Vol. 33 - N. 3
Settembre 2014

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

ISSN 1973-4891

INSERTO PER L'ITALIA

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Editore
Giuseppe Dodi

Comitato di Collaborazione

Corrado Asteria
Gian Andrea Binda
Federica Cadeddu
Francesco Corcione
Elisabetta Costantini
Raffaele De Caro
Mario De Gennaro
Davide De Vita
Daniele Ferrari
Fabio Gaj
Pietro S. Litta
Giovanni Milito
Gabriele Naldini
Fabio Pomerri
Massimo Porena
Marco Soligo

Organo ufficiale
della **Società Italiana di Pelvi-perineologia**
e di Urologia Femminile e Funzionale
*e dell'***Integrated Pelvis Group**

Indice

51 Microflora vaginale e vaginosi batteriche: dalle basi fisiopatologiche alla diagnosi e al trattamento
M. Noventa, S. Gizzo, A. Vitagliano, E. Ancona, D. D'antona

55 Perineo Felice™: un progetto in espansione
D. Uguccioni Dei Buondelmonti

57 Corpo negato, corpo ritrovato
S. De Chino

59 Il Club degli Amici della Proctologia e della Perineologia Italiana
R. D. Villani

60 Mostri e mostre
A cura di G. Giorgetti

61 Il racconto di Giorgetti: *Profumo di mare*
G. Giorgetti

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

www.pelviperineologia.it

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

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

Proctoial™

GEL RETTALE

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

1. Proctoial Foglietto illustrativo

Prezzo € 16,43

Dispositivo medico
Classe IIa CE 0546

ProStrakan Srl
Palazzo Galileo - Via F. Sforza - 20080 Basiglio (MI)
Tel. +39 02 92169424 - Web Site: www.prostrakan.com

ProStrakan
A member of the Kyowa Hakko Kirin group

Stato dell'arte

Microflora vaginale e vaginosi batteriche: dalle basi fisiopatologiche alla diagnosi e al trattamento

MARCO NOVENTA, SALVATORE GIZZO, AMERIGO VITAGLIANO, EMANUELE ANCONA, DONATO D'ANTONA

Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino, U.O.C. di Clinica Ginecologica e Ostetrica Università di Padova

Riassunto: Un'alterazione dell'ecosistema vaginale può condurre alla selezione di specie patogene sia normalmente residenti che estranee, portando allo sviluppo di condizioni flogistiche. Con il termine vaginite si definiscono generalmente un insieme di disturbi della vagina causati da infezioni, infiammazioni e variazioni della normale flora batterica vaginale. I principali tipi di vaginiti, che da sole comprendono più del 90% dei casi riscontrati, sono le vaginosi batteriche (VB), le vulvo-vaginiti da Candida e la tricomoniasi.
Le vaginosi batteriche (VB) rappresentano la causa più frequente di perdite vaginali atipiche nelle donne in età riproduttiva (40-50% dei casi). Alla base dell'insorgenza delle VB vi è un'alterazione importante del microambiente vaginale caratterizzata da una riduzione della concentrazione di Lactobacilli fisiologicamente residenti, un aumento del pH vaginale e una conseguente proliferazione patologica di batteri anaerobi. I sintomi principali sono perdite vaginali grigiastre e maleodoranti associate a dispareunia, disuria, bruciore, prurito e infiammazione prevalentemente quando associate a co-infezione da altri patogeni come Candida e Trichomonas vaginalis.
Le VB devono essere trattate nei casi sintomatici poiché possono comportare severe patologie conseguenti quali: parto pretermine, endometrite post-aborto e post-partum, malattia infiammatoria pelvica, infezioni addominali acute post-isterectomia, aumento del rischio di trasmissione di malattie sessualmente trasmesse (MTS). Il trattamento, anche nelle pazienti in gravidanza, prevede la somministrazione di metronidazolo o clindamicina secondo diversi schemi e posologie. Nel caso di VB complicate da altri agenti patogeni (miceti e protozoi) come le vaginiti da Candida e da Tricomonas il trattamento dovrà essere specifico per il nuovo agente eziologico.

Parole chiave: Microflora vaginale; pH vaginale; Vaginosi batteriche; Management; Complicanze; Vaginite da Candida; Vaginite da Trichomonas.

INTRODUZIONE

Il microambiente vaginale

La normale flora batterica vaginale in donne asintomatiche e in età riproduttiva comprende una serie di specie batteriche sia aerobie che anaerobie (prevalentemente anaerobie), che vivono in simbiosi con l'ospite ma la cui reale funzione fisiologica rimane tuttora relativamente sconosciuta.[1,2]

L'epitelio squamoso della vagina è ricco di glicogeno, il quale viene metabolizzato dai lactobacilli di Döderlein per la produzione di acido lattico, acidi grassi ed altri acidi organici. Questi ultimi generano così un ambiente vaginale relativamente acido con un pH fisiologico oscillante tra 4 e 4,5.[1,2] Questa acidità risulta importante per il mantenimento della normale flora batterica vaginale e aiuta ad inibire la crescita di specie batteriche patogene. Da questo concetto possiamo quindi intuire come un'alterazione dell'ecosistema vaginale possa condurre alla selezione di specie patogene sia normalmente residenti che estranee portando allo sviluppo di condizioni flogistiche.[1,3,4] Le variazioni dell'ecosistema vaginale possono essere ricondotte sia a cause fisiologiche che a cause esterne. Per quanto concerne le prime è ormai accertato che sia nelle giovani donne in età prepubere che nelle donne in post-menopausa, bassi livelli estrogenici sono responsabili di una riduzione della produzione di glicogeno da parte delle cellule vaginali e una conseguente riduzione dei lactobacilli normalmente residenti. Da ciò consegue un aumento del pH fisiologico vaginale e quindi una maggior predisposizione a colonizzazioni patogene.[5,6] Anche durante il ciclo mestruale, in particolare durante i primi giorni, sono state dimostrate variazioni del pH fisiologico tali da alterare l'equilibrio della flora batterica residente.[1,3,5,6] Diversi possono invece essere i fattori esterni: l'utilizzo protratto di antibiotici, utilizzo di sostanze "aggressive" per l'igiene intima, il fumo, l'attività sessuale durante il ciclo mestruale, l'attività sessuale promiscua, la gravidanza, l'utilizzo di corpi estranei, il sesso orale, rapporti omossessuali.[6]

Le caratteristiche biofisiche e microbiologiche dell'ecosistema vaginale variano nell'arco della vita e in funzione dell'attività ormonale, in particolare: *i) fase neonatale* (fino al primo mese di vita): sono ancora presenti gli estrogeni materni in grado di agire sull'epitelio vaginale stimolando la produzione di glicogeno (pH acido); *ii) fase pre-menarcale:* la produzione di estrogeni è ridotta il glicogeno tissutale è scarso (pH alcalino); *iii) età fertile:* l'intensa attività estrogenica provoca una massima presenza di Lactobacilli (pH tra 4 e 4.5); *iv) gravidanza:* mucosa vaginale ipertrofica, massiva presenza di glicogeno (pH acido); *v) menopausa:* mucosa vaginale ipo-atrofica, minima presenza di glicogeno (pH > 5.8)

Con il termine *vaginite* si definiscono generalmente un insieme di disturbi della vagina causati da infezioni, infiammazioni e variazioni della normale flora batterica vaginale. I principali tipi di vaginiti, che da sole comprendono più del 90% dei casi riscontranti, sono le vaginosi batteriche, le vulvo-vaginiti da Candida e da Tricomoniasi.[6]

LE VAGINOSI BATTERICHE

Le vaginosi batteriche (VB) rappresentano la causa più frequente di perdite vaginali atipiche nelle donne in età riproduttiva (40-50% dei casi). I dati riguardanti la prevalenza delle VB sono molto discordanti con variazioni molto ampie a seconda dell'area geografica, dell'etnia e delle condizioni socio-economiche.[7,8] Dati riferiti alla popolazione italiana riportano una prevalenza di circa l'8.7%.[8]

Dal punto di vista patogenetico le VB rappresentano un'entità ancora poco conosciuta alla cui base però vi è un'alterazione importante del microambiente vaginale caratterizzata da una riduzione della concentrazione di Lactobacilli, un aumento del pH vaginale e una conseguente proliferazione patologica di alcuni batteri anaerobi comprendenti: Gardnerella vaginalis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis, specie Mobiluncus, Prevotella, Porphyromonas, Bacetriodi, Fusobacterium e Atopobium.[1,2]

Evidenze recenti suggeriscono come la Gardnerella vaginalis possa avere un ruolo chiave nella patogenesi delle VB poiché aderisce attivamente all'epitelio vaginale formando uno stretto biofilm a cui si legano le altre specie batteriche.[9,10,11]

Sebbene le VB non siano considerate dal Center for Disease Control and Prevention (CDC) americano facenti parte delle MTS,[6] tuttavia molti fattori di rischio sono associati all'attività sessuale.[6,12]

Dal punto di vista clinico il 75% delle VB sono asintomatiche. Nei restati casi i sintomi principali sono perdite vaginali grigiastre e maleodoranti.[13] Sintomi quali dispareunia, disuria, bruciore, prurito e infiammazione sussistono prevalentemente nei casi di co-infezione da alti agenti patogeni come Candida albicans e Trichomonas vaginalis i quali possono coesistere con le VB nel 20-30% dei casi per quanto riguarda la Candida e nel 60-80% per quanto riguarda la tricomoniasi.[14] Importante è distinguere la leucorrea fisiologica che raramente comporta sintomi irritativi (e può associarsi alla fase peri-ovulatoria normale, alla gravidanza o all'uso di contraccettivi estro-progestinici), dalla leucorrea patologica che può essere di colorito grigio-giallastro, maleodorante e a volte associata ai sintomi sovra-riportati e a lesioni/erosioni della mucosa vaginale e vulvare fino al sanguinamento.[6]

Nella pratica clinica la diagnosi di VB si basa essenzialmente su un'accurata visita ginecologica e sull'esecuzione di un tampone vaginale. Importate per la corretta diagnosi è verificare la presenza di almeno tre criteri di Amsel[6,12,15] che sono: *i)* Perdite vaginali bianco-grigiastre (fondamentale è eseguire una accurata visita speculare, anche per escludere eventuali lesioni cervicali); *ii)* pH > 4.5; *iii)* Whiff-amine test positivo, definito come la presenza di odore fortemente maleodorante (simile al pesce marcio) quando una goccia al 10% di idrossido di potassio viene aggiunto a un campione di secreto vaginale; *iv)* La presenza di Clue cell, definite come cellule epiteliali vaginali al cui bordo sono adesi i coccobacilli.[6,12,15] (Tabella I)

L'esecuzione di una colorazione di Gram rappresenta il gold-standard per la diagnosi di VB ma non sempre viene utilizzato nella pratica clinica quotidiana in quanto richiede più tempo e un livello di esperienza maggiore rispetto ai criteri di Amsel.[12,16,17] Lo striscio di Gram viene valutato utilizzando in criteri di Nugent o di Hay/Ison che possono garatire una sensibilità molto elevata (62-100%) per la diagnosi eziologica di VB. Poiché le VB sono indicative di complessi cambiamenti nella flora microbica normalmente residente, la coltura del secreto vaginale ha uno scarso ruolo nella diagnosi. La Gardnerella vaginalis viene infatti riscontrata nel 50-60% delle colture da soggetti sani, quindi la sua presenza da sola non è diagnostica di VB.[12] (Tabella I)

Le VB, se non adeguatamente trattate, possono portare a conseguenze importanti e gravi. Nel caso di donne non in gravidanza le VB possono essere complicate dall'insorgenza concomitante di vaginite (specialmente da Candida e da Trichomonas) ed endometrite. Quando cronicizzate, possono essere causa di malattia infiammatoria pelvica (PID) non associata a Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis, possono essere causa di infezioni addominali acute dopo interventi di chirurgia pelvica (specialmente post-isterectomia) e favorire molte MST e per lo più Herpes simplex virus tipo 2, Gonorrea, Chlamydia, e Trichomonas. Nel caso di donne in gravidanza le VB sono associate ad un aumentato di rischio di parto-pretermine, aborto spontaneo ed endometrite post-aborto e post-partum.[18-22] Recenti evidenze suggeriscono anche un ruolo importante delle VB nella patogenesi dell'infertilità femminile. In particolare van Oostrum[23] ha evidenziato un'aumentata prevalenza di BV nelle donne infertili, specialmente da causa tubarica, rispetto ai controlli sani (OR 3.32, 95% CI 1.53–7.20). Lo stesso Autore ha inoltre dimostrato come le VB siano associate ad un elevato rischio di aborto preclinico (OR 2.36, 95% CI: 1.24-4.51).

Le VB non complicate si risolvono spontaneamente in circa un terzo delle donne non in gravidanza e in circa la metà delle donne in gravidanza.[18] Secondo le recenti linee guida CDC il trattamento è indicato generalmente per le donne sintomatiche e nella prevenzione delle infezioni post-operatorie e post-aborto.[6] Alcuni autori però hanno recentemente evidenziato come anche le donne asintomatiche possano beneficare di un trattamento in quando si può così ridurre il rischio di complicanze e il rischio di infezione da MST.[24,25]

Secondo il CDC il trattamento più efficace prevede la somministrazione di metronidazolo (sia orale che vaginale) o clindamicina secondo il seguente schema: *i)* metronidazolo 500 mg, per os, 2 volte al giorno per 7 giorni; o *ii)* metronidazolo gel 0.75%, una applicazione (5g) intravaginale una volta al giorno per 5 giorni; o *iii)* clindamicina crema 2%, una applicazione (5g) intravaginale al giorno

Tabella I. – Riassunto delle caratteristiche principali delle infezioni vaginali più comuni.

Categoria	Fisiologico	Vaginosi Batteriche	Candidosi	Trichomoniasi	Batteriche specifiche (Streptococcus, Staphylococcus, E.Coli)
Sintomi	nessuno	Perdite maleodoranti che aumentano dopo i rapporti e durante le mestruazioni	Prurito Bruciore	Perdite schiumose che aumentano con le mestruazioni Prurito Bruciore Disuria Spotting ematico	Prurito Infiammazione Bruciore
Tipologia perdite vaginali	Chiare, Bianche	Grigio-biancastre, spesso aumentate	Bianche (caseiformi)	Verde-giallastre spesso aumentate	Purulenti
KOH "whiff test"	negativo	Positivo (pesce marcio)	Negativo	A volte positivo	Negativo
pH Vaginale	3.8-4.2	> 4.5	< 4.5	> 4.5	> 4.5
Caratteristiche microscopiche	nessuna	"Clue cells" Aumento WBC	Presenza di ife	Evidenza dei protozoi flagellati	Molti WBC

Legenda: E.Coli: Escherichia Coli; KOH: potassio idrossido; WBC: globuli bianchi.

Tabella II. – Trattamento delle Vaginosi batteriche per donne non in gravidanza e in gravidanza (basato sulle linee guida CDC ed europee)

Vaginosi Batteriche	Antibiotico	Dosaggio
Non in gravidanza	Metronidazolo cp	500 mg, per os, 2 volte al giorno per 7 giorni
	Metronidazolo gel 0.75%	Una applicazione (5g) intra-vaginale una volta al giorno per 5 giorni
	Metronidazolo cp	2g per os in dose singola
	Tinidazolo cp	2g per os in dose singola
	Clinamicina ovuli	100 mg , Ovuli intra-vaginali una volta la giorno per 3 giorni
	Clindamicina crema 2%,	una applicazione (5g) intra-vaginale al giorno per 7 giorni
	Clindamicina cp	300 mg, per os, due volte al giorno per 7 giorni
In gravidanza	Metronidazolo cp	500 mg per os, 2 volte al giorno per 7 giorni
	Metronidazolo cp	250 mg per os, 3 volte al giorno per 7 giorni
	Clindamicina cp	300 mg per os, 2 volte al giorno per 7 giorni

per 7 giorni; o *iv)* clinamicina 100 mg, ovuli intravaginali una volta la giorno per 3 giorni.[6]

Le Linee Guida Europee confermano questi schemi aggiungendo inoltre come opzione terapeutica le seguenti terapie: *i)* metronidazolo o tinidazolo 2g per os in dose singola; o *ii)* clindamicina 300 mg, per os, due volte al giorno per 7 giorni.[12] (Tabella II) L'utilizzo di eritromicina, tetracicline, ampicilina, amoxicilina, azitromicina ed altri antibiotici non sono indicati in considerazione della loro scarsa efficacia.[6] Diversi studi hanno dimostrato inoltre come l'utilizzo di probiotici e lavande a base Lapacho possano essere un buon adiuvante alla terapia antibiotica per il trattamento delle BV, anche se i dati sulla loro efficacia clinica risultano ancora parzialmente da confermare.[26,27]

Per quanto riguarda le donne in gravidanza le attuali linee guida internazionali raccomandano il trattamento della VB solo se sintomatiche. Il trattamento per via orale è efficace e non risulta associato a complicanze ostetriche e fetali in nessun trimestre di gravidanza. Lo schema terapeutico in pazienti gravide prevede: i) metronidazolo 500 mg per os, 2 volte al giorno per 7 giorni; o ii) metronidazolo 250 mg per os, 3 volte al giorno per 7 giorni; o iii) clindamicina 300 mg per os, 2 volte al giorno per 7 giorni[6,12] (Tabella II) .

Il trattamento delle BV in donne gravide asintomatiche con l'obiettivo di ridurre l'incidenza di parto pre-maturo risulta molto controverso e attualmente non vi sono chiare evidenze di efficacia clinica.[28,29] Certamente potrebbero esserci benefici nell'individuare e trattare le donne asintomatiche ad alto rischio di parto pre-termine ma attualmente non ci sono dati sufficienti per raccomandare il trattamento nella pratica clinica quotidiana.[28,29]

Nel caso di VB complicate da altri agenti patogeni (miceti e protozoi) come le vaginiti da Candida e la tricomoniasi il trattamento dovrà essere specifico per il nuovo agente eziologico. Anche i criteri diagnostici cambiano sebbene un'accurata indagine clinica nella maggior parte dei casi può essere sufficiente per la corretta diagnosi differenziale.[6,30,31]

RINGRAZIAMENTI

Gli autori ringraziano tutta l'equipe della Clinica Ginecologica dell'Università degli Studi di Padova.

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli autori dichiarano l'assenza di alcun conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Lamont RF, Sobel JD, Akins RA, et al. The vaginal microbiome: new information about genital tract flora using molecular based techniques. BJOG. 2011 Apr; 118(5):533-49.
2. Ling Z, Kong J, Liu F, et al. Molecular analysis of the diversity of vaginal microbiota associated with bacterial vaginosis. BMC Genomics. 2010 Sep 7; 11:488.
3. Patterson JL, Stull-Lane A, Girerd PH, Jefferson KK. Analysis of adherence, biofilm formation and cytotoxicity suggests a greater virulence potential of Gardnerella vaginalis relative to other bacterial-vaginosis-associated anaerobes. Microbiology. 2010 Feb; 156(Pt 2):392-9.
4. Dahn A, Saunders S, Hammond JA, et al. Effect of bacterial vaginosis, Lactobacillus and Premarin estrogen replacement therapy on vaginal gene expression changes. Microbes Infect. 2008 May; 10(6):620-7.
5. Li XD, Wang CC, Zhang XJ, et al. Risk factors for bacterial vaginosis: results from a cross-sectional study having a sample of 53,652 women. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2014 Apr 23.
6. Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59:1.
7. Kenyon C, Colebunders R, Crucitti T. The global epidemiology of bacterial vaginosis: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2013 Dec; 209(6):505-23.
8. Allsworth JE, Peipert JF. Prevalence of bacterial vaginosis: 2001-2004 National Health and Nutrition Examination Survey data. Obstet Gynecol. 2007 Jan; 109(1):114-20.
9. Patterson JL, Stull-Lane A, Girerd PH, Jefferson KK. Analysis of adherence, biofilm formation and cytotoxicity suggests a greater virulence potential of Gardnerella vaginalis relative to other bacterial-vaginosis-associated anaerobes. Microbiology. 2010 Feb; 156(Pt 2):392-9.
10. Verstraelen H, Swidsinski A. The biofilm in bacterial vaginosis: implications for epidemiology, diagnosis and treatment. Curr Opin Infect Dis. 2013 Feb; 26(1):86-9.
11. Hymes SR, Randis TM, Sun TY, Ratner AJ. DNase inhibits Gardnerella vaginalis biofilms in vitro and in vivo. J Infect Dis. 2013 May 15; 207(10):1491-7.
12. Sherrard J, Donders G, White D, Jensen JS; European IUSTI. European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge, 2011. Int J STD AIDS. 2011 Aug; 22(8):421-9.
13. Klebanoff MA, Hauth JC, MacPherson CA, et al; National Institute for Child Health and Development Maternal Fetal Medicine Units Network. Time course of the regression of asymptomatic bacterial vaginosis in pregnancy with and without treatment. Am J Obstet Gynecol. 2004 Feb; 190(2):363-70.
14. Sobel JD, Subramanian C, Foxman B, Fairfax M, Gygax SE. Mixed vaginitis-more than coinfection and with therapeutic implications. Curr Infect Dis Rep. 2013 Apr; 15(2):104-8.
15. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and

microbial and epidemiologic associations. Am J Med. 1983 Jan; 74(1):14-22.
16. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. J Clin Microbiol. 1991 Feb; 29(2):297-301.
17. Tam MT, Yungbluth M, Myles T. Gram stain method shows better sensitivity than clinical criteria for detection of bacterial vaginosis in surveillance of pregnant, low-income women in a clinical setting. Infect Dis Obstet Gynecol. 1998; 6(5):204-8.
18. Klebanoff MA, Hillier SL, Nugent RP, et al; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Is bacterial vaginosis a stronger risk factor for preterm birth when it is diagnosed earlier in gestation? Am J Obstet Gynecol. 2005 Feb; 192(2):470-7.
19. Andrews WW, Hauth JC, Cliver SP, et al. Association of asymptomatic bacterial vaginosis with endometrial microbial colonization and plasma cell endometritis in nonpregnant women. Am J Obstet Gynecol. 2006 Dec; 195(6):1611-6.
20. Balkus JE, Richardson BA, Rabe LK, et al. Bacterial vaginosis and the risk of trichomonas vaginalis acquisition among HIV-1-negative women. Sex Transm Dis. 2014 Feb;41(2):123-8
21. Taylor BD, Darville T, Haggerty CL. Does bacterial vaginosis cause pelvic inflammatory disease? Sex Transm Dis. 2013 Feb; 40(2):117-22.
22. Leitich H, Kiss H. Asymptomatic bacterial vaginosis and intermediate flora as risk factors for adverse pregnancy outcome. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007 Jun; 21(3):375-90. Epub 2007 Jan 22.
23. van Oostrum N, De Sutter P, Meys J, Verstraelen H. Risks associated with bacterial vaginosis in infertility patients: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod. 2013 Jul; 28(7):1809-15.
24. Balkus JE, Richardson BA, Rabe LK, et al. Bacterial vaginosis and the risk of trichomonas vaginalis acquisition among HIV-1-negative women. Sex Transm Dis. 2014 Feb; 41(2):123 8.
25. Cohen CR, Lingappa JR, Baeten JM et al. Bacterial vaginosis associated with increased risk of female-to-male HIV-1 transmission: a prospective cohort analysis among African couples. PLoS Med. 2012; 9(6):e1001251.
26. Mastromarino P, Vitali B, Mosca L. Bacterial vaginosis: a review on clinical trials with probiotics. New Microbiol. 2013 Jul; 36(3):229-38.
27. Oliveira RA, Azevedo-Ximenes E, Luzzati R, Garcia RC. The hydroxy-naphthoquinone lapachol arrests mycobacterial growth and immunomodulates host macrophages. Int Immunopharmacol. 2010 Nov; 10(11):1463-73.
28. Lamont RF, Nhan-Chang CL, Sobel JD, Workowski K, Conde-Agudelo A, Romero R. Treatment of abnormal vaginal flora in early pregnancy with clindamycin for the prevention of spontaneous preterm birth: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2011 Sep; 205(3):177-90.
29. Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan SJ. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jan 31; 1:CD000262.
30. Tibaldi C, Cappello N, Latino MA, et al. Vaginal and endocervical microorganisms in symptomatic and asymptomatic nonpregnant females: risk factors and rates of occurrence. Clin Microbiol Infect 2009; 15:670.
31. Koss CA, Baras DC, Lane SD, et al. Investigation of metronidazole use during pregnancy and adverse birth outcomes. Antimicrob Agents Chemother 2012; 56:4800.

Corrispondenza:

Marco Noventa, MD
Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino
U.O.C. di Clinica Ginecologica e Ostetrica
Via Giustiniani 3 - 35128 Padova - Italy
Telephone: +39 3476527255 - +39 049 8213400
Fax: +39 049 8211785
e-mail: marco.noventa@gmail.com

Perineo Felice™: un progetto in espansione

DÉSIRÉE UGUCCIONI DEI BUONDELMONTI

Fisioterapista, Firenze

Ricordate il precedente articolo di due anni fa (1) su come vorremmo fosse la riabilitazione pelvi-perineale?

Come ci siamo mossi da allora? Ci siamo avvicinati agli obiettivi di cui abbiamo parlato?

Il primo passo che abbiamo realizzato è il progetto *Perineo Felice*™. Lo abbiamo fatto pensando che potesse essere fruttuoso partire dal basso: non un basso qualitativo, ma la base di quella piramide che, quantitativamente, vede nelle sue fondamenta l'enorme numero di pazienti che, consapevoli o meno, avrebbero bisogno di un intervento funzionale. La consapevolezza dei pazienti va di pari passo con quella dei loro medici di base, di medicina generale (MMG), ovviamente, e con molte altre cose.

Ma partiamo dall'inizio. Nella struttura sia pubblica che privata[1] non c'è offerta di percorsi riabilitativi che possa essere considerata sufficiente né qualitativamente né quantitativamente.

La mancanza di risposta quantitativa si fa sentire nelle lunghissime liste d'attesa dei pochi centri dedicati e, nonostante questo, ormai non si contano i progetti, le proposte e i tentativi che gli addetti ai lavori hanno presentato per vederli soltanto naufragare. Nel pubblico non ci sono risorse, dicono, per fornire servizi, attuare cambiamenti, formare operatori.

A questo potremmo dedicare pagine di cifre schiaccianti che possono dimostrare in modo glaciale quanto questo sia falso: riabilitare conviene anche economicamente, sia alla struttura privata, sia al SSN, sia al paziente, qualora dovesse pagarsi il percorso.

Ma lasciamo in sospeso questi elenchi di studi e di numeri e andiamo a parlare d'altro.

Parliamo del fatto che, laddove la struttura si dimostri sorda al tentativo di creare un'offerta soddisfacente, nonostante numeri e cifre, possiamo creare una domanda schiacciante che da sola concorra a produrre un urlo che varchi anche i tappi di cera nel condotto uditivo del sistema sanitario.

Così, da quest'idea, nasce *Perineo Felice*.

Che non è solo questo, ma è *anche* questo.

Il 2 Aprile 2014 una commissione di specialisti "perineologi" ha presentato dei lavori molto interessanti al convegno di Perineo Felice dal titolo "Un'analisi dei costi sociosanitari delle disfunzioni pelvi-perineali" a Firenze, presso la sede del Consiglio Regionale della Toscana.

M. Elisabetta Coccia, Marisa Di Mizio, Germano Sussi, Aldo Tosto, Marco Zini e la sottoscritta* hanno illustrato il tema.

Il convegno aveva l'obiettivo di chiarire il razionale della scelta di una serie di attività, non solo sanitarie, volte a far conoscere debolezze e punti di forza degli interventi in area perineale.

Quindi il progetto realizzato tra Maggio e Dicembre 2014**, primo passo, primo trampolino verso una sperimentazione più ampia e un'attuazione su vasta scala, prevede una serie di attività volte a far conoscere alla popolazione tutta la lunga serie di problematiche disfunzionali che sfociano nell'area perineale, insieme ad approfondimenti su patologie di competenza specialistica nella stessa area (pelvi-perineale).

Ecco quindi conferenze, incontri, consulenze gratuite e varie attività che raccolgono un pubblico numericamente sempre maggiore e sempre entusiasta; l'entusiasmo ci piace pensare sia dovuto anche alla qualità del servizio offerto, ma ci rendiamo conto perfettamente che la reazione principale che provochiamo nel pubblico è… sollievo! L'indice di gradimento è ai vertici e, dai sondaggi condotti, possiamo evincere che siamo riusciti a toccare vari punti sensibili e a dare una prima risposta a interrogativi inespressi o addirittura sotto la soglia di consapevolezza. Gli utenti non sanno *cosa* chiedere, non sanno di *poter* chiedere e, in ogni caso, non sanno *a chi* chiedere, dato che i principali punti di riferimento (MMG, ginecologo, farmacista) nel migliore dei casi non hanno risposte risolutive, nel peggiore sono addirittura fuorvianti (farmaci per l'incontinenza urinaria da sforzo, esame urodinamico per la medesima, lattulosio per la defecazione ostruita e "non sei ancora da chirurgia" per il prolasso degli organi pelvici (POP); e non parliamo di dolore cronico, di vaginismo e di anorgasmia!).

Le attività di informazione hanno successo: partiamo dallo scoraggiamento e dall'ignoranza e questo, lo sappiamo, può essere un grande vantaggio: dove trovi una tabula rasa, qualunque informazione tu fornisca, è sempre un apporto che fa la differenza.

Sì, abbiamo gioco facile grazie alla disinformazione, ma ci muoviamo anche su un terreno minato: minato dai tabù, dal bisogno sanissimo di rispetto del confine intimo, dalla mancanza di strumenti adatti ad incamerare informazioni fruibili: in sostanza, ci rivolgiamo ad una platea ignara, desiderosa di imparare, ma non per questo non fragile.

Finalmente qualcuno dice agli utenti le cose come stanno: finalmente qualcuno parla di incontinenza urinaria non come di una strategia per vendere pannolini a donne giovani, finalmente qualcuno parla di emorroidi non come di qualcosa di cui sussurrare guardinghi al farmacista, finalmente qualcuno parla di stipsi ventennale come di qualcosa che si può risolvere.

E di prolassi come di qualcosa che non sia una condanna ineluttabile. E di dolore cronico come di qualcosa che possa essere alleviato. E di disfunzioni sessuali! E queste ultime possono costituire anche più di un capitolo a parte: possono essere argomento per un intero volume!

Sicuramente abbiamo adottato strategie di comunicazione e di informazione efficaci, che possano rispettare l'intimità in modo naturale e palese, ma che siano esplicite e, possibilmente, divertenti: basta col sanitario che tratta il perineo del paziente mostrandolo ai colleghi come se fosse un ginocchio. Come possiamo pretendere di avere la fiducia dei pazienti se non accogliamo il loro bisogno di rispetto di un'intimità che per noi stessi valutiamo fondamentale? E noi, diciamolo, la valutiamo fin troppo importante, visto che ai corsi professionali abbiamo tutti grandi difficoltà a metterci in gioco in prima persona: si grida allo scandalo se qualcuno propone sessioni didattiche pratiche da svolgere tra di noi, gli uni sugli altri, come ovvi migliori fornitori di un feedback d'eccellenza, che nessun paziente, con la sua evoluzione ed il suo risultato (*outcome*), sarà mai in grado di fornire. E torneremo anche su questa esigenza di sessioni pratiche nei corsi.

Tornando alle attività di *Perineo Felice*, non è di noiose lezioni di anatomia e fisiopatologia che i pazienti hanno bisogno; c'è bisogno di creare semplicemente (si fa per dire) una maggiore dimestichezza con il corpo, un atteggiamento più disinvolto e più consapevole, la capacità e l'abitudine di ascoltare messaggi funzionali e di chiedere soluzioni efficaci.

Quindi portare informazioni al pubblico sta avendo un grande successo anche in questo senso. Poniamo l'accento sul fatto che la modalità di proposta degli eventi deve continuare ad essere "depatologizzante" nonostante gli argomenti sanitari: questo porta dei risultati nella risposta della popolazione che quantificheremo grazie ai questionari di gradimento che somministriamo ad ogni incontro, ma che già sappiamo positivi.

Da adesso, da settembre, il progetto *Perineo Felice* prosegue, dopo sette eventi a Maggio e sette a giugno, a Firenze, si allarga ad altri comuni della provincia e aggiunge altre tipologie di intervento, come i seminari di una giornata, i corsi per i medici di base e gli specialisti. Vogliamo, infatti, anche raggiungere gli addetti ai lavori e far sapere loro quali siano ad oggi le reali possibilità sul fronte riabilitativo, mettendo in grado il MMG di suggerire percorsi *ad hoc*. Sappiamo che accade ancora che persino gli specialisti suggeriscano integratori come rimedio per l'incontinenza urinaria da sforzo, o un banale biofeedback per la dissinergia del puborettale.

Ad ogni modo, la triade fondamentale va coinvolta tutta: utenti, medici e riabilitatori vanno, rispettivamente, informati, aggiornati e formati.

Cogliamo quindi l'occasione per annunciare che stiamo lavorando ad un corso sulle problematiche pelvi-perineali articolato in moduli indipendenti che avrà inizio nel 2015.

Sarà preceduto da un seminario-pilota sulle manipolazioni osteopatiche pelvi-perineali che realizzeremo entro il 2014; questo seminario potrebbe essere un trampolino e un test per il corso che vogliamo proporre nel 2015.

Quest'ultimo sarà articolato in seminari svolti nei fine settimana e vorremmo coprisse ogni esigenza: soprattutto, troveremo la veste giusta per le sessioni pratiche. Ormai non è più accettabile che i corsi siano un elenco di nozioni. Alla resa dei conti, questi elenchi possono sì arricchire qua e là il bagaglio di chi sa il fatto suo e ha già una professionalità in mano, ma non sono lo strumento che davvero mette in grado di lavorare. Occorre una metodologia diversa nell'insegnamento. Troppo spesso i giovani colleghi sanno un sacco di cose ma non sanno da dove iniziare a farle. E non sanno a chi e quando e perché farle. Direi che la pecca maggiore che i giovani lamentano rispetto ai corsi di riabilitazione (non solo perineale) è che troppo spesso le informazioni vengono fornite, certo, ma solo come abbondante e ridondante massa di nozioni che, alla resa dei conti, non garantiscono di avere imparato a lavorare: manca l'insegnare a lavorare, gestire il paziente, costruire un progetto.

E qui ci piacerebbe che davvero, adesso, ci inviaste le vostre proposte, le vostre richieste, le vostre idee. I seminari che abbiamo in mente sono basati sull'esperienza clinica e didattica, ovviamente, ma anche su quella di discenti: siamo stati, e siamo ancora, dalla parte dei banchi e non della cattedra e da lì si vedono tante cose. Sappiamo che, per quanto una lezione ci possa essere sembrata bella, la resa dei conti viene quando torniamo a casa. Sentiamo di avere uno strumento nuovo da usare fin dal lunedì successivo? O ci immaginiamo di non avere capito nulla solo perché abbiamo frequentato "soltanto" qualche decina di ore di lezione?

Stiamo creando dei seminari il cui contenuto possa essere utilizzato fin da subito da tutti.

L'errore dl posticipare la messa in pratica all'acquisizione di un maggiore bagaglio è in buona parte dei discenti, indubbiamente, ma ci adopereremo per creare una sinergia con loro, in modo da lavorare tutti insieme fin dall'inizio, reclutando le idee di tutti e potenziando la capacità individuali.

Non ci dimentichiamo che nell'ultimo anno sono nati e ancora stanno nascendo centri dedicati al pavimento pelvico: il *pelvic floor* va di moda e tende ad essere popolato da *team* validissimi.

Ma abbiamo notato che la parte dedicata alle disfunzioni è fin troppo spesso troppo poco riabilitativa. Perché?

Non vogliamo tornare su quanto già esposto nel precedente articolo/lettera (1), ma certo vogliamo che la professionalità di chi lavora sulle disfunzioni sia ineccepibile, al pari, come in altri paesi, della specialistica.

In ogni caso, il vero *team* che tutti nelle aule didattiche millantano, come se fosse responsabilità delle matricole non intaccare un *modus operandi* ormai radicato, nei fatti è una rarità assoluta.

Il perineo è ancora diviso nei suoi comparti; tutt'al più gli addetti comunicano coi colleghi senza interagire realmente: troppo spesso ognuno rimane nel proprio orticello e pochi lasciano modificare la propria opinione da informazioni provenienti da specialità diverse.

Questo sta cambiando e vogliamo che coinvolga anche i riabilitatori.

Devo dire, scendendo al caso personale, che lavorare con chirurghi ad approccio riabilitativo è una soddisfazione enorme, oltre che una fonte inesauribile di miglioramento, ed è un approccio che dà a tutti noi una forza che individualmente non possiamo avere.

In questo modo *Perineo Felice* cresce. Dunque attività per il pubblico, seminari per medici e per riabilitatori. Ci saranno altre sorprese, ma adesso fermiamoci qui.

* M. Elisabetta Coccia, Prof. Associato, Ginecologia e Ostetricia, Università di Firenze
Marisa Di Mizio, Presidente Assoc. Progetto Endometriosi Onlus
Germano Sussi, Dirigente Medico, ASL11, Servizio di Proctologia, Empoli, Fi
Aldo Tosto, Dirigente Medico SOD Urologia 1, Resp. SODS Urodinamica e Urologia Funzionale, AOU-Careggi, Firenze
Désirée Uguccioni dei Buondelmonti, Fisioterapista, consulente in sessuologia, ideatrice e coordinatrice del progetto Perineo Felice, Firenze
Marco Zini, Accademia Italiana di Storia della Farmacia

** Progetto realizzato con la partecipazione dell'associazione Progetto Endometriosi Onlus e il patrocinio di SICCR, AIFI e il sostegno di Ente Cassa di Risparmio di Firenze

BIBLIOGRAFIA

1. Uguccioni dei Buondelmonti D. Una lettera, un appello: la riabilitazione pelvi-perineale, come la vogliamo? Pelviperineologia 2012; 31: 93-94

Corrispondenza:

Désirée Uguccioni dei Buondelmonti, Fisioterapista
Via del Leone rosso 27 - 50124 Firenze - tel 349 06 919 06
e-mail: desibuonde@yahoo.it

Corpo negato, corpo ritrovato

STELLA DE CHINO[1]

Fisioterapista e formatrice, Schio, Vicenza

"Se nel compilare la cartella clinica di un paziente si prendesse nota anche della sua vita privata, emozioni e delusioni, amori, preoccupazioni, letture, film preferiti, si creerebbe quell'empatia necessaria a rendere più efficaci le cure […]. Il malato torna ad essere persona e non numero o malattia". Con questo breve spunto tratto da un breve articolo di Mario Pappagallo trovato sul Corriere della Sera del 2 Luglio 2014 vi presento le storie di Elise 25 anni e Lucia 40 anni. Due storie molto diverse ma accomunate dalla voglia di "essere dentro". Dentro se stesse. Dentro al proprio vissuto.
Le loro riflessioni mettono l'accento su temi spesso trascurati dall'approccio medico alle patologie del pavimento pelvico: il rapporto con le mestruazioni, la violenza subita e le negazione del corpo, l'autoerotismo come risorsa e limite, l'esperienza del parto, la scoperta della propria sensualità e la rinascita ad una sessualità vissuta da protagonista e non subita.
Vi invito ad una lettura attenta, non clinica ma "sentita" e ad un ascolto empatico: solo in questo modo, fra le righe potrete scorgere la magia dello svelarsi all'Altro.

ELISE: UNA VITA IN PERICOLO

Andare in piscina, sentir parlare di assorbenti interni e male alla pancia, e non aver idea di cosa si stia parlando. Andare a scuola e sentir parlare di tipi di assorbenti interni e non sapere cosa siano e perché si chiamino "interni". Avevo 13 anni, il 19 giugno 2001 ho avuto il mio primo ciclo. Ero seduta sul wc e mi sono trovata macchiata senza sapere cosa fosse. Ricordo di essermi vergognata molto, d'aver aspettato in bagno più di un'ora per trovare le parole adatte da dire a mia madre. L'avrei delusa, perché se non si parla mai di una cosa in casa mia significa che questa cosa fa male, è dannosa, pericolosa, sporca. Non sarei più stata la sua bambina. Mi avrebbe guardata diversamente. Ero terrorizzata dentro a quel bagno, seduta accucciata sul tappeto della stanza asciugando le lacrime con pezzi di carta igienica. Dopo un bel po' sentii bussare, mia mamma voleva sapere se stavo bene. La invitai ad entrare e dissi sottovoce "ho sangue negli slip. Ma poco poco, non spaventarti". Non ricordo bene cosa disse, ricordo solo che andammo assieme in un piccolo negozio di paese a comperare degli assorbenti esterni ed io non sapendo assolutamente di cosa avessi bisogno, mi affidai ai consigli di mamma. Verso sera, piccolo flash, mia mamma chiamò mio padre in camera mia e gli disse che ero diventata "signorina". Lui si congratulò e con un sorriso imbarazzato diedi la buona notte a entrambi.

Non ho mai considerato il ciclo un argomento a cui prestare attenzione particolare, se non per nasconderlo in ogni modo al mondo. Non conosco il mio corpo, non ho un ciclo regolare, non riconosco il pre e il post, non distinguo i segnali né fisici né emotivi. Sono stata in amenorrea per molti anni, e ancora adesso a volte salto alcuni mesi. E ne gioisco, è un sollievo.

In realtà, fatto che contrasta col mio desiderio di essere madre in futuro, odio le mestruazioni. Le considero, per colpa dell'anoressia, un segno di cedimento alla volontà del corpo umano e alla sua buona salute, un indice di benessere che non voglio che si presenti e che non voglio mantenere. Inoltre sono un simbolo inequivocabile di quella femminilità di cui ho sempre cercato di sbarazzarmi perché troppo pericolosa. Alcune volte vorrei che non mi fossero mai arrivate, cosicché senza ormoni impazziti avrei potuto mantenere un corpo informe, da bambina, asessuato quasi. A questo forse si lega il vissuto di violenza sessuale che ho subito, ed anche lì il sangue che ne derivò (la perdita della verginità) mi diede il voltastomaco.

La parola "gioia" e la parola "mestruazione" non sono mai state legate per me. In nessun momento della mia vita si sono avvicinate, per un motivo o per l'altro. Anzi, se si avvicinano è perché il ciclo salta.

So molto poco sul sesso, sul corpo umano e sul ciclo mestruale. A scuola se ne parlava molto poco, non c'era educazione sessuale, o se c'era, era molto blanda. Ho ricevuto di più il "fai da te" dalle amiche e dai giornalini da adolescenti che puntualmente nascondevo per paura di essere sorpresa a interessarmi di determinati argomenti (ricordo che ci fu anche una grossa litigata in merito all'uso degli assorbenti interni invece di quelli esterni). E presto, a furia di non voler essere giudicata, ho totalmente smesso di interessarmene e ho messo a tacere la mia curiosità-pensando che sarebbe stata la vita stessa col tempo ad insegnarmi, oppure ancora meglio un discorso donna a donna con mia mamma. Ma non c'è mai stato. E così ora ho 25 anni, quasi 26, un rapporto totalmente sballato col mio corpo e le sue funzioni vitali, e un'ignoranza abissale su tutto. La parte peggiore è che ancora adesso, dopo aver comperato un libro che parla di sessualità e corpo, mi imbarazzo nel leggerlo e l'ho accantonato subito.

La prima mestruazione: la prima volta che mi sono sentita in pericolo".

LUCIA FRA SENSI E SESSO

"Il primo ricordo relativo alla mia zona intima risale ad un'età che si colloca attorno ai 5/6 anni… una cistite sanguinante. Avevo preso freddo seduta sulle scale di marmo, disse la mia mamma. Che bruciore!!

I successivi ricordi sono decisamente molto più piacevoli. La scoperta dell'autoerotismo, casuale e giocosa vissuta serenamente mentre nonna narrava favole al piano di sotto del letto a castello… calore e benessere mi inondavano di piacere anche con un lievissimo sfioramento e le favole mi sembravano molto più belle!

Era talmente bello che attendevo l'ora del riposino pomeridiano per regalarmi momenti segreti e indimenticabili. Mi ero fidanzata con me stessa… avevo sette anni e l'appuntamento che preferivo era quello con il mio morbido letto.

Le prime esperienze di gioco erotico arrivarono poco dopo: con una coetanea in un fienile a sfiorarci le labbra per ore. Io ero la donna, lei il maschio. Oh sublime estasi di respiri!!

Tumultuosa e intensa la scoperta dell'altro sesso: i primi baci, i primi sfioramenti provocavano orgasmi spontanei multipli e inebrianti. Mi bastava poco, davvero poco, per ricongiungermi con il corpo e volare.

Ma di questo si accorse mia madre che divenne ben presto nemica del mio piacere. Controllo, paura, senso di colpa accompagnavano il mio bisogno di scoprire, giocare esplorare l'universo maschile.

E così, a 13 anni, mi ritrovai fidanzata di un ragazzo sei anni più grande di me, fine del volo della farfalla.

Il sesso vero arrivò ben presto ma non so come né perché la mia parte istintiva e vitale si era spenta.

I suoi baci non erano così coinvolgenti, raggiungevo l'orgasmo solo se accompagnavo la penetrazione con la masturbazione clitoridea e soprattutto… la testa… non si spegneva più come prima.

Non ebbi altri partner, lo sposai a 23 anni e tre anni dopo rimasi incinta.

Il parto fu bellissimo ma un'episiotomia inaspettata e dolorosa squarciò il mio mondo anestetizzato. Quel dolore "inflitto" mi trovