

800
1222·2022
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**PERCEZIONE E CONOSCENZA DELLE DONNE
SULLA RI-EDUCAZIONE DEL PERINEO
VOLTA ALLA PREVENZIONE DELL'INCONTINENZA
URINARIA**

RELATORE: PROF. MARIO ANTONIO BONAMIN

CORRELATORE: DR.SSA PAOLA ROA'

LAUREANDA: ELIZABETA VOCI

ANNO ACCADEMICO 2021 – 2022

1222·2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**PERCEZIONE E CONOSCENZA DELLE DONNE
SULLA RI-EDUCAZIONE DEL PERINEO
VOLTA ALLA PREVENZIONE DELL'INCONTINENZA
URINARIA**

**RELATORE: PROF. MARIO ANTONIO BONAMIN
CORRELATORE: DR.SSA PAOLA ROA'**

LAUREANDA: ELIZABETA VOCI

ANNO ACCADEMICO 2021 – 2022

INDICE	
ABSTRACT	1
PREMESSA	3
CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE	5
1.1 Anatomia del pavimento pelvico	
1.2 Funzioni del pavimento pelvico	
1.3 Continenza e minzione: fisiologia	
1.4 Incontinenza urinaria	
1.5 Metodologie diagnostiche dell'incontinenza urinaria	
1.6 Gravidanza, parto e post partum	
1.7 Tecniche utilizzate per riacquisire o mantenere la funzionalità del pavimento pelvico nel post gravidanza	
CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	23
2.1 Problema	
2.2 Scopo dello studio	
2.3 Revisione della letteratura	
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI	25
3.1 Questionario	
3.2 Tipologia di analisi	
CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE	29
CAPITOLO 5 – <i>JOB DESCRIPTION</i>	61
CAPITOLO 6 – CONCLUSIONE	67
BIBLIOGRAFIA	69
SITOGRAFIA	70
NORMATIVE	71
ELENCO GRAFICI	72
ELENCO FIGURE	74
ALLEGATI	75



LAUREANDO: VOCI ELIZABETA MATRICOLA: 1225801

TITOLO DELLA TESI: “PERCEZIONE E CONOSCENZA DELLE DONNE SULLA RI-EDUCAZIONE DEL PERINEO VOLTA ALLA PREVENZIONE DELL’INCONTINENZA URINARIA”

TITOLO IN INGLESE “WOMEN'S PERCEPTION AND KNOWLEDGE OF PERINEAL RE-EDUCATION FOR THE PREVENTION OF URINARY INCONTINENCE ”

RELATORE: PROF. MARIO ANTONIO BONAMIN

CORRELATORE/I: DOTT.SSA PAOLA ROÀ

INTRODUZIONE

L'incontinenza urinaria viene definita come la perdita involontaria di urina. È una condizione che ha un effetto pesante sulla qualità di vita sia nella sfera sessuale, sociale ed emotiva di coloro che ne sono affetti tanto da provocarne l'isolamento. Colpisce prevalentemente il genere femminile con una prevalenza doppia rispetto a quella degli uomini. Secondo i dati epidemiologici si stima che la prevalenza dell'incontinenza femminile varia dal 10% al 70%, un range molto elevato a causa delle numerose variabili implicate negli studi epidemiologici (età, comorbilità, gravidanza). I programmi di ri-educazione del Pavimento Pelvico hanno dimostrato discreti risultati nella gestione dell'incontinenza urinaria e sembrano essere efficaci nel miglioramento della qualità di vita. Diversi studi hanno, inoltre, dimostrato l'efficacia della rieducazione sulla riduzione dei sintomi dolorosi.

MATERIALI E METODI

Al fine di raggiungere l'obiettivo generale di tesi è stato auto redatto un questionario da somministrare alle gestanti comprese in età tra 20-45 anni, che hanno affrontato un parto fisiologico con espletamento per vie naturali e cesareo.

Il Questionario è volto ad indagare sulla percezione e conoscenza delle donne in gravidanza e nel post gravidanza riguardo la rieducazione del pavimento pelvico per prevenire l'incontinenza urinaria.

RISULTATI

In base ai dati raccolti emerge che la maggior parte delle donne, le quali hanno affrontato un parto fisiologico attraverso espletamento per vie naturali o cesareo, che hanno risposto al questionario hanno partecipato con interesse ai corsi preparto delle loro città di appartenenza. Sono emerse alcune difficoltà nelle città che somministravano il corso online non rendendo attiva così la partecipazione delle gestanti. Per quanto riguarda la tematica del pavimento pelvico emerge che buona parte del campione esaminato non conosca a sufficienza il reclutamento dei muscoli pelvici e il loro funzionamento.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati ottenuti dimostrano l'importanza della ri-educazione del pavimento pelvico in quanto permette di migliorare e prevenire l'insorgenza dell'incontinenza urinaria. Si evidenzia la necessità di presa in carico globale della donna che garantisce un supporto sia medico, a livello di sintomatologia che psicologico ed educativo per l'aspetto inerente al corretto stile di vita e rieducazione del pavimento pelvico. Inoltre, si riafferma che tale tematica rientra tra le competenze dell'Assistente sanitario, in quanto esso è la figura professionale che si occupa di prevenzione, promozione e educazione alla salute ed è coinvolta nell'ambito del miglioramento e mantenimento del corretto stile di vita della popolazione presa in esame.

PREMESSA

Tale lavoro di ricerca ha origine dall'evidenza che l'incontinenza femminile ha una prevalenza che varia dal 10% al 70%, un range molto elevato a causa delle numerose variabili implicate negli studi epidemiologici (età, comorbilità, gravidanza).

È una condizione che ha un effetto pesante sulla qualità di vita sia nella sfera sessuale, sociale ed emotiva di coloro che ne sono affetti tanto da provocarne l'isolamento.

Colpisce prevalentemente il genere femminile con una prevalenza doppia rispetto a quella degli uomini.

I programmi di ri-educazione del Pavimento Pelvico hanno dimostrato ottimi risultati nella gestione dell'incontinenza urinaria e sembrano essere efficaci nel miglioramento della qualità di vita.

Diversi studi hanno, inoltre, dimostrato l'efficacia della rieducazione sulla riduzione dei sintomi dolorosi.

L'elaborato è così strutturato.

- Nel primo capitolo (Introduzione) di questo lavoro di ricerca viene proposta un'analisi dettagliata delle evidenze scientifiche pertinenti alla tematica trattata.
- Nel secondo capitolo (Presentazione del Progetto) viene presentato il progetto di tesi attraverso una rilevazione del problema e vengono descritti gli obiettivi e quesiti di tesi facendo riferimento alle fonti e banche date utilizzate ai fini della stesura dell'elaborato.
- Nel terzo capitolo (Materiali e Metodi) viene fornita una descrizione dettagliata delle modalità e degli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati e la loro rielaborazione.
- Il quarto capitolo (Risultati e Discussione) prevede un'analisi dei dati raccolti attraverso i questionari, la rappresentazione grafica degli aspetti più rilevanti ed una analisi bivariata e multivariata alla ricerca dei legami tra due o più variabili.
- Nel quinto capitolo (*Job Description*) viene presentata una *Job Description* che evidenzia le competenze dell'Assistente sanitario e come tale figura potrebbe trovare spazi di sviluppo nell'ambito dell'attività materno infantile relativo all'argomento trattato.
- Infine, nel sesto capitolo (Conclusioni) vengono presentate le conclusioni più rilevanti e proposte eventuali ipotesi di miglioramento.

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

1.1 - Anatomia del pavimento pelvico

Il pavimento pelvico¹ è la struttura di chiusura caudale² della cavità addominale. È formato da una componente ossea, da un supporto di tipo muscolare e connettivale ancorata alla prima, da una componente viscerale, supportato dalle prime due attraverso un insieme di interrelazioni complesse. Questa struttura non viene intesa come un meccanismo statico, ma come un fenomeno dinamico, frutto dell'azione combinata di strutture muscolari (striate e lisce), strutture fasciali e muscolo-aponeurotiche. Tale equilibrio permette di mantenere il controllo della continenza urinaria e fecale e il sostegno degli organi endoaddominali, inoltre permette anche la realizzazione di una sessualità soddisfacente e la normale evoluzione dell'evento nascita.

Le ossa piatte del bacino³, ischio, ileo e pube, insieme al tratto terminale sacro coccigeo della colonna vertebrale, formano il supporto osseo del perineo.

Il bacino è la parte più declive del tronco ed è composto da strutture ossee sulle quali trovano inserzione le componenti muscolo-legamentose del pavimento pelvico⁴. Le ossa pelviche rappresentano la struttura fissa che danno origine ai tessuti molli della pelvi (muscoli, legamenti, e fasce).

Il bacino è composto dalle seguenti strutture ossee:

- posteriormente il SACRO ed il COCCIGE
- lateralmente le due OSSA ILIACHE
- posteriormente, in basso, l'ISCHIO
- anteriormente il PUBE

Il bacino della donna si sviluppa maggiormente in larghezza ed assume una posizione inclinata in avanti.

La pelvi accoglie organi di fondamentale importanza quali la vescica, il retto e il sigma. Comprende inoltre organi dell'apparato riproduttore, che quindi si differenziano a seconda del

¹ Santoro GA, Wiczorek AP, Stankiewicz A, Woźniak MM, Bogusiewicz M, Rechberger T. High-resolution three-dimensional endovaginal ultrasonography in the assessment of pelvic floor anatomy: a preliminary study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009

² <https://www.ostetrichebreccia.it/aree-di-consulenza/il-pavimento-pelvico.html> - 10 Luglio 2022

³ <https://www.ikosecm.it/ecm/corsi-ecm/il-pavimento-pelvico-femminile/> - 3 Luglio 2022

⁴ M. Bentivoglio, G. Bertini, C. Cracco, V. Esposito, S. Geuna, G. Giacobini, S. Giannetti, A. Granato, M. Papa, C. Passiatore, M.G. Robecchi, A. Toesca, B. Valentino, A. Vercelli, and C. Zancanaro, *Anatomia Umana e Istologia*. Edizioni Minerva Medica, 2001

genere. Nella donna la pelvi accoglie l'utero, le tube, le ovaie e la vagina, nell'uomo ospita la prostata, i dotti deferenti e le vescichette seminali.

Il bacino osseo è chiuso inferiormente da una struttura fibro-muscolare⁵ di fondamentale importanza, denominata pavimento pelvico, il quale è attraversata dalle parti terminali degli apparati genito-urinari e intestinali cioè uretra, vagina (nella donna) e retto.

Il pavimento pelvico è composto da tre strati, partendo dal piano più profondo a quello più superficiale:

- diaframma pelvico
- diaframma urogenitale
- piano superficiale del perineo

Diaframma pelvico

Il diaframma pelvico⁶ è innervato dal plesso pudendo (S3-S4), contraendosi, solleva il pavimento pelvico e agisce come costrittore del retto, nella femmina, della vagina.

Si presenta con una faccia superiore concava e una inferiore convessa.

È costituito dai muscoli: elevatore dell'ano (componenti pubococcigeo, ileo-coccigeo) ischiococcigeo, il muscolo elevatore dell'ano, costituito da un ampio ventaglio muscolare, rappresenta la porzione principale del diaframma pelvico.

Esso ha una lunga origine laterale che si estende dalla superficie interna del pube anteriormente, fino alla spina ischiatica posteriormente; nell'intervallo fra questi due punti trova attacco su un ispessimento della fascia del muscolo otturatorio interno (arco tendineo del muscolo elevatore dell'ano), rappresentato da un robusto cordone fibroso. Al centro è attraversato da uretra, vagina e retto. Le due metà si collegano posteriormente in un rafe fibroso denominato rafe ano-coccigeo⁷.

È suddiviso in una porzione più anteriore, originata dal pube, formata dal muscolo pubococcigeo proseguendo all'indietro si trova il muscolo ileo-coccigeo e l'ischio coccigeo. L'elevatore dell'ano nasce dall'osso pubico, circonda la vagina e il retto per attaccarsi al rafe ano-coccigeo, formando la struttura a fionda la cui contrazione volontaria determina la

⁵ Sender Herschorn Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. Rev Urol, 2004

⁶ <https://www.ostetrichebrerescia.it/aree-di-consulenza/il-pavimento-pelvico.html> - 5 Luglio 2022

⁷ Abramostrega SD Feola A. Jalla Z. Moalli PA Meccanica dei tessuti, modelli animali e prolasso degli organi pelvici: una rassegna. Euro. J. Obstet. ginecolo. Riprod. Biol. 2009

riduzione degli angoli anoretale posteriore, vaginale e uretro-vescicale fondamentali per il meccanismo della continenza⁸

Diaframma urogenitale

Il diaframma urogenitale è formato da muscoli trasversi profondi del perineo e dal muscolo sfintere striato dell'uretra.

I muscoli del diaframma sono innervati da alcune parti del nervo pudendo.

Il muscolo trasverso profondo del perineo è composto da una lamina muscolare, disposta trasversalmente, che si inserisce all'esterno dell'ischio e medialmente, divenuta tendinea, s'intreccia con quella del lato opposto contribuendo, lungo la linea mediana, alla composizione del centro tendineo del perineo.

Il muscolo sfintere striato⁹ dell'uretra circonda a manicotto la parte iniziale dell'uretra rivestendo in parte anche l'apice della prostata nel maschio e la vagina nella femmina.

La contrazione del muscolo sfintere striato dell'uretra stabilisce la chiusura forzata dell'uretra stessa, mentre quella dei muscoli trasversi profondi del perineo stimolano l'aumento della resistenza del pavimento pelvico, mettendo in tensione il centro tendineo del perineo¹⁰.

Piano superficiale del perineo

È composto dal muscolo sfintere esterno dell'ano e dai muscoli bulbo cavernoso, ischio cavernoso e trasverso superficiale. Rappresenta la parte più superficiale del pavimento pelvico e ha una forma a rombo con il pube situato anteriormente, le due tuberosità ischiatiche lateralmente e la punta del coccige posteriormente.

I muscoli ischiocavernosi¹¹ sono innervati dal nervo pudendo e contraendosi comprimono la radice dei corpi cavernosi, aiutando l'erezione del pene o del clitoride. I muscoli bulbocavernosi (o bulbospongiosi) sono innervati dai rami perineali dei nervi pudendi e, contraendosi, sono coinvolti nella compressione sull'uretra favorendo la fuoriuscita del suo contenuto (urina o sperma). Nel maschio, comprimendo i corpi cavernosi dell'uretra e del pene e la vena dorsale profonda del pene, favoriscono l'erezione. Nella femmina, determinano

⁸ G. Pescetto, L. De Cecco, D. Pegorari, and N. Ragni. Ginecologia e ostetricia, volume 1 Ginecologia. Societ Editrice Universo, 2001

⁹ M. Bentivoglio, G. Bertini, C. Cracco, V. Esposito, S. Geuna, G. Giacobini, S. Giannetti, A. Granato, M. Papa, C. Passiatore, M.G. Robecchi, A. Toesca, B. Valentino, A. Vercelli, and C. Zancanaro, Anatomia Umana e Istologia. Edizioni Minerva Medica, 2001

¹⁰ https://www.asstspedalicivili.it/upload/spedalicivili_brescia/gestionedocumentale/ANATOMIA%20E%20FISIOLOGIA_784_10876.pdf – 10 Luglio 2022

¹¹ Sender Herschorn Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. Rev Urol, 2004

restringimento dell'orifizio vaginale e la compressione dei bulbi del vestibolo, contribuendo all'erezione del clitoride.

Il muscolo trasverso superficiale del perineo è innervato dal ramo perineale del nervo pudendo; la contrazione contemporanea dei due muscoli mette in tensione il centro tendineo del perineo.

Questi muscoli non assolvono solo una funzione di sostegno ma sono anche fortemente utilizzati anche nella risposta sessuale. Le numerose fibre del muscolo pubo-coccigeo che si inseriscono nelle pareti vaginali sono l'evidenza anatomica delle correlazioni esistenti tra le sensazioni sessuali vaginali e tono di tale muscolo.

Confluiscono sul nucleo fibroso del perineo, struttura fondamentale con lo scopo di dare supporto inferiore distale ai visceri pelvici.

Il muscolo sfintere esterno dell'ano viene innervato dai nervi rettali inferiori e dai muscoli motori dei nervi pudendi.

È disposto in modo circolare, per 2-3 cm, la porzione terminale del retto e il canale anale. In esso si possono riconoscere una porzione superficiale e una profonda; la prima è composta da fibre che, posteriormente, si intrecciano lungo la linea mediana e si inseriscono alla fascia profonda del derma, al legamento anococcigeo e all'apice del coccige, mentre anteriormente si attaccano al centro tendineo del perineo e al legamento anobulbare.

Strutture fascio legamentose del pavimento pelvico¹²

Per poter comprendere questa componente del pavimento pelvico¹³ occorre rappresentare la struttura fasciale definitiva (fascia endopelvica) come l'esito di una "colata" di fluido (colante denso) attorno agli organi pelvici. Tale fluido, si ispessisce in strutture pseudolegamentose o legamentose che collegano i visceri alla pelvi mantenendo una "verniciatura" attorno ad ogni organo e formando spazi che vengono riempiti da tessuto aureolare lasso. Tutte le strutture fascio-legamentose della pelvi sono dunque in qualche modo correlate tra loro e trovano il loro fulcro di unione nel centro tendineo del perineo.

La fascia endopelvica indica il sistema di sospensione dei visceri pelvici e permette loro di mantenere i vicendevoli rapporti anatomici e le connessioni con la struttura ossea del bacino. Secondo la teoria "dell'amaca" i visceri pelvici, principalmente utero e vagina vengono sostenuti da questa struttura fibro-elastica continua, la quale contiene numerose terminazioni nervose e vascolari che li collega saldamente alla parete pelvica.

¹²https://www.asstspedalivicivili.it/upload/spedalivicivili_brescia/gestionedocumentale/ANATOMIA%20E%20FISIOLOGIA_784_10876.pdf – 10 Luglio 2022

¹³ Sender Herschorn Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. Rev Urol, 2004

Delle strutture legamentose di sostegno, la parte più consistente è assegnata ai legamenti utero-sacrali, i più craniali, ai legamenti pubo-vescicali e vescico-uterini nella regione anteriore ed infine ai legamenti cardinali, insieme agli utero sacrali, rappresentano il sistema di ancoraggio posteriore e laterale dell'istmo uterino e della cervice.

Una fascia endopelvica intatta, continua e normalmente inserita, superiormente e posteriormente, blocca l'erniazione degli organi adiacenti in vagina nella stessa misura in cui un diaframma pelvico in buone condizioni impedisce l'erniazione della vagina e dei visceri adiacenti attraverso lo *hiatus genitale*.

1.2- Funzioni del pavimento pelvico

La muscolatura del pavimento pelvico possiede diverse funzioni¹⁴: sorreggere i visceri del piccolo bacino (vescica, utero, retto) ed insieme agli sfinteri, assicurare la continenza urinaria e fecale.

Essi sono muscoli che circondano il pene durante l'atto sessuale e la cui contrazione ritmica genera l'orgasmo. Per questo motivo la giusta tonicità ed elasticità è molto importante per la vita in salute¹⁵.

Le diverse funzioni dei muscoli perineali sono complementari tra loro (chiusura, apertura e sostegno) e richiedono una buona elasticità muscolare, un buon controllo per garantire un corretto funzionamento.

Infatti, si tratta di un muscolo volontario che può essere utilizzato attivamente: ovvero lo si può contrarre quando si vuole per evitare la fuoriuscita di urina dalla vescica o di feci dal retto. Invece si rilascia quando ha inizio la minzione o la defecazione e per ospitare il pene durante l'atto sessuale. Svolgendo un importante ruolo nell'ambito della sfera sessuale.

Continenza urinaria e pavimento pelvico¹⁶

L'apparato urinario¹⁷ è costituito dai reni, ureteri, vescica e uretra. Anche se vi sono differenze anatomiche tra uomo e donna, la funzione di questi organi sono le stesse:

è utile ad espellere tramite l'urina parte delle tossine prodotte dal corpo.

La vescica è una specie di contenitore dell'urina, mentre l'uretra è un condotto tubolare che permette di condurre il liquido dalla vescica all'esterno.

¹⁴ G. Pescetto, L. De Cecco, D.Pegorari, and N. Ragni. Ginecologia e ostetricia, volume 1 Ginecologia. Societ Editrice Universo, 2001

¹⁵ <https://www.ilpavimentopelvico.it/pavimento-pelvico/funzioni-del-pavimento-pelvico> 10 Luglio 2022

¹⁶ <https://www.ilpavimentopelvico.it/pavimento-pelvico/funzioni-del-pavimento-pelvico> - 15 Luglio 2022

¹⁷ YS. Hannestad, G. Rortveit, H. Sandvik, and S. Hunskaar. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPICONT study. J Clin Epidemiol, 2000.

Il pavimento pelvico, con le sue fibre muscolari, circonda l'uretra (sfintere uretrale interno ed esterno) e consente di trattenere l'urina quando non c'è la volontà o le condizioni necessarie per urinare.

Se il meccanismo funziona bene, la vescica si riempie e comunica al cervello riguardo lo stato di riempimento. Quando questa è piena si avverte lo stimolo di urinare, quando si decide di urinare, la vescica si contrae, e i muscoli del pavimento pelvico si rilasciano permettendo la fuoriuscita di urina.

Nel momento in cui i muscoli del pavimento pelvico sono rilasciati o vi è un danno agli sfinteri, si rilevano perdite di urina.

Nel genere femminile è più frequente riscontrare il rilassamento dei muscoli pelvici, che può dare origine a problemi di incontinenza urinaria da stress.

La donna possiede dei fattori di rischio specifici che influenzano questo aspetto, come la gravidanza e il parto, oppure il sopraggiungere della menopausa, che a causa del calo di estrogeni può influire sulla tonicità del pavimento pelvico.

Funzione sessuale¹⁸:

Nella donna facilita l'eccitazione, in quanto le contrazioni ritmiche contribuiscono a migliorare l'erezione del partner e un buon tono aiuta ad aumentare la sensibilità dell'area e le capacità orgasmiche.

Nel maschio le contrazioni muscolari favoriscono l'erezione, il coito e l'emissione del liquido seminale.

Bisogna però tenere in considerazione che la risposta sessuale dipende da diversi fattori fisici e psicologici ma un perineo integro e correttamente allenato possiede un ruolo importante per una buona vita sessuale nel genere femminile.

Gli esercizi di rafforzamento del di esso¹⁹ aumentano la sensibilità vaginale, con conseguente miglioramento della circolazione sanguigna ed aumento dell'irrorazione delle sue pareti. Inoltre, il sangue giungerà più rapidamente al clitoride, determinando l'erezione e facilitando l'eccitazione sessuale.

Ciò facilita il raggiungimento dell'orgasmo, il quale sarà più intenso al contrarsi di una muscolatura forte e sana.

La muscolatura perineale poco tonica comporta la riduzione della percezione del piacere sessuale, mentre una muscolatura iperattiva può causare vaginismo o dolore durante il rapporto.

¹⁸ <https://www.ilpavimentopelvico.it/pavimento-pelvico/funzioni-del-pavimento-pelvico> - 15 Luglio 2022

¹⁹ EA. Mc Connell. Teaching a patient to perform Kegel exercises. Nursing, 1993.

Anche le contratture muscolari o cicatrici dolenti nel post-parto possono peggiorare la qualità dei rapporti sessuali. Un adeguato percorso rieducativo è in grado di ripristinare la funzione e regalare una vita sessuale soddisfacente.

Funzione fecale²⁰:

Il muscolo pubo-rettale, facente parte del pavimento pelvico, svolge un ruolo fondamentale nella funzione della defecazione e della continenza fecale.

Circonda posteriormente il retto, forma un'angolazione tra retto e canale anale che di fatto chiude il canale anale assicurando la tenuta delle feci, rilasciandosi permette il passaggio di quest'ultime.

Durante l'evacuazione i muscoli del pavimento pelvico si rilassano, permettendo così lo svuotamento del retto, mentre i muscoli del pavimento pelvico sono rilassati, i muscoli della parete addominale si contraggono per cooperare alla spinta delle feci fuori del retto.

Se il pavimento pelvico presenta delle disfunzioni si può manifestare stipsi o incontinenza fecale, nel primo caso alcuni individui assumono l'usanza a contrarre involontariamente i muscoli del pavimento pelvico durante l'evacuazione.

La riabilitazione perineale può aiutare il soggetto a far fronte al problema migliorando la sensibilità rettale e la coordinazione dei movimenti dei muscoli del pavimento pelvico. Anche nel caso di incontinenza fecale la rieducazione può migliorare o risolvere il problema aiutando a mantenere la forza e dunque la tenuta del muscolo.

Funzione Statica pelvica:

Il pavimento pelvico²¹ ha il compito di “chiudere” al di sotto il bacino e di sostenere gli organi della bassa pelvi come: vescica e uretra, utero e retto. Proprio per far riferimento a questa sua importante funzione viene chiamato pavimento. Per svolgere questa funzione deve essere sufficientemente resistente per contrastare la forza di gravità, l'aumento di pressione endoaddominale che si verifica normalmente durante le attività quotidiane (tossire, flettere il busto per raccogliere un oggetto, sedersi, alzarsi).

Quando il pavimento pelvico cede, si manifesta il prollasso degli organi pelvici. I vari organi (vescica, uretra, utero, retto) perdono il loro supporto, scorrendo verso la vagina. I sintomi manifestati dalla donna sono: senso di protrusione vaginale, senso di peso in zona genitale e al basso ventre; questi sintomi possono accentuarsi nelle ore serali e in occasione di lavori pesanti. Talvolta può essere presente difficoltà alla defecazione, si percepisce il bisogno di

²⁰ <https://www.ilpavimentopelvico.it/pavimento-pelvico/funzioni-del-pavimento-pelvico> - 15 Luglio 2022

²¹ <https://www.pavimentopelvicoinfo.it/pavimento-pelvico/> - 15 Luglio 2022

defecare ma non riesce ad espellere le feci in modo soddisfacente, incontinenza urinaria o dolore ai rapporti sessuali.

Funzione riproduttiva:

Durante il parto le strutture del pavimento pelvico vengono attraversate dal bambino in modo da permettere così la nascita. Esse durante il travaglio ed il parto vengono sottoposte ad enormi sforzi di pressione e di trazione provocando l'iperdistensione della muscolatura per permettere la fuoriuscita del feto.

Perciò si ritiene utile che in occasione di questo importante evento, i muscoli del pavimento pelvico possiedano una buona capacità elastica, inoltre risulta importante effettuare una valutazione e una rieducazione perineale dopo il parto per recuperare il giusto tono muscolare. La gravidanza di per sé rappresenta un momento chiave per lo sviluppo di alterazioni della statica pelvica; non sono escluse le donne sottoposte a taglio cesareo. L'aumento del peso addominale che preme sul pavimento pelvico, i fattori ormonali che distendono e rendono meno tonici i muscoli perineali, la postura alterata, sono tutti aspetti che rendono la gravidanza un momento di grande attenzione per la salute pelvica della donna.

1.3- Continenza e minzione: fisiologia

La continenza urinaria²² è la capacità di rinviare a piacimento l'atto minzionale e di espletarlo in condizioni igienico-sanitarie adeguate. In condizioni di normalità l'urina non esce dalla vescica perché esiste un'inibizione dell'arco sacrale riflesso da parte dei centri nervosi superiori, che impedisce la contrazione del muscolo vescicale (detrusore).

Grazie a questa la pressione intra uretrale supera quella vescicale, così la vescica non si contrae e si lascia distendere progressivamente dall'urina che affluisce ad essa. Proseguendo il riempimento vescicale (in media 1 ml/minuto) si avverte ad un certo punto il bisogno di mingere. La corteccia interviene nel momento della minzione: quando si decide di urinare, tramite l'intervento dei centri localizzati nei lobi frontale e nell'ipotalamo, la vescica si converte in un'unità dinamica attiva ed espulsiva. L'atto della minzione inizia col rilasciamento dei muscoli del pavimento pelvico, l'apertura a imbuto del collo vescicale, la caduta dei potenziali d'azione dei muscoli periuretrali e quindi della pressione di chiusura uretrale. Subito dopo cessa l'attività inibitoria del detrusore e questo si contrae espellendo

²² P. Abrams, L. Cardozo, and M. Fall. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 2002.

urina. Parte di questi fenomeni sono mediati dal parasimpatico mentre contemporaneamente si verifica una inibizione del simpatico²³.

1.4- Incontinenza urinaria

La minzione normale è controllata da circuiti nervosi nel midollo spinale e nel cervello che coordinano l'attività della muscolatura liscia viscerale presente nella vescica e nell'uretra e quella del muscolo striato dello sfintere uretrale. Nelle vie urinarie inferiori questi circuiti agiscono come interruttori on-off per selezionare alternativamente due schemi di funzionamento: il riempimento e l'eliminazione.

L'insieme dei circuiti riflessi utilizzati dal riflesso della minzione nell'adulto include i nervi motori che innervano la vescica attraverso neuroni parasimpatici pregangliari originanti dal nucleo parasimpatico sacrale²⁴ e i motoneuroni somatici che innervano lo sfintere urinario esterno, i quali possiedono un'attività reciproca rispetto ai neuroni afferenti del nucleo parasimpatico sacrale. All'interno del midollo spinale, i neuroni afferenti provenienti dalla vescica, e da altre strutture innervate in modo segmentario, formano sinapsi con interneuroni, i quali mediano connessioni segmentarie locali con le vie motorie, oppure inviano i loro assoni al cervello²⁵. Questi neuroni ascendenti si connettono con strutture del tronco cerebrale, fra cui il ponte, per attuare determinate funzioni riflesse, e con centri cerebrali superiori per mediare la percezione cosciente delle sensazioni che originano dalle vie urinarie inferiori. Un centro di particolare importanza è il centro pontino della minzione, sia come centro di integrazione, sia come origine degli assoni discendenti che comunicano con il nucleo parasimpatico sacrale e con i motoneuroni somatici. I centri cerebrali superiori svolgono un ruolo centrale nel ritardare lo svuotamento fino al momento in cui questo è considerato opportuno dal punto di vista sociale.

La coordinazione di queste strutture coinvolge principalmente quattro neurotrasmettitori: glutammato, serotonina, noradrenalina, acetilcolina. Essi agiscono a livello centrale su recettori specifici, espressi sulle aree più rilevanti dei centri della minzione.

La noradrenalina e l'acetilcolina agiscono anche a livello periferico attivando recettori locali. La fase di riempimento è mediata dall'acetilcolina assieme alla noradrenalina, mentre la fase

²³ P. Abrams, L. Cardozo, and M. Fall. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 2002.

²⁴ G. Pescetto, L. De Cecco, D. Pegorari, and N. Ragni. *Ginecologia e ostetricia*, volume 1 Ginecologia. Societ Editrice Universo, 2001

²⁵ P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, and A. Wein. *Incontinenza*, volume 1 Principi fondamentali e valutazione. Edi Ermes, 2008.

di svuotamento è mediata solo dall'acetilcolina: a mano a mano che la vescica si riempie la noradrenalina rilasciata dal nervo ipogastrico permette il rilassamento del detrusore.

Allo stesso tempo aumenta il tono del collo vescicale e della muscolatura uretrale mentre l'acetilcolina provoca la contrazione dello sfintere striato uretrale attivando i recettori nicotinici contenuti in queste fibre.

Durante la fase di svuotamento l'attivazione del detrusore è dovuta ai recettori muscarinici attivati dall'acetilcolina rilasciata dal nervo pelvico. Oltre a ciò, il controllo minzionale avviene anche a livello centrale: il glutammato è il principale neurotrasmettitore efferente a livello della spina dorsale. Durante la fase di riempimento il glutammato stimola il nervo pudendo a rilasciare acetilcolina, quindi attiva lo sfintere striato uretrale. La sua azione sembra pronunciata dalla serotonina e noradrenalina. Analogamente lo svuotamento vescicale è attivato dalla cessazione dell'effetto del glutammato.

Il normale ciclo minzionale²⁶ è costituito dalla fase di riempimento e dalla fase di svuotamento.

1. Fase di riempimento: durante il riempimento, le misure di pressione intra vescicale mostrano valori bassi e relativamente costanti quando il volume della vescica è al di sotto della soglia di induzione dello svuotamento. L'adattamento della vescica a volumi crescenti di urina dipende dalle proprietà intrinseche della muscolatura liscia vescicale e dalla quiescenza della via efferente parasimpatica eccitatoria. Durante il riempimento aumenta anche l'attività elettromiografica dello sfintere e ciò riflette un incremento della scarica efferente nel nervo pudendo e della resistenza all'efflusso, che contribuisce al mantenimento della continenza urinaria.
2. Fase di svuotamento: in condizioni fisiologiche la via della minzione è attivata con un arresto transitorio della contrazione tonica del pavimento pelvico necessaria per la continenza urinaria. La fase di riempimento può essere commutata a quella di svuotamento in modo volontario o involontario (riflesso). Lo svuotamento riflesso è facilmente individuabile nel bambino piccolo o in pazienti con particolari patologie: quando il volume di urina supera la soglia della minzione si ha un aumento della scarica afferente dei recettori di tensione della vescica che inverte il profilo dei segnali efferenti, producendo scarica dalle vie parasimpatiche sacrali e l'inibizione delle vie

²⁶ P. Abrams, L. Cardozo, and M. Fall. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 2002.

simpatiche e somatiche. La fase dell'espulsione consiste in un rilasciamento iniziale dello sfintere uretrale seguito in pochi secondi da una contrazione della vescica, dall'aumento della pressione vescicale e dal flusso di urina.

Meccanismi di continenza²⁷:

Si può affermare che la continenza è essenziale per l'igiene e la vita di relazione dell'uomo, è una funzione acquisita al cui risultato concorrono molteplici fattori che isolatamente o in associazione tra loro permettono la funzione contenitiva della vescica.

Questi fattori sono:

- integrità e impermeabilità delle vie urinarie
- compliance vescicale: capacità della vescica di distendersi
- stabilità detrusoriale: il detrusore è stabile se non si contrae involontariamente in fase di riempimento, ma mantiene la capacità di contrazione al momento della minzione
- chiusura del collo vescicale: mantenuta a riposo e sotto sforzo, garantita dal supporto dei legamenti pubo uretrali e dall'attività del muscolo pubococcigeo;
- meccanismo sfinteriale dell'uretra: l'uretra funzionale, che è lunga 3-5 cm non ha un vero sfintere, ma è posizionata all'interno di strutture con azione sfintero-simile:
 - meccanismo uretrale intrinseco: assicura la continenza a riposo e sotto sforzo, grazie alla tensione costante delle strutture che lo compongono (muscolatura liscia, striata e connettivo dell'uretra);
 - meccanismo uretrale estrinseco: costituito dai muscoli del diaframma urogenitale e il muscolo pubococcigeo;
- sofficità uretrale: per assicurare la tenuta idraulica, strettamente dipendente dalla situazione ormonale estrogenica;
- trasmissione della pressione addominale all'uretra: efficace solo se il pavimento pelvico e i legamenti assicurano una normale statica dei visceri peritoneali.

Patologie e disfunzioni minzionali

L'incontinenza urinaria è il disturbo che si riferisce a qualsiasi perdita involontaria di urina.

La perdita involontaria di urina è un problema di ordine medico, igienico-sociale nonché emotivo. In ogni specifica circostanza l'IU andrebbe ulteriormente definita grazie a fattori descrittivi specifici, come tipo, frequenza, severità, fattori precipitanti, impatto sociale, effetto

²⁷https://www.asstspedalicivili.it/upload/spedalicivili_brescia/gestionedocumentale/ANATOMIA%20E%20FISIOLOGIA_784_10876.pdf - 5 Luglio 2022

sull'igiene e sulla qualità di vita, misure utilizzate per contenere le perdite, se la persona desidera o ricerchi aiuto o meno a causa dell'IU.

Esistono diversi tipi di incontinenza urinaria con caratteristiche ben specifiche²⁸.

- IU da sforzo: è il lamentare perdite involontarie durante uno sforzo o un movimento, oppure quando si starnutisce o si tossisce. La pressione intra vescicale eccede la pressione massima uretrale in assenza di attività del detrusore.
- IU da urgenza: è il disturbo che riguarda le perdite involontarie accompagnate da urgenza, oppure immediatamente precedute da questa. Può presentarsi in forme differenti, come perdite minime e frequenti o emissione con completo svuotamento della vescica.
- IU mista: è il lamentare perdite involontarie di urina associate a urgenza e anche al movimento, a starnuti o colpi di tosse.
- Enuresi notturna: è il disturbo relativo a perdite di urina che si verificano durante il sonno.
- IU continua: è il disturbo che si riferisce a perdite di urina ininterrotte.
- Altri tipi: ad esempio riferire incontinenza durante il rapporto sessuale oppure la *giggle incontinence* che si verifica in occasione di un eccesso di riso²⁹³⁰.

La componente più importante per capire a quale tipo di incontinenza ci troviamo davanti è certamente la storia della perdita di urina raccontata dalla donna e le caratteristiche di urgenza eventualmente associate. Questo permette di identificare correttamente il tipo di problematica per poter agire consigliando la terapia corretta.

Le prove urodinamiche possono essere d'aiuto per questo tipo di diagnosi.

La sensibilità vescicale può essere classificata in:

- normale: l'individuo avverte che la vescica si riempie e la crescente sensazione rispetto alla capacità;
- aumentata: il soggetto avverte l'esigenza di mingere precocemente e in modo persistente;

²⁸ <https://www.gvmnet.it/press-news/news-dalle-strutture/incontinenza-urinaria-femminile-come-risolvere-la> - 5 Luglio 2022

²⁹ P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, and A. Wein. Incontinenza, volume 1 Principi fondamentali e valutazione. Edizioni Ermes, 2008.

³⁰ P. Abrams, L. Cardozo, and M. Fall. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 2002.

- ridotta: la persona è consapevole del riempimento vescicale pur senza avvertire un preciso desiderio di mingere;
- assente: il paziente non riferisce alcuna sensazione di riempimento vescicale o desiderio di mingere;
- non specifica: l'individuo non riporta alcuna sensibilità vescicale specifica, ma può percepire riempimento della vescica come senso di pienezza a livello addominale o sintomi vegetativi nei pazienti neurologici.

1.5- Metodologie diagnostiche dell'incontinenza urinaria³¹

La valutazione diagnostica dell'incontinenza urinaria³² ha inizio con la raccolta dell'anamnesi e con l'esame obiettivo, dopodiché si passa agli studi laboratoristici di routine, compreso l'esame delle urine e l'urinocoltura, per poi proseguire con accertamenti di carattere più specialistico come l'esame urodinamico ed eventualmente la cistoscopia. *La conditio sine qua non* per garantire, per quanto possibile, una diagnosi precisa corrisponde alla giusta attenzione clinica da parte dell'esaminatore.

È molto importante focalizzare l'attenzione sull'anamnesi la quale permette di effettuare un'accurata raccolta dati come:

- Menarca
- Regolarità del ciclo mestruale
- Numero dei parti (distocici, eutocici, eventuale utilizzo di forcipe o ventosa)
- Se è stata sottoposta ad interventi chirurgici (uroginecologici, sulla colonna vertebrale, interventi chirurgici in genere)

L'esame obiettivo può mettere in risalto le anomalie anatomiche che contribuiscono a determinare l'incontinenza urinaria. L'esplorazione vaginale dovrebbe essere svolta a vescica piena, con la paziente in posizione litotomica. Tutte le sezioni devono essere valutate, ovvero: l'anteriore, il medio e il posteriore. Durante la valutazione della sezione anteriore (uretra e vescica) si chiede alla paziente di spingere e tossire per valutare la motilità della vescica e dell'uretra e se è presente incontinenza da sforzo (Stress test).

Lo Stress Test è una semplice metodica usata per simulare la perdita incontrollata di urine durante uno sforzo (colpo di tosse, starnuto, ecc.); è un'importante indicatore dello "stato di

³¹ Roberto Migliari, Arezzo (coordinatore) - Urologo Paolo Calvi, Vercelli - Urologo Pediatra Giulio Del Popolo, Firenze - Urologo Paolo Di Benedetto, Udine - Fisiatra Claudio Elbetti, Arezzo - Coloproctologo Claudio Fucini, Firenze - Coloproctologo Gianfranco Lamberti, Cuneo - Fisiatra Massimo Lazzeri, Firenze - Urologo Massimo Perachino, Casale Monferrato (VC) - Urologo Daniele Porru, Pavia - Urologo Filippo Pucciani, Firenze - Coloproctologo Diego Riva, Cantù (CO) - Ginecologo Gennaro Trezza, Napoli - Ginecologo Giancarlo Vignoli, 3

³² <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5819146.pdf> - 16 Luglio

salute” dello sfintere uretrale esterno poiché un’incompetenza dello stesso è generalmente accompagnata ad incontinenza urinaria da sforzo.

Durante l’esame obiettivo va valutata anche la presenza di una ipermobilità dell’uretra, attraverso un altro semplicissimo test detto Q-tip test³³, importante per stabilire il tipo di approccio chirurgico per la correzione dell’incontinenza urinaria.

Il Q-tip test³⁴ viene attuato inserendo un cotton-fioc lubrificato all’interno dell’uretra fino al collo della vescica, valutando l’angolo a riposo che si determina rispetto alla linea orizzontale. Dopodiché viene domandato al soggetto di tossire e spingere per determinare come varia l’angolo di oscillazione dell’uretra dallo stato di riposo a quello di massima spinta. Delle oscillazioni > di 30° sono indice di ipermobilità uretrale.

Dopo aver valutato il compartimento anteriore, vanno analizzate le restanti porzioni medie e posteriore, in particolare utero, volta, parete vaginale posteriore (enterocele, isterocele) ed esplorazione rettale per valutare la presenza di un colpocele posteriore.

Valutazione Urodinamica³⁵:

Lo scopo dell’esame urodinamico è:

- determinare la precisa eziologia dell’incontinenza urinaria;
- valutare la funzione detrusoriale (iperattività del detrusore ecc.) e rilevare la possibilità di alterazioni dello svuotamento vescicale;
- determinare i fattori di rischio urodinamici per lo sviluppo di un deterioramento dell’apparato urinario superiore (dissinergia sfintere-detrusoriale, vescica a bassa compliance, ostacoli allo svuotamento).

1.6- Gravidanza, Parto E Post-Partum³⁶

La gravidanza ha una durata che viene calcolata in settimane, il calcolo viene effettuando partendo dalla data dell’ultima mestruazione per questo motivo è di fondamentale importanza conoscere con certezza questa data. Viene definita gravidanza a termine quella in cui il parto avviene tra le 37 e le 41 settimane³⁷, pretermine o parto prematuro quando il parto avviene prima delle 37 settimane o protratta ovvero oltre il termine quando il parto si verifica a 42 settimane o oltre.

³³ <https://ginecologiasiena.it/urologia-siena/valutazione-di-ipermobilita-uretrale-q-tip-test/> - 16 Luglio 2022

³⁴ Bologna - Urodinamista Si ringrazia per la preziosa collaborazione Antonio Cucchi, Pavia – Urologo - Linee guida per INCONTINENZA URINARIA E DEFICIT DI SUPPORTO DEL PAVIMENTO PELVICO 2003

³⁵ <https://www.maurocervigni.it/come-si-diagnostica-lincontinenza-urinaria/> - 16 Luglio 2022

³⁶ Falkert A, Willmann A, Endress E, Meint P, Seelbach-Go Bel B. Three-dimensional ultrasound of pelvic floor: is there a correlation with delivery mode and persisting pelvic floor disorders 18–24months after first delivery? Ultrasound Obstet Gynecol 2013

³⁷ <http://www.aiugstudies.it/nazionale2015/41/> - 20 Luglio 2022

Come cambia il corpo della donna:

L'aumento ponderale della donna deve essere contenuto tra i 9 e i 12 Kg, questo è dato dallo sviluppo del feto e dell'utero³⁸, dalla formazione della placenta, del liquido amniotico e delle membrane per questo motivo vi è un graduale aumento del peso.

Le mammelle aumentano di volume, le areole ed i capezzoli tendono ad assumere un colore più scuro e si può manifestare una lieve secrezione liquida. A ridosso della fine della gravidanza si manifesta il "colostro", ovvero un liquido che verrà prodotto fino a qualche giorno dopo il parto ed esso sarà il primo alimento del bambino, prima della montata latte.

L'aumento di peso e di volume dell'utero provoca una serie di modificazioni sulla distribuzione del peso e dell'equilibrio della gestante, il quale induce la donna ad arcuare la parte inferiore della schiena. Questo fattore può provocare dolori soprattutto in zona lombare e sacrale (lombosciatalgia).

I movimenti del feto vengono già percepiti dal 4°-5° mese, saranno più accentuati nell'ultimo trimestre.

Nel periodo che precede il parto la donna presenta contrazioni dell'utero che, man mano che passa il tempo aumentano di frequenza e crescono di intensità, avvertendo inoltre l'abbassamento del fondo dell'utero. Man mano che ci si avvicina al momento del parto si manifestano alcuni aspetti ben precisi come:

- la possibile secrezione di perdite vaginali muco-gelatinose (ovvero tappo mucoso)
- l'aumento della cadenza delle contrazioni uterine, che man mano diventano più ritmiche con intervalli che diminuiscono e possono accompagnarsi a sensazioni dolorose (dolori in basso o alla schiena).

Il pavimento pelvico in gravidanza³⁹:

Durante la gravidanza il pavimento pelvico subisce diverse modificazioni in quanto durante questo periodo con l'associazione dell'ormone, la rilassina ha il compito di ridurre il tono muscolare addominale per permettere all'utero la completa distensione, per questo portano man mano all'indebolimento della sua struttura.

La perdita di tono dei muscoli che formano il pavimento pelvico conduce ad un maggiore stress dei legamenti e tendini che lo compongono con un allungamento irreversibile di queste strutture. Man mano questi cedimenti a livello di struttura comportano la perdita del sostegno degli organi pelvici con il loro conseguente prollasso, dando luogo così a sintomi che talvolta accompagnano la gravidanza, come incontinenza, dolore pelvico, malattia emorroidaria, ecc.

³⁸ <https://www.salute.gov.it/portale/home.html> - 8 Agosto 2022

³⁹ <https://www.francescosaveriomari.info/malattie-del-pavimento-pelvico> - 8 Agosto 2022

Questi sintomi spesso si intensificano per la ridotta capacità del pavimento pelvico, di contrastare il peso dell'utero gravidico che quindi si scarica sugli organi pelvici.

La scomparsa del tono muscolare del pavimento pelvico porta, inoltre, ad una sua maggiore fragilità durante il parto.

I muscoli pelvici svolgono una funzione fondamentale in quanto devono dilatarsi durante il passaggio del neonato ma allo stesso tempo devono contrastare un'eccessiva dilatazione in modo da non creare lesioni permanenti all'apparato muscolo-tendineo della donna. Un pavimento pelvico ipototonico provoca quindi l'aumento del rischio di lesioni durante il parto che rappresentano una delle principali cause di prolasso degli organi pelvici.

Inoltre, la perdita della funzione di sostegno del pavimento pelvico porta all'insorgenza di una serie di disfunzioni degli organi che vi si appoggiano con manifestazioni come l'incontinenza urinaria da stress la stipsi da ostruita defecazione, il dolore pelvico cronico o la presenza di dolore durante i rapporti.

La gravidanza ed il parto⁴⁰ danno origine nelle donne ad una serie di modificazioni anatomiche che spesso modificano in maniera permanente il loro aspetto fisico.

1.7- Tecniche utilizzate per riacquisire o mantenere la funzionalità del pavimento pelvico nel post gravidanza

La rieducazione pelviperineale nel postpartum richiede un approccio globale che prevede la collaborazione tra ginecologo e altre figure professionali, questo è molto importante in quanto favorisce una buona riuscita del trattamento. La selezione delle donne deve essere mirata in quanto ad esse vanno illustrate in maniera chiara ed esauriente le ripercussioni della gravidanza e del parto sull'organismo ed i benefici che possono derivare dall'attività fisica mirata⁴¹. Secondo evidenze scientifiche gli esercizi per rinforzare i muscoli del pavimento pelvico, effettuati subito nel post-partum, riducono il rischio di incontinenza urinaria da stress.

Secondo le evidenze è possibile iniziare una leggera attività fisica già nell'immediato post partum sia nelle donne che hanno affrontato un parto spontaneo sia in quelle che hanno partorito con parto cesareo, per quest'ultime, con eventuali complicanze del postoperatorio.

È di fondamentale importanza effettuare un'accurata anamnesi prima di iniziare con il programma di rieducazione, successivamente all'anamnesi fa seguito l'esame obiettivo generale e ginecologico ponendo maggiore attenzione allo studio delle seguenti aree pelvi-

⁴⁰ <https://federicaravasini.it/valutazione-e-riabilitazione-pavimento-pelvico/pavimento-pelvico-e-gravidanza/> - 20 Luglio

⁴¹ <https://www.pavimentopelvicoroma.it/la-gravidanza-prima-durante-e-dopo/> - 20 Luglio 2022

perineale, lombosacrale e addominale che sono quelle maggiormente coinvolte durante la gravidanza ed il parto:

- area perineo-pelvica: in questa area è importante valutare il tono muscolare; comprendere le sinergie muscolari e ricercare un'eventuale inversione del comando perineale; inoltre viene valutata anche l'integrità del muscolo elevatore dell'ano e la buona funzionalità dei mezzi di continenza urinaria sotto sforzo
- area lombo-sacrale: valutare e verificare eventuali posture anomale
- **area addominale:** esame del tono muscolare; valutazione della presenza e dell'eventuale persistenza sotto contrazione, di diastasi dei muscoli retti; valutazione di perdita di sinergia tra i muscoli retti e i trasversi con eventuale protrusione dell'addome.

La rieducazione perineale ha 4 obiettivi⁴²:

- Accrescimento della consapevolezza e della percezione del perineo e degli organi connessi
- Rinforzo della muscolatura perineale
- Maggiore controllo degli sfinteri (continenza) per garantire continenza urinaria e fecale, prevenendo l'incontinenza urinaria e/o prolasso
- Maggiore capacità di rilassamento e mantenimento della qualità di vita sessuale soddisfacente

L'obiettivo della rieducazione è quello di ottimizzare la contrattilità e la tonicità della muscolatura del pavimento pelvico, così da consentirgli di svolgere al meglio le sue funzioni di sostegno, continenza e piacere sessuale.

Attività da svolgere per mantenere una buona funzionalità del pavimento pelvico:

Massaggio perineale in gravidanza⁴³

Il massaggio perineale viene considerato un buon metodo poiché aiuta al raggiungere l'elasticità delle strutture perineali superficiali ma anche perché attraverso esso la donna è indotta a conoscere meglio il proprio corpo in modo da raggiungere una maggior consapevolezza ed intimità.

È dimostrato che, il massaggio perineale⁴⁴ prima del parto, apporta dei benefici in quanto riduce il numero o grado di lacerazioni. Prima di iniziare il massaggio occorre trovare una sistemazione tranquilla ed una posizione rilassata. Si possono utilizzare prodotti adatti per

⁴² <https://www.pavimentopelvicoroma.it/la-gravidanza-prima-durante-e-dopo/> - 25 Luglio 2022

⁴³ <https://www.rieducazioneperineo.it/N29/esercizi-kegel-e-valutazione-del-perineo.html> - 25 Luglio 2022

⁴⁴ <https://www.pavimentopelvicoroma.it/la-gravidanza-prima-durante-e-dopo/> - 20 Luglio 2022

ogni tipo di cute, come l'olio di mandorle. Effettuando tale manovra regolarmente contribuisce a rendere i tessuti più elastici e flessibili.



1: Massaggio Perineale

Vocalizzazione

L'utilizzo della voce può essere considerato un vantaggio per il benessere della madre e del bambino poiché favorisce l'apertura del perineo durante il parto. Essendoci una connessione tra espressioni facciali e pavimento pelvico vi è un'estrema importanza al momento, poiché quando la testa del feto ha raggiunto il piano perineale, nel momento in cui la donna riesce a rilassare la bocca e la mascella, questo può favorire il rilassamento anche a livello pelvico.

Al contrario quando la donna trattiene la voce, può influenzare l'apertura a livello pelvico compromettendo la sua funzionalità.

L'educazione va iniziata al più presto, mettendola in atto in tutte le fasi del ciclo vitale femminile⁴⁵: a partire dall'infanzia, attraverso l'educazione, in adolescenza che appare il periodo più adatto all'apprendimento, durante l'età fertile e non solo in gravidanza o dopo il parto a causa dell'insorgenza di disturbi, o in menopausa quando le problematiche diventano più gravi.

⁴⁵ Bø K, Fleten C, Nystad W. Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. *Obstet Gynecol.* 2009

CAPITOLO 2 - PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

2.1 - Problema

L'incontinenza urinaria viene definita come la perdita involontaria di urina. È una condizione che ha un effetto pesante sulla qualità di vita sia nella sfera sessuale, sociale ed emotiva di coloro che ne sono affetti tanto da provocarne l'isolamento. Colpisce prevalentemente il genere femminile con una prevalenza doppia rispetto a quella degli uomini. Il dato epidemiologico è di difficile interpretazione; si stima che la prevalenza dell'incontinenza femminile varia dal 10% al 70%, un range molto elevato a causa delle numerose variabili implicate negli studi epidemiologici (età, comorbilità, gravidanza). I programmi di ri-educazione del Pavimento Pelvico hanno dimostrato buoni risultati nella gestione dell'incontinenza urinaria e sembrano essere efficaci nel miglioramento della qualità di vita. Diversi studi hanno, inoltre, dimostrato l'efficacia della rieducazione sulla riduzione dei sintomi dolorosi. Questa tematica rientra tra le competenze dell'Assistente sanitario, in quanto esso è la figura professionale che si occupa di prevenzione, promozione e educazione alla salute ed è coinvolta nell'ambito del miglioramento e mantenimento del corretto stile di vita della popolazione presa in esame. Inoltre, essendo figura elettiva nell'individuazione dei bisogni educativi, preventivi e di recupero nella popolazione essa è essenziale nell'individuazione, accoglienza e accompagnamento delle donne rispetto alla loro fragilità pelvica.

Dalla situazione descritta si ritiene opportuno indagare gli stili di vita delle persone coinvolte in questo problema in modo da attuare un programma di rieducazione del pavimento pelvico ad hoc.

2.2 - Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è quello di indagare sulla percezione delle donne rispetto al corretto reclutamento dei loro muscoli pelvici e alle loro aspettative di promozione alla salute in questo ambito.

Gli obiettivi specifici dell'indagine sono:

- Indagare sulla presa in carico dell'utenza con diagnosi precoce e prevenzione dei danni perineali, quali incontinenza urinaria;
- Indagare quali sono le modalità e strategie utilizzate dal personale appositamente formato per informare adeguatamente le gestanti in ambito di rieducazione pelvica;

- Monitorare se le gestanti prese in esame partecipano ai corsi preparto e/o post-parto;
- Indagare se vi sono presenti informazioni riguardo l'educazione sanitaria mirata al fine di prevenire e ridurre eventuali rischi legati alla gravidanza e al post-partum;
- Indagare riguardo gli stili di vita delle gestanti prese in esame.
- Sviluppo di una metodica da applicare in merito alla prevenzione e educazione sanitaria all'interno dei corsi di preparazione al parto condotti dall'A.S.

I quesiti di ricerca sono:

- Sono presenti in letteratura evidenze scientifiche riguardanti la rieducazione del pavimento pelvico?
- Quali sono le modalità e strategie utilizzate dal personale appositamente formato per informare adeguatamente le gestanti in ambito di rieducazione pelvica?
- Le gestanti prese in esame partecipano ai corsi preparto e post parto?
- Le utenti in gravidanza prese in esame presentano già qualche disfunzione a livello dell'apparato urinario?
- Quali sono gli stili di vita delle gestanti prese in esame?

2.3- Revisione della letteratura

La revisione bibliografica si è svolta consultando le informazioni tramite il motore di ricerca GOOGLE che ha permesso di consultare i siti maggiormente accreditati per ricercare gli argomenti inerenti alla tesi.

Fra i più utilizzati vi sono: OMS, DORS, EPICENTRO, SIGO (Società italiana di ginecologia e ostetricia),

La ricerca è poi stata approfondita utilizzando i motori di ricerca Pub Med e GOOGLE SCHOLAR

Sono inoltre state consultate Linee Guida disponibili, Raccomandazioni e PDTA inerenti all'argomento trattato.

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

Il progetto di studio è stato strutturato attraverso un'analisi sintetizzata sulla sinossi.

A seguire verrà descritta la modalità di raccolta dati, quale il questionario, indicando le modalità di autorizzazione, di rispetto della privacy, di raccolta e di analisi dei dati.

1.1- Questionario

Al fine di raggiungere l'obiettivo generale di tesi è stato auto redatto un questionario da somministrare alle gestanti comprese in età tra 20-45 anni, che hanno affrontato un parto fisiologico con espletamento per vie naturali e cesareo. Il questionario è stato elaborato con modulo Google nei mesi di giugno e luglio con il supporto del Relatore e della Correlatrice, è stato reso pubblico attraverso un link di collegamento inviato per mail, il 29 Agosto è stata interrotta la possibilità di svolgimento del test. In tale data sono state raccolte 324 risposte.

Le informazioni raccolte sono state trattate in forma anonima e aggregata, secondo il D. Lgs 30 giugno 2003, n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” integrato con le modifiche del D. Lgs 10 agosto 2018 “Disposizione per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”. L'informativa sulla privacy e sul trattamento dei dati è stata inserita nella sezione introduttiva del questionario con la presentazione della laureanda e dell'obiettivo di ricerca.

Il Questionario, composto da 63 domande, è volto ad indagare sulla percezione e conoscenza delle donne in gravidanza e nel post gravidanza riguardo la rieducazione del pavimento pelvico per prevenire l'incontinenza urinaria. All'interno di esso vi sono quattro sezioni:

La sezione “A” contiene la raccolta di dati socio-anagrafici e anamnestici.

Le domande al suo interno sono le seguenti:

- Età
- Titolo di studio
- Età menarca
- Numero di gravidanze
- Numero di figli
- Peso dei figli alla nascita
- Tipologia di parto

- Presenza del feto al parto
- Durata del periodo espulsivo
- Ha frequentato il corso parto
- Da chi è stata seguita per la gravidanza

La sezione “B” contiene la raccolta dei dati riguardo lo stile di vita condotto durante la gravidanza e nel post-parto.

Le domande poste in questa sezione sono riguardanti:

- Attività fisica
- Alimentazione
- Fumo/alcol
- Quanto considera importante l’attività fisica durante la gravidanza per la prevenzione di disfunzioni a livello del pavimento pelvico

La sezione “C” contiene la raccolta di dati riguardanti la percezione del pavimento pelvico, nello specifico sono state poste le seguenti domande:

- In generale quanto pensa di essere informato riguardo il pavimento pelvico
- Durante la gravidanza ha avuto modo di partecipare a corsi riguardanti la salute del pavimento pelvico
- Durante la gravidanza per favorire l’elasticità del perineo preparandolo al parto ha eseguito la tecnica del massaggio perineale
- Sa riconoscere i muscoli del pavimento pelvico attraverso lo “stop-pipi” durante la minzione
- Attualmente e durante la gravidanza per rinforzare la muscolatura perineale, ha eseguito esercizi di contrazione e rilassamento
- Secondo lei, come essere donna, ritiene rilevante, con le modalità idonee per ogni età, attuare una sensibilizzazione alla prevenzione dei danni al pavimento pelvico nelle seguenti fasi della vita femminile

La sezione “D” contiene la raccolta dei dati riguardanti l’incontinenza urinaria, nello specifico l’aspetto della sintomatologia, le domande poste sono per seguenti:

- Per quanto riguarda il suo stato di salute, indichi quale/i condizioni respiratorie la caratterizzano frequentemente
- Ha mai sofferto di cistite (infezione delle vie urinarie)
- Ha notato perdite di urina
- Sintomi a carico del basso apparato urinario

- Le capita di avere Enuresi notturna
- Torchio addominale
- Le capita di manifestare bruciore durante la minzione
- Le capita di avere la Sensazione di incompleto svuotamento vescicale
- Quanto ritiene rilevante l'aspetto dell'incontinenza urinaria come disfunzione del pavimento pelvico in seguito alla gravidanza e al parto
- Rispetto ai sottoelencati mandati professionali, quanto ritiene da 1 a 10 (dove 1 è per niente, 10 molto), che le rispettive professioni debbano essere incluse nei processi di prevenzione dei danni alle strutture pelviche e nella promozione alla salute rispetto a questi argomenti.

3.2 - Tipologia di analisi

L'elaborazione dei dati è stata svolta partendo dalla matrice dati elaborata con Excel, successivamente per ogni domanda è stata costruita la tabella Pivot per permettere così la codifica con successiva costruzione dei grafici.

Per le variabili qualitative di natura ordinale come: per niente, poco, abbastanza, molto oppure mai, raramente, spesso, sempre; è stata fatta una codifica seguendo l'ordine logico di frequenza.

Nelle domande a batteria ogni variabile ha assunto funzione di domanda e ogni item la funzione di risposta con la medesima codifica stabilita in precedenza.

Le scale di valutazione da 1 a 10 hanno assunto una lettura nelle seguenti modalità:

- Da 1 a 4 ha assunto un significato di per niente/poco;
- Da 5 a 6 abbastanza;
- Da 7 a 8 molto;
- Da 9 a 10 moltissimo.

I dati durante il periodo di elaborazione sono stati visionati e discussi con il relatore e correlatore con lo scopo di individuare e mettere in risalto i risultati più importanti della ricerca.

CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE

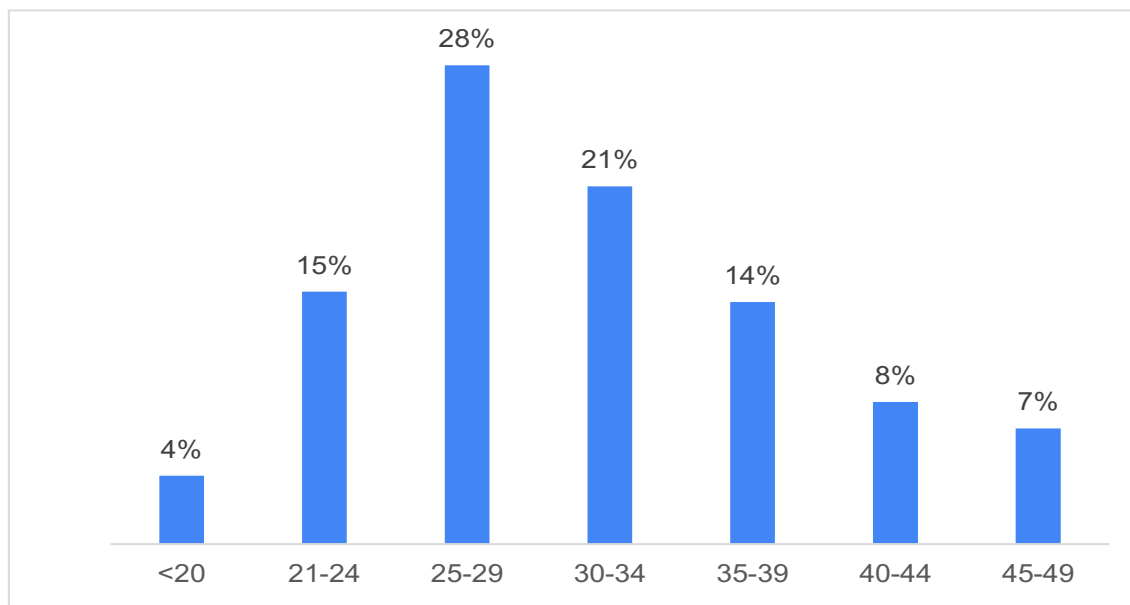


Grafico 1: Analisi dell'età del campione preso in esame

Nel grafico viene descritta la composizione dell'età anagrafica delle donne prese in esame.

I valori vengono espressi in percentuale, dal grafico emerge che la fascia di età tra 25 e 29 anni sono maggiormente presenti con il 28%, a seguire con il 21% hanno un'età compresa tra 30 e 34 anni, con il 15% tra i 21 e i 24 anni, con il 14% tra i 35 e i 39 anni, l'8% ha un'età compresa tra 40 e 44 anni il 7% tra i 45 e i 49 anni ed il restante 4 % ha un'età inferiore a 20.

La fascia di età presa in considerazione per questo studio è stata dai 20 ai 49 anni, poiché al giorno d'oggi vi sono evidenze scientifiche che l'età media al primo parto ha superato i 30 anni.

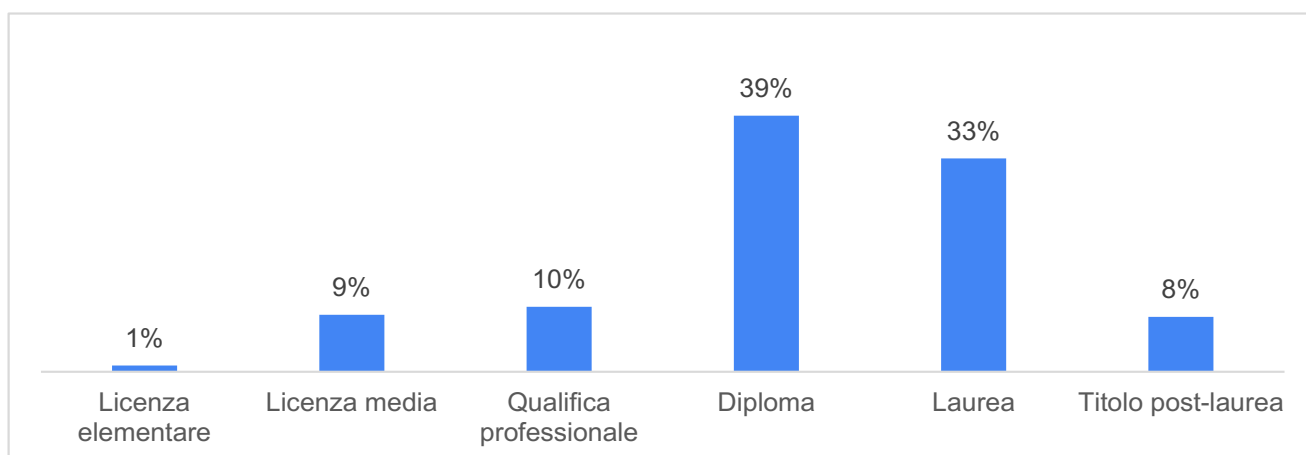


Grafico 2: Analisi del titolo di studio

Il grafico descrive la composizione del grado di istruzione del campione preso in esame, il 39% possiede il Diploma di scuola media superiore, il 33% possiede la Laurea, il 10%

Qualifica professionale, il 9% Licenza Media, l'8% possiede un titolo Post-Laurea e il restante 1% possiede la Licenza Elementare.

Proprio in merito a questi dati si possono formulare delle ipotesi del perché l'età media del primo parto è aumentata, il grado di istruzione appare importante da indagare in quanto permette di capire le possibilità di partecipazione ai corsi da parte delle donne.

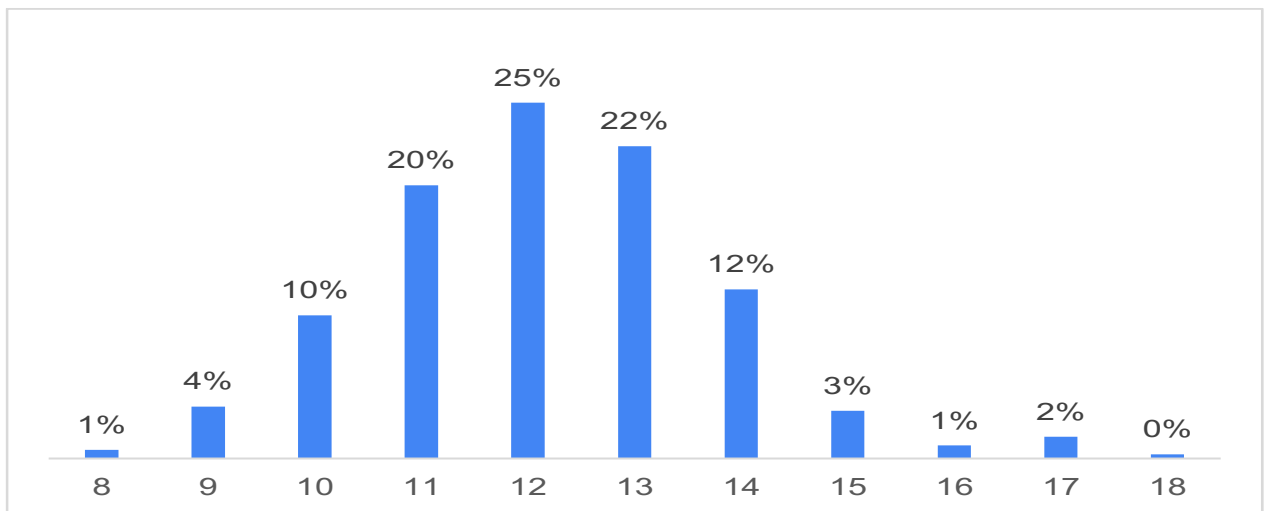


Grafico 3: Analisi Età Menarca

Nel grafico viene descritta e analizzata l'età del menarca delle donne prese in esame, il 25% corrisponde alle donne che hanno avuto il menarca all'età di 12 anni, il 22% corrisponde all'età di 13 anni, il 20% del campione ha avuto il menarca all'età di 11 anni, il 12% all'età di 14 anni, il 10% a 10 anni, il 4% a 9 anni, il 3% a 15 anni, il 2% a 17 anni, l'1% all'età di 8 e 16 anni mentre una persona soltanto tra il campione preso in esame ha avuto il menarca all'età di 18 anni.

Le mestruazioni consistono nello sfaldamento della mucosa che riveste la parete interna dell'utero (endometrio), accompagnato da una perdita di sangue attraverso la vagina. Questo fenomeno si rinnova ciclicamente ogni mese e dura, in media, dai 3 ai 7 giorni.

Il primo giorno di mestruazioni segna l'inizio di un nuovo ciclo mestruale, che nella maggior parte delle donne dura tra i 25 e i 36 giorni. A prescindere dal periodo di tempo che intercorre tra due flussi, le mestruazioni si verificano 14 giorni dopo l'ovulazione.

Queste consentono all'utero di eliminare il rivestimento interno costruito durante la fase precedente (se non si è verificato il concepimento).

Rinnovando lo strato mucoso dell'endometrio, l'utero mantiene ottimale, dal punto di vista biologico, il "terreno" che accoglierà l'ovulo eventualmente fecondato.

Questi cambiamenti si verificano dal momento del menarca ovvero dalla pubertà alla menopausa e sono direttamente correlati alla fertilità. In altre parole, le mestruazioni indicano la presenza di un ciclo d'ovulazione, quindi la capacità di procreare.

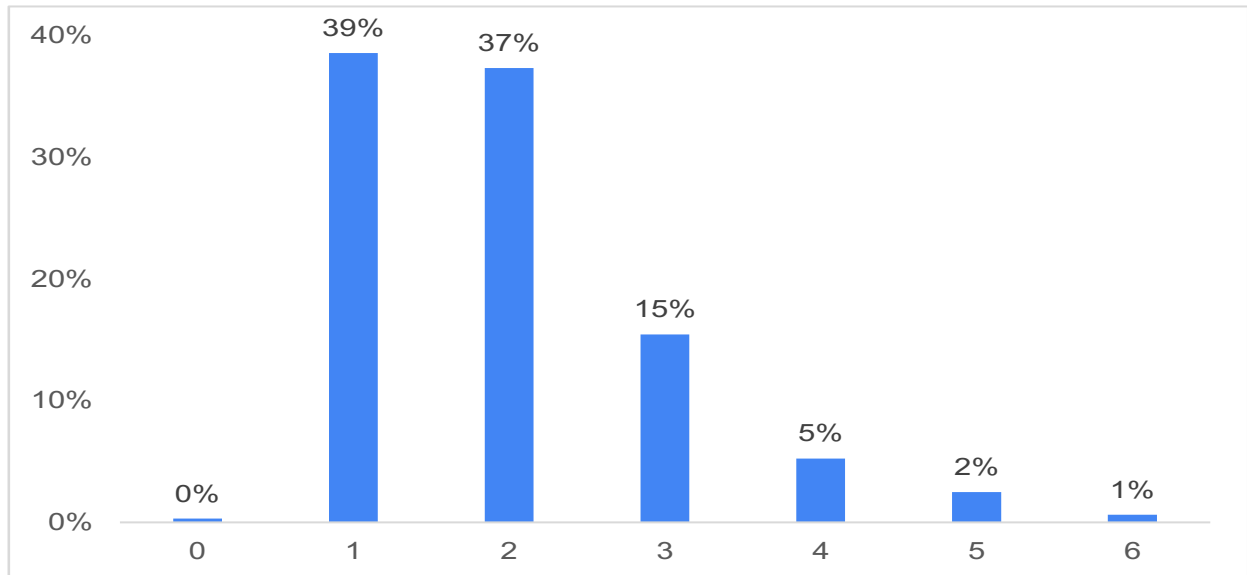


Grafico 4: Numero di gravidanze

Nel seguente grafico viene specificato il numero di gravidanze sostenute dalle donne prese in esame, per gravidanze sono state intese anche quelle non portate a termine ovvero quelle che hanno subito aborto spontaneo, difatti una persona tra il campione esaminato ha specificato questo evento spiacevole; dopodiché con l'1% vi sono 6 gravidanze, con il 2% se ne sono manifestate 5, con il 5% se ne sono verificate 4, con il 37% si sono verificate 2 gravidanze e con il 39% 1 gravidanza.

Si deduce che 39 persone su 100 hanno avuto almeno una gravidanza.

È importante indagare il numero di gravidanze in quanto permette di capire il carico che ha dovuto subire il perineo.

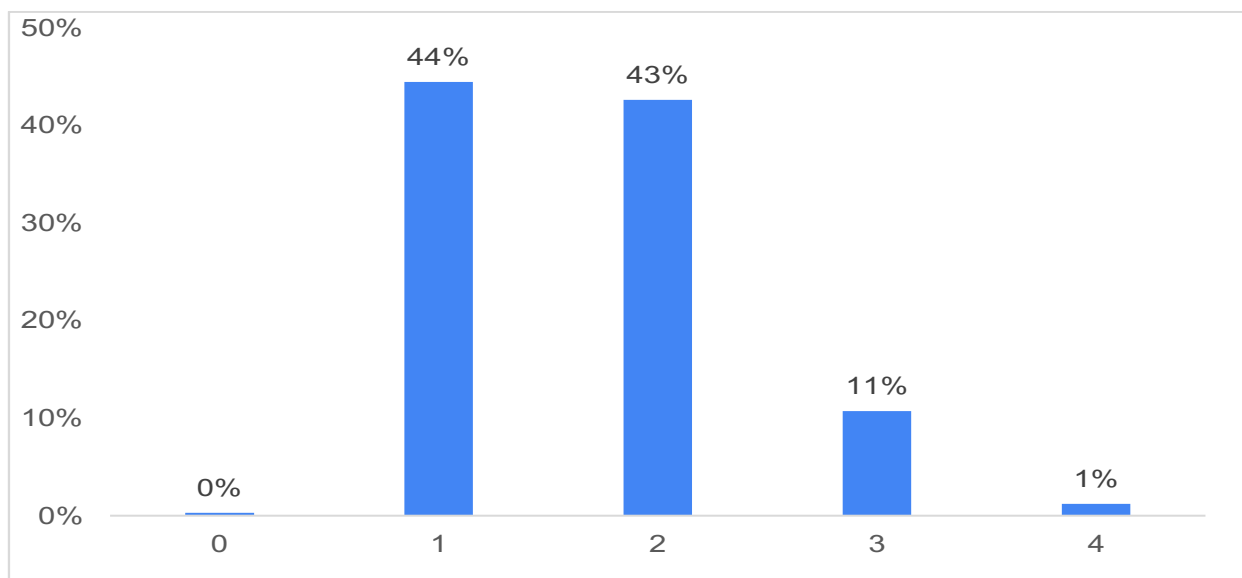


Grafico 5: Numero di figli

Nel grafico viene analizzato il numero di figli, dal campione preso in esame emerge che il 44% possiede 1 figlio, il 43% 2 figli, l'11% 3 figli e il restante 1% 4 figli.

Si nota che 44 persone su 100 hanno un figlio, tale domanda risulta molto importante per questo studio in quanto il parto, secondo evidenze scientifiche, ha un impatto molto importante sulla salute del pavimento pelvico in quanto esso durante la gestazione diventa la "culla" del bambino ed attraverso il canale vaginale grazie alle contrazioni contribuisce alla fuoriuscita del piccolo, per questo è sottoposto ad uno sforzo a livello muscolare non indifferente.

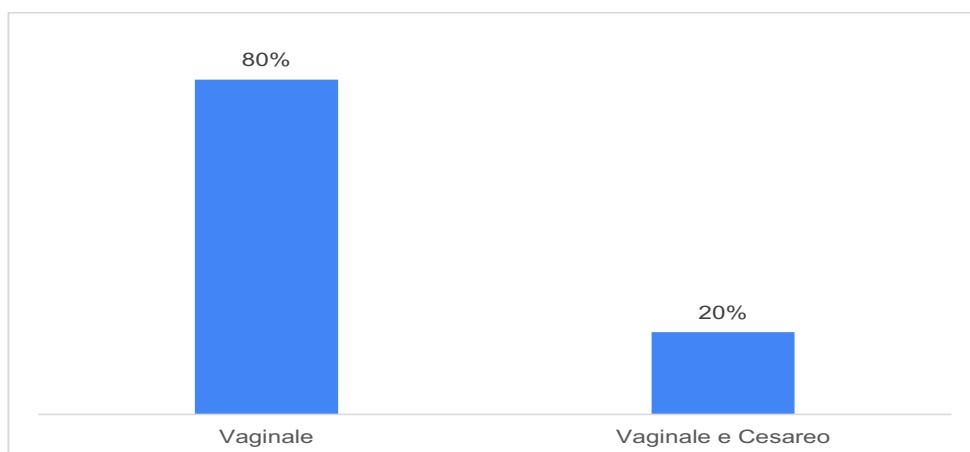


Grafico 6: Tipologia di parto

Il grafico illustra il tipo di parto che è stato affrontato dal campione preso in esame, emerge che l'80% delle donne ha avuto un parto vaginale mentre il restante 20% oltre al vaginale ha avuto anche un cesareo.

Esso è un dato molto importante poiché permette di capire la modalità di parto e di conseguenza permette di individuare il tipo di lesione che la donna ha dovuto subire.

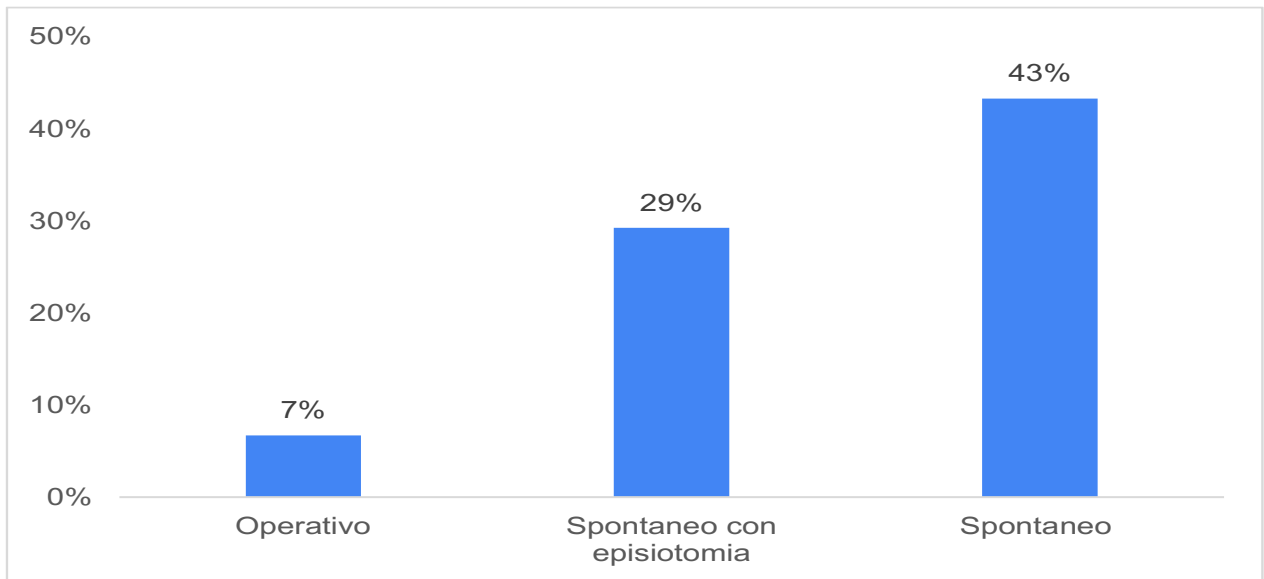


Grafico 7: Analisi del parto vaginale

Nel seguente grafico viene preso in esame il parto vaginale nel quale veniva chiesto alle donne che hanno sostenuto tale tipologia di parto se è stato operativo, spontaneo con episiotomia e solamente spontaneo; dall'analisi è emerso che il 43% ha avuto un parto spontaneo, il 29% spontaneo con episiotomia ed il restante 7% ha avuto un parto operativo.

Quindi si può affermare che la maggior parte delle donne hanno avuto un parto spontaneo ma un dato non indifferente corrisponde allo stato "Spontaneo con Episiotomia" ciò significa che le donne che hanno affrontato tale pratica, hanno subito un'incisione a livello dell'apertura vaginale, un taglio chirurgico cui in alcuni casi si ricorre durante il parto naturale per aiutare il passaggio della testa del bambino e dunque la sua nascita.

