

# **L'incontinenza in bambini e adolescenti**



# L'incontinenza in bambini e adolescenti

Guida pratica per genitori,  
insegnanti e operatori sanitari

**Alexander von Gontard**

Edizione italiana a cura di  
Marco Carotenuto

# L'incontinenza in bambini e adolescenti

Guida pratica per genitori,  
insegnanti e operatori sanitari

**Alexander von Gontard**

ISBN: 978-88-98542-56-7

Questo volume è la traduzione e  
l'adattamento delle opere:

*Ratgeber Einkoten. Informationen für  
Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher,*  
di Alexander von Gontard  
© 2010, Hogrefe GmbH & Co. KG

*Ratgeber Einnässen . Informationen für  
Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher,*  
di Alexander von Gontard e Gerd Lehmkuhl  
© 2004, 2012, Hogrefe GmbH & Co. KG

© 2021, Hogrefe Editore, Firenze  
Viale Antonio Gramsci 42, 50132 Firenze  
[www.hogrefe.it](http://www.hogrefe.it)

**Coordinamento editoriale:** Jacopo Tarantino  
**Redazione:** Alessandra Galeotti  
**Impaginazione e copertina:** Stefania Laudisa

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la  
riproduzione dell'opera o di parti di essa  
con qualsiasi mezzo, compresa  
stampa, copia fotostatica, microfilm  
e memorizzazione elettronica, se non  
espressamente autorizzata dall'Editore.

---

## L'autore

### **Alexander von Gontard**

Direttore del Dipartimento di Psichiatria del Bambino e dell'Adolescente presso la Clinica Universitaria del Saarland (Universitätsklinikum des Saarlandes), è ordinario di Psichiatria del bambino. Pediatra, psichiatra infantile e psicoterapeuta, i suoi interessi di ricerca e la sua attività di pubblicazione si sono focalizzati sull'incontinenza nei bambini e negli adolescenti.

## Il curatore dell'edizione italiana

### **Marco Carotenuto**

Professore associato di Neuropsichiatria infantile, presso l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", dottore di ricerca in Scienze del comportamento e dei processi di apprendimento, ha svolto la sua formazione oltre che nel suo Ateneo anche nel Regno Unito (Park Hospital for Children, Oxford). Autore di più di 200 pubblicazioni scientifiche e di numerosi capitoli di libri sia a diffusione nazionale che internazionale, è membro del board di numerose riviste specialistiche e di società scientifiche internazionali e nazionali. Ha focalizzato le sue ricerche sulla neurofisiologia del sonno in età evolutiva, sulle cefalee primarie pediatriche, le epilessie pediatriche e i disturbi dello spettro dell'autismo. I disturbi del controllo sfinterico e le comorbidità ad esso associate rappresentano il suo primo interesse scientifico e di ricerca. È responsabile del Laboratorio per lo studio del sonno in età evolutiva e del Laboratorio per lo studio dell'epilessia e di elettroencefalografia in età evolutiva dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile della sua Università.



---

# Indice

Presentazione all'edizione italiana di <i>Marco Carotenuto</i> .....	XI
Prefazione di <i>Alexander von Gontard</i> .....	XIII
Come utilizzare questa guida .....	XV
<b>INTRODUZIONE. Vi suona familiare?</b> .....	<b>1</b>

**PARTE I. L'incontinenza fecale**

<b>1 Informazioni generali sull'incontinenza fecale</b> .....	<b>5</b>
1.1 Qual è la definizione di incontinenza fecale (o encopresi)? .....	5
1.2 Quali tipi di incontinenza fecale esistono? .....	7
1.3 Quanto è comune l'incontinenza fecale? .....	8
1.4 Quali sono le cause dell'incontinenza fecale? .....	9
1.5 Se i pregiudizi comuni sull'incontinenza fecale non sono veri, come può essere spiegata? .....	10
1.6 Il mio bambino che si sporca potrebbe avere un problema psicologico? .....	12
1.7 Perché mio figlio ha sia incontinenza fecale che urinaria? .....	13
1.8 Quali esami sono necessari per la valutazione dell'incontinenza fecale? .....	13
1.9 Come dev'essere trattata l'incontinenza fecale? .....	17
<b>2 Incontinenza fecale con costipazione</b> .....	<b>19</b>
2.1 Come si riconosce l'incontinenza fecale da costipazione? .....	19
2.2 Come si sviluppa l'incontinenza fecale con costipazione? .....	21
2.3 Come si tratta l'incontinenza con costipazione? .....	24
2.4 Quando sono necessari i lassativi? .....	25
2.5 Come viene eseguito il disimpegno? .....	26
2.6 Cosa succede durante la fase di mantenimento? .....	28
2.7 In cosa consiste l'addestramento al gabinetto? .....	30
2.8 Cosa fare se il trattamento fallisce? .....	34
2.9 Cosa posso fare se mio figlio ha bisogni speciali? .....	35

<b>3</b>	<b>Incontinenza fecale senza costipazione .....</b>	<b>36</b>
3.1	Cos'è l'incontinenza fecale senza costipazione? .....	36
3.2	Come si tratta l'incontinenza fecale senza costipazione? .....	37
<b>4</b>	<b>Rifiuto del gabinetto .....</b>	<b>38</b>
4.1	Come si sviluppa il rifiuto del gabinetto? .....	38
4.2	Come si tratta il rifiuto del gabinetto? .....	39
<b>5</b>	<b>Incontinenza fecale e urinaria combinate .....</b>	<b>42</b>
5.1	Come si sviluppa l'incontinenza combinata? .....	42
5.2	Qual è la definizione di incontinenza urinaria diurna? .....	43
5.3	Come trattare l'incontinenza urinaria e quella fecale combinate? .....	43
<b>6</b>	<b>Encopresi e problemi psicologici .....</b>	<b>45</b>
6.1	Quanto sono comuni problemi psicologici e disturbi psichiatrici nei bambini che si sporcano? .....	45
6.2	Come si valuta la presenza di disturbi psicologici? .....	46
6.3	Come trattare l'incontinenza fecale se sono presenti problemi o disturbi psicologici? .....	47
6.4	Dove possono essere trattati l'incontinenza fecale e i disturbi psicologici? .....	48

## PARTE II. L'incontinenza urinaria

<b>7</b>	<b>Informazioni generali sull'incontinenza urinaria .....</b>	<b>50</b>
7.1	Qual è la definizione di enuresi? .....	50
7.2	Quali sono i tipi comuni di incontinenza urinaria? .....	51
7.3	Quanto è comune l'incontinenza urinaria? .....	54
7.4	Quali sono le cause dell'incontinenza urinaria? .....	55
7.5	Il mio bambino che si bagna potrebbe avere un problema psicologico? .....	57
7.6	Quali esami sono necessari per la valutazione dell'incontinenza urinaria? .....	57
7.7	Come deve essere trattata l'incontinenza urinaria? .....	60



