

Ancora oggi assai poco conosciuta – eppure fondamentale per la salute e il benessere di ogni donna – è la regione muscolare comunemente definita come pavimento pelvico. Un'area romboidale che si estende dalla sinfisi pubica al coccige, chiudendo in basso la cavità addomino-pelvica, circondando e sostenendo l'uretra, la vescica e la vagina fino all'apparato ano-rettale. Lateralmente i suoi confini sono sostanzialmente individuabili a livello delle tuberosità ischiatiche.

Il pavimento pelvico è stato lungamente ignorato per ragioni di varia natura. In primo luogo si tratta di un'area relativamente "nascosta" del nostro corpo. Un'area, compresa fra le cosce, che non vediamo. Un'area con la quale generalmente non si instaura quel rapporto quotidiano e spontaneo di consapevolezza e contatto che invece si stabilisce con una mano piuttosto che con una gamba.

In secondo luogo quella del pavimento pelvico rappresenta di fatto sia la regione chiave della defecazione e della minzione che quella della sessualità. Molteplici pudori sociali e tabù culturali hanno quindi contribuito nel tempo a renderla ancora più rimossa e dimenticata.

La medicina stessa, tra l'altro, ha raggiunto solo in anni recenti una maggiore conoscenza e comprensione della sua centralità, del suo profondo ruolo e del suo articolato significato. Da poco, ad esempio, si è cominciato a parlare e a dibattere su larga scala di prevenzione delle lacerazioni perineali durante il parto e delle conseguenze dell'episiotomia. Da poco ha iniziato a diffondersi una maggiore attenzione, teorica e pratica, nei confronti di prolapsi e incontinenza femminile. Da poco si riconosce la giusta dignità ed efficacia ai cosiddetti approcci riabilitativi "conservativi". Approcci che spesso sono in grado di integrare o addirittura evitare i tradizionali interventi di tipo chirurgico o farmacologico.

Non parliamo poi della sessualità femminile, cui solo da qualche decennio – e non sempre in modo compiuto – viene riconosciuto un significato ludico e relazionale oltre che riproduttivo. Non meraviglia allora che anche su questo piano il pavimento pelvico sia stato lungamente cancellato o travisato.

È dunque fondamentale che tutti coloro che si occupano a vario titolo di salute e benessere al femminile sviluppino una maggiore sensibilità nei confronti di questo argomento, approfondendo le proprie conoscenze e sapendo diffondere alle donne le giuste informazioni sia in ambito preventivo che terapeutico e riabilitativo.

Questo non riguarda solamente i medici o le figure sanitarie strettamente intese. Ma anche coloro che, per esempio i personal trainer, di occupano a vari livelli di fitness e movimento corporeo in generale. La tutela del pavimento pelvico passa infatti anche e soprattutto dalla capacità di ogni donna di riconoscerlo e attivarlo in modo automatico durante lo svolgimento delle azioni quotidiane. Uno starnuto, un colpo di tosse, il sollevamento della borsa della spesa, la presa in braccio del nipotino e persino l'esecuzione degli addominali in palestra, sono tutti gesti che – aumentando la pressione interna – sollecitano questa parte del corpo e ne richiedono la giusta preparazione e controllo.

Occorre quindi, per prima cosa, conoscere e ricordare alcune basilari nozioni di anatomia e fisiologia: il pavimento pelvico, come detto, chiude il bacino verso il basso e svolge innanzitutto la funzione di sostenere gli organi pelvici come l'utero e la vescica. Il contenimento di tali organi – anche quando la donna è in posizione eretta o esegue attività fisiche come il semplice camminare, che comportano uno sforzo e quindi un aumento della pressione endoaddominale – necessita dell'integrità del sistema muscolo-fasciale di sostegno e della sua innervazione.

