stipsi. Nessuna presenta problemi di diabete o ha subito interventi pregressi di chirurgia pelvica. Solo il 5,5% ha terapie farmacologiche in atto che consistono in pillole anticoncezionali. Il 27,7% fa uso di bevande energizzanti. Il 5,5% ha famigliari che soffrono di incontinenza urinaria. L'11,1% porta plantari. Tutte hanno già avuto rapporti e di queste il 16,6% riferisce dispareunia (dolore urente durante il rapporto). Il 5,5% porta salvaslip fuori dal periodo mestruale. Per quanto riguarda le abitudini di idratazione, il 38,8% fa passare più di tre ore fra un'introduzione di liquidi e l'altra, nessuna beve meno di 5 bicchieri d'acqua al giorno o introduce più di 2 litri d'acqua al giorno e il 44,4% beve prima di andare a letto la sera. L'88,8%% (16 ragazze su 18) va ad urinare più di 7 volte\dì, il 66,6% ha perdite involontarie di urina particolarmente dopo i rapporti, facendo sforzi, ridendo, per il freddo, all'atto dello starnutire o tossire. L'83,3% delle non atlete sintomatiche (quindi 15 ragazze su 18) riferisce che

SCHEDA ANAMNESTICA			**n° ced.:**
nazionalità:	età:		
peso:	altezza:		
attività lavorativa (se c'è):			
sai cos'è il pavimento pelvico?	SI	NO	
sai quali funzioni ha?	SI	NO	
fumo:	SI	NO	
quante sigarette al giorno?			
alcool:	SI	NO	
quanti bicchieri a settimana?			
Caffè:	SI	NO	
quanti al giorno?			
Thè:	SI	NO	
quanti al giorno?			
tosse\raffreddore frequente:	SI	NO	
collagenopatie:	SI	NO	
allergie stagionali:	SI	NO	
stipsi:	SI	NO	A VOLTE
diabete:	SI	NO	
terapie farmacologiche in atto (diuretici, ansiolitici, antidepressivi, anticolinergici, calcioantagonisti, anti-ipertensivi, …):	SI	NO	QUALI?
pregressa chirurgia pelvica:	SI	NO	
famigliari con problemi di incontinenza urinaria:	SI	NO	
numero di allenamenti a settimana e di quante ore: da quanti anni pratica questo sport?			
fa o ha fatto uso di integratori alimentari o di energizzanti?	SI	NO	QUALI?
preparazione atletica:	SI	NO	
quante volte in un mese o durante la stagione: pesistica, palla medica, affondi:	SI	NO	
quante volte a settimana:			
quantità di liquidi assunti mediamente durante un allenamento:			
tipologia di pavimento della palestra:			
tipologia di scarpette utilizzate (basse, alte, da basket, da volley\ running, rigide, ammortizzate):			
porti plantari?	SI	NO	
porta salvaslip? quando e quanto spesso?	SI	NO	
Vai di frequente a fare pipì durante l'arco della giornata?	SI	NO	
Ti è mai capitato di avere piccole perdite di urina?	SI	NO	
durante quale evento\attività ti capita più frequentemente?			
fratture bacino:	SI	NO	
fratture arti inferiori:	SI	NO	
hai già avuto rapporti?	SI	NO	
durante questi hai mai riscontrato disturbi?	SI	NO	
di che tipo?			

Figura 1. – Questionario anamnestico (parte in rosso aggiunta nei questionari delle atlete).

TABELLA 1a. – Analisi della tavola univoca.

	presenza sintomi	assenza sintomi	
atlete	30	30	60
non atlete	18	42	60
	48	72	120

TABELLA 1b. – Significatività dei valori ottenuti.

Chi Quadrato e Misure Esatte di Associazione			
Test	**Valore**	**valore p (a 1 coda)**	**valore p (a 2 code)**
Chi quadrato non corretto	5	0.01267	0.02535
Chi quadrato corretto di Yates	4.201	0.02020	0.04039
Chi quadrato di Mantel-Haenszel	4.958	0.01298	0.02597
Esatto di Fisher		0.01994	0.03988
Esatto mid-p		0.01372	0.02744

TABELLA 2. – Raffronto tra stili di vita di non atlete sintomatiche e non.

	% in non atlete con sintomi	**% in non atlete senza sintomi**
Fumo abituale	27,7	23,8
Uso abituale di alcool	0	0
Assunzione di più di un caffè\dì	83,3	66,6
Assunzione di più di un thè\dì	66,6	64,3
Stipsi	45,2	5,5
Terapie farmacologiche in atto	5,5	7,1
Uso di bevande energizzanti	27,7	23,8

TABELLA 3. – Raffronto tra stili di vita di atlete sintomatiche e non.

	% in atlete con sintomi	**% in atlete senza sintomi**
Fumo abituale	23	10
Uso abituale di alcool	0	0
Assunzione di più di un caffè\dì	63,3	40
Assunzione di più di un thè\dì	50	33,3
Stipsi	20	6,6
Terapie farmacologiche in atto	6,6	3,3
Uso di bevande energizzanti	36,6	0

TABELLA 4. – Raffronto dei valori in merito a disturbi durante i rapporti fra atlete e non atlete sintomatiche.

	% in atlete sintomatiche	**% in non atlete sintomatiche**
Disturbi durante i rapporti	16,6 (5 su 30)	16,6 (3 su 18)

TABELLA 5. – Abitudini in ragazze con familiarità per incontinenza urinaria.

	% in atlete sintomatiche con famigliarità (5)	**% in non atlete sintomatiche con famigliarità (2)**
Fumo abituale	20	50
Uso abituale di alcool	0	0
Assunzione di più di un caffè\dì	60	100
Assunzione di più di un thè\dì	40	100
Stipsi	20	0
Terapie farmacologiche in atto	20	0
Uso di bevande energizzanti	20	50

l'80% delle minzioni è caratterizzata da bisogno urgente nell'arco della giornata. Per quanto riguarda la tematica dei disturbi durante i rapporti è stato riscontrato che il questionario anonimo non risultava sufficiente, in quanto attraverso i colloqui effettuati con le ragazze sottopostesi a PC test, è emerso un valore maggiore in percentuale di ragazze atlete che ne soffrono rispetto a quanto si rilevava dai questionari. Le percentuali relative a disturbi durante i rapporti fra atlete e non atlete sintomatiche sono espresse in Tab. 4 in cui si legge che a prescindere dalla continenza o meno la dispareunia è equivalente nei due gruppi.

Le ragazze che hanno famigliari con incontinenza urinaria fra le atlete sintomatiche corrispondono al 16,6% (5 su 30), mentre fra le non atlete sintomatiche corrispondono all'11,1% (2 su 18).

Nella Tab. 5 sono espressi i valori relativi alle abitudini delle ragazze con famigliari con problemi di incontinenza urinaria.

