

Anno 7 - Numero 14 - dicembre 2019

# ASTRID NEWS

ONLUS

Associazione Trentina per la Ricerca Integrata e la Disabilità



Le mie abilità  
sono più **forti**  
delle mie disabilità



## AsTRID NEWS

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Carla Bonetta  
 SEDE LEGALE: via Padre Eusebio Chini, 9 – 38123 Trento  
 Telefono 388 8317542 – www.astrid-onlus.it – info@astrid-tn.it  
 TITOLARE trattamento dati DGPR 5/2018: Maria Carla Bonetta  
 AUTORIZZAZIONE TRIBUNALE: n. 7/2013 di data 17 maggio 2013  
 ISCRIZIONE ROC numero 23559 di data 31 maggio 2013  
 EDITORE: AsTRID Onlus  
 GRAFICA e STAMPA: Litotipografia Alcione - Lavis  
 COPERTINA: ©AsTRID Onlus - campagna Diritto, Rispetto, Dignità  
 CREDIT: Foto Fotolia.com



# Indice

<b>Editoriale</b> .....	3
<b>Info AsTRID</b>	
Festa dello Sport .....	4
Giornata Internazionale delle Persone con Disabilità .....	5
Libro Parlato Lions .....	6
<b>Paesi senza Barriere</b>	
Interventi del 2° semestre .....	8
<b>Dalla vostra parte</b>	
“Codice Rosso”: firmata la convenzione .....	13
Il soffitto di cristallo. Donne, disabilità e violenza .....	14
<b>Oggi parliamo di...</b>	
Assertività .....	18
<b>Scuola &amp; inclusione</b>	
Di cosa hanno bisogno gli allievi con Disturbo Specifico dell'Apprendimento? .....	20
<b>Psicologia e tecniche innovative</b>	
Empatia e comprensione del dolore .....	22
<b>AFA: Attività Fisica Adattata</b>	
Attività fisica e depressione .....	24
<b>Vita in movimento</b>	
Osteopatia E Taiji nelle patologie croniche .....	27
<b>Pillole di benessere</b>	
Pavimento Pelvico .....	30
<b>L'Energia del Nutrimento</b>	
Alimentazione e dolore .....	34
<b>Conoscere per capire</b>	
Geosimbiosi .....	36
<b>Teniamoci per mano</b>	
Elissa .....	42
<b>CulturABILITÀ</b>	
Film & Libro .....	44
<b>Pensati per Te</b>	
Le persone disabili che fanno turismo sono turisti! .....	46
Sconti & convenzioni .....	48
Ringraziamenti .....	50
Auguri .....	51

# Pavimento Pelvico

Osteopatia e fisioterapia sinergia vincente

**L'**osteopatia è una medicina manuale, su basi scientifiche, riconosciuta dallo Stato italiano. Come già detto nell'articolo "Osteopatia E Taiji nelle patologie croniche", si interessa delle disfunzioni dei sistemi caratterizzate dalla presenza di alterazioni della mobilità delle strutture che li compongono: disfunzione somatica. La diagnosi osteopatica cercherà di evidenziare l'evoluzione della situazione del soggetto, che può risalire anche in eventi occorsi anni prima, dalla quale il terapeuta trarrà la proposta di intervento che prevede sempre l'impiego delle tre tecniche caratteristiche dell'osteopatia: la **tecnica strutturale, viscerale e cranio-sacrale**. La persona verrà approcciata manualmente sempre su questi tre piani poiché l'osteopatia considera la persona come l'insieme unico ed indivisibile di struttura – funzione – mente/emozione (corpo-mente-spirito). In quest'ottica l'osteopata non si rivolge alla patologia in sé ma alla possibilità del soggetto, nella sua complessa interezza, di affrontare la sua situazione contingente (autoguarigione) rilanciandone tutte le potenzialità.

L'osteopata lavora in modo sinergico con tutte le branche della medicina ufficiale della quale fa parte integrale.

L'approccio osteopatico alle problematiche del pavimento pelvico è di considerare il piano uro-genitale maschile e/o femminile sempre nell'insieme psico-dinamico-funzionale della persona. Si ottiene che tutti i compensi messi in atto durante la vita costituiscono la realtà individuale che, se alterata oltre le capacità di ulteriori compensi, possono portare a disfunzioni dei territori che possono essere il punto di passaggio tra la capacità di autoguarigione e la malattia.

Il fisioterapista svolge attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale al fine di espletare le proprie competenze che interessano molteplici aree d'intervento ed ambiti di interesse specifici dell'Area Riabilitativa:

- **muscolo-scheletriche** (ortopedico-traumatologica, disordini muscolo-scheletrici, reumatologia)
- **neurologico e neuropsichiatrico** (neurolesioni, malattie croniche, malattie neurodegenerative)
- **viscerale** (respiratoria, cardiologica, flebologica, pelvi perineale)

L'approccio delle due branche sanitarie può essere sintetizzato, senza nulla togliere alle puntualizzazioni: l'osteopatia privilegia maggiormente l'aspetto funzio-

di **Gigliola Natanti**  
Fisioterapista

## Dott.ssa GIGLIOLA NATANTI

### Percorso formativo

- Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative - Università degli Studi (Vr)
- Master Terapia Manuale del Pavimento Pelvico - Ediacademy (Mi)
- Master in Riabilitazione dei Disordini Vasculo Linfatici - Phisiovit-Roma
- Master in Coordinamento delle professioni Sanitarie - Unicusano Roma
- Instability Training: Dynamic Smart Rehab Project - Ediacademy (Mi)
- Riabilitazione del Pavimento Pelvico Individuale e di Gruppo a Rovereto e Trento
- Riabilitazione Post-Prostactomia nella Disfunzione Erettile e del L'incontinenza Urinaria Ediacademy (Mi)
- Riabilitazione della Stipsi - Ediacademy (Mi)
- Trattamento Riabilitativo integrato delle Disfunzioni del Pavimento Pelvico - Ediacademy (Mi)
- Casi Clinici Pelvi- Perineali Livello Avanzato - Ediacademy (Mi)
- Ginnastica Posturale Ipopressiva in Riabilitazione - Studiogest

[www.fisiorovereto.com](http://www.fisiorovereto.com) - [info@fisiorovereto.com](mailto:info@fisiorovereto.com)

nale mentre la fisioterapia quello posturale-adattativo. Il punto di incontro per un approccio sinergico al pavimento pelvico in generale e in persone con qualsivoglia disabilità è la PREVENZIONE.

Il nostro approccio prende origine dalla conoscenza dell'anatomia, dei sintomi, la contestualizzazione del problema nell'universo della disabilità per arrivare a comprendere il trattamento ed il coinvolgimento del caregiver.

## COS'E' IL PAVIMENTO PELVICO

Il pavimento pelvico è formato da un insieme di muscoli che si intrecciano fra loro e chiudono verso il basso il bacino; abbracciano l'apparato urinario (uretra, vescica) e vaginale (nella donna) formando il pavimento anteriore, fino a coinvolgere l'apparato ano-rettale (ano, retto) costituendo il pavimento posteriore. In particolare, nell'uomo il muscolo pubococcigeo regola l'emissione di urina e le contrazioni dovute alla stimolazione sessuale e all'orgasmo. Il Pavimento Pelvico è un organo dinamico: sollecitato continuamente dal peso del nostro corpo, è soprattutto impegnato nel contrastare gli aumenti di pressioni intra- addominali dettati dagli incrementi di carichi (sollevare le borse della spesa, prendere in brac-

cio il bambino, tossire, starnutire, ecc.), da condizioni croniche (stitichezza), dall'evento parto. È importante sapere che il mal di schiena spesso si correla ad una disfunzione del muscolo trasverso dell'addome: allenare questo muscolo migliora la stabilizzazione sulla colonna a breve e a lungo termine migliorando il controllo posturale. Per allenare il muscolo trasverso dell'addome bisogna allenare il pavimento pelvico. In relazione a quanto detto, esistono sintomi che nascono dallo squilibrio di queste funzioni. In base all'organo interessato, possiamo distinguerli in: urinari, vaginali, ano-rettali.

I **sintomi urinari** possono riassumersi in:

- perdita involontaria di urina,
- urgenza urinaria,
- elevata frequenza minzionale in assenza di infezioni urinarie,
- difficoltà a svuotare completamente la vescica,
- senso di peso vescicale.

I **sintomi vaginali** più frequenti sono:

- senso di peso dovuto alla presenza di prolassi,
- dolore post-parto causato da lacerazioni o episiotomie (le cicatrici vanno sempre trattate),
- dolore con i rapporti sessuali,
- diminuzione della percezione sessuale.

I **sintomi ano-rettali** si traducono in:

- perdita involontaria di gas e/o feci,
- urgenza alla defecazione (correre al bagno quando si avverte lo stimolo),
- mancata percezione dello stimolo evacuativo,
- difficoltà a svuotare l'ano dalle feci/difficoltà alla defecazione,
- mancata capacità a coordinare le spinte defecatorie,
- senso di peso anale,
- dolore anale e perineale.

Con la presenza di una disabilità, anche temporanea, i sintomi appena esposti diventano degli ostacoli a volte insormontabili; possono essere fonte di peggioramento della patologia in prima diagnosi o causa di new entry. La disfunzione urogenitale ha delle implicazioni a distanza, come vedremo, che mettono a dura prova le capacità adattative e di compenso residue in caso di disabilità: una perdita di urina diventa faticosamente gestibile se si è costretti su una sedia con ridotta mobilità per cui si ha un disagio personale, un rischio maggiore di affezioni cutanee per alterata igiene, un effetto dominato sulle patologie con componente emozionale e/o neu-

*"I medici non guariscono le persone. Danno solo un aiuto perché le persone guariscano. Chi guarisce... è la persona stessa. È la forza di volontà della persona in questione!"*

rologica. Ogni aspetto che vedremo descritto in seguito sarà da contestualizzare in una condizione di disabilità: l'impegno e la competenza tecnica aumenteranno nelle figure professionali di riabilitazione e caregiver. Con questo pensiero, se non bastasse il rispetto in quanto persone, sforziamoci di creare delle condizioni di accessibilità che facilitino il conseguimento della dignità personale: accesso reale ai posti di lavoro dedicati, una maggiore osservanza delle norme che già esistono per lo sbarriamento, solo per fare un esempio.

## RIABILITAZIONE PERINEALE

Si fonda sulla Terapia Manuale, sull'**ESERCIZIO TERAPEUTICO PELVICO** e sull'esame posturodinamico. Il primo passo è quello di rendere cosciente il paziente della propria area perineale (presa di coscienza). Una volta che la persona ha la consapevolezza che il proprio perineo esiste e riesce a "muoverlo", si verifica l'eventuale interferenza di muscoli accessori quali i glutei, gli addominali, gli adduttori che durante l'attività perineale devono essere inibiti. In questa prima fase, è utile capire il rilassamento e il tipo di respirazione della persona e, una volta coordinata l'area perineale, si può iniziare la parte attiva di rinforzo muscolare e rilassamento funzionale attraverso tecniche fisioterapiche specifiche. Le sedute successive vengono utilizzate per cercare di creare l'automatizzazione dei muscoli del perineo: durante le attività quotidiane, in relazione a movimenti o incrementi pressori, si deve attivare automaticamente il gruppo muscolare del pavimento pelvico (terapia comportamentale). Il lavoro muscolare (training) domiciliare è d'obbligo sia in corso di terapia per garantirne il successo, che dopo, come sostegno per mantenere nel tempo i risultati.

## ESAME OBIETTIVO

Con la valutazione manuale effettuata attraverso il contatto diretto delle mani della fisioterapista sulla zona genito-urinaria, vengono valutati: l'attività riflessa, la sen-

sibilità, la presenza di punti dolorosi, il tono, il trofismo, e l'attività volontaria del pavimento pelvico. Inoltre, si valuta la funzionalità motoria dei muscoli accessori, i recettori posturali, le articolazioni del bacino (pube, iliaco, sacro, coccige), il diaframma respiratorio, il rachide e l'occipite che sono strutture funzionalmente correlate al Pavimento Pelvico.