<b>8</b>	<b>Incontinenza urinaria diurna .....</b>	<b>62</b>
8.1	Quali sono i tre tipi più importanti di incontinenza urinaria diurna? .....	63
8.2	Cos'è l'incontinenza da urgenza? .....	65
8.3	Cosa vuol dire posticipare? .....	69
8.4	Cos'è lo svuotamento disfunzionale? .....	72
8.5	Cosa fare se il trattamento fallisce? .....	74
8.6	Come viene trattata l'incontinenza diurna se mio figlio ha esigenze particolari? .....	75
8.7	Perché dovrebbe essere trattata prima l'incontinenza diurna? .....	75
<b>9</b>	<b>Incontinenza urinaria notturna .....</b>	<b>77</b>
9.1	Cos'è la pipì a letto semplice? .....	77
9.2	Quali sono i sintomi tipici della pipì a letto semplice? .....	77
9.3	Che cos'è l'enuresi notturna non monosintomatica? .....	78
9.4	Quali sottotipi di enuresi notturna ci sono? .....	79
9.5	Quali sono le cause della pipì a letto? .....	79
9.6	Quali esami sono necessari per la valutazione della pipì a letto? .....	81
9.7	Come trattare l'enuresi notturna? .....	82
9.8	Quali trattamenti sono inefficaci? .....	82
9.9	Cosa sono le schede di osservazione? .....	84
9.10	Cos'è il trattamento dell'allarme? .....	85
9.11	Quando il farmaco è un'opzione di trattamento utile? .....	93
9.12	Cosa fare se il trattamento fallisce? .....	96
9.13	Come viene trattata la pipì a letto se il mio bambino ha bisogni speciali? .....	97
9.14	Riepilogo .....	97
<b>10</b>	<b>Enuresi e problemi psicologici .....</b>	<b>98</b>
10.1	Quanto sono comuni i problemi e i disturbi psicologici nei bambini che si bagnano? .....	98
10.2	In quali tipi di incontinenza si verificano problemi psicologici particolarmente comuni? .....	99
10.3	Quali tipi di problemi e disturbi psicologici sono più comuni nei bambini che si bagnano? .....	100

10.4 Come trattare l'incontinenza se ci sono problemi o disturbi psicologici? .....	101
<b>11 Osservazioni conclusive .....</b>	<b>103</b>
<b>Letture .....</b>	<b>105</b>
<b>Appendice 1.</b> Questionario sull'incontinenza fecale .....	109
<b>Appendice 2.</b> Scheda toilette-48 ore (encopresi ed enuresi combinata) .....	111
<b>Appendice 3.</b> Scheda sull'idratazione .....	113
<b>Appendice 4.</b> Scheda di addestramento al wc per i genitori .....	114
<b>Appendice 5.</b> Scheda di addestramento al wc per i bambini .....	115
<b>Appendice 6.</b> Questionario sull'incontinenza urinaria .....	116
<b>Appendice 7.</b> Scheda toilette-48 ore (enuresi) .....	120
<b>Appendice 8.</b> Scheda dell'incontinenza da urgenza .....	122
<b>Appendice 9.</b> Scheda di posticipazione dello svuotamento .....	123
<b>Appendice 10.</b> Scheda di documentazione dell'enuresi notturna .....	124
<b>Appendice 11.</b> Diario del trattamento dell'allarme .....	125
<b>Appendice 12.</b> Scheda per la titolazione della desmopressina orale ....	126

## Presentazione all'edizione italiana

Questa guida nasce con l'idea di fornire suggerimenti e indicazioni pratiche ai genitori, agli insegnanti e soprattutto agli operatori sanitari sulla gestione quotidiana dei bambini e adolescenti con disordini del controllo sfinterico. Si tratta di patologie da sempre ghettizzate e ritenute di poco conto, nonostante l'impatto notevole sulla quotidianità e sulla qualità di vita dei soggetti affetti e, soprattutto, delle loro famiglie. Rispettando l'originale, questa edizione italiana prova ad affrontare le suddette tematiche con uno stile apparentemente poco scientifico e decisamente divulgativo, ma non per questo meno reale di un testo ufficiale. Nello specifico, la guida tratta di disturbi (soprattutto l'encopresi) ritenuti socialmente inaccettabili e da tenere nascosti, perché riguardano le alterazioni del controllo fecale o urinario, spesso spia di disturbi di altro genere e frequenti nei disturbi del neurosviluppo come nelle sindromi genetiche con disabilità cognitiva, nei disturbi dello spettro dell'autismo (ASD) e nella sindrome da deficit attentivo con iperattività (ADHD). Nella mia pratica di neuropsichiatra infantile sono spesso chiamato a confrontarmi anche con problemi di questo tipo che tendono ad aumentare il grado di disabilità del bambino e la difficoltà di gestione dei genitori con conseguente notevole stress.

La letteratura scientifica al riguardo è particolarmente scarsa, testimoniando un disinteresse da parte della ricerca per un disturbo più frequente del previsto e con tante sfaccettature. Mi auguro che questa guida, che ho avuto l'onore di curare nella sua edizione italiana, possa aiutare le famiglie e gli operatori sanitari impegnati nella riabilitazione dei disturbi del neurosviluppo, primi fra tutti i terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE), i logopedisti e i terapisti occupazionali.

Ringrazio Hogrefe Editore per aver creduto in questo progetto.

*Marco Carotenuto*  
Napoli, aprile 2021



## Prefazione

Bagnarsi e sporcarsi sono due problemi molto comuni nei bambini e negli adolescenti, ma ancora oggi molti sono i miti e i pregiudizi relativi a questi due gruppi di disturbi. Mentre la maggior parte dei genitori è sinceramente preoccupata per il benessere dei propri figli, alcuni sviluppano sentimenti di colpa e credono di aver fatto qualcosa di sbagliato. Altri pensano che i bambini bagnino e sporchino intenzionalmente e, nella loro disperazione, tornano a punirli.

Fortunatamente, negli ultimi decenni sono stati condotti numerosi studi su questi problemi e i dati raccolti sono incoraggianti. La conclusione che se ne ricava è molto ottimistica per i genitori: vi sono molti diversi sottotipi dei disturbi che designiamo con i termini enuresi ed encopresi, ma essi possono essere diagnosticati e trattati. Alcuni hanno un'origine principalmente genetica, altri ambientale, ma tutti possono essere trattati con ottimi risultati per la maggior parte dei bambini e degli adolescenti.