3. Risultati ricavati dai PC test eseguiti:

Solo 8 delle atlete a cui è stato proposto di eseguire il test pubo-coccigeo hanno aderito. Dai dati si evince che la distanza ano-vulvare media equivale a 1,3 centimetri, in nessuna delle 8 ragazze è stata rilevata beanza vulvare, il 37,5% non presenta il riflesso nell'interno coscia e/o il riflesso anale. Allo stress test (colpo di tosse) sono risultate tutte negative. La media dei risultati del PC test fasico è di 3,1, quella del PC test tonico è di 1,6 e quella del PC test per resistenza è di 1,2. Il 50% ha mostrato sinergie muscolari, il 50% antagonismi muscolari e il 20% ha presentato inversione di comando (spinta anziché contrazione). Il 10% ha evidenziato la presenza di altre disfunzioni perineali come emorroidi. Il 62,5% presenta fastidi durante i rapporti. Il 20% ha sottolineato la presenza di frequente urgenza minzionale.

Nell'autovalutazione finale, che consiste nell'espressione di un punteggio da 1 a 10 sulla personale soddisfazione minzionale, la media dei risultati è di 7,5.

DISCUSSIONE:

I risultati di questo studio dimostrano che i disturbi urogenitali sono più frequenti nelle atlete giocatrici di basket rispetto alle ragazze non atlete.

Di primo impatto risulta evidente come, su egual numero di ragazze atlete e non, emerga un maggior numero di soggetti sintomatici nelle atlete: il 50% delle atlete presenta sintomi contro il 30% delle non atlete; ciò può dunque farci pensare che effettivamente la pratica di sport ad alto impatto come la pallacanestro possa influire sulla precoce comparsa di sintomatologia relativa a incontinenza urinaria.

Analizzando il campione di atlete sintomatiche, è stato riscontrato che di queste il 90% si sottopone a preparazione atletica e il 66,6% esegue esercizi di pesistica più di una volta a settimana. Non meno interessante è il dato relativo alla mancata conoscenza del pavimento pelvico e delle sue funzioni che corrisponde al 73,3% del campione antecedentemente descritto. A tal proposito sarebbe opportuno incentivare programmi di educazione e informazione rivolti alle ragazze da parte dei professionisti della salute che si occupano di pavimento pelvico e incontinenza urinaria in questo senso, in modo tale da migliorare la consapevolezza corporea nelle donne e quindi facilitare percorsi di prevenzione.

I dati relativi al fumo, consumo di caffè e thè risultano leggermente più elevati nel campione con sintomi delle ragazze non atlete. Stili di vita scorretti, stitichezza, terapie farmacologiche e utilizzo di integratori sono in percentuale più elevati nel campione delle ragazze non atlete rispetto alle atlete.

Emerge la percentuale delle atlete sintomatiche che porta salvaslip fuori dal periodo mestruale (66,6%) rispetto al corrispettivo nelle non atlete sintomatiche (5,5%).

Per quanto riguarda i dati relativi alle abitudini minzionali, alle perdite involontarie di urina e al bisogno urgente, va sottolineato che corrispondono a percentuali elevate nei campioni sintomatici sia delle atlete che delle non atlete.

I risultati emersi dai PC test effettuati sulle atlete volontarie denotano un'evidente debolezza o ipotonia della muscolatura in esame; è interessante la presenza di antagonismi muscolari nella metà delle ragazze analizzate e addirittura la presenza, in alcune di loro, di inversione di comando. Questi dati relativi alle atlete sottopostesi a PC test, mettono in evidenza la scarsa conoscenza della loro anatomia e l'incapacità di selezionare la muscolatura perineale.

In questo senso sarebbe importante impostare un programma basato sulla propriocezione della muscolatura pelvica consistente nella capacità di percepire e riconoscere la posizione e lo stato di contrazione dei propri muscoli anche senza il supporto della vista. La propriocezione assume un'importanza fondamentale nel complesso meccanismo di controllo del movimento. Il sentimento di rassegnazione rispetto a determinati disturbi è stato rilevato più volte nel campione di atlete sintomatiche.

I fattori che causano incontinenza urinaria in giovani donne nullipare non sono ancora del tutto compresi, tuttavia gli aumenti pressori intraddominali frequenti ed intensi come quelli ottenuti durante l'attività sportiva possono danneggiare il sistema miofasciale pelvico. Per tale motivo, in una donna atleta assume fondamentale importanza un rinforzo perineale contestuale all'allenamento globale. Inoltre, facendo riferimento alla percentuale precedentemente citata in merito alle atlete sintomatiche rispetto alla mancata conoscenza del pavimento pelvico e le sue funzioni, si può dedurre l'elevata carenza di informazione.

Risulta dunque di grande importanza l'educazione perineale e l'impostazione di programmi di cosiddetta *perineal care* in persone sottoposte a fattori di rischio, come le donne atlete.

Il professionista che si occupa di rieducazione, in particolare la figura dell'ostetrica in quanto più adatta ad instaurare un rapporto empatico con la paziente, riveste dunque un'importante ruolo di informatore ed educatore riguardo alla preservazione del pavimento pelvico e delle sue importanti funzioni.

Sarebbe ottimale l'introduzione di questo professionista della salute nei programmi di preparazione atletica di attività sportive femminili ad impatto e che sollecitano particolarmente il pavimento pelvico (come basket o pallavolo).

L'insegnamento di esercizi di Kegel rappresenterebbe uno dei tanti interventi che a questo livello risulterebbero fondamentali per la prevenzione di incontinenza urinaria o disturbi perineali assieme all'utilizzo dei coni vaginali di Plevnik e ad una corretta educazione alimentare e minzionale.

BIBLIOGRAFIA

1. Dickinson RL. Studies of the levator ani muscle. Am J Obstet. 1889; 9:898-917.
2. Thyssen HH, Clevin L, Olsen S, Lose G. Urinary incontinence in elite female athletes and dancers. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2002; 13:15-7.
3. Di Benedetto P, Coidessa A, Delneri C, Cattarossi L, Iona LG, Bizzarini E. Ricerca epidemiologica sulla prevalenza dell'incontinenza urinaria nelle pallavoliste. Europa Medicophysica. 2008; 44:1-3.