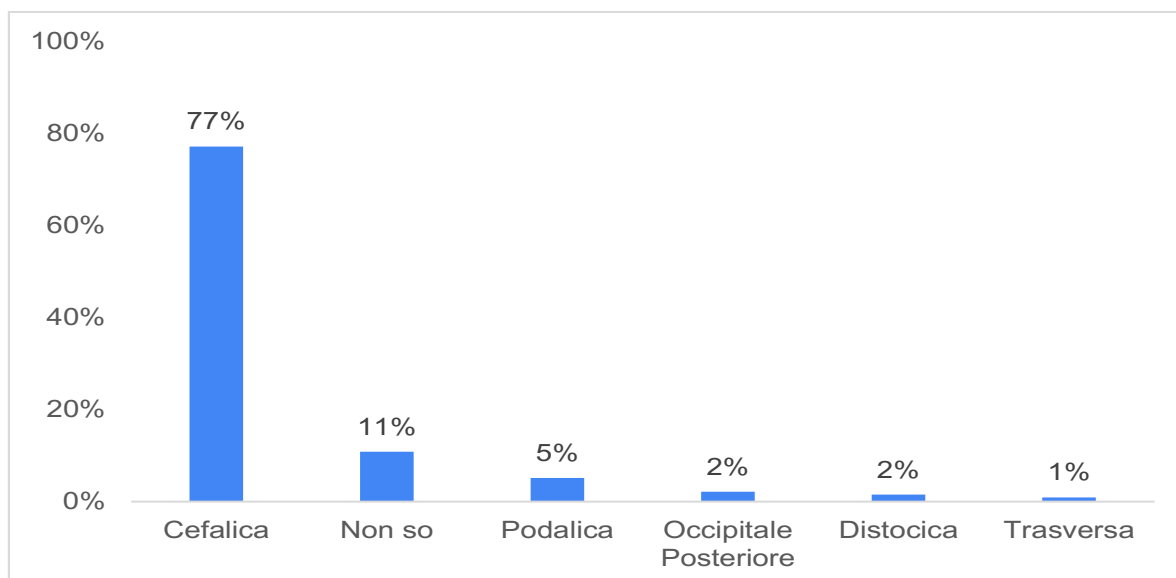


Grafico 8: Posizione del feto nel momento del parto

Nel grafico viene illustrata la posizione del feto durante il parto, il 77% delle donne prese in esame hanno espresso che la posizione del bambino nel momento del parto era Cefalica, l'11% sostiene di non sapere/ricordare la posizione, il 5% in posizione Podalica, il 2% in posizione Occipitale posteriore, il 2% in posizione Distocica ed il restante 1% in posizione Trasversa.

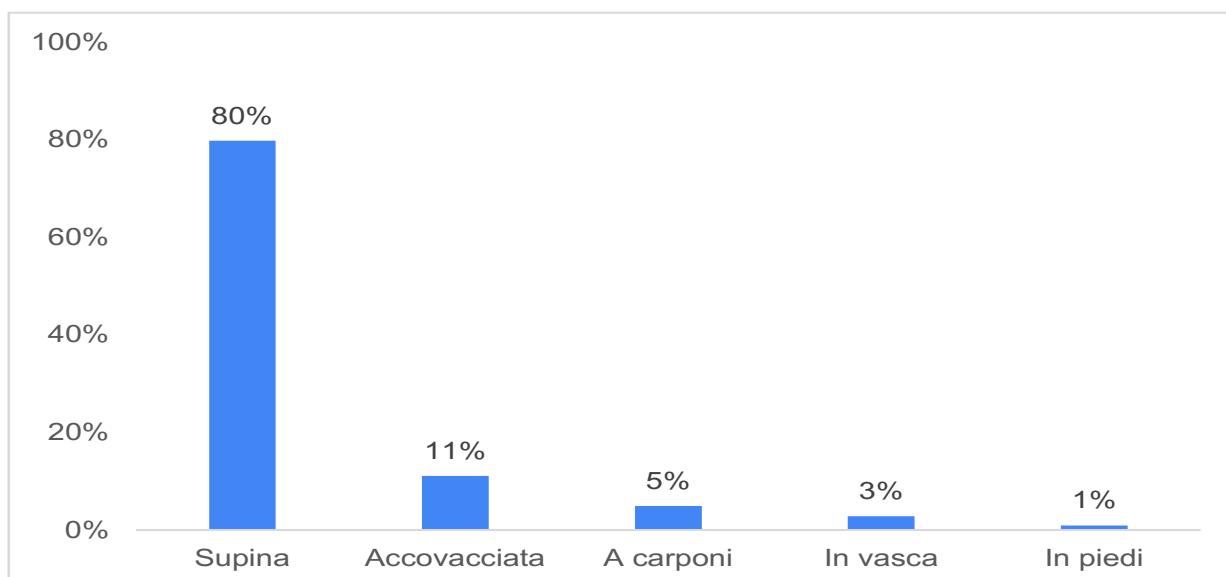


Grafico 9: Posizione assunta dalla donna durante il parto

Nel seguente grafico viene analizzata la posizione assunta dalla donna nel momento del parto, l'80% delle donne ha assunto una posizione Supina, l'11% Accovacciata, il 5% a Carponi, il 3% in vasca e il restante 1% in piedi.

La posizione assunta dalla donna è un dato molto importante da indagare in quanto determinate posizioni assunte come ad esempio in piedi favorisce la fuoriuscita dal bambino però solamente l'1% ha effettuato questa posizione, la maggior parte dei casi hanno assunto posizione supina la quale risulta comoda per l'operatore ma controproducente per la mamma che deve partorire, difatti da qui la necessità, a volte, di eseguire l'Episiotomia.

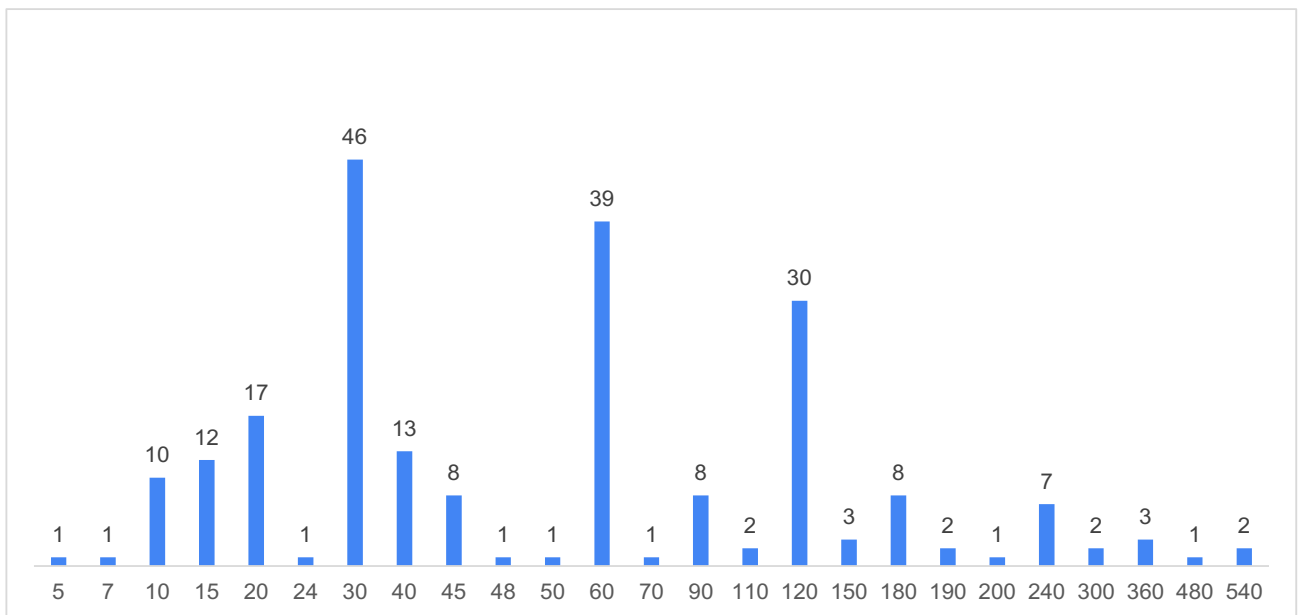


Grafico 10: Durata del periodo espulsivo

Nel grafico viene analizzata la domanda nella quale viene chiesto alle donne la durata del periodo espulsivo. Dal grafico soprariportato è evidente che la maggior parte delle donne, in un campione di 220 risposte, 46 di esse hanno avuto la durata del periodo espulsivo di circa 30 minuti, 39 hanno avuto la durata di 60 minuti e 30 hanno avuto la durata di 120 minuti.

Il caso più frequente ha avuto una durata del periodo espulsivo di 30 minuti.

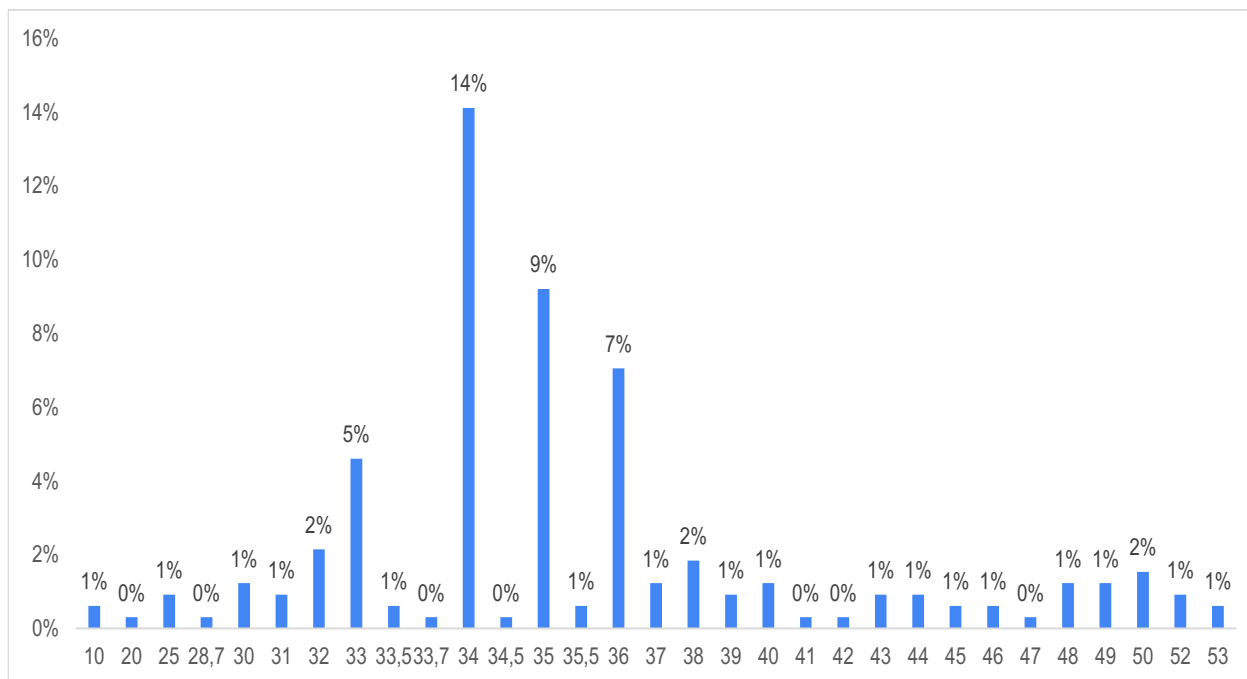


Grafico 11: Circonferenza cranica del bambino alla nascita

Nel seguente grafico viene rappresentata l'analisi della circonferenza cranica del bambino nel momento del parto, è evidente come la maggior parte delle donne che hanno risposto al questionario ovvero il 14% del campione ha verificato una circonferenza cranica di 34 cm, a seguire con il 9% vi è una circonferenza cranica di 35 cm.

Il 4% dei casi ha indicato una circonferenza cranica del nascituro uguale o superiore a 50cm. Questo dato è molto importante da analizzare in quanto nel momento del parto la circonferenza cranica determina la quantità del danno a carico del pavimento pelvico.

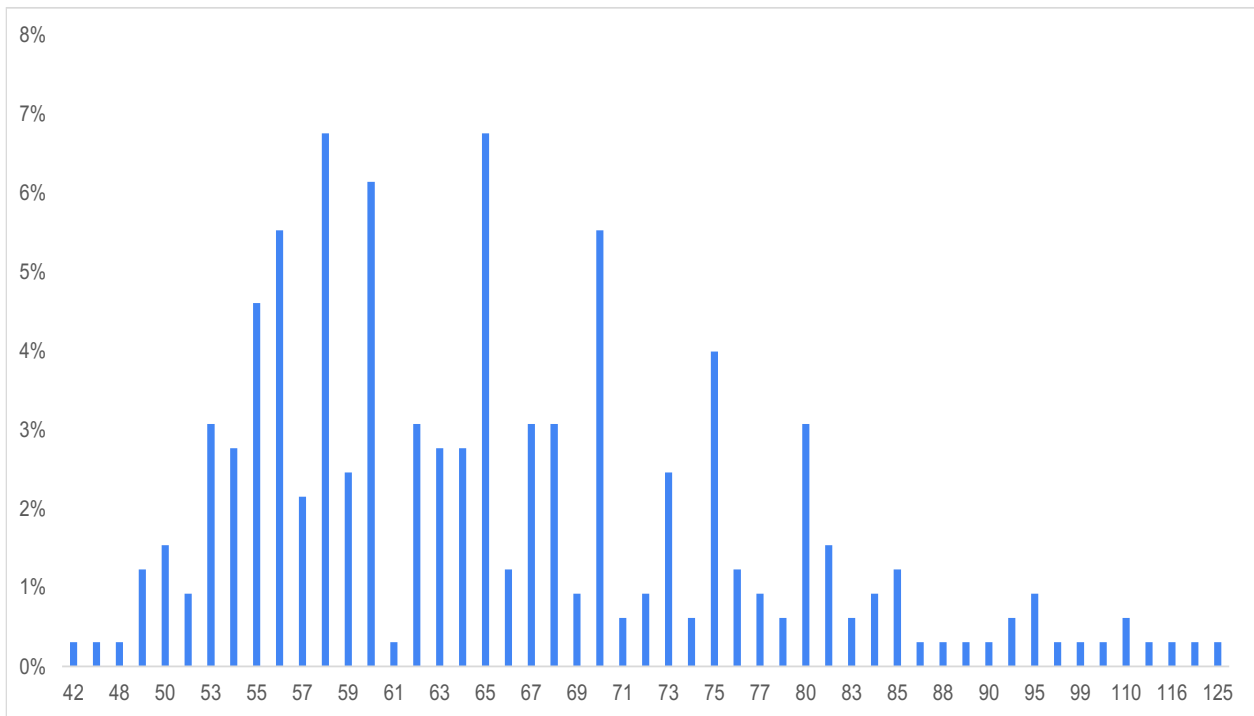


Grafico 12: Peso in kg della donna

Nel seguente grafico viene illustrata la suddivisione del peso delle donne che hanno risposto al questionario, tale domanda viene posta poiché il peso incide sul funzionamento del pavimento pelvico poiché maggiore è esso e maggiore sarà il peso che dovrà sostenere la muscolatura del perineo. Dalla seguente analisi emerge che il 7% delle donne è di circa 59/65 Kg.

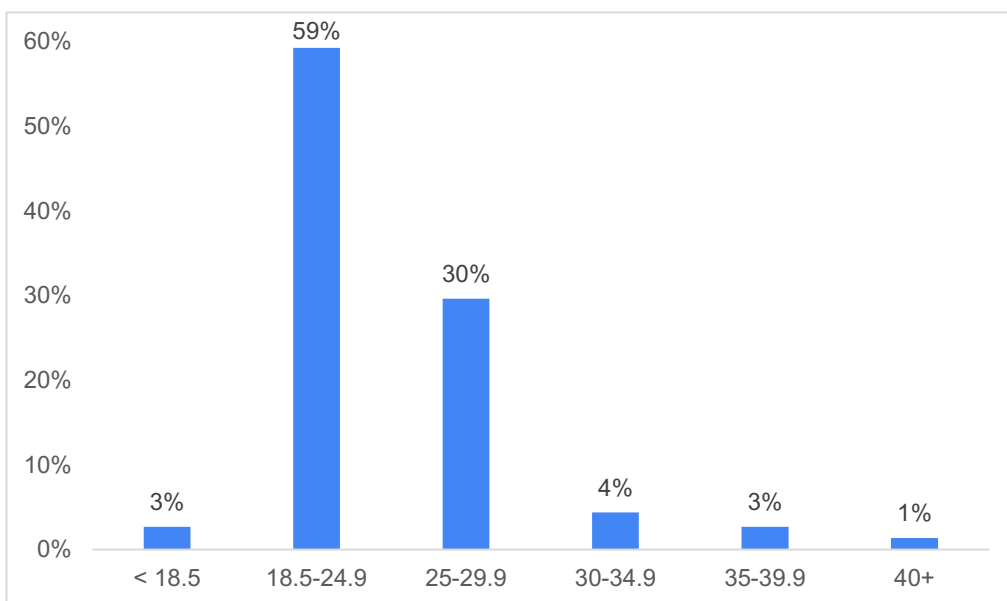


Grafico 13: Distribuzione per BMI (Indice di massa corporea)

Nel seguente grafico viene analizzata la distribuzione per BMI ovvero indice di massa corporea, le donne che manifestano il normopeso sono circa il 59%, quelle con sovrappeso sono il 30% inoltre l'8% si classifica nella categoria obesa.

Già le donne in sovrappeso hanno una qualche difficoltà nel momento del parto ma certamente nella categoria obesa vi sono controindicazioni alla gravidanza rilevanti.

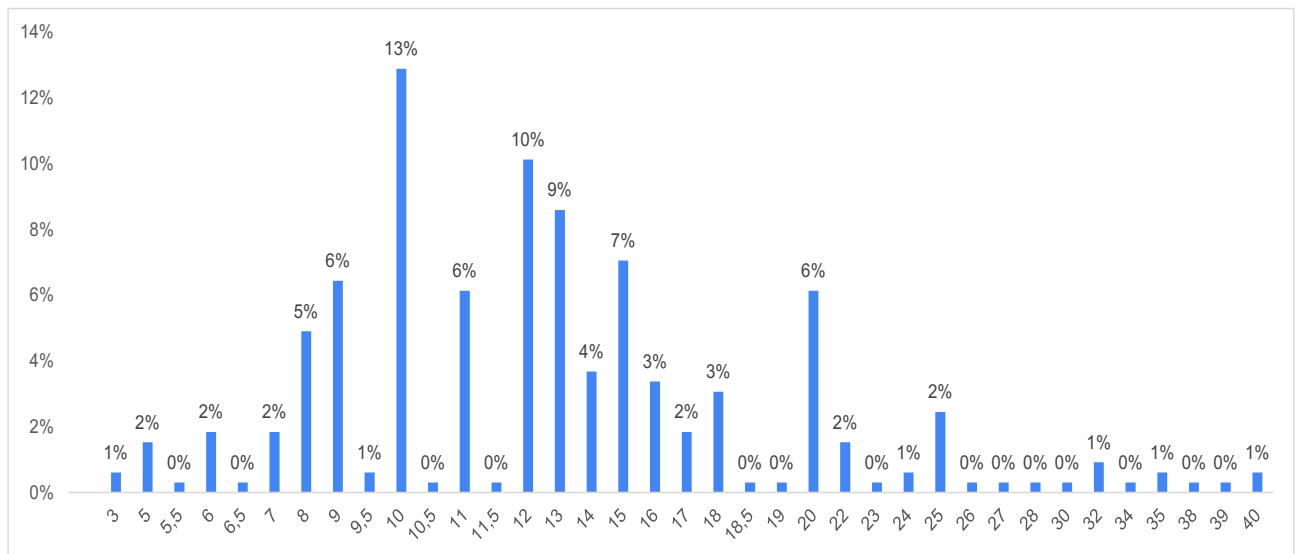


Grafico 14: Aumento ponderale in gravidanza

Nel grafico soprariportato si analizza l'aumento ponderale delle donne durante la gravidanza, il 13% del campione è aumentata di 10 kg, il 10% di 12 kg, il 9% di 13 kg.

Un peso elevato aumenta il rischio della manifestazione di complicazioni come la difficoltà nel parto ed il ricorso al taglio cesareo. Inoltre, una madre obesa ha un'alta probabilità di partorire un bimbo che svilupperà a sua volta problemi di obesità.

L'incremento ponderale vero e proprio avviene a partire dal quarto mese, per poi rallentare negli ultimi tre mesi. In questa fase l'aumento del peso materno è dovuto soprattutto allo sviluppo del feto.

L'aumento ponderale avviene nella seguente modalità:

- NEL PRIMO TRIMESTRE: 1,5-2 Kg (ovvero 500 grammi al mese)
- NEL SECONDO TRIMESTRE: 4,5-5,5 kg (circa 350-450 grammi alla settimana)
- NEL TERZO TRIMESTRE: 2,5-3,5 Kg (generalmente 200-300 grammi alla settimana)

Detto ciò, si ritiene normale un aumento, per tutto il corso della gestazione, di circa 12-14 chili.

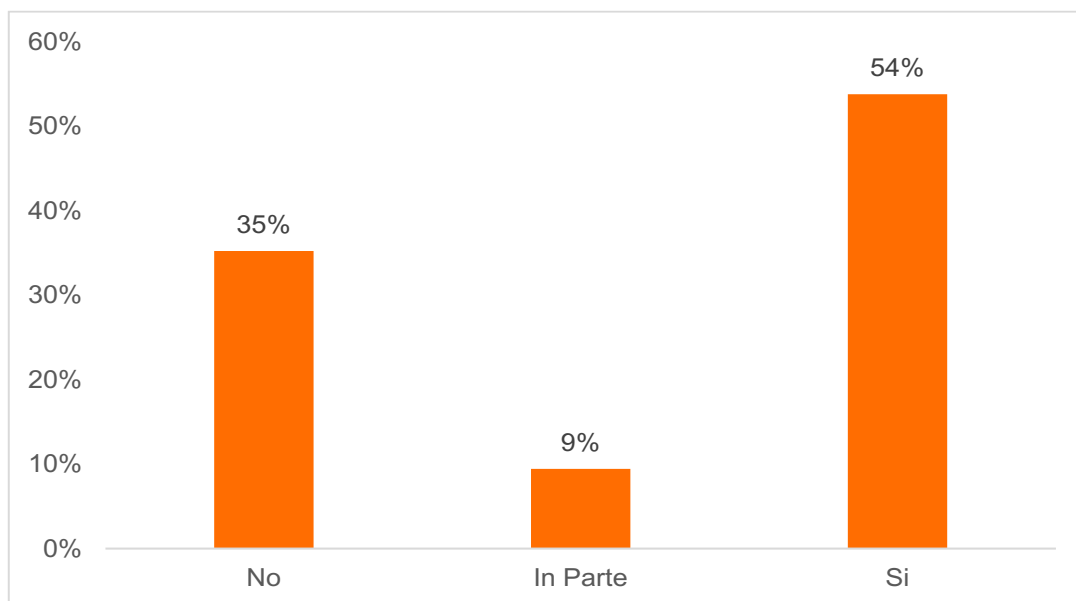


Grafico 15: Partecipazione al corso preparto

Nel grafico viene illustrato in percentuale la partecipazione al corso preparto, le persone che vi hanno partecipato sono il 54%, il 9% ha partecipato in parte ed il 35% non ha mai partecipato.

Esso è un fattore importante da indagare in quanto durante i corsi preparto vengono fornite informazioni riguardo la salute della donna e del nascituro. Difatti il 35% delle donne che non vi partecipano non è un dato indifferente in quanto dovrebbe essere un servizio alla portata di tutte e con facile accesso. Alcune donne non hanno frequentato i corsi preparto avendo loro già avuto gravidanze precedenti.

Successivamente è stato chiesto alle donne che hanno risposto a questa domanda in modo affermativo dove hanno frequentato il corso.

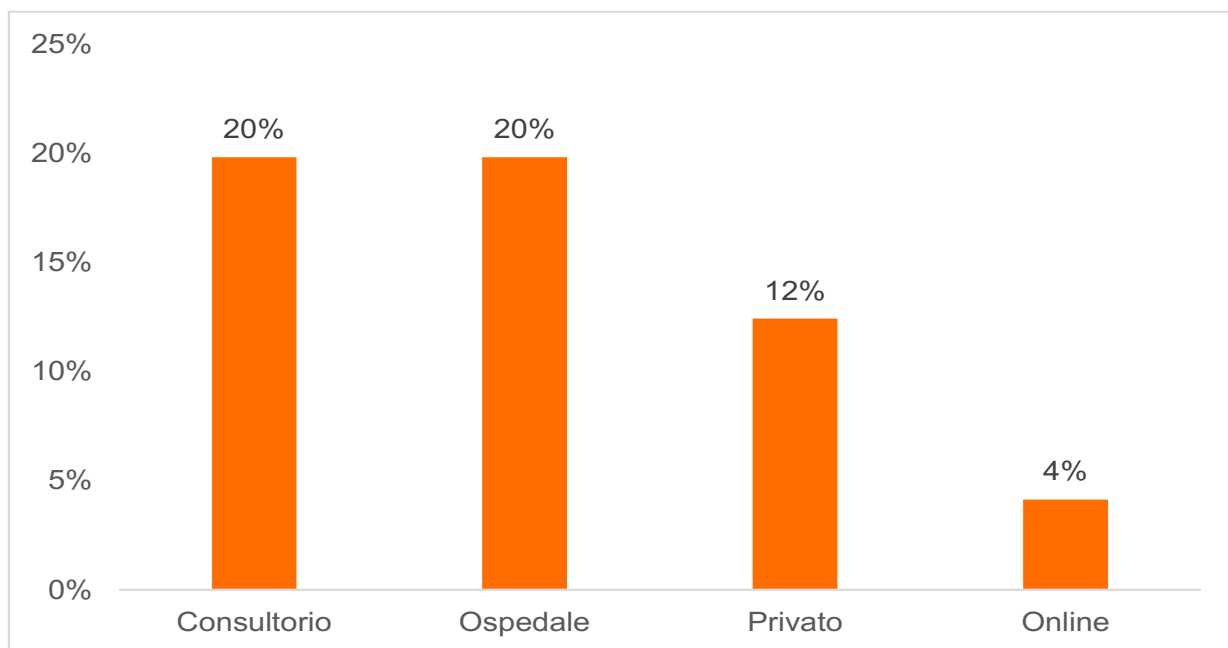


Grafico 16: Dove hanno frequentato il corso parto

Nel grafico vi è la distribuzione in percentuale dei luoghi dove è stato frequentato il corso parto, con il 20% vi è il consultorio e l'ospedale, il 12% ha frequentato il corso in contesto privato ed il 4% l'ha frequentato online.

In generale i corsi parto vengono effettuati presso i consultori territoriali. Se vi sono poche iscrizioni al corso capita che questo venga svolto collettivamente presso la struttura ospedaliera dove intervengono anche le figure ostetriche di reparto.

Le risposte al questionario somministrato sono pervenute da molte regioni italiane e i corsi parto si svolgono con modalità diversa a seconda della organizzazione del servizio nelle varie Regioni.

La modalità online è stata scelta esclusivamente dalla proposta pubblica ed è stata una necessità nel momento in cui è sorta la pandemia da Covid-19.