Lo scopo di questa guida non è solo quello di fornire queste informazioni a genitori, insegnanti e caregiver, ma anche di illustrare passo per passo come aiutare i bambini a diventare continenti e a smettere di bagnarsi e sporcarsi.

Questa guida riunisce due volumi originariamente separati – uno dedicato all'enuresi, l'altro all'incontinenza fecale –, pubblicati in tedesco e poi tradotti in inglese. Sono stato molto felice quando Hogrefe ha suggerito una traduzione italiana. L'edizione italiana combina entrambi questi libri in uno, il che ha senso, poiché molti bambini sono affetti da entrambi i disturbi. Pertanto, se l'incontinenza fecale è il problema principale di vostro figlio, è meglio iniziare con la sezione dedicata a essa, e analogamente se il problema è l'enuresi. Sebbene alcune informazioni siano fornite in entrambe le parti, un po' di ripetizione può essere utile per agevolare una comprensione approfondita di entrambe le problematiche.

Il testo è stato accuratamente controllato e aggiornato, in modo da basare questa edizione italiana sulle conoscenze attuali.

Confido che, grazie a questo libro, vostro figlio possa presto raggiungere la continenza, così che possiate mettere questa guida da parte o raccomandarla ad amici.

*Alexander von Gontard*  
Saarbrücken, gennaio 2021

## Come utilizzare questa guida

Lo scopo di questa guida è fornire al lettore informazioni organizzate in maniera lineare e presentate nel modo più semplice possibile.

Il libro è suddiviso in due parti: la prima è dedicata all'incontinenza fecale (o encopresi), cioè lo sporcarsi; la seconda all'incontinenza urinaria (o enuresi), cioè il bagnarsi. Molti bambini, purtroppo, presentano entrambi i problemi associati o meno a costipazione. In questo caso, è necessario prima affrontare l'incontinenza fecale/costipazione. Inoltre, a causa di possibili complicanze ed esiti meno favorevoli, l'enuresi notturna dev'essere trattata dopo che il bambino ha smesso di bagnarsi durante il giorno.

Di conseguenza, per scoprire come meglio utilizzare questa guida rispondete a queste domande:

- *Il mio bambino si sporca o è stitico?* Se sì, iniziate con la **parte I**.
- *Il mio bambino si sporca e si bagna?* Andate al **capitolo 5**
- *Il mio bambino si bagna durante il giorno, ma non si sporca né ha stipsi?* Allora andate alla **parte II**.
- *Il mio bambino si bagna durante la notte ma durante il giorno non si bagna né si sporca e non ha stipsi?* Potete iniziare dal **capitolo 9**.
- *Il mio bambino ha altri problemi psicologici o disturbi che gli causano ulteriori problemi?* In questo caso, leggete tutti i capitoli pertinenti e seguite le raccomandazioni fornite. In particolare, leggete attentamente il **capitolo 6** o il **capitolo 10** per capire se può essere necessaria un ulteriore trattamento psichiatrico/psicologico.

Lo scopo della guida è di dare informazioni pratiche sull'incontinenza e suggerire un trattamento. Tuttavia, è importante che cerchiate l'aiuto di un professionista. Poiché le cause mediche di incontinenza devono essere identificate – o escluse – prima che il trattamento possa iniziare, ogni bambino o adolescente dev'essere esaminato da un pediatra o da un medico generico. Per una buona valutazione può essere di grande aiuto compilare i “questionari sull'incontinenza” (**appendici 1 e 6**) pri-

ma di consultare il medico. Se il bambino è affetto da incontinenza sia urinaria che fecale, le informazioni che potete raccogliere con la scheda toilette-48 ore (**appendici 2 e 7**) sono di grande utilità. Durante il trattamento dell'incontinenza fecale, si consiglia di utilizzare le schede delle **appendici 4 e 5**, mentre le schede delle **appendici 8 e 9** vanno utilizzate nel trattamento dell'incontinenza urinaria diurna e quelle delle **appendici 10, 11 e 12** nel trattamento dell'enuresi notturna. Queste schede possono essere molto motivanti per il bambino e facilitare il trattamento stesso. Infine, la scheda in **appendice 3** è utile nel trattamento sia dell'enuresi a sé sia combinata con l'encopresi. Condividete le schede con il vostro medico o terapeuta e fategli tutte le domande che vi vengono in mente. Tutte le schede e i materiali sono discussi in dettaglio nei rispettivi capitoli. Sentitevi liberi di copiarli o riprodurli e di utilizzarli con vostro figlio, in modo che entrambi ne possiate trarre il massimo beneficio.



---

# INTRODUZIONE

Vi suona familiare?

*Mia figlia si sporca. Nel pomeriggio, quando torna da scuola, so esattamente cosa sta per succedere. Potrebbe essere durante l'ora di pranzo, mentre si fanno i compiti, o al più tardi quando sta giocando. A volte i pantaloni sono appena imbrattati, a volte ci sono grandi quantità di feci. A volte mia figlia sembra essere angosciata, ma di solito appare del tutto disinteressata. Continua semplicemente a giocare e non va in bagno finché le mutande non sono completamente piene di cacca. Mi sento del tutto impotente perché non so cosa ho fatto di sbagliato. Vorrei aiutare mia figlia, ma non so come. Tutti i consigli che ho ricevuto finora non sono stati d'aiuto. Ci sono dei giorni in cui sono davvero arrabbiata, soprattutto se trovo delle mutande nascoste piene di feci. Il bucato puzzolente non è per niente piacevole. Vorrei semplicemente che tutto ciò avesse fine.*



*Nostro figlio si bagna durante il giorno o di notte. È infelice e afflitto e quando bagna i pantaloni cerca di nascondarlo. Evita di giocare con altri bambini e si chiede perché questo stia accadendo proprio a lui. Mi sento frustrato quando mio figlio si bagna. Sono preoccupato per il suo sviluppo e per i possibili effetti del bullismo e delle difficoltà che a volte incontra a scuola. Talvolta mi chiedo se abbiamo fatto qualcosa di sbagliato per contribuire al suo problema o forse anche per determinarlo. Abbiamo tentato molti rimedi e ci sentiamo scoraggiati, anche arrabbiati, davanti alle pile di panni da mandare in lavanderia ogni settimana.*

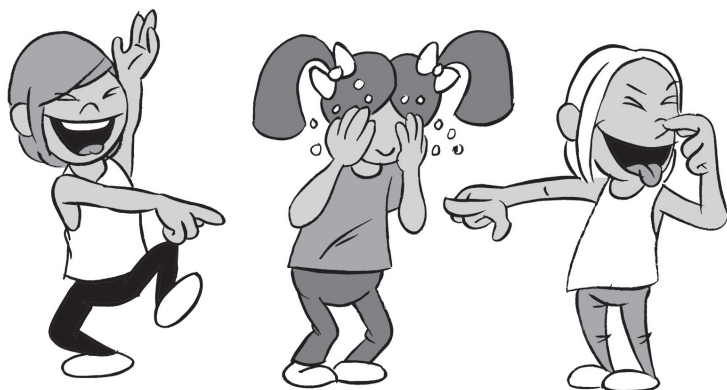
A differenza di ciò che avviene con altri problemi, molti genitori sono spesso lasciati soli in questa difficile situazione. Spesso, non osano nemmeno parlarne con altri genitori perché gli altri bambini sembrano avere successo e un buon funzionamento sociale – solo il loro sembra avere di questi problemi.

Molti genitori chiedono consiglio al loro pediatra, medico generico o terapeuta. Quando l'incontinenza non si ferma, i genitori si rivolgono a volte alla psicoterapia o consultano specialisti di medicina alternativa. È un peccato, perché esistono trattamenti efficaci! Il requisito principale è che venga eseguita una valutazione buona e accurata, in base allo specifico tipo di incontinenza. Inoltre, le due incontinenze (fecale e urinaria) possono essere – ma non necessariamente – combinate assieme e con problemi psicologici o psichiatrici. Questi due esempi di Paolo e Lisa illustrano i diversi tipi di incontinenza fecale:

*Paolo è un bambino di sette anni che ha buoni voti a scuola. È in seconda elementare. Sfortunatamente, interrompe la lezione molto spesso, prende in giro gli altri bambini e non segue le regole. Non si sporca mai durante l'orario scolastico, ma di pomeriggio o di sera. A volte si sporca con grandi quantità di feci, che sono molto dure o molto liquide. Va di rado in bagno per defecare. A volte passano due o tre giorni prima che svuoti l'intestino. Evacuare è spesso molto doloroso per lui, così, frequentemente, lamenta dolori alla pancia. È un tipo molto schizzinoso e non beve tanto. Anche se prima non faceva pipì a letto, cominciò a bagnarsi di nuovo di notte con l'inizio della frequenza scolastica. Di giorno, molto spesso non va in bagno a fare la pipì e i suoi pan-*

*taloni sono quasi sempre bagnati. Paolo è un bambino molto vivace e molte volte entra in lunghe discussioni e polemiche quando gli viene chiesto di fare qualcosa.*

*Lisa è in prima elementare e, proprio come Paolo, non si sporca mai durante l'orario scolastico. Sebbene ogni giorno abbia regolari movimenti intestinali, con feci normalmente formate, si sporca nel pomeriggio. Si vergogna molto di questo e cerca di nascondere. È stata presa in giro dalle sue amiche e ha pianto amaramente. A parte ciò, ha molti interessi ed è socialmente ben integrata.*



Gli esempi di Giovanni e Anna che seguono illustrano, invece, come farsi la pipì addosso possa essere stressante per i genitori e per i bambini stessi:

*Giovanni ha sette anni e bagna il letto ogni notte con una grande quantità di urina. Non ha mai raggiunto la continenza. I suoi genitori hanno notato che dorme profondamente ed è molto difficile svegliarlo al mattino. Indossa il pannolino per ridurre la quantità di panni da lavare. È molto infelice, si sente come un bambino piccolo e non vuole dormire fuori casa con gli amici. Non ha problemi a scuola. Lui è molto popolare tra gli altri bambini, ha molti interessi e si impegna in tante attività diverse. Sua madre si accusa perché è tornata a lavorare quando Giovanni era ancora piccolo. Lei e suo fratello bagnavano il letto quando erano bambini.*

*Anna ha nove anni e si bagna almeno tre volte al giorno. La quantità di urina è poca ogni volta, ma la sua biancheria è sempre umida. Ha già avuto due infezioni alle vie urinarie. Sua madre riferisce che Anna ha l'impulso improvviso di urinare circa dieci volte al giorno e deve correre immediatamente al gabinetto. Quando vanno in auto, devono fermarsi diverse volte perché Anna deve usare il bagno. Quando sente l'impulso a urinare, stringe le cosce o si accovaccia. La madre è molto sconvolta perché le cose non stanno migliorando, mentre Anna sembra essersi abituata.*



Queste descrizioni o altre simili vi sembrano familiari? Se sì, allora questa guida sarà in grado di aiutarvi. Nonostante tutto lo stress e le preoccupazioni indotti dall'incontinenza fecale o urinaria, c'è un messaggio generale molto positivo: la maggior parte dei bambini può diventare continente. Alcuni rapidamente, altri hanno bisogno di più tempo per superare il problema. Se genitori e figli cooperano attivamente, tutti gli sforzi sono ben investiti. Una volta che i bambini diventano continenti, la loro autostima e il loro benessere aumentano – si sentono più felici e rilassati. Allo stesso tempo, lo stress, la tensione e le preoccupazioni in famiglia si riducono. Lo scopo di questa guida è darvi suggerimenti diretti e pratici su come raggiungere questo obiettivo, passo dopo passo.

## Informazioni generali sull'incontinenza fecale

### 1.1 Qual è la definizione di incontinenza fecale (o encopresi)?

Il termine scientifico per indicare il problema dello sporcarsi è *encopresi*. Alcuni specialisti preferiscono il termine più neutrale “incontinenza fecale”. Per una comprensione più semplice, in questo libro useremo spesso il termine quotidiano “sporcarsi”. Lo sporcarsi è definito come l’eliminazione ripetuta di feci in luoghi inappropriati dall’età di quattro anni in poi, dopo che sono state escluse possibili cause mediche. Gli aspetti più importanti dell’encopresi si riflettono in questa breve definizione. Se un bambino si sporca una volta ogni pochi mesi, questo non è certamente un motivo per preoccuparsi. Solo se un bambino si sporca almeno una volta al mese per la durata di tre mesi, l’incontinenza è considerata un vero disturbo o condizione. Se si verifica meno di una volta al mese, può essere un’esperienza stressante ma è considerata un problema temporaneo. Se vostro figlio si sporca in rare occasioni, cercate di non farne un gran clamore ma consolatelo. L’encopresi temporanea capita davvero a molti bambini.