Corrispondenza:

Dott.ssa FRANCESCA ROLLI
Email: francescarolli92@gmail.com

Linee guida per la fisioterapia in pazienti con incontinenza urinaria da sforzo (Società Olandese di Fisioterapia)

Dal Dutch Journal of Physical Therapy 2011; 121 (3) (suppl.)*

A.T.M. BERNARDS[I], L.C.M. BERGHMANS[II], I.C. VAN HEESWIJK-FAASE[III], E.H.M.L.WESTERIK-VERSCHUUREN[IV], I. DE GEE-DE RIDDER[V], J.A.M. GROOT[VI], M.C.P. SLIEKER-TEN HOVE[VII], H.J.M. HENDRIKS[VIII]

[I] Arnold T.M. Bernards, MD. Dutch Institute of Allied Health Care, Amersfoort and Institute of Health Studies, Han University of Applied Sciences, Nijmegen, NL; [II] Bary L.C.M. Berghmans, PhD MSc RPT. Clinical epidemiologist, pelvic physical therapist, health scientist, organizational director Pelvic care Center Maastricht, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, NL; [III] Ingrid C. van Heeswijk-Faase, MSPT. Pelvic physical therapist, Bekkenfysiotherapie-Zoetermeer, Zoetermeer; [IV] Elisabeth H.M.L. Westerik-Verschuuren MSPT. Pelvic physical therapist, Medisch Spectrum Twente, Enschede Coordinator Curriculum and Evaluation SOMT Pelvic Physiotherapy,Amersfoort, NL; [V] Ineke de Gee-de Ridder, MSPT. Physical therapist, Het Kruispunt, Heemskerk, NL; [VI] Joke A.M. Groot, MSPT. Pelvic physical therapist, VU University Medical Center, Amsterdam, BekQ up Amsterdam, Pelvic care Center Hageman, Heemstede, NL; [VII] Marijke C.Ph. Slieker-ten Hove, PhD, MA, PPT. Pelvic physical therapist and researcher, Department of Physical Therapy and Pelvic Floor Centre Erasmus MC, University MedicalCentre, Rotterdam, ProFundum Institute, Dordrecht, NL; [VIII] Erik Hendriks, PhD, MSc PT. Senior researcher, Health scientist & Epidemiologist, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences. Department of Epidemiology, Maastricht University, Co-director and Programme manager Clinical Guidelines and Quality of Care, Centre for Evidence Based Physiotherapy (CEBP), Maastricht, NL.

Traduzione italiana a cura di: I. BAINI[IX], A. BORTOLAMI[X], D.GIRAUDO[XI], S. SALVATORE[XII]

[IX] Ilaria Baini, Ostetrica, Ospedale San Raffaele, Milano, I; [X] Arianna Bortolami, Dottore in Fisioterapia, Consulente in Sessuologia, Dottore Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione, Libero Professionista, Padova, I; [XI] Donatella Giraudo, Dottore in Fisioterapia, Consulente Dipartimento di Urologia Ospedale San Raffaele Turro, Milano, Italia - Professore a Contratto Università "Vita e Salute" San Raffaele, Milano, I; [XII] Stefano Salvatore, Gynecologist, Obstetrics and Gynecology Unit, Vita-Salute San Raffaele University and IRCCS San Raffaele Hospital, Milan, I.

Contenuti Linee Guida Pratiche

A Introduzione
- A.1 Obiettivo e gruppo target
- A.2 Struttura
- A.3 Definizione di IUS
- A.4 Epidemiologia
- A.5 Eziologia
- A.6 Prognosi
- A.7 Accesso indiretto vs accesso diretto alla fisioterapia
- A.7.1 Accesso indiretto
- A.7.2 Accesso diretto alla fisioterapia

B Processo diagnostico
- B.1 Anamnesi
- B.2 Esame obettivo
- B.2.1 Ispezione
- B.2.2 Valutazione funzionale
- B.3 Strumenti di misurazione
- B.3.1 Il questionario PRAFAB
- B.3.2 Diario minzionale
- B.3.3 Pad test
- B.3.4 Sintomi specifici del paziente
- B.3.5 Effetti globali percepiti
- B.4 Analisi
- B.5 Conclusioni generali del processo diagnostico
- B.6 Piano di trattamento
- B.6.1 Piano di trattamento per IUS con disfunzione del pavimento pelvico
- B.6.2 Piano di trattamento per IUS senza disfunzione del pavimento pelvico
- B.6.3 Piano di trattamento per IUS con fattori prognostici sfavorevoli

C Processo terapeutico
- C.1 Trattamento
- C.1.1 Fasi, obiettivi, e interventi
- C.1.2 Durata e frequenza del trattamento
- C.1.3 Prevenzione dell'insufficienza del pavimento pelvico
- C.2 Valutazione
- C.3 Conclusione del trattamento, registrazione e segnalazione

Supplementi (1-6)

Riassunto delle raccomandazioni. Linee guida per il comportamento relativo a minzione e defecazione. Un esempio di diario minzionale. Test del pannolino nelle 24 ore. Effetto globale percepito (GPE). POP-Q.

Linee Guida Pratiche

A Introduzione

Le Linee Guida KNGF (Koninkklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) descrivono il trattamento fisioterapico di donne e uomini con incontinenza urinaria da sforzo o con incontinenza mista nella quale la componenente dell'incontinenza urinaria da sforzo è prevalente. Sono completate da una Review sull'Evidenza che mostra e spiega le scelte fatte in base alla definizione del problema di salute, la diagnosi e il trattamento, e offre un'informazione di base e di supporto.

A1 Obiettivo e Gruppo Target

Le KNGF Linee Guida sono rivolte a fisioterapisti pelvici coinvolti nella diagnostica e nel trattamento dell'incontinenza urinaria. Il fisioterapista pelvico deve aver compreso e acquisito specifiche conoscenze sul gruppo di pazienti ed avere un comportamento appropriato verso di loro. I fisioterapisti pelvici che prendono parte ad esami e trattamenti interni sui pazienti con incontinenza urinaria da sforzo devono essere consapevoli che, basandosi sulla legge olandese, le KNGF indicano queste come "procedure speciali" inclusa l'esplorazione e l'introduzione di un elettrodo in vagina o nell'ano quindi soggetti a condizioni speciali. Le KNGF consigliano ai fisioterapisti di lasciare le procedure endocavitarie di fisioterapia dell'area del pavimento pelvico ai fisioterapisti pelvici registrati. Ai fisioterapisti pelvici è permesso compiere esami e procedure invasive con il consenso del paziente, dopo che questo è stato ben informato sul trattamento proposto e sulle possibili alternative. Raccomandiamo che il consenso del paziente alle procedure speciali sia per iscritto e firmato, in forma di consenso informato.

A.2 Struttura

Le linee guida consistono di 3 parti: le attuali Linee Guida Pratiche, una Revisione sulle Evidenze e un Diagramma che le riassume. La definizione del problema clinico è stata formulata da un team di esperti sul tema trattato che ha anche valutato e selezionato l'evidenza scientifica. Le Linee Guida sono state introdotte e distribuite usando una strategia di applicazione standardizzata. Le Linee Guida sono strutturate in base alle fasi menzionate nel documento "Methodical Approach of the Physiotherapeutic Health Care Process". Ulteriori informazioni sono riportate nella Revisione delle Evidenze.

Nota dei traduttori. Nel testo, "il fisioterapista pelvico" si occupa di fisioterapia del pavimento pelvico ed è iscritto in un apposito registro che in Italia non esiste.

* pubblicato con il permesso degli Autori.

(continua)

Il serviziale

ANDREA MENEGHINI

U.O.C. di Riabilitazione, Ospedale di Padova

È con molto entusiasmo ed una velatura di sana, ormai lontana, goliardia che abbiamo accolto l'invito del Prof. Giuseppe Dodi di ripercorrere la storia di una delle pratiche più antiche, naturali ed intriganti della medicina: il *clistere o lavativo*.

Naturale perché è una consuetudine comunemente praticata ed autosomministrata da un magnifico uccello, sacro per gli antichi Egizi: una cicogna chiamata Ibis che quando si sente costipata irriga l'intestino direttamente con il suo lungo becco.

Antica perché già menzionata in alcuni testi Veda di un paio di millenni a.C. e nei famosi papiri di Ebers e di Smith risalenti al XV° secolo a.C., nei quali troviamo istruzioni per l'uso del clistere, menziona ingredienti e descrive rimedi per 20 diversi problemi intestinali. E' di Erodoto la segnalazione che fosse costume del popolo egizio praticare mensilmente la pulizia dell'intestino irrigandolo per tre giorni consecutivi.

Gli Egizi che per organizzazione della loro sanità disponevano di un medico per ogni organo, ne avevano giust'appunto uno anche per le patologie intestinali, detto "Custode dell'Ano", poiché ritenevano che la causa di tutti i mali fosse derivante dal cibo ingerito. E, forse, non avevano tutti i torti, alla luce delle moderne conoscenze sulla errata conservazione ed assunzione di cibo sia in termini qualitativi che quantitativi. A questi particolarissimi "Custodi" era, inoltre, demandato il compito di lavare l'intestino del morto, prima della imbalsamazione.

Ippocrate sosteneva di dover privilegiare il clistere alle purghe assunte per via orale in quanto meno irritanti e più efficaci, quando si trattava di rimuovere le feci dall'intestino e consigliava clisteri a base di decotti di foglie di cavolo resi emollienti grazie all'aggiunta di miele e olio d'oliva.

I Greci ed i Romani, che si limitarono per lo più ad applicare le conoscenze mediche fino ad allora acquisite, senza complicarsi la vita ed alla luce della "teoria degli umori" che ben poteva giustificarne l'uso, privilegiarono per i clisteri una vasta gamma di prodotti naturali quali l'acqua salata, il miele, il latte, l'olio e persino la bile di manzo.

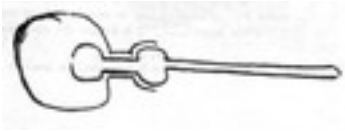
Svetonio ci racconta che l'estroso imperatore Nerone fosse solito praticare clisteri per tonificare la voce, mentre le matrone romane, spesso alle prese con uno sgradevole meteorismo intestinale, praticavano un clistere d'aria, insuflandola nell'intestino con un mantice sulla base della nota teoria dei *similia similibus curantur*... .

Un caso a parte è rappresentato dal Vangelo apocrifo detto degli Esseni, pare trovato in una delle famose grotte del Mar Morto e che deve essere preso con le dovute riserve per quanto riguarda la autenticità, in cui un Cristo molto salutista, se non quasi vegano, in una moderna ed accattivante forma dialogica, risponde alle molte persone in attesa dei suoi insegnamenti raccomandando l'assunzione di cibi che non derivino dalla morte di esseri viventi perché: "*chiunque si nutre della carne di animali uccisi si mangia il corpo della morte[...]*" e sollecita una pulizia non solo esteriore del corpo: "*[...]chi si pulisce fuori e resta sporco dentro è simile alle tombe, che fuori appaiono bene imbiancate ma dentro sono piene di ogni sorta di orrida sporcizia e abominazione*." Ed alla fine ecco l'ammonimento: "*Cercate dunque una zucca rampicante che abbia lo stelo della lunghezza di un uomo; svuotatela del contenuto e riempitela con l'acqua del fiume scaldata dal sole. Appendetela al ramo di un albero e fate entrare l'estremità dello stelo della zucca nella vostra zona anale in modo che l'acqua possa scorrere in tutte le vostre viscere*." E proprio la zucca, assieme allo scroto di cervo e di qualche altro viscere cavo di animale, tornano frequentemente indicati come strumenti utili nella irrigazione intestinale dalle popolazioni che per prime hanno introdotto l'uso del clistere come forma di pratica igienico-medica.

Avicenna, medico arabo di straordinaria cultura, non solo medica (960-1030 D.C.), per primo ha descritto la "borsa per clisteri", consistente in una vescica di animale collegata all'estremità di un tubo, antesignana dell'attuale peretta (magari di maggiori dimensioni). Tra gli ingredienti consigliati per il clistere, acqua, olio, semi di zucca e, occasionalmente, pepe.

Altro grande della medicina araba coetaneo di Avicenna, Albucasis, ritenuto il padre della chirurgia moderna, nel suo libro "*al-Taṣrīf*" tra lo strumentario del chirurgo annovera anche un clistere, pratica che non esitava somministrare, al bisogno, anche al Califfo.

Nel XIV Secolo famoso medico Guy de Chauliac non si separava mai dalla sua "borsa dei clisteri" a cui doveva "*honneur, profit et grand nombre d'amis*".



Lo strumento per clisteri di Albucasis in un manoscritto arabo medioevale - *On Surgery and Istruments* (con traduzione inglese e commentario di M. S. Spink e G. L. Lewis), The Wellcome Institute of the History of Medicine, Londra, 1973.

Santorio Santorio (1560-1636), collega ed amico di Galileo Galilei, riteneva che eliminando con "i lavativi" le feci dal colon si creasse un "*vuoto, per colmare il quale le feci, a grado a grado, scendevano dalle parti superiori dell'intestino finché tutto s'era svuotato*". In questa teoria pseudo fisiologica del vuoto e del pieno si innescava quella filosofica che in natura il vuoto non poteva esistere. Ecco perché i reali di Francia si affrettavano a riempire lo stomaco dopo un clistere che lo aveva appena liberato e lo stesso Ambroise Paré raccomandava di fare un clistere subito dopo un salasso per evitare che gli umori putridi dell'intestino potessero passare nelle vene per occupare il posto lasciato vuoto dal sangue che era stato "spillato".

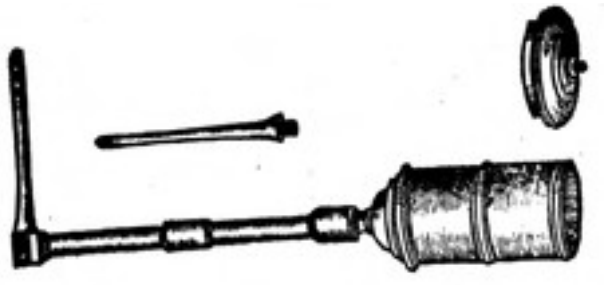
Benché molti nel corso dei secoli possano essere indicati come gli inventori del moderno clistere, certamente al nostro Marco Gatenaria, di Vercelli si può riconoscere di aver inventato (siamo nel XV° secolo) la prima siringa per clisteri. Nel trattato "*De Clisteribus*", (1532) leggiamo: "*strumento da clistere con stantuffo in legno in un cilindro di stagno o piombo con cannula dello stesso materiale[...]*".