Anatomia del pavimento pelvico

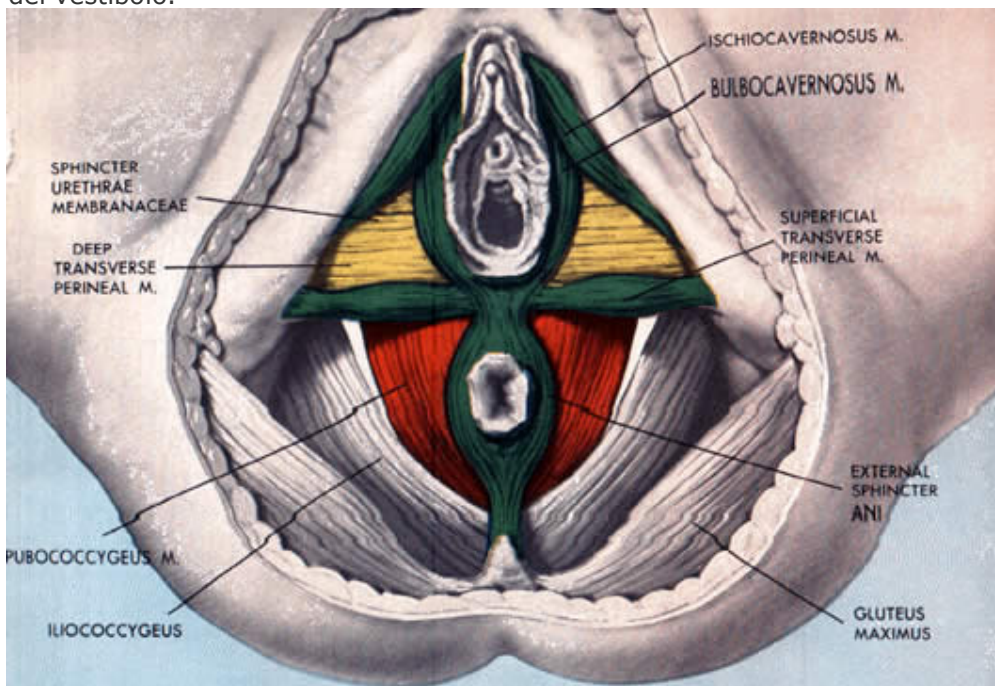
Quando si parla di pavimento pelvico vanno quindi distinti tre piani muscolo-aponeurotici:

A) Il diaframma pelvico, ossia lo strato più interno, formato dall'elevatore dell'ano con i suoi fasci ilio-coccigei, pubo-coccigei (medialmente ai quali decorrono i fasci dei due muscoli pubo-rettali) e ischio-coccigei. Tali fasci formano, sia a destra che a sinistra, come due ventagli, caratterizzati da una sorta di perno comune (il coccige). A unire centralmente le due porzioni dell'elevatore dell'ano, che di fatto costituiscono poi un'unica unità funzionale, è invece il cosiddetto centro Fibroso Tendineo del Perineo, situato tra canale vaginale e rettale. Sulla linea mediana del diaframma pelvico troviamo infatti il cosiddetto Hiatus Genitale, ossia un'apertura attraverso la quale passano sia il retto che la vagina e l'uretra. Lateralmente,

infine, il diaframma pelvico si inserisce lungo il cosiddetto Arco Tendineo che scorre dal pube alla spina ischiatica mentre al di sotto del piano dell'elevatore dell'ano si trova la fossa ischio-rettale.

B) Il diaframma urogenitale ha invece la forma di un triangolo ed è situato inferiormente all'elevatore dell'ano nella porzione anteriore del perineo. Tale triangolo è delimitato alla base dalla linea bis-ischiatica, che idealmente unisce le due tuberosità ischiatiche; i lati sono rappresentati dalle cosiddette branche ischio-pubiche di destra e di sinistra; il vertice è costituito dalla sinfisi pubica. Del trigono urogenitale - come viene anche chiamato tale diaframma - fanno parte il muscolo Trasverso Profondo del Perineo e i legamenti Pubo-Uretrali. Il diaframma urogenitale presenta infine un'apertura sulla linea mediana, attraverso cui passano l'uretra e la vagina.

C) Abbiamo poi il cosiddetto strato superficiale degli sfinteri. Di questo fanno parte quattro muscoli. L'ischio-cavernoso (dalla tuberosità ischiatica alla radice del clitoride); Il bulbo-cavernoso o costrittore della vagina (dal Centro fibroso Tendineo del perineo al clitoride); Il trasverso superficiale del perineo (dal Centro Fibroso Tendineo del perineo alla tuberosità ischiatica); Lo sfintere dell'ano (situato posteriormente). La porzione anteriore dello strato degli sfinteri è anche detta loggia bulbo-clitoridea e accoglie i corpi cavernosi del clitoride oltre ai bulbi del vestibolo.



Come osservato in precedenza, tutta questa complessa struttura muscolare risulta di grande importanza durante tutto l'arco della vita della donna.

Una ridotta consapevolezza e percezione del proprio perineo, ad esempio, si traduce spesso, anche in ragazze giovani, in una ridotta capacità di provare piacere durante il rapporto sessuale. Situazione che naturalmente si aggrava con il passare degli anni e con il subentrare della menopausa e delle sue connesse trasformazioni fisiche, ormonali e psicologiche. Una scarsa dimestichezza con il proprio pavimento pelvico significa infatti progressiva e inevitabile perdita di tonicità, sensibilità e controllo dello stesso.

Non meraviglia allora che molte donne riscoprano questa parte del proprio corpo solo in momenti "critici" della propria



vita. Magari al momento del parto, quando un perineo non adeguatamente preparato viene sottoposto a episiotomia o subisce fastidiose lacerazioni. Oppure nel post-parto, quando molte neo-mamme si trovano a fare i conti con noiosi problemi di incontinenza. E ancora con la terza età quando le stesse signore sperimentano per la prima volta su di sé il significato della parola prolasso.

Come agire allora? Come evitare, o almeno limitare, tali inconvenienti?

In primo luogo si tratta di informare ed educare al riconoscimento e alla cura del proprio perineo. Sarebbe auspicabile che già a livello scolastico – nell'ambito delle lezioni sul corpo umano o dei corsi di educazione sessuale – venisse dedicato uno spazio preciso a questa parte del corpo e al suo significato. Ancora una volta il primo obiettivo dovrebbe essere quello di favorire l'automatizzazione di certi riflessi e schemi comportamentali. La tutela del proprio pavimento pelvico parte, come sottolineato in precedenza, dalla capacità di riconoscerlo e attivarlo spontaneamente durante ogni gesto della vita quotidiana.

In secondo luogo risulta fondamentale l'attività di prevenzione svolta a vari livelli e in diversi contesti dagli operatori del settore. Sarebbe ad esempio utile che ginecologi e ostetriche parlassero alle donne di pavimento pelvico durante le visite ginecologiche di routine o quando le incontrano per un [pap-test](#), un tampone vaginale o ancora per la contraccezione. Certo questo presuppone che gli stessi operatori siano per primi adeguatamente consapevoli e preparati sull'argomento.

Purtroppo, ancora oggi, capita spesso di imbattersi in signore che pochi giorni dopo il parto si gettano a capofitto in intensi allenamenti in palestra per recuperare la forma fisica di 9 mesi prima e ricostruire il proprio addome piatto e scolpito. Evidentemente nessuno degli operatori che le assistono ha avuto la coscienza e la responsabilità di metterle in guardia dai gravi rischi per la salute (e in particolare per il proprio pavimento pelvico) che un tale comportamento implica. Forse varrebbe la pena di ricordare loro, un po' provocatoriamente, che la gravidanza in realtà non dura 9 mesi ma 18. Nove mesi di gestazione e nove mesi di puerperio e recupero. Non c'è nulla di male nel voler ritrovare la propria forma fisica e la propria linea. Ma solo se ciò avviene nei tempi e nei modi più corretti, senza fretta e rispettando le giuste priorità.

In terzo luogo diventa essenziale la tutela del pavimento pelvico in tutte le situazioni potenzialmente a rischio. Prima fra tutte quella del parto. Qui dovremmo aprire un ampio capitolo a parte, già oggetto altrove di un articolato dibattito. Ci limitiamo a ricordare quanto segnalato recentemente dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità secondo cui il numero totale di episiotomie oggi effettuate sulle donne eccede di gran lunga il numero di interventi di questo tipo realmente giustificato dal punto di vista clinico. Una diversa preparazione del pavimento pelvico durante la gravidanza e una più fisiologica gestione del travaglio, dei suoi tempi e delle sue modalità, potrebbe certamente contribuire a invertire tali statistiche.

Infine la **terapia e la riabilitazione**. Sono finiti i tempi in cui la donna era costretta - ad esempio sul tema dell'incontinenza urinaria o del prolasso - a scegliere tra rassegnazione, pannolini e intervento chirurgico. Oggi esistono diversi approcci "conservativi" di sicuro successo, in grado di evitare o comunque integrare le più tradizionali strategie invasive.

La chinesiterapia consiste ad esempio nell'esecuzione di alcuni semplici esercizi di contrazione e rilassamento dei muscoli del pavimento pelvico, in grado favorire la presa di coscienza e il rafforzamento di tutto il sistema di sostegno degli organi pelvici. I cosiddetti [esercizi di Kegel](#), tra l'altro - aumentando l'afflusso di [sangue](#) ai muscoli di questa regione - si sono dimostrati efficaci anche nell'aumentare le sensazioni di piacere della donna a livello genitale.

L'elettrostimolazione è invece indicata nei casi in cui i muscoli perineali non riescono ad essere contratti volontariamente ed in modo adeguato. Una tecnica passiva, quindi, fondata sull'utilizzo di appositi elettrodi e relativi impulsi elettrici - assolutamente indolori - che a loro volta vanno a stimolare i muscoli del pavimento pelvico.

Il Biofeedback, infine, consiste nell'impiego di strumenti capaci di registrare una contrazione o un rilassamento muscolare che potrebbero non essere percepiti dalla donna. Il segnale viene quindi trasformato in segnale visivo, permettendo alla paziente di verificare le contrazioni o il rilassamento e di imparare a compierli in modo corretto.

Recentemente definito da alcuni come "Il muscolo della felicità" e insieme come "Il muscolo più sconosciuto", il Pavimento Pelvico rappresenta insomma uno dei principali pilastri per la salute e il benessere di ogni donna. Riscoprirlo e valorizzarlo è oggi un obiettivo possibile.