

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**
Pelvip erineologia **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.pelvip erineologia.it

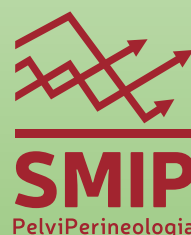
Indice

- 79 Editoriale. Il dolore pelvico cronico oltre l'organo: perché ci serve ancora il modello biopsicosociale S. MORONI
- 81 Il modello biopsicosociale applicato al dolore pelvico cronico (Parte 1) G. DODI, M. AGNOLETTI, A. MARTUCCI
- 86 Curare non basta: il percorso verso una nuova vita con la stomia M. ZAMPROGNO, E. GIORATO, F. PIZZARELLI
- 88 Il corpo, una casa da vivere S. MORONI, G. DODI
- 90 Abitare la pelvi nello Yoga I. CECOLI
- 92 Microbiota intestinale, asse intestino-cervello e salute mentale: meccanismi neurobiologici e prospettive cliniche S. MORONI
- 95 Dissinergia defecatoria: dalla classificazione manometrica alla pratica clinica. Approcci terapeutici a confronto S.G. JANSZ VEGA
- 96 AIStom e Fincopp nel Veneto: l'AisFin a Vicenza
- 97 Trattamento della sindrome del perineo discendente mediante riparazione dei legamenti trasversi profondi del perineo: opzioni chirurgiche R. HODGSON ET AL.
- 98 Sindrome della vagina ancorata: massiva perdita urinaria causata dalla cicatrizzazione del collo vescicale, trattata con innesto cutaneo K.GOESCHEN ET AL.

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-ultram micronizzato (10:1)

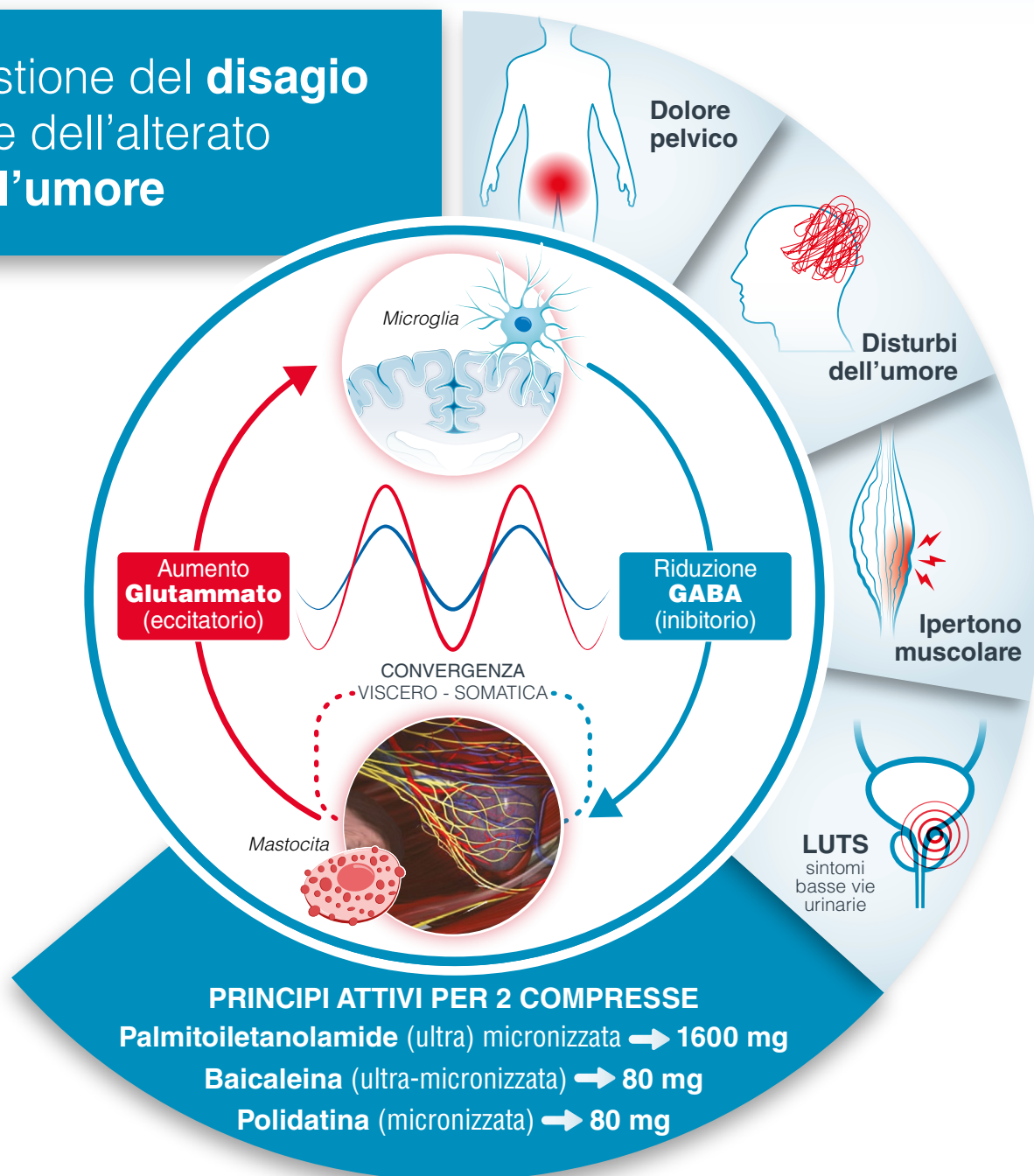
Palmitoiletanolamide/Baicaleina (400 mg + 40 mg)

Co-micronizzato (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

Il dolore pelvico cronico oltre l'organo: perché ci serve ancora il modello biopsicosociale

SARA MORONI

Research Assistant Dipartimento Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata Università di Padova - Servizio Civile per FAVO presso il Centro Pelvi, Padova

Il dolore pelvico cronico (CPP) è una condizione complessa e multifattoriale caratterizzata da dolore persistente o ricorrente localizzata nella regione pelvica e associata a un significativo impatto sulla qualità della vita. La sua prevalenza è tutt'altro che marginale: le stime indicano un coinvolgimento fino al 24-26% della popolazione femminile, con una presenza tutt'altro che trascurabile anche in quella maschile. Eppure, nella pratica clinica quotidiana, il dolore pelvico cronico continua troppo spesso a essere affrontato come se fosse un problema d'organo in attesa di una diagnosi che tarda ad arrivare.

Il modello biomedico, focalizzato sulla ricerca di una causa organica identificabile, resta naturalmente un punto di partenza imprescindibile: escludere endometriosi, infezioni, patologie urologiche, gastrointestinali, neurologiche o neoplastiche è un passaggio che nessun percorso diagnostico può saltare. Ma è un punto di partenza, non di arrivo. Una quota rilevante di pazienti presenta dolore in assenza di una chiara eziologia strutturale, o continua a soffrire anche dopo che la causa iniziale è stata trattata con successo. Sempre più evidenze mostrano che il CPP condivide meccanismi con altre condizioni di dolore cronico "overlapping", come la fibromialgia e la sindrome dell'intestino irritabile, a suggerire il coinvolgimento di processi centrali e sistemici che un modello puramente organocentrico non è in grado di rendere conto.

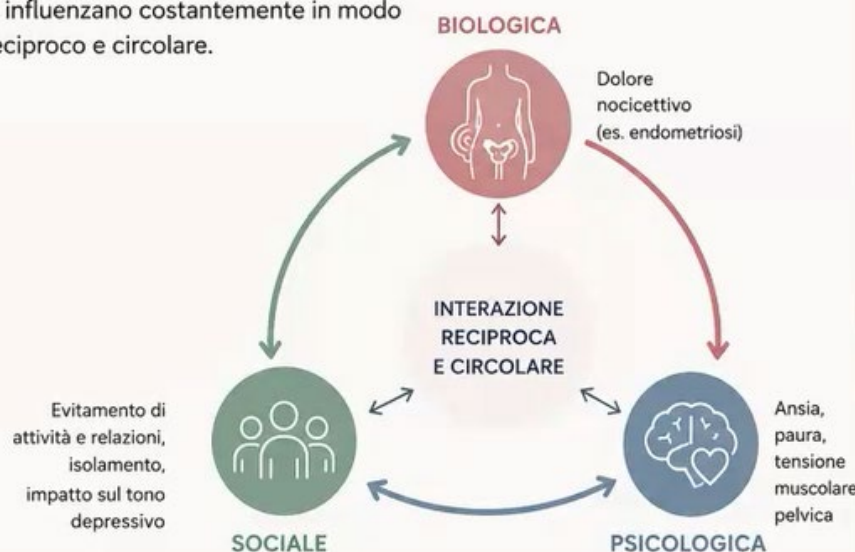
È in questo scarto, tra la logica lineare causa-sintomo e la realtà clinica che i nostri pazienti ci raccontano ogni gior-

no, che il modello biopsicosociale di Engel continua, quasi cinquant'anni dopo la sua formulazione, a rappresentare il framework teorico più adeguato. Non perché sia una novità, ma perché resta, ancora oggi, la cornice che meglio integra i meccanismi neurofisiologici del dolore, sensibilizzazione centrale, alterata modulazione, neuroplasticità, con i processi cognitivi ed emotivi che ne condizionano intensità e persistenza - catastrofizzazione, attenzione selettiva, strategie di coping - e con i fattori sociali e contestuali - relazioni, credenze culturali, accesso ai servizi sanitari - che ne modulano il decorso.

Chi lavora ogni giorno in ambulatorio riconoscerà facilmente il profilo clinico che ricorre, con poche varianti, nella letteratura e nella propria esperienza: una persona che porta con sé anni di esami negativi o inconcludenti, diversi pareri specialistici discordanti, e un dolore che nessuno mette in dubbio esista, ma che nessuno riesce a spiegare fino in fondo. È il paziente a cui, prima o poi, qualcuno dice "non c'è niente" o "è lo stress" - frasi che non sono semplici imprecisioni comunicative, ma esperienze cliniche a tutti gli effetti, capaci di aggravare l'ansia, la sfiducia e la stessa percezione del dolore. Il modello biopsicosociale non nasce per negare la legittimità della ricerca di una causa organica, ma per offrire un'alternativa a questo vicolo cieco: spostare la domanda da "che cosa non abbiamo ancora trovato?" a "quali meccanismi stanno mantenendo attivo questo dolore, oggi, in questa persona?".

L'INTERAZIONE TRA LE TRE DIMENSIONI

Le dimensioni non sono compartimenti separati: si influenzano costantemente in modo reciproco e circolare.



Il dolore non va "dal corpo alla mente": i livelli si co-costruiscono continuamente.

UN ESEMPIO CLINICO



Colgo l'occasione di questo editoriale per introdurre un percorso che i lettori di *Pelviperineologia* troveranno nei prossimi due numeri della rivista, a partire da questo. Tre contributi che ripercorrono in modo sistematico il modello biopsicosociale applicato al dolore pelvico cronico: le tre dimensioni - biologica, psicologica e sociale - nel primo contributo; la loro interazione dinamica e le implicazioni diagnostiche nel secondo; le implicazioni terapeutiche, con un caso clinico esemplificativo, nel terzo. Anticipo qui alcune riflessioni critiche perché credo che il valore di una serie come questa non stia solo nell'esposizione ordinata del modello, ma nelle domande che lascia aperte al lettore clinico.

La prima domanda riguarda proprio le disfunzioni del pavimento pelvico nel loro insieme, di cui il dolore pelvico cronico è solo una delle espressioni possibili, accanto a incontinenze, ritenzioni, prolasso degli organi pelvici, disfunzioni sessuali e alla sindrome da dolore pelvico cronico propriamente detta. Anche qui la letteratura conferma una fortissima interazione tra fattori neurobiologici, psicologici e comportamentali, e una frequente sovrapposizione tra quadri diversi che rende poco utile una classificazione puramente organica. I contributi che seguiranno insistono, giustamente, sulla necessità di non ridurre il paziente a "una pelvi dolorosa": è un principio che condivido pienamente, ma che nella pratica quotidiana resta spesso più un auspicio che una prassi consolidata. Quante delle nostre cartelle cliniche raccolgono sistematicamente, accanto ai dati anamnestici organici, informazioni strutturate su catastrofizzazione, ipervigilanza, qualità del supporto relazionale, esperienze pregresse di invalidazione? Il modello biopsicosociale, per non restare un enunciato teorico, richiede strumenti clinici altrettanto rigorosi di quelli con cui indagiamo la componente organica.

La seconda riflessione riguarda un tema che emerge come particolarmente promettente ma ancora acerbo: il possibile ruolo del microbiota intestinale come modulatore del dolore pelvico cronico, attraverso l'asse intestino-cervello. È un ambito di ricerca in rapida espansione, che intreccia neurologia, gastroenterologia e uroginecologia, ma sul quale la letteratura è ancora eterogenea e priva di una "firma microbica" riproducibile. Lo segnalo non per ridimensionarne l'interesse, ma al contrario per richiamare la responsabilità che abbiamo, come clinici e come giornale, nel distinguere con chiarezza tra piste di ricerca legittime e indicazioni terapeutiche già validate: probiotici, prebiotici o interventi dietetici non sono, allo stato attuale, trattamenti standard del CPP, per quanto possano rivelarsi rilevanti in sottogruppi selezionati di pazienti.

La terza riflessione, forse la più scomoda, riguarda proprio le implicazioni terapeutiche di cui si occuperà il terzo contributo della serie. Le evidenze mostrano con una certa coerenza che gli approcci multimodali - farmacologico, fisioterapico, psicologico, integrati tra loro - producono i risultati migliori in termini di riduzione del dolore, miglio-

ramento della funzionalità e della qualità della vita. Ma nella pratica clinica italiana questi modelli restano ancora poco diffusi. Le ragioni sono note e non semplici da rimuovere: un'organizzazione dei servizi sanitari che raramente prevede équipe realmente integrate; percorsi formativi che continuano a separare nettamente le competenze mediche, fisioterapiche e psicologiche; resistenze culturali, non solo dei pazienti ma anche - va detto con onestà - di molti professionisti, a considerare il dolore come fenomeno multidimensionale piuttosto che come sintomo da "eliminare" con un unico intervento risolutivo.

Non credo che basti, per superare queste resistenze, ribadire la superiorità teorica del modello biopsicosociale: lo abbiamo fatto, con ottimi argomenti, per quasi cinquant'anni. Serve piuttosto investire in ciò che ancora manca: percorsi di formazione realmente interdisciplinari, strumenti diagnostici condivisi tra le diverse figure professionali, e soprattutto una ricerca clinica - anche nel contesto italiano - capace di documentare con dati solidi l'efficacia comparata dei percorsi integrati rispetto a quelli tradizionali. Il consenso internazionale, del resto, continua a segnalare che il CPP è ancora sotto-diagnosticato e sotto-trattato, con importanti disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Una quarta riflessione, infine, riguarda un aspetto su cui la letteratura resta ancora squilibrata: la grande maggioranza degli studi sul CPP - e la stessa terminologia diagnostica corrente - si è sviluppata a partire dall'esperienza femminile, mentre le forme maschili, prima fra tutte la Chronic Pelvic Pain Syndrome, restano relativamente meno indagate e meno riconosciute nella pratica clinica corrente, pur mostrando la medesima interazione tra fattori neurobiologici, psicologici e comportamentali. Colmare questo squilibrio non è solo una questione di equità scientifica: significa anche evitare che, per una quota non trascurabile di pazienti, il ritardo diagnostico e l'invalidazione clinica si sommino a una minore visibilità del problema stesso in letteratura.

Il terzo contributo della serie, che chiuderà il percorso, proporrà anche un caso clinico esemplificativo, costruito a scopo didattico più che come resoconto di un singolo paziente reale. Lo segnalo qui non a caso: mi pare importante che i lettori lo leggano per quello che è, uno strumento per ragionare sui meccanismi di mantenimento del dolore più che un protocollo da applicare meccanicamente, e che restino liberi - anzi invitati - a confrontarlo criticamente con la propria casistica.

È con questo spirito - non celebrativo, ma apertamente interrogativo - che invito i lettori di *Pelviperineologia* ad accompagnarci nei tre numeri del giornale, lungo questo percorso sul modello biopsicosociale del dolore pelvico cronico. Non troveranno risposte definitive, perché non esistono ancora, ma un tentativo condiviso, tra professionisti diversi e complementari, di tenere insieme il rigore clinico e la complessità della persona che, dietro ogni diagnosi di dolore pelvico cronico, continua a chiederci di essere vista per intero.

Il modello biopsicosociale applicato al dolore pelvico cronico (Parte 1)

GIUSEPPE DODI¹, MASSIMO AGNOLETTI², ANDREA MARTUCCI³

1 Centro Pelvi, Padova, 2 Centro Benessere Psicologico Venezia Padova Treviso, 3 Psicoterapeuta in formazione Scuola Psiop

Riassunto: Il dolore pelvico cronico rappresenta una sindrome complessa e multifattoriale, caratterizzata dall'interazione dinamica di fattori biologici, psicologici e sociali. La componente biologica comprende meccanismi nocicettivi, neuropatici e nociplastici, con particolare rilievo della sensibilizzazione centrale. I fattori psicologici, tra cui ansia, depressione, catastrofizzazione, ipervigilanza e paura-evitamento, contribuiscono alla modulazione e al mantenimento del dolore. La dimensione sociale include relazioni interpersonali, invalidazione, sessualità, credenze culturali e accesso ai servizi sanitari. L'approccio biopsicosociale consente quindi una comprensione multidimensionale del dolore e favorisce una presa in carico integrata, centrata sulla persona, sul funzionamento e sulla qualità di vita nel percorso clinico individuale complessivo.

Parole chiave: Dolore pelvico cronico; Modello biopsicosociale; Sensibilizzazione centrale; Disfunzioni del pavimento pelvico; Approccio multidisciplinare; Asse intestino-cervello

The biopsychosocial model applied to chronic pelvic pain (Part 1)

Abstract: Chronic pelvic pain is a complex and multifactorial syndrome arising from the dynamic interaction of biological, psychological, and social factors. The biological dimension includes nociceptive, neuropathic, and nociplastic mechanisms, with central sensitization playing a prominent role. Psychological factors, including anxiety, depression, catastrophizing, hypervigilance, and fear-avoidance, contribute to pain modulation and persistence. The social dimension encompasses interpersonal relationships, invalidation, sexuality, cultural beliefs, and access to healthcare services. A biopsychosocial approach therefore provides a multidimensional understanding of chronic pelvic pain and supports integrated, patient-centered management focused on functioning, clinical outcomes, and quality of life throughout the course of care and long-term wellbeing.

Keywords: Chronic pelvic pain; Biopsychosocial model; Central sensitization; Pelvic floor dysfunction; Multidisciplinary approach; Gut-brain axis

INTRODUZIONE

Il *dolore pelvico cronico* è un dolore localizzato nella regione pelvica, persistente o ricorrente, che dura generalmente almeno tre-sei mesi e che ha un impatto significativo sulla qualità della vita del paziente. Non si tratta semplicemente di un sintomo localizzato, ma di una sindrome complessa e multifattoriale, spesso caratterizzata da un decorso prolungato e da un'importante compromissione funzionale, emotiva e relazionale. I pazienti con dolore pelvico cronico non riportano solo dolore. Spesso riferiscono limitazioni nella vita quotidiana, disturbi del sonno, difficoltà lavorative, riduzione della qualità delle relazioni affettive e sessuali e, molto frequentemente, sintomi psicologici come ansia, frustrazione o demoralizzazione. In altre parole, il dolore pelvico cronico non coinvolge solo il corpo, ma l'intera esperienza della persona.

Tradizionalmente, il dolore è stato interpretato secondo un modello biomedico, che lo considera come la conseguenza diretta di una lesione o di una patologia organica identificabile. In questa prospettiva, il compito del clinico è individuare la causa e trattarla. Questo approccio resta fondamentale in molte condizioni acute, ma mostra limiti evidenti nel dolore cronico.

Nella pratica clinica, infatti, incontriamo spesso pazienti con dolore intenso e persistente, ma con esami negativi o alterazioni non proporzionate alla gravità dei sintomi. In altri casi, una lesione iniziale è stata trattata correttamente, ma il dolore persiste comunque nel tempo. Questo ci obbliga a riconsiderare il significato stesso del dolore: se persiste anche in assenza di una causa periferica evidente, allora non può essere letto solo come un segnale di danno tissutale.

È proprio qui che il modello biopsicosociale diventa centrale. Engel mise in discussione il riduzionismo biomedico, sostenendo che la malattia non potesse essere spiegata solo attraverso variabili biologiche, ma dovesse essere compresa come il risultato dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali^{1,2}.

Applicato al dolore pelvico cronico, questo modello ci invita a considerare il dolore non come un fenomeno lineare e

monocausale, ma come un'esperienza complessa e multidimensionale. Il dolore non dipende solo da ciò che accade nei tessuti, ma anche da come il sistema nervoso elabora gli stimoli, da come il paziente interpreta ciò che sente, da come reagisce emotivamente al sintomo e dal contesto relazionale e sociale in cui vive.

In questo senso, il dolore non è soltanto un evento sensoriale, ma un'esperienza complessa che emerge dall'interazione tra corpo, mente e contesto. Ed è proprio per questo che il dolore pelvico cronico rappresenta uno dei contesti clinici più adatti per comprendere il valore del modello biopsicosociale: perché ci costringe a superare una visione riduzionista del sintomo e a considerare il paziente nella sua interezza. Vediamo nel dettaglio queste dimensioni.

DIMENSIONE BIOLOGICA

La componente biologica del modello biopsicosociale comprende tutti quei meccanismi fisiopatologici che contribuiscono alla genesi, alla modulazione e al mantenimento del dolore. È importante sottolineare che, nel modello biopsicosociale, la dimensione biologica non viene affatto negata o ridimensionata: al contrario, viene riconosciuta come fondamentale, ma non come unica chiave interpretativa. Il punto centrale non è sostituire il biologico, bensì collocarlo all'interno di una cornice più ampia, che consenta di comprendere come i meccanismi organici interagiscano con i processi psicologici e sociali nel determinare l'esperienza dolorosa.

Nel dolore pelvico cronico, la componente biologica è particolarmente complessa, perché il sintomo può emergere da meccanismi fisiopatologici differenti, che spesso coesistono e si sovrappongono. Dal punto di vista clinico, possiamo distinguere tre principali categorie di dolore: nocicettivo, neuropatico e nociplastico. Questa distinzione è estremamente utile, perché ci permette di comprendere che non tutto il dolore pelvico cronico ha la stessa origine, né risponde agli stessi meccanismi. Un tema che emerge come particolarmente promettente riguarda il possibile ruolo del microbiota intestinale come modulatore del dolore pelvico cronico, attraverso l'asse intestino-cervello, un ambito di ricerca in

rapida espansione, che intreccia neurologia, gastroenterologia e uroginecologia, ma sul quale la letteratura è ancora eterogenea. In questa prospettiva, il recente modello dell'asse microbiota-intestino-cervello-mente (MICM) proposto da Agnoletti³ offre un ampliamento teorico dell'asse tradizionale, riconoscendo esplicitamente la dimensione mentale ed esperienziale nelle interazioni tra microbiota, intestino e cervello, in coerenza con una concezione biopsicosociale della salute e della malattia.

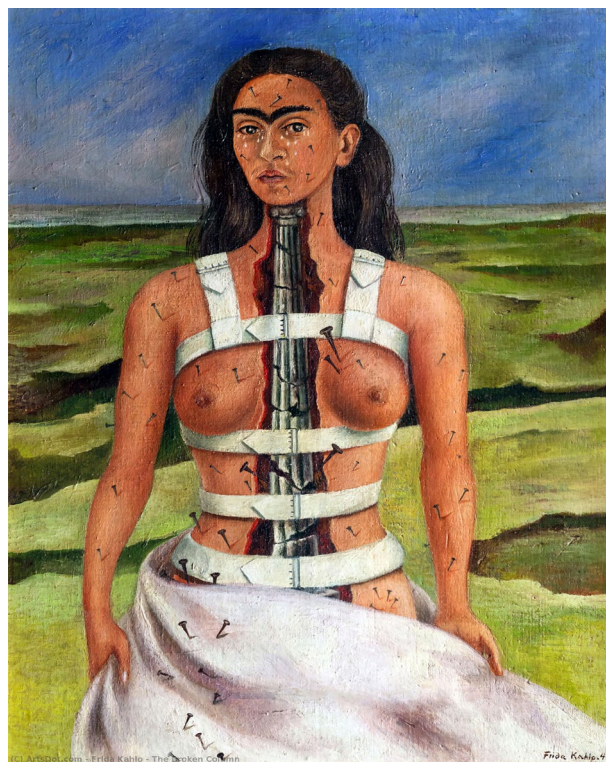
Il **dolore nocicettivo** è il tipo di dolore più intuitivamente comprensibile e, in un certo senso, il più vicino al modello biomedico classico. È un dolore legato all'attivazione dei nocicettori periferici in risposta a un danno tissutale reale o potenziale. In questo caso, il dolore rappresenta una risposta fisiologica a un processo infiammatorio, meccanico o ischemico. Nel contesto del dolore pelvico cronico, esempi tipici di dolore nocicettivo sono l'endometriosi, le infezioni pelviche, le cistiti, le patologie infiammatorie intestinali, ma anche alcune condizioni muscoloscheletriche del pavimento pelvico. In questi casi, il dolore ha inizialmente una funzione di segnale: indica che qualcosa, a livello tissutale, non sta funzionando correttamente.

Tuttavia, già a questo livello, la relazione tra danno e dolore non è sempre lineare. Un esempio classico è l'endometriosi: sappiamo che l'estensione anatomica delle lesioni non correla necessariamente con l'intensità del dolore riferito. Pazienti con lesioni minime possono riportare dolore severo, mentre altre con quadri estesi possono presentare sintomi relativamente modesti. Questo dato, apparentemente paradossale, suggerisce già che il danno tissutale da solo non è sufficiente a spiegare l'esperienza dolorosa^{4,5}.

Il **dolore neuropatico**, invece, è legato a una lesione o a una disfunzione del sistema nervoso somatosensoriale. In questo caso il dolore non deriva primariamente dall'attivazione dei nocicettori periferici, ma da un'alterazione del sistema che trasmette, modula o elabora il segnale doloroso. Nel dolore pelvico cronico, questa componente può essere presente, ad esempio, nei quadri di intrappolamento del nervo pudendo, nelle neuropatie post-chirurgiche, nelle sindromi da sensibilizzazione periferica o in alcune forme di dolore post-partum o post-prostatectomia. Clinicamente, il dolore neuropatico tende ad avere caratteristiche peculiari: può essere descritto come urente, trafittivo, elettrico, associato a parestesie, allodinia o iperalgesia. Questi elementi sono importanti perché ci aiutano a riconoscere che, in alcuni pazienti, il problema non è tanto nel tessuto periferico, ma nel sistema nervoso che interpreta e trasmette il segnale.

Il terzo meccanismo, forse il più rilevante nel dolore cronico e il più importante per comprendere i limiti del modello puramente biomedico, è il **dolore nociplastico**. Questo tipo di dolore si verifica quando non è presente un danno tissutale sufficiente, né una lesione nervosa chiara, ma il sistema nocicettivo funziona in modo alterato. In altre parole, il dolore esiste, è reale, ma non può essere spiegato in modo adeguato da una lesione periferica identificabile. Questo non significa che il dolore sia "immaginario", "psicologico" o "senza causa"; significa piuttosto che la causa principale risiede in un'alterata elaborazione del dolore da parte del sistema nervoso.

È proprio qui che entra in gioco uno dei concetti neurofisiologici più importanti nella comprensione del dolore cronico: la **sensibilizzazione centrale**. La sensibilizzazione centrale descrive una condizione in cui il sistema nervoso centrale diventa progressivamente più reattivo agli stimoli, sviluppando una sorta di ipersensibilità persistente. In questa condizione, la soglia di attivazione del dolore si abbassa, gli stimoli innocui possono essere percepiti come dolorosi e gli stimoli dolorosi vengono amplificati in modo sproporzionato⁶.



Frida Kahlo. La colonna spezzata

Dal punto di vista clinico, questo significa che il sistema nervoso "impara" il dolore e diventa più efficiente nel produrlo. Il dolore non è più soltanto una risposta a uno stimolo periferico, ma una modalità alterata di elaborazione centrale. È come se il sistema nervoso, esposto per lungo tempo a stimoli dolorosi o minacciosi, entrasse in uno stato di allerta persistente, diventando iper-reattivo e meno capace di modulare in modo adeguato gli input sensoriali.

Questo fenomeno spiega perché molti pazienti continuano a provare dolore anche quando il danno tissutale iniziale si è risolto, o quando non vi è più una causa periferica chiaramente identificabile. Spiega anche perché il dolore cronico spesso si accompagna ad altri sintomi apparentemente "non locali", come fatica, disturbi del sonno, ipersensibilità generalizzata, sintomi gastrointestinali o difficoltà cognitive. In questi casi, il dolore pelvico cronico non è più soltanto un problema localizzato nella pelvi, ma l'espressione di un sistema di modulazione del dolore che si è alterato in modo più ampio.

In altre parole, nel dolore cronico il dolore non è più soltanto "nel tessuto", ma anche nel modo in cui il sistema nervoso lo elabora, lo interpreta e lo mantiene. Questo rappresenta un passaggio fondamentale: non perché il dolore smetta di essere biologico, ma perché la biologia del dolore cronico non coincide più semplicemente con il danno periferico. Coincide, piuttosto, con l'interazione tra periferia, sistema nervoso e processi di modulazione centrale. Ed è proprio questa complessità neurobiologica che rende necessario superare una visione lineare del dolore e adottare una prospettiva più ampia, integrata e dinamica.

DIMENSIONE PSICOLOGICA

La seconda dimensione fondamentale del modello biopsicosociale è quella psicologica. Anche in questo caso, è importante chiarire un punto essenziale: riconoscere il ruolo dei fattori psicologici nel dolore pelvico cronico non significa affermare che il dolore sia "solo psicologico", né tantomeno che sia immaginario o non reale. Questa è una delle incomprensioni più frequenti, sia nella pratica clinica sia nell'e-

sperienza dei pazienti, ed è spesso una delle principali fonti di invalidazione. Integrare la dimensione psicologica non significa negare il dolore, ma comprenderne più profondamente i meccanismi di modulazione.

Nel dolore pelvico cronico, i fattori psicologici non sono semplicemente conseguenze secondarie della sofferenza, ma partecipano attivamente alla sua intensità, alla sua persistenza e al suo significato soggettivo. In altre parole, non si limitano a “derivare” dal dolore, ma contribuiscono a plasmarlo, amplificarlo o, in alcuni casi, attenuarlo. Questo è un passaggio centrale: la dimensione psicologica non va intesa come un’aggiunta accessoria al quadro clinico, ma come una componente strutturale dell’esperienza dolorosa. Tra i fattori psicologici maggiormente implicati nel dolore pelvico cronico troviamo l’ansia, la depressione, la catastrofizzazione, l’ipervigilanza e l’iperfocalizzazione sul sintomo. Questi processi influenzano il modo in cui il dolore viene percepito, interpretato e gestito, contribuendo a costruire quella che potremmo definire la “cornice cognitivo-emotiva” dell’esperienza dolorosa.

L’**ansia** è uno dei fattori più frequentemente associati al dolore cronico e svolge un ruolo particolarmente rilevante nel dolore pelvico. Il paziente ansioso tende a monitorare costantemente il proprio corpo, a prestare attenzione selettiva alle sensazioni fisiche e a interpretare il sintomo come segnale di minaccia. Questo porta a un aumento dell’attivazione fisiologica e a uno stato di allerta persistente che amplifica la percezione del dolore. Più il paziente teme il sintomo, più il sintomo diventa saliente; più diventa saliente, più viene monitorato; più viene monitorato, più viene percepito come minaccioso. Si attiva così un meccanismo di amplificazione reciproca tra dolore e paura.

Anche la **depressione** è frequentemente associata al dolore pelvico cronico, ma il suo ruolo non va ridotto a una semplice reazione emotiva alla sofferenza. La depressione può infatti contribuire alla cronicizzazione del dolore attraverso diversi meccanismi: riduce la motivazione, impoverisce le strategie di coping, favorisce il ritiro sociale, compromette la regolazione emotiva e abbassa la soglia di tolleranza alla sofferenza. In molti pazienti, il dolore cronico e l’umore depresso si mantengono reciprocamente in un circuito di rinforzo: il dolore limita il funzionamento, la limitazione riduce il senso di efficacia, la perdita di efficacia alimenta il tono depressivo, e il tono depressivo amplifica ulteriormente la percezione del dolore.

Uno dei costrutti psicologici più studiati nel dolore cronico è la **catastrofizzazione**, cioè la tendenza a interpretare il dolore in termini estremamente negativi, minacciosi e incontrollabili. Il paziente catastrofizzante tende a pensare che il dolore sia il segnale di qualcosa di grave, irreversibile o pericoloso, e che non vi sia alcuna possibilità di controllo o miglioramento. Questo stile cognitivo aumenta il distress emotivo, amplifica l’attenzione selettiva al sintomo e favorisce un senso di impotenza che contribuisce al mantenimento del dolore. Non è semplicemente “pensare negativo”: è un modo specifico di organizzare cognitivamente l’esperienza dolorosa che ne modifica concretamente l’intensità percepita⁷.

Strettamente legata alla catastrofizzazione è l’**iperfocalizzazione sul dolore**, o ipervigilanza somatica. In molti pazienti con dolore pelvico cronico, il corpo diventa il principale oggetto di monitoraggio attento. Il paziente osserva continuamente sensazioni, tensioni, variazioni e segnali corporei, in una sorta di scanning costante del proprio stato interno. Questo processo, apparentemente finalizzato al controllo, finisce paradossalmente per aumentare la salienza del sintomo e rafforzarne la percezione. Più attenzione viene diretta al dolore, più il dolore occupa spazio cognitivo; più spazio occupa, più viene percepito come centrale, persi-

stente e minaccioso.