Il già ricordato Ambroise Paré, un altro caposcuola della moderna chirurgia, vanta il primato di aver intuito l'autoclistere, reso possibile da un opportuno allungamento e da una appropriata curvatura del beccuccio. Indubbiamente un grande passo in avanti: si superavano molti limiti legati al pudore che spesso inibiva la libera pratica del lavativo. Ecco come la descrisse: *"altra siringa per una donna che sarà pudica, la quale potrà somministrarsi il clistere da sola"*.

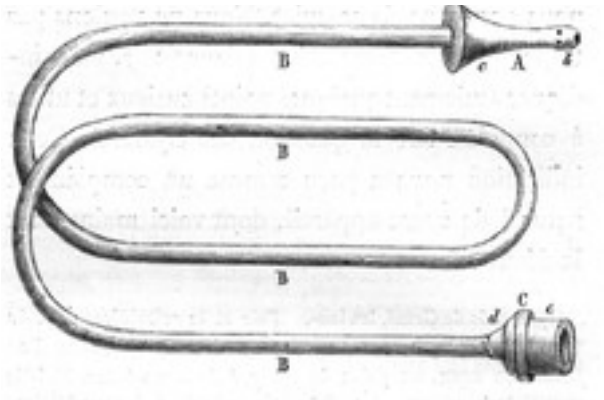
Dato che ogni percorso creativo raramente si realizza in un'unica azione, neanche questo "*mai troppo laudato strumento*" trovò la sua definitiva strutturazione con Paré. Rimanevano, infatti, oggettivi limiti che rendevano disagevole l'utilizzo di una siringa a beccuccio rigido, e a questo pose momentaneo rimedio il fisiologo olandese Reinier de Graaf che, anche e soprattutto grazie alla "moderna tecnologia" di cui poteva disporre, al contenitore ebbe l'idea di attaccaci una cannula flessibile

È subito evidente che i vantaggio della flessibilità del tubo sono molteplici sia legati alla pudicizia che alla praticità ma anche alla sicurezza in quanto ora *il servizievole* poteva essere somministrato in tutta sicurezza anche a pazienti contagiosi o dai quali, per qual dir si voglia ragione, fosse opportuno stare ad una certa distanza.

Il serviziale era pure oggetto di ironie ed occasione per composizioni e motti di spirito in salsa boccaccesca come possiamo dedurre leggendo questo sonetto di Anonimo Lombardo dell'800:



Strumento di Ambroise Paré per autosomministrazione di clisteri da *Dix Livres de la Chirurgie* (1564) - Collezione Gallica della Bibliothèque Nationale de France.



Tubo flessibile di Reinier de Graaf; *De Clysteribus* 1668.

Un signor ladro cavalier errante
Comprò una stoffa dal mercante tale:
Stassera, disse, sborserò il contante
La porterete all'albergo reale.

Poichè la merce in mano ebbe il birbante
Disse al ladri compagni: Un serviziale
Mettete a forza al gocciolon mercante
Ch'io fugga intanto per segrete scale.

Al veder caricato lo stromento
Strillò quel galantuomo, montò in furie
Ma ricever dovette il complimento.

Così di stoffa e di denaro privo,
Al negozio, il fischiato creditore
Col guadagno tornò di un lavativo.

Corrispondenza:

Andrea Meneghini, M.D.
Advanced Technology in Rehabilitation Lab
Padua Teaching Hospital, Rehabilitation Unit
Via Giustiniani, 1 - 35128 - Padova, Italy
Tel. +39-049-8211270 - Fax: +39-049-8213342
E-mail: dott.andreameneghini@gmail.com

Corso di pelviperineologia e riabilitazione

Il **corso di pelviperineologia** organizzato da *Perineo Felice* e *Centro Pelvi* è una risposta alle numerose richieste ed esigenze di chi lavora sul pavimento pelvico e non ha ancora trovato risposte su misura. Vorremmo cucire il corso addosso a voi, ascoltando le richieste e le domande che ci vorrete inviare (info@perineofelice.com). Si tratta di cinque fine settimana di due giornate. All'inizio di ogni giornata si propongono casi clinici che al termine verranno discussi insieme ai partecipanti in base a quanto appreso. Particolare attenzione viene data all'aspetto integrato e alla parte pratica che è organizzata in più modalità.

Il corso inizia a gennaio e il primo fine settimana può svolgersi a Firenze, Padova o Roma. Da fine ottobre su www.perineofelice.com e su Pelviperineologia di dicembre vengono pubblicati i dettagli del primo seminario col programma completo, la lista dei docenti, i luoghi e tutte le informazioni necessarie per l'iscrizione. Potete intanto prenotarvi o iscrivervi alla mailing list scrivendo a info@perineofelice.com. Sono previste anche ulteriori giornate di pratica clinica a Firenze e Padova.

PROGRAMMA DELLA PARTE TEORICA

Aspetti generali **Cos'è la riabilitazione**: aspetti sociali, relazionali, familiari, economici, logistici. **Il ruolo del pavimento pelvico**: nelle curve fisiologiche della colonna vertebrale, nella statica pelvica, nella respirazione. Fasce, diaframmi, postura, relazione tra diaframmi. I fattori su cui agire: muscoli deboli/forti, tonici/ipotonici/ipertonici. Relazione forza/lunghezza. Ipertono e dissinergia: difficoltà diagnostiche e differenze terapeutiche. Principi di allenamento muscolare: forza, resistenza, endurance, forza veloce. **Anatomia, innervazione. Disfunzioni dei 3 comparti**: le domande dei pazienti e i principali sintomi lamentati (uro-, gineco-, procto-, sessuologici). Panoramica delle disfunzioni trattabili. Epidemiologia. **La salutogenesi pelviperineale**: concetti di salutogenesi e prevenzione, attività fisica aerobica, anaerobica, stretching, alimentazione, potus. **Lo screening**. Percorsi terapeutici specialistici e riabilitativi. Team multidisciplinare. **Perché il "perineologo"?**

Il basso tratto urinario **Fisiopatologia**: minzione, fasi di riempimento e svuotamento, LUTS. **Incontinenza**: definizione, classificazione, prevalenza. IUS: fattori di rischio, fattori di continenza, fattori uretrali. Vescica iperattiva: fisiopatologia, IUU. **L'impostazione del trattamento**: tipi di anamnesi, anamnesi e rapporti tra comparto anteriore, medio e posteriore, osservazione, ispezione, esame vaginale, diario minzionale, stress test, pad test, Q-tip test, test neurologici. PC test con varianti e personalizzazioni. **Gli esami di laboratorio e strumentali**: l'esame urodinamico: quando, chi, come. Tampone uretrale, striscio batterioscopico, urinocoltura, Pap-test. **L'allenamento muscolare**: il rilassamento, la respirazione, esercizi globali, esercizi perineali. **Trattamento**: tipi di trattamento (standard, personalizzato, multidisciplinare), intervento pedagogico, terapia comportamentale, elettrostimolazione funzionale (FES), biofeedback (BF), chinesiterapia. **Fisiochinesiterapia**: indicazioni /controindicazioni, linee guida ICI, gestione.

Prolassi degli organi pelvici (POP) Classificazioni, fattori di rischio, esame clinico, prevenzione, trattamento riabilitativo.

Cicatrici Cicatrici perineali, addominali, cicatrici attive. Palpazione, trattamenti.

Ano-retto, il comparto posteriore **Anatomia** del retto e del canale anale. Muscoli, componente connettivale, visceri pelvi-perineali. L'elevatore dell'ano. Anatomia funzionale, defecazione e continenza. **I fattori della continenza fecale**: SAE-SAI, mm pavimento pelvico, sensazione rettale, sensazione anale, integrità SN, consistenza feci, peristalsi. La Teoria Integrale e i legamenti. La teoria dei 3 loops. La continenza di base e la continenza di emergenza. Il bolo fecale: consistenza, dieta, potus, tipi di fibre e loro integrazione. **I meccanismi della defecazione**: sampling reflex: RAIR, RAER. Riflesso otturatori/elevatore dell'ano, riflesso post defecatorio. Riflesso gastrocolico. **Valutazione**: anamnesi, "bandiere rosse" (invio allo specialista), farmaci. Diagnostica strumentale. EO anale: osservazione, ispezione, valutazione sfinteri e PR. Coccige. **Tecniche diagnostiche strumentali**: indagini morfologiche e funzionali. Sensibilità, specificità. Test neurofisiologici, ecografia, defecografia, defecoRM, manometria: ARP, MVC, RAIR, R sensation, R compliance. Test della sfera solida. **Patologie della ritenzione e insoddisfazione nell'espulsione fecale. La stipsi cronica**: costipazione semplice, atonia colica, dischezia: classificazione. Domande chiave (criteri Roma III). Dissinergia PR, disfunzioni dell'ampolla, rettocele da distensione e dislocazione, prolasso mucoso del retto, rettocele anteriore, intussuscezione, sindrome dell'ulcera solitaria, perineo discendente/disceso. Fisiopatologia. **Incontinenza anale**: incontinenza fecale idiopatica, secondaria. Malattie metaboliche, sistemiche, anorettali: traumi *post partum*, traumi anorettali, post chirurgici. Prolassi del retto, perineo discendente/disceso. Tabelle e *cut off* per la riabilitazione. Difetto sfinteriale isolato, lesioni multifocali. **La riabilitazione anorettale**: diario e strumenti. Terapia comportamentale. Razionale e modalità per elettrostimolazione (FES), riabilitazione volumetrica, chinesiterapia, biofeedback. La chinesiterapia per ipertono, ipotono, dissinergia, deficit di forza, endurance, forza veloce. Misure di *outcome*. *Follow up* a breve, medio, lungo termine.

Menopausa e andropausa Variazioni muscolari, urologiche, ginecologiche, anorettali, sessuali, sistemiche. Alimentazione. Sessualità.

Sessualità e riabilitazione Fasi e modelli del comportamento sessuale nell'uomo e nella donna. Le varianti della sessualità (omosessualità, bisessualità, transessualità, BDSM). Insoddisfazione e disfunzioni delle varie fasi. Competenze per la gestione delle disfunzioni. La riabilitazione fuori dalla consulenza sessuologica Malattie sessualmente trasmissibili. **L'abuso** Aspetti medico-legali, psicologici, sessuologici, uro-ginecologici, gastrointestinali. Confini, deontologia.

Il dolore pelvico cronico La galassia del dolore pelviperineale e la sindrome del dolore pelvico cronico (CPPS).

L'approccio globale osteopatico L'osteopata, la visione osteopatica, la palpazione, le tecniche fondamentali, saper fare un invio. Il trattamento delle cicatrici. Le manovre osteopatiche per la riabilitazione perineale, manovre endocavitarie.

Le principali tecniche operatorie per le disfunzioni perineali: l'illusione chirurgica.

Richiesti ECM.

Per info: **Dott. Désirée Uguccioni, tel 349 06 919 06**

Perineo Felice Firenze: info@perineofelice.com
Centro Pelvi Padova: giuseppe.dodi@unipd.it

Il racconto di Giorgetti: Il limone

Per quarant'anni aveva fatto l'impiegato comunale, addetto all'anagrafe; al compimento del sessantacinquesimo anno di età, era andato in pensione.

Viveva con sua moglie, una coetanea, in quell'appartamento che era stato loro da sempre: al quarto ed ultimo piano di un modesto stabile senza ascensore e situato nella periferia di un comune dell'entroterra emiliano.

La moglie era stata sempre in casa, ma aveva notevolmente contribuito al bilancio famigliare risparmiando su tutto: il fiammifero che impiegava per accendere il gas, spento subito, lo riutilizzava quando occorreva avviare una fiamma accanto a quella esistente. E così, con un modesto stipendio comunale, i due erano riusciti a far laureare i tre i figli: la più grande in Farmacia, il secondo in Legge e l'ultimo in Economia e Commercio. Bologna, dove si erano laureati, distava quaranta chilometri da dove abitavano, ma i ragazzi la grande città l'avevano poco frequentata: quando erano proprio costretti a passarci qualche notte li ospitava in una soffitta un cugino del padre che faceva l'idraulico. In quelle occasioni a pranzo e a cena il menù era sempre lo stesso: pane, mortadella e acqua del rubinetto. Ma quando erano a casa a tavola non facevano complimenti: fra i tre ragazzi iniziava una gara attenta e silenziosa e sui piatti non avanzava mai nulla. Il merito era della madre: una cuoca insuperabile, una vera emiliana. Le lasagne, le tagliatelle, i tortellini li faceva lei ed erano i primi piatti previsti per il pranzo domenicale, per le festività religiose e per i compleanni. Comunque ogni giorno la cuoca non deludeva i commensali, curando anche l'aspetto della tavola: tovaglia e tovaglioli sempre di stoffa e sempre puliti, piatti (di norma tre per ogni commensale) di porcellana bianchi, bicchieri di vetro, sottobicchieri e posateria d'acciaio, i cucchiaini d'argento (erano un regalo di nozze).

La ragazza era stata subito assunta in una farmacia di Legnano ed aveva sposato, dopo un anno, il titolare: un vedovo un po' attempato, ma ancora un bell'uomo. L'avvocato, un gran bel ragazzo, grazie all'interessamento di una docente, era subito entrato in uno studio notarile di Roma e lui, ogni due o tre mesi cambiava compagna. Il terzogenito aveva vinto un concorso all'Alitalia: la sede era Milano, ma di fatto girava il mondo. Se i tre si erano ben sistemati, il merito era tutto loro.

