Vol. 36 - N. 2
Giugno 2017

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

ISSN 1973-4891

INSERTO PER L'ITALIA

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Editore
Giuseppe Dodi

Comitato di Collaborazione
Corrado Asteria
Gianni Baudino
Gabriele Bazzocchi
Gian Andrea Binda
Francesco Corcione
Elisabetta Costantini
Raffaele De Caro
Davide De Vita
Fabio Gaj
Antonella Giannantoni
Pietro S. Litta
Giovanni Milito
Franca Natale
Fabio Pomerri
Massimo Porena
Roberto Villani

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

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

Indice

19 15° Congresso SIUD. Fisioterapisti, infermieri, ostetriche
Varese, 8-10 Giugno 2017

27 Dalle legature al vibratore anale: una donna affetta da dolore pelvico cronico e il suo percorso clinico
S. De Chino

29 La storia del clistere (parte terza)
A. Meneghini, N. Meneghini

32 Il racconto di Giorgetti: Il viaggio con il sole

36 Mostri e mostre

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

www.pelviperineologia.it

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

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

Proctoial™

GEL RETTALE

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

1. Proctoial Foglietto Illustrativo

Prezzo € 16,43

Dispositivo medico
Classe IIa CE 0546

KYOWA KIRIN Srl
Palazzo Galileo - Via F. Sforza - 20080 Basiglio (MI)
Tel. +39 02 92169424 - Web Site: www.kyowa-kirin.com

KYOWA KIRIN

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

15° CONGRESSO SIUD
FISIOTERAPISTI, INFERMIERI, OSTETRICHE
VARESE, 8-10 GIUGNO 2017

1. L'ipnosi abbinata al trattamento riabilitativo nella sindrome della vescica iperattiva

ELENA MARIA BERTOLUCCI[1] - DAVIDE PAPI[2]
[1]*Aou Città dDella Salute e della Scienza, Unità Spinale Unipolare - Neurourologia, Torino, Italia*
[2]*Aou di Careggi, Aou di Careggi, Firenze, Italia*

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Presentazione di case reports di due donne affette da incontinenza urinaria mista trattate con riabilitazione perineale e ipnosi (comunicazione ipnotica), per indagare se e quanto l'utilizzo di tale tecnica possa essere un utile corollario a quelle già in uso dal fisioterapista uroriabilitatore.

MATERIALI E METODI

Dopo l'inquadramento medico e le indagini strumentali, le donne hanno eseguito un ciclo di sei sedute di Pelvic Floor Muscle Training e ricondizionamento perineale generale e, al termine, due sedute di ipnosi-terapia mirata a ricondizionare la specifica disfunzione autonoma o volontaria residua.

Gli effetti del trattamento sono stati misurati in quattro tempi: alla baseline, dopo sei sedute di riabilitazione tradizionale, dopo due sedute di ipnosi e con un'intervista telefonica a tre mesi di distanza. Le scale utilizzate sono state: International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF), Patient Global Impression of Improvement (PGI-I), diario minzionale, International Quality of Life Questionnaire IQoL.

RISULTATI

Le due donne, entrambe con una gravidanza eutocica alle spalle (da più di dieci anni), differivano per età e per comorbilità. La prima di 39 anni, soffriva fin dall'infanzia di vescica iperattiva e lamentava dispareunia. La seconda, di 67 anni, pur essendo completamente indipendente per le ADL è affetta da sclerosi multipla.

Entrambe soffrivano di IU mista, impattante negativamente la QoL fuori casa; presentavano inoltre un aumento della frequenza minzionale ed enuresi notturna. Ambedue non hanno assunto alcuna terapia farmacologica: la prima per scelta, la seconda per le problematiche neurologiche associate.

In entrambi i casi è stato riscontrato un miglioramento dopo le sei sedute di riabilitazione: la più giovane ICI-Q SF da 9 a 6, assenza di enuresi e saltuaria lieve urge incontinence; la seconda ICI-Q SF da 13 a 11, eliminazione della IUS, riduzione dell'enuresi notturna, permanenza di circa tre episodi di UI bagnata a settimana. Dopo le due sedute di ipnosi la più giovane: ICI-Q SF da 6 a 0, assenza di enuresi, assenza di urge incontinence. La seconda: ICI-Q SF da 11 a 9, assenza di incontinenza bagnata ed enuresi notturna.

Entrambe hanno riferito un aumento del IQoL e hanno confermato i miglioramenti ottenuti nell'intervista telefonica tre mesi dopo (PGI-I).

DISCUSSIONE

L'ipnosi, tecnica non molto conosciuta e spesso avversata, è uno stato di coscienza modificato ma fisiologico e dinamico, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche e viscerali; raggiungibile per mezzo di monoideismi plastici e rapporto operatore-soggetto. Il monoideismo plastico è la possibilità creativa che ha un'idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine e immunitarie. Il rapporto è la relazione tra operatore e soggetto caratterizzata da transfert e controtransfert. Questa tecnica, appartenente alla comunicazione verbale, sfrutta le potenzialità del sistema subcosciente per esaltare le capacità, spesso inaspettate, del soggetto. La forte componente psicologica è indissolubilmente legata ai problemi di incontinenza. Freeman et al (Freeman & Baxby, 1982) in uno studio trattarono 50 donne affette da iperattività detrusoriale, migliorando o eliminando I sintomi a 43 di esse, con risultati che si mantennero costanti anche nei sei mesi successivi. Gli stessi autori conclusero che *"i fattori psicologici sono molto importanti nell'instabilità detrusoriale idiopatica e l'ipnoterapia è un trattamento efficace per ridurre i sintomi di incontinenza"*.

Il miglioramento seguito al secondo periodo (ipnosi) potrebbe essere erroneamente inteso come derivante dalle prime sedute di riabilitazione, ma questo non è giustificato dalla fisiologia. Il tempo di tre settimane in cui si sono svolte le prime 6 sedute di riabilitazione perineale è ampiamente sufficiente a giustificare l'avvenuto miglioramento dell'attivazione neuromuscolare (come infatti attesta la prima riduzione dei sintomi); due settimane sono infatti il tempo necessario e sufficiente per una riprogrammazione della placca muscolare (Guyton, 2014). Dunque, visto che il rinforzo muscolare può avvenire solo dopo 50 giorni (Moore, 2013), l'ulteriore riduzione dei sintomi a 8 settimane è avvenuta probabilmente solo grazie all'ipnosi terapia.

CONCLUSIONI

La differenza dei soggetti è senz'altro un fattore confondente rispetto ai risultati: le due donne, oltre che per età e comorbilità, differivano per problematiche autonome e funzionali perineali. La stessa ipnosi, e dunque l'intervento, ha avuto obiettivi diversi (mancato rilasciamento del piano pelvico nella prima ed iperattività neuropatica nella seconda). Nonostante questo, però, la comunicazione ipnotica si è rivelata uno strumento efficace per entrambe. Per la nostra esperienza l'ipnosi terapia può essere un utile strumento da affiancare alla terapia riabilitativa standard, che ha comunque l'onere e l'onore di essere il trattamento di prima scelta dell'incontinenza urinaria mista. I risultati incoraggiano nuovi studi, magari un trial clinico, con una casistica più ampia.

BIBLIOGRAFIA

1. Freeman, R. M., & Baxby, K. Hypnotherapy for incontinence caused by the unstable detrusor. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 1982, *284* (6332), 1831-4.
2. Guyton, H. *Fisiologia medica*. (E. Masson, Ed.) (dodicesima), 2014
3. Moore, K. Adult Conservative Management. *ICI BOOK*, 2013, *12*, 1101-1228.

2. Ambulatorio infermieristico di uroterapia: quale spazio e quale ruolo in pediatria

FRANCESCA MUSCIAGNA - GIUSEPPINA DI SERIO - ELENA BERNARDI - FRANCESCA DEL CONTE - MARIA LUISA CAPITANUCCI - GIOVANNI MOSIELLO - MARIO DE GENNARO
Dipartimento di Chirurgia, UOC Urologia, Chirurgia Robotica e Urodinamica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Gli Ambulatori Infermieristici (AI) costituiscono oggi realtà territoriali di importanza, per l'assistenza e il trattamento dei pazienti affetti da varie patologie mediche e chirurgiche. In ambito pediatrico, queste esperienze sono poco rappresentate e scarsa è la documentazione disponibile per definirne la reale necessità sul territorio. Pertanto, abbiamo analizzato l'attività del nostro AI di Uroterapia al fine di definirne lo spazio e il ruolo in ambito pediatrico.

MATERIALI E METODI

Dal gennaio 2013 è stato istituito nel nostro Ospedale un AI di Uroterapia Pediatrica con la finalità di formalizzare ed implementare le procedure uro-riabilitative in età pediatrica fino a quel momento effettuate nell'ambito delle attività del nostro Laboratorio di Urodinamica, dalle infermiere pediatriche (2 unità) dedicate, formate alla assistenza ed effettuazione rispettivamente di esami urodinamici invasivi e non-invasivi ed alla esecuzione di procedure uro-riabilitative con parziale autonomia, essendo presenziate dal medico specialista in urologia pediatrica. Le procedure uro-riabilitative contemplate dal nascente AI erano rappresentate da: uroscuola (spiegazione anatomia e funzione apparato urinario, regole di corretta idratazione ed indicazioni dietetiche, educazione minzionale e dell'alvo, igiene dei genitali), fisiochinesiterapia del piano perineale (FKT) associata a biofeedbak EMGrafico e flussimetrico (BFB), neuromodulazione periferica (prevalentemente rappresentata dalla stimolazione percutanea del nervo tibiale posteriore), apprendimento del cateterismo intermittente pulito (CIP) e bowel management. Abbiamo valutato in maniera retrospettiva l'evoluzione delle suddette attività nel quadriennio 2013-2016 al fine di definire il ruolo e lo spazio di queste attività in ambito pediatrico.

RISULTATI

I dati sulla' attività dell'AI di Uroterapia Pediatrica dal 2013 al 2016 sono riportati in tabella. L'istituzione dell'AI ha portato ad una completa autonomizzazione del personale infermieristico dedicato (2 unità) dalla supervisione del medico specialista, all'implementazione del personale dedicato con formazione e graduale inserimento di ulteriori 2 unità (2014-2015), alla stesura di protocolli operativi e materiale informativo/educativo per le varie procedure effettuate ad uso delle famiglie e di supporto per il Pediatra Curante. Il 36% dei bambini seguiti con uroscuola non hanno necessitato di ulteriori trattamenti per i sintomi dell'apparato urinario inferiore (LUTS).

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

I dati riportati documentano un trend di incremento dell'attività dell'AI di Uroterapia nel corso degli anni, particolarmente evidente per quanto riguarda la attività educativa della uroscuola, la neuromodulazione periferica e l'apprendimento del CIP. L'incremento ed i risultati della uroscuola confermano la elevata incidenza di LUTS nei bambini dovuti ad una non corretta educazione minzionale. Questo è confermato dalla provenienza da diverse realtà territoriali (ambulatori di urologia, nefrologia e pediatria) di questi bambini. L'incremento delle prestazioni di neuromodulazione periferica e di apprendimento del CIP si motivano con la alta specializzazione acquisita dal nostro centro verso queste metodiche, dalla esperienza di rapporto con il bambino e la famiglia nella applicazione di trattamenti che comportano un certo grado di invasività, nonché dalla carenza sul territorio di strutture dedicate. Stesso discorso vale per il bowel management, dove ad oggi 69 bambini sono stati avviati negli anni all' irrigazione transanale con presidio avanzato, metodica che è stata da noi introdotta nel nostro Ospedale, creando una cultura in tal senso, tanto da portare ad una istituzione nel tempo di altro AI dedicato.

CONCLUSIONI

I dati dell'AI di Uroterapia Pediatrica consentono di affermare che lo spazio per queste attività è ampio essendo emersa una grande esigenza di fornire una uroterapia alla popolazione pediatrica per prevenire e trattare i LUTS, disponendo di strutture dedicate anche per trattamenti di II livello (FKT/BFB, neuromodulazione periferica, CIP) qualora necessari, così come per il bowel management. Il ruolo dell'AI si è rivelato fondamentale nel trattamento uroriabilitativo dei bambini con disfunzioni dell'apparato urinario inferiore, neurogene e non neurogene, richiedendo tali metodiche non solo expertise, che comenegli altri paesi europei deve essere infermieristico, nel rispetto reciproco delle specifiche professionalità, medica e infermieristica. Per le potenzialità di ulteriore sviluppo sul territorio di AI di Uroterapia Pediatrica sembrano necessarie una migliore definizione normativa, con particolare riferimento alla codificazione delle prestazioni pediatriche, e la creazione di figure professionali specializzate per operare con il bambino.

Prestazioni	2013	2014	2015	2016
Uroscuola	103	92	146	195
FKT/BFB	86	106	114	104
Neuromodulazione periferia	45	115	114	295
Apprendimento CIP	26	28	45	43
Bowel management	12	7	7	9
TOTALI	**272**	**348**	**426**	**646**

3. Efficacia del Kinesio Tape nel trattamento del Pelvic Girdle Pain correlato alla gravidanza: studio pilota multicentrico

DONATELLA GIRAUDO[1] - ANNA CRAVERO[2] - FRANCESCA GOZZERINO[2] - ELENA ANTONIONO[2] - GIANFRANCO LAMBERTI[2]
[1]*Sc Urologia, Ospedale San Raffaele Turro, Milano, Italia*
[2]*Sc Neuroriabilitazione "E. Viglietta", Asl Cn1, Fossano, Italia*

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Il dolore del cingolo pelvico correlato alla gravidanza (dolore percepito nella zona compresa tra la cresta iliaca ed il gluteo, che si proietta in particolare sulla zona delle articolazioni sacro-iliache, con possibile irradiazione al coccige ed alla sinfisi pubica: Pelvic Girdle Pain, PGP) ha una prevalenza del 20%-40% nelle donne in gravidanza e del 10% circa nel post-partum.

Ad oggi non sono stati evidenziati trattamenti incontrovertibilmente utili; le modalità di trattamento conservativo ad oggi suggerite (trattamento farmacologico, utilizzo di ortesi, fisioterapia, trattamento manuale, elettroterapia, proloterapia) non hanno dimostrato livelli di evidenza elevati, ad eccezione dei programmi di esercizi individuali (Vleeming 2008).

Lo studio si propone di valutare la possibile efficacia dell'utilizzo del Kinesio Tape in caso di dolore del cingolo pelvico insorto dopo il IV mese di gravidanza e non riferibile a patologia mielo-radicolare (Bae 2013).

MATERIALI E METODI

La popolazione in studio è rappresentata da una coorte di 31 pazienti con diagnosi clinica di dolore del cingolo pelvico correlato alla gravidanza, reclutate consecutivamente nel periodo giugno 2015-gennaio 2016.

Il disegno dello studio individuato è quello dello studio pilota multicentrico, prospettico, con valutatori degli esiti e statistici "*blinded*". L'assenza di studi clinici sull'argomento specifico in letteratura giustifica la scelta di un disegno preliminare – studio pilota – senza gruppo di controllo.

MISURE DI OUTCOME: outcome primario della ricerca è stata la valutazione della disabilità secondaria al Pelvic Girdle Pain in gravidanza (Oswestry Low Back Disability Questionnaire e Quebec Back Pain Disability Scale); come outcome secondari sono state misurate le seguenti variabili: il grado di dolore (con la Visuo-Analogic scale-VAS); la positività/negatività di alcuni test clinici (Posterior Pelvic Pain Provocation Test, Active Straight Leg Raise Test-ASLR, Long

dorsal Sacroiliac Ligament Test e Pain Provocation Of The Symphysis Pubis Modified Trendelenburg's Test) e la Qualità di Vita (Notthingham Health Profile-NHP).