### IL TRATTAMENTO DEL PERINEO

Prevede la valutazione della mobilità del diaframma pelvico, il resettaggio del nucleo fibroso centrale, la normalizzazione della fascia e delle aponeurosi perineali, la normalizzazione del coccige, trattamento dei legamenti (ileo-lombari, sacro-ischiatici, sacro-spinosi, utero sacrali con tecniche endovaginali), la fascia ombelico-prevesciale, i legamenti pubovesicali e pubouretrali.

### LA PRESA IN CARICO IN GRAVIDANZA

Prevede la valutazione del sistema osseo, legamentoso e muscolare, della biomeccanica, il controllo delle pressioni endoaddominali, il discomfort in gravidanza, il rinforzo muscolare, la normalizzazione del diaframma superiore, la tecnica di risalita dell'utero, l'esame posturodinamico con il trattamento dei recettori posturali, il total body adjustment, il trattamento neurovegetativo.

### LE ALGIE PELVICHE

Si distinguono tra algie di origine muscolare (ipertono, dolore pelvico miofasciale, sindrome del piriforme, sindrome dell'otturatore, dello psoas, dell'elevatore dell'ano e del trasverso profondo), dolori pelvici ossei (coxalgia) e dolore pelvico da irritazione neurologica (nervo pudendo, nervo ileopogastrico, nervo ileoinguinale, nervo crurale, nervo clunale, nervo dorsale del clitoride, nervo anococcigeo). La normalizzazione neurale ha senso solo dopo la correzione posturale. Il trattamento delle nevralgie perineali è lungo; le risposte posturali e il recupero dei nervi richiedono settimane: dipende da quanto il nervo è stato compromesso.

### IL PROLASSO

Può evidenziare sia una debolezza costituzionale (iperlassità) sia errori nella gestione degli sforzi quotidiani e delle spinte. In tutti i casi è necessario "smettere di spingere", e questo potrebbe significare: smettere di fumare se quella è la causa della tosse o gestire l'intestino me-



glio, non praticare sport che aumentino violentemente le pressioni intraddominali, fare esercizi addominali in modo scorretto... è un lavoro di igiene quotidiana. Il rinforzo sfinterico-muscolare perineale porta giovamento a tutto l'apparato uro-ginecologico e anale, poiché l'aumento del trofismo del muscolo permette un buon sostegno dei visceri pelvici.

### IN CASO DI STIPSI

Mal di pancia, gonfiore e malessere costante, sono alcuni dei sintomi presenti in caso di stipsi funzionale, condizione dovuta ad una disfunzione del PP che invece solitamente garantisce una defecazione soddisfacente. È chiamata "dissinergia del pubo-rettale" la condizione nella quale questo fascio muscolare, che è una parte dell'elevatore dell'ano, durante il momento della defecazione non si rilascia come dovrebbe, o addirittura si contrae, impedendo così una corretta apertura del canale anale e rendendo difficoltosa l'evacuazione. I sintomi sono la presenza contemporanea sia della necessità di evacuare, sia della difficoltà di eliminazione delle feci e il senso di non completo svuotamento rettale presente dopo i tentativi di defecazione. Quando questa situazione si presenta, l'unica soluzione possibile è la riabilitazione del pavimento pelvico, che avvalendosi di esercizi terapeutici, terapia manuale; può ripristinare una corretta coordinazione muscolare, permettendo così una adeguata apertura del canale anale durante la



spinta per la defecazione, con successiva soddisfacente esecuzione di tale funzione.