E così, i genitori, un giorno, si erano trovati soli in casa.

I primi tempi, in occasione del Natale o della Pasqua, qualche figlio arrivava, ma erano visite brevi, due o tre giorni al massimo: erano molto impegnati, ed era vero. La madre si lamentava, ma il padre diceva che era giusto così: "Hanno la loro vita; la cosa più importante è avere la certezza che stanno bene". Ma anche lui, per quel comportamento, ci soffriva. Si sentivano soli e la casa, adesso, sembrava grande e vuota.

Due anni prima d'andare in pensione, il venti dicembre, era arrivato a casa con una pianta contenuta in un vaso di plastica nero: "E questa cosa è?" aveva chiesto la moglie quando lo vide con quel peso fra le braccia. "E' una pianta di limoni. L'ho acquistata dal siciliano, quello che arriva ogni anno, sotto Natale, con il camion pieno d'aranci e di limoni. L'ho pagata poco.." "E tu … una pianta di limoni …dove la metti!" "D'inverno la teniamo in sala; in primavera e d'estate sul terrazzo. Sono sicuro che riuscirò a farla vivere." "E poi, se diventerà un albero, cosa facciamo: sfondiamo il tetto?" "Tranquilla! Mi ha detto il siculo cosa si deve fare per contenerne la crescita. E mi ha assicurato che fra un anno, a Natale, avremo i nostri bei limoni." "Si, se li acquisterai dal siciliano!"

E invece, quell'estate, il limone, sul terrazzo, si riempì di foglie e di fiori profumatissimi, ed a Natale, in sala, fra il verde delle foglie, c'erano sei limoni: gialli, panciuti, grandi come uova di gallina.

I figli, quell'anno non vennero, ma per loro due, che sul limone, sistemato al centro della sala, avevano messo degli addobbi, quello fu un bel Natale.

Poi, a Pasqua, con quattro limoni fecero tre litri di Limoncello: "Eccezionale!" dicevano entrambi, con il bicchierino vuoto in mano, dopo il pranzo domenicale.

Le cure praticate alla pianta non erano affidate al caso: lui si era procurato due testi universitari di agrumicoltura e li aveva letti e riletti, e adesso sapeva tutto, era un vero esperto.

Dopo cinque anni, sistemato in un grande vaso di terracotta, il limone era diventato veramente un bel limone. I sei rami principali formavano un largo cono rovesciato, con una circonferenza massima di due metri. Sulle foglie lucide non c'era un parassita ma c'era sempre, ad illuminare il verde, il giallo brillante dei limoni. E come profumava la casa quando l'albero fioriva!

"Un albero così bello non ce l'hanno nemmeno in Sicilia!" diceva la moglie, e lui rideva. Per trasportarlo (dalla sala al terrazzo e viceversa), avevano fatto costruire da un fabbro un carrello di ferro e gli spostamenti non creavano problemi. L'unico disagio era l'annuale concimazione: il miglior prodotto, secondo i sacri testi, era lo stallatico maturo delle pecore. Dopo inutili ricerche, glielo procurò un operaio del Consorzio Agrario e quando lo somministrò la moglie non era in casa.

Quando arrivò: "Cos'è questa puzza!" "Ho concimato il limone con lo stallatico di pecora che ho preso al Consorzio Agrario." "Quello ti ha dato un gregge ed anche il pastore!"

Comunque, dopo una settimana, "l'odore" non lo sentivano più: forse si erano abituati.

E il limone, tutti gli anni, li ricompensava con una profumata fioritura e un'abbondante fruttificazione.

Adesso non c'era solo il limoncello a deliziarli a fine pasto, ma anche la marmellata di limoni. E che crostate! Lei ne preparava una tutte le domeniche. In dispensa c'erano sempre delle bottiglie di liquore per i figli, ma restavano lì, ad invecchiare.

Solo il giorno in cui festeggiarono il cinquantesimo anno di matrimonio, arrivarono i figli e purtroppo non erano più tre ragazzi! I maschi non si erano sposati, la figlia niente bambini.

Il giorno successivo, dopo gli abbracci e i saluti, in casa loro due si sentirono veramente più soli.

Avevano settantacinque anni: per tutti oramai, erano diventati dei vecchi e loro non se ne erano accorti. Lei era ingrassata, aveva la pressione alta, camminava male, la cervicale non le dava tregua, le erano rimasti pochi denti. Il suo comodino, in camera da letto, sembrava il banco di una farmacia: c'erano pillole di tutte le grandezze e di tutti i colo-

---

Guerrino Giorgetti ha pubblicato volumi di narrativa con la Mondadori: *Memorie di un cacciatore pentito* (adattato come libro di lettura per le Scuole Medie con il titolo "Addio alla caccia"); *Storie di Animali; Uomini ed altri animali*. Collaborando con quotidiani e periodici ha ottenuto vari premi letterari e giornalistici. Alcuni racconti vengono riportati nei testi scolastici. Vive a Perugia.

ri. Lui, invece, magro e diritto, stava benissimo: la passeggiata mattutina di due ore (con la neve o la pioggia o il sole) la faceva sempre. E ci vedeva come un'aquila: leggeva il giornale senza occhiali.

La sera lui andava a letto molto presto, lei, invece, si coricava tardi: in sala, seduta sulla poltrona, passava ore ed ore davanti al televisore e lì, spesso si addormentava.

E una mattina di novembre, all'alba, la trovò lì, seduta, con gli occhi chiusi. ma non dormiva.

Arrivarono i figli: si trattennero tre giorni e quando se ne andarono, lui li rassicurò: "Non preoccupatevi: mi saprò organizzare." E invece più i giorni passavano, più il suo disagio aumentava. Si sentiva veramente solo; era frastornato; la casa gli sembrava vuota, silenziosa, ostile. "E adesso?" ripeteva passando da una stanza all'altra. Andava a letto presto e restava al buio, gli occhi sbarrati, per ore, rifugiandosi nel passato, rievocando episodi banali.

Lo disse al medico e gli prescrisse delle compresse: ne doveva prendere una mezz'ora prima di coricarsi.

Dopo un mese, la figlia, al telefono, gli disse che aveva trovato una donna, un'ucraina, che conosceva bene: lavorava a Legnano, ma era disposta a trasferirsi: "Il mensile lo pagheremo noi tre." Lui non ne volle sapere.

Poiché anche gli altrui due insistevano, disse che ci avrebbe pensato: "Ma adesso no, non ne ho bisogno. Dovete lasciarmi tranquillo. Mi rendo conto che è un passo che dovrò fare, ma adesso no."