TRATTAMENTO: in base al protocollo dello studio le pazienti sono state sottoposte a 1 seduta di trattamento a settimana per 4 settimane, con applicazione del tape secondo la tecnica "muscolare", per ridurre il tono della muscolatura lombare, associata alla tecnica per i legamenti, per il PGP. Il tape è stato mantenuto in sede per i successivi 6 giorni.

RISULTATI

Le variazioni osservate pre e post trattamento sono state valutate con il Test di McNemar, test non parametrico per verificare l'esistenza di differenze in dati dicotomici (per il Posterior Pelvic Pain Provocation Test, il Patrick's Test o FABER Test, il Long Dorsal Ligament Test, per l'Active Straight Leg Raise Test e il Pain Provocation Of The Symphysis Pubis Modified Trendelenburg's Test) e con il "t-test" per dati appaiati per la differenza tra le medie dei valori continui pre e post-trattamento ai test standardizzati (Oswestry Low Back Disability Questionnaire, Quebec Back Pain Disability Scale, VAS, Nottingham Health Profile)

Tutti i valori osservati indicano una differenza statisticamente significativa tra le rilevazioni pre e post-trattamento.

DISCUSSIONE/CONCLUSIONI

In linea con i risultati rilevati, anche la percezione soggettiva delle pazienti del miglioramento ottenuto con il trattamento è stata confermata dal punteggio finale medio al PGI-I (Patient Global Impression of Improvement).

I limiti dello studio sono fondamentalmente legati alla numerosità ridotta del campione (un successivo studio randomizzato che prevede la scala di Oswestry come end point primario e con un'ipotesi di miglioramento di almeno il 20% nel punteggio richiede almeno il reclutamento di 75 p.a.) ed al ridotto follow up.

I dati rilevati paiono indicare comunque un'efficacia dell'utilizzo del Kinesio-tape nel trattamento del PGP correlato alla gravidanza. Questa rilevazione consente di attivare uno studio randomizzato prospettico successivo per la conferma dei risultati.

BIBLIOGRAFIA

1. Bae S, Lee J, Oh K, et al. The effects of kinesio taping on potential in chronic low back pain patients anticipatory postural control and cerebral cortex. J Phys Ther Sci. 2013; 25: 1367-71.
2. Vleeming A, Albert H, Östgaard H, et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. Eur Spine J. 2008; 17: 794-819.

4. Trans-anal irrigation vs Conservative bowel management: comparison of NBD Score in long term follow-up

ISABELLA MURACA[1] - ELISABETTA FRANCESCA CHIARULLI[1] - MATTIA ROSSINI[2] - MARIANO SENTINA[3] - ANNALISA TAGLIABUE[1] - ALESSANDRA FUSE'[1] - GABRIELLA MOMBELLI[1] - SANDRO DANILO SANDRI[1]

[1]ASST ovest milanese, Ospedale G. Fornaroli - Urologia e Neurourologia, Magenta, Italia
[2]Università degli Studi di Milano, specializzazione Urologia, Milano, Italia
[3]ASST ovest milanese, Ospedale di Legnano, Legnano, Italia

INTRODUCTION AND AIM OF THE STUDY

Trans-anal irrigation (TAI) has recently become an established treatment for neurogenic bowel dysfunction (NBD) which does not respond to conservative management (1). The impact of TAI in NBD is considerable and it improves quality of life by reducing constipation and faecal incontinence. However, long term follow-up of TAI use is not clearly known. Aim of this study is to investigate long term TAI efficacy through NBD score, which is an evaluation method composed by 10 reproducible questions that gives a score about severity of bowel dysfunction and it is correlated to impact on quality of life (QOL).

MATERIALS AND METHODS

From July 2008 to August 2015, 69 patients have been trained to perform TAI using a system called Peristeen (Coloplast A/S). It is an integrated system consisting of a coated rectal balloon catheter, a control unit including a manual pump, and a water container. The catheter was inserted into the rectum and the balloon inflated to hold the catheter in the rectum while a tap water enema was slowly administered with the manual pump, keeping a stable pressure in the bowel. Subsequently, the balloon was deflated and the catheter removed, followed by bowel emptying of the enema and other bowel contents (2). We performed a retrospective study through a phone interview to all the patients trained to TAI in our centre; we administrated a questionnaire about bowel function which included the NBD score. NBD score is a simple tool, that can be administered to patients by nurses or physicians. NBD score items are: frequency of defecation; time used for each defecation; uneasiness, headache or perspiration during defecation; regular use of tablets against constipation; regular use of drops against constipation; digital stimulation or evacuation of the anorectum; frequency of faecal incontinence; medication against faecal incontinence; flatus incontinence; perianal skin problems. Total NBD score range is from 0 to 47, with the following score level of dysfunction: 0–6 Very minor, 7–9 Minor, 10–13 Moderate, 14 or more Severe (3).

RESULTS

From July 2008 to August 2015 we teached TAI technique to 69 patients. We called all these patients to make the phone interview. From the 69 patients trained in TAI in our centre, 11 patients were lost at follow up (1 patient died, 5 patients did not want to answer our questionnaire, 5 patients were not found because of lack of their phone number). We used the 58 patients that answered our questions for the statistical analysis.

Mean follow-up is 51 months (min 8 months, max 93 months). 38 patients are male, 20 patients are female. 29 patients had a spinal cord injury, 6 patients spina bifida, 9 multiple sclerosis, 14 suffered from other pathologies. All of them were adults (more than 18 years old). Currently 37 patients still use Peristeen (64%, group A) and 21 patients (36%, group B) interrupted the treatment. We recorded that mean NBD in all patient is 11; mean NBD score of Group A is 8, which corresponds to minor level of bowel dysfunction (minimum score 1 – maximum score 16); in group B, mean NDB score is 16, which corresponds to severe level of bowel dysfunction. (minimum score 2 – maximum score 32). Best benefits are related to decrease of digital stimulation or evacuation, decrease of faecal incontinence and decrease of discomfort during defecation.

INTERPRETATION OF RESULTS

Unfortunately we didn't have the possibility to calculate NBD score before the beginning of TAI, to make a precise comparison; limit of this study is that we have only present data. However, patients still proceeding with TAI treatment obtained NBD score of 8, against NBD score 16 recorded in patient who stopped the irrigation. The level of bowel dysfunction recorded in all patients is highly different, in fact patients that have stopped the irrigation treatment present a severe level of bowel dysfunction, while patients in treatment present a moderate level. Even if some patients still use medications against constipation, NBD score decreasing shows that TAI improve QOL

CONCLUSIONS

Although a considerable percentage of patients have stopped TAI, patients that are still performing colonic irrigation feel improvements on NBD, that is demonstrated by the decreasing of NBD score. Best results are obtained for digital stimulation, faecal incontinence and discomfort during defecation. However prospectively collected long-term data on safety and efficacy of TAI are required.

REFERENCES

1. Review of the efficacy and safety of trans-anal irrigation for neurogenic Bowel disfunction - Emmanuel A. - Spinal Cord, 2010, 48, 664-673.
2. A Randomized, Controlled Trial of Transanal Irrigation Versus Conservative Bowel Management in Spinal Cord–Injured Patients - Peter Christensen,* Gabriele Bazzocchi,‡ Maureen Coggrave,§ Rainer Abel, Claes Hultling, Klaus Krogh,# Shwan Media, And Søren Laurberg Gastroenterology 2006; 131: 738-747.
3. Neurogenic bowel dysfunction score - K Krogh*, P Christensen, S Sabroe and S Laurberg – Spinal Cord, 2006, 44, 625-63.

5. Anodispareunia, incontinenza fecale da urgenza e rapporti anali: Case Report

DONATELLA GIRAUDO[1] - GIANFRANCO LAMBERTI[2]
[1]*Sc Urologia, Ospedale San Raffaele Turro, Milano, Italia*
[2]*Sc Neuroriabilitazione "E. Viglietta", Asl Cn1, Fossano, Italia*

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Non sono comuni in letteratura osservazioni relative ai rapporti per via anale; usualmente si pensa che l'atto sessuale per via anale (SA) sia presente quasi esclusivamente nei rapporti omosessuali maschili. Nella realtà vi sono dati che confermano come il sesso anale sia una pratica comune anche tra coppie eterosessuali, descritta come "comune" almeno nel 10% delle coppie britanniche (Vansintejan 2013). L'attenzione crescente al SA è prevalentemente rivolta alla scarsa attenzione attuata nella protezione del rapporto stesso nelle popolazioni studiate di Nord e Sud America, Africa e Asia, con l'osservazione di una minor attenzione rispetto all'uso del profilattico in occasione di SA piuttosto che in occasione dei rapporti per via vaginale anche nelle coppie eterosessuali.

Ancora più sporadiche sono le segnalazioni relative ad anodispareunia ed alle possibili disfunzioni organiche secondarie alla pratica di SA (incontinenza fecale da trauma diretto del sistema sfinteriale anale) che, secondo alcuni autori, non presenterebbe particolari rischi di lesioni se preceduta da adeguate manovre di rilassamento dello sfintere ed ovviamente in assenza di atteggiamenti di aggressività o abuso (Chun 1997).

MATERIALI E METODI

Viene presentato il caso di un uomo di 42 anni giunto alla nostra osservazione segnalato dai colleghi proctologi per soiling, incontinenza fecale da urgenza e dolore anale. In anamnesi erano presenti una moderata ipertensione trattata farmacologicamente ed un quadro lieve di lombo-sacralgia, privo di irradiazioni radicolari. Omosessuale, la persona assistita pratica sesso anale da circa 20 anni, costantemente e solo con lo stesso partner da oltre otto anni. Negli ultimi anni non ha mai lamentato sintomatologia ano-rettale e solo negli ultimi sei mesi riferisce la comparsa sporadica di soiling e di urgenza alla defecazione con episodi di incontinenza in presenza di feci non formate.

Avendo eseguito una endosonografia anale (fig.1), viene indirizzato alla riabilitazione perineale in previsione di un successivo intervento chirurgico.

All'E.O. si rilevava una beanza anale con ipotono alla esplorazione digitale del canale anale, pur in presenza di un tono apparentemente incrementato del muscolo pubo-rettale, dolente alla palpazione diretta, così come erano presenti trigger point bilateralmente sul muscolo otturatore interno.

Il trattamento pre-chirurgico è stato programmato con FES (a bassa frequenza, con sonda ad elettrodi laterali) con la ricerca della contrazione indotta e BFB volumetrico (in considerazione alla particolare situazione anale).

RISULTATI

Il trattamento proposto per sei settimane ha determinato una riduzione della sintomatologia, controllata attarverso il diario fecale, ed una variazione al Patient Related Outcome utilizzabile (Fecal Incontinence Quality of life Questionnaire, con traduzione non validata per la lingua italiana)

DISCUSSIONE/CONCLUSIONI

Basandosi sulla osservazione presente in letteratura di una non comune lesione sfinteriale, ma della più frequente condizione di degenerazione dello Sfintere Anale Interno (Vaizey 1997), abbiamo comunque deciso di intraprendere una stimolazione a bassa frequenza con una finalità prevalentemente di stimolazione delle fibre afferenti. Il BFB volumetrico è stato finalizzato ad una presa di coscienza ed ottimizzazione del riflesso rettoanale eccitatore.

BIBLIOGRAFIA

1. Vaizey C, Kamm M, Bartram C. Primary degeneration of the internal anal sphincter as a cause of passive faecal incontinence. Lancet 1997; 349: 612-5.
2. Vansintejan J, Vandevoorde J, Devroey D. The GAy MEn Sex StudieS: Anodyspareunia Among Belgian Gay Men. Sex Med. 2013; 1: 87-94.
3. Chun A. Anal sphincter structure and function in homosexual males engaging in anoreceptive intercourse. Am J Gastroenterol. 1997; 92: 465-8.

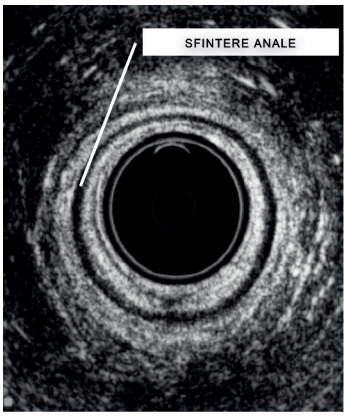


Fig. 1

6. Incontinenza urinaria e sessualità, la comorbilità come risorsa

SAVERIO SANSONE[1] - IRENE FORZA[2]
[1]*Università, Università degli Studi della Campania Vanvitelli, Napoli, Italia*
[2]*Libera professione, libera professione, Napoli, Italia*

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Oggi è ancora forte la tendenza a distinguere un perineo anteriore da un perineo posteriore, le competenze specialistiche, ad oggi, rimangono ancora ben distinte.

Scopo dello studio è porre l'attenzione al fatto che le affezioni del pavimento pelvico sono sempre delle comorbilità. Considerando questo il punto di vista di partenza per la risoluzione dei problemi pelvici, si vuole dimostrare che per avere successo nel trattare i disordini qui localizzati questi vanno affrontati necessariamente in maniera multidisciplinare, ogni specialista ha bisogno perciò di sviluppare la capacità di allontanarsi dalla visione focalizzata che gli viene dalla specialità stessa per avere invece una visione panoramica.

MATERIALI E METODI

Nella pratica ambulatoriale quotidiana questa tendenza la si vive come un'inerzia con cui dover fare i conti dal momento che i pazienti stessi spesso hanno una visione medicale radicata orientata anch'essi in questo senso.

Nel caso specifico: sono stati presi in considerazione i pazienti afferenti all'ambulatorio che soffrono di incontinenza urinaria.

Dopo le prime sedute, creatasi una relazione, si chiedevano informazioni sulla consistenza fecale e sulla qualità della sessualità La richiesta per ottenere risposte oneste assumeva, per lo più per la sfera sessuale, sempre carattere confidenziale questo è stata la risorsa in termini di efficacia, ma per lo studio è stato un limite. L'informalità non prevede questionari e domande standardizzate, ci siamo adattati di volta in volta, tenendo fissa un'intenzione che facesse da denominatore comune alle diverse interviste, alla situazione e con la forma del counselling si è dato forma a un dialogo che a tratti è stato terapeutico in termini di educazione sanitaria e raccolta di segni e sintomi del disagio sessuale.

Le variabili prese in considerazione erano lo stato oggettivo di iperattività e di ipo-attività muscolare, condizioni in grado di influenzare negativamente la competenza sessuale del muscolo elevatore dell'ano.

Nel caso di ipo-tono i dati che acccompagnano l'incontinenza urinaria più presenti segnalati dalle donne sono stati la diminuzione del piacere alla penetrazione, le ripercussioni sullo stato generale di eccitazione e il

piacere ipoattivo. Nel caso contrario di iper-tono, spesso dovuto all'idea di dover trattenere l'urina, ci è stato riportato un calo del desiderio sessuale, dell'eccitazione e della capacità di raggiungere l'orgasmo, dolore, sia nei soggetti maschi che nelle femmine, queste ultime potevano riportare specificatamente il dolore in forma di vaginismo o dispareunia.

RISULTATI

Il nostro sguardo, volutamente meno focalizzato ad un unico problema, ha messo in luce la presenza di una comorbilità del 95% di deficienza sessuale, assumendo forma di ipotono o piuttosto di ipertono.

DISCUSSIONE

I pazienti trattati con una visione focalizzata avevano una risoluzione parziale della loro problematica di incontinenza urinaria e/o di disfunzione sessuale con recidive. Per i pazienti che avevano avuto un trattamento globale, multidisciplinare seguendo l'atteggiamento di cura a visione panoramica, i tempi di miglioramento più rapidi e riduzione delle recidive.

CONCLUSIONI

Considerare il pavimento pelvico come il denominatore comune delle diverse funzioni in cui è implicato, urinaria, sessuale, riproduttiva e defecatoria, mette a disposizione dei sanitari più strumenti d'azione di cui avvalersi, migliora la prognosi rispetto al problema focalizzato dal paziente e identificato come incontinenza urinaria; i fattori di cui prendersi cura si moltiplicano e rieducando parametro per parametro ci si riavvicina così alla forma di salute migliore possibile per la persona in quel momento.