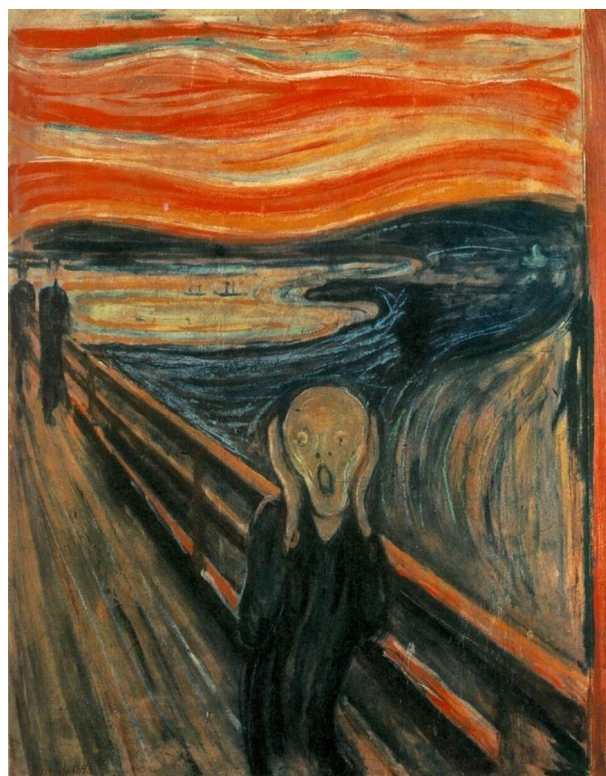
Da qui si sviluppa uno dei meccanismi psicologici più rilevanti nel mantenimento del dolore cronico: il **circolo paura-evitamento**, descritto nei modelli cognitivi del dolore. Il processo è relativamente lineare, ma clinicamente molto potente: il dolore viene percepito come minaccioso, genera paura, la paura porta all’evitamento, l’evitamento riduce il movimento, l’attività e l’esposizione, questa riduzione genera decondizionamento, perdita di funzionalità e aumento della vulnerabilità, e tutto ciò contribuisce ad aumentare ulteriormente il dolore.

In altre parole, il paziente non evita solo il dolore: evita ciò che teme possa provocarlo. Evita il movimento, l’attività fisica, la sessualità, talvolta il lavoro, le relazioni o persino il contatto con il proprio corpo. A breve termine questo evitamento può sembrare protettivo; a lungo termine, però, contribuisce a mantenere il problema, perché riduce la tolleranza, aumenta la disabilità e conferma implicitamente l’idea che il dolore sia pericoloso.

È proprio in questo senso che i fattori psicologici agiscono come modulatori attivi del dolore: influenzano non solo ciò che il paziente prova, ma anche il significato che attribuisce al sintomo e il modo in cui vi risponde. E questo è clinicamente cruciale, perché significa che intervenire su questi processi non significa “spostare il dolore nella mente”, ma agire concretamente su meccanismi che ne mantengono l’intensità e la persistenza.

Fortunatamente, la dimensione psicologica non include solo fattori di rischio, ma anche importanti fattori protettivi. Tra questi, un ruolo centrale è svolto dalle strategie adattive di *coping*, dalla flessibilità psicologica e dai processi di accettazione. I pazienti che riescono a sviluppare una relazione meno minacciosa con il dolore, che imparano a interpretarlo in modo meno catastrofico e a tollerare la presenza senza organizzare tutta la propria vita attorno ad esso, tendono a mostrare esiti clinici migliori.

L’**accettazione**, in questo contesto, non significa rassegnazione passiva, ma riduzione della lotta continua contro il



Edvard Munch. L’urlo.

sintomo. Significa smettere di organizzare ogni comportamento esclusivamente in funzione del controllo del dolore e recuperare, progressivamente, uno spazio di azione, significato e funzionamento. Allo stesso modo, strategie di coping più flessibili — come il *problem solving*, la regolazione emotiva, la graduale esposizione alle attività e la ridefinizione del significato del sintomo — risultano associate a una minore disabilità e a una migliore qualità della vita.

In sintesi, la dimensione psicologica del dolore pelvico cronico non è un elemento accessorio né secondario, ma una componente centrale del modo in cui il dolore viene vissuto, interpretato e mantenuto. Comprenderla non significa psicologizzare il sintomo, ma riconoscere che il dolore è sempre anche un'esperienza cognitiva ed emotiva, e che il modo in cui il paziente pensa, teme, interpreta e affronta il dolore può contribuire in modo sostanziale alla sua persistenza o alla sua trasformazione.

DIMENSIONE SOCIALE

La terza dimensione fondamentale del modello biopsicosociale è quella sociale, ed è spesso la più sottovalutata nella pratica clinica, nonostante abbia un impatto profondo sia sull'esperienza soggettiva del dolore sia sul suo decorso nel tempo. Quando parliamo di dimensione sociale non ci riferiamo soltanto, in modo generico, al "contesto" del paziente, ma a quell'insieme di relazioni, ruoli, significati culturali, condizioni materiali e strutture di accesso che influenzano concretamente il modo in cui il dolore viene vissuto, interpretato, espresso e trattato.

Nel dolore pelvico cronico, la dimensione sociale è particolarmente rilevante perché il dolore non si manifesta mai nel vuoto: si manifesta sempre all'interno di una rete di relazioni, aspettative, ruoli e significati condivisi. Il paziente non vive il dolore solo come esperienza corporea interna, ma anche come esperienza sociale. Vive il dolore nel modo in cui viene guardato dagli altri, nel modo in cui viene nominato, creduto o messo in discussione, nel modo in cui modifica la sua posizione all'interno delle relazioni e dei contesti di vita.

Uno dei primi elementi da considerare è il ruolo delle **relazioni interpersonali**. Il dolore cronico, e in particolare il dolore pelvico, è una condizione che si sviluppa e si mantiene anche dentro la relazione con gli altri. Il modo in cui il paziente viene ascoltato, accolto e riconosciuto ha un impatto significativo sulla sua esperienza clinica. Sentirsi creduti, compresi e legittimati può avere un effetto contenitivo e regolativo; al contrario, sentirsi ignorati, banalizzati o invalidati può amplificare il distress e contribuire al peggioramento del quadro.

Questo è particolarmente importante nel dolore pelvico cronico, perché si tratta di una condizione spesso invisibile, difficile da oggettivare e storicamente sottovalutata. Molti pazienti riferiscono percorsi clinici lunghi, frammentati e frustranti, caratterizzati da consulti ripetuti, esami inconcludenti e frequenti esperienze di invalidazione. Frasi come "non c'è niente", "gli esami sono normali", "è stress", oppure "è tutto nella tua testa" non sono semplicemente errori comunicativi: sono esperienze clinicamente rilevanti che possono modificare il modo in cui il paziente vive il proprio dolore.

L'invalidazione ha un impatto profondo perché colpisce non solo il sintomo, ma il significato stesso dell'esperienza. Quando il paziente non si sente creduto, non mette in dubbio soltanto il medico: spesso inizia a mettere in dubbio se stesso, il proprio corpo e la legittimità della propria sofferenza. Questo può aumentare l'ansia, la sfiducia, la solitudine e l'iperfocalizzazione sul sintomo, rafforzando indirettamente i meccanismi di mantenimento del dolore. In



Ersilia Sarrecchia. Nudo bianco, senza colore, senza dolore.

questo senso, il dolore non viene soltanto "provato": viene anche socialmente riconosciuto o disconfermato, e questa dinamica ha conseguenze cliniche concrete.

Accanto alle relazioni con i professionisti, un ruolo altrettanto importante è svolto dal **contesto familiare e affettivo**. Il dolore pelvico cronico modifica profondamente le dinamiche relazionali e familiari, e al tempo stesso ne viene influenzato. La qualità del supporto ricevuto, il grado di comprensione del partner, la presenza di conflitti, la distribuzione delle responsabilità e il livello di sostegno pratico ed emotivo possono modulare in modo significativo l'esperienza del dolore.

Un contesto relazionale supportivo può attenuare il carico soggettivo della sofferenza, ridurre il senso di isolamento e favorire una migliore regolazione emotiva. Al contrario, relazioni caratterizzate da conflitto, incomprensione, svalutazione o eccessiva medicalizzazione possono amplificare il distress e contribuire alla cronicizzazione. Questo è particolarmente evidente quando il dolore interferisce con ambiti sensibili dell'identità relazionale, come la sessualità, la genitorialità o la possibilità di mantenere una reciprocità affettiva.

Nel dolore pelvico cronico, la **sessualità** rappresenta uno degli ambiti in cui la dimensione sociale e relazionale emerge con maggiore forza. Il dolore può compromettere il desiderio, la funzione sessuale, l'intimità e la spontaneità relazionale, con ricadute significative sul vissuto individuale e di coppia. In molti pazienti, il dolore non limita solo la funzione sessuale, ma modifica il significato stesso del corpo nella relazione: il corpo può essere vissuto come fonte di minaccia, fallimento, frustrazione o perdita di controllo. Questo può generare evitamento, senso di colpa, tensioni di coppia e ulteriore isolamento emotivo, contribuendo indirettamente al mantenimento del sintomo.

Un altro elemento centrale è rappresentato dalle **credenze culturali sul dolore**. Il dolore non è solo un'esperienza biologica e soggettiva: è anche un fenomeno culturalmente interpretato. Ogni paziente attribuisce significato al dolore attraverso le categorie culturali disponibili, e queste influenzano profondamente il modo in cui il sintomo viene percepito, narrato e affrontato.

Nel dolore pelvico, questo aspetto è particolarmente rilevante perché si tratta di un'area corporea fortemente connotata da significati culturali, simbolici e morali: sessuali-

tà, fertilità, intimità, controllo corporeo, identità di genere. Il dolore che coinvolge la pelvi non è mai completamente neutro dal punto di vista simbolico. Può attivare significati legati alla femminilità, alla mascolinità, alla sessualità, alla fertilità o alla vergogna, influenzando il modo in cui il paziente vive e comunica il sintomo.

Ad esempio, in molte donne il dolore pelvico viene storicamente normalizzato, minimizzato o reinterpretato come parte “normale” dell’esperienza femminile — pensiamo al dolore mestruale o alla dispareunia. Questa normalizzazione culturale può ritardare il riconoscimento clinico, favorire l’auto-invalidazione e contribuire a percorsi diagnostici più lunghi^{4,8}. Analogamente, negli uomini, il dolore pelvico può entrare in tensione con modelli culturali di mascolinità legati al controllo, alla prestazione e alla sessualità, rendendo più difficile la verbalizzazione del sintomo e l’accesso alle cure^{9,10}.

Infine, un aspetto cruciale della dimensione sociale riguarda l’**accesso ai servizi sanitari**. Il dolore pelvico cronico non è solo una condizione clinica: è anche una condizione che mette in evidenza disuguaglianze di accesso, frammentazione dei percorsi e limiti strutturali dei sistemi di cura. Molti pazienti affrontano percorsi diagnostici lunghi, discontinui e disorganizzati, con consulti multipli, invii specialistici frammentati e una scarsa integrazione tra professionisti⁸.

Questa frammentazione ha un impatto diretto sull’esperienza del paziente: aumenta il senso di incertezza, prolunga la sofferenza, rafforza la sensazione di non essere compresi e favorisce una medicalizzazione spesso inefficace. In molti casi, il problema non è solo il dolore in sé, ma anche il modo in cui il sistema risponde al dolore.

Il ruolo sociale del paziente, inoltre, cambia profondamente nel tempo. Il dolore cronico modifica la possibilità di lavorare, mantenere relazioni, svolgere attività quotidiane e partecipare pienamente alla vita sociale. Questo comporta spesso una ridefinizione dell’identità sociale: il paziente può progressivamente passare dal sentirsi persona attiva al percepirsi come “malato”, dipendente, limitato o inaffidabile. Questa trasformazione identitaria ha effetti importanti sul benessere psicologico e sul mantenimento del dolore, perché riduce il senso di *agency* (“agentività”), impoverisce i ruoli sociali e rafforza la centralità del sintomo nell’organizzazione della vita quotidiana.

In sintesi, la dimensione sociale del dolore pelvico cronico ci ricorda che il dolore non è mai soltanto un evento corporeo individuale. È anche un’esperienza relazionale, culturale e istituzionale. Il modo in cui il dolore viene riconosciuto, interpretato, accolto o invalidato dagli altri influenza profondamente il suo significato e il suo decorso. Comprendere il dolore pelvico cronico significa quindi comprendere non solo cosa accade nel corpo e nella mente del paziente, ma anche cosa accade intorno a lui: nelle sue relazioni, nei suoi ruoli, nelle sue possibilità di accesso e nel modo in cui la società dà senso alla sofferenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-136.
2. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull* 2007;133:581-624.
3. Agnoletti M. Why we should speak of the microbiota–gut–brain–mind axis: beyond reductionisms. *Qeios* 2026. <https://doi.org/10.32388/2DBHCT>
4. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic pelvic pain in women: a review. *JAMA* 2021;325:2381-2391.
5. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping chronic pain conditions: implications for diagnosis and classification. *J Pain* 2016;17(9 Suppl):T93-T107.
6. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011;152(3 Suppl):S2-S15.
7. Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother* 2009;9:745-758.
8. Villegas-Echeverri JD, Robert M, Carrillo JF, et al. FIGO-IPPS consensus statement: addressing the global unmet needs of women with chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet* 2025 (online ahead of print).
9. Dydyk AM, Gupta N, Sharma S. Chronic pelvic pain. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
10. Sandler MD, Ledesma B, Thomas J, et al. Biopsychosocial approach to male chronic pelvic pain syndrome: recent treatments and trials. *Sex Med Rev* 2024;12:59-66.

DICHIARAZIONE

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

Corrispondenza:
giuseppe.dodi@unipd.it

Curare non basta: il percorso verso una nuova vita con la stomia

MATTIA ZAMPROGNO, EDOARDO GIORATO, FRANCESCO PIZZARELLI

Stomaterapisti, Azienda Ospedale Università di Padova

Riassunto: Il confezionamento di una stomia rappresenta uno dei cambiamenti più significativi che una persona possa affrontare, qualunque sia la condizione clinica sottostante. La chirurgia risolve il problema clinico, ma è solo l'inizio di un percorso più lungo verso il recupero dell'autonomia, della fiducia e della qualità di vita. Questo contributo narrativo propone una riflessione su tale percorso dal punto di vista degli stomaterapisti: il valore del colloquio preoperatorio e del disegno della stomia nel ridurre ansia e complicanze; la progressiva acquisizione dell'autonomia attraverso l'educazione terapeutica; la necessità di una rete assistenziale continuativa e multidisciplinare che non si esaurisca con la dimissione, poiché le esigenze della persona cambiano nel tempo; il ruolo delle associazioni di pazienti nell'offrire sostegno tra pari e un'immagine concreta di ciò che resta possibile dopo l'intervento. Gli autori sostengono che curare la malattia sia necessario ma non sufficiente: il vero successo consiste nell'aiutare la persona a tornare a vivere pienamente, affinché la stomia diventi parte della propria storia e non il titolo con cui la si definisce.

Parole chiave: Stomaterapia; Educazione terapeutica; Disegno preoperatorio della stomia; Qualità di vita; Associazioni di pazienti

More than healing: the path toward a new life with a stoma

Abstract: Stoma creation is one of the most significant changes a person can face, whatever the underlying condition. Surgery resolves the clinical problem, but it is only the beginning of a longer journey toward recovering autonomy, confidence and quality of life. This narrative contribution reflects on that journey from the perspective of stoma care nurses: the value of preoperative counselling and stoma siting in reducing anxiety and complications; the gradual acquisition of self-care skills through therapeutic education; the need for a continuous, multidisciplinary network of care that does not end at discharge, as the person's needs evolve over time; and the role of patient associations in offering peer support and a concrete image of what remains possible after surgery. The authors argue that treating the disease is necessary but not sufficient: true success lies in helping the person return to a full life, in which the stoma becomes part of their story rather than its defining title.

Keywords: Stoma care; Therapeutic education; Preoperative stoma siting; Quality of life; Patient associations

INTRODUZIONE

«La chirurgia può salvare una vita.

Ma per tornare davvero a vivere serve molto di più.»

Confezionare una stomia rappresenta uno dei cambiamenti più significativi che una persona possa affrontare. Che sia il risultato di una malattia oncologica, di una patologia infiammatoria cronica intestinale, di un trauma o di un'altra condizione clinica, la stomia modifica il corpo e, almeno inizialmente, anche il modo di percepire sé stessi. Per molti pazienti il momento più difficile non coincide necessariamente con l'intervento chirurgico. Spesso è il ritorno a casa. Quando si lasciano l'ospedale e la sicurezza di un'équipe sempre presente, iniziano le domande che nessun intervento può risolvere da solo: **«Sarò capace di gestire la stomia?»**; **«Potrò tornare a lavorare?»**; **«Potrò viaggiare?»**; **«La mia vita sarà ancora quella di prima?»**. Sono domande legittime, comuni a quasi tutte le persone stomizzate. La buona notizia è che, nella maggior parte dei casi, la risposta è sì. Ma questo risultato non dipende esclusivamente dall'intervento chirurgico: dipende da un percorso. Per questo oggi si parla sempre più spesso di presa in carico globale della persona. Curare la malattia è indispensabile, ma non è sufficiente. Occorre accompagnare la persona nel recupero della propria autonomia, della propria sicurezza e, soprattutto, della propria qualità di vita.