Usciva per fare le solite passeggiate, ma diventavano sempre più brevi e rientrava stanchissimo. Passava ore ed ore in casa, andava da una stanza all'altra; si sedeva; si alzava per spostare o cercare qualcosa e spesso non si ricordava cosa doveva fare. Diceva a se stesso che non aveva nulla da fare, che non sapeva cosa fare. Mangiare era una vera sofferenza: metteva la tovaglia sul tavolo, poi un solo piatto, una forchetta, un cucchiaio, un coltello e un bicchiere. E restava li, in piedi, in silenzio, accanto al tavolo e gli occhi gli si riempivano di lacrime. Quando i figli lo chiamavano al telefono. e lo facevano spesso, diceva sempre che stava bene, che usciva, che passava molto tempo con degli amici, ma anche loro sapevano che non era vero.

Di amici non ne aveva mai avuti; conoscenti sì, ma solo per un "buon giorno" e una "buona sera". Gli inquilini degli altri piani, di fatto, erano degli sconosciuti: in quello stabile c'era sempre qualche trasloco.

Era dicembre: il limone era in sala e poiché aveva bisogno solo di luce, l'aveva messo proprio davanti all'ingresso del terrazzo: tanto lui, quella porta, non aveva alcun motivo per aprirla. Sul terrazzo la moglie ci stendeva i panni: lui portava tutto alla lavanderia, una volta alla settimana.

Il ventidue dicembre, senza preavviso, arrivò la figlia con la ferma intenzione di portarlo a Legnano. Per un giorno intero discussero, prima con calma poi alzando la voce, ma lui non ne volle sapere: "Di qui non mi muovo. Sto bene. Te lo chiedo per favore. Ti ringrazio dell'invito, ma voglio restare qui."

Il 24 dicembre arrivò l'avvocato e il giorno di Natale riuscì a portarlo a pranzo in un ristorante. Il giorno dopo, quando ripartì, il padre gli disse: "Non dovete preoccuparvi per me. Dillo agli altri: io sto bene solo qui! Questa è casa mia, ci ho passato tutta la mia vita." Poi, finalmente arrivò la primavera e il limone si riempì di fiori.

Il dieci giugno si svegliò e si accorse subito che gli era capitato un guaio: sentiva puzzo di feci. Andò in bagno: non si era sbagliato. Le mutande e il pigiama erano imbrattati. Aveva mangiato, a cena, del tonno e dei fagioli in scatola e quella roba, evidentemente, era la causa del guaio. Stette per venti minuti sotto la doccia.

Ma la stessa cosa gli accadde dopo due giorni e nel pomeriggio si rese conto che aveva perso le feci quando si era piegato per raccogliere una forchetta. E quando, per due volte, questo gli capitò durante le passeggiate, decise che sarebbe uscito di casa solo se necessario.

Infine chiamò il medico: "Non mi sento bene, può venire da me?" "Si tratta di incontinenza. E' una cosa che accade ad una certa età. Devi abituarti a portare il pannolone." Perché adesso gli dava del tu? Era diventato un paziente di secondo grado? "Ma … secondo te, non potrebbe essere un fatto transitorio? Accidentale? Provocato da qualcosa che mangio?" "Credo proprio di no. Ora le prescrivo un farmaco che potrebbe aiutarla. Proviamo."

Prima d'andarsene gli disse cosa era opportuno mangiare e cosa evitare. Ma il problema, nei giorni successivi, si ripresentò: sia di notte che di giorno. E indossare e soprattutto cambiare più volte i pannoloni di giorno e di notte, era una cosa umiliante. Quando usciva di casa, e lo faceva raramente, rientrava subito e stava lontano dalla gente. Naturalmente non aveva detto nulla ai figli: si vergognava. Era costretto a fare anche tre volte al giorno la doccia; le mani se le lavava e rilavava, ma quel puzzo lo sentiva su di sé, in bagno, in camera.

Dopo venti giorni richiamò il medico:. "Ho seguito la dieta che mi ha prescritto ed ho preso quel farmaco, ma purtroppo …" "Fra due ore sarò da lei."

E quando arrivò: "Le parlo con estrema franchezza: lei non può più restare da solo, in questa casa. E'dimagrito: evidentemente o si nutre poco o si nutre male. A Bologna c'è un'ottima struttura per anziani e sono in grado di poterla sistemare lì." "La ringrazio, ma io …" "Lo so cosa mi sta per dire, ma le parlo per il suo bene. La disgrazia di sua moglie è stato indubbiamente un brutto colpo. Lei deve essere aiutato, assistito. Facciamo così: va in quella struttura e ci resterà per venti giorni, un mese. Se non si troverà bene, ritornerà qui." "Mi ci lasci pensare." "E' mio dovere avvertire i suoi figli." "La prego, non lo faccia! Almeno per qualche giorno … vorrei…Le prometto che …" e si mise a piangere. "Va bene. Però deve avere fiducia in me " e, sorridendo, gli mise una mano sulla spalla. "La ringrazio dottore." "Adesso dorme di notte?" "Sì, sì" ma non era vero. L'accompagnò alla porta. Poi andò in sala e si sedette sul divano, davanti al suo limone.

Sui rami c'erano dei fiori e alcuni frutti: non li aveva più colti. Il suo limone era veramente bello! Lo guardò a lungo, in silenzio. Poi, senza rendersene conto, si mise a piangere.

Respirava a fatica, singhiozzava. Chiamò ad alta voce sua moglie, una, due, tre volte. Si alzò e si diresse verso l'armadio: tirò fuori le tre bottiglie di limoncello e il bottiglione di alcool che la moglie, a suo tempo, aveva comperato per fare le ciliegie sotto spirito. Lentamente, un po' alla volta, versò tutto sul tronco e sui grandi rami della pianta.

Si sedette sul divano: era stanchissimo. Si assopì. Si svegliò che era quasi buio. Accese le luci della sala: le foglie più tenere del limone si erano raggrinzite. Andò in camera e dal comodino di sua moglie prese le due confezioni con i farmaci che lei usava per abbassare la pressione, una compressa al mattino, una alla sera.

Con due bicchieri d'acqua le ingoiò tutte. Poi prese tutte le compresse che usava per dormire e ingoiò anche quelle.

Era calmo, sereno. Chiuse le finestre di casa e accese tutte le luci. Mise un lenzuolo a terra, accanto al limone, e si distese.

Il giorno dopo, nel tardo pomeriggio, il medico lo chiamò al telefono. Lo richiamò dopo due ore e poi dopo un'altra ora. Ritenne opportuno avvertire i carabinieri e, con loro, dopo aver ripetutamente bussato alla porta, forzarono la serratura. Le luci erano tutte accese.

Lo trovarono in sala, disteso accanto al vaso: fra le foglie avvizzite dell'albero, c'era una decina di limoni, gialli: sembravano risplendere.

Better Health, Brighter Future

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

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

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

pelvilen® Dual Act

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

PEA-um®

PALMITOILETANOLAMIDE
ultra-micronizzata (PEA-um®)

dimensione particellare 0,8 ÷ 6,0 µm

PEAPol-m®

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

dimensione particellare 2,0 ÷ 10,0 µm

© 2014 EPITECH GROUP

epitech group

info@epitech.it

pelvilen.com