BIBLIOGRAFIA

1. Giraudo – Lamberti "Incontinenza urinaria femminile. Manuale per la riabilitazione", ed. Edi Ermes;
2. A. Del Genio – L. Brusciano "Riabilitazione del pavimento pelvico", ed. Idelson-Gnocchi;
3. R. J. Bourdiol "Omeopatia e riflessologia", ed. Homeopathica.

7. Valutazione del gradimento di un percorso riabilitativo "personalizzato" per donne in menopausa

ANTONIETTA FURLAN[1] - FRANCESCA CASARIN[1] - ALESSANDRA LO RE[1] - PATRIZIA PADOAN[1]
[1]AULSS 3 Serenissima Regione Veneto U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa Noale

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Valutare il "gradimento" e l'aderenza alle consegne riabilitative in un percorso di informazione, presa di coscienza delle problematiche del piano perineale di un gruppo di donne in menopausa sottoposte a trattamento riabilitativo personalizzato singolo o in piccolo gruppo .

MATERIALI E METODI

Dopo un primo incontro informativo nell'ambito del "Progetto Menopausa Informa" tenuto nella ULSS 13 Regione Veneto, incentrato sul funzionamento del piano perineale e sulle conseguenti disfunzioni frequenti in menopausa, 28 donne su 54 in età menopausale hanno accettato di essere sottoposte a valutazione fisiatrica del piano perineale perchè ritenevano di soffrire di qualche disfunzione a livello perineale (stress/urge incontinence, prolasso, stipsi).

24 di queste sono state sottoposte, in base alla gravità della problematica, a 5 sedute di trattamento riabilitativo in piccolo gruppo di 4-5 persone (2-3 volte la settimana) o a 10 sedute di trattamento riabilitativo individuale, anche con biofeedback ed elettrostimolazione.

I criteri di inclusione per l'attività riabilitativa in gruppo sono stati la capacità di eseguire una contrazione attiva del pubo-coccigeo (PC test) di almeno 2/5, l'eventuale presenza di un cistocele di 1°, la non inversione del comando e la presenza di motivazione a risolvere il problema.

Viceversa, le pazienti a cui è stato proposto un trattamento riabilitativo singolo erano donne che presentavano una attivazione molto bassa del muscolo pubo-coccigeo (PC test < 2/5), un cistocele di 2° grado o una inversione del comando. Due donne che non hanno avuto nessun miglioramento soggettivo dal percorso in gruppo sono state sottoposte in un secondo tempo a trattamento riabilitativo singolo.

Ad un mese dalla conclusione vi è stata una rivalutazione singola anche con compilazione di un questionario di gradimento. In particolare le tre domande poste alle donne riguardavano l'utilità del percorso, la capacità di utilizzare le informazioni ricevute nella quotidianità (con scala analogico-visiva da 0 a 10) e la costanza o meno nell'esecuzione degli esercizi appresi.

RISULTATI

Alla domanda "quanto è stato utile per te questo percorso?" il 93% delle donne che hanno ricevuto un trattamento in gruppo hanno dichiarato un punteggio da 8 a 10 e nel 7% 7 su 10. Fra le donne sottoposte a rieducazione singola il punteggio da 8 a 10 è risultato essere pari all'83,3%, all'8.3% 7 su 10 e solo il rimanente 8.3% 4 su 10.

Per quanto riguarda la capacità di utilizzare le informazioni ricevute nella vita quotidiana il 64% delle donne del 1° gruppo ha data una risposta da 8 a 10, il 22% da 6 a 7 e il 7% di 4 su 10. Le donne che hanno ricevuto il trattamento singolo in 10 su 12 (83,3%) hanno risposto da 8 a 10,1 1 su 12 ha dato un punteggio di 6su 10 e 1 su di 4 su 10.

Nell'ultima domanda posta, che riguardava la costanza nell'esecuzione degli esercizi appresi, infine, le donne che hanno eseguito trattamento in gruppo hanno risposto positivamente nel 64% dei casi (a distanza di circa un mese dalla conclusione delle sedute riabilitative) ,mentre chi ha eseguito il trattamento singolo ha risposto affermativamente nel 75% dei casi (domanda posta alla fine del trattamento riabilitativo individuale)

DISCUSSIONE

La quasi totalità delle donne ha ritenuto positivo ed utile questo percorso di informazione/trattamento e la maggior parte di loro riferisce di riuscire a utilizzare le informazioni ottenute nella vita quotidiana.

La percentuale di quelle che riescono ad eseguire gli esercizi appresi in modo regolare è discretamente elevata, anche se, con il passare del tempo, questa tende a diminuire nelle donne sottoposte a trattamento riabilitativo in gruppo, verosimilmente anche perchè viene a mancare il sostegno fornito dal gruppo stesso. Nel nostro caso si trattava di donne che già stavano eseguendo un percorso comune di attività fisica per la menopausa da circa un anno e quindi molto motivate ad eseguire una attività motoria regolare in gruppo.

Nostro obiettivo sarà di rivalutare a distanza anche le pazienti che hanno eseguito il trattamento riabilitativo individuale e verificare a lungo termine la costanza dell'impegno domiciliare.

La forte motivazione iniziale infatti spesso ,anche in questo caso, con il tempo tende a perdere di efficacia e le donne non sempre riescono ad eseguire con regolarità gli esercizi appresi o questi non riescono ad integrarsi nella quotidianità con conseguente ripresa o peggioramento delle problematiche perineali inizialmente segnalate.

CONCLUSIONI

Sarebbe auspicabile, anche in questo "settore" della medicina, investire sempre maggiori energie nella prevenzione e nell'informazione per poter intervenire prima dell'instaurarsi di patologie perineali importanti.

Questo studio ,pur con la limitazione dello scarso numero di donne prese in considerazione, è una ulteriore conferma di ciò che negli ultimi anni si sta facendo strada nell'ambito del trattamento riabilitativo del piano perineale e cioè dell'importanza dell'Attività Fisica Adattata come forma di prevenzione ma anche di trattamento per le problematiche iniziali del piano perineale.

L'A.F.A., inoltre, potrebbe rappresentare una possibile "soluzione" alla difficoltà di mantenere la costanza nell'esercizio riabilitativo appreso in ambito ospedaliero. L'incremento di tale attività in palestre dedicate in cui le donne possano confrontarsi tra di loro e ottenere, oltre che una costanza nell'esercizio, anche un positivo sostegno dal gruppo stesso, è una strada da perseguire anche per poter "raggiungere" un numero di donne sicuramente molto maggiore rispetto alle possibilità ricettive delle strutture ospedaliere.

BIBLIOGRAFIA

1. Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: systematic review and meta-analysis Paiva LL, Ferla L, Darski C, Catarino BM, Ramos JGL Int. Uroginynecol. 2016 Sep 9.
2. Perineo Fermiamo il massacro! Bernadette de Gasquet edi- ermes 2014.
3. Metodologia didattica delle Attività Fisiche Adattate (AFA) Macchi C.,Benvenuti F. II Ed. Masterbooks, Firenze 2012.

8. Come una formazione nel trattamento riabilitativo della disfunzione del pavimento pelvico ha consentito la risoluzione dei sintomi in una bambina ritenzionista

LAURA DAMIANI[1]
[1]Università G. D'Annunzio Chieti-Pescara, OPBG S.Paolo, Roma, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

– La formazione in pediatria è assente per cui è necessario chiedere collaborazione di esperti pediatrici.
– La formazione è scarsa e raramente multidisciplinare.

MATERIALI E METODI

L'autore si rivolge agli studiosi della SIUD attraverso un caso clinico:
– Soggetto pediatrico di anni 5 di sesso femminile con diagnosi di disfunzione minzionale.
– Anamnesi: La bambina viene inviata dalla Nefrologia al Day Hospital del reparto di Chirurgia Robotica e Urodinamica Roma-S. Paolo per monitoraggio del ciclo minzionale con ripetute valutazioni Urodinamiche non invasive.
– Esame Obiettivo: Nella norma per la pertinenza Urologica.
– Terapie: Nessuna somministrata nel corso del Day-Hospital.
– Altri esami: Le due valutazioni Urodinamiche non invasive documentano una condizione di minzione disfunzionale.
– Alle prescrizioni del caso seguono FKT del P.P. (3 sedute in ambulatorio dedicato) a concludere il Day-Hospital per Urodinamica non invasiva in OPBG S.Paolo

RISULTATI

Le condizioni cliniche alla dimissione sono buone.
Diagnosi di dimissione: disfunzione vescico-sfinterica.

INTERPRETAZIONE/CONCLUSIONI

– La preparazione di base sul PP è indispensabile
– La riabilitazione nella donna adulta con IUS mira alla contrazione
– La riabilitazione della ritenzione nella bambina mira al rilasciamento

BIBLIOGRAFIA

Professor. Mario De Gennaro, Urologia, Chirurgia Robotica e Urodinamica.
Dott. Maria Luisa Capitanucci

9. Valutazione di strumenti di screening dei disturbi urinari in pazienti affetti da sclerosi multipla asintomatici per luts

ELENA MUTTA (1) - DAVIDE DI PRIMA (2)
P.O Sant'Antonio Abate, Centro Studi sclerosi multipla, Gallarate, Italia (1) - P.O. Madonna delle Grazie, U.O. Complessa Urologia, Matera, Italia (2)

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

La sclerosi multipla è una malattia del sistema nervoso centrale che colpisce giovani adulti, nel pieno della loro vita professionale, affettiva e sociale e i disturbi urinari nel corso della vita, sono uno dei sintomi più invalidanti e complessi che inficiano negativamente la loro QV.

L'obiettivo dello studio è stato, quello di valutare se e in che misura i criteri di disabilità (EDSS > 3), di durata di malattia (> 10 anni), e la presenza di disturbi piramidali possano essere parametri predittivi di disturbi urinari (Lover Urinary Tract Symptoms) in soggetti con SM a decorso RR, PP O SP, asintomatici.

Se l'ipotesi di predittività fosse positiva, sarebbe possibile così, identificare precocemente soggetti con SM a rischio di LUTS, offrendo loro gli strumenti di screening più adeguati.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato osservazionale, trasversale e multicentrico ed è stato svolto in 8 Centri SM italiani.

Le caratteristiche di malattia oggetto di studio sono state ricavate dalla documentazione clinica del paziente.

Per paziente asintomatico si intende un paziente che non riferisce la presenza di disturbi urinari e che viene valutato dal neurologo con un punteggio della scala "funzione sfinterica" (FS) = 0. (Kurtzke, 1983)

È stata valutata, la presenza di disturbi urinari attraverso tre strumenti: questionario IPSS Score(International Prostate Symptoms Score), capacità vescicale e residuo post minzionale tramite Scan Eco-Bladder, diario minzionale per 3 giorni non consecutivi. Il paziente è stato considerato positivo per LUTS quando almeno 2 strumenti su 3 sono risultati positivi.

RISULTATI

Sono stati arruolati 178 soggetti con SM (172 RR, 4 SP e 2 PP), risultati essere omogenei in relazione all'età, al sesso, alla durata di malattia e alle sue caratteristiche. Lo strumento IPSS score, ha valutato 109 soggetti con disturbi di tipo lieve, 49 soggetti con disturbi di tipo moderato e 3 severo (tot. 52 casi positivi). Il Bladder-scan pre e post minzionale (residuo p.m (cut-off: RPM> 100 ml, o se > 1/3 della capacità vescicale rilevata prima della medesima minzione) in 22/178 (12,4%), mentre al diario minzionale sono risultati positivi (cut off: >7 minzioni/die rapportato ad eliminazione media giornaliera: positiva se minzione media <200ml su una diuresi > 1200ml, e < 150ml per una diuresi >1000ml o presenza di fughe involontarie d'urina), 59 soggetti su 178 (33,1%).

Sulla base della ricerca di positività ai 3 test: 62/178 sono risultati positivi ad 1 strumento, 28/178 a 2, solo 5 a tutti e 3. Quindi secondo l'obiettivo dello studio, 33 soggetti su 178, sono risultati positivi ad almeno 2 dei 3 strumenti diagnostici, pari al 18,5% del totale.

DISCUSSIONE

In un campione di soggetti con SM che alla visita clinica non riferivano disturbi urinari, è stato osservato che utilizzando alcuni strumenti di screening si è riscontrata una disfunzione vescico-ureterale con percentuali variabili a seconda dello strumento utilizzato. Pertanto, si ritiene che la semplice rilevazione clinico-anamnestica non sia sufficiente ad escludere con sicurezza la presenza di LUTS in soggetti con SM, o perché il paziente non vi presta sufficiente attenzione, o perché l'entità non è tale da raggiungere la soglia di criticità, oltre la quale il disturbo è riferito come tale dal paziente.

CONCLUSIONI

Dei criteri clinici analizzati (disabilità, disfunzione piramidale, durata di malattia) solo la disfunzione piramidale è risultata predittiva di LUTS: l'assenza di disturbo di tipo piramidale riduce del 10% il rischio di avere un disturbo urinario. La durata di malattia non è un criterio che influenza la probabilità di avere LUTS, se non accompagnata da un peggioramento della funzione piramidale, così come un rilevamento alla scala EDSS>3.

BIBLIOGRAFIA

1. Ghezzi A, Del Popolo G, Di Benedetto P, Delneri C. Urinary disorders. Management of synmptoms in Multiple Sclerosis. 2013 febbraio; Capitolo 7 (73-95).
2. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis. Neurology. 1983 November; 33 (111444).

10. La gestione della ritenzione urinaria in fase post-acuta: case report in un caso di Locked-in Syndrome

GIANFRANCO LAMBERTI[1] - ELENA ANTONIONO[1] - FRANCESCA GOZZERINO[1] - DONATELLA GIRAUDO[2]
[1]*Sc Neuroriabilitazione "E. Viglietta", Asl Cn1, Cuneo, Italia*
[2]*Sc Urologia, Ospedale S. Raffaele Turro, Milano, Italia*

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Diverse osservazioni in letteratura hanno confermato la presenza di LUTS della fase di riempimento o della fase di svuotamento in occasione di lesioni ischemiche o emorragiche del tronco cerebrale. Non vi è peraltro univocità rispetto alla sintomatologia ed al lato della lesione o alla sua mono o bilateralità (Lee 2017). La maggior parte delle osservazioni sono poi relative alla fase acuta dello stroke, mentre mancano dati sull'evoluzione dei LUTS dopo tre mesi dall'insorgenza della lesione encefalica (Yum 2013).

MATERIALI E METODI

Descriviamo il caso di una donna di anni 55, che non presenta in anamnesi dati patologici significativi, in particolare non LUTS, nè dismetabolismi, nè patologie cardiovascolari pregresse. Viene trovata in apparente assenza di coscienza, nella propria auto, sul bordo della strada; trasportata in DEA, viene diagnosticato un quadro emorragico del tegmento pontino sx. (fig. 1), concomitante alla presenza di un cavernoma.

Sottoposta alle cure del caso, dopo alcuni giorni il quadro clinico si stabilizza; in relazione alla presenza di movimenti consistenti di lateralità dello sguardo e di ammiccamento, viene posta diagnosi di locked-in syndrome (LIS). A distanza di 45 giorni dall'evento acuto, la p.a. viene trasferita in Neuroriabilitazione. La valutazione clinica all'ingresso conferma l'ipotesi di LIS completa, con movimenti di lateralità degli occhi e di ammiccamento palpebrale bilateralmente. La p.a. viene alimentata attraverso PEG, respira in aria ambiente attraverso una cannula tracheostomica (CV), presenta una lesione da decubito (LDD) in sede sacrale di II grado ed è sottoposta sin dalla fase acuta a cateterismo a permanenza (CV). A distanza di 79 giorni dall'evento acuto, pur in presenza della LDD, viene rimosso il CV e si presenta un quadro di ritenzione urinaria che obbliga al ricorso del cateterismo ad intermittenza.

Dopo circa una settimana, a circa 3 mesi dall'evento acuto, la p.a. viene sottoposta ad esame urodinamico, che evidenzia un quadro di ipoattività detrusoriale.

A seguito della emissione di feci liquide per un certo numero di giorni, in concomitanza con trattamento antibiotico per infezione polmonare, si ripresenta la LDD sacrale; si decide quindi per il riposizionamento temporaneo del CV. Nel frattempo si segnala l'evoluzione del quadro clinico a LIS incompleta con la ricomparsa di movimenti del capo e di movimenti del primo e secondo dito della mano dominante. Con il passare del tempo, la situazione socio-familiare della p.a. si definisce: a distanza di 6 mesi circa dall'evento acuto, al termine del progetto riabilitativo in degenza specialistica, la famiglia decide di non essere in grado di gestire il rientro al domicilio: è quindi ipotizzabile il trasferimento definitivo in struttura socio-assistenziale con assistenza infermieristica continuativa nella 24 ore.

DISCUSSIONE/CONCLUSIONI

In questo primo caso descritto in letteratura di ritenzione cronica urinaria secondaria a lesione del tronco encefalico riteniamo che la gestione ottimale preveda il ricorso al cateterismo vescicale ad intermittenza (Drake 2015), al fine di evitare le complicanze secondarie al posizionamento di un catetere vescicale a permanenza. La discussione all'interno del team riabilitativo, relativa a scelte diverse (cateterismo sovrapubico, cateterismo a permanenza) si è sviluppata in funzione del setting di trasferimento della p.a. e del rischio di ricomparsa di LDD in caso di ripresa delle minzioni spontanee.

BIBLIOGRAFIA

1. Drake M. Management and rehabilitation of neurologic patients with lower urinary tract dysfunction. Handb Clin Neurol. 2015; 130: 451-68.
2. Lee H, Choi J, Shin JH. Urological disturbance and its neuroanatomical correlate in patients with chronic brainstem stroke. Neurourol Urodyn. 2017; 36: 136-41.
3. Yum K, Na S, Lee K, et al. Pattern of voiding dysfunction after acute brainstem infarction. Eur Neurol. 2013; 70: 291-6.

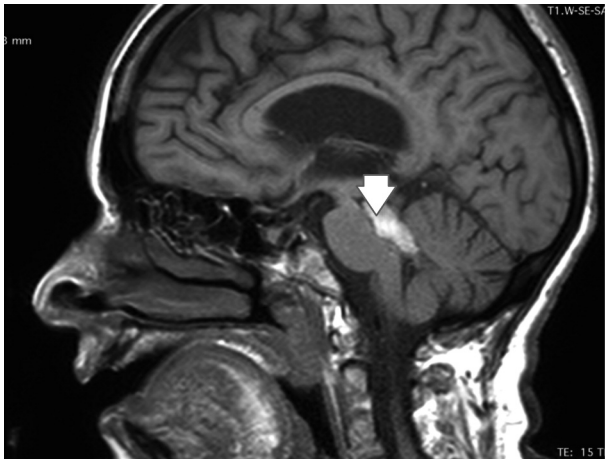


Figura 1. – Immagine RM della lesione emorragica del tegmento pontino (freccia bianca)

11. Conoscere per 'riconoscere' i problemi del pavimento pelvico

ANTONIETTA FURLAN[1] - FRANCESCA CASARIN[2] - PATRIZIA PADOAN[3] - ALESSANDRA LO RE[4]
[1]*SIMFER, Ospedale Noale Aulss 3 Medicina Fisica e Riabilitazione, Venezia, Italia*
[2]*SIMFER, Venezia Aulss 3 Medicina Fisica e Riabilitazione, Venezia, Italia*
[3]*SIMFER, venezia Aulss 3 Medicina Fisica E Riabilitazione, Venezia, Italia*
[4]*SIMFER, Noale Aulss 3 Medicina Fisica e Riabilitazione, Venezia, Italia*

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Verificare quanto le donne in menopausa sono consapevoli del problema "incontinenza" e più in generale dei problemi del piano perineale e di come li vivono.

MATERIALI E METODI

A 54 donne in menopausa, reclutate per partecipare al Progetto Menopausa Informa (organizzato dalla Medicina dello Sport dell'ULSS 13 Mirano VE), è stato richiesto, al momento del reclutamento iniziale, se soffrissero di incontinenza urinaria o altre problematiche perineali e, in caso affermativo, era richiesta la compilazione del questionario validato, ICIQ Short Form, per discriminare il grado e il tipo di incontinenza e come questa interferiva nella loro qualità di vita.

In un secondo tempo, si è proposto un incontro "informativo" per tutte le donne afferenti al progetto, della durata di circa due ore, durante il quale si è posta l'attenzione sulla conoscenza delle problematiche del piano perineale in menopausa, quali i possibili fattori di rischio modificabili e non modificabili e le conseguenti opzioni terapeutiche. Si è riflettuto inoltre insieme su come le donne vivano il perineo nelle varie età della vita e cosa significhi prendersi cura di questa zona poco conosciuta del corpo.

La proposta conclusiva, infine, è stata quella di eseguire una valutazione fisiatrica del piano perineale per le donne che ritenessero di avere qualche problematica a tale livello con successivo eventuale trattamento riabilitativo del piano perineale in piccolo gruppo di 5 sedute o singolo di 10 sedute in base alla "gravità" del problema.

RISULTATI

L'ICIQ iniziale è stato compilato da 23 donne su 54 (42,6%), mentre, dopo l'incontro formativo, hanno risposto di soffrire di problemi di incontinenza urinaria o altre problematiche del piano perineale il 61%.delle donne (33/54). Per quanto riguarda la frequenza delle perdite urinarie 17 su 33 donne hanno dichiarato un punteggio 1 all'ICQ, 5 un punteggio 2, 3 un punteggio 3, 1 un punteggio 4 e 7 donne non avevano avuto perdite urinarie nell'ultimo mese, ma manifestavano comunque problematiche di disfunzione perineale (2 colpocele, 2 stipsi,

2 urgenza minzionale e 1 problematiche di tipo renale con poliuria in accertamento).

L'entità delle perdite era rappresentata nella maggior parte dei casi (75%) da una piccola quantità (punteggio 2 all'ICQ) e solo in 1 su 33 donne dichiarava un discreta perdita urinaria (punteggio 4 all'ICQ).

Infine, 15 donne su 33 (45%) dichiarava che le perdite di urina non avevano interferito con la loro vita quotidiana (anche se dopo un successivo trattamento riabilitativo singolo o in piccolo gruppo ritenevano di essere state molto soddisfatte), 5 donne attribuivano un punteggio di 5 su 10 all'interferenza delle perdite con la vita quotidiana, 1 solamente 10 su 10 e 12 /33 (36%) un punteggio compreso tra 1 e 4 su 10.

CONCLUSIONI

Questi dati, anche se condotti in un piccolo numero di donne, è importante a nostro avviso perché mette in evidenza come la disinformazione sottostimi in modo significativo il problema e come sia sufficiente sottoporre all'attenzione delle donne le possibili disfunzioni del pavimento pelvico per far emergere un problema altrimenti non riconosciuto o ritenuto non tale. Una percentuale molto consistente delle donne, infatti (circa il 20%), ha preso coscienza di una problematica esistente solo dopo l'incontro formativo. Spesso le donne, soprattutto in menopausa, considerano normali piccole perdite di urina durante gli sforzi o una sensazione di peso pelvico o ancora la stipsi. Anche nella nostra piccola esperienza le donne hanno dichiarato una assenza di conoscenza riguardo i problemi del piano perineale e le possibilità di soluzione. Le problematiche del piano perineale aumentano e peggiorano con l'età per cui sarebbe auspicabile che esse venissero conosciute ed affrontate già fin dall'adolescenza e valutate nei periodi di maggiore rischio per la donna (gravidanza e menopausa) per poter permettere un contenimento dei danni in fase più precoce possibile. È necessario infine, perché l'intervento educativo/riabilitativo sia il più possibile efficace, che le donne siano motivate, oltre che a riconoscere il problema, anche a "mettersi in gioco" e ad accettare un training che deve poi essere continuato nella vita di tutti i giorni.

BIBLIOGRAFIA

1. Botlero R, Urquhart DM, Davis SR, Bell RJ. Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: review of the literature and investigation of methodological issues. Int J Urol. 2008; 15 (3): 230-4.
2. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2014 May.
3. Avery K, Donovan J, Peters T, Shaw C, Gotoh M & Abrams P. ICIQ: una misura breve e robusta per valutare i sintomi e l'impatto dell'incontinenza urinaria. *Neurourol. Urodyn*. 2004; 23, paragrafo 4: 322-30.

12. Continuità di cura nelle pazienti con lacerazioni perineali profonde: la scelta delle donne

ANTONELLA BESENZONI[1] - TATIANA MANGIAROTTI[1] - CHIARA GOTTI[2] - PATRIZIA BERTASA[3] - ROSSELLA MASSEROLI[2] - RACHELE BIANCHI[1] - CRISTINA FRANCHI[1] - MAURO MARCIELLO[3] - LORENA CAROBBIO[1] - ROBERTA MARENZI[1] - ROSA MONTI[1] - ELENA NICOLI[1] - ORLANDO CARUSO[1]

[1]ASST Bergamo EST, UO Ginecologia e Ostetricia - Ospedale Bolognini, Seriate, Italia

[2]ASST Bergamo EST, UO Ginecologia e Ostetricia - Ospedale Pesenti Fenaroli, Alzano Lombardo, Italia

[3]ASST Bergamo EST, UO Ginecologia e Ostetricia - Ospedale Locatelli, Pario, Italia

INTRODUZIONE E SCOPO DELLO STUDIO

Le lacerazioni perineali profonde (III e IV grado, secondo classificazione di Sultan), rappresentano una complicanza ostetrica che si verifica nel 2 % dei parti. Le linee guida internazionali sono concordi nel definire fondamentale il counseling alla paziente, per ricostruire con la puerpera l'accaduto e per fornirle informazioni prospettiche riguardo al futuro. Alla dimissione, dovrebbe essere offerta alle pazienti una valutazione specialistica presso un servizio di uroginecologia nel quale possano essere programmati gli opportuni accertamenti diagnostici e trattamenti [1,2,3].

Obiettivo del nostro studio è verificare l'aderenza delle pazienti al programma proposto in dimissione ed analizzare eventuali fattori che possano aver ridotto la compliance della paziente.

MATERIALI E METODI

Abbiamo analizzato retrospettivamente i parti vaginali avvenuti presso i tre presidi della nostra azienda ospedaliera (da ora: A, B, C), identificando le pazienti che hanno subito una lacerazione di III-IV grado. I dati sono stati confrontati con quelli del database del servizio uroginecologico e di riabilitazione del pavimento pelvico della nostra azienda.

RISULTATI

Dal 1° gennaio 2016 al 31 dicembre 2016 presso le 3 unità operative di ginecologia ed ostetricia della nostra azienda ospedaliera si sono verificati 2920 parti vaginali (1179 nel presidio A, 867 nel presidio B, 306 nel presidio C). Nel medesimo periodo, si sono verificate 28 lacerazioni perineali profonde (21 nel presidio A, 4 nel presidio B, 3 nel presidio C). Nella tabella 1 sono descritte le caratteristiche della popolazione.

Di queste pazienti, 14 (50%, gruppo NR) non si sono presentate all'appuntamento programmato presso il servizio di uroginecologia, mentre 14 (50%, gruppo R) hanno effettuato la valutazione presso l'ambulatorio di uroginecologia; di queste ultime, 8 pazienti hanno completato il percorso riabilitativo con beneficio, mentre 6 pazienti devono ancora intraprendere la riabilitazione. Nella Tabella 2 sono descritte le caratteristiche del gruppo NR.

DISCUSSIONE

Nella nostra popolazione il 50% delle pazienti non ha usufruito della valutazione uroginecologica proposta; analizzando tale popolazione, essa è costituita prevalentemente da pazienti straniere (10/14) o con complicanze.

CONCLUSIONI

Il counselling della paziente con lacerazione perineale profonda dovrebbe tenere in conto l'etnia della stessa: in una società multietnica è necessario disporre di risorse che permettano di verificare con la paziente la comprensione delle opportunità terapeutiche e l'importanza del follow-up.

BIBLIOGRAFIA

1. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. Greentop Guideline No. 29. June 2015.
2. Third and fourth degree perineal tears: a Guide for Women. Review March 2016.
3. Non-surgical intrapartum practices for the prevention of severe perineal trauma: a systematic review protocol. van Limbeek S, Davis D, Currie M, Wong N. JBI Database System Rev Implement Rep. 2016 Apr; 14 (4): 30-40.

Table 1 – Caratteristiche generali della popolazione.

Età	33,39 anni (23-42)	
Etnia	Caucasica (CA)13 (46%)	
	Non Caucasica (NCA) 15 (54%)	
Parità	0,46 (0-4)	
Peso al parto	3545,71 gr (2890 – 4120 g)	
Pregresso macrosoma	3 (10%)	
Durata II stadio	74 min (15-230)	
Analgesia epidurale	9 (32%)	
Parto operativo	2 (7%)	
Episiotomia	3 (10%)	
Distocia delle spalle	2 (7%)	
Tipologia lacerazione	III A = 18	III B = 4
	III C = 3	IV = 1
	IV Button hole = 2	
Complicanze	Diastasi sutura = 1 (3,5%)	

Table 2 – Gruppo pazienti nr.

Pz	Età	Etnia	Gp	II St	Peso	Dist Spalle	Lac	Complicanze
1	23,00	NCA	G1	40	2990	NO	III C	NO
2	23,00	NCA	G1	93	3130	NO	III B	NO
3	41,00	NCA	G2	15	3800	SI	III B	NO
4	29,00	CA	G2	27	3530	NO	III A	NO
5	38,00	CA	G1	35	3765	NO	III A	NO
6	31,00	NCA	G1	41	3800	NO	III A	NO
7	29,00	NCA	G1	67	3550	NO	III A	NO
8	38,00	NCA	G4	22	4015	NO	III A	NO
9	26,00	NCA	G1	120	3450	NO	III A	NO
10	38,00	NCA	G3	30	3390	NO	III B	NO
11	27,00	NCA	G1	113	3740	SI	III C	DIASTASI
12	35,00	NCA	G1	180	3470	NO	III A	NO
13	39,00	CA	G1	60	3490	NO	IV BH	NO
14	41,00	CA	G1	180	3420	NO	III A	NO

Dalle legature al vibratore anale: una donna affetta da dolore pelvico cronico e il suo percorso clinico

DE CHINO STELLA

Fisioterapista e formatrice. Schio, Vicenza

Riassunto: viene descritto il caso di una paziente affetta da dolore pelvico cronico, il suo pellegrinaggio alla ricerca di una cura "medica" e l'approdare ad un approccio basato sulla presa di coscienza. Si descrive l'utilità del vibratore anale per favorire una maggior consapevolezza sensoriale e propriocettiva.

Parole chiave: Dolore pelvico cronico; Legature elastiche; Prolasso della mucosa; Vibratore anale; Sindrome del colon irritabile.

La signora Franca soffre da un paio d'anni di emorroidi, sindrome del colon irritabile e dolore pelvico.

Dopo la visita con l'ennesimo proctologo le viene proposto un piccolo intervento di legatura elastica che, a detta del medico, risolverà il dolore che sente dopo l'evacuazione, legato a suo parere ad un prolasso della mucosa rettale. Franca si sottopone fiduciosa all'intervento ma, passata la convalescenza, durante la quale sembra sia normale avere dolore, si accorge che c'è un peggioramento. Il medico allora la sottopone ad altre 4 legature, intervallate 3 mesi una dall'altra.