### TRATTAMENTO MANUALE

È abbinato ad una serie di esercizi terapeutici diretti alla zona genito-urinaria-ale programmati e finalizzati ad ottenere precise modificazioni della disfunzione del pavimento pelvico. Gli esercizi prevedono **modalità ed obiettivi diversi** a seconda della funzione interessata, del grado di gravità della malattia, del momento terapeutico, degli obiettivi precedentemente programmati; possono quindi coinvolgere la zona vaginale e/o anale e/o segmenti vicini (zona lombare, addominale, articolazione delle anche, ecc.). Possono **essere eseguiti in posizione diversa** a seconda della fase terapeutica (supina, di fianco, seduta, in piedi, ecc.). Inoltre si **analizzano i fattori di rischio e le errate abitudini** che involontariamente il paziente ha adottato in seguito ai sintomi pensando di migliorarli (es. mangiare frequentemente supponendo di non perdere più urina). Tale analisi avviene attraverso appositi strumenti cartacei come il diario minzionale e il diario per le disfunzioni colo-proctologiche. Importante è l'**autotrattamento** che consiste nell'esecuzione di esercizi terapeutici da eseguire per alcuni minuti a casa. Questa strategia ha l'**obiettivo** di favorire il raggiungimento degli obiettivi terapeutici, di aumentare la percezione e la consapevolezza della zona perineale, di sperimentare durante le attività della vita quotidiana quanto appreso con la fisioterapista, migliorando in alcuni casi la sicurezza di sé (es.: in caso di urgenza urinaria e conseguente limitazione della vita sociale).

Il famoso **PIPI-STOP** consiste nell'iniziare e poi cercare di interrompere la minzione tramite la contrazione del Pavimento Pelvico. È un mezzo molto semplice per visualizzare la capacità di contrazione volontaria del Pavimento Pelvico e questo TEST può essere utile per una prima presa di coscienza perineale, per confermare la sensazione della contrazione volontaria e del rilas-

samento perineale. **Tuttavia, quest'attività non deve assolutamente essere proposta come esercizio di rinforzo muscolare.** Per prima cosa perché altrimenti la vescica non si svuota completamente e si favoriscono così infezioni urinarie; inoltre perché non è fisiologico arrestare la minzione. Molti processi (rilassamento dello sfintere, l'attivazione del muscolo detrusore eccetera) entrano in gioco per assicurare la fisiologia, ma se vengono eccessivamente sollecitati e inibiti rischiano poi di "scardinare" il perfetto funzionamento vescicale.

Si possono **PREVENIRE** le disfunzioni del Pavimento Pelvico attraverso la Ginnastica Pelvica di Gruppo, finalizzata ad educare e conoscere una parte di vitale importanza del nostro corpo e migliorare la qualità della vita nelle semplici azioni quotidiane come camminare, sollevare pesi, fare le scale; si apprende la stretta connessione tra pavimento pelvico, postura, respirazione rispettando la profonda sensibilità di ogni partecipante.

In questo universo del pavimento pelvico approcciato dal fisioterapista si affianca il trattamento osteopatico:

- liberare le costrizioni articolari del bacino, della colonna cervico-dorso-lombare che possono aver indotto o sostenuto una disfunzione alterando la funzione sospensoria garantita ai visceri pelvici;
- armonizzare i ritmi profondi fasciali dei visceri sia nell'aspetto di sospensione che di relazione topografica di vicinanza pensando ad esempio alle aderenze da immobilità, in modo da facilitare la loro funzione e la loro forza di autoguarigione;
- armonizzare i collegamenti fasciali che l'apparato genito-urinario contrae con strutture poste più in alto come la catena muscolo psoas – muscolo diaframma – stretto toracico superiore – equilibrio sotto occipitale e risentimento dei nervi cranici con sintomi anche neurovegetativi;
- armonizzare il ritmo cranio-sacrale per sostenere e stabilizzare soprattutto la condizione di equilibrio intrinseco della persona destabilizzato dai fenomeni stressanti descritti.

L'azione sinergica delle due tecniche proposte è molto efficace e completa per affrontare le esigenze della persona, della singola persona: perché, non esiste un protocollo rigido che sta stretto, ma una offerta professionale per l'unicità della realtà della singola persona definita dall'O.M.S. "un'unità bio-psico-sociale". □