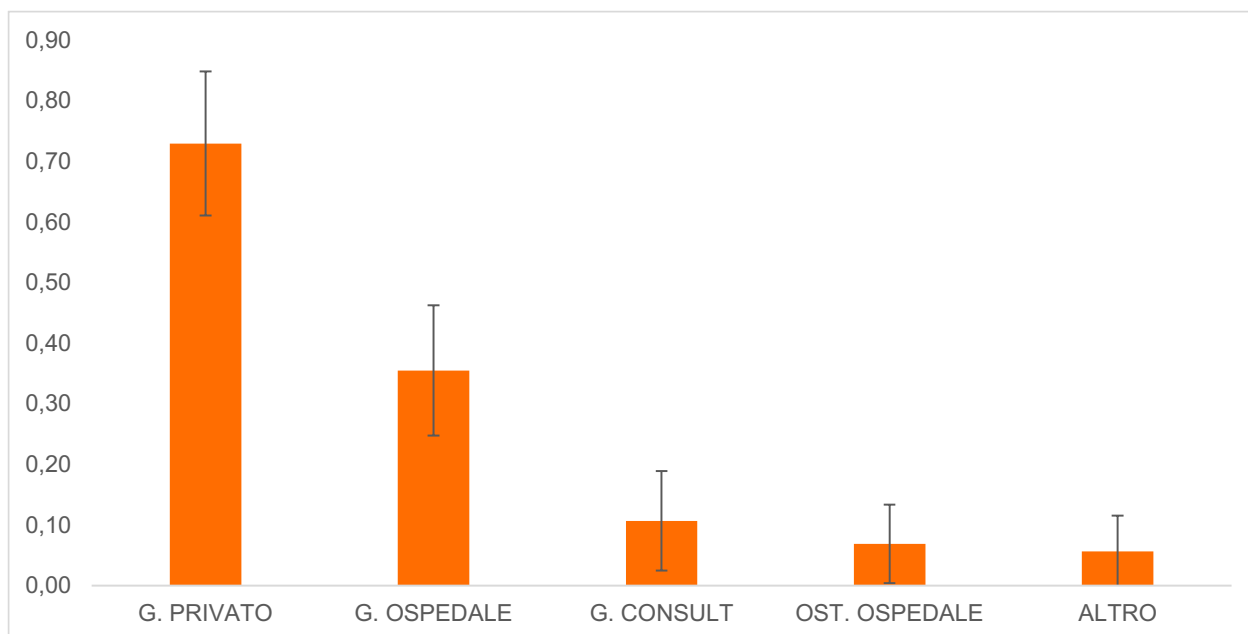


Grafico 17: Da chi è stata seguita per la gravidanza

Nel seguente grafico viene analizzato ed illustrato in percentuale il professionista sanitario al quale si è rivolta la donna durante la gravidanza. Per il 70% le donne si sono rivolte al Ginecologo Privato, poco più del 30% si sono rivolte al Ginecologo dell'Ospedale mentre il 10% si sono rivolte rispettivamente all'ostetrica ospedaliera e ad altre figure professionali. Le risposte pervenute rappresentano omogeneamente la maggior parte delle regioni d'Italia, la presenza del ginecologo privato è molto elevata ciò vuol dire che la donna preferisce affidare la propria salute e quella del proprio piccolo all'ambiente sanitario privato.

Analizzando i dati si riesce a comprendere come a volte le neomamme siano state seguite nella loro gravidanza da più di una figura professionale tipicamente dal ginecologo ospedaliero e contemporaneamente anche da un ginecologo privato.

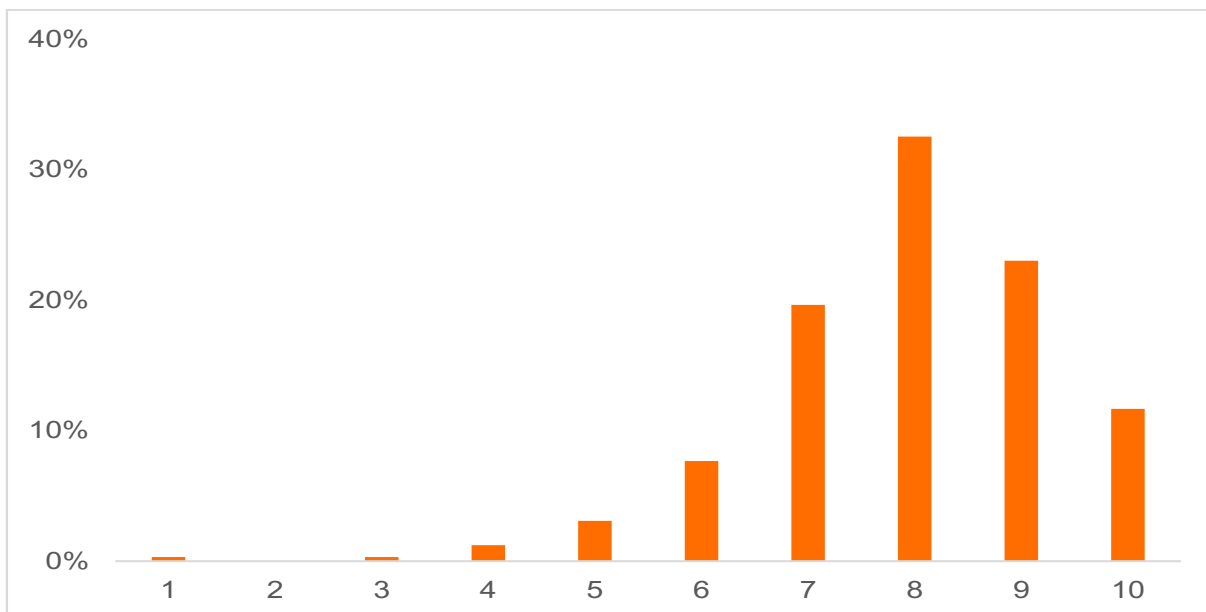


Grafico 18: Come giudica la sua salute in una scala da 1 a 10

La domanda posta nel questionario riguarda a come giudica la donna il proprio stato di salute, si chiedeva di esprimerlo in una scala da 1 a 10 dove uno significava carente e dieci ottima, poco più del 30% giudica il proprio stato di salute con un punteggio di 8 che corrisponde a buono.

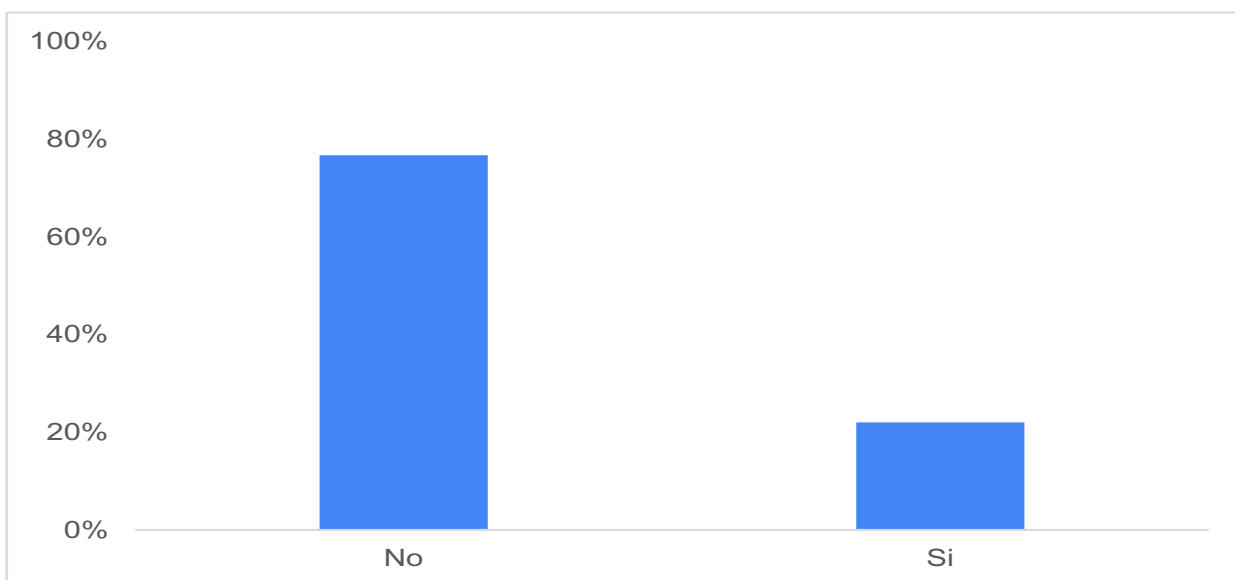


Grafico 19: svolge attività fisica regolarmente

Nel grafico soprariportato viene analizzato se la donna svolge attività fisica, circa l'80% ha risposto di no il restante 20% svolge attività fisica.

L'attività fisica aiuta a diminuire la pressione arteriosa, facilitando il controllo del livello di glicemia e colesterolo nel sangue, aiuta a prevenire malattie metaboliche, cardiovascolari e neoplastiche e artrosi e contribuisce a ridurre il tessuto adiposo in eccesso perché facilita il

raggiungimento del bilancio energetico, per questo motivo è uno degli aspetti correlati allo stile di vita che è importante analizzare.

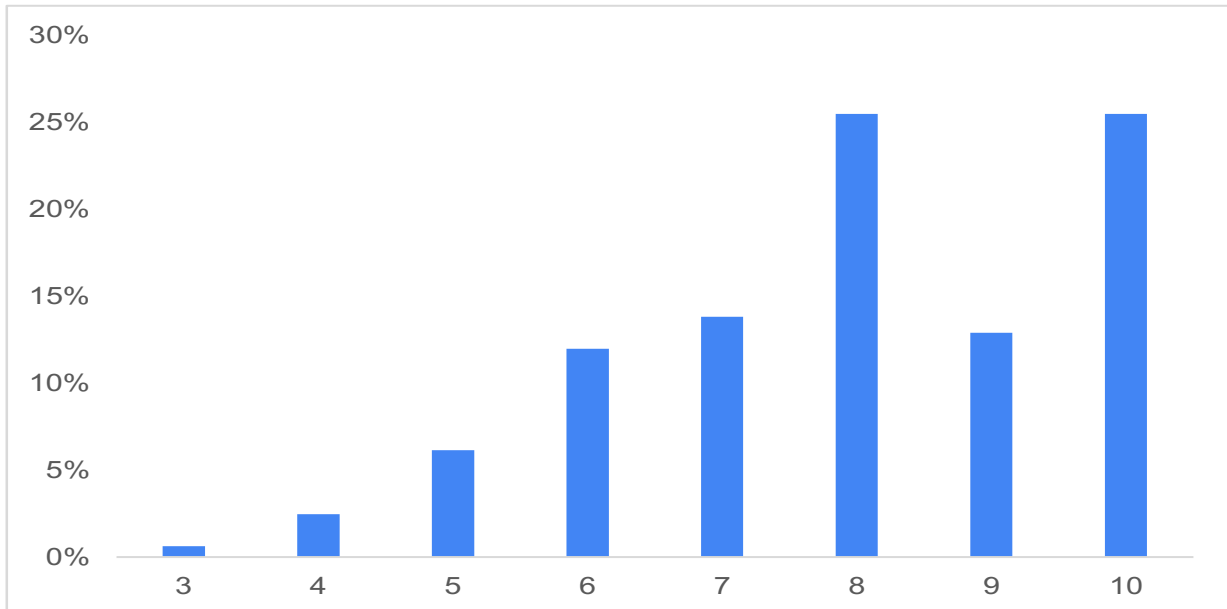


Grafico 20: Quanto ritiene importanza l'attività fisica in una scala da 1 a 10

Nel grafico soprariportato viene chiesto di esprimere in una scala da 1 a 10 l'importanza dell'attività fisica, si può notare che circa il 25% delle donne ha valutato tale importanza con 8 ovvero molto mentre circa il 23% ha espresso l'importanza con 10 ovvero moltissimo. Tale domanda viene posta poiché è stato necessario capire la considerazione che le donne hanno riguardo all'attività fisica dato che nella domanda precedente l'80% di esse non svolge nessun tipo di attività.

È da tenere in considerazione, tuttavia, come una parte non trascurabile di donne debba necessariamente evitare attività fisica visto che sono in uno stato di gravidanza a rischio.

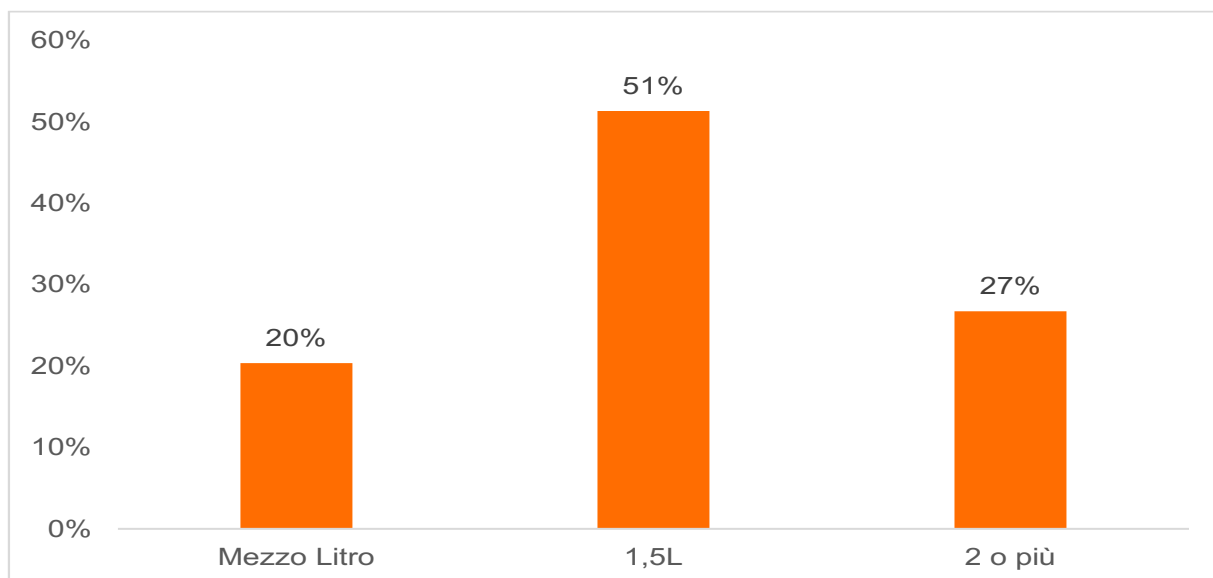


Grafico 21: Quanti litri di acqua beve al giorno

Nel seguente grafico viene espresso in percentuale la quantità di acqua consumata al giorno dalle donne che hanno risposto al questionario, con il 51% vi sono le donne che consumano in media al giorno 1.5 L di acqua, con il 27% 2 o più Litri e con il 20% coloro che consumano in media mezzo Litro di acqua.

Una corretta idratazione in gravidanza è importante su molti punti di vista. Il corpo della donna si modifica e con esso anche i suoi bisogni. L'acqua è una costituente essenziale nella dieta delle donne e ancora di più in quella delle future mamme, una componente che garantisce, un adeguato compenso emodinamico e un'adeguata vascolarizzazione della placenta che nutre il feto.

In questo caso i dati che sono stati ricavati sono positivi ovvero più di metà del campione beve almeno 1.5 L al giorno.

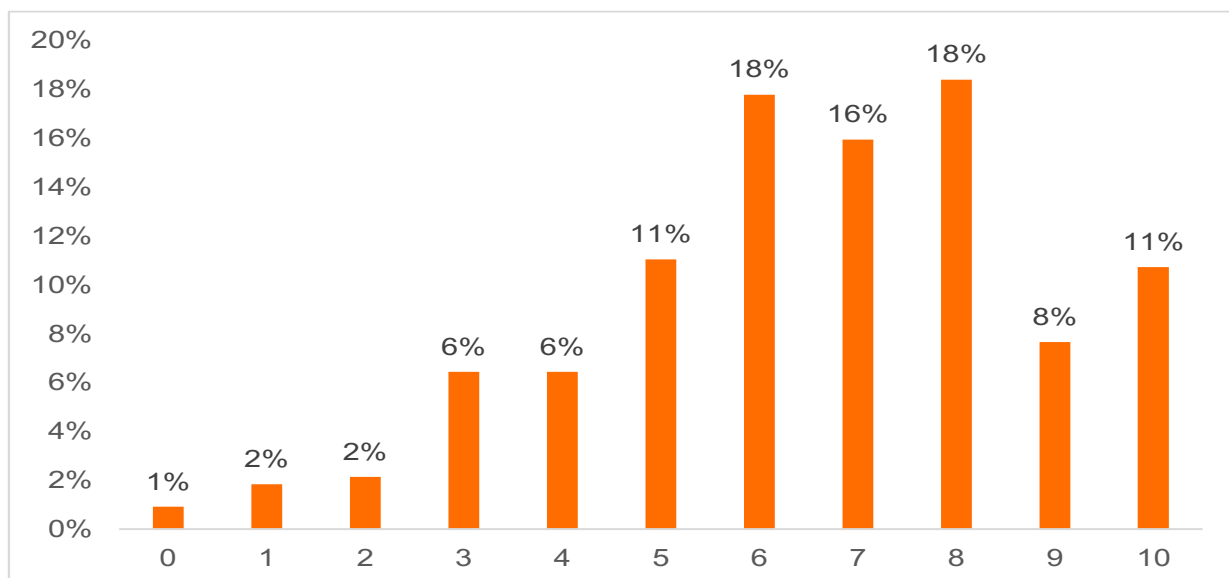


Grafico 22: Quanto ritiene l'importanza l'alimentazione in una scala da 0 a 10

Nel grafico soprariportato si chiede alle donne di esprimere un parere, in una scala da 0 a 10, rispetto all'importanza che danno all'alimentazione. Il 36% ha espresso un valore da 6-8, il 22% 5-10, l'8% 9 mentre il 12% 3-4.

Mangiare sano aiuta a prevenire e a trattare diverse malattie croniche come l'obesità e il sovrappeso, la pressione elevata, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le malattie metaboliche, il diabete tipo 2, alcune forme di neoplasie, nonché contribuisce ad apportare benessere al pavimento pelvico.

Attraverso tale domanda si sono ricavati dati oscillanti ovvero le donne sono state di pareri diversi ponendo un valore diverso rispetto alle altre per questo motivo si sono ottenute percentuali basse come il 18% che corrisponde al valore 6 e 8.

In virtù di questa domanda si nota l'importanza dell'assistente sanitario nell'effettuare educazione alla salute promuovendo stili di vita sani.

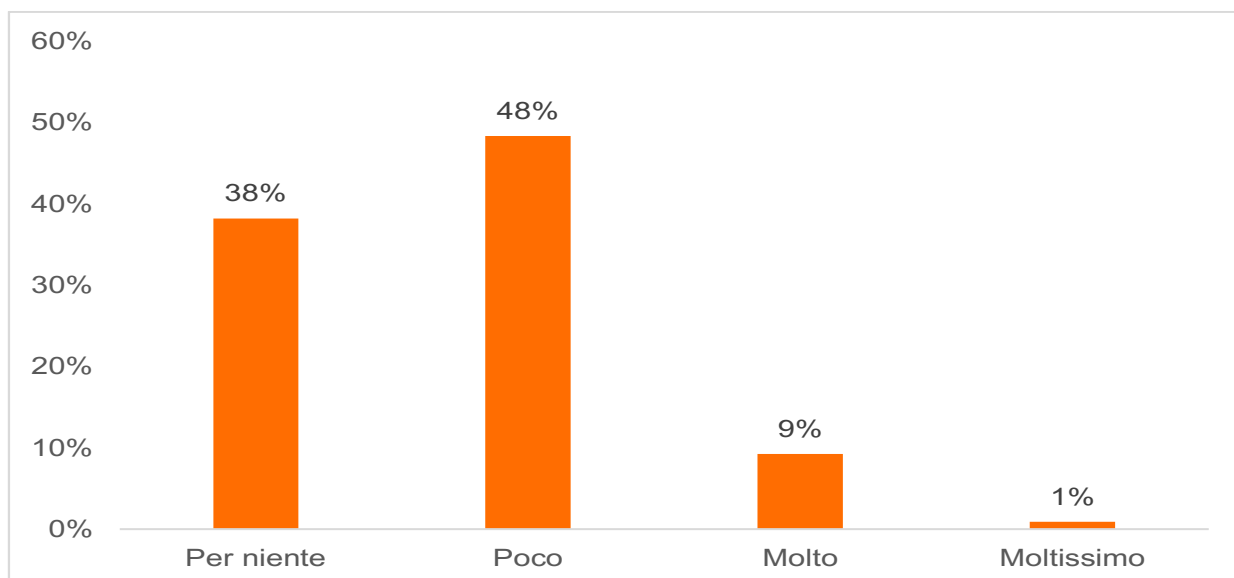


Grafico 23: Durante la gravidanza ha svolto attività fisica

Nel grafico soprariportato viene espresso in percentuale l'attività fisica svolta durante il periodo di gestazione. Il 48% delle donne ha svolto poca attività fisica, il 38% per niente, il 9% molto e l'1% moltissimo.

L'esercizio fisico durante la gravidanza è molto importante poiché sono notevoli i benefici anche al momento del parto. Gli organi in salute permettono di affrontare meglio quest'ultima fase, inoltre una muscolatura addominale ben allenata facilita il passaggio del bambino nel canale del parto.

Anche i dolori del travaglio diminuiscono: infatti, una regolare attività fisica durante la gravidanza stimola la produzione di beta-endorfine, ovvero sostanze che aumentano la soglia di percezione del dolore.

Dall'analisi emerge che le donne hanno svolto limitata attività fisica.

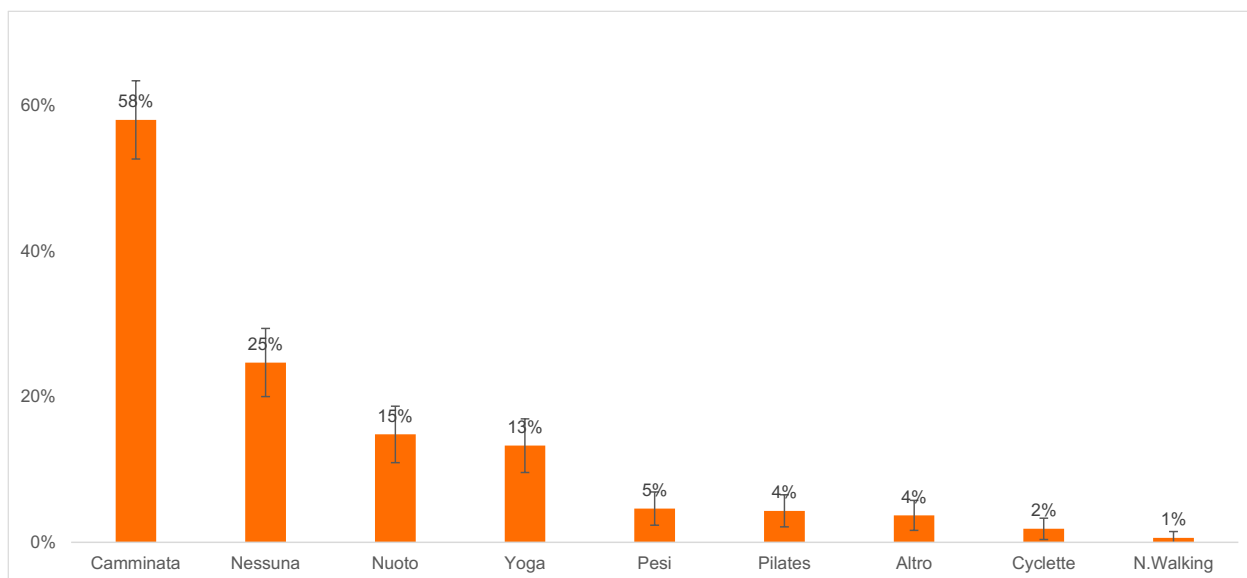


Grafico 24: Indichi tra le seguenti proposte, quale/i attività sportiva/e ha praticato durante la gravidanza e pratica attualmente:

Dalle risposte ricevute si evince che il 58% delle donne ha svolto come attività fisica la camminata, il 25% non ha praticato nessuna attività fisica, il 15% ha praticato nuoto ed il 13% Yoga.

Proprio in relazione ai benefici dell'attività fisica, dalla seguente analisi emerge che la maggior parte delle donne ha svolto come attività fisica la "Camminata", la quale si può considerare un'attività fisica adeguata per la donna in gravidanza.

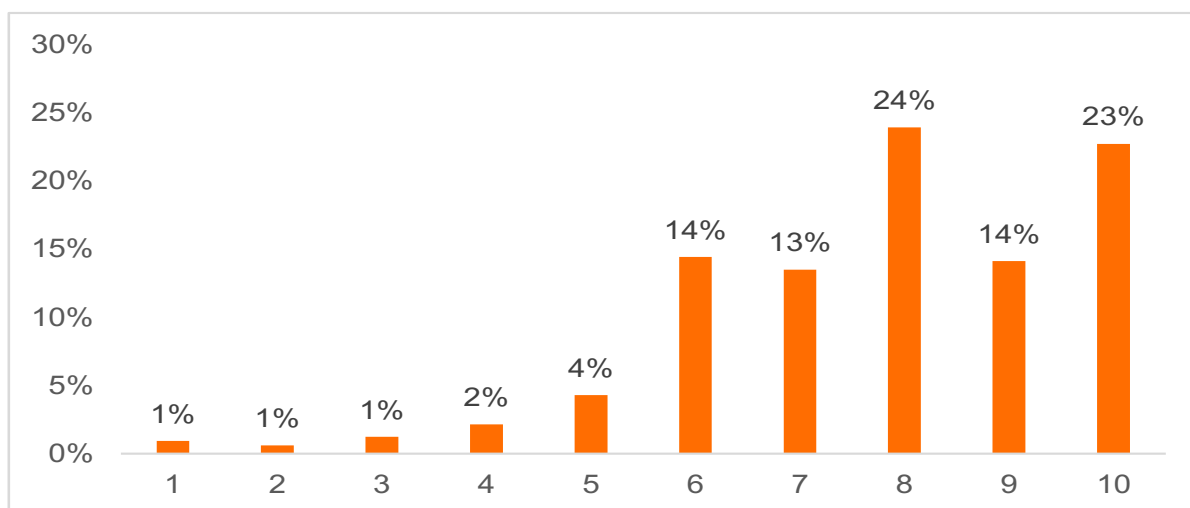


Grafico 25: Ritieni che l'attività fisica in gravidanza sia utile nella prevenzione dell'incontinenza urinaria. In una scala da 0 a 10 si chiede di esprimere se ritiene che l'attività fisica in gravidanza sia utile per prevenire l'incontinenza urinaria, in questo caso il 24% ha valutato con 8 ovvero molto, il 23% moltissimo, il 14% e 13% rispettivamente 6 e 7.

L'attività fisica in gravidanza è molto importante poiché permette di tonificare la muscolatura addominale in tal modo da mantenere in salute il pavimento pelvico e facilitare il momento del parto.

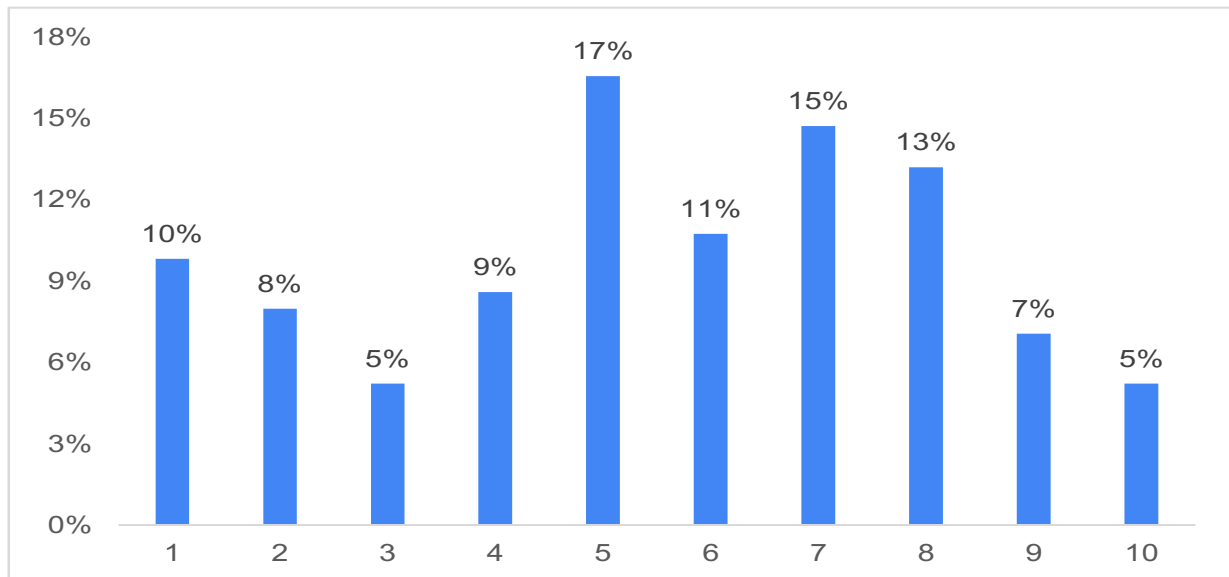


Grafico 26: In generale quanto pensa di essere informata riguardo il pavimento pelvico? Dia una valutazione da 1 a 10, dove 1 indica per niente informato e 10 informato esaustivamente

In media le risposte ricevute, come espresso da questo grafico, il 17% ha affermato che il livello di informazione corrisponde a 5, il 15% a 7, il 13% a 8 ed il 18% ha dichiarato 1 e 2.