Il dolore dopo l'evacuazione oltre a non sparire, permane per ore ed è accompagnato da un senso di angosciante bruciore. Torna per un controllo e viene inviata ad una collega fisioterapista con la quale intraprende un percorso di ginnastica pelvica. La situazione però continua a non migliorare.

Si rivolge allora ad un medico anestesista che ipotizza una legatura troppo "stretta" (?), diagnostica un dolore neuropatico con allodinia statica e dinamica e la sottopone ad infiltrazioni di lidocaina nel ganglio impari.

Il dolore diminuisce notevolmente cosi come il senso di angoscia.

A questo punto Franca arriva nel mio studio. Mi racconta frettolosamente e senza prendere fiato tutta la sua storia clinica e la prima cosa che noto è la "confusione dei sintomi".

In un unico calderone mette "el mal de pansa" e il dolore rettale, la dispareunia e la lombosciatalgia. La invito a "rallentare" la narrazione e a mettere insieme a fuoco ciò che più le crea sofferenza in questo momento. È il dolore rettale a crearle maggior disagio. Dolore al momento dell'evacuazione, ridotto notevolmente dopo, ma presente.

Iniziamo con il massaggio del perineo e dell'addome; nel farlo le fornisco i primi rudimenti di presa di coscienza. Le spiego cos'è uno spasmo anale e le insegno a rilassare l'ano. Ha molta difficoltà a concentrarsi sul corpo e non smette di parlare anche durante il trattamento.

Le propongo i dilatatori ma non gradisce l'idea, la trova invasiva. Decido quindi di proporle l'utilizzo a domicilio di un mini vibratore anale spiegandole che la vibrazione è una sorta di massaggio interno e che potrebbe darle beneficio . Il vibratore "joy lover black" è un mini vibe nato per iniziare al piacere anale quindi molto piccolo e "graduale" nel volume (Figura 1). Permette alla paziente di "sentire" le aree di tensione, lasciar andare la contrazione e "graduare" la dilatazione anale inserendolo via via sempre più in profondità. Il materiale è ABS e Silicone. È lungo 9,5 cm e ha un diametro crescente da1 a 2 cm. Questo permette una graduale distensione della muscolatura anale evitando meccanismi di contrazione antalgica.

Continua ad avere difficoltà a trovare un momento di quiete profonda durante la seduta e ipotizzo che l'utilizzo del vibratore a domicilio possa essere un'opportunità per ascoltarsi senza interferenze esterne.

Questa proposta viene gradita e inizia il lavoro a casa. Vi è un ulteriore miglioramento dei sintomi. Permane la sindrome da intestino irritabile. Nel blog di Raffaele Morelli trovo questa interpretazione psicosomatica: "*la spiccata alternanza di comportamento intestinale equivale a un'alternanza di atteggiamento mentale e psichico: apertura e chiusura, dare e trattenere, esprimere e aspettare, affermarsi e tirarsi indietro, agire e non agire, legittimare i propri bisogni e negarli, arrabbiarsi e nascondere la rabbia*"[1]. Se mi soffermo sui contenuti dei suoi ragionamenti, mentre la tratto in effetti riscontro spesso animosità e rabbia verso alcuni medici, alternata a gratitudine profonda verso altri, da un lato grande preoccupazione verso le figlie e dall'altro rabbia per le incomprensioni che spesso si generano in famiglia. La sensazione che non sia solo l'intestino ad essere irritabile ma tutta la persona, diventa una certezza.

Nonostante ciò l'essersi appropriata della cura della zona anale è stato un passo importante. La tendenza a passare da uno specialista all'altro si è ridotta mentre c'è una maggior fiducia nelle proprie capacità. Risento la paziente a distanza di tre mesi dall'inizio delle applicazioni, che continua a fare tutti i giorni per cinque minuti un paio di volte al giorno, e mi riferisce che il dolore durante e dopo la defecazione è pressoché scomparso.

Figura 1. – Vibratore "joy lover black".

Ciò che di questa storia clinica mi lascia perplessa è l'accanimento che ha preceduto la fase maggiormente dolorosa della paziente: cinque legature elastiche nel giro di alcuni mesi con un continuo peggioramento dei sintomi.

La scarsa capacità a guardare "oltre il sintomo" spesso crea errori macroscopici nell'approccio. La logorrea di questa donna è marcata e potrebbe sottendere una sindrome bipolare o un problema d'ansia. In entrambi i casi un supporto psicologico diventa indispensabile. Nel mio percorso terapeutico, terminata la fare di presa di coscienza, Franca verrà inviata ad un collega psicoterapeuta.

Vorrei chiudere con alcune domande e provocazioni:

– si tiene sufficientemente conto nella fase di valutazione colon proctologica di eventuali implicazioni di tipo emozionale?

– è possibile fare un lavoro interdisciplinare nelle problematiche anorettali? Quali potrebbero essere le figure professionali coinvolte?

– come creare una rete, anche nel privato, per fare in modo che tutti gli specialisti possano avere una rosa di professionisti diversi che si integrino e comunichino fra di loro con un linguaggio comune e comprensibile (possibilmente anche al paziente)?

Sogno un futuro diverso. Un futuro dove non ci si focalizza più sul prolasso, sul dolore, ma si allarga lo sguardo e si tiene conto della persona in un percorso che gradualmente la possa sganciare dalle figure sanitarie.

Il marito di Franca quando la vede usare il vibratore sorride sornione e le dice "sei sicura che ti serva?" e lei risponde "me lo ha detto la fisioterapista!". Mi piace pensare che ciò che di me resterà a Franca sarà un'ottima "scusa" per prendersi cura di sé.

Corrispondenza:
STELLA DE CHINO
Via Righi 32 Schio (Vi)
stelladechino@gmail.com

La storia del clistere (parte terza)

ANDREA MENEGHINI, NICOLA MENEGHINI

Come abbiamo visto nei precedenti articoli sulla pratica del clistere[1,2] ogni popolazione dell'orbe terraqueo, in tutti i tempi, ne aveva intuito la funzione ed i benefici adattando la pratica alle proprie tradizioni, conoscenze, esperienze.

Così in Costa d'Avorio le popolazioni più tribali si tramandano la pratica di tritare in un mortaio il peperoncino (anche se non è dato sapere con quale carica di piccantezza), diluirlo in abbondante acqua ed assumerlo tramite una grande zucca rampicante vuota con un lungo gambo che funge da cannula, mentre nei villaggi del Brasile si utilizza al medesimo scopo il lungo intestino di un bue appeso ad un bastone, il cui uso, in alcune popolazioni, era quasi un rituale prima di cominciare il pranzo, eventuali ospiti compresi.

In Congo ancor oggi le mamme soffiano con forza nel retto del bambino, con una canna di bambù, dell'acqua che hanno riscaldato tenendola in bocca (Fig. 1). Un po' come per gli antichi Egizi.

Figura 1. – Clistere praticato al bambino con la bocca.

Noto e utilizzato da Martin Lutero e Shakespeare, il serviziale ha avuto un'enorme diffusione in Francia nel Rinascimento, dove tutti, in base alle disponibilità, lo praticavano più che regolarmente, dal Re alle cortigiane ai più miserevoli popolani; né fu estraneo a Roma dove dai tempi antichi all'Illuminismo fu pratica consueta di imperatori e cardinali, papi e sovrani.

Leggendo i *"Consulti medici"* del medico-poeta seicentesco Francesco Redi possiamo evincere che raccomandava la sobrietà nell'uso del clistere, di cui era un convinto sostenitore, e moderazione sia sulla qualità delle sostanze che nella loro quantità, sui volumi da introdurre e sulla frequenza delle somministrazioni. Acqua semplice, con l'aggiunta talvolta di brodo, sale, zucchero e burro: questi gli ingredienti preferiti dal Redi per i clisteri che ordinava ai suoi pazienti[3].

Per una sua intuizione/convinzione ed in controtendenza per l'epoca, raccomandava di trattenere il più possibile il liquido nell'intestino perché *"umetta le fecce e fa tanto bene al ventre"*. Le patologie che riteneva di poter trattare con l'enteroclisma vanno dalla *"gravezza di stomaco"* al *"tumore nell'utero"*, la *"stitichezza di ventre"*, l'*"ipocondria"*, le *"febbri"*, le *"flussioni podagriche"*, *"ardore di stomaco"*. Una panacea, insomma!

Figura 2. – Somministrazione anale di fumo di tabacco in un annegato.

Ma l'apoteosi di questa millenaria pratica "igienica" è stata raggiunta quando nel 1780 la Royal Humane Society fece installare dei kit di rianimazione, in vari punti lungo le rive del Tamigi, che contenevano uno strumentario di avanguardia per il soccorso agli annegati. Una delle applicazioni fondamentali consisteva nella somministrazione di un clistere di fumo di tabacco (Fig. 2, 3). I medici dell'epoca credevano che la farmacodinamica del fumo per via rettale si esplicasse come un potente stimolante del battito cardiaco: *"un forte stimolo dell'intestino attraverso il fumo di tabacco e il conseguente stiramento e movimento dello stesso si estende ai muscoli intestinali e al diaframma, fino a che il torace si spande di nuovo, e il respiro riprende*". Inoltre il fumo di tabacco, secondo la credenza medica di allora avrebbe anche riscaldato la vittima dell'affogamento, asciugando le interiora ed eliminando l'umidità eccessiva.

Ultima annotazione, nel 1918 durante la pandemia influenzale chiamata "spagnola" che mieté milioni di vittime, il tentativo principale di rianimazione era l'insufflazione rettale di caffè e fumo di tabacco.

Il clistere di fumo di tabacco venne molto praticato anche che per altre infermità come mal di testa, ernia, crampi addominali, febbre tifoide e nei malati terminali di colera[4-7].

"Senza i clisteri, non avrei potuto sopportare l'esistenza (in esilio a Sant'Elena) *e, conformemente alle mie idee sul diritto dell'uomo al suicidio, avrei abbreviato i miei giorni"* scrive Napoleone Bonaparte, secondo quanto riportato da Gilbert Berthe nel suo *Historique de la purgation*, (Paris 1909).

Napoleone è, temporalmente, dietro la porta e, negli anni successivi, con l'avanzamento tecnologico forme e ma-

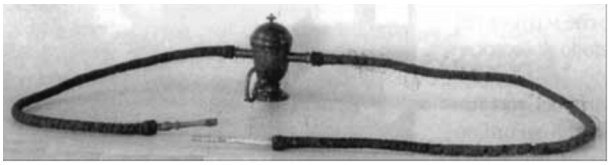


Figura 3. – Clistere di fumo di tabacco. Fine XVIII secolo. Museo di storia della Medicina, Zurigo.

teriali si sono evoluti consegnando alla nostra civiltà perette di gomma, clisteri con contenitori in vetro e cannule di materiale flessibile e resistente, rendendo più agevole la pratica, che non ha perduto i suoi estimatori.

Magari, adesso, si parla meno di clistere e più di idrocolonterapia[8], ma il prodotto non cambia. L'assunzione di liquidi per via rettale rimane, tanto da essere diventato un cult in certi ambienti.

L'idrocolonterapia si afferma nel 1900, come trattamento indicato per affezioni del fegato, coliti, colera e come supporto agli interventi chirurgici, oltre che come prevenzione a molte infezioni e malattie. Il premio Nobel per la medicina nel 1908 Metchnikoff, studioso tra le altre cose della flora batterica e del suo ruolo nell'intestino, esprimeva l'importanza della funzione del colon per la salute umana con la frase: *"la morte ha origine nel colon"*.

Una somministrazione che attualmente va per la maggiore è quella di caffè, stante i suoi asseriti benefici epatici stimolando la produzione della bile e favorendone il deflusso. E ancora, aumenta il tono dei muscoli pelvici, depura e schiarisce la pelle, migliora l'idratazione, attenua il dolore mestruale, infonde pace e serenità.

Certo le modalità di assunzione, a leggere la miriade di siti che troviamo in internet, hanno esaltato un aspetto già presente nel Rinascimento e riguardante la ritualità connessa alla pratica e, in maniera più subliminale, quell'aspetto velatamente erotico correlato alle parti anatomiche coinvolte.

Sta di fatto che al mondo milioni di persone assumono anche quotidianamente un caffè per via retrograda e pare essere una pratica consueta per molte star di Hollywood come Kourtney Kardashian, Cher, Leonardo di Caprio, Madonna solo per citare i più noti. Ma anche la Principessa Diana pare ne fosse una estimatrice.

Quindi, che dire? Se una pratica sanitaria è riuscita a sopravvivere più dell'agopuntura, magari – *evidence based* o no – una qualche funzione dovrà pur avere... .

E vogliamo salutarvi con questa domanda:

Che differenza c'è tra il silenzio e il clistere?
Il silenzio è acqua in bocca!

BIBLIOGRAFIA

1. Meneghini A, Meneghini N. Il serviziale, parte 1. Pelviperineologia 2015; 34: 54-55.
2. Meneghini A, Meneghini N. Il serviziale, parte 2. Pelviperineologia 2016; 35: 38-39.
3. Guitard EH. Les annales Cooperatives Pharmaceutiques, Avril 1939.
4. Gonzales-Crussi F. Organi vitali. Esplorazioni nel nostro corpo. Piccola Biblioteca Adelphi, 2014.
5. Lorenzoni P. La giuliva siringa, Edizioni del Borghese. Milano, 1969.
6. Renner. C. Histoire illustrée des etains médicaux. Egv Editions, Paris 2010.
7. Valerio N. Va dove ti porta il colon http://nicovalerio.blogspot.it/2006/01/la-siringa-di-dio-va-dove-ti-porta-il.html.
8. Mazzuca L. Idrocolonterapia, AIT, 2000.

APPENDICE

BREVIARIO PER LA PREPARAZIONE E LA SOMMINISTRAZIONE DI INFUSI PER ENTEROCLISMA

A seconda del loro effetto terapeutico, esistono **diversi tipi di clistere** da applicare allo scopo; di seguito ecco una breve lista degli usi curativi di maggior diffusione.

Clisteri purgativi, solitamente a base di acqua tiepida, in cui sono state disciolte sostanze con effetto purgativo come la glicerina. Questi clisteri vengono consigliati per coloro che soffrono di stitichezza. Al posto della glicerina possono utilizzati due o tre cucchiai di olio di oliva, sapone o altre sostanze saline che hanno il medesimo effetto.

Il tipo più semplice di enteroclisma si fa con il bicarbonato ovvero se ne aggiungono 3 grossi cucchiai all'acqua e si mescola.

Si possono fare anche con il sale marino integrale, aggiungendone 100 g all'acqua (consiglio di non iniziare subito con la dose massima, ma con 60 g e aumentare gradualmente).

Con il succo di 3 limoni.

Con la tisana di fieno greco o con la tisana di coda cavallina (si possono fare 1 litro d'acqua e 1 di tisana o 2 litri di tisana), si porta ad ebollizione l'acqua e si mettono 2 cucchiai per litro di fieno greco o coda cavallina, si lascia in infusione per 15 minuti e successivamente si filtra.

Con l'aglio, facendo bollire per 5 minuti in 1/2 litro di acqua 4 spicchi di aglio.

Con il caffè, mettendo 3 cucchiai grossi di caffè biologico in mezzo litro di acqua in ebollizione per 7-8 minuti senza coperchio, poi si spegne il gas e si lascia in infusione per 15 minuti, infine si filtra.

Soluzione con caffè (meglio se biologico):
- far bollire mezzo litro d'acqua ed aggiungere 3 cucchiai grossi di caffè biologico lasciando bollire per 7 minuti. Filtrare ed utilizzare.
- versare nella sacca del clistere mezzo litro di acqua quindi aggiungere quello al caffè;
- valutare che la temperatura della soluzione sia corretta (36/37°)
- procedere alla assunzione.
- trattenere almeno 15 minuti e poi evacuare.
- Per un'azione più completa

Soluzione con equiseto (coda cavallina) o altra tisana – infuso:
- per ogni soluzione usare mezzo litro di acqua (singolo utilizzo per persona)
- far bollire mezzo litro d'acqua e quando l'acqua bolle spegnere ed aggiungere 3 cucchiai grossi di equiseto (o altre erbe) e lasciar riposare almeno 10-15 minuti o oltre, poi filtrare ed utilizzare
- versare nella sacca del clistere 1,5 litri quindi aggiungere l'infuso fino a riempire la sacca (2 litri)
- valutare che la temperatura della soluzione sia corretta (36/37°)
- procedere alla assunzione.
- trattenere 10-15 min., o più, poi evacuare.