L'INTERVENTO È L'INIZIO, NON IL TRAGUARDO

Quando un chirurgo confeziona una stomia, l'obiettivo è risolvere un problema clinico importante: proteggere un'anastomosi, trattare un tumore, gestire una malattia intestinale o urinaria, affrontare una situazione di emergenza. Dal punto di vista medico, l'intervento rappresenta spesso un successo. Dal punto di vista della persona, invece, in quel momento inizia una nuova fase della vita. Nei primi giorni tutto appare nuovo. Cambia il proprio corpo, cambiano alcune abitudini quotidiane e, inevitabilmente, cambiano anche le emozioni. È normale sentirsi confusi, spaventati o persino arrabbiati. Alcune persone osserva-

no la stomia con curiosità, altre preferiscono evitarla per giorni. C'è chi desidera imparare immediatamente a gestirla e chi ha bisogno di più tempo. Non esiste un modo giusto di reagire. Ogni persona affronta questo cambiamento con la propria storia, il proprio carattere e i propri tempi. È importante sapere che l'adattamento non avviene in pochi giorni. È un percorso graduale fatto di piccoli traguardi: il primo cambio del dispositivo, la prima uscita da casa, il primo viaggio, il ritorno al lavoro, la ripresa dell'attività fisica. Ogni conquista contribuisce a ricostruire quella fiducia che l'intervento aveva inevitabilmente messo alla prova.

CONOSCERE PER NON AVERE PAURA

Tutto parte da qui. La paura nasce spesso da ciò che non si conosce, e per questo la prima forma di cura è l'informazione. Comprendere cosa sia una stomia, perché è stata confezionata e come funziona permette di affrontare il cambiamento con maggiore serenità. Non significa trasformarsi in esperti di medicina, ma imparare a conoscere il proprio corpo. Quando possibile, questo percorso dovrebbe iniziare ancora prima dell'intervento. Il colloquio preoperatorio offre alla persona e ai suoi familiari l'opportunità di fare domande, chiarire dubbi e prepararsi a ciò che accadrà dopo. Durante questo incontro viene spesso eseguito anche il disegno preoperatorio della stomia: una procedura apparentemente semplice ma estremamente importante. Individuare il punto migliore dell'addome significa facilitare la gestione futura del presidio, ridurre il rischio di complicanze e migliorare il comfort nella vita quotidiana. La conoscenza ha un effetto rassicurante. Sapere cosa aspettarsi permette di affrontare il cambiamento con meno ansia e maggiore consapevolezza.

IMPARARE A FARE, UN GESTO ALLA VOLTA

“Fare” significa acquisire autonomia. Nessuno nasce sapendo gestire una stomia. All'inizio anche sostituire il dispositivo può sembrare un'operazione lunga e complicata: le mani sono insicure, i movimenti rallentati dal timore di

sbagliare, e ogni piccolo imprevisto sembra trasformarsi in un problema enorme. È perfettamente normale. L'autonomia non arriva tutta insieme: si costruisce giorno dopo giorno, grazie all'addestramento e all'esperienza. Immaginiamo una persona davanti allo specchio, la prima volta. Le mani cercano il ritmo giusto: detergere delicatamente la cute, scegliere il dispositivo più adatto, controllare la pelle intorno alla stomia, imparare a riconoscere i piccoli segnali che meritano attenzione. Sono gesti che all'inizio richiedono tempo e concentrazione. Con il passare del tempo quei gesti diventano automatici. Ciò che inizialmente richiedeva venti minuti finisce per occuparne pochi, lasciando spazio a tutto il resto. Ed è proprio questo il vero obiettivo dell'educazione terapeutica: fare in modo che la stomia smetta progressivamente di essere il centro della vita quotidiana.

IL RITORNO A CIÒ CHE SEMBRAVA IMPOSSIBILE

Esiste un momento molto importante nel percorso di ogni persona stomizzata. Non coincide con il primo cambio del dispositivo né con la dimissione dall'ospedale: è il momento in cui si torna a fare qualcosa che sembrava impossibile. Una passeggiata, una cena con gli amici, una giornata al mare, un viaggio, il ritorno al lavoro, la ripresa di uno sport. Ogni persona ha il proprio traguardo. La stomia, nella maggior parte dei casi, non impedisce di condurre una vita attiva. Richiede qualche attenzione in più, una diversa organizzazione, un periodo di adattamento — ma non deve diventare il limite entro cui racchiudere la propria esistenza. È importante rispettare i tempi del recupero e seguire le indicazioni dei professionisti sanitari, soprattutto nelle settimane immediatamente successive all'intervento. Superata questa fase, la maggior parte delle persone riesce progressivamente a riprendere le attività di prima. Lavorare, viaggiare, fare attività fisica, dedicarsi ai propri hobby, vivere pienamente le relazioni affettive: sono obiettivi concreti e realistici. La stomia modifica alcune abitudini, ma non cancella i progetti, i desideri e le passioni.

UNA RETE CHE NON SI FERMA ALLA DIMISSIONE

Uno degli errori più comuni è pensare che il percorso assistenziale termini con la dimissione. In realtà è proprio in quel momento che diventa ancora più importante poter contare su una rete di professionisti. Le esigenze della persona cambiano con il passare dei mesi: possono modificarsi il peso corporeo, la conformazione dell'addome, il tipo di attività lavorativa, le abitudini quotidiane o le caratteristiche della stomia stessa. Anche il presidio che risultava ideale subito dopo l'intervento potrebbe non essere più la scelta migliore dopo qualche tempo. Per questo è fondamentale mantenere un rapporto continuativo con il centro di riferimento. Lo stomaterapista rappresenta una figura centrale in questo percorso: non è solamente il professionista che insegna a utilizzare un dispositivo, ma è il punto di riferimento per affrontare ogni nuova esigenza. Aiuta a prevenire e trattare le complicanze cutanee, valuta periodicamente la stomia, suggerisce eventuali modifiche del presidio e accompagna la persona nelle diverse fasi della vita. Accanto allo stomaterapista operano il chirurgo, il medico di medicina generale, gli specialisti coinvolti nella cura della patologia di base e, quando necessario, gli infermieri del territorio. Una rete organizzata consente di affrontare tempestivamente i problemi, evitare complicanze e offrire alla persona la sicurezza di non essere mai lasciata sola. Sapere che esiste qualcuno a cui rivolgersi quando nasce un dubbio è spesso la migliore forma di prevenzione.

IL VALORE DI CHI HA GIÀ VISSUTO LA STESSA ESPERIENZA

Accanto alla rete sanitaria esiste un'altra risorsa preziosa, talvolta sottovalutata: le associazioni di pazienti. Chi vive inizialmente con una stomia tende a guardare il presente: le difficoltà sembrano occupare tutto lo spazio, e immaginare il futuro può essere complicato. In questi momenti, incontrare persone che convivono con una stomia da molti anni può cambiare completamente la prospettiva. Non perché abbiano soluzioni miracolose, ma perché rappresentano un esempio concreto di ciò che è possibile. Vedere qualcuno che lavora, pratica sport, viaggia, diventa genitore o nonno, frequenta gli amici o semplicemente vive con naturalezza la propria quotidianità permette di comprendere che la stomia non coincide con la fine della propria vita, ma con l'inizio di una nuova fase. Le associazioni svolgono un ruolo fondamentale perché creano occasioni di incontro reale. Camminate, giornate all'aria aperta, incontri conviviali, iniziative dedicate alle famiglie: momenti semplici, ma capaci di rompere l'isolamento e di far scoprire, spesso con sorpresa, che molti ostacoli possono essere superati.

Per una persona appena stomizzata, partecipare a una giornata organizzata da un'associazione può significare vedere, per la prima volta, decine di persone che convivono serenamente con una stomia. Quel semplice colpo d'occhio può valere più di molte parole. Significa comprendere che esiste un "dopo": che si può tornare a sorridere, a progettare una vacanza, a praticare attività fisica, o semplicemente a vivere senza che la stomia occupi ogni pensiero. Le associazioni non sostituiscono mai il ruolo dei professionisti sanitari: le indicazioni cliniche vanno sempre condivise con il proprio team di cura. Ma il sostegno reciproco, la condivisione delle esperienze e il senso di appartenenza rappresentano un complemento prezioso all'assistenza sanitaria.

UN CAPITOLO DELLA PROPRIA STORIA, NON UN TITOLO

Con il passare del tempo molte persone raccontano di essersi rese conto di pensare sempre meno alla stomia. Non perché sia scomparsa, ma perché è diventata parte della loro quotidianità. È forse questo il risultato più importante di tutto il percorso. La stomia continua a richiedere attenzione, ma smette di rappresentare il centro della propria identità. Si torna a essere, semplicemente, sé stessi — con una stomia che fa parte della propria storia, non il titolo del proprio racconto. È questo il significato più profondo del motto "Curare non basta". La cura non termina quando finisce l'intervento chirurgico: continua attraverso la conoscenza, l'educazione terapeutica, l'acquisizione dell'autonomia, la presenza di professionisti preparati, la forza della rete assistenziale e il sostegno delle associazioni di pazienti. Perché il vero successo non è soltanto una stomia che funziona bene: è una persona che torna a vivere la propria vita con fiducia, autonomia e la consapevolezza che, anche dopo un cambiamento importante, il futuro può essere ancora ricco di possibilità.

Curare non basta.

Ma insieme, si può ricominciare a vivere.

Corrispondenza

Mattia Zamprognò

Azienda Ospedale Università di Padova

mattia.zamprognò@aopd.veneto.it

Il corpo, una casa da vivere

SARA MORONI¹, GIUSEPPE DODI²

¹ Research Ass. Dipartimento FISPPA Università di Padova, Servizio Civile FAVO, 2 Centro Pelvi, Padova

Riassunto: Nel linguaggio comune il corpo è descritto in termini di possesso, ma i processi involontari di invecchiamento e le risposte fisiologiche automatiche mettono in discussione questa premessa. Il presente contributo propone il costrutto di “abitare il corpo” come descrizione empiricamente fondata, e non soltanto metaforica, del rapporto tra soggetto e organismo. Dopo aver richiamato il superamento del dualismo cartesiano attraverso il modello biopsicosociale e il paradigma dell’embodied cognition, il lavoro integra la distinzione fenomenologica tra corpo vissuto e corpo oggettivato con i costrutti neuropsicologici di schema e immagine corporea, con le ricerche sull’interocezione e sull’inferenza predittiva, con l’ipotesi del marcatore somatico e con la teoria polivagale. Il pavimento pelvico viene quindi proposto come distretto paradigmatico dell’interazione biopsicosociale: vi convergono funzioni urinarie, intestinali, sessuali e riproduttive, sotto controllo volontario e involontario, gravate da stigma e sotto-segnalazione. Vengono discussi il dolore pelvico cronico, l’invecchiamento del pavimento pelvico e il ruolo dei fattori relazionali e socioculturali. Ne derivano implicazioni cliniche: la centralità dell’anamnesi psicosociale, il possibile ruolo degli interventi sull’accuratezza interolettiva e il valore degli approcci terapeutici integrati.

Parole chiave: Corpo vissuto; Interocezione; Embodiment; Pavimento pelvico; Dolore pelvico cronico; Modello biopsicosociale

Inhabiting the body

Summary: Everyday language describes the body in terms of ownership, yet involuntary ageing processes and automatic physiological responses challenge this assumption. This paper proposes the construct of “inhabiting the body” as an empirically grounded, not merely metaphorical, description of the relationship between the subject and the organism. After outlining how the biopsychosocial model and the embodied cognition paradigm moved beyond Cartesian dualism, the paper integrates the phenomenological distinction between the lived body and the objectified body with the neuropsychological constructs of body schema and body image, with research on interoception and predictive inference, the somatic marker hypothesis and polyvagal theory. The pelvic floor is then proposed as a paradigmatic site of biopsychosocial interaction, where urinary, bowel, sexual and reproductive functions converge under both voluntary and involuntary control and are burdened by stigma and under-reporting. Chronic pelvic pain, pelvic floor ageing and the role of relational and sociocultural factors are discussed. Clinical implications follow: the central role of psychosocial history-taking, the potential of interventions targeting interoceptive accuracy, and the value of integrated therapeutic approaches.

Keywords: Lived body; Interoception; Embodiment; Pelvic floor; Chronic pelvic pain; Biopsychosocial model

IL CORPO È DAVVERO NOSTRO?

È una domanda tanto antica quanto la filosofia e, al tempo stesso, oggetto di indagine empirica in psicologia e nelle neuroscienze cognitive. Nel linguaggio comune usiamo costantemente formule possessive come “il mio cuore”, “il mio intestino”, “la mia vescica”, che presuppongono un rapporto di proprietà tra un soggetto e un oggetto posseduto. Questa premessa si incrina regolarmente di fronte a due classi di fenomeni ben documentate in letteratura: i processi involontari di invecchiamento e degenerazione tissutale, e le risposte fisiologiche automatiche (cardiache, respiratorie, endocrine, immunitarie) che regolano l’organismo indipendentemente dalla volontà cosciente. Per gran parte della storia della filosofia occidentale, il corpo è stato concettualizzato secondo il dualismo cartesiano: una *res extensa* meccanica, ontologicamente separata dalla *res cogitans*. Questo impianto ha influenzato a lungo anche la medicina, favorendo un modello biomedico in cui il corpo è trattato come un sistema meccanico da riparare, scisso dalla dimensione psichica del paziente. Il modello biopsicosociale proposto da Engel¹ ha rappresentato il primo tentativo sistematico di integrare fattori biologici, psicologici e sociali nella comprensione di salute e malattia, superando in ambito clinico la dicotomia mente-corpo.

Parallelamente, in ambito filosofico e cognitivo, il paradigma dell’*embodied cognition*^{2,3} sostiene che i processi cognitivi non risiedono esclusivamente nel sistema nervoso centrale, ma emergano dall’interazione dinamica tra cervello, corpo e ambiente. In questa cornice teorica, l’espressione “abitare il corpo” non ha valore puramente metaforico, ma descrive un fenomeno funzionalmente osservabile: il corpo non è uno strumento della cognizione, bensì una sua componente costitutiva.

CORPO VISSUTO E CORPO OGGETTIVATO

Merleau-Ponty⁴, nella *Fenomenologia della percezione*, introduce la distinzione tra *corps vécu* (corpo vissuto) e *corps objectif* (corpo oggetto): il primo non è un oggetto tra gli oggetti percepiti nel mondo, ma la condizione di possibilità di ogni percezione, ciò che l’autore definisce “corpo proprio” (*corps propre*).

Questa distinzione trova un corrispettivo operativo nella letteratura neuropsicologica, che separa lo schema corporeo (*body schema*), ovvero la rappresentazione sensorimotoria implicita e in larga misura inconscia che regola postura e movimento in tempo reale integrando input propriocettivi, vestibolari e visivi^{3,5}, dall’immagine corporea (*body image*), rappresentazione esplicita, percettiva e valutativa del corpo, soggetta a distorsione, giudizio e confronto sociale.

L’esperienza clinica suggerisce una lettura ulteriore, complementare a quella filosofica: non tanto “essere” il corpo, quanto abitarlo. Si tratta di una relazione che presuppone una parziale autonomia dell’organismo rispetto alla volontà del soggetto, regolata da leggi biologiche solo in parte modificabili dall’intervento medico o comportamentale. Per chi lo osserva da una vita accanto ai pazienti, il corpo appare più simile a un compagno di viaggio dotato di autonomia che a un possesso.

INTEROCEZIONE E REGOLAZIONE:

IL CORRELATO NEURALE DELL’ABITARE

Se la propriocezione informa sulla posizione del corpo nello spazio, l’interocezione è il senso che informa sullo stato fisiologico interno (frequenza cardiaca, pattern respiratorio, temperatura, tensione viscerale e muscolare) ed è il canale sensoriale più direttamente implicato nell’esperienza soggettiva di “essere dentro” un corpo.

Craig^{6,7} ha mappato le vie afferenti interocettive dalla lamina I del midollo spinale, attraverso il talamo, fino alla corteccia insulare, dove lo stato corporeo viene progressivamente ri-rappresentato in forma sempre più integrata, fino a generare, nell'insula anteriore, una rappresentazione del sé senziente nel momento presente. A questo si affianca l'ipotesi del marcatore somatico (*somatic marker hypothesis*) di Damasio^{8,9}: le decisioni, anche quelle apparentemente più astratte, sarebbero guidate da segnali somatici (variazioni viscerali, tensioni muscolari, modificazioni autonome) capaci di orientare il comportamento prima ancora che il ragionamento esplicito si completi.