L’incontinenza fecale può essere considerata un disturbo o una condizione solo quando il bambino ha raggiunto il suo quarto compleanno. Perché questo limite di età è così importante? Il motivo è che lo sporcarsi è così comune tra i bambini di tre anni che è considerato come parte della maturazione naturale e non come un disturbo. La fascia d’età nella quale si sviluppa la continenza è enorme e varia notevolmente da bambino a

bambino. Alcuni bambini vogliono diventare continenti già a due anni. Mandano segnali attivi che vorrebbero essere educati all'utilizzo del vasino. Questa iniziativa può essere incoraggiata dai genitori in modo giocoso. Se il bambino raggiunge la continenza, è una pietra miliare nel suo sviluppo e la maggior parte dei bambini ne è estremamente orgogliosa. Altri hanno bisogno di più tempo – e anche questo è completamente normale. Secondo molti studi, è giusto concedere più tempo ai bambini di due o tre anni, dare loro i pannolini se lo desiderano e aspettare fino al loro quarto compleanno.

Solo da questa età in poi, lo sporcarsi non è più visto come parte del normale sviluppo ma come un disturbo che può essere valutato e trattato. Non è importante quando si inizia l'educazione al vasino, ma che i genitori sostengano il bambino quando dà segnali di essere pronto per imparare a usarlo. Alcuni bambini lo fanno abbastanza presto, mentre altri hanno bisogno di più tempo. Al contrario, l'educazione precoce al vasino su iniziativa principalmente dei genitori non è la cosa ottimale. In passato, quando le lavatrici e i pannolini usa e getta non erano disponibili, molti genitori cercavano di abituare i bambini al vasino molto precocemente. Alcuni addirittura nel primo anno di vita, età alla quale un bambino non è in grado di controllare la vescica e l'intestino. Oggi, iniziare l'educazione al vasino tardi è un problema più diffuso che iniziarla troppo presto. Alcuni genitori cercano di non fare pressioni sui propri figli e di sostenere un atteggiamento più lassista. A volte possono trascurare i segnali che il bambino dà o hanno paura di sollecitarli. Di conseguenza, l'educazione al vasino non è sostenuta attivamente dai genitori ed è avviata troppo tardi. Anche questo non è ottimale per i bambini.

Oltre all'età dell'educazione al vasino, il tono e l'atmosfera nella quale è svolta sono decisivi. Un'atmosfera piacevole e giocosa rende molto più facile per il bambino ottenere il controllo dell'intestino – e la gioia è grande quando questo obiettivo viene raggiunto. Pressione, minacce, grida o punizioni non porteranno alla continenza – al contrario, la probabilità di sporcarsi in un secondo momento aumenterà notevolmente. Allo stesso modo, poco sostegno o interesse per l'educazione al vasino non sarà utile.

Nel complesso, l'età dei quattro anni per definire il disturbo ha molto senso. I genitori devono dare al proprio bambino tutto il tempo di cui ha bisogno e sostenerlo attivamente quando è pronto per essere addestrato al vasino. Non dovrebbero essere scoraggiati o disturbati dalle insegnanti di scuola materna. In alcuni paesi abbondano i pregiudizi sul fatto che ogni bambino dev'essere continente prima di entrare all'asilo. Questo, semplicemente, non è vero ed è un atteggiamento poco attento allo sviluppo individuale del bambino. Non è un problema per un bambino andare all'asilo con il pannolino. Se il pannolino dev'essere cambiato, le insegnanti possono aiutarlo. Inoltre, non permettete che amici o familiari vi turbino – lasciate che vostro figlio abbia il tempo di diventare continente fino al raggiungimento dei quattro anni di età.

## 1.2 Quali tipi di incontinenza fecale esistono?

L'encopresi si verifica quasi esclusivamente di giorno. Se accade di notte, è un motivo per essere particolarmente attenti con gli esami medici, poiché lo sporcarsi di notte è più spesso dovuto a cause somatiche o mediche. La presentazione tipica dell'encopresi è durante il giorno.

In passato, l'incontinenza fecale era differenziata in primaria e secondaria. Primaria significa che il bambino non è mai stato continente per più di sei mesi consecutivi. Al contrario, l'aggettivo secondaria indica che è avvenuta una recidiva dopo che il bambino è stato continente per almeno sei mesi consecutivi. Poiché studi recenti hanno dimostrato che non vi sono differenze tra encopresi primaria e secondaria e poiché il trattamento è lo stesso per entrambi i tipi, questa classificazione non ha rilevanza pratica per la valutazione e il trattamento e non è più necessaria.

La domanda più importante cui dovete rispondere è: il vostro bambino si sporca soltanto o è anche stitico? Scoprire se il bambino è stitico è il passo più importante per il trattamento, ma la stitichezza non è sempre facile da rilevare. Non è sufficiente notare quanto spesso un bambino va in bagno. Per i bambini che vanno in bagno solo una o due volte alla settimana è ovvio sospettare la stitichezza. Altri bambini defecano ogni

giorno nel water, ma continuano a trattenere le feci e sono stitici. Spesso sentono dolore quando vanno in bagno, perché le feci possono essere molto dure. Palpando l'addome si possono rilevare masse di feci dure, che sono anche visibili all'esame ecografico. In questo caso l'incontinenza è una conseguenza della stitichezza e della ritenzione delle feci. Anche dolori addominali e appetito ridotto sono frequenti in questi bambini. Il tipo più comune di stitichezza è la *costipazione funzionale*, cioè quando sono state escluse cause mediche.

Altri bambini si sporcano ma non sono affatto stitici. Questo tipo di incontinenza è chiamata *incontinenza fecale non ritentiva*. In questo caso, è molto più difficile capire perché i bambini si sporcano. Ma non importa quali siano le cause dello sporcarsi, sono sempre disponibili metodi efficaci per trattare i bambini.

Alcuni bambini urinano quando sono in bagno, ma si rifiutano testardamente di defecare. Chiedono di avere il pannolino per i loro movimenti intestinali. Questo comportamento, che preoccupa molti genitori, è chiamato *rifiuto del gabinetto*. È completamente innocuo se persiste solo per poco tempo. Se, tuttavia, continua per mesi o addirittura anni, è probabile che sviluppi stitichezza.

Approfondiremo il discorso sui diversi tipi di encopresi nei capitoli successivi.

### 1.3 Quanto è comune l'incontinenza fecale?

Molti genitori si sorprendono nell'apprendere quanto lo sporcarsi sia comune tra i bambini. Sono spesso convinti che solo il proprio figlio sia affetto da questo problema. Eppure, sporcarsi è uno dei disturbi più comuni dell'infanzia. Tra i 4 e i 16 anni, l'1-3% di tutti i bambini e gli adolescenti ne è colpito, il che significa un numero elevato di bambini. Si possono distinguere tre gruppi di bambini con differenti tipi di incontinenza fecale: alcuni continuano a sporcarsi continuamente per molti anni; altri hanno periodi in cui sono continenti ma vanno poi incontro a una rica-



duta; nel terzo gruppo, la velocità e la probabilità di sporcarsi diminuiscono lentamente nel tempo con il naturale processo di maturazione.