Clistere con sale da cucina

1 cucchiaio da tavola di sale da cucina disciolto in ogni litro di acqua calda, il sale previene e limita l'assorbimento di acqua dal colon; portando i sali contenuti nella soluzione in equilibrio con quello dei fluidi del corpo si arresta il trasferimento dei fluidi attraverso le pareti del colon.

Clistere con bicarbonato di sodio:

1 o 2 cucchiai da tavola di bicarbonato di sodio disciolti in ogni litro di acqua, oppure 1 cucchiaino da tè di sale ed 1 cucchiaio da tavola di bicarbonato di soda per ogni litro di acqua. Il clistere del bicarbonato di sodio è utile durante la diarrea.

Clistere con olio e glicerina:

Aggiungere in 1 litro e 12 di acqua calda, 2 cucchiai da tavola di sale da cucina, 2 cucchiai da tavola di olio d'oliva e 2 cucchiai da tavola di glicerina. Questa soluzione di clistere assicura una buona pulizia.

Clistere alla camomilla:

Aggiungere in 2 litri di acqua bollente sterilizzata 6 cucchiai da tavola di camomilla oppure 4 bustine filtro, raffreddare la soluzione a 41C e filtrare. Il clistere di camomilla contribuisce a placare la peristalsi intestinale per lenire il colon.

Clistere alla malva:

Aggiungere in 2 litri di acqua bollente sterilizzata 6 cucchiai da tavola di malva, raffreddare a 41C e filtrare. Il clistere alla malva contribuisce a rinfrescare e decongestionare l'infiammazione del colon, esplica un'azione lenitiva calmante e cicatrizzante.

Clistere alla malva e camomilla:

Aggiungere in 2 litri di acqua bollente sterilizzata 3 cucchiai da tavola di malva e 3 cucchiai da tavola di camomilla, raffreddare a 41°C e filtrare. Nel clistere di malva e camomilla, la malva contribuisce a lenire rinfrescare e decongestionare l'infiammazione del colon, mentre la camomilla contribuisce a placare i movimenti dell'intestino, ripulisce e decongestiona il colon.

Clistere di semi di finocchio:

1 cucchiaino di semi di finocchio in 2 litri di acqua bollente, raffreddare a 41C e filtrare. Il clistere ai semi di finocchio è un ottimo rimedio contro il gas intestinale, flatulenza e gonfiore di pancia.

Clistere di aglio:

Bollire per 5 minuti in 1/2 litro di acqua 4 spicchi di aglio, filtrare raffreddare ed aggiungere 1 litro e 1/2 di acqua sterilizzata. Il clistere di aglio esplica un'azione fungicida ed antibatterica

Di seguito tutti i passaggi corretti per eseguire al meglio di un clisma intestinale:

- Riempire la borsa con la soluzione adatta allo scopo terapeutico;
- Fare uscire dal tubicino una piccola quantità di liquido, al fine di evitare la formazione di bolle d'aria nel circuito;
- Lubrificare il beccuccio da inserire nell'ano;
- Distendersi sul fianco sinistro, oppure carponi sul pavimento;
- Inserire il beccuccio nell'ampolla rettale;
- Aprire la valvola e lasciare scorrere il liquido all'interno del colon. Durante questa fase, in cui tutto il contenuto della sacca va vuotato all'interno dell'intestino, si potrebbe provare lo stimolo dell'evacuazione o comunque sensazioni fastidiose; per calmarvi, potete girarvi sull'altro fianco e massaggiarvi il ventre;
- Terminato il liquido chiudete la valvola, estraete il beccuccio, giratevi sul fianco opposto e massaggiatevi la pancia con movimenti circolari, finché sentite un forte stimolo di evacuare.
- smontate l'attrezzatura e pulire tutti i suoi pezzi con la massima attenzione, utilizzando ad esempio un disinfettante naturale come il bicarbonato di sodio disciolto in una bacinella d'acqua in cui mettere tutto in ammollo.

È da tenere presente che:

Se si utilizzano erbe medicinali, è sempre bene consultare il proprio medico per individuare il principio attivo presente nella pianta con il quale si intende preparare la soluzione, valutare l'azione che esercita nell'organismo e prestare particolare attenzione alle controindicazioni;
fare il clistere lontano dai pasti e dalla digestione;
mangiare dopo alcune ore frutta o verdura cruda;
se durante il clistere si prova dolore o compaiono spasmi addominali, utilizzare acqua leggermente più calda, da 37° a 38° è una buona temperatura per rilassare l'intestino, probabilmente un po' irritato;
è, infine, utile durante i periodi di utilizzo del clistere assumere giornalmente fermenti lattici per favorire il ripristino della normale flora batterica.

LINK UTILI:

- http://flowingfree.org/7-natural-enema-solutions-you-can-use-at-home/
- http://www.health-information-fitness.com/apcve.htm
- http://www.health-information-fitness.com/catnip-tea-enema.htm
- http://www.spaziosolosalute.it/come-farsi-un-clistere-a-casa.html
- http://tesi.cab.unipd.it/52541/1/costa.nicola.1027242.pdf
- http://www.my-personaltrainer.it/salute/clistere.html
- http://www.ass1.sanita.fvg.it/opencms/export/sites/ass1/it/azienda_informa/_docs/servizio_infermieristico/io_clisma_r00.pdf
- http://it.wikihow.com/Farsi-un-Clistere

Corrispondenza:
Andrea Meneghini
Padua Teaching Hospital, Rehabilitation Unit, Via Giustiniani 1, 35128 Padova, Italy, Tel. +39-049-8211270
E-mail: dott.andreameneghini@gmail.com

Il racconto di Giorgetti: Il viaggio con il sole

Sono nato in un paese in riva al mare Adriatico, ma con i miei, quando avevo cinque anni, ci trasferimmo in un altro più grande, in collina, distante quindici chilometri da quello d'origine.

L'estate, però, tutta la famiglia (eravamo cinque figli e gli altri quattro erano molto più grandi di me) ritornava nella casa al mare e ci restavamo fino all'inizio dell'anno scolastico.

Poi, quando avevo dieci anni, quella casa venne affittata, e la mia stagione estiva subì una modifica: finita la scuola, venivo affidato ad una zia. Lei, il marito, un figlio e mio nonno, abitavano in una grande e importante casa del 1800, proprio davanti al mare. C'erano tante stanze e lì era sempre vissuta la numerosa famiglia di mio padre.

Io e mio cugino ci ignoravamo: era il mio opposto. Lui tranquillo, ubbidiente, studioso; a me la scuola non piaceva, vivevo prevalentemente in strada, sempre di corsa e con le ginocchia sbucciate.

Comunque, per mia zia, in quei tre mesi, non ero un problema: se arrivavo all'ora dei pasti, mangiavo a tavola con gli altri, se non c'ero voleva dire che non avevo fame.

Però sapevo dove era la dispensa e mi arrangiavo. Nemmeno per andare a dormire e per alzarmi avevo orari.

Ero libero: ero il bambino più felice al mondo.

Facevo parte di un gruppo (una decina di coetanei) molto affiatato, tutti tifosi della Juventus: sulla spiaggia, facevamo partite infinite di calcio con palloni rubati all'oratorio dei Salesiani.

Dormivo da solo in una stanza al terzo piano, proprio davanti al mare e da lassù, una mattina, per puro caso, vidi sorgere il sole dal mare: un'emozione così non l'avevo mai provata.

Restai inchiodato davanti alla finestra con il fiato sospeso.

Non so per quanti, giorni, poi, assistetti a quel miracolo, ma furono certamente tanti e mi dispiaceva quando mi svegliavo tardi e mancavo all'appuntamento.

Quando il sole era alto e infuocato dominava il cielo, guardarlo era impossibile; ma all'alba si lasciava ammirare.

Un pomeriggio ero salito all'ultimo piano della casa del nonno e da lassù avevo visto il sole sopra a delle colline anonime, in un cielo rosato: in quella luce sbiadita, lentamente, era sparito. Restai deluso: quella non era una fine degna per il mio sole, non era quello il palcoscenico adatto per l'uscita di scena d'un grande protagonista.

In quei giorni era entrato nel mio gruppo un ragazzo romano: aveva uno o due anni più di noi, ma era alto e grosso, e molto più sveglio.

Diceva che girava per tutta Roma salendo sugli autobus senza pagare, che aveva una fidanzata e che con lei andava al cinema e li la baciava.

A noi le sue vanterie non ci interessavano proprio: l'avevamo accettato perché juventino e perché aveva sempre le tasche piene di caramelle e le offriva.

Si chiamava Federico, ma per noi era Nuvola e a lui quel nome piaceva.

Gli venne appioppato perché avendo il deretano molto grosso, uno di noi disse che se si sedeva sopra un sacco di farina e faceva un peto, vuotava il sacco e in cielo si formava una nuvola.

"Perché mi chiamate Nuvola?" ci chiese.

E uno: "Abbiamo visto la foto del grande automobilista Tazio Nuvolari e tu gli assomigli."

"Allora chiamatemi Nuvolari!" obbiettò.

"No, Nuvola è più breve."

E lui fu soddisfatto.

Io invidiavo a Nuvola il padre ferroviere: grazie a lui, tutta la famiglia, a suo dire, poteva viaggiare sui treni gratis.

Da solo, quell'anno, era arrivato da Roma. Adesso era ospite dagli suoi zii. Ci disse che viaggiava molto: andava dai nonni a Civitavecchia o da una zia ad Ostia, sempre da solo, e andava e veniva tutte le volte che voleva!

E così seppi da lui che ad Ostia il sole tramontava sul mare.

"E com'è?" gli chiesi.

"Ostia, rispetto a Roma, è una piccola città e ..."

"No, il sole. Com'è quando tramonta sul mare?"

"Come vuoi che sia! Sparisce, non si vede più e poi arriva il buio, come accade qui o a Roma."

Che delusione! Nuvola si dava tante arie, viaggiava molto, e non sapeva nulla dello splendore del sole.

Il tramonto sul mare! Era quello, per il mio sole, il palcoscenico adatto per concludere il suo maestoso viaggio sopra la terra.

Se partivo subito dopo averlo visto sorgere dal mio mare e arrivavo ad Ostia lo stesso giorno, potevo assistere al tramonto; se poi ripartivo immediatamente, potevo rivederlo emergere dal mio mare.

"Eccomi! Ci sono!" gli avrei urlato quando spuntava.

E Lui, vedendomi, si sarebbe stupito.

Io, con il mio sole, ci parlavo.

Poiché Nuvola, sui treni, era in grado di saper tutto, gli dissi che volevo andare ad Ostia.

"Perché?"

"Voglio vedere tramontare il sole sul mare."

"Stai scherzando!"

"No."

"Allora sei tutto scemo!"

"Mi devi aiutare. Vorrei partire con il treno da qui al mattino molto presto, per arrivare ad Ostia e ripartire da la dopo il tramonto, per essere di nuovo qui prima dell'alba."

"E faresti tutta questa fatica... per vedere sorgere e tramontare il sole?"

"Si."

"Sei veramente scemo."

"Se sei un amico mi devi aiutare. E non lo devi dire a nessuno: deve restare un segreto fra noi."

"Allora vengo con te."

"No, mi devi aiutare e lasciarmi andare da solo."

"Va bene. Oggi telefonerò a mio padre lui mi darà tutti gli orari."

"Voglio anche sapere la spesa."

Il giorno dopo mi fornì un piano dettagliato, ma non ce la facevo a ritornare a casa prima dell'alba: nella nostra stazione fermavano solo i treni denominati Accelerati, cioè quelli che si fermavano in tutte le stazioni e che andavano a passo di lumaca.

"Va bene: vado lo stesso."

Mi dette un foglio: partivo un'ora dopo l'alba e, con un solo cambio di treno, arrivavo a Roma nel primissimo pomeriggio. Lì, appena giunto in stazione, dovevo fare un biglietto di andata e ritorno per Ostia e chiedere a che binario dovevo andare. Il viaggio per Ostia era breve. Dopo il tramonto ritornare a Roma non era un problema: c'erano molti treni, ma comunque per le ventidue dovevo essere a Roma. Li dovevo fare il biglietto per il ritorno a casa. Probabilmente, sul binario numero sei, avrei trovato il mio treno. Ma le difficoltà arrivavano adesso: alle tre di notte quel treno terminava la sua corsa, perciò dovevo scendere e andare nella sala d'aspetto della stazione. Lì ci dovevo restare fino alle cinque.

Alle cinque, sul binario otto trovavo il treno che mi portava a casa.

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

"Va bene, ho capito tutto."

"E invece non hai capito niente! Di notte le stazioni ed i treni sono pericolosi. Si può incontrare brutta gente. E poi, se ti addormenti, chissà questa faccenda come va a finire."

"Non ti preoccupare, non dormirò."

"Dammi retta: non devi viaggiare di notte e da solo: è pericoloso!"

"Dimmi piuttosto quanto costano tutti quei biglietti?"

Disse la cifra.

"Il mio vero problema è questo: non ho tutti quei sodi."

"Se hai voglia di lavorare, in quindici giorni potresti averli."

Mi dissi che gli zii lì, in paese, avevano da poco aperto una fabbrica di caramelle (ecco perché lui ne aveva sempre le tasche piene) e la vendita la facevano direttamente, nei paesi dei dintorni, nei giorni di mercato, esponendo la merce sul mezzo con cui viaggiavano.

Poiché d'estate il lavoro era aumentato, Nuvola era arrivato da Roma per aiutarli.

"Due mani in più, in questo periodo, ai miei zii farebbero certamente comodo."

"E cosa dovrei fare?".

"Quello che faccio io: incarto le caramelle. È una cosa semplice: ogni tipo ha la sua carta. Per quelle alla menta la carta è verde; gialla per quelle al limone; rosa per quelle all'arancio; rossa per quelle al mandarino e così via. Hai davanti le scatole con le caramelle e quelle con le carte; metti una caramella al centro e poi, un'estremità della carta la giri, con due dita di una mano, a sinistra e, contemporaneamente, con due dita dell'altra mano, la giri a destra e il gioco è fatto."

Prese dalle tasche una caramella e mi mostrò il procedimento.

"Le grandi fabbriche hanno una macchina per avvolgerle, ma mio zio ancora non se la può permettere e perciò quel lavoro va fatto a mano. Se gli dico che ho un amico disposto ad aiutarci per qualche giorno, dirà certamente di sì: c'è molta richiesta e siamo indietro con il lavoro."

E così, da quel pomeriggio, dalle quindici alle venti, per quindici giorni, incartai e succhiai una quantità incredibile di caramelle.

Dopo il secondo giorno ero diventato abilissimo. Lavoravamo (gli zii, Nuvola ed io) in uno stanzone squallido: lunghi tavoli con sopra scatoloni con le caramelle e le carte per avvolgerle.

"La fabbrica è nel retro?" chiesi a Nuvola.

"Quale fabbrica!"

"Quella dove si fanno le caramelle."

"La fabbrica è questa e le caramelle lo zio le acquista."

Ci rimasi male.

Durante il lavoro Nuvola ed io parlavamo di continuo, e scoprii che era di una generosità incredibile.

"Mio padre è un impiegato delle ferrovie ed è addetto al deposito merci; mio fratello viaggia sui vagoni letto. Va anche all'estero, a Parigi. Lui dice che ogni notte gli capita un'avventura con qualche bella signora. Io non farò il ferroviere, ma il pilota di aerei. Tu cosa farai da grande?"

"Forse il pittore."

"Disegni bene?"

"No, ma mi piacciono i quadri con i paesaggi, con le figure, con i fiori. Oppure farò il musicista. Ma non uno che suona, uno che dirige l'orchestra, che dice come e quando devono suonare quelli che hanno in mano gli strumenti. La mia maestra delle elementari, diceva che dovrei fare lo scrittore perché so inventare storie."

"Storie ... come?"

"Faccio parlare i cani, i gatti, gli uccelli ed anche i pesci!"

"Allora sei un po' matto! Quando partirai per Ostia?"

"Appena sarò sicuro che in casa nessuno se ne accorgerà e che qualcuno dei miei non verrà qui."

"Fammi venire con te: in due si viaggia più sicuri."

"Se sei un amico, mi devi lasciar andare da solo."

"Va bene, ma mi dispiace. Devi stare molto attento."

E mi ripeteva, con sempre più dettagli, come dovevo comportarmi durante il viaggio di andata e, soprattutto in quello di ritorno; con calma mi descriveva la stazione di Roma e la città di Ostia.

Lo zio "carammellaio" era napoletano: basso di statura, con i capelli neri, ricci, parlava sempre ed era sempre in movimento.

A noi ragazzi ci chiamava "guaglioni" ma lo diceva in una maniera che si confondeva con "coglioni" e rideva.

Una mattina, prima dell'arrivo degli zii, Nuvola mi disse che il carammellaio aveva fatto cento mestieri: pizzaiolo, venditore di cravatte, poi di calzini, di pomodori in scatola, di sigarette di contrabbando, di biciclette, ...

"Adesso ha avuto un'idea ed è sicuro che, se riesce a realizzarla, diventerà milionario. Se mi giuri che non lo dirai a nessuno ..."

"Te lo giuro."

Andò in un armadietto e tirò fuori una scatola e mi chiese:

"Tu sai cosa significa FIAT?"

"Fabbrica Italiana Automobili Torino."

"Bravo. Adesso guarda questi involucri per caramelle."

In ognuno c'era una grande scritta: FICA.

Lo guardai a bocca aperta e lui:

"Fabbrica Italiana Caramelle. Un avvocato si sta interessando della cosa e, se non ci saranno difficoltà, le nostre caramelle avranno questi involucri. Zio dice che farà fallire La Perugina, la Motta, l'Alemagna,... tutte le grandi e le piccole ditte! E farà anche i lecca-lecca, sempre con questa scritta!"

Io ridevo come un matto e lui:

"Ma la sua idea non finisce qui! Vieni a vedere."

Mi portò nel retro della casa, nel cortile: sotto una tettoia c'era un sidecar: una specie di siluro nero attaccato ad una moto.

"È un sidecar. Lui guida la moto; la moglie e le caramelle sono sistema qui dentro; io mi siedo dietro di lui. La grande idea di mio zio è questa: apporrà una grande scritta rossa qui, sulla carrozzeria: La Supposta! Nei giorni di mercato andrà in giro per i paesi, lancerà qualche manciata di caramelle con il nuovo involucro e poi si fermerà nelle piazze. È sicuro che la gente farà a cazzotti per comperare le caramelle ed i lecca-lecca della FICA in vendita nella Supposta!"

Dopo quindici giorni suo zio mi dette più soldi di quanti me ne occorrevano per il viaggio.

E dopo qualche giorno:

" Nuvola, domani parto!"

"Hai pensato a come organizzarti per mangiare e per bere durante il viaggio?"

"No."

"È la conferma che tu sei tutto scemo. Ma come! Affronteresti un viaggio del genere senza mangiare e senza bere?"

"So che sui treni ..."

"Solo alcuni treni hanno il vagone ristorante e mio fratello dice che li si mangia male e si spende molto."

"Mi porterò qualche cosa da casa."

"Ti presterò la valigetta che ho usato per venire da Roma e ci metterò dentro l'acqua, il pane, due o tre salsicce, qualche mela e ... le caramelle. Ti porterò tutto domani mattina alla stazione. Va bene? E ... se non ci fossi io, tu a Roma ci arriveresti solo con il pensiero!"

Fra le tante raccomandazioni, mi ripeté più volte che dovevo viaggiare con abiti puliti, con le scarpe lucide e ben pettinato.

"Se non vuoi aver noie con i controllori, non devi sembrare uno zingaro o uno che scappa da casa. Devi stare tranquillo, come uno che viaggia spesso."

E poi mi ripeteva:

"Fammi venire con te!"

"Mi dispiace, ma questo viaggio lo devo fare da solo."

"Ma ti rendi conto dei rischi che corri?"

"Starò molto attento."

"Se non mi vuoi con te, facciamo così: dopo che hai visto il tramonto, vai a dormire da mia zia, ad Ostia. Le telefono e mi dirà certamente di sì."

"No, la mattina del giorno dopo debbo essere qui!"

"Ma non arriverai prima dell'alba!"
"Ma arriverò al mattino e mia zia non saprà mai che ho passato tutta la notte fuori di casa."
"Sei tutto scemo. E io lo sono più di te, ad aiutarti!"

Prima dell'alba ero sulla spiaggia.
Con una lentezza incredibile, il cielo era diventato sempre più chiaro e le stelle erano sparite.
In un punto preciso, proprio davanti a me, fra cielo e mare, qualcosa aveva brillato e poi, in un attimo, quella luce si era allargata, si era diffusa fra il cielo e il mare; sempre più rapidamente il chiarore era aumentato, mentre il colore del cielo ed del mare cambiavano continuamente.
Adesso il cielo era dorato ... si tingeva di rosso ...
Poi un'unghia di sangue si delineò sul mare e Lui, il Sole, lentamente, iniziò a sorgere, distendendo davanti a sé un lungo tappeto dorato che palpitava sulle increspature del mare.
Sorridevo felice: ero davanti al mio sole.
Senza fretta, ma emozionato, mi avviai verso la stazione.
Per le strade c'era poca gente e andavano tutti di fretta.
Vidi arrivare Nuvola con la valigetta in mano.
"Dammi i soldi, il biglietto te lo faccio io."
Aspettammo in silenzio l'arrivo del treno.
Quando lo vedemmo spuntare da dietro una curva, Nuvola mi consegnò la valigetta e se ne andò senza dire una parola, senza guardarmi.
Salii sul treno e mi sedetti vicino al finestrino.
Nuvola era lì, sul marciapiede, davanti a me, e cercava di sorridere.
Il treno partì.
Ero in viaggio, si stava realizzando il mio sogno.
Poco dopo arrivò il controllore: gli mostrai il biglietto.
"Sei solo?"
"Sì. A Roma mi aspettano i miei."
Nuvola mi aveva detto come dovevo comportarmi ed io eseguivo.
Ero tranquillo.
Guardavo continuamente al di là del vetro.
Io viaggiavo e il sole viaggiava sopra di me. Non sapevo dove fosse, ma questa sera ci saremo rivisti ... e salutati.
Restai sbalordito quando mi trovai nella stazione di Roma: era enorme e piena di gente.
Feci il biglietto e salii sul treno per Ostia: tutto procedeva benissimo.
La valigetta di Nuvola si era rivelata preziosa, uno scrigno pieno di delizie: due bottiglie d'acqua e una di aranciata; cinque panini; quattro salsicce; un pezzo di formaggio; quattro mele; due albicocche, una banana e ... tante caramelle.
Arrivai ad Ostia.
Avevo deciso: mi dirigevo subito sulla spiaggia e lì avrei cercato di dormire, così, di notte sarei stato sveglio.
Non ero " tutto scemo", come sosteneva Nuvola.
Stavo camminando con molta calma lungo il binario con la mia valigetta in mano.
Sentii, dietro di me, pronunciare a voce alta il mio nome.
Mi fermai: gelato, immobile.
Di nuovo il mio nome.
Mi girai: una ragazzina mi guardava e sorrideva.
"Sono la cugina di Federico. Questa mattina ha telefonato a casa e ha voluto parlare con me. Mi ha detto che arrivavi e che era preoccupato perché viaggiavi da solo. Adesso aspetta una mia telefonata.."
Non sapevo cosa dire: Nuvola mi aveva tradito.
Che delusione!
"Dai, non fare quella faccia! Era preoccupato!"
Stavo per mettermi a piangere, dalla rabbia.
Lei sorrideva; era molto carina. Forse aveva due anni più di me e di me era più alta.
Capelli biondi, lunghi; lisci; grandi occhi neri; un viso bello, pallido.
Era molto ben vestita.
"Hai fame?"
"No."
"Sei stanco?".
"No."
"Sai dire solo no?"
"No."
"E invece sì!"
Mi venne da ridere.
"Dai, non prendertela. Se vuoi me ne vado subito e ti lascio solo."
"Io ..."
Ci incamminammo verso l'uscita.
"Certo che hai un gran coraggio! Hai fatto tutto questo viaggio da solo!"
"Non è stato difficile."
"Ma posso sapere perché sei venuto ad Ostia? Federico non me l'ha voluto dire."
Non risposi.
"Non lo posso proprio sapere?"
Non risposi.
"Hai qui ... una fidanzata?"
Mi misi a ridere e:
"No, non sono ancora fidanzato."
"E lo credo bene! Hai meno anni di me!"
"Non credo."
"Nemmeno io ho un fidanzato. Ma non hai fame?"
"Questa valigetta era piena di roba da mangiare e ce n'è ancora."
"Ma allora me lo dici o no il perché di questo viaggio? Non ti fidi di me?"
Esitai un attimo e:
"Voglio vedere tramontare il sole."
Si fermò per guardarmi in faccia e:
"Mi stai prendendo in giro, vero?."
"No, te lo giuro."
Mi osservò qualche attimo e poi:
"Senti, io ho molto da fare. Il mare lo troverai di sicuro da solo; devi andando sempre diritto per quella strada" e me la indicò e poi:
"Telefonerò a Federico per dirgli che sei arrivato. Ciao."
E se ne andò.
Ci restai male. Peccato! Mi sarebbe piaciuto vedere il tramonto accanto a lei: era molto carina.
Arrivai sulla spiaggia: c'erano molte persone che facevano il bagno e tantissimi ombrelloni.
Era caldo.
Il mare sembrava immobile e a venti metri dalla riva, l'acqua arrivava appena alla pancia dei bagnanti.
"Faccio il bagno" dissi e iniziai a spogliarmi.
"Che cretino! E se mi rubano i vestiti?"
Mi misi a sedere.
Il sole era ancora alto e faceva veramente caldo.
Non sapevo cosa fare. Non avevo voglia di camminare.
Mi stavo terribilmente annoiando.
Forse, se c'era Nuvola ...
Mi sdraiai all'ombra di un muretto e misi la valigetta sotto la testa.
Avevo una stanchezza strana: di fatto ero stato sempre seduto, eppure avevo addosso una spossatezza che non avevo mai provato.
Era evidente che la tensione con cui avevo trascorso tutte quelle ore, mi stava giocando un brutto tiro. Mi addormentai.
Mi svegliai all'improvviso: qualcuno mi stava toccando e parlava.
Sopra di me, vidi il volto di una donna: sorrideva.
"Ti senti male? Hai bisogno di qualcosa?" e continuava a farmi domande, mentre io la guardavo e non riuscivo a rendermi conto di dove mi trovavo.

Dopo qualche attimo trascorso in quello smarrimento, mi alzai in piedi:

"Sto benissimo! ... Mi sono addormentato" e cercai di sorridere.

"E i tuoi dove sono?"

"A casa."

"Ma ... sei solo?"

"No. Davo andare subito, i miei staranno in pensiero."

Presi la valigetta in mano e via di corsa.

Mi confusi fra le persone che stavano passeggiando.

Il sole era già sopra il mare.

Camminai ancora un po' per allontanarmi dall'invadente signora e poi mi diressi verso la riva del mare.

Il mio sole era lì, davanti a me e mi aspettava per tramontare.

Un po' alla volta il cielo si tinse di rosso, di un rosso sempre più vivo e il grande disco, lentamente, si avvicinò e poi lambì il mare sul quale sussultavano scaglie luminose.

Lentamente.

Lentamente.

Lentamente.

Lentamente il grande disco scomparve.

Restò tanta luce fra il cielo e il mare.

Poi, un po' alla volta, quella luce si spense.

Ebbi come un brivido di freddo.

Il cielo si stava rapidamente scurendo.

Mi sentii solo.

Avevo perso tutta la mia sicurezza.

Dovevo andare alla stazione, eppure indugiavo.

Lentamente, con la valigetta in mano, mi allontanai dalla spiaggia.

Trovai il treno per Roma al binario numero due.

Arrivai alla stazione di Roma che non era del tutto buio, ma c'erano luci accese ovunque.

Feci il biglietto e salii sul treno.

Il mio sole l'avevo visto tramontare, sparire ... e mi dispiaceva.

Il tramonto era stato bello, ma ... triste.

Non vedevo l'ora di rivederlo, il mio sole: forte, prepotente, deciso a dominare il mondo.

In attesa che il treno partisse, detti fondo a tutto quello che era rimasto nella valigetta, ma avevo ancora fame.

Non ero deluso, ero ... triste.

Ostia e il suo mare non mi avevano entusiasmato.

Indubbiamente il tramonto sul mare era bello, ma quando il sole era sparito, aveva provato una specie di smarrimento, un senso di un vuoto: mi ero sentito solo.

Avevo lasciato la spiaggia quasi correndo.

Sul mio scompartimento arrivarono un uomo e una donna ancora giovani; lei aveva una gran pancia; era incinta.

"Sei solo?" mi chiese lei.

"Sì."

"E dove vai?"

Dissi il mio paese.

"Ma questo treno si ferma prima."

"Lo so: devo aspettare la coincidenza. L'ho fatto tante altre volte. Mio padre è un ferroviere e mio fratello viaggia sui vagoni letto."

"È sveglio il ragazzo" disse ridendo il marito.

"Io non lo farei viaggiare da solo" disse lei e poi sorridendomi:

"Sta tranquillo: con questo treno farai tutto il viaggio con noi."

Con Nuvola, quando gli riferivo quel colloquio, avrei fatto un figurone.

Dopo un po' la signora aprì un borsone e tirò fuori tre contenitori metallici: in uno c'erano delle lasagne; in un altro del pollo arrosto, nel terzo patate fritte.

Dette un piatto di carta al marito ed uno anche a me.

"La ringrazio, ma ..."

"Dai mangia! Si vede dalla faccia che hai fame!"

Ed era vero.

Mangiai molto e molto bene.

Lui era uno juventino e parlammo di calcio.

Mi addormentai.

"Siamo arrivati, giovanotto!" mi disse lui toccandomi la spalla.

"E adesso? Te la senti a stare da solo nella sala d'aspetto?" mi domandò lei.

"Certamente: l'ho fatto tante altre volte!"

Quando scesi dal treno ... restai senza fiato: lì, sul marciapiede, c'era Nuvola e c'era suo zio.

Nuvola ed io ci abbracciammo.

La signora e il marito, i miei compagni di viaggio, erano felici quanto me.

"Tutto bene?" mi chiese Nuvola.

"Benissimo."

"Cogliò, come era il tramonto sul mare?" mi chiese lo zio ridendo.

"Bello, ma il sole preferisco vederlo sorgere."

"E fra poco lo vedremo!" disse Nuvola dandomi uno scappellotto.

Erano arrivati con il sidecar ed io viaggiai a bordo della futura "Supposta".

Lo zio ci lasciò vicino a dove abitavo.

Era ancora buio.

Ci sedemmo in riva al mare.

Raccontai tutto a Nuvola: mi ascoltava e rideva.

E vedemmo sorgere il sole.

"Mi piace!" disse Nuvola e poi, dandomi una spallata:

"Sei stato veramente in gamba! Senti, che impressione ti ha fatto mia cugina?"

"È molto carina!"

"È una puttanella, va con tutti. Tu sei stato mai con una ragazza?"

"No."

"E... lì ti tocchi?" e indicò col dito il mio basso ventre.

"Qualche volta, ma è peccato e poi dicono che si diventa cechi."

"A me piace toccare quello dei ragazzi!"

"Ma ... sei scemo? Stai scherzando, vero?"

"Se mi vuoi bene ..." e si accostò per baciarmi.

Mi alzai di scatto e di corsa andai verso casa.

Per tre giorni Nuvola non si fece vedere e benché il suo comportamento sulla spiaggia m'avesse sconcertato, lo andai a cercarlo in fabbrica e trovai lo zio.

"Federico è ritornato a Roma, e se n'è andato proprio ora che avevo più bisogno di lui. Se mi dai una mano, mi faresti un gran favore" mi disse il gran genio del commercio ambulante.

"Va bene, ma verrò solo nel pomeriggio."

Lì, quando c'era Nuvola, era tutta un'altra cosa: con lui parlavo e ridevo, ora mi annoiavo.

Dopo una settimana chiusi con la fabbrica e non volli essere pagato, ma il genio del commercio mi riempì le tasche di caramelle.

L'estate successiva, appena arriva al mare, andai alla fabbrica di caramelle: mi aprì la porta lo zio. Mi riconobbe e chiesi notizie di suo nipote, di Federico.

"Sarebbe stato meglio che fosse morto! Meglio per lui e meglio per la madre, mia sorella!" disse in fretta e mi chiuse la porta in faccia.

Restai di sasso.

Ritornai il giorno dopo e questa volta trovai la zia.

Mi fece entrare.

"Ma cosa è successo a Federico?"

"Andava spesso al cinema e lì e per le strade, di notte, con i maschi, faceva cose sconce, vergognose. Una sera lo hanno riempito di botte e buttato in un fosso. L'hanno trovato al mattino, mezzo morto. Adesso è quasi cieco. È su una carrozzina.

Federico era diverso, ma era buono."

Mostri e mostre A cura di GUERRINO GIORGETTI

Da qualche tempo, come età, ho superato gli "anta" e così sono entrato nella grande famiglia di quelli che, quando ti incontrano, ti dicono "sembri un giovanotto": è l'evidente bugia che viene detta o ad un bambino per farlo sentire grande o a chi, giovanotto, lo è stato da tempo, e si vede.

Comunque, per quanto mi riguarda, ancora "tengo botta" (almeno credo) e quel complimento fino adesso non me lo sono meritato perché evidentemente dimostro tutti gli anni che ho e non ho nessun'intenzione di camuffarmi e tantomeno di illudermi. Ritengo che assistere senza problemi al trascorrere del tempo non sia una fortuna da poco, perché l'unica alternativa possibile è andarsene da giovani, e credo proprio che non convenga. Sono pertanto convinto che la cosa più importante sia accettare ciò che comporta l'anzianità. Ma per molti non è così: vorrebbero fermare il trascorrere del tempo su di loro.

Ho avuto la possibilità (quando giovane lo ero davvero) di incontrare gente dello spettacolo e da qualche tempo le varie televisioni ci ripropongono molti di quei personaggi: attori, cantanti, presentatori, gente che comunque ha avuto successo. La cosa che mi sbalordisce è che, mentre per i maschietti sono sempre evidenti i danni che il tempo ha provocato (le barbe ed i capelli tinti fanno tanta tristezza), per le signore non è così. Arrivano davanti alle telecamere briose, festanti e …belle!

Vengono chiamate "le rifatte" e mi hanno spiegato che la chirurgia estetica è in grado di fare veri e propri miracoli. Bene, ma perché quei miracoli avvengono solo per il gentil sesso? Infatti abbiamo tutti constatato che i maschi che si sono sottoposti ad analoghi interventi, quando ci vengono riproposti sugli schermi, non fanno proprio una bella figura. C'è un famoso stilista e c'è un'importante uomo politico che quando appaiono sembrano delle "mummie": hanno i volti tirati, incartapecoriti. E la loro immagine peggiora quando sorridono: lo fanno con la bocca socchiusa, "a culo di gallina". Forse sono costretti ad atteggiarsi così per evitare che si allentino i punti di sutura o perché è stato loro detto che potrebbero restare con la bocca mezzo spalancata.

Le donne invece vengono fuori dalle sale operatorie rigenerate: fianchi sottili, seni prosperosi e sodi, glutei perfettamente arrotondati e compatti, cosce polpose e gambe affusolate. E la pelle del viso? Rosea e liscia come le albicocche di maggio. E a loro che si muovono, che ballano, che ridono, non succede mai niente; sono disinvolte, esuberanti, le articolazioni non hanno cedimenti. Tutta la loro carrozzeria regge e resta sempre ben assemblata. E non finisce qui! Perché una volta uscite dalle sale operatorie, costoro non hanno più età: rimangono stabili nel tempo. Dopo un anno, dopo due, tre, quattro anni sui loro volti non si delinea nemmeno l'ombra di una ruga; il peso dei loro corpi resta sempre immutato: le bilance non registrano né un etto in più, né uno in meno.

È mai possibile che tutto questo avvenga solo con un intervento chirurgico? No, non ci credo. Secondo me quelle signore appena escono dalle sale operatorie, vengono regolarmente e immediatamente sottoposte ad un particolare trattamento, atto a garantire la conservazione del loro stato ad oltranza. Ne sono fermamente convinto: una volta uscite dalle sale operatorie, dopo essere state opportunamente restaurate e rimodernate, non possono più condurre una vita normale. Perciò, terminate le pubbliche esibizioni, debbono obbligatoriamente essere tenute sotto stretto controllo: vengono congelate, come le spigole, i merluzzi, le sogliole. E quando debbono riapparire in pubblico vengono tolte dalle celle frigo e solo dopo essere state opportunamente scongelate sono pronte per essere esposte, mostrate al pubblico. Sono belle, fresche, sode, come le spigole o le sogliole appena pescate.

E, secondo me, sono dei *mostri in mostra*.

E c'è un'altra domanda che mi faccio: come la vivono, quelle signore, la loro sessualità?

Perché, indubbiamente, così restaurate, qualche appassionato collezionista di oggetti d'alto antiquariato, lo troveranno di sicuro, ma loro, le signore scongelate, cosa proveranno quando sono fra le braccia del bene intenzionato?

C'è stato sempre detto e spiegato dalla classe medica, che tutte le nostre prestazioni sessuali sono condizionate dalle attività ormonali e che la presenza di questi ormoni, a loro volta, è condizionata dall'età effettiva, non da quella apparente.

E allora? Poiché è risaputo che le sogliole scongelate non sono più in grado di nuotare, secondo me le "belle signore rifatte" stanno lì, distese, con le pinne spalancate, ma restano immobili, senza avere, né dare emozioni.

Io, personalmente, al pesce congelato e poi scongelato, preferisco il baccalà. Indubbiamente, così come si presenta, non è tanto bello, non ha certamente le sembianze della freschezza, ma è tutto sapore ed ha, fra le pinne, ancora il profumo del mare in tempesta. E, sempre a mio parere, anche le "rifatte" che le televisioni ci propongono sono *mostri in mostra*.

Ma a proposito di *mostre e di mostri*, fino al 27 agosto, nel complesso del Vittoriano di Roma, si espongono le opere più significative (tele e sculture) di Fernando Botero. E le donne, gli uomini, i bambini, gli animali ed anche gli oggetti di Botero, un po' mostri lo sono, e l'autore stesso è un mostro di bravura.

Fernando Botero, colombiano, è nato nel 1932: non è pertanto giovanissimo, ma ha ancora una bravura ed una creatività incredibili. È uno dei pochi artisti che non conosce crisi di mercato: "Le sue opere" mi diceva un famoso gallerista veneziano, uno dei più importanti in Europa, "vanno via come il pane, perché è un investimento sicuro."

Naturalmente ha subito feroci attacchi da alcuni critici, quelli che dicono d'avere in esclusiva il dono dell'intelletto, gente che esalta solo opere e artisti "intelligenti", che solo loro (e alcuni loro laudatores) sarebbero in grado di apprezzare. Per costoro, oggetti che noi (comuni mortali), riteniamo mac-

Boterosutra

chie di colore, stracci incorniciati, pezzi di metallo saldati male, sono veri capolavori d'arte moderna, sono espressioni della sofferenza dell'artista contemporaneo.

E perché noi non apprezziamo quei capolavori e quegli artisti?

La risposta è semplice ed ovvia: non li capiamo, siamo ignoranti come le capre di montagna. Costoro, sanno argomentare bene le loro elucubrazioni, ma vendono fumo e mangiano l'arrosto. Infatti vengono molto ben remunerati per le loro prestazioni.

Naturalmente Botero non è un ingenuo: sa quali soggetti i suoi potenziali acquirenti preferiscono e lui quelle richieste le soddisfa, eseguendo però ogni opera con cura, attento ai dettagli, raggiungendo l'armonia estetica e, molto spesso, anche la poesia. E ottiene tutto questo senza la frenesia e l'ossessione di chi sa di poter mietere su un campo di grano maturo.

Il suo "marchio di fabbrica" inconfondibile è la sovrabbondanza. I suoi soggetti (donne, uomini, bambini, ecclesiastici, atleti, gente del circo, animali, nature morte, oggetti,...), li riproduce con molta fedeltà ma sempre … rotondeggianti.

È evidente che i personaggi umani di Botero hanno sempre mangiato molto e molto bene; però la loro pinguedine non l'hanno accumulata con pane e fagioli, ma con alimenti sostanziosi, raffinati e vini d'annata. Hanno carni sode e pelli curate. E anche gli animali (cani, gatti, bovini, cavalli, ecce.) sono tutti in perfetta salute: esenti da malattie, da tare o difetti. E nemmeno hanno mai avuto problemi esistenziali: hanno sempre trovato mangiatoie ben fornite ed alimenti privi di estrogeni.

Certamente i suoi "floridi umani" hanno lavorato poco, ma non hanno complessi, né sensi di colpa e ostentano il loro ottimo stato di salute. Sanno che il loro assetto lipidico, la glicemia, l'emocromo, ecc. hanno valori che rientrano ampiamente nella norma, perciò ... mangiano e bevono.

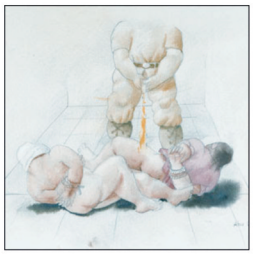
Le loro diete? I loro regimi alimentari? Si basano su concetti semplici e principi facili da seguire: mangia quello che vuoi e più che puoi. E bevi bene.

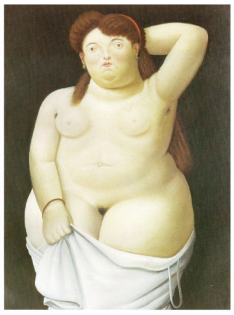
Un mio zio (ritenuto un po' balzano, ma in realtà era un gran filosofo) sosteneva che "quando la bocca mangia ed il di dietro rende (ma lui adoperava un altro termine), lo metti in tasca (lo stesso termine di cui sopra) alle medicine, a chi le fa, a chi le ordina ed a chi le vende."

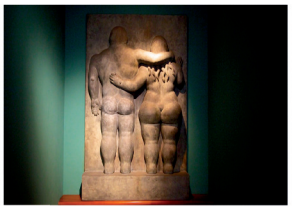
I volti dei personaggi "opulenti" di Botero scoppiano di salute. Molto spesso sono seri, raramente sorridono e se ti guardano, lo fanno con fierezza, senza complessi. C'è, fra le opere più significative di Botero, un Cristo in croce: anche lui è bene in carne, florido, ed ha una espressione tranquilla. Ha certamente molto sofferto, ma ha anche la consapevolezza che, emesso l'ultimo respiro, non tutto è finito. Ci sarà la Resurrezione, e aspetta.

Botero, senza drammatizzare, ha saputo ritrarre la certezza di un credente.

Opere di Fernando Botero

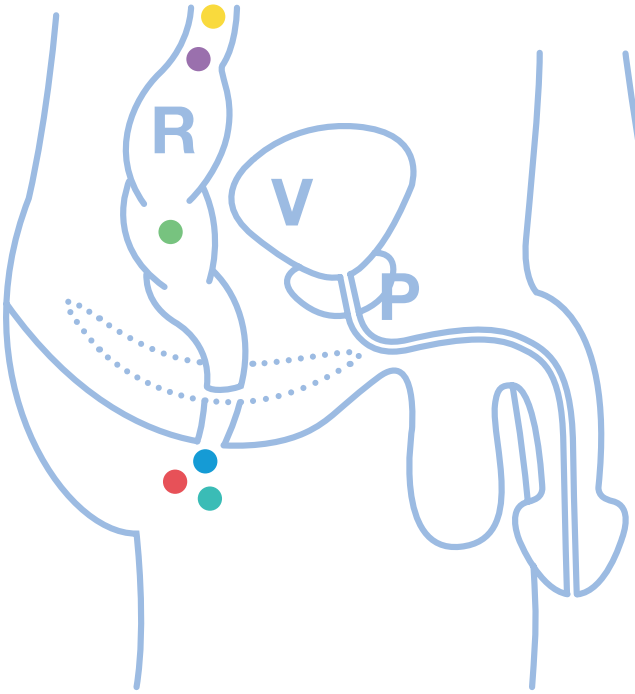






aus

Linea nutraceutica naturale e linea medicale per il benessere del pavimento pelvico



aus NATURA — la risposta naturale alle tue esigenze

CAMOCLYSAUS
Acqua cosmetica arricchita con estratti di camomilla con proprietà lenitive

MALVACLYSAUS
Acqua cosmetica arricchita con estratti di malva con proprietà idratanti ed emollienti

LAXAUS
Integratore alimentare con estratti di tarassaco, senna, frangula che promuovono la regolarità del transito intestinale

VENOCIRCOLAUS
Integratore alimentare con estratti di centella e meliloto che contribuiscono alla funzionalità del microcircolo

RAGADAUS
Crema nutriente emolliente e lenitiva per derma sensibile

EMORAUS
Crema idratante e nutriente, per ogni tipo di derma, in particolare per quello più sensibile

aus SCIENTIA — l'innovazione al servizio del tuo benessere

RELAXER®
Dispositivo per la riabilitazione nella stipsi da defecazione ostruita di tipo funzionale

CAPPUCCIO RELAXER®
Cappuccio monouso protettivo RELAXER®

PULSACLIS®
Il clisma a getto pulsante pulisce il retto e stimola la peristalsi

CANNULE PULSACLIS®
Cannule rettali monouso PULSACLIS®

A.U.S. srl
www.pelvicaus.it
www.intestino-regolare.it

Certi “ospiti” sono sempre scomodi.

Blunorm® Forte

COMPRESSE
FAST-SLOW

Integratore alimentare a base di Acido α-Lipoico, flavonoidi fitosomati e selezionati da estratti da Ginkgo biloba e Vitis vinifera, con Vitamine del gruppo B e Selenio.

1 COMPRESSA contiene:
400 mg **di ACIDO α-LIPOICO**
200 mg **di LEUCOSELECT® FITOSOMA®**
80 mg **di GINKGOSELECT® FITOSOMA®**

SENZA GLUTINE

MODO D’USO:
2 compresse al giorno per 10 giorni, seguiti da un uso continuativo di **1 compressa al giorno.**

LABOREST®

CERTIFICAZIONE SISTEMA DI GESTIONE ISO 9001 - ISO 22000

laborest.com

pelvilen® Dual Act

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

PEA-um®

PALMITOILETANOLAMIDE
ultra-micronizzata (PEA-um®)

dimensione particellare 0,8 ÷ 6,0 µm

PEAPol-m®

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

dimensione particellare 2,0 ÷ 10,0 µm

© 2014 EPITECH GROUP

epitech group

info@epitech.it

pelvilen.com