Per la maggior parte del tempo, questo sistema opera al di sotto della soglia della consapevolezza: battito cardiaco e attività respiratoria diventano oggetto di attenzione cosciente solo in presenza di una deviazione significativa dall'omeostasi. Ciò è coerente con i modelli di inferenza interocettiva predittiva¹⁰, secondo cui l'esperienza corporea cosciente dipende dal confronto tra le previsioni del sistema e i segnali afferenti, e diventa saliente quando questi generano errori di predizione non compensati.

IL DOLORE COME SEGNALE E LA REGOLAZIONE AUTONOMICA

In questo quadro il dolore rappresenta la forma più saliente di comunicazione afferente tra periferia e coscienza: un segnale con funzione adattiva primaria, che richiama l'attenzione su un organo o un distretto la cui integrità è compromessa, orientando comportamenti di protezione e cura. I dolori ricorrenti a bassa intensità condividono la stessa funzione informativa, rendendo intermittentemente presente alla coscienza un organo altrimenti regolato in modo automatico.

Secondo la teoria polivagale di Porges^{11,12}, un corpo cronicamente iperattivato sul piano autonomico presenta una

ridotta capacità di accedere agli stati regolati dal sistema vagale ventrale, associato a percezione di sicurezza e connessione sociale, a favore di pattern difensivi mediati dal sistema simpatico o dal circuito vagale dorsale. Il costrutto di neurocezione descrive il processo automatico e sottocorticale di valutazione del rischio ambientale che precede la percezione cosciente e che, in condizioni di attivazione cronica, può risultare distorto, generando risposte difensive anche in assenza di una minaccia oggettiva. Nella letteratura sul trauma, van der Kolk¹³ osserva come le esperienze non adeguatamente elaborate tendano a essere codificate come tracce somatiche implicite (tensione muscolare cronica, alterazione della soglia interocettiva, iperattivazione autonoma) piuttosto che come contenuti narrativi espliciti.

LA PELVI COME DISTRETTO BIOPSIKOSOCIALE

Dal punto di vista funzionale, il pavimento pelvico è uno dei distretti a maggiore densità di integrazione somato-viscerale dell'intero organismo. In esso convergono l'apparato urinario inferiore, il tratto intestinale terminale, gli organi riproduttivi, un'estesa componente muscolo-fasciale (diagramma pelvico, muscolo elevatore dell'ano, sfinteri striati e lisci) e una complessa rete nervosa (nervo pudendo, plessi autonomici pelvici), sotto controllo integrato volontario e involontario.

Le funzioni pelviche (continenza urinaria e fecale, evacuazione, funzione sessuale e riproduttiva) intervengono in una quota rilevante dell'attività fisiologica quotidiana, ma restano tra le meno riferite spontaneamente dal paziente in ambito clinico, per ragioni riconducibili a fattori culturali, educativi e di stigma sociale: un fenomeno di sotto-segnalazione ben documentato in ambito uroginecologico e coloproctologico¹⁴.

Proprio in questo distretto il modello biopsicosociale trova una delle sue applicazioni più consistenti sul piano empirico. Il dolore pelvico cronico è definito come una condizione multifattoriale in cui componenti nocicettive periferiche, sensibilizzazione centrale, fattori muscoloscheletrici e variabili psicologiche (ansia, catastrofizzazione, pregresse esperienze traumatiche) concorrono in proporzioni variabili al quadro clinico¹⁵. È documentato che l'ansia e lo stress cronico modulano il tono del pavimento pelvico attraverso vie simpatetiche e somatiche; che le esperienze traumatiche, incluso l'abuso sessuale, sono associate a un aumentato rischio di dolore pelvico cronico e di disfunzioni sessuali¹⁵; e che, reciprocamente, la sintomatologia pelvica cronica si associa a un peggioramento di umore, qualità del sonno, immagine corporea e funzionamento di coppia. La relazione è pertanto bidirezionale e non gerarchica: non un substrato biologico "primario" su cui si innesta secondariamente una componente psicologica, ma un sistema a retroazione continua.

INVECCHIAMENTO E CEDIMENTO FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO

L'invecchiamento del pavimento pelvico è un processo multifattoriale che coinvolge la riduzione della densità del collagene, l'indebolimento della muscolatura striata pelvica, alterazioni ormonali (in particolare la carenza estrogenica post-menopausale) e modificazioni del tessuto connettivo di supporto. Le manifestazioni cliniche più frequenti sono il prolasso degli organi pelvici, l'incontinenza urinaria da sforzo o mista e le disfunzioni sessuali, condizioni la cui prevalenza aumenta in modo consistente con l'età¹⁶.

È rilevante, dal punto di vista clinico e non solo descrittivo, che tali condizioni comportino un impatto significativo sulla qualità della vita percepita, spesso sproporzionato rispetto alla gravità anatomica oggettiva: a conferma del fatto che la dimensione psicologica (vergogna, isolamento sociale,



evitamento dell'intimità) costituisce parte integrante, e non accessoria, del quadro clinico.

CORPO E ALTERITÀ:

FATTORI PSICOSOCIALI DI MODULAZIONE

La letteratura sullo sviluppo psicologico precoce documenta come la regolazione fisiologica del neonato sia inizialmente co-costruita nella relazione con il caregiver^{17,18} e come le esperienze relazionali precoci lascino tracce durature nei pattern di regolazione autonoma e nella soglia di attivazione allo stress in età adulta. In senso più ampio, a partire dall'analisi di Foucault del corpo come luogo di esercizio del potere disciplinare¹⁹, la letteratura sull'*embodiment* sociale mostra come norme culturali, educative e mediatiche modulino variabili fisiologicamente osservabili (postura, tono muscolare, pattern respiratorio, soglia del pudore), configurando il corpo come struttura non esclusivamente biologica, ma anche storicamente e socialmente situata.

IMPLICAZIONI CLINICHE

Da questi filoni di ricerca derivano alcune implicazioni per la pratica clinica:

- gli interventi mirati ad aumentare l'accuratezza interocettiva, e non soltanto alla ristrutturazione cognitiva, possono avere effetti diretti sulla regolazione affettiva e sulla percezione del dolore cronico;
- nella valutazione dei sintomi pelvici l'anamnesi psicosociale non è complementare, ma strutturalmente necessaria a un inquadramento accurato, coerentemente con il modello biopsicosociale¹;
- gli approcci terapeutici integrati (riabilitazione del pavimento pelvico, supporto psicologico, educazione del paziente) mostrano, nella letteratura disponibile, esiti superiori rispetto ad approcci esclusivamente organicisti nel trattamento del dolore pelvico cronico¹⁵.

CONCLUSIONI

Il costrutto di "abitare il corpo" descrive, su base empirica e non solo metaforica, la capacità di mantenere un accesso integrato, e non meramente valutativo, al proprio stato somatico: una capacità neurobiologicamente fondata, ma modulabile dall'esperienza, dal contesto relazionale e dall'invecchiamento. Per la densità di funzioni biologiche e per il carico simbolico e sociale che veicola, il pavimento pelvico rappresenta un distretto paradigmatico per osservare l'interazione continua tra substrato biologico, regolazione psicofisiologica e contesto culturale. Per questo è un ambito in cui il superamento del modello dualistico non è soltanto un'istanza teorica, ma una necessità clinica.

BIBLIOGRAFIA

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-136.
2. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. The embodied mind: cognitive science and human experience. Cambridge (MA): MIT Press; 1991.

3. Gallagher S. How the body shapes the mind. Oxford: Oxford University Press; 2005.
4. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard; 1945.
5. Head H, Holmes G. Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain* 1911;34:102-254.
6. Craig AD. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci* 2002;3:655-666.
7. Craig AD. How do you feel — now? The anterior insula and human awareness. *Nat Rev Neurosci* 2009;10:59-70.
8. Damasio AR. *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. New York: Putnam; 1994.
9. Damasio A. *Self comes to mind: constructing the conscious brain*. New York: Pantheon Books; 2010.
10. Seth AK. Interoceptive inference, emotion, and the embodied self. *Trends Cogn Sci* 2013;17:565-573.
11. Porges SW. Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage. A polyvagal theory. *Psychophysiology* 1995;32:301-318.
12. Porges SW. *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: W. W. Norton & Company; 2011.
13. van der Kolk B. *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking; 2014.
14. Norton C, Chelvanayagam S. *Bowel continence nursing*. Beaconsfield: Beaconsfield Publishers; 2004.
15. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health* 2006;6:177.
16. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol* 2014;123:141-148.
17. Sroufe LA. *Emotional development: the organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
18. Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J* 2001;22:7-66.
19. Foucault M. *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris: Gallimard; 1975.

Il [video](http://www.pelviperineologia.it/video/Il-corpo-una-casa-da-vivere.mp4) che accompagna l'articolo (www.pelviperineologia.it/video/Il-corpo-una-casa-da-vivere.mp4) è stato presentato in occasione delle prime giornate di studio *Pensare l'abitare* tenutesi il 25 e 26 settembre 2026 a Ceglie Messapica (Brindisi), presso l'Accademia degli Inquieti, nell'ambito del progetto culturale *L'Accademia dell'Abitare* ideato e organizzato da Donatella Caprioglio.

DICHIARAZIONE

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

Corrispondenza
giuseppe.dodi@unipd.it

Una riflessione di Ivana Cecoli, artista eclettica attiva nell'Accademia degli Inquieti, a commento del video e dell'articolo nella prospettiva che le discipline olistiche orientali offrono nell'interpretare i vissuti del nostro corpo e dell'unità pelvica in particolare.

Abitare la pelvi nello Yoga

IVANA CECOLI

Master Teacher de Il Canto Curativo

Nel contesto delle tradizioni orientali, come *Yoga*, *Ayurveda* e *Medicina Tradizionale Cinese*, l'essere umano è costituito da un corpo fisico e da una mappa energetica invi-

sibile, *sottile*. Se a livello di queste energie si presenta un disequilibrio, può nel tempo manifestarsi sul piano fisico o mentale un disturbo, un sintomo, una malattia. In questa

visione olistica l'essere umano è un'unità interconnessa: le diverse dimensioni dell'esperienza, fisica, emozionale, spirituale, non sono separate, ma si influenzano reciprocamente. Secondo la *fisiologia* elaborata dalla tradizione yogica indiana, il cosiddetto *Corpo Sottile* è attraversato dal *Prāṇa*, energia vitale che fluisce attraverso una fitta rete di *Nāḍī* (canali energetici) e raggiunge i *Chakra* (ruota, vortice), centri di energia nei quali il *Prāṇa* viene ricevuto, trasformato e distribuito. I *Chakra* principali sono sette. A ciascuno di essi vengono associati specifici organi, nonché determinate qualità, funzioni e aspetti della personalità.

IL BACINO COME DIMORA

È interessante notare come proprio la zona pelvica sia associata alla dimora, alle sue fondamenta e al sostegno del nostro essere fisico e mentale. La regione comprende infatti i primi due *chakra*:

-*Mūlādhāra*, il *chakra* delle radici e delle fondamenta, legato all'elemento Terra.

-*Svādhiṣṭhāna*, il *chakra* della dimora, legato all'elemento Acqua.

Insieme rappresentano sia le fondamenta sia la casa che abitiamo e che, allo stesso tempo, ci abita: ciò che sostiene e ciò che accoglie, custodisce.

Il primo *chakra*, *Mūlādhāra*, è situato alla base della colonna vertebrale, nella zona del plesso coccigeo, governa gli organi della sessualità e dell'escrezione, nonché le ghiandole surrenali.

Il suo elemento è la Terra. Il termine deriva da *mūla*, "radice", e *ādhāra*, "supporto", "base", "sostegno".

È il *chakra* che ci collega all'infanzia. Le qualità che esprime quando è in equilibrio sono quelle tipiche del bambino: l'innocenza, la spontaneità, la capacità di essere presenti alla vita. Costituisce la base del nostro corpo energetico: abbiamo bisogno di essere ben ancorati alla terra, nutriti dal contatto con la natura, per vivere in serenità e salute. Ci ricorda anche l'importanza di restare un po' fanciulli dentro, conservando la capacità di giocare, di stupirsi, di avere uno sguardo aperto sul mondo.

Se questo centro sottile è vitale e armonico possiamo mettere radici e crescere, evolvere, trovare la strada verso la nostra realizzazione.

Incontriamo poi, risalendo lungo la colonna, il secondo *chakra*, *Svādhiṣṭhāna*, che in sanscrito richiama proprio il concetto di "nostra dimora": *sva*, "proprio", "di sé", e *adhiṣṭhāna*, "sede", "dimora".

È situato in corrispondenza della regione pelvica ed è tradizionalmente collegato a organi come reni, milza, pancreas, utero, parte dell'intestino e del fegato.

In generale è considerato il centro della sessualità e della creatività.

Il suo elemento è l'Acqua: l'acqua è la nostra origine ed è alla base della vita. Il liquido amniotico rappresenta la dimora originaria: siamo immersi nell'acqua ancora prima di venire alla luce. Le esperienze della vita prenatale appartengono a una dimensione profonda e preverbale, non accessibile alla memoria cosciente, che possiamo ritrovare come traccia corporea nella sfera pelvica.

Svādhiṣṭhāna custodisce ciò che abbiamo vissuto: è il *chakra* della memoria, una memoria del corpo legata alla sfera dell'inconscio e delle emozioni, fatta di risonanze del passato che possono riaffiorare e chiedere di essere riconosciute.

È il grande archivio fluido delle nostre esperienze e impressioni mentali, compresi i residui delle azioni passate, i *saṃskāra*. Queste impressioni possono manifestarsi come indole, istinti, aspettative, tendenze, talenti, vere e proprie impronte del nostro modo di stare nel mondo. Orientano il modo di vivere, spesso senza che ne siamo consapevoli. Talvolta, infatti, ci accorgiamo che alcune situazioni, nostro malgrado, sembrano ripetersi: dinamiche, abbandoni, conflitti, difficoltà che ritornano, come se stessimo recitando più volte lo stesso copione.

Eppure, proprio perché il suo elemento è l'Acqua, la nostra memoria non è qualcosa di rigido e immobile: può essere elaborata, rinnovata, rigenerata. Nell'acqua ritroviamo la qualità della fluidità: scorre, è mutevole, si adatta, accoglie, e trova sempre una via per continuare il suo percorso.

ABITARE LA PROPRIA DIMORA

Se *Svādhiṣṭhāna* è la nostra dimora, allora possiamo chiederci: come abitiamo questa casa?

che cosa vi abbiamo depositato? quali immagini di noi stessi? quali esperienze continuano a influenzare, spesso senza che ce ne accorgiamo, il nostro modo di vivere?

Emozioni non espresse, esperienze dolorose, desideri, paure, ricordi che ancora attendono di essere ascoltati.

La visione degli antichi può dialogare con le conoscenze che emergono dalle ricerche mediche più innovative, aprendo prospettive diverse e complementari. Nella zona pelvica, infatti, corpo e storia personale sembrano incontrarsi: biologia, regolazione interiore e vissuto si intrecciano profondamente. Forse è proprio da qui che possiamo imparare ad ascoltare: fare spazio a ciò che siamo stati, lasciarlo fluire e permettergli di trasformarsi, per abitare più serenamente, e pienamente, la nostra "dimora".

Corrispondenza
info@ilcantocurativo.it

Microbiota intestinale, asse intestino-cervello e salute mentale: meccanismi neurobiologici e prospettive cliniche

SARA MORONI

Research Ass. Dipartimento FISPPA Università di Padova

Riassunto: Negli ultimi anni il microbiota intestinale è emerso come modulatore attivo dei sistemi neurobiologici coinvolti nella regolazione emotiva e nella risposta allo stress. L'asse microbiota-intestino-cervello è una rete bidirezionale in cui vie neurali (in particolare il nervo vago), endocrine (asse ipotalamo-ipofisi-surrene), immunitarie e metaboliche concorrono alla modulazione della funzione cerebrale. Il presente lavoro ne descrive l'architettura e i principali meccanismi: la regolazione della risposta allo stress, la produzione microbica di molecole neuroattive, il metabolismo del triptofano, la modulazione del BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) e della plasticità sinaptica, il ruolo della dieta e degli acidi grassi a corta catena. Viene inoltre discusso il concetto di psicobiotico, inteso come microrganismo vivo con potenziali effetti benefici sulla salute mentale, insieme alle evidenze cliniche disponibili nella depressione, nei disturbi d'ansia e nella sindrome dell'intestino irritabile. Pur promettenti, i dati attuali derivano in larga parte da modelli animali o da studi clinici con campioni ridotti ed elevata eterogeneità metodologica. L'integrazione del microbioma nel modello biopsicosociale può ampliare la comprensione dei disturbi psichici, ma richiede conferme da studi randomizzati controllati su larga scala e l'identificazione di biomarcatori predittivi affidabili.

Parole chiave: Microbiota intestinale; Asse intestino-cervello; Psicobiotici; Stress; Neuroinfiammazione; Salute mentale

Gut microbiota, the gut-brain axis, and mental health: neurobiological mechanisms and clinical perspectives

Summary: Over recent years the gut microbiota has emerged as an active modulator of the neurobiological systems involved in emotional regulation and the stress response. The microbiota-gut-brain axis is a bidirectional network in which neural (particularly vagal), endocrine (hypothalamic-pituitary-adrenal axis), immune and metabolic pathways jointly shape brain function. This paper outlines its architecture and main mechanisms: stress regulation, microbial production of neuroactive molecules, tryptophan metabolism, modulation of BDNF and synaptic plasticity, and the role of diet and short-chain fatty acids. The concept of psychobiotics, live microorganisms with potential mental health benefits, is discussed together with the available clinical evidence in depression, anxiety disorders and irritable bowel syndrome. Although promising, current data derive largely from animal models or from small clinical studies with marked methodological heterogeneity. Integrating the microbiome into the biopsychosocial model may broaden our understanding of mental disorders, but confirmation from large randomized controlled trials and reliable predictive biomarkers are still needed.

Keywords: Gut microbiota; Gut-brain axis; Psychobiotics; Stress; Neuroinflammation; Mental health

INTRODUZIONE

Le evidenze degli ultimi anni suggeriscono che il microbiota intestinale non possa più essere considerato un semplice cofattore metabolico periferico, ma un modulatore attivo dei sistemi neurobiologici coinvolti nella regolazione emotiva e nella risposta allo stress. I modelli contemporanei dell'asse microbiota-intestino-cervello descrivono una rete bidirezionale nella quale segnali *neurali* (in particolare il nervo vago), *endocrini* (asse ipotalamo-ipofisi-surrene, *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis*, HPA), *immunitari* e *metabolici* concorrono alla modulazione della funzione cerebrale^{1,2}. In tale prospettiva, la composizione del microbiota influenza la reattività dell'asse HPA, la permeabilità intestinale e il tono infiammatorio sistemico, con ripercussioni sulla disponibilità di precursori neurotrasmettitoriali come il triptofano e, di conseguenza, sulla regolazione serotoninergica e sulla plasticità sinaptica^{2,3}.

Numerosi microrganismi intestinali sono inoltre in grado di produrre molecole neuroattive, tra cui GABA, serotonina e catecolamine, capaci di interagire con i circuiti centrali attraverso vie neurali e immuno-endocrine⁴. Questa evidenza ha condotto alla formulazione del concetto di *psicobiotico*, inteso come microrganismo vivo che, somministrato in quantità adeguate, può esercitare effetti benefici sulla salute mentale mediante meccanismi neurochimici e immunomodulatori^{4,5}. Parallelamente, alterazioni nella biodiversità microbica sono state associate a disturbi dell'umore e a modificazioni nei circuiti dello stress e della regolazione emotiva, suggerendo che l'equilibrio ecologico intestinale contribuisca alla stabilità dei sistemi motivazionali e decisionali^{3,5}. Nel loro insieme, tali dati sostengono un modello integrato in cui il microbiota partecipa alla regolazione neurobiologica attraverso la modulazione della neuroinfiammazione,

della neuroplasticità e dei circuiti dopaminergici della ricompensa, superando la visione riduzionista che lo confina a un ruolo esclusivamente digestivo o metabolico^{1,2}.

ARCHITETTURA DELL'ASSE MICROBIOTA-INTESTINO-CERVELLO

L'asse intestino-cervello è una rete funzionale complessa che integra sistema nervoso centrale (SNC), sistema nervoso autonomo, sistema nervoso enterico, asse HPA (Hypothalamic Pituitary Adrenal), sistema immunitario e microbiota intestinale. Più che un semplice circuito di comunicazione bidirezionale, esso costituisce un sistema dinamico di regolazione neuroendocrina e immunitaria, in cui segnali periferici e centrali si modulano reciprocamente. Come descritto nel modello proposto da Carabotti et al.¹, la comunicazione avviene attraverso vie neurali (in particolare il nervo vago), endocrine (rilascio di cortisolo), immunitarie (citochine pro- e anti-infiammatorie) e metaboliche, che includono metaboliti microbici quali gli acidi grassi a corta catena (*short-chain fatty acids*, SCFA) e i derivati del triptofano.

All'interno di questo sistema, il microbiota intestinale, dominato principalmente dai phyla *Firmicutes* e *Bacteroidetes*, svolge un ruolo essenziale nel mantenimento dell'omeostasi dell'ospite, contribuendo alla regolazione della barriera intestinale, dell'infiammazione sistemica e della disponibilità di substrati neuroattivi¹. La sua attività metabolica e immunomodulatoria si riflette direttamente sulla funzione cerebrale, influenzando la reattività allo stress e la modulazione dei circuiti emotivi.

Non sorprende, dunque, che alterazioni qualitative e quantitative della comunità microbica (disbiosi) siano state associate a diverse condizioni neuropsichiatriche e funzionali, tra cui disturbi dell'umore, sindrome dell'intestino irritabile

(*irritable bowel syndrome*, IBS) e disturbi dello spettro autistico. Le evidenze cliniche e precliniche suggeriscono che tali associazioni siano mediate da modificazioni nei circuiti neuroinfiammatori e neuroendocrini dell'asse intestino-cervello⁵.

MICROBIOTA E REGOLAZIONE DELLO STRESS

Tra i meccanismi più indagati nell'ambito dell'asse microbiota-intestino-cervello vi è la regolazione dell'asse HPA, nodo centrale della risposta allo stress. I modelli animali *germ-free* hanno fornito una delle evidenze più convincenti del ruolo modulatore del microbiota: l'assenza di colonizzazione batterica è associata a una risposta allo stress marcatamente amplificata, con incremento dei livelli di ACTH e corticosterone rispetto agli animali convenzionali⁴. Tale iperreattività neuroendocrina risulta parzialmente o completamente reversibile mediante colonizzazione precoce con specifici ceppi, tra cui *Bifidobacterium infantis*, suggerendo l'esistenza di una finestra critica nello sviluppo dei circuiti neuroendocrini di regolazione dello stress⁴.

La modulazione dell'asse HPA non avviene in modo esclusivamente endocrino, ma coinvolge in maniera sostanziale vie neurali afferenti, in particolare il nervo vago. Studi comportamentali dimostrano che gli effetti ansiolitici osservati dopo somministrazione di *Lactobacillus rhamnosus* in modelli murini vengono aboliti dalla vagotomia subdiaphragmatica, indicando che la trasmissione del segnale microbiota-cervello dipende in larga misura dall'integrità della comunicazione vagale⁵. Ciò suggerisce che il microbiota possa influenzare l'attività dei circuiti limbici attraverso una modulazione *bottom-up* mediata dal sistema nervoso autonomo.

Parallelamente, alterazioni nella composizione microbica possono compromettere l'integrità della barriera intestinale, favorendo la traslocazione sistemica di lipopolisaccaridi (LPS) e di altri prodotti batterici. La conseguente attivazione del sistema immunitario innato determina un incremento delle citochine pro-infiammatorie, in grado di modulare la funzione del SNC e di contribuire a fenotipi comportamentali associati a stress e depressione⁴. In questa prospettiva, la disbiosi non rappresenta soltanto uno squilibrio ecologico locale, ma un potenziale fattore di vulnerabilità neuroinfiammatoria con ricadute sistemiche.

NEUROTRASMETTITORI MICROBICI E PLASTICITÀ CEREBRALE

Un nodo cruciale dell'interazione microbiota-cervello riguarda la produzione e la modulazione di molecole neuroattive. Diversi microrganismi intestinali possiedono infatti la capacità di sintetizzare direttamente neurotrasmettitori o di influenzarne la disponibilità sistemica. In particolare, ceppi appartenenti ai generi *Lactobacillus* e *Bifidobacterium* sono in grado di produrre GABA, mentre altre specie microbiche contribuiscono alla sintesi o alla modulazione di serotonina, dopamina e noradrenalina⁴. Sebbene tali molecole non attraversino sempre direttamente la barriera emato-encefalica, esse possono modulare l'attività del sistema nervoso enterico, delle afferenze vagali e delle cellule immunitarie, generando effetti a cascata sui circuiti centrali.

Particolarmente rilevante è l'interazione tra microbiota e metabolismo del triptofano, principale precursore della serotonina. In condizioni di equilibrio, parte del triptofano viene utilizzata per la sintesi serotoninergica; in presenza di infiammazione sistemica o disbiosi, invece, l'attivazione dell'enzima indoleammina-2,3-diossigenasi (IDO) favorisce la deviazione del triptofano verso la via della chinurenina. L'accumulo di metaboliti chinureninici, alcuni dei quali neurotossici, è stato associato a sintomi depressivi e a disfunzioni cognitive, suggerendo un collegamento tra in-

fiammazione periferica e alterazioni dell'umore³.

Un'ulteriore evidenza del ruolo strutturale del microbiota nella regolazione neurobiologica proviene dagli studi su animali *germ-free*, nei quali si osservano alterazioni significative nell'espressione del *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF), molecola chiave per la plasticità sinaptica, la neurogenesi ippocampale e i processi mnestici¹. La riduzione del BDNF in specifiche aree cerebrali è coerente con fenotipi comportamentali ansioso-depressivi, mentre la somministrazione di probiotici è stata associata a un incremento dell'espressione ippocampale di BDNF e a un miglioramento dei comportamenti correlati allo stress¹. Nel loro insieme, questi dati suggeriscono che il microbiota non agisca esclusivamente come modulatore periferico del tono infiammatorio, ma contribuisca direttamente alla regolazione della neuroplasticità e dei circuiti neurotrasmettitoriali coinvolti nella stabilità emotiva e nei processi cognitivi.

PSICOBOTICI: UNA NUOVA CLASSE DI AGENTI PSICOTROPI

Il concetto di *psicobiotico* è stato introdotto da Dinan et al.⁴ per descrivere microrganismi vivi che, se somministrati in quantità adeguate, sono in grado di esercitare effetti benefici sulla salute mentale. Tale definizione amplia la tradizionale concezione di probiotico, attribuendo ad alcuni ceppi specifici un potenziale ruolo psicotropo mediato da meccanismi neurobiologici ben identificabili.

Gli psicobiotici sembrano agire attraverso una pluralità di vie integrate. Tra i meccanismi più descritti vi è la modulazione dell'asse HPA, con conseguente attenuazione della risposta allo stress. Parallelamente, è stata osservata una riduzione delle citochine pro-infiammatorie sistemiche e un incremento di mediatori anti-infiammatori quali l'interleuchina-10 (IL-10), a suggerire un effetto immunomodulatorio capace di influenzare indirettamente la funzione cerebrale⁴. Alcuni ceppi sono inoltre in grado di produrre direttamente molecole neuroattive, tra cui GABA e altri neurotrasmettitori, o di modulare la disponibilità dei loro precursori. A ciò si aggiunge il miglioramento dell'integrità della barriera intestinale, con conseguente riduzione della traslocazione di endotossine batteriche e dell'attivazione neuroinfiammatoria periferica.

Le prime evidenze cliniche, sebbene preliminari, supportano la rilevanza funzionale di tali meccanismi. Studi condotti su volontari sani hanno mostrato che specifiche combinazioni probiotiche sono associate a una riduzione dei livelli di cortisolo urinario e a un miglioramento di parametri psicologici correlati ad ansia e umore depresso⁵. Nonostante questi risultati promettenti, la letteratura attuale è ancora caratterizzata da campioni ridotti e da una significativa eterogeneità metodologica; sono pertanto necessari studi randomizzati controllati su larga scala per confermare l'efficacia clinica degli psicobiotici e definirne con maggiore precisione i meccanismi d'azione.

MICROBIOTA, DIETA E COMPORTAMENTO

La dieta costituisce uno dei principali determinanti della composizione e della funzionalità del microbiota intestinale, influenzandone rapidamente diversità e attività metabolica. In particolare, regimi alimentari ricchi di fibre fermentabili e polifenoli promuovono la crescita di batteri produttori di SCFA, tra cui butirrato, propionato e acetato⁶. Tali metaboliti rappresentano un importante snodo di comunicazione tra ambiente intestinale e SNC.

Gli SCFA esercitano molteplici effetti biologici: contribuiscono al mantenimento dell'integrità della barriera intestinale, modulano l'attività delle cellule immunitarie e influenzano la funzione della microglia, svolgendo quindi un ruolo chiave nella regolazione della neuroinfiammazione. Il

butirrato, inoltre, agisce come inibitore delle istone-deacetilasi (HDAC), intervenendo sui meccanismi epigenetici che regolano l'espressione genica e, di conseguenza, la plasticità sinaptica e i processi cognitivi¹. Attraverso tali vie, le modificazioni dietetiche capaci di rimodellare il microbiota possono avere ricadute su memoria, apprendimento e regolazione emotiva.

In una prospettiva più ampia, l'influenza del microbiota non si limita ai circuiti legati allo stress o all'umore, ma potrebbe estendersi anche ai processi decisionali. Diotaiuti et al.³ suggeriscono che alterazioni nella composizione microbica possano modulare i circuiti dopaminergici della ricompensa, con possibili implicazioni per impulsività, sensibilità al rinforzo e comportamenti a rischio. Questa integrazione tra dieta, microbiota e neurobiologia della ricompensa rafforza l'ipotesi che i comportamenti complessi non dipendano esclusivamente da determinanti centrali, ma siano influenzati anche dall'ecosistema microbico intestinale.

EVIDENZE CLINICHE E DISTURBI NEUROPSICHIATRICI

Alterazioni nella composizione e nella diversità del microbiota intestinale sono state riportate in diverse condizioni neuropsichiatriche e gastrointestinali, suggerendo un possibile coinvolgimento dell'asse microbiota-intestino-cervello nella loro fisiopatologia. In particolare, quadri di disbiosi sono stati descritti nella depressione maggiore, nei disturbi d'ansia, nell'IBS, nel disturbo dello spettro autistico e nell'encefalopatia epatica, condizioni accomunate da una componente neuroinfiammatoria o da una disregolazione dello stress⁵.

Nel caso dell'IBS, la relazione tra microbiota e sintomatologia appare particolarmente significativa. La disbiosi è stata associata a una disfunzione dell'asse microbiota-intestino-cervello, con alterazioni della motilità intestinale, della sensibilità viscerale e della risposta immunitaria mucosale¹. Tali modificazioni possono contribuire sia ai sintomi gastrointestinali sia alle comorbidità psicologiche frequentemente osservate in questi pazienti. Interventi mirati, quali la modulazione probiotica e, in casi selezionati, il trapianto di microbiota fecale, hanno mostrato miglioramenti sintomatologici, suggerendo un potenziale ruolo terapeutico della manipolazione microbica.

Nonostante l'interesse crescente e i risultati preliminari incoraggianti, è tuttavia necessario mantenere un atteggiamento metodologicamente prudente. Come sottolineato da Cryan et al.², gran parte delle evidenze disponibili deriva da modelli animali o da studi clinici con campioni limitati e significativa eterogeneità nei protocolli. La traslazione dei risultati preclinici in raccomandazioni cliniche solide richiede pertanto studi randomizzati controllati di ampia scala, con criteri standardizzati di valutazione microbiologica e psicométrica.

LIMITI E PROSPETTIVE FUTURE

Nonostante l'interesse crescente per il ruolo del microbiota nella salute mentale, la letteratura attuale presenta diverse criticità metodologiche che ne limitano la solidità. In primo luogo, gli studi clinici mostrano un'elevata eterogeneità nei ceppi probiotici utilizzati, nei dosaggi e nella durata degli interventi, rendendo complessa la comparabilità dei risultati. A ciò si aggiunge la frequente presenza di campioni ridotti, che limitano la potenza statistica e la generalizzabilità dei dati. Un ulteriore elemento di complessità è rappresentato dall'elevata variabilità interindividuale del microbioma umano, influenzata da fattori genetici, ambientali, dietetici e farmacologici, che rende difficile identificare pattern microbici universalmente associati a specifici fenotipi psicologici.

Un limite particolarmente rilevante riguarda inoltre l'assenza di biomarcatori predittivi affidabili, in grado di identificare quali soggetti possano beneficiare maggiormente di interventi mirati sul microbiota. In questa prospettiva, approcci integrati di tipo multi-omico, comprendenti metagenomica, metabolomica e tecniche di neuroimaging, potrebbero consentire una caratterizzazione più precisa delle interazioni tra ecosistema microbico e circuiti cerebrali, aprendo la strada a strategie di medicina personalizzata basate sul profilo microbiomico individuale³.

CONCLUSIONI

L'asse microbiota-intestino-cervello può essere concepito come un sistema regolatorio complesso e bidirezionale nel quale segnali neurali, immunitari ed endocrini convergono in una rete integrata di modulazione fisiologica. In tale contesto, il microbiota non appare più come un semplice modulatore periferico, bensì come una componente funzionale dei meccanismi che sottendono la regolazione dello stress, l'omeostasi emotiva e alcuni processi cognitivi. Le evidenze attuali suggeriscono che le interazioni tra ecosistema microbico e circuiti cerebrali contribuiscano a definire la vulnerabilità o la resilienza individuale a specifici disturbi psichici, pur in assenza di un rapporto causale univocamente dimostrato.

L'introduzione del concetto di psicobiotico rappresenta un tentativo di tradurre tali conoscenze in ambito clinico, proponendo interventi mirati alla modulazione microbica come potenziali strategie complementari nei disturbi dell'umore e dello stress. La reale efficacia terapeutica di tali approcci richiede tuttavia conferme attraverso studi randomizzati controllati, metodologicamente rigorosi e dotati di adeguata potenza statistica.

Nel complesso, l'integrazione tra neuroscienze, psicologia clinica e microbiologia non implica una sostituzione dei modelli tradizionali della salute mentale, ma piuttosto un loro ampliamento. L'inclusione del microbioma come variabile biologica rilevante all'interno del modello biopsicosociale potrebbe contribuire a una comprensione più articolata dei disturbi psichici, favorendo approcci terapeutici sempre più personalizzati e multidimensionali.

BIBLIOGRAFIA

1. Carabotti M, Scirocco A, Maselli MA, Severi C. The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Ann Gastroenterol* 2015;28:203-209.
2. Cryan JF, O'Riordan KJ, Cowan CSM, et al. The microbiota-gut-brain axis. *Physiol Rev* 2019;99:1877-2013.
3. Diotaiuti P, Misiti F, Marotta G, Falese L, Calabrò GE, Mancone S. The gut microbiome and its impact on mood and decision-making: a mechanistic and therapeutic review. *Nutrients* 2025;17:3350.
4. Dinan TG, Stanton C, Cryan JF. Psychobiotics: a novel class of psychotropic. *Biol Psychiatry* 2013;74:720-726.
5. Zhou L, Foster JA. Psychobiotics and the gut-brain axis: in the pursuit of happiness. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:715-723.
6. Berding K, Vlckova K, Marx W, Schellekens H, Stanton C, Clarke G, et al. Diet and the microbiota-gut-brain axis: sowing the seeds of good mental health. *Adv Nutr* 2021;12:1239-1285.

DICHIARAZIONE

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

Corrispondenza
sara.moroni@unipd.it

Dissinergia defecatoria: dalla classificazione manometrica alla pratica clinica. Approcci terapeutici a confronto

STEFANIE GRACE JANSZ VEGA

Humanitas Medical Care, Milano, Bergamo, Pavimento Pelvico Italia

INTRODUZIONE La dissinergia defecatoria è una delle principali cause di stipsi funzionale da ostruita evacuazione, con un impatto rilevante non solo sulla qualità di vita ma anche sulla produttività lavorativa: studi su ampie coorti di pazienti con stipsi cronica riportano compromissione della produttività lavorativa fino al 34%^{1,2} e giornate di attività ridotta per milioni di persone³. La classificazione manometrica di Rao identifica quattro sottotipi di dissinergia (Tipo I-IV)^{3,4}, storicamente considerati come guida per l'impostazione del trattamento riabilitativo. A differenza della stipsi cronica nel suo complesso, più frequente nel sesso femminile (rapporto donna:uomo di circa 2,2:1)³, la dissinergia defecatoria risulta più frequentemente diagnosticata negli uomini e nei soggetti di età superiore ai 60 anni, secondo un'ampia analisi retrospettiva su oltre 2500 pazienti sottoposti a test di funzionalità anorettale¹¹. Un possibile contributo fisiopatologico a tale differenza è stato individuato in parametri manometrici di base: gli uomini presentano una pressione di riposo dello sfintere anale e una pressione di squeeze significativamente più elevate rispetto alle donne, un dato che potrebbe predisporre a un pattern dissinergico di tipo "non rilassante"¹²; va tuttavia sottolineato che l'eziologia della dissinergia resta multifattoriale e non del tutto chiarita. Lo scopo di questa relazione è rivedere criticamente il ruolo di tale classificazione alla luce dell'evidenza più recente e presentare un confronto aggiornato tra gli strumenti terapeutici disponibili.

MATERIALI E METODI È stata condotta una revisione narrativa della letteratura scientifica, includendo studi prospettici, analisi retrospettive e revisioni relative alla classificazione manometrica della dissinergia defecatoria, ai predittori di risposta al trattamento riabilitativo e all'efficacia comparativa di terapia manuale, approccio comportamentale/educazionale, stimolazione elettrica funzionale (FES) e biofeedback (elettromiografico e pressorio).

RISULTATI L'evidenza più recente (incluso uno studio retrospettivo del 2026 su 208 pazienti⁵) mostra che il sottotipo manometrico di dissinergia non predice in modo significativo l'esito del trattamento riabilitativo^{5,6}. I deficit funzionali sottostanti — riconducibili essenzialmente a una contrazione anale paradossa/non rilassante e/o a una spinta propulsiva rettale inadeguata — possono essere identificati clinicamente tramite esplorazione rettale digitale "aumentata" con palpazione addominale simultanea durante il ponzamento⁷, oltre che tramite manometria anorettale ad alta risoluzione e balloon expulsion test³. La componente psicologica e comportamentale riveste un ruolo fondamentale nella genesi e nel mantenimento della dissinergia defecatoria, e la sua concettualizzazione si è evoluta nel tempo: se i primi studi degli anni '90-2000 ponevano l'accento su una storia di abuso fisico o sessuale quale possibile determinante di una risposta di "guardia" muscolare cronica del pavimento pelvico, appresa come meccanismo protettivo^{3,8}, la ricerca più recente inquadra il fenomeno in una prospettiva più ampia, quella dell'asse intestino-cervello, in cui ansia, ipervigilanza viscerale e comportamenti di evitamento amplificano la disfunzione defecatoria attraverso vie neuroendocrine e autonome condivise; le *brain-gut behavior therapies* (in

particolare terapia cognitivo-comportamentale e ipnoterapia intestino-diretta) rappresentano un possibile intervento complementare in questa popolazione⁹. Tra gli approcci terapeutici, il biofeedback risulta l'intervento con maggiore supporto di efficacia^{3,10}, ma l'integrazione con terapia manuale, educazione comportamentale ed eventualmente FES appare associata a una gestione più completa del paziente.

CONCLUSIONI La classificazione per sottotipo manometrico resta utile a fini diagnostici e fisiopatologici, ma non dovrebbe guidare da sola la scelta terapeutica. Un approccio centrato sull'identificazione clinica del deficit funzionale specifico — rilassamento vs propulsione — e dei fattori clinico-psicologici del paziente, unito al riconoscimento precoce del disturbo in ottica preventiva, appare la strategia più coerente con l'evidenza scientifica attuale.

BIBLIOGRAFIA

1. Ota T, Kuratani S, Masaki H, Ishizaki S, Seki H, Takebe T. Impact of chronic constipation symptoms on work productivity and daily activity: A large-scale internet survey. *JGH Open*. 2024;8(11):e70042.
2. Sun SX, DiBonaventura M, Purayidathil FW, Wagner JS, Dabbous O, Mody R. Impact of chronic constipation on health-related quality of life, work productivity, and healthcare resource use: an analysis of the National Health and Wellness Survey. *Dig Dis Sci*. 2011;56(9):2688-95.
3. Rao SS, Patcharatrakul T. Diagnosis and Treatment of Dyssynergic Defecation. *J Neurogastroenterol Motil*. 2016;22(3):423-435.
4. Rao SS. Dyssynergic defecation and biofeedback therapy. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008;37(3):569-586.
5. Kochhar GS, et al. Clinical outcome of EMG-based pelvic floor biofeedback therapy: impact of prior anorectal manometry and balloon expulsion testing on patient selection. *Neurogastroenterol Motil*. 2026.
6. Ratnapli SK, Bharucha AE, Harvey D, Zinsmeister AR. Dys-synergic defecation and its response to biofeedback therapy: factors associated with response. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018.
7. Lambiase C, et al. Biofeedback efficacy for outlet dysfunction constipation: predictors of response by a limited approach. *Neurogastroenterol Motil*. 2025.
8. Leroi AM, Berkelmans I, Denis P, Hémond M, Devroede G. Anismus as a marker of sexual abuse. Consequences of abuse on anorectal motility. *Dig Dis Sci*. 1995;40(7):1411-1416.
9. Keefer L, Ballou SK, Drossman DA, Ringstrom G, Elsenbruch S, Ljótsson B. A Rome Working Team Report on Brain-Gut Behavior Therapies for Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2022;162(1):300-315.
10. Rao SS, Tuteja AK, Vellema T, Kempf J, Stessman M. Dyssynergic defecation: demographics, symptoms, stool patterns, and quality of life. *J Clin Gastroenterol*. 2004;38(8):680-685.
11. Nojkov B, Baker JR, Chey WD, Saad R, Watts L, Armstrong M, Collins K, Ezell G, Phillips C, Menees S. Age- and Gender-Based Differences in Anorectal Function, Gastrointestinal Symptoms, and Constipation-Specific Quality of Life in Patients with Chronic Constipation. *Dig Dis Sci*. 2023;68(4):1408-1420.
12. Zakari M, Nee J, Hirsch W, Kuo B, Lembo A, Staller K. Gender differences in chronic constipation on anorectal motility. *Neurogastroenterol Motil*. 2017;29(10):e13039.

Corrispondenza

fisioterapistastefaniejansz@gmail.com

Dopo la resezione del retto: costruire una nuova normalità

ANDREA GERON *Chirurgia Ospedale di Vicenza*

La resezione del retto, indicata per patologie oncologiche, infiammatorie o altre condizioni, può alterare la funzione evacuativa. Anche quando è possibile preservare gli sfinteri e ripristinare la continuità intestinale, alcuni pazienti sviluppano la *Low Anterior Resection Syndrome* (LARS): urgenza, evacuazioni frazionate, tenesmo, diarrea, difficoltà di svuotamento e incontinenza a feci o gas. Sintomi di intensità variabile, capaci di compromettere autonomia e relazioni sociali. Alla base concorrono la perdita della funzione di serbatoio del retto, possibili alterazioni nervose e una preesistente debolezza sfinteriale. La valutazione è clinica, supportata da questionari, da ripetere nel tempo: nei primi due anni dopo l'intervento o la ricanalizzazione può verificarsi un miglioramento significativo. Il percorso terapeutico deve essere personalizzato e progressivo. Comprende interventi dietetici, regolazione dell'alvo e, soprattutto, riabilitazione precoce del pavimento pelvico; nei percorsi programmati acquista rilievo anche la preabilitazione. Molto utile, sia per la ritenzione fecale che per l'incontinenza, è l'irrigazione transanale (TAI). In pazienti selezionati può essere indicata la neuromodulazione sacrale. Quando i disturbi restano invalidanti, una stomia rappresenta una scelta di qualità di vita, e non va vissuta come una sconfitta. Il traguardo non è necessariamente recuperare la condizione precedente, ma trovare un nuovo equilibrio, attraverso decisioni condivise e una valutazione attenta di ciò che conta per il paziente.

Incontinenza urinaria maschile

MARCO CHIARENZA *Urologia Ospedale di Vicenza*

L'incontinenza urinaria non riguarda solo le donne: interessa anche gli uomini, con una frequenza che aumenta con l'età. Si stima che colpisca l'11% tra i 60 e i 64 anni e circa un uomo su tre dopo gli 85 anni. L'ingrossamento benigno della prostata può favorire disturbi urinari e difficoltà nello svuotamento della vescica. L'incontinenza da urgenza si manifesta con uno stimolo improvviso e difficile da controllare, talvolta accompagnato da perdite prima di raggiungere il bagno. Può dipendere da contrazioni involontarie della vescica, infezioni o ostruzioni urinarie: è importante ri-



Carta d'Identità del Pavimento Pelvico

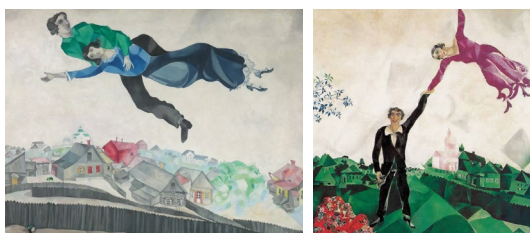
MIRELLA TESS *Uroriabilitatrice, consulente sessuale, Valdagno Vicenza*

Il pavimento pelvico accompagna ogni gesto quotidiano, spesso senza che ce ne accorgiamo. Situato alla base del bacino, questo sistema di muscoli sostiene gli organi pelvici, partecipa al controllo degli sfinteri, alla sessualità e al parto, contribuendo anche alla stabilità del corpo. La sua efficacia, però, non dipende soltanto dalla forza: conta soprattutto la capacità di contrarsi, rilassarsi e allungarsi al momento giusto. Il pavimento pelvico, infatti, non lavora isolato: collabora con il diaframma e la parete addominale, seguendo il ritmo del respiro e adattandosi alle variazioni di pressione di gesti semplici come tossire, sollevare un oggetto o alzarsi da una sedia. Deve saper sostenere e, quando serve, lasciare andare: due funzioni complementari, essenziali per la continenza e per lo svuotamento di vescica e intestino. Questa

Incontinenza e sessualità: dalla perdita alla riscoperta dell'intimità

ALICE XOTTA *Psicoterapeuta, sessuologa, Vicenza*

L'incontinenza, soprattutto quando interferisce con la sessualità, rappresenta un doppio tabù: spesso taciuta ai professionisti e al partner, non comporta soltanto una perdita fisica, ma può minare sicurezza, autonomia, immagine corporea e senso di desiderabilità. Le conseguenze psicologiche e relazionali possono tradursi in vergogna, isolamento e rinuncia all'intimità. La paura che si verifichi un episodio durante il rapporto alimenta un circolo



M. Chagall, Sogno d'amore, 1914.
La passeggiata, 1917.

Più forti di un tabù: PAVIMENTO PELVICO e CONTINENZA



9:30 - Sabato
10 Ottobre 2026

EVENTO GRATUITO



Polo Universitario delle professioni sanitarie di Monte Berico
Viale E. Cialdini, 2 - Vicenza

9.30 Presentazione AisFinVeneto e saluti istituzionali

G. Dodi

9.35 Cosa si intende per incontinenza? Di che tabù parliamo?

V. Picco

9.45 Tornare alla normalità dopo resezione del retto: paure e nuovi equilibri

A. Geron

9.55 Incontinenza urinaria maschile: dal sintomo alla causa

M. Chiarenza

10.05 "Perché perdo pipì?" Conoscere i segnali dell'incontinenza femminile

A.L. Barberi

10.15 "Piacere sono il pavimento pelvico: mi muovo, mi adatto, collaboro, non lavoro mai da solo. Quanto mi conosci?"

M. Tess

10.40 Perdere il controllo, ritrovare la presenza. Incontinenza e stomia: l'impatto psicologico sulla percezione di sé, sulla sessualità e sull'intimità di coppia

A. Xotta

11.00 Stomia e quotidianità: l'assistenza che fa la differenza

A. Stefani, S. Bressan

11.00 Chiedere aiuto è un diritto. Diritti e doveri della persona con incontinenza: i servizi a disposizione

A. Ossato, M. Serena

11.35 Discussione e chiusura dei lavori

11.45 Aperitivo



WWW.AISFINVENETO.IT

volgersi all'urologo per identificarne la causa. L'incontinenza da sforzo compare, invece, durante attività come tossire, sollevare pesi o muoversi e può insorgere dopo interventi alla prostata, soprattutto dopo prostatectomia radicale. Dopo procedure per l'ipertrofia prostatica benigna, come TURP e laser, è meno frequente e spesso transitoria. Esistono anche forme miste. Nell'incontinenza da rigurgito, la vescica non si svuota e perde piccole quantità di urina: si associano getto debole, difficoltà a urinare e sensazione di pienezza. È una condizione da valutare tempestivamente per prevenire danni a vescica e reni. Il percorso terapeutico dipende dalla causa e dalla gravità: può comprendere riabilitazione del pavimento pelvico, trattamenti mirati come lo stringipene e, nei casi selezionati, la chirurgia, incluso lo sfintere urinario artificiale. Parlare dei sintomi è il primo passo per tornare a vivere meglio.

complessità riguarda donne e uomini, in momenti diversi: gravidanza, parto e menopausa da un lato; chirurgia prostatica dall'altro. A influenzarne il funzionamento concorrono anche stress ed emozioni. L'incontinenza non comporta solo un disagio fisico: il timore di perdere il controllo può condizionare le relazioni, gli spostamenti e la libertà quotidiana. Conoscere il pavimento pelvico significa allora imparare ad ascoltare i segnali del corpo, evitando abitudini disfunzionali come urinare sistematicamente «per sicurezza» o interrompere il getto per allenare i muscoli. Se emergono difficoltà, la valutazione specialistica orienta la riabilitazione. Prendersene cura non significa semplicemente rinforzarlo, ma favorirne coordinazione e adattabilità.

vizioso di ansia, controllo ed evitamento, con possibili ripercussioni sul desiderio, sull'eccitazione e sul piacere. Accanto alle cause organiche occorre considerare la dimensione emotiva, anche quando il disagio non è espresso a parole, e distinguere i problemi insorti dopo una malattia o un intervento da difficoltà personali o di coppia già presenti. Il silenzio, spesso motivato dal timore di ferire l'altro, accentua la distanza: per questo il dialogo, anziché le interpretazioni reciproche, è parte essenziale del percorso. L'obiettivo non è ripristinare a ogni costo la sessualità "di prima", ma riscoprire ciò che è ancora possibile. Ascolto, sostegno professionale, riabilitazione e terapie appropriate possono accompagnarsi a gradualità, conoscenza del nuovo corpo, sperimentazione e condivisione dei bisogni. La sessualità resta uno spazio di piacere, conforto e relazione, anche quando il corpo cambia: dalla percezione della perdita si può passare alla valorizzazione della presenza e alla costruzione di una nuova intimità, senza giudizio e con il coinvolgimento attivo di entrambi i partner.

Gli abstract di 20 articoli sul Paradigma della Teoria Integrale pubblicati su *Annals of Translational Medicine* nel 2024 (12/2) compaiono su *Pelvipерineologia* dal numero 2 2025 a cura di G.Dodi, M.P. Di Silvestro e A. Martucci. In questo fascicolo si leggono le sintesi degli articoli 12 e 13. E' raccomandata la lettura nella versione completa: clicca su DOI di fianco al titolo.

Trattamento della sindrome del perineo discendente mediante riparazione dei legamenti trasversi profondi del perineo: opzioni chirurgiche (video 1) (<https://dx.doi.org/10.21037/atm-23-1803>)

R. HODGSON¹, F.WAGENLEHNER², E.DEL AMO³, H.INOUE⁴, B.ABENDSTEIN⁵

¹ Port Macquarie, Australia; ² Giessen, Germania; ³ Barcellona, Spagna; ⁴ Kamakura, Giappone; ⁵ Feldkirch, Austria

INTRODUZIONE

La sindrome del perineo discendente (DPS) è una condizione caratterizzata da un anomalo spostamento verso il basso del perineo e dell'ano durante lo sforzo, spesso di 3–4 cm al di sotto di una linea che unisce il coccige e la sinfisi pubica. Tipicamente conseguente al parto, questa discesa è associata a defecazione ostruita e talvolta è evidente anche a riposo. Il principale difetto anatomico consiste nell'allungamento e nell'indebolimento dei legamenti trasversi profondi del perineo (DTP), che costituiscono importanti strutture di sospensione del corpo perineale (PB).

Storicamente, la possibilità di trattare chirurgicamente la DPS è stata controversa. Tuttavia, l'esperienza clinica crescente, compreso il lavoro qui presentato, contraddice l'idea che la DPS sia una condizione non trattabile. Questo articolo descrive una tecnica chirurgica perfezionata finalizzata a ripristinare l'anatomia del PB intervenendo direttamente sulla disfunzione legamentosa sottostante. Vengono discussi due principali metodi di rinforzo chirurgico: la minisling Tissue Fixation System (TFS) e un approccio alternativo che utilizza suture in poliestere n. 2 di grosso calibro per riprodurre la funzione del TFS, particolarmente rilevante nei Paesi in cui le sling sintetiche sono state vietate.

CONTESTO ANATOMICO E PATOLOGICO

I legamenti DTP, lunghi circa 4 cm, collegano il PB ai rami ischiatici e contribuiscono a mantenere l'integrità del pavimento pelvico. Durante il parto, uno sforzo eccessivo può dislocare e stirare lateralmente e verso il basso il PB e i legamenti DTP, determinando un sistema di supporto disfunzionale. I legamenti DTP, sebbene storicamente definiti muscoli, sono in realtà costituiti da collagene, elastina e muscolatura liscia e, per quanto riguarda supporto ed elasticità, funzionano più come legamenti. Nella DPS, vagina e retto spesso aderiscono tra loro a causa della dislocazione del PB, determinando una protrusione durante lo sforzo e contribuendo ai sintomi della defecazione ostruita. Molte donne con DPS presentano inoltre altri prolapsi degli organi pelvici (ad es. cistocele, prolasso uterino) e disturbi funzionali intestinali o vescicali.

PRESENTAZIONE CLINICA E VALUTAZIONE

Le pazienti con DPS riferiscono tipicamente difficoltà alla defecazione, compresa la necessità di esercitare una pressione manuale sul perineo per facilitare l'evacuazione. All'esame obiettivo si osserva spesso una evidente protrusione del perineo durante lo sforzo. Sebbene l'ecografia transperineale e la defecografia possano essere utili per la diagnosi, l'anamnesi clinica e l'esame anatomico sono spesso sufficienti per stabilire l'indicazione chirurgica.

STRATEGIA CHIRURGICA

Il trattamento chirurgico mira al ripristino del PB e alla riparazione dei legamenti DTP. La procedura prevede un'incisione a tutto spessore della parete vaginale, seguita da un'attenta dissezione per separare il retto dalla parete vaginale posteriore ed esporre il PB dislocato e i legamenti DTP (video 2). In base ai reperti anatomici, i legamenti DTP vengono suturati con poliestere n. 2 oppure sostituiti con nastri sintetici per ricreare il supporto legamentoso e stimolare la deposizione di collagene.

Vengono impiegate due principali tecniche chirurgiche:

1. *Approccio con minisling TFS*: un nastro sintetico viene fatto passare in un tunnel e ancorato posteriormente ai rami ischiatici per riprodurre e rinforzare il legamento DTP. Questo metodo ha dimostrato un'elevata efficacia, con il 90% delle pazienti che riferisce una defecazione normale a 12 mesi e un significativo miglioramento dei punteggi della Obstructed Defecation Syndrome (ODS).

2. *Approccio con sutura in poliestere*: nelle aree in cui l'uso delle mesh è limitato, un'alternativa più semplice ma efficace consiste nell'utilizzo di suture in poliestere di grosso calibro per plicare e accorciare il DTP nativo. Queste suture stimolano la formazione di neocollagene, ricostruendo di fatto il legamento nel tempo.

DETTAGLI CHIRURGICI

La fase di dissezione è complessa a causa della sottigliezza e dell'adesione dei tessuti rettali e vaginali. L'identificazione precisa del retto e il suo distacco dal PB sono passaggi fondamentali. Una volta isolato, il PB viene sollevato e riancorato ai legamenti DTP utilizzando il metodo di rinforzo prescelto. La procedura consente il riallineamento del PB nella sua sede anatomica, migliorando indirettamente la posizione del retto e alleviando i sintomi della DPS.

Quando i legamenti DTP sono rotti o eccessivamente danneggiati, possono essere utilizzati in alternativa nastri confezionati artigianalmente. Inseriti come sling, questi nastri ricreano la sospensione necessaria e favoriscono la crescita del collagene, mimando la funzione dei dispositivi TFS.

MECCANICA TISSUTALE E RISPOSTA DEL COLLAGENE

I dati dei test meccanici supportano la durabilità del collagene formatosi attorno alle suture in poliestere. Gli studi mostrano che il neocollagene può raggiungere una resistenza alla trazione paragonabile a quella del tessuto legamentoso nativo. Questi risultati confermano il potenziale della riparazione basata sul poliestere nel garantire stabilità e funzionalità a lungo termine.

CRITICA DEGLI APPROCCI ALTERNATIVI

Gli autori criticano l'impiego di ampie mesh addominali per la correzione della DPS. Sebbene tali procedure possano determinare un miglioramento soggettivo dei sintomi, non correggono anatomicamente la dislocazione del PB o dei legamenti DTP. Inoltre, il posizionamento esteso di mesh può compromettere l'elasticità vaginale, in contrasto con i principi del paradigma della Teoria Integrale, che sottolinea l'importanza di preservare la flessibilità tissutale per una funzione pelvica ottimale.

CONCLUSIONI

I risultati indicano con forza che la DPS non è una condizione non trattabile. Al contrario, deriva da specifiche alterazioni anatomiche correggibili, in particolare dall'allungamento dei legamenti DTP. Il rinforzo chirurgico, soprattutto mediante suture in poliestere o nastri tipo sling, offre risultati promettenti. Queste tecniche possono essere integrate nella riparazione standard del PB con un carico chirurgico aggiuntivo minimo, purché il chirurgo operatore abbia una solida conoscenza dell'anatomia pelvica e delle tecniche di dissezione.

Sebbene i risultati iniziali siano positivi, con un notevole miglioramento anatomico e sintomatologico e nessuna complicanza riportata in una piccola coorte, gli autori riconoscono che sono ancora necessari dati a lungo termine per validare pienamente questo approccio innovativo. Ciononostante, la procedura rappresenta una soluzione praticabile nei contesti in cui l'uso delle mesh è vietato e offre una nuova prospettiva nella gestione della DPS.

mente questo approccio innovativo. Ciononostante, la procedura rappresenta una soluzione praticabile nei contesti in cui l'uso delle mesh è vietato e offre una nuova prospettiva nella gestione della DPS.

Sindrome della vagina ancorata: massiva perdita urinaria causata dalla cicatrizzazione del collo vescicale, trattata con innesto cutaneo (video 1) (<https://dx.doi.org/10.21037/atm-23-1866>)

K.GOESCHEN¹, A.BROWNING², G.WILLIAMS³, D.M.GOLD⁴, A.GUNNEMANN⁵, I.A. MÜLLER-FUNOGEA⁶

¹ Hannover, Germania; ² Arusha, Tanzania; ³ Addis Abeba, Etiopia; ⁴ Sydney, NSW, Australia; ⁵ Detmold, Germania; ⁶ Eschweiler, Germania

La Sindrome della vagina ancorata (TVS) è una condizione riconosciuta di recente che causa una perdita urinaria massiva e involontaria dovuta alla cicatrizzazione in un'area critica della parete vaginale chiamata Zona di Elasticità Critica (ZCE). Questa cicatrizzazione interferisce con il delicato equilibrio delle forze muscolari che normalmente chiudono l'uretra e il collo vescicale. Il risultato è una perdita urinaria incontrollabile, soprattutto quando la paziente cambia postura, ad esempio alzandosi al mattino o sollevandosi da una sedia, nonostante una scarsa o assente incontinenza urinaria da sforzo durante attività come la tosse. Le cause principali della TVS sono due:

1. *Origine iatrogena (Paesi sviluppati)*: causata da procedure chirurgiche quali riparazioni vaginali con tessuti nativi, impianto di mesh e colposospensioni di Burch eccessivamente corrette, che possono determinare fibrosi a livello del collo vescicale.

2. *Trauma ostetrico (Paesi in via di sviluppo)*: frequente nelle donne con fistole ostetriche dovute a travaglio prolungato o ostruito, nelle quali i tessuti del collo vescicale vengono danneggiati e vanno incontro a cicatrizzazione, anche dopo una riparazione efficace della fistola.

FISIOPATOLOGIA

La cicatrizzazione vincola i gruppi muscolari posteriori, in particolare il piatto elevatore e il muscolo longitudinale dell'ano (LP/LMA), ai muscoli anteriori più deboli, soprattutto al muscolo pubococcigeo (PCM). Normalmente questi muscoli agiscono in modo indipendente per controllare la chiusura uretrale. Quando però vengono collegati dal tessuto cicatriziale, le più potenti forze posteriori prevalgono sulla chiusura anteriore, aprendo forzatamente lo sbocco vescicale e mimando il processo della minzione.

DIAGNOSI

La TVS può essere identificata durante l'esame pelvico quando si osserva una cicatrice in prossimità del collo vescicale. L'applicazione di una trazione posteriore sulla parete vaginale provoca spesso perdita di urina. Inoltre, l'ecografia transperineale 2D può mostrare una ridotta discesa del collo vescicale durante il ponzamento, fornendo un ulteriore elemento a conferma della diagnosi.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

Il cardine del trattamento della TVS consiste nel ripristinare l'elasticità della ZCE. L'approccio chirurgico prevede:

- Dissezione del tessuto cicatriziale dalla parete vaginale.
- Valutazione dei difetti tissutali dopo la dissezione per stabilire se sia necessario un innesto cutaneo.
- Se è presente un deficit tissutale e i tessuti non si riaccostano spontaneamente, l'applicazione di un innesto cutaneo è fondamentale per prevenire la recidiva della fibrosi.

TIPI DI INNESTI UTILIZZATI

- Innesti cutanei diretti prelevati dal basso addome.
 - Innesti da piccolo labbro sdoppiato, efficaci ma potenzialmente in grado di alterare l'estetica.
 - Lembi di Martius con cute, molto utilizzati ma con il possibile inconveniente di trasferire peli nell'area vaginale.
 - Lembi di Singapore, ricavati dalla cute glabra della faccia interna della coscia, efficaci e favorevoli dal punto di vista estetico.
- Tra questi, i lembi di Martius e Singapore presentano tassi di successo superiori poiché dispongono di un proprio apporto vascolare, favorendo la guarigione.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Negli studi comparativi: La I-plasty (semplice dissezione) ha mostrato un tasso di guarigione del 23%; gli innesti cutanei liberi hanno mostrato un successo del 52%; i lembi di Martius hanno raggiunto fino al 78% di continenza completa.

IMPATTO NEI CASI DI FISTOLA OSTETRICA

In molte regioni in via di sviluppo, fino al 50% delle donne continua a presentare perdite urinarie anche dopo una chiusura efficace della fistola. Il posizionamento profilattico di un lembo di Singapore (video 2) durante l'intervento iniziale aumenta significativamente i tassi di guarigione:

- Nelle fistole severe di tipo 4 secondo Goh, l'assenza di perdite è stata ottenuta nel 46% dei casi (rispetto al 19% atteso).
- Nelle pazienti con perdite persistenti dopo la riparazione, il 71% è guarito con il lembo (rispetto al 26% senza lembo).

La tecnica di rilascio della tensione della parete vaginale e inserimento del lembo non solo ripristina l'elasticità, ma consente anche alle pareti vaginali separate di riaccostarsi spontaneamente, un elemento fondamentale per il successo a lungo termine.

MECCANISMI DELLA PERDITA URINARIA NELLA TVS

La marcata perdita urinaria osservata nella TVS è legata a uno squilibrio meccanico muscolare, e non a cause neurologiche. La presenza della cicatrice nella ZCE altera il normale allineamento funzionale dei muscoli. In particolare, la tosse può non provocare perdita urinaria perché comporta una contrazione muscolare rapida, alla quale la cicatrice non riesce a rispondere in tempo. Al contrario, una contrazione muscolare lenta e sostenuta, come quella che si verifica quando ci si alza in piedi, consente alla cicatrice di trasmettere la forza posteriore e di aprire l'uretra, causando una fuoriuscita improvvisa e abbondante di urina.

PRESENTAZIONE CLINICA

Le pazienti, spesso donne in postmenopausa con precedenti interventi di chirurgia pelvica, riferiscono perdite urinarie massive quando si alzano in piedi, ma non durante la tosse. Questo quadro insolito può trarre in inganno i clinici, portando a trattamenti inefficaci, come gli sling medio-uretrali, che possono peggiorare la condizione aggiungendo ulteriore tessuto cicatriziale.

CONCLUSIONI

- La TVS rimane sottodiagnosticata a causa della sua presentazione peculiare.
- Il riconoscimento del ruolo della ZCE è essenziale per comprendere i meccanismi della continenza.
- Gli innesti cutanei, in particolare i lembi di Singapore, rappresentano una svolta nella chirurgia delle fistole e nel trattamento della TVS, offrendo una prospettiva terapeutica a milioni di donne con perdite urinarie intrattabili.
- Gli sling medio-uretrali dovrebbero essere evitati in questi casi.
- Il posizionamento profilattico di un innesto durante la riparazione della fistola può prevenire una futura incontinenza, in particolare quando il tessuto vaginale è carente.

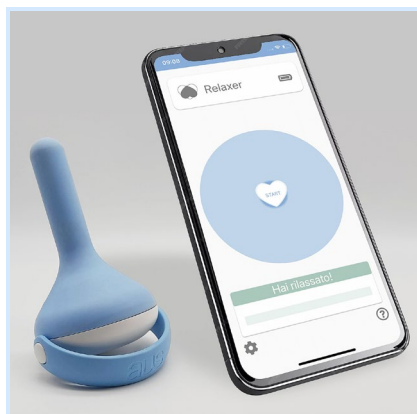
Questa attività di ricerca e il lavoro clinico evidenziano un cambiamento di paradigma nel modo in cui l'incontinenza persistente dopo la chiusura di una fistola e dopo la chirurgia pelvica iatrogena viene compresa e trattata, soprattutto nei contesti con risorse limitate.

LA PELVI SICURA



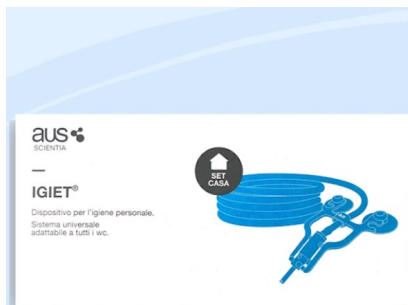
PULSACLIS Kit Irrigazione Trans Anale

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.



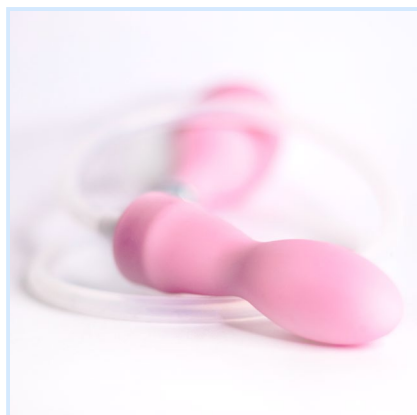
RELAXER biofeedback®

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

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