La prevalenza di incontinenza fecale è inferiore nella tarda adolescenza, ma studi e cifre esatte non sono ancora disponibili. Sappiamo, tuttavia, che se il problema non viene trattato per un tempo sufficientemente lungo durante l'infanzia, può persistere nell'adolescenza e persino nella giovane età adulta. Può trasformarsi in una condizione cronica in cui il bambino o l'adolescente potrebbe non maturare. Pertanto, "stare a guardare e aspettare" non è la strada da percorrere. Un trattamento precoce e intensivo è un buon inizio per un successo a lungo termine.

## 1.4 Quali sono le cause dell'incontinenza fecale?

Questa domanda è fonte di vera preoccupazione per molti genitori e bambini. Purtroppo, spesso mancano le informazioni e i pregiudizi sono comuni, non solo nelle famiglie ma anche tra insegnanti, terapisti e persino tra i medici.

Un pregiudizio comune tra le insegnanti di scuola materna meno informate è che un bambino che si sporca sia semplicemente ancora immaturo nello sviluppo. Capita che a un bambino con incontinenza fecale non sia permesso l'ingresso alla scuola materna – a volte le insegnanti si rifiutano persino di aiutare a cambiare i pannolini. Come accennato in precedenza, ogni bambino ha il suo ritmo di sviluppo – alcuni sono più veloci, altri più lenti. Lo sporcarsi non è un segno di ritardo di maturazione.

Un altro errore è pensare che i genitori siano responsabili dell'incontinenza del loro bambino. Infatti, molti genitori si preoccupano e si chiedono che cosa abbiano fatto di sbagliato. Studi recenti hanno dimostrato che la maggior parte dei genitori di bambini che si sporcano è molto angosciata e vuole fare tutto il possibile per aiutare i propri figli a raggiungere la continenza. Dare responsabilità o sentirsi in colpa non è mai utile per un trattamento di successo. Inoltre non è molto utile rimuginare sul passato. Al contrario, i genitori dovrebbero guardare avanti e iniziare attivamente il trattamento con i propri figli!

Come discusso nel paragrafo 1.1, l'educazione precoce al vasino su iniziativa del bambino potrebbe portare a raggiungere prima il controllo sfinterico nei singoli bambini (e risparmiare un sacco di pannolini e lavaggi). La ricerca ha anche dimostrato che l'educazione precoce al vasino non riduce – o aumenta – il tasso di incontinenza fecale a quattro anni (l'età di definizione per il disturbo). Al contrario, è stato dimostrato che l'educazione tardiva al vasino è associata al rifiuto del gabinetto, alla stitichezza e allo sporcarsi.

Un'altra idea comune è che lo sporcarsi sia una condizione puramente psicologica. Questa opinione è ancora espressa da molti psicoterapeuti, sebbene sia completamente obsoleta. Molti studi hanno dimostrato che circa il 30-50% di tutti i bambini con incontinenza fecale manifesta problemi o disturbi comportamentali. C'è una vasta gamma di possibili disturbi: alcuni bambini sono depressi e ansiosi mentre altri sono iperattivi, non seguono le regole e sono disobbedienti. Nessun disturbo specifico è tipico per l'encopresi o potrebbe essere la spiegazione esclusiva del problema. Se il vostro bambino si sporca e ha problemi psicologici associati, entrambi i problemi dovrebbero essere affrontati e trattati. Il trattamento dell'incontinenza ha sempre la priorità.

Guardando i dati al contrario, è possibile vedere che il 50-70% dei bambini si sporca senza sintomi o disturbi psicologici. In questi casi, ovviamente, viene trattata solo l'incontinenza. La psicoterapia non è indicata e dev'essere evitata: non è efficace e può persino ritardare il raggiungimento della continenza.

## **1.5 Se i pregiudizi comuni sull'incontinenza fecale non sono veri, come può essere spiegata?**

Se si cercano le cause sono importanti due questioni generali:

- in primo luogo, di solito non esiste una sola causa, ma diverse collegate tra loro e, in molti casi, non è possibile trovare una singola causa precisa per l'incontinenza fecale;
- in secondo luogo, non è davvero importante conoscere le cause esat-

te. Molti genitori pensano o sperano che il problema sarà risolto non appena la causa sarà stata trovata, ma di solito è vero il contrario: l'identificazione delle cause non pone improvvisamente fine allo sporcarsi e non è necessario conoscerle per un trattamento di successo. Quindi, per i genitori è molto più importante concentrarsi sul presente e sul futuro e dedicarsi a un trattamento attivo.

Le cause dello sviluppo dell'*incontinenza con costipazione* sono ben studiate. La disposizione genetica gioca un ruolo importante nella stitichezza. La stitichezza cronica si sviluppa a causa di costipazione acuta, che è abbastanza comune nei neonati e nei bambini piccoli. La stipsi acuta può essere scatenata da una varietà di eventi, ad esempio dal dolore sperimentato durante l'evacuazione a causa di fissurazioni dolorose nella regione anale. Inoltre, eventi di vita stressanti come un trasloco, la separazione dei genitori o la nascita di un fratello possono agire da fattori scatenanti. Il bambino inizia a trattenere le feci, l'intestino si dilata e si sviluppa un circolo vizioso che causa il trattenimento di un numero sempre maggiore di masse di feci. Lo sporcarsi si sviluppa quindi come conseguenza della stitichezza. Questa forma di incontinenza fecale verrà trattata in modo più dettagliato nel capitolo 2.

Per i bambini che si sporcano senza stitichezza, le associazioni causali non sono ben note. Non sappiamo esattamente perché i bambini che non hanno problemi di ritenzione fecale si sporchino, ma in questo caso i fattori genetici sembrano avere un ruolo meno importante. L'*incontinenza fecale senza costipazione* non è certamente una condizione puramente psicologica, come molti studi recenti hanno dimostrato. Il tasso di problemi e disturbi psicologici concomitanti è approssimativamente lo stesso per entrambi i tipi di encopresi (circa il 30-50% di tutti i bambini ne è colpito) – indipendentemente dalla presenza o meno di stitichezza. Maggiori informazioni sull'incontinenza fecale senza costipazione sono presentate nel capitolo 3.