Vi è una grand eterogeneità nelle risposte in quanto circa il 49% segnala conoscenza insufficiente mentre il restante 51% segnala una conoscenza sufficiente o più che sufficiente.

Dal grafico emerge la necessità delle donne di avere maggiori informazioni riguardo tali tematiche in quanto sostengono che sono poco trattate e poco chiare, per questo si sostiene che c'è un maggiore bisogno di promozione ed educazione riguardo tale argomento.

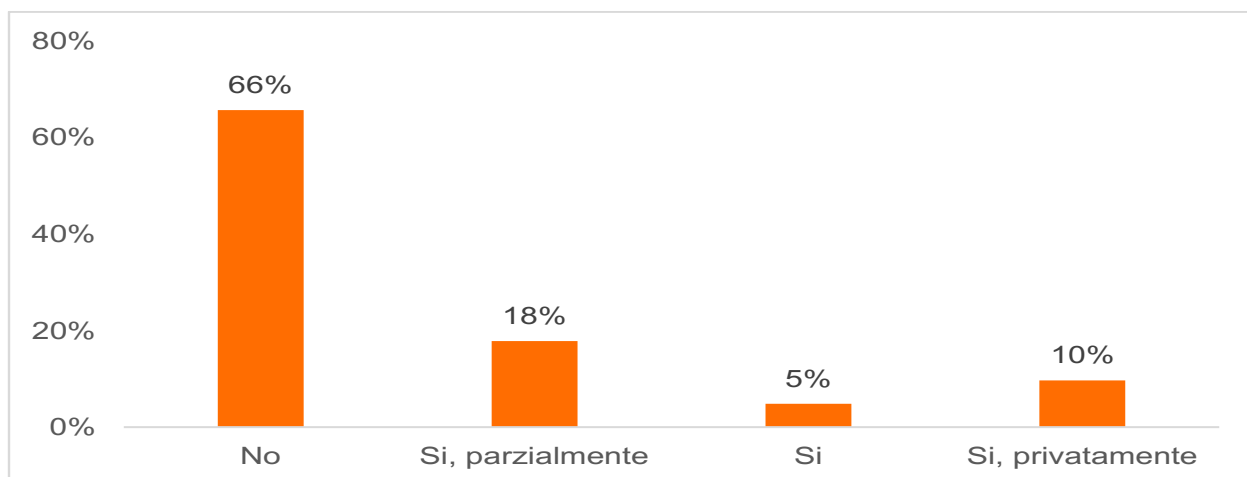


Grafico 27: Durante la gravidanza ha avuto modo di partecipare a corsi riguardanti la salute del pavimento pelvico?

Entrando più nello specifico nel tema della seguente tesi è stato chiesto alle donne se hanno avuto modo di partecipare a corsi riguardanti la salute del pavimento pelvico, il 66% ha risposto di No, il 18% hanno affermato che vi hanno partecipato parzialmente, il 5% ha risposto di si ed il 10% ha affermato che ha partecipato ma privatamente.

Tali dati confermano che vi sono pochi corsi, conosciuti solamente da una piccola percentuale di donne, che trattano della salute del pavimento pelvico e come riuscire a mantenerlo funzionale nelle varie tappe di vita del soggetto.

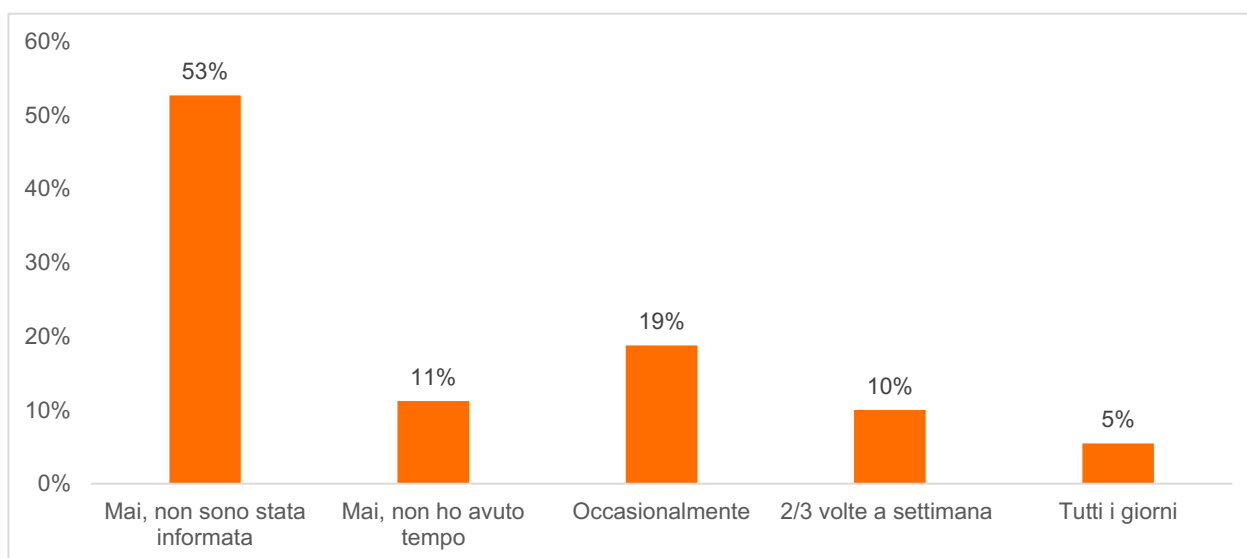


Grafico 28: Durante la gravidanza per favorire l'elasticità del perineo preparandolo al parto, ha eseguito la tecnica del massaggio perineale?

Nel grafico soprariportato vengono descritte in percentuale le risposte ricavate dal questionario, il 53% ha affermato che non ha mai svolto tale pratica poiché non è mai stata

informata, il 19% occasionalmente, l'11% mai perché non ha avuto tempo, il 10% 2-3 volte a settimana e il 5% tutti i giorni.

La maggior parte delle donne che hanno risposto al questionario in oggetto, sostengono che non hanno praticato esercizi per favorire l'elasticità del perineo poiché non hanno mai ricevuto informazioni in merito.

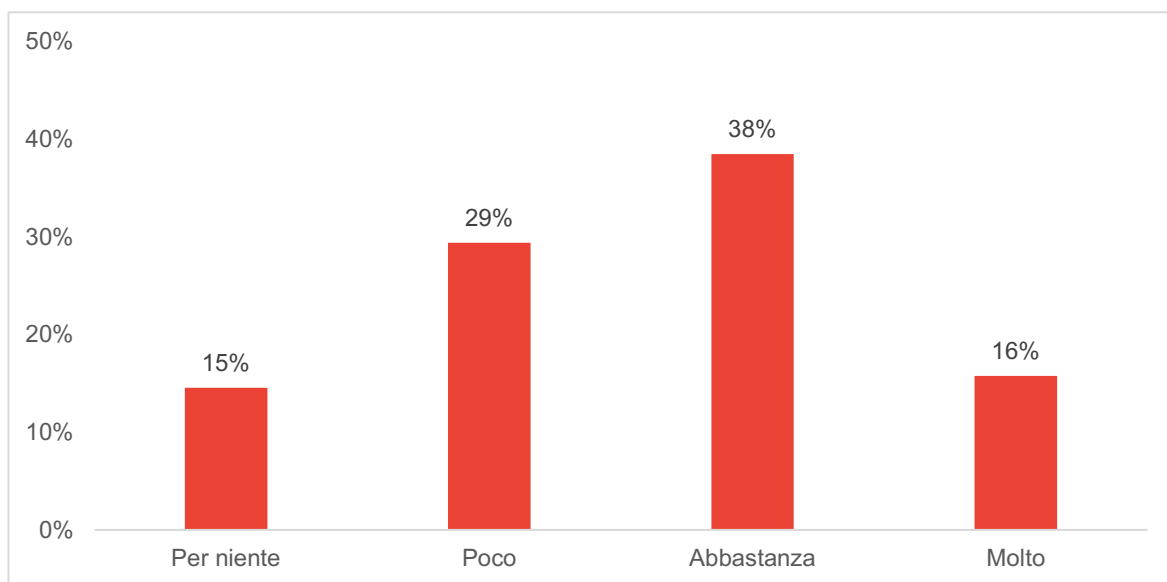


Grafico 29: Sa riconoscere i muscoli attivi sul suo pavimento pelvico, attraverso lo “stop-pipi” durante la minzione

Il 38% sostiene di riuscire abbastanza a riconoscere i muscoli del pavimento pelvico, il 29% poco, il 16% molto ed il restante 15% per niente.

I dati ricavati sostengono che la maggior parte delle donne riescono a riconoscerli “Abbastanza” anche questo fenomeno è dato dal fatto che vi sono pochi corsi fruibili che trattano di questa tematica.

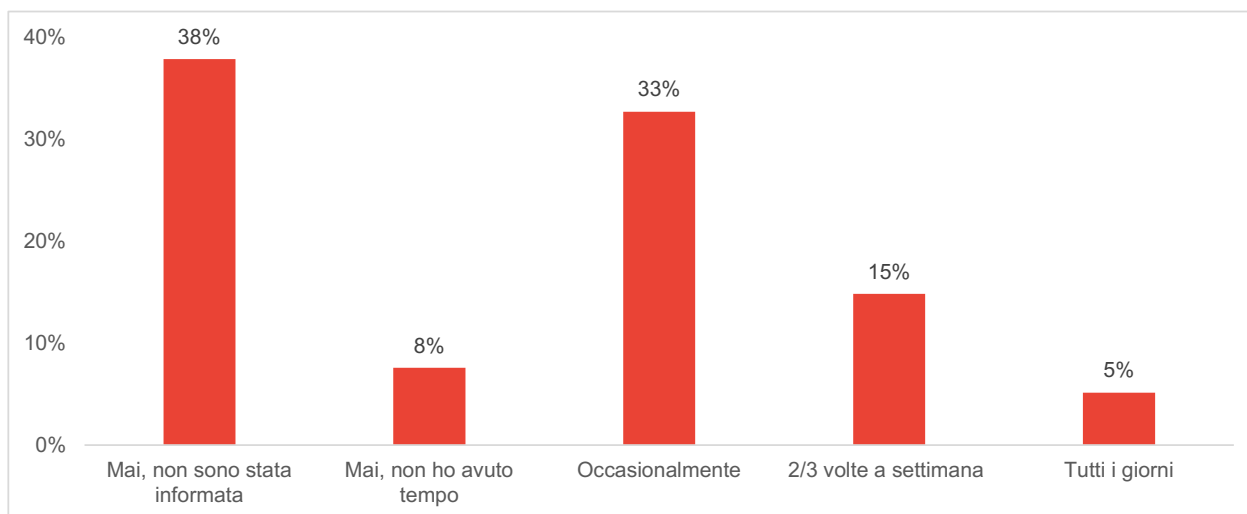


Grafico 30: Attualmente e durante la gravidanza per rinforzare la muscolatura perineale, ha eseguito esercizi di contrazione e rilassamento

Nel grafico soprariportato viene espresso in percentuale se le donne durante la gravidanza hanno svolto esercizi per rinforzare la muscolatura perineale; il 38% mai in quanto non hanno ricevuto informazioni, il 33% occasionalmente, 15% 2-3 volte a settimana, 8% mai non ho avuto tempo, 5% tutti i giorni.

È evidente come vi è la mancanza di informazioni riguardo la pratica di tali procedure solo in minima parte ha potuto sperimentare tale tecnica, nel grafico riportato sotto la voce “Occasionalmente”

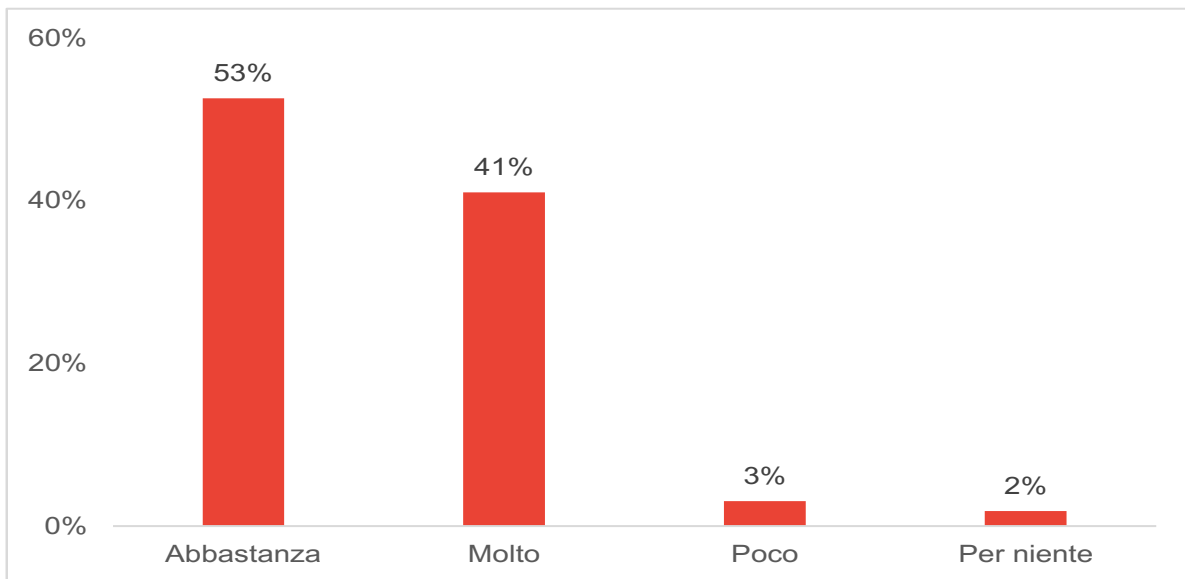


Grafico 31: Quanto ritiene importante l'esecuzione degli esercizi sul rinforzo e tonicità del pavimento pelvico?

Il 53% del campione sostiene che lo trova abbastanza importante, il 41% molto importante, il 3% poco e il 2% per niente.

Il campione esaminato ritiene che l'importanza possa equivalere ad “Abbastanza”, tale dato però nasce in virtù del fatto che l'argomento viene trattato ancora poco e non a sufficienza per poter confermare il contrario, poiché non vi è una solita educazione riguardo l'importanza degli esercizi per poter prevenire l'incontinenza urinaria.

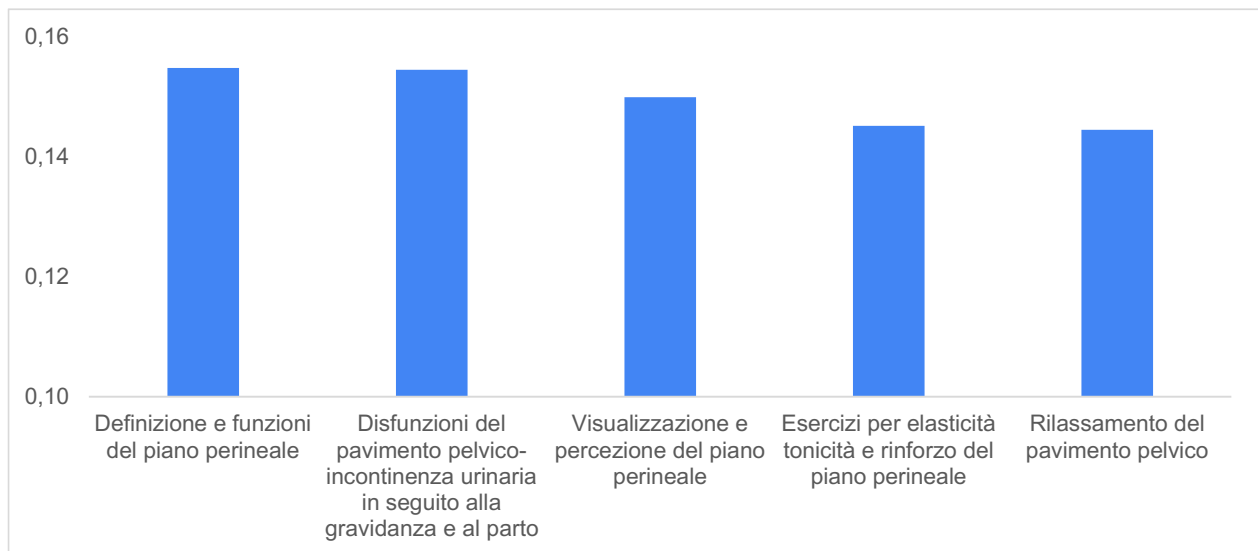


Grafico 32: In base alla Sua esperienza esprima un giudizio sulla CHIAREZZA DELLE INFORMAZIONI ricevute dal professionista che l'ha principalmente assistita in gravidanza, rispetto a ciascuno dei seguenti aspetti

Nel grafico soprariportato sono state elencate diverse definizioni nella quale si chiedeva alle donne di esprimere un giudizio a riguardo la qualità delle informazioni ricevute, le informazioni ricevute riguardo la “Definizione e funzioni del piano perineale” e “disfunzioni del pavimento pelvico-incontinenza urinaria in seguito alla gravidanza e al parto” possono essere sovrapponibili.

In una scala di importanza che va da 0 a 1 abbiamo per queste un valore poco superiore a 0,15 e questo sta ad indicare che nella scala “Per niente, poco, abbastanza, molto” la maggior parte ha risposto “Per niente” o “Poco”.

Per le successive variabili i valori sono addirittura inferiori, indicando che complessivamente le persone intervistate dichiarano che le informazioni ottenute sono state poco o per niente chiare.

Ad esempio, l'aspetto “Rilassamento del pavimento pelvico” ha ottenuto per il 55,25% la risposta “Per niente”.

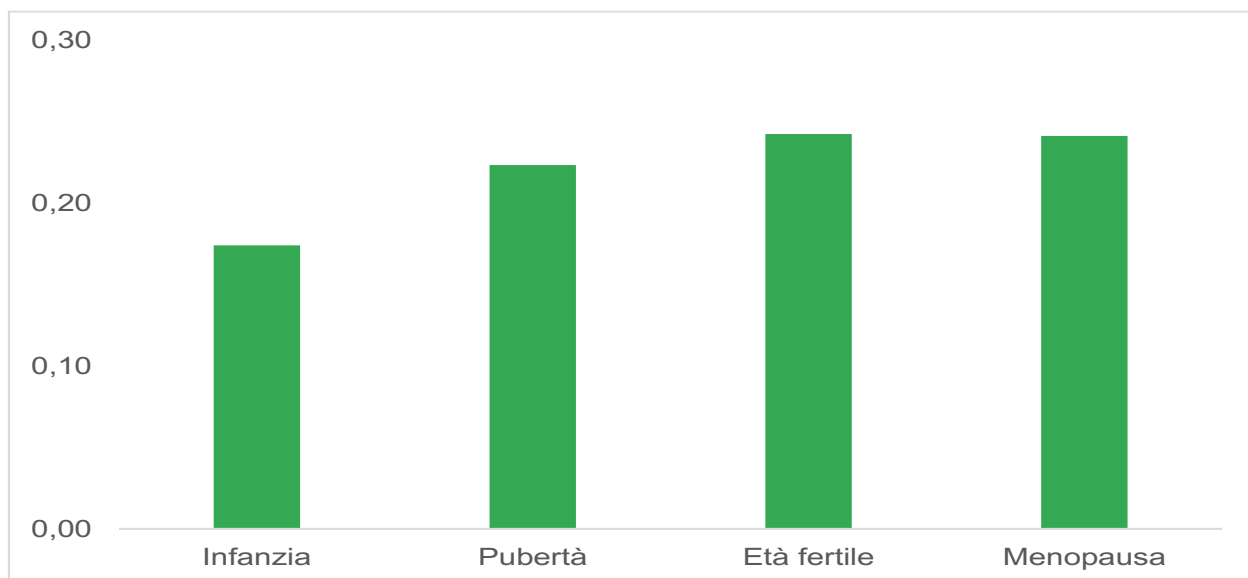


Grafico 33: Secondo lei, come essere donna, ritiene rilevante, con le modalità idonee per ogni età, attuare una sensibilizzazione alla prevenzione dei danni al pavimento pelvico nelle seguenti fasi della vita femminile

Il grafico mostra le varie tappe di sviluppo della donna in riferimento alla fertilità e su queste si chiedeva di esprimere in quale fosse più opportuno effettuare formazione riguardo la salute del pavimento pelvico. L'indice di importanza è stato standardizzato in una scala da 0 (Per niente) a 1 (Molto).

Le rispondenti hanno assegnato un punteggio più elevato all'Età Fertile (0,24) e Menopausa (0,24), mentre hanno assegnato un punteggio leggermente inferiore Pubertà (0,22) e Infanzia (0,17)

Le donne esaminate ritengono opportuno, secondo le loro conoscenze, attuare una sensibilizzazione alla prevenzione riguardo i danni del pavimento pelvico in "Età fertile" e in "Menopausa", una buona parte sostiene anche durante la "Pubertà".

Si può dedurre che costoro ritengono che l'incontinenza urinaria sia un problema associato più all'età che ad altri aspetti fisiologici.

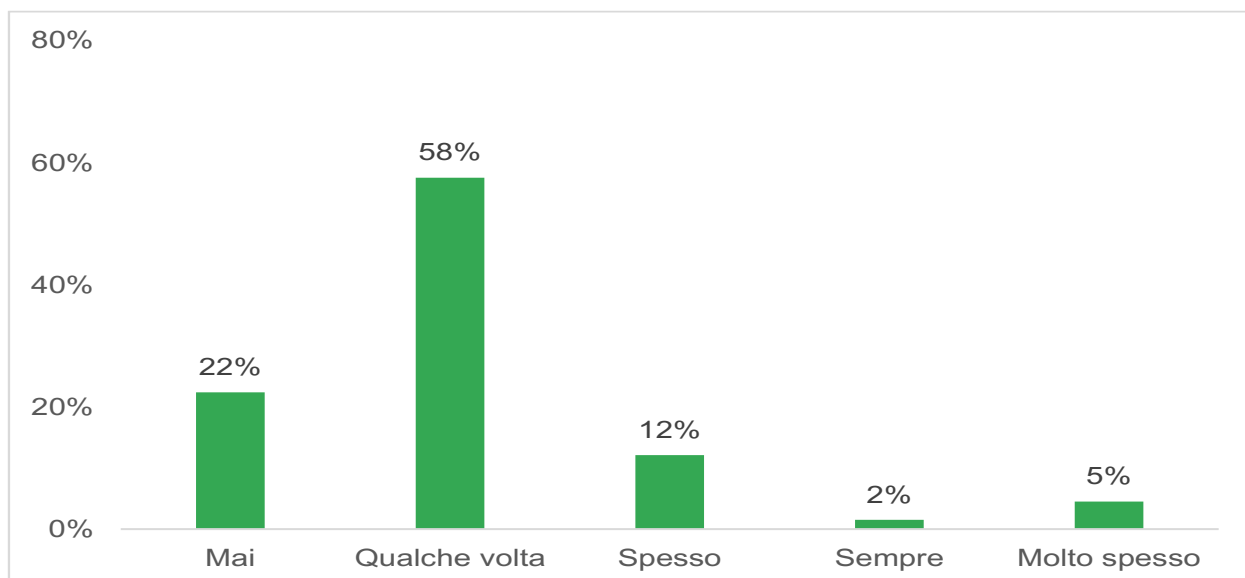


Grafico 34: Ha mai sofferto di cistite (infezione delle vie urinarie)?

Nel grafico viene espresso in percentuale se le donne facenti parte del campione preso in esame hanno mai sofferto di cistite ovvero infezione delle vie urinarie; il 58% ha affermato che qualche volta ne ha sofferto, il 22% mai, il 12% spesso, 5% molto spesso e il 2% sempre. Tale domanda è stata posta poiché tra cistite e pavimento pelvico vi può essere una correlazione, uno stato di ipertono dei muscoli del pavimento pelvico ovvero la contrattura del pavimento pelvico è la principale causa di dolore ai rapporti e la principale causa di cistiti post-coitali.

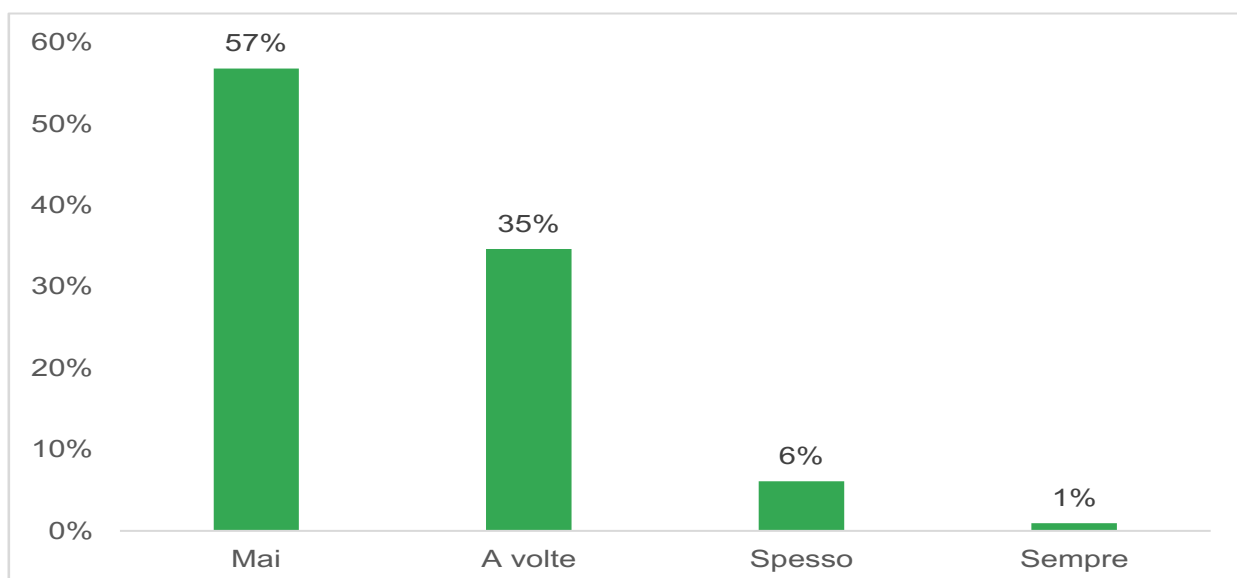


Grafico 35: Torchio addominale (Sforzo iniziale impiegato per iniziare, mantenere o migliorare il flusso urinario)

Nel seguente grafico vi è l'analisi in percentuale di episodi di Torchio addominale 57% non ha mai manifestato tale disturbo, 35% a volte, 6% spesso e 1% sempre.

Tale domanda è stata posta poiché nel momento in cui si avverte il torchio addominale ovvero sforzo che si impiega per mantenere il flusso urinario, si sforzano i muscoli del pavimento pelvico, la maggior parte delle donne non lo manifestano “Mai”, meno della metà lo manifesta “A volte” ed in una piccola percentuale lo avverte “Spesso”, l’assistente sanitario svolge un ruolo fondamentale nell’ambito dell’educazione sanitaria e tali nozioni sono di sua competenza per garantire la salute ed il benessere della donna.

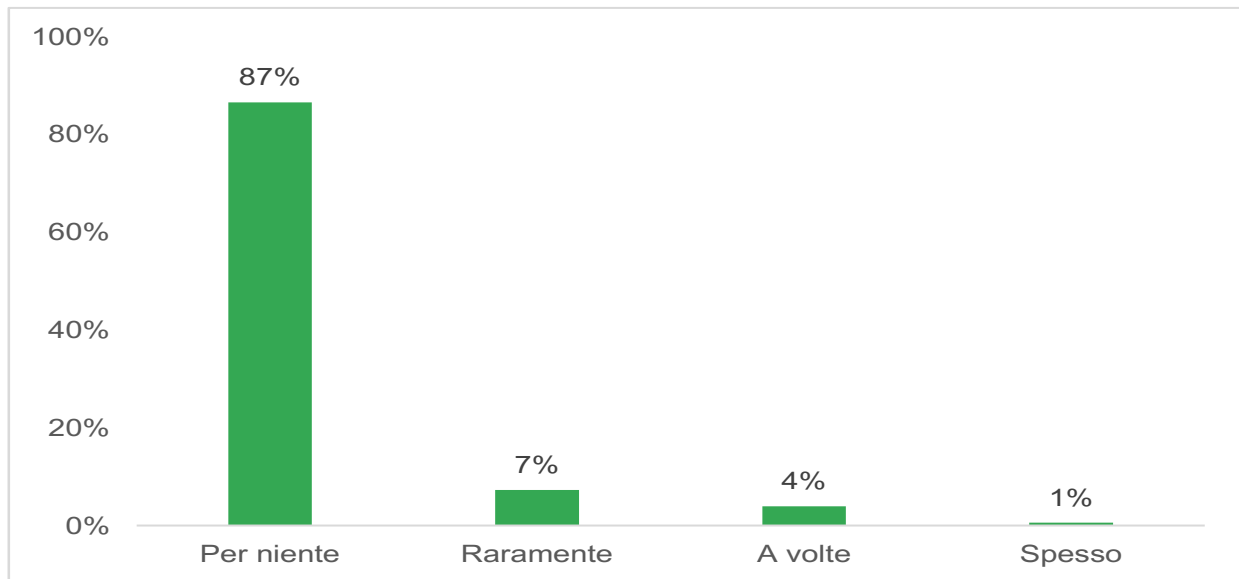


Grafico 36: Le capita di avere Enuresi notturna (Perdita di urina durante la notte)

L’87% del campione preso in esame non ha mai manifestato Enuresi notturna, 7% l’ha manifestato raramente, il 4% a volte e l’1% spesso.

Si è voluto indagare tale aspetto poiché fornisce informazioni riguardo la salute del pavimento pelvico.

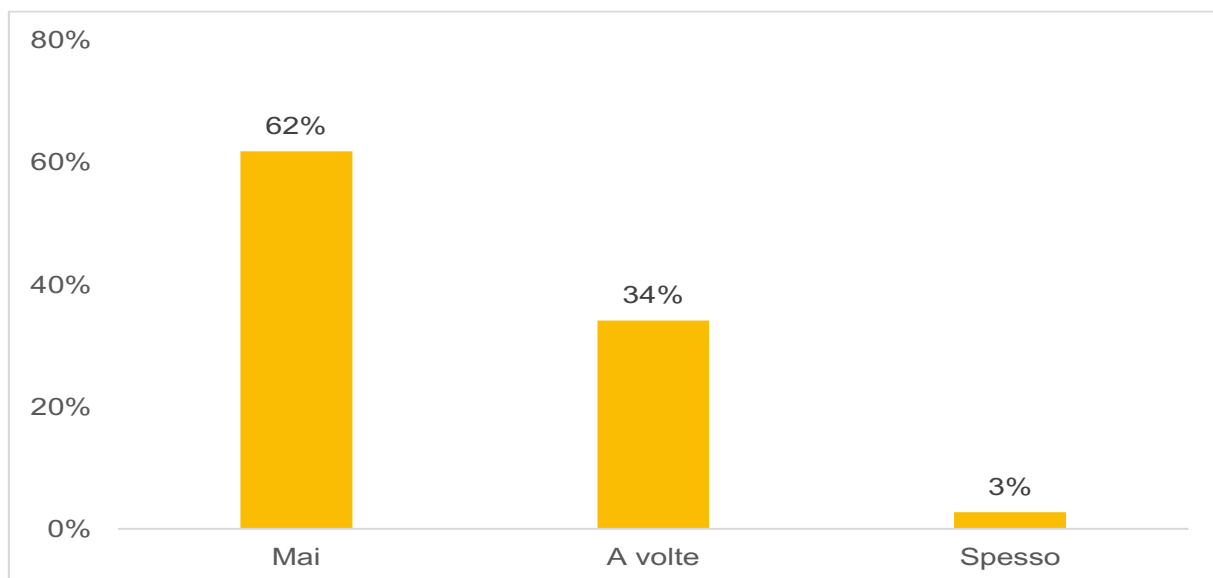


Grafico 37: Le capita di manifestare bruciore durante la minzione?

Nel grafico viene riportato in percentuale la frequenza di manifestazione del bruciore durante la minzione, il 62% non ha mai avvertito bruciore, il 34% a volte ed il 3% spesso.

Dalle risposte ricavate nella maggior parte dei casi le donne hanno affermato che non si è manifestato “Mai” mentre con meno della metà hanno specificato che è successo “A volte”.

Il bruciore durante la minzione è un dato importante da valutare in relazione con la salute del pavimento pelvico poiché offre una serie di indicazioni ed informazioni sul suo buon funzionamento e questo potrebbe essere collegato con problemi di incontinenza.

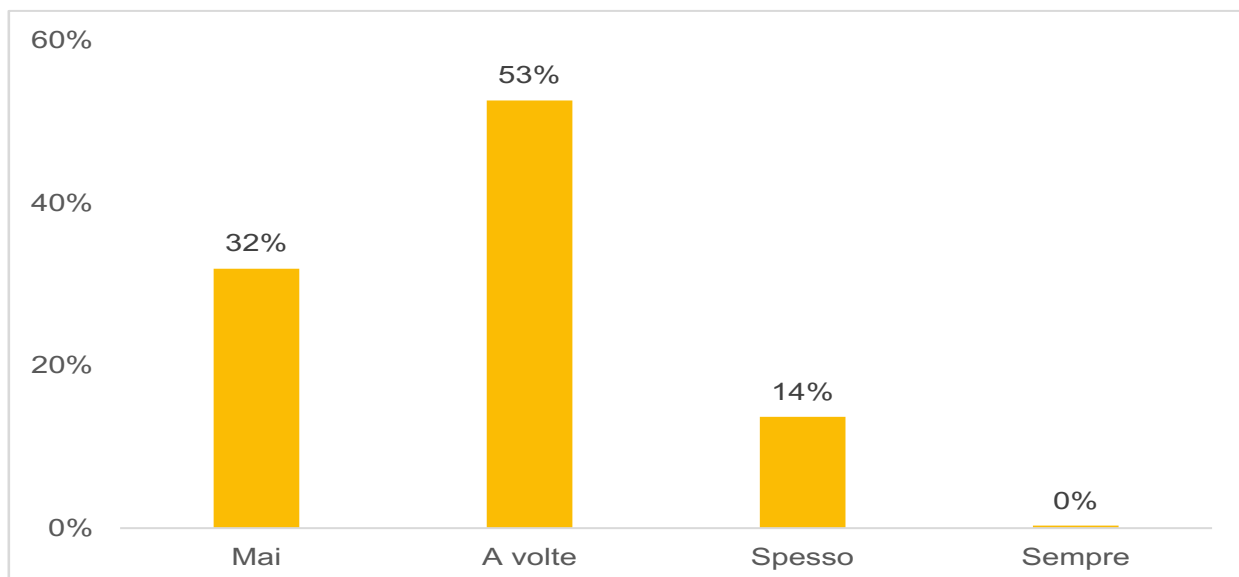


Grafico 38: Le capita di avere la Sensazione di incompleto svuotamento vescicale

Nel grafico viene espresso in percentuale se le donne hanno mai manifestato la sensazione di incompleto svuotamento vescicale, dai risultati ottenuti circa il 53% lo manifesta a volte, il 32% mai ed il 14% spesso.

Tale domanda è molto importante da indagare poiché la perdita del sostegno delle strutture pelviche porta al Prolasso Degli Organi Pelvici (POP) che si traduce in un'alterazione della funzione urinaria, fecale e sessuale con l'insorgenza di una serie di sintomi che possono variare per tipo ed intensità, una di questi sintomi è la sensazione di incompleto svuotamento vescicale.

In questo caso specifico, il campione preso in esame più di metà delle donne hanno affermato che “A volte” manifestano questo disturbo.

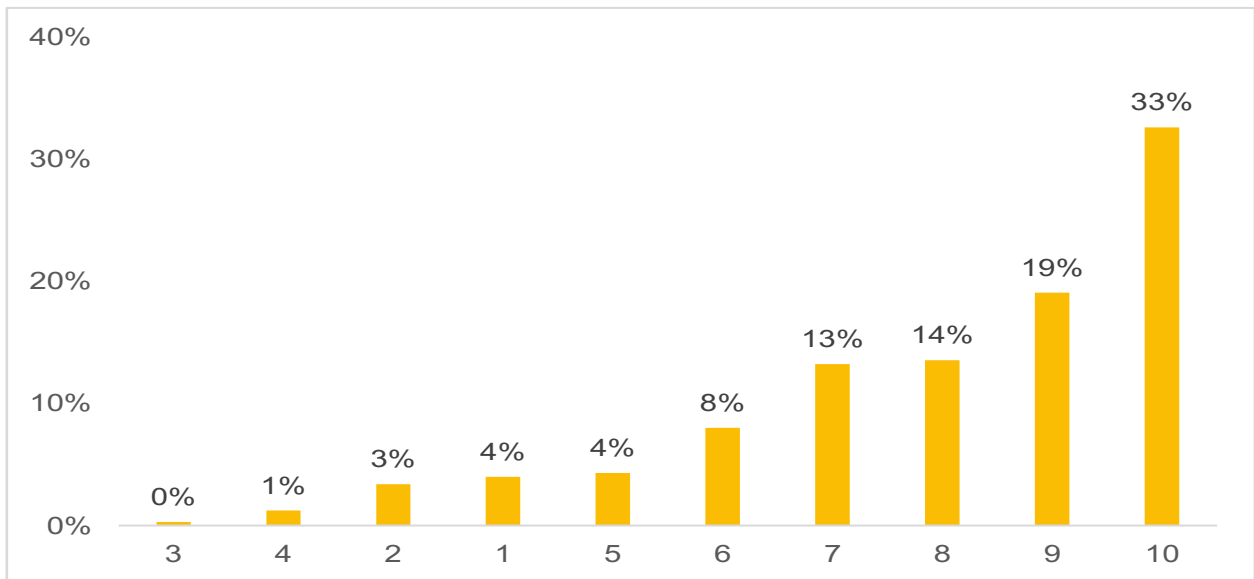


Grafico 39: Quanto ritiene che l'incontinenza urinaria sia derivante dalla disfunzione del pavimento pelvico anche in seguito alla gravidanza e al parto?

Il 52% ritiene correttamente che ci sia una buona/ottima correlazione tra gravidanza, parto e disfunzione del pavimento pelvico, per questo vi è la necessità di effettuare sensibilizzazione al fine di poter promuovere al massimo i corsi di preparazione al parto e di sostegno della muscolatura del pavimento pelvico, in modo da ridurre il rischio di incontinenza urinaria.

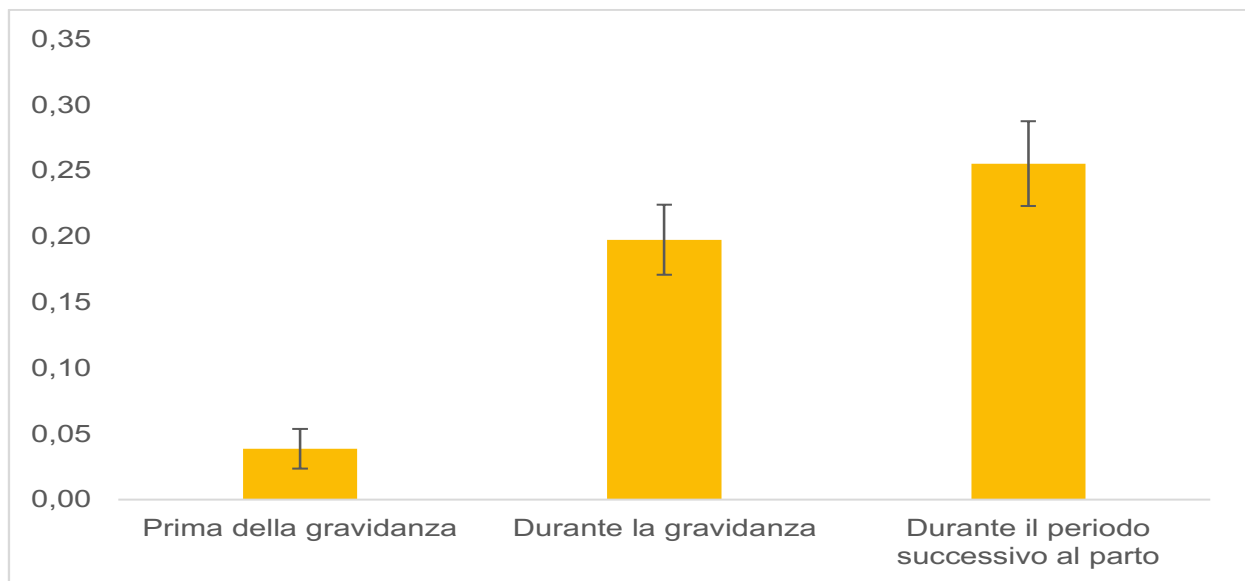


Grafico 40: Ha notato perdite di urina

Il grafico mostra le risposte alla domanda se ha notato perdite di urina nelle diverse fasi il periodo più problematico è stato quello successivo al parto, prima della gravidanza le perdite sono state indicate da poche donne gli intervalli di confidenza sui due periodi più rilevanti sono sovrapponibili, ovvero è più rilevante il periodo successivo al parto ma la differenza tra questo e durante la gravidanza non è significativa. Nel periodo prima della gravidanza le perdite sono certamente minori agli altri due periodi e la differenza è significativa. L'ampiezza dell'intervallo di confidenza è indice di coerenza nelle risposte, più questo è grande più le donne hanno dato risposte eterogenee.

Le risposte "Prima della gravidanza" sono state più coerenti tra loro indicando nella maggior parte dei casi il valore "Per niente" gli altri due periodi hanno ottenuto risposte più variabili per "Durante la gravidanza" e ancor di più "Durante il periodo successivo al parto".

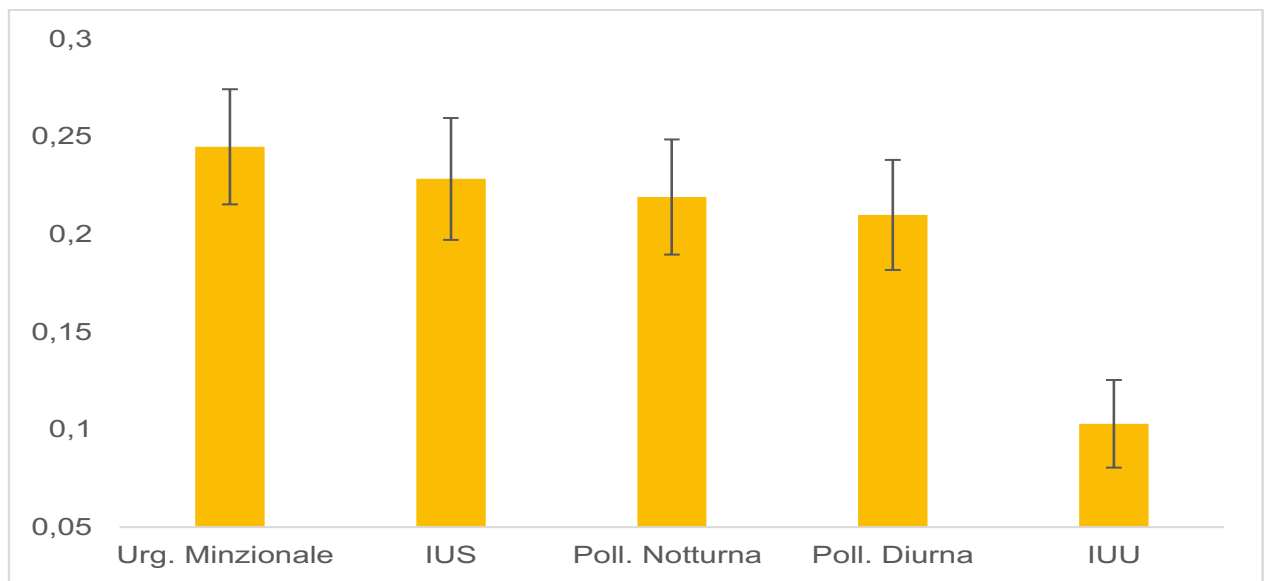


Grafico 41: Sintomi a carico del basso apparato urinario

Per descrivere tale grafico è stata utilizzata la seguente scala:

- 0-0,2: carente
- 0,2-0,4: limitata
- 0,4-0,6: discreta
- 0,6-0,8: buona
- 0,8-1: ottima

In una scala di frequenza che va da 0 (Mai) a 1 (Molto spesso) appare che il sintomo più frequente sia l'urgenza minzionale con un punteggio pari a 0,25 segue l'Incontinenza urinaria da sforzo con 0,23 e gli altri sintomi a seguire.

L'incontinenza urinaria da sforzo ha valori inferiori con un punteggio pari a 0,10.

Gli intervalli di confidenza hanno tutti una ampiezza simile indicando come non vi sia differenza nella coerenza o eterogeneità nelle risposte. I primi quattro aspetti hanno rilevanza che non è diversa dal punto di vista della significatività statistica.

CAPITOLO 5 – JOB DESCRIPTION

“L’Assistente Sanitario è l’operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale, è addetto alla prevenzione, alla promozione e all’educazione per la salute. La sua attività è rivolta alla persona, alla famiglia, alla collettività; individua i bisogni di salute e le priorità d’intervento preventivo, educativo e di recupero.”

Da questa definizione si deduce come la figura dell’assistente sanitario rivesta un ruolo centrale e attivo nelle attività preventive, di educazione e promozione alla salute.

Mediante il *counseling* si può attuare una forte azione preventiva con il fine di promuovere strategie che inducono verso comportamenti e scelte di riduzione del rischio di manifestare sintomi legati all’incontinenza urinaria.

Essendo l’Assistente Sanitario il professionista addetto all’educazione alla salute, la cooperazione

tra questa figura e gli altri professionisti dell’*équipe* multidisciplinare potrebbe arricchire l’intervento comunicativo sottolineando l’importanza della prevenzione nella sua totalità.

La *Job Description* che segue descrive le attività che l’Assistente Sanitario potrebbe eseguire ipoteticamente in un Servizio Materno Infantile.

L’Assistente Sanitario in virtù del proprio profilo professionale D.M. 17 Gennaio 1997 n.69⁴⁶ svolge le seguenti funzioni:

1. Funzione di prevenzione e promozione;
2. Funzione educativa-formativa;
3. Funzione epidemiologica e di ricerca sanitario-sociale;
4. Funzione di raccordo interprofessionale;
5. Funzione di sostegno, lavoro di rete
6. Funzione organizzativa;
7. Funzione di sorveglianza e vigilanza.

⁴⁶ D.M 17 gennaio 1997 n.69. Regolamento concernente l’individuazione della figura e relativo profilo professionale dell’assistente sanitario.

Funzione di Prevenzione e Promozione:

L'Assistente Sanitario, per quanto di sua competenza, favorisce l'acquisizione di abitudini comportamentali finalizzate a mantenere il miglior livello di benessere del soggetto preso in carico.

Azioni:

- Programma il primo incontro;
- Prepara la scheda ed i moduli informativi;
- Accoglie l'utente;
- Effettua l'anamnesi fisiologica e anagrafica ed eventualmente l'esame obiettivo;
- Identifica i bisogni della persona e comunica le eventuali strategie di abbattimento del rischio;
- Individua situazioni di disagio sanitario;
- Costruisce percorsi di sensibilizzazione, informazione e formazione per sviluppare nelle persone un orientamento critico, responsabile e consapevole dei comportamenti salutari;
- Progetta e attua interventi di promozione alla salute individuali o di gruppo.

Strumenti: computer, agenda, verbale, stampante, consenso informato, cartella sanitaria.

Funzione Educativa-Formativa:

L'Assistente Sanitario progetta e attua dei gruppi di sostegno dove propone interventi di educazione alla salute per la prevenzione dei fattori di rischio che possono aumentare la possibilità di insorgenza dell'incontinenza urinaria e promuove stile di vita sani.

Azioni:

- Educa le donne in gravidanza ad intraprendere un'alimentazione corretta;
- Offre indicazione riguardanti la promozione di stili di vita sani;
- Offre indicazioni sui fattori di rischio che possono predisporre all'insorgenza di incontinenza urinaria;
- Organizza incontri sulle seguenti tematiche:
 - Riduzione dei grassi alimentari;
 - Riduzione della consumazione di bevande alcoliche;
 - Assunzione di cibi ricchi di antiossidanti e vitamine;
 - Importanza dell'attività fisica;
 - Conduce corsi riguardanti la salute del pavimento pelvico;

- Per favorire la comunicazione e la comprensione dei temi affrontati crea dei dépliant informativi da distribuire all'utenza e attraverso il sito web del servizio pubblica delle pillole informative;
- Individua e rileva durante gli incontri eventuali richieste da parte dell'utenza che necessitano di chiarimenti;
- Programma incontri personalizzati per rispondere alle tematiche di approfondimento richieste dalla persona.

Attività:

L'Assistente Sanitario partecipa a corsi di aggiornamento per incrementare e rafforzare le proprie abilità e capacità comunicative e professionali.

Azioni:

- Si aggiorna costantemente sulle nuove evidenze scientifiche;
- Partecipa a seminari e convegni riguardanti le tecniche comunicative più efficaci, incontinenza urinaria, le nuove evidenze in campo del pavimento pelvico e preventivo;
- Si prepara e informa sulle nuove tecniche di prevenzione dell'incontinenza urinaria e del pavimento pelvico per poter rispondere ad eventuali domande in consulenza;

Strumenti: Webinar, conferenze, protocolli, rapporti, linee guida, recenti evidenze scientifiche disponibili, PDTA, nuove leggi e normative, computer, slide, counseling, dépliant informativi, diapositive e slide, proiettore.

Funzione Epidemiologica e di Ricerca Sanitario-Sociale:

L'Assistente Sanitario rielabora dati epidemiologici della popolazione che accede al servizio materno infantile, individua i fattori di rischio che indicano il mal funzionamento del pavimento pelvico e identifica il bisogno di salute.

Azioni:

- Attraverso un'accurata anamnesi e l'osservazione del questionario valuta la situazione del singolo soggetto;
- Identifica i bisogni di salute dell'utenza ricavati dall'attività di counseling durante la consulenza nel servizio materno infantile;
- Collabora con gli altri membri dell'equipe nella rielaborazione dei dati riguardanti l'utenza che accede al servizio.

Strumenti: scheda anamnestica, questionario, computer.

Funzione di raccordo interprofessionale:

L'Assistente Sanitario programma e organizza degli incontri con diversi specialisti come lo psicologo, il ginecologo, l'urologo, per fornire all'utenza informazioni specifiche e aggiuntive

riguardanti le strategie di abbattimento del rischio, la rieducazione del pavimento pelvico con l'obiettivo di prevenire l'incontinenza urinaria.

Azioni:

- Invita gli specialisti agli incontri per fornire indicazioni alle utenti sulle tematiche di rieducazione del pavimento pelvico e prevenzione dell'incontinenza urinaria;
- Progetta dei dépliant informativi da distribuire all'utenza;
- Individua durante gli incontri eventuali richieste di informazioni e bisogni espressi da parte dell'utenza;
- Programma se necessario altri incontri per rispondere alle richieste e ai bisogni espressi dall'utenza in quelli precedenti;
- Si confronta con i professionisti sanitari che possono aver indirizzato l'utente al servizio;
- Si confronta con lo psicologo per acquisire nuove tecniche comunicative che possono mostrarsi efficaci in attività di counseling.

Strumenti: telefono, mail, computer, slide, dépliant, *counseling*.

Funzione di sostegno, lavoro di rete:

L'Assistente sanitario organizza interventi di educazione alla salute nella comunità collaborando con il comune, la provincia e le associazioni che offrono supporto e informazioni in ambito materno infantile, per sensibilizzare le persone alle tematiche e permettere di individuare eventuali situazioni che possono necessitare di una consulenza ginecologica-urologica.

Azioni:

- Presenta la tematica offrendo informazioni ai partecipanti;
- Promuove corsi di educazione alla salute su tutto il territorio, promuovendo stili di vita corretti;
- Sensibilizza i partecipanti sull'importanza della prevenzione;
- Si interfaccia con le autorità sanitarie e con le strutture sanitarie private per creare una rete nel territorio di strutture adeguate che possano prendersi carico dell'utenza.

Funzione organizzativa:

L'Assistente Sanitario coordina le attività organizzative ed ambulatoriali del servizio. La programmazione dell'appuntamento verrà comunicata tramite mail all'utente indicando giorno, orario. Gli appuntamenti saranno ripartiti circa ogni 40 minuti uno dall'altro per

consentire una corretta trasmissione delle informazioni all'utenza e garantire l'esplicazione dei quesiti formulati dal partecipante.

Azioni:

- Organizza gli appuntamenti con gli utenti;
- Gestisce e coordina le prenotazioni in base alla disponibilità ambulatoriale;
- Ripartisce gli appuntamenti considerando le tempistiche corrette che permettano una consulenza efficace.

Funzione di Sorveglianza e Vigilanza:

L'Assistente Sanitario monitora la frequenza di partecipazione agli appuntamenti previsti dalla sorveglianza intensiva e monitora se vi è una diagnosi che attesti una nuova insorgenza di incontinenza urinaria e il grado di severità. Al fine di monitorare lo stato di salute dell'utenza.

Azioni:

- Stabilisce la cadenza degli appuntamenti per la sorveglianza intensiva;
- Prenota eventuali accertamenti di approfondimento se necessari;
- Fornisce indicazioni e istruzioni di educazione sanitaria e sui comportamenti da attuare;
- Indirizza l'utenza e organizza gli appuntamenti con i professionisti sanitari nel caso avessero bisogno di accertamenti più approfonditi;

Strumenti: agenda, referti, cartelle cliniche, computer, sistema informatico, mail, *counseling*.

CAPITOLO 6 – CONCLUSIONE

Questa indagine, attraverso i 324 questionari raccolti, ha permesso di individuare ed analizzare il campione delle donne dal punto di vista sociodemografico e fornire una dettagliata descrizione sugli aspetti percettivi, di disfunzione ed emozionali riguardo l'argomento trattato.

I risultati ottenuti hanno messo in evidenza la necessità che vi siano più corsi inerenti alla salute del pavimento pelvico in quanto ad oggi non sono fornite informazioni sufficienti per poter soddisfare le esigenze delle donne.

Le risposte ricavate provengono dalle maggior parti delle regioni Italiane, e dall'analisi emerge che la maggior parte delle donne si è rivolta ad enti privati piuttosto che pubblici. È molto diffusa tra le donne in età fertile rivolgersi al ginecologo privato dati i lunghi tempi di attesa per le visite specialistiche nel pubblico; inoltre, a seguito della pandemia Covid-19 sono diminuite di molto le attività formative e informative sulla prevenzione nei diversi servizi territoriali.

L'età più frequente del campione preso in esame è di 25-29 anni (28%), con almeno un figlio per coppia.

È stato indagato inoltre la composizione del livello di istruzione, dai dati essendo aumentata l'età media, risulta che la maggior parte del campione possiede un elevato grado di istruzione. Tra le esaminate risulta che 39 persone su 100 hanno avuto 1 gravidanza, le altre ne hanno avute più di una; questo risulta un dato molto importante poiché permette di capire il carico che ha dovuto sostenere il pavimento pelvico.

Successivamente emerge che 44 persone su 100 hanno già un figlio, questo dato è stato importante da esaminare perché il parto ha un impatto importante sul perineo.

La maggior parte delle donne che hanno risposto al questionario hanno affrontato un parto vaginale, esso è un aspetto da tenere in considerazione in quanto permette di individuare il tipo di lesione che la donna ha dovuto subire; nella maggior parte dei casi è stato un parto spontaneo e la posizione del feto nel momento del parto è stata nella maggior parte dei casi cefalica, mentre la donna ha assunto più frequentemente una posizione supina.

Nella maggior parte dei casi la circonferenza cranica del bambino è stata di 34 cm, dato importante poiché circonferenze più elevate possono portare maggior danno a carico del pavimento pelvico dovuto alle spinte della mamma ed alla necessità di episiotomia.

Nelle donne esaminate, la maggior parte dei casi hanno manifestato un indice di massa corporea pari a 18.5-24.9 che corrisponde alla fascia "Normopeso".

Tra gli aspetti indagati vi è anche la partecipazione ai corsi preparato nei quali più di metà del campione preso in esame ha partecipato, dai dati è emerso che prevalentemente hanno partecipato presso enti pubblici e una minima parte in ambito privato. Molti di questi corsi si sono svolti online a causa della chiusura per Covid-19 e non sempre queste donne hanno accolto con favore questa modalità.

Dal campione esaminato è evidente come la maggior parte ha fatto affidamento al ginecologo privato per essere seguite durante il periodo di gestazione.

Durante la gravidanza le rispondenti non hanno effettuato attività fisica o ne hanno svolta poca, e questo non è un dato positivo in quanto quest'ultimo è molto importante per rinforzare i muscoli del pavimento pelvico.

Nella sezione riguardante le informazioni del pavimento pelvico possedute dalle donne prese in esame è emerso che il 49% possiede delle conoscenze insufficienti e poco chiare, questo non è un dato positivo in quanto si denota la necessità di effettuare educazione sanitaria rispetto a questo ambito.

Inoltre, anche i corsi riguardo la salute del pavimento pelvico risultano poco conosciuti e di conseguenza poco frequentati, difatti il 66% del campione ha espresso che NON ha partecipato a questa tipologia di corso, in relazione a questo diventa difficile per le donne capire come riuscire a mantenerlo funzionale nelle varie tappe di vita.

Per ultimo sono stati analizzati i dati riguardanti la salute del pavimento pelvico ed anche in questo caso è evidente che la maggior parte delle persone possiede delle scarse conoscenze riguardo le possibili tecniche che si possono utilizzare per poter prevenire un danno al pavimento pelvico.

BIBLIOGRAFIA

- Santoro GA, Wieczorek AP, Stankiewicz A, Woźniak MM, Bogusiewicz M, Rechberger T. High-resolution three-dimensional endovaginal ultrasonography in the assessment of pelvic floor anatomy: a preliminary study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009
- M. Bentivoglio, G. Bertini, C. Cracco, V. Esposito, S. Geuna, G. Giacobini, S. Giannetti, A. Granato, M. Papa, C. Passiatore, M.G. Robecchi, A. Toesca, B. Valentino, A. Vercelli, and C. Zancanaro, *Anatomia Umana e Istologia*. Edizioni Minerva Medica, 2001
- Sender Herschorn Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Rev Urol*, 2004
- Abramostrega SD Feola A. Jalla Z. Moalli PA Meccanica dei tessuti, modelli animali e prolasso degli organi pelvici: una rassegna. *Euro. J. Obstet. ginecolo. Riprod. Biol.* 2009
- G. Pescetto, L. De Cecco, D.Pegorari, and N. Ragni. *Ginecologia e ostetricia*, volume 1 *Ginecologia*. Societ Editrice Universo, 2001
- EA. Mc Connell. Teaching a patient to perform Kegel exercises. *Nursing*, 1993
- P. Abrams, L. Cardozo, and M. Fall. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 2002.
- Bologna - Urocinamista Si ringrazia per la preziosa collaborazione Antonio Cucchi, Pavia Urologo - Linee guida per INCONTINENZA URINARIA E DEFICIT DI SUPPORTO DEL PAVIMENTO PELVICO 2003
- Falkert A, Willmann A, Endress E, Meint P, Seelbach-Go Bel B. Three-dimensional ultrasound of pelvic floor: is there a correlation with delivery mode and persisting pelvic floor disorders 18–24months after first delivery? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013
- Bø K, Fleten C, Nystad W. Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. *Obstet Gynecol.* 2009

SITOGRAFIA

- <https://www.ostetrichebrescia.it/aree-di-consulenza/il-pavimento-pelvico.html> - 10 Luglio 2022
- <https://www.ikosecm.it/ecm/corsi-ecm/il-pavimento-pelvico-femminile/> - 3 Luglio 2022
- <https://www.ostetrichebrescia.it/aree-di-consulenza/il-pavimento-pelvico.html> - 5 Luglio 2022
- <https://www.ilpavimentopelvico.it/pavimento-pelvico/funzioni-del-pavimento-pelvico> 10 Luglio 2022
- <https://www.pavimentopelvicoinfo.it/pavimento-pelvico/> - 15 Luglio 2022
- https://www.asstspedalivicivi.it/upload/spedalivicivi_brescia/gestionedocumentale/ANATOMIA%20E%20FISIOLOGIA_784_10876.pdf - 5 Luglio 2022
- <https://www.gvmnet.it/press-news/news-dalle-strutture/incontinenza-urinaria-femminile-come-risolvere-la> - 5 Luglio 2022
- <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5819146.pdf> - 16 Luglio
- <https://ginecologiasiena.it/urologia-siena/valutazione-di-ipermobilita-uretrale-q-tip-test/> - 16 Luglio 2022
- <https://www.maurocervigni.it/come-si-diagnostica-lincontinenza-urinaria/> - 16 Luglio 2022
- <https://www.salute.gov.it/portale/home.html> - 8 Agosto 2022
- <https://www.francescosaveriomari.info/malattie-del-pavimento-plevico> - 8 Agosto 2022
- <https://www.pavimentopelvicoroma.it/la-gravidanza-prima-durante-e-dopo/> - 20 Luglio 2022
- <https://www.rieducazioneperineo.it/N29/esercizi-kegel-e-valutazione-del-perineo.html> - 25 Luglio 2022

NORMATIVE

- D.M 17 Gennaio 1997 n. 69. Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'assistente sanitario

ELENCO GRAFICI

Grafico 1: Analisi dell'età del campione preso in esame	29
Grafico 2: Analisi del titolo di studio	29
Grafico 3: Analisi Età Menarca	30
Grafico 4: Numero di gravidanze	31
Grafico 5: Numero di figli	32
Grafico 6: Tipologia di parto	32
Grafico 7: Analisi del parto vaginale	33
Grafico 8: Posizione del feto nel momento del parto	34
Grafico 9: Posizione assunta dalla donna durante il parto	34
Grafico 10: Durata del periodo espulsivo	35
Grafico 11: Circonferenza cranica del bambino alla nascita	36
Grafico 12: Peso in kg della donna	37
Grafico 13: Distribuzione per BMI (Indice di massa corporea)	37
Grafico 14: Aumento ponderale in gravidanza	38
Grafico 15: Partecipazione al corso preparto	39
Grafico 16: Dove hanno frequentato il corso preparto	40
Grafico 17: Da chi è stata seguita per la gravidanza	41
Grafico 18: Come giudica la sua salute in una scala da 1 a 10	42
Grafico 19: svolge attività fisica regolarmente	42
Grafico 20: Quanto ritiene importanza l'attività fisica in una scala da 1 a 10	43
Grafico 21: Quanti litri di acqua beve al giorno	44
Grafico 22: Quanto ritiene Importanza l'alimentazione in una scala da 0 a 10	45
Grafico 23: Durante la gravidanza ha svolto attività fisica	46
Grafico 24: Indichi tra le seguenti proposte, quale/i attività sportiva/e ha praticato durante la gravidanza e pratica attualmente:	47
Grafico 25: Ritiene che l'attività fisica in gravidanza sia utile nella prevenzione dell'incontinenza urinaria	47
Grafico 26: In generale quanto pensa di essere informata riguardo il pavimento pelvico? Dia una valutazione da 1 a 10, dove 1 indica per niente informato e 10 informato esaustivamente	48
Grafico 27: Durante la gravidanza ha avuto modo di partecipare a corsi riguardanti la salute del pavimento pelvico?	49
Grafico 28: Durante la gravidanza per favorire l'elasticità del perineo preparandolo al parto, ha eseguito la tecnica del massaggio perineale?	49

Grafico 29: Sa riconoscere i muscoli attivi sul suo pavimento pelvico, attraverso lo “stop-pipi” durante la minzione	50
Grafico 30: Attualmente e durante la gravidanza per rinforzare la muscolatura perineale, ha eseguito esercizi di contrazione e rilassamento	50
Grafico 31: Quanto ritiene importante l’esecuzione degli esercizi sul rinforzo e tonicità del pavimento pelvico?	51
Grafico 32: In base alla Sua esperienza esprima un giudizio sulla CHIAREZZA DELLE INFORMAZIONI ricevute dal professionista che l’ha principalmente assistita in gravidanza, rispetto a ciascuno dei seguenti aspetti	52
Grafico 33: Secondo lei, come essere donna, ritiene rilevante, con le modalità idonee per ogni età, attuare una sensibilizzazione alla prevenzione dei danni al pavimento pelvico nelle seguenti fasi della vita femminile	53
Grafico 34: Ha mai sofferto di cistite (infezione delle vie urinarie)?	54
Grafico 35: Torchio addominale (Sforzo iniziale impiegato per iniziare, mantenere o migliorare il flusso urinario)	54
Grafico 36: Le capita di avere Enuresi notturna (Perdita di urina durante la notte)	55
Grafico 37: Le capita di manifestare bruciore durante la minzione?	56
Grafico 38: Le capita di avere la Sensazione di incompleto svuotamento vescicale	56
Grafico 39: Quanto ritiene che l'incontinenza urinaria sia derivante dalla disfunzione del pavimento pelvico anche in seguito alla gravidanza e al parto?	57
Grafico 40: Ha notato perdite di urina	58
Grafico 41: Sintomi a carico del basso apparato urinario	59

ELENCO FIGURE

1: Massaggio Perineale

22

ALLEGATI

Allegato 1 – Sinossi progetto di tesi



CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

ARGOMENTO DI TESI	RI-EDUCAZIONE DEL PERINEO NELLA PREVENZIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA
TIPOLOGIA DI TESI	TEORICO-PRATICA
FRAMEWORK E PROBLEMA	<p>L'incontinenza urinaria è definita generalmente come la perdita involontaria di urina. È una condizione che ha un effetto pesante sulla qualità di vita sia nella sfera sessuale, sociale e psicologica di coloro che ne sono affetti tanto da provocarne l'isolamento. Colpisce prevalentemente il sesso femminile con una prevalenza doppia rispetto a quella degli uomini. Il dato epidemiologico è di difficile interpretazione; si stima che la prevalenza dell'incontinenza femminile varia dal 10% al 70%, un range molto elevato a causa delle numerose variabili implicate negli studi epidemiologici (età, comorbilità, gravidanza). I programmi di ri-educazione del Pavimento Pelvico hanno dimostrato buoni risultati nella gestione dell'incontinenza urinaria e sembrano essere efficaci nel miglioramento della qualità di vita. Diversi studi hanno, inoltre, dimostrato l'efficacia della rieducazione sulla riduzione dei sintomi dolorosi. Questa tematica rientra tra le competenze dell'Assistente sanitario, in quanto esso è la figura professionale che si occupa di prevenzione, promozione e educazione alla salute ed è coinvolta nell'ambito del miglioramento e mantenimento del corretto stile di vita della popolazione presa in esame. Inoltre, essendo figura elettiva nell'individuazione dei bisogni educativi, preventivi e di recupero nella popolazione essa è essenziale nell'individuazione, accoglienza e accompagnamento delle donne rispetto alla loro fragilità pelvica. Dalla situazione descritta si ritiene opportuno indagare gli stili di vita delle persone coinvolte in questo problema in modo da attuare un programma di rieducazione del pavimento pelvico ad <i>hoc</i>.</p> <p>Dal percorso di tirocinio effettuato presso la cooperativa "Idea Sociale" di Treviso la studentessa ha avuto la possibilità di partecipare agli incontri di rieducazione pelvica in gravidanza seguendo i vari step ed effettuando una programmazione delle competenze in merito alla materia dell'Assistente Sanitario.</p>
QUESITI DI TESI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sono presenti in letteratura evidenze scientifiche riguardanti la rieducazione del pavimento pelvico? 2. Quali sono le modalità e strategie utilizzate dal personale appositamente formato per informare adeguatamente le gestanti in ambito di rieducazione pelvica? 3. Le gestanti prese in esame partecipano ai corsi preparto e post parto? 4. Le utenti in gravidanza prese in esame presentano già qualche disfunzione a livello dell'apparato urinario? 5. Quali sono gli stili di vita delle gestanti prese in esame?
OBIETTIVI DI TESI	<p>OBIETTIVO GENERALE: Indagare sulla percezione delle donne rispetto al corretto reclutamento dei loro muscoli pelvici e alle loro aspettative di promozione alla salute in questo campo</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indagare sulla presa in carico dell'utenza con diagnosi precoce e prevenzione dei danni perineali, quali incontinenza urinaria; 2. Indagare quali sono le modalità e strategie utilizzate dal personale appositamente formato per informare adeguatamente le gestanti in ambito di rieducazione pelvica; 3. Monitorare se le gestanti prese in esame partecipano ai corsi preparto e/o post-parto; 4. Indagare se vi sono presenti informazioni riguardo l'educazione sanitaria mirata al fine di prevenire e ridurre eventuali rischi legati alla gravidanza e al post-partum; 5. Indagare riguardo gli stili di vita delle gestanti prese in esame.

	6. Sviluppo di una metodica da applicare in merito alla prevenzione e educazione sanitaria all'interno dei corsi di preparazione al parto condotti dall'A.S.	
MATERIALI E METODI	CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO	Gestanti comprese in età tra 20-45 anni <ul style="list-style-type: none"> • che hanno affrontato un parto fisiologico con espletamento per vie naturali • che hanno affrontato un parto cesareo
	STRUMENTI	Questionario validato e auto redatto su supervisione del relatore e correlatore, somministrato alle utenti della cooperativa "Idea Sociale".
	DURATA	Da maggio 2022 a settembre 2022
METODI STATISTICI GENERALI E TIPO DI ANALISI	I dati verranno raccolti in formato Excel: saranno elaborate frequenze, misure di tendenza centrale (media, mediana, moda, deviazione standard, e range), proporzioni e correlazioni.	
UU.OO. COINVOLTE	Servizio Materno-Infantile "Cooperativa Idea Sociale" Treviso	

Allegato 2 – Questionario

SEZIONE ANAMNESTICA

A01. Anni compiuti: _____

A02. Titolo di studio/grado di istruzione

- Nessun titolo
- Licenza elementare
- Licenza media
- Qualifica professionale
- Diploma
- Laurea, specificare il corso _____
- Titolo post-laurea _____

A03. Età primo menarca: _____

A04 Numero di gravidanze: _____

A05 Numero di figli: _____

A06. Peso dei figli alla nascita

- 1° figlio _____
- 2° figlio _____
- 3° figlio _____
- Altro _____

A07. Tipologia di parto

- Vaginale
- Cesareo

A08. Il parto SE PER VIA VAGINALE è stato:

- Spontaneo con episiotomia
- Spontaneo senza episiotomia
- Operativo (utilizzo della ventosa ostetrica)

A09. Presentazione del feto al parto:

- Cefalica
- Occipitale posteriore
- Podalica
- Distocica
- Traversa

- NON SO/ NON MI RICORDO

A10. Posizione assunta durante il parto

- Supina
- Accovacciata
- A carponi
- In piedi
- In vasca

A11. Durata del periodo espulsivo: _____

A12. Circonferenza cranica del bambino alla nascita: _____

A13. Il suo peso attuale in kg: _____

A14. Altezza in cm: _____

A15. Aumento ponderale in gravidanza _____

A16. Ha frequentato il corso di preparazione al parto?

- Sì
- No

A17. Se ha risposto “Sì” dove lo ha frequentato? _____

A18. Da chi è stata seguita per la gravidanza?

- Ginecologo del Consultorio
- Ginecologo Privato
- Ginecologo Ospedale
- Ostetrica Domiciliare

A19. Come giudica complessivamente il suo stato di salute?

- Eccellente
- Molto buona
- Buona
- Passabile
- Scadente

SEZIONE STILI DI VITA

B01. È fumatrice?

- Sì
- No
- Ex fumatrice

B02. Se ha risposto “Sì” indichi il N° sigarette/die _____

B03. Consuma quotidianamente Caffè?

- Sì
- No
- Occasionalmente

B04. Se ha risposto “Sì” indichi il N° tazzine/die _____

B05. Consuma quotidianamente Alcolici?

- Sì
- No
- Occasionalmente

B06. Se ha risposto “Sì” indichi il N° unità/die (per unità si intende bicchiere): _____

B07. Attualmente svolge attività fisica regolarmente?

- Si
- No

B08. Se ha risposto “Si” che tipo di attività pratica? _____

B09. Quanto ritiene importate l'attività fisica per la sua salute?

Dia una valutazione da 1 a 10, dove 1 indica per niente importante e 10 molto importante

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

B10. Per quanto riguarda la sua alimentazione durante la gravidanza, indichi con quale frequenza ha assunto i seguenti alimenti:

	Mai	1 volta a settimana	2/3 volte a settimana	Tutti i giorni
Frutta				
Verdura				
Cereali				
Pasta/ Riso/ Pane/ Cracker e simili				
Carne				
Pesce				
Latte e latticini				
Uova				
Dolci (biscotti, fette biscottate con marmellata ecce cc)				

B11. Indichi quanti litri di acqua beve al giorno

- Mezzo litro
- 1L
- 2 o più Litri

B12. Quanta importanza attribuisce all'alimentazione in relazione alle disfunzioni del pavimento pelvico, come l'incontinenza urinaria:

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto

B13. Durante la gravidanza ha praticato attività fisica?

- Per niente
- Poco
- Molto
- Moltissimo

B14. Indichi tra le seguenti proposte, quale/i attività sportiva/e ha praticato durante la gravidanza e pratica attualmente:

- Camminata
- Nordic walking
- Nuoto, acquagym, acqua fitness
- Yoga
- Pilates
- Pesi leggeri
- Cyclette
- Altro _____
- Nessuna

B15. Quanto ritiene importante l'attività fisica in gravidanza nella prevenzione delle disfunzioni del pavimento pelvico, come l'incontinenza urinaria:

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto

SEZIONE PERCEZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

C01. In generale quanto pensa di essere informata riguardo il pavimento pelvico?

Dia una valutazione da 1 a 10, dove 1 indica per niente informato e 10 informato esaustivamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

C02. Durante la gravidanza ha avuto modo di partecipare a corsi riguardanti la salute del pavimento pelvico?

- Si
- No

C03. Se ha partecipato al corso quanto lo ha ritenuto utile?

Dia una valutazione da 1 a 10, dove 1 indica per niente utile e 10 molto esaustivo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

C04. Cosa migliorerebbe del corso al quale ha partecipato?

C05. Per quanto riguarda il suo svuotamento vescicale, indichi il numero di minzioni giornaliere:

C06. Durante la gravidanza per favorire l'elasticità del perineo preparandolo al parto, ha eseguito la tecnica del massaggio perineale:

- Tutti i giorni
- 2-3 volte a settimana
- Occasionalmente
- Mai, non ho avuto tempo
- Mai, non sono stata informata riguardo questo esercizio

C07. Sa riconoscere i muscoli attivi sul suo pavimento pelvico, attraverso lo "stop-pipi" durante la minzione:

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto

C08. Attualmente e durante la gravidanza per rinforzare la muscolatura perineale, ha eseguito esercizi di contrazione e rilassamento:

- Tutti i giorni
- 2-3 volte a settimana
- Occasionalmente
- Mai, non ho avuto tempo
- Mai, non sono stata informata riguardo questo esercizio

C09. Quanto ritiene importante l'esecuzione degli esercizi sul rinforzo e tonicità del pavimento pelvico?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto

C10. In base alla Sua esperienza esprima un giudizio sulla CHIAREZZA DELLE INFORMAZIONI ricevute dal professionista che l'ha principalmente assistita in gravidanza, rispetto a ciascuno dei seguenti aspetti:

	Molto inadeguato	Inadeguato	Adeguato	Molto adeguato	Non so	Non ho ricevuto informazioni
Definizione e funzioni del piano						

perineale						
Disfunzioni del pavimento pelvico-incontinenza urinaria in seguito alla gravidanza e al parto						
Visualizzazione e percezione del piano perineale						
Esercizi per elasticità tonicità e rinforzo del piano perineale						
Rilassamento del pavimento pelvico						

C11. Secondo lei, come essere donna, ritiene rilevante, con le modalità idonee per ogni età, attuare una sensibilizzazione alla prevenzione dei danni al pavimento pelvico nelle seguenti fasi della vita femminile:

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
Infanzia				
Pubertà				
Età fertile				
Menopausa				

SEZIONE INCONTINENZA URINARIA

D01. Per quanto riguarda il suo stato di salute, indichi quale/i condizioni respiratorie la caratterizzano frequentemente:

- Bronchite ricorrente
- Asma
- Sinusite
- Rinite
- Allergie respiratorie (a pollini, acari, animali, muffe, etc.)
- Nessuna

D02. Ha mai sofferto di cistite (infezione delle vie urinarie)?

- Mai
- Qualche volta
- Spesso
- Sempre

D03. Ha notato perdite di urina:

	Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
Prima della gravidanza				
Durante la gravidanza				
Durante il periodo successivo al parto				

D04. Sintomi a carico del basso apparato urinario

Sintomo principale:

- Pollachiuria diurna** SI NO
Sintomo secondo il quale si ritiene di urinare troppo spesso durante il giorno
- Pollachiuria notturna** SI NO
Sintomo secondo il quale si deve alzare una o più volte la notte per urinare
- Urgenza minzionale** SI NO
- IUU** SI NO
(incontinenza urinaria da urgenza)
- IUS** SI NO
(incontinenza urinaria da sforzo)

Tipo di sforzo: _____

D05. Le capita di avere Enuresi notturna

Perdita di urina durante la notte

- Per niente
- Poco
- Molto
- Moltissimo

D06. Se le capita o le è capitato specifichi il N° di episodi/die: _____

D07. Torchio addominale

Sforzo iniziale impiegato per iniziare, mantenere o migliorare il flusso urinario

- Mai
- A volte
- Spesso
- sempre

D08. Le capita di manifestare bruciore durante la minzione?

- Mai
- A volte
- Spesso
- Sempre

D09. Le capita di avere la Sensazione di incompleto svuotamento vescicale?

- Mai
- A volte
- Spesso
- Sempre

D10. Presenta qualche dolore alle seguenti zone durante la minzione?

	Per niente	Poco	Molto	Moltissimo
Vescicale				
Vaginale				
Uretrale				
Perineale				

D11. Ha mai consultato uno specialista per tale motivo?

- Sì, il Medico di Medicina Generale
- Sì, il/la Ginecologo/a
- Sì, l'Urologo
- Sì, altro _____
- No, per imbarazzo
- No, perché non l'ho ritenuto un problema rilevante

D12. Le è successo di perdere urina nelle seguenti circostanze:

- Durante l'attività fisica
- Dopo colpi di tosse e/o starnuti
- Con la risata
- Dopo un rapporto sessuale
- Prima di riuscire ad arrivare in bagno
- Senza ragioni particolari

D13. Per far fronte all'incontinenza urinaria utilizza:

- Salvaslip
- Assorbenti
- Pannoloni

- Nulla
- Nulla, non ho perdite di urina

D14. Nel complesso le perdite quanto influiscono negativamente nella sua vita di ogni giorno?

Per niente											Mo
lto											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

D15. Quanto ritiene rilevante l'aspetto dell'incontinenza urinaria come disfunzione del pavimento pelvico in seguito alla gravidanza e al parto:

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto

D16. Rispetto ai sottoelencati mandati professionali, quanto ritiene da 1 a 10 (dove 1 è per niente, 10 molto), che le rispettive professioni debbano essere incluse nei processi di prevenzione dei danni alle strutture pelviche e nella promozione alla salute rispetto a questi argomenti

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Professionista sanitario addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute. L'attività di questo operatore sanitario è rivolta alla persona, alla famiglia e alla collettività; individua i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero" – ASSISTENTE SANITARIO										
Professionista sanitario che assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio conduce e porta a termine parti naturali (senza complicanze) con propria responsabilità e presta assistenza al neonato" - OSTETRICA										
Professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica" - INFERMIERE										
Medico specializzato che si occupa di diagnosticare e trattare i disturbi che colpiscono l'apparato riproduttivo femminile. Compito del ginecologo è inoltre quello di seguire la donna durante il periodo della gravidanza". - GINECOLOGO										
Professionista della che lavora, sia in collaborazione con il Medico e le altre professioni sanitarie, sia autonomamente, in rapporto con la persona assistita, valutando e trattando le disfunzioni presenti nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e viscerali conseguenti ad eventi patologici, a varia eziologia congenita o acquisita". - FISIOTERAPISTA										

Medico specializzato libero professionista convenzionato con il Servizio sanitario Nazionale. Le due principali tipologie di medico di medicina generale sono il medico di Assistenza Primaria (o Medico di famiglia) e il medico di Continuità Assistenziale (ancora oggi più conosciuta come Guardia Medica) - MEDICO DI MEDICINA GENERALE										
Medico specializzato che si occupa delle patologie a carico dell'apparato urinario maschile e femminile e degli organi genitali maschili esterni" - UROLOGO:										
Professionista sanitario che svolge attività di prevenzione, diagnosi, intervento, promozione della salute, abilitazione-riabilitazione, sostegno e consulenza in ambito psicologico, rivolte al singolo individuo, alla coppia, al gruppo e altri organismi sociali o comunità" - PSICOLOGO										
Professionista che possiede competenze disciplinari, psicopedagogiche, metodologico-didattiche, organizzativo-relazionali e di ricerca, documentazione e valutazione tra loro correlate ed interagenti, che si sviluppano col maturare dell'esperienza didattica, l'attività di studio e di sistematizzazione della pratica didattica" - INSEGNANTE										
Professionista che organizza e gestisce progetti e servizi educativi e riabilitativi all'interno dei servizi sanitari o all'interno di servizi socioeducativi, destinati a persone in difficoltà" - EDUCATORE PROFESSIONALE:										

RINGRAZIAMENTI

Mi è doveroso dedicare questo spazio del mio elaborato alle persone che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione dello stesso.

In primis, un ringraziamento speciale al mio relatore Mario Antonio Bonamin, per la sua immensa pazienza, per i suoi indispensabili consigli, per le conoscenze trasmesse durante tutto il percorso di stesura dell'elaborato.

Ringrazio infinitamente i miei genitori e mio fratello che mi hanno sempre sostenuta, appoggiando ogni mia decisione, fin dalla scelta del mio percorso di studi. A loro devo tutto!

Un grazie di cuore alla mia collega Miriam, con cui ho condiviso l'intero percorso universitario.

È grazie a lei che ho superato i momenti più difficili.

Infine, dedico questa tesi a me stessa, ai miei sacrifici e alla mia tenacia che mi hanno permesso di arrivare fin qui.