Se i bambini mostrano rifiuto del gabinetto solo per un breve periodo, potrebbe essere solo un'abitudine temporanea. Nel rifiuto cronico del wc, la stitichezza può svilupparsi come un ulteriore fattore di rischio.

Alcuni di questi bambini mettono in atto comportamenti provocatori oppositivi o hanno altri problemi psicologici. Nel capitolo 4, troverete maggiori informazioni sulle interazioni tra sporcarsi e problemi comportamentali.

## **1.6 Il mio bambino che si sporca potrebbe avere un problema psicologico?**

Questa è una domanda che preoccupa molti genitori. Come accennato, la maggior parte dei bambini che si sporcano non ha problemi comportamentali. Per questi bambini lo sporcarsi è un'abitudine cronica e automatica che viene mantenuta nonostante i suoi svantaggi. È assolutamente sufficiente trattare l'incontinenza fecale da sola per risolvere il problema. Ma anche se i bambini sono angosciati, ansiosi o tristi, il trattamento dell'encopresi può essere tutto ciò di cui hanno bisogno. Quando hanno raggiunto la continenza, le preoccupazioni angoscianti scompaiono, aumenta la fiducia in se stessi e i bambini si sentono sollevati e rilassati.

Circa il 30-50% dei bambini che si sporcano presenta, tuttavia, disturbi aggiuntivi clinicamente rilevanti che possono portare all'insorgenza di ulteriori problematiche. Si possono rilevare diversi tipi di disturbi. Alcuni bambini soffrono di depressione o disturbi d'ansia (i cosiddetti *disturbi internalizzanti*); altri presentano disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), disturbo oppositivo-provocatorio (DOP), o persino disturbi della condotta (*disturbi esternalizzanti*). È necessaria una valutazione puntuale dell'incontinenza e degli altri problemi. L'incontinenza fecale dev'essere trattata sempre. Anche ADHD, ansia e altri disturbi devono essere trattati perché non scompariranno da soli. Inoltre, i bambini con ADHD sono noti per essere meno collaborativi e per aderire meno alla terapia, così che lo sporcarsi potrebbe persistere per un tempo più lungo se l'ADHD non viene trattato.

In alcuni casi, tutti i disturbi presenti (cioè problemi di incontinenza e comportamentali) possono essere trattati contemporaneamente. A vol-

te, tuttavia, potrebbe essere più appropriato trattare un problema dopo l'altro. In ogni caso, chiedete consiglio al vostro pediatra, medico generico, neuropsichiatra infantile o psicologo infantile che vi aiuterà a pianificare il trattamento. Fate riferimento al capitolo 6 per ulteriori informazioni su incontinenza fecale e problemi psicologici.

## **1.7 Perché mio figlio ha sia incontinenza fecale che urinaria?**

Questa è un'altra domanda che molti genitori si pongono. Incontinenza urinaria e fecale combinate sono così tipiche che è stato coniato un termine ufficiale: *disfunzione vescicale e intestinale* (BBD, Bowel and Bladder Dysfunction). La maggior parte dei bambini si bagna di giorno, alcuni di notte e altri sia di giorno che di notte. Ancora una volta è necessaria una valutazione precisa. Sono disponibili raccomandazioni chiare e definite per la sequenza del trattamento: lo sporcarsi viene sempre trattato per primo, perché alcuni bambini smettono di bagnarsi quando encopresi e stitichezza sono state affrontate con successo. L'incontinenza urinaria diurna dev'essere trattata prima di quella notturna perché è probabile che quest'ultima scompaia una volta risolti i problemi diurni. Se il vostro bambino continua a bagnarsi durante la notte, questo problema può essere trattato per ultimo. Troverete informazioni dettagliate su incontinenza urinaria e fecale combinate nel capitolo 5.

## **1.8 Quali esami sono necessari per la valutazione dell'incontinenza fecale?**

Per escludere o individuare possibili cause e complicanze mediche, il bambino dev'essere esaminato da un pediatra o da un medico di medicina generale almeno una volta. Se il bambino è stitico, nel 5% dei casi sono implicate cause mediche. Il tasso di cause somatiche nei bambini senza stitichezza è molto più basso, cioè inferiore all'1% di tutti i casi. Solo se sono state escluse cause mediche e somatiche, è possibile diagnosticare la presenza di encopresi come condizione, nota come enco-

presi o incontinenza fecale. Parte della definizione di encopresi o incontinenza fecale è che non sono riconoscibili cause mediche: si tratta di un disturbo puramente funzionale. La buona notizia è, naturalmente, che i disturbi funzionali possono essere trattati e risolti.

Di solito, è sufficiente un semplice esame obiettivo da parte del medico. Esami più approfonditi sono necessari solo se si sospetta una condizione medica. Cercate di evitare al vostro bambino tutti gli esami non necessari, soprattutto invasivi, perché probabilmente non ne avrà bisogno.

Il programma di valutazione standard che segue è sufficiente per la maggior parte dei bambini con problemi di incontinenza fecale.

1. Il primo passo per la valutazione è un'anamnesi dettagliata, che includa i trattamenti precedenti e le caratteristiche dello sviluppo di vostro figlio.
2. Inoltre si sono dimostrati molto utili i questionari relativi ai problemi di incontinenza fecale. Le informazioni raccolte con il questionario sull'incontinenza fecale (vedi appendice 1) sono importanti per pianificare un trattamento ottimale per il bambino; la compilazione di questo questionario può anche aiutare a capire le cause dell'incontinenza di vostro figlio. La scala delle feci di Bristol (vedi figura 1) si è dimostrata utile per la valutazione della consistenza delle feci, sia per quelle eliminate nel water che durante gli incidenti di incontinenza. I numeri 3-5 indicano i tipi normali di feci mentre gli altri tipi sono più comuni nella costipazione e nell'incontinenza. Informate il pediatra o il medico di base sulla tipologia di consistenza delle feci quando il bambino si sporca e quando defeca nel water.
3. Poiché nel 30-50% dei bambini che si sporcano sono associati problemi comportamentali, è importante valutare se il disturbo è presente o meno. È importante che sia diagnosticato il tipo di disturbo in quanto ciò ha conseguenze dirette sul trattamento. Per i bambini senza problemi comportamentali, il trattamento dell'incontinenza è sufficiente; in caso contrario, devono essere trattati anche i disturbi comportamentali. Pertanto, si raccomanda che ambedue i genitori

Scala di Bristol		
<b>Tipo 1</b>		Grumi duri e separati, simili a noci (difficili da espellere)
<b>Tipo 2</b>		A forma di salsiccia, ma grumosa
<b>Tipo 3</b>		Simile ad una salsiccia ma con crepe sulla superficie
<b>Tipo 4</b>		A forma di salsiccia o serpente, liscia e morbida
<b>Tipo 5</b>		Grumi morbidi con bordi ben definiti (si espelle facilmente)
<b>Tipo 6</b>		Pezzi lanuginosi con bordi frastagliati, feci pastose
<b>Tipo 7</b>		Acquosa, senza pezzi solidi. Interamente liquida

**Figura 1.** Scala delle feci di Bristol. I tipi 3-5 sono considerati normali. Gli altri sono tipici in costipazione e incontinenza fecale.

compilino un questionario comportamentale per giungere alla diagnosi, come il *Questionario sul comportamento del bambino* (CBCL, *Child Behavior Checklist*)<sup>1</sup>. Se il questionario rileva dei problemi, è consigliabile che uno psicologo infantile o un neuropsichiatra valuti il bambino più approfonditamente. Se è presente un disturbo, la consulenza e il trattamento possono essere estremamente utili al fine di ridurre l'angoscia e aumentare la capacità del bambino di cooperare nel trattamento dell'incontinenza.

4. Come accennato, il bambino dev'essere esaminato da un medico almeno una volta all'inizio del trattamento. Le aree posteriore, genitale e anale devono sempre essere prese in considerazione per escludere possibili anomalie.
5. Si consiglia un esame ecografico dell'addome, del retto, della vescica e dei reni. Misurare il diametro del retto è una parte importante della valutazione. Il retto può essere osservato facilmente come un organo di forma rotonda o ovale posto dietro la vescica. Se il diametro è superiore a 30 mm, è probabile che il bambino trattienga masse di feci. Nell'incontinenza fecale senza costipazione, il diametro è in genere inferiore a 30 mm. Inoltre, esami ecografici possono essere molto utili per monitorare gli effetti del trattamento lassativo valutando direttamente la progressiva riduzione del diametro rettale. Questo può essere molto motivante per genitori e figli.
6. Se il bambino si bagna e si sporca, si consiglia di compilare la scheda toilette-48 ore (appendice 2). Ai genitori viene chiesto di annotare per due giorni consecutivi l'idratazione e le abitudini in bagno del bambino, ad esempio nel fine settimana, quando non ci sono altri impegni o fattori stressogeni. Occorre prendere nota dell'orario e della quantità di liquidi assunti poiché molti bambini che si sporcano non

---

<sup>1</sup> La CBCL è stata messa a punto nel 2001 dallo psicologo americano Thomas M. Achenbach ed è stata tradotta in italiano a cura dell'IRCCS Eugenio Medea che la distribuisce nel nostro paese (<https://emedea.it/medea/it/istituto-it/strumenti-aseba>). Poiché l'acquisto è riservato al clinico, per compilare la CBCL occorre rivolgersi a uno psicologo clinico o a un neuropsichiatra (NdC).



bevono abbastanza. La quantità di urina dev'essere misurata con un misurino e annotata nella tabella – così come tutti gli incidenti di incontinenza urinaria e/o fecale e l'utilizzo del water. L'ultima colonna dev'essere usata per annotare qualsiasi altra osservazione, come le manovre di trattenimento (stringere le cosce, saltellare da un piede all'altro o tenersi la pancia).

7. Per i bambini che si bagnano e si sporcano è raccomandata l'analisi delle urine utilizzando una striscia reattiva (antigoccia), per escludere la presenza di un'infezione del tratto urinario.

Questa valutazione standard è in realtà tutto ciò di cui la maggior parte dei bambini che si sporcano ha bisogno. Altri esami dovrebbero essere eseguiti solo se si sospettano altre condizioni mediche. Il vostro medico sarà in grado di consigliarvi. Se il bambino ha bisogno di una valutazione e di cure più specializzate, è estremamente importante che queste vengano effettuate da specialisti, come gastroenterologi pediatrici (specializzati in problemi di stomaco e intestino) o chirurghi pediatrici che sono ben informati sui disturbi dell'infanzia.

## 1.9 Come dev'essere trattata l'incontinenza fecale?

In questa sezione trovate consigli generali. Informazioni più dettagliate verranno fornite nei capitoli successivi.

1. La valutazione dettagliata da parte di un medico o di un altro professionista clinico deve sempre essere la prima fase del trattamento. Non iniziate il trattamento prima che il bambino sia stato esaminato. Questo è necessario per escludere cause mediche o altre complicazioni e per diagnosticare il tipo di incontinenza fecale e possibili disturbi comportamentali associati.
2. I metodi che si rivelano inefficaci devono essere interrotti. Alcuni genitori provano metodi alternativi, a base di erbe o rimedi omeopatici che generalmente non funzionano. Poiché a volte è prescritto

un farmaco efficace che può anche essere dannoso, è una buona idea interrompere tutti i metodi di trattamento non necessari.

3. Dovreste insistere sul fatto che le informazioni sull'encopresi vi siano presentate in modo comprensibile. Solo se voi e il bambino ne comprendete tutti gli aspetti, sarete convinti e motivati a iniziare e continuare il trattamento. Non esitate a porre tutte le domande che vi vengono in mente.
4. L'approccio di base per entrambi i tipi di incontinenza fecale è identico e consiste in un addestramento intensivo all'utilizzo del gabinetto (si veda il paragrafo 2.7). Questo deve essere eseguito regolarmente e per un periodo di tempo più lungo.
5. Solo se il bambino è stitico, è necessario usare lassativi (si veda il paragrafo 2.5). All'inizio del trattamento, tutte le masse di feci trattenute devono essere eliminate. Questo processo è chiamato *disimpegno* (si veda il paragrafo 2.5). Una volta superato l'ostacolo, l'obiettivo è quello di evitare il riaccumulo eseguendo l'addestramento al gabinetto e utilizzando lassativi orali. È molto importante che sia l'addestramento che il trattamento con i lassativi siano mantenuti abbastanza a lungo, a volte per mesi o addirittura anni.
6. Se il bambino si sporca, ma non è costipato, i lassativi non dovrebbero mai essere dati in quanto possono peggiorare l'incontinenza (si veda il capitolo 3).
7. Nella combinazione di incontinenza fecale e urinaria, la sequenza stabilita di trattamento è: prima quella fecale, seguita da quella urinaria diurna, infine la notturna (si veda il capitolo 5).
8. Se il bambino ha ulteriori problemi comportamentali o altri disturbi, questi devono essere trattati separatamente (si veda il capitolo 6). Nel frattempo, si deve proseguire con il trattamento di base dell'incontinenza (cioè, l'addestramento al gabinetto e, se indicati, i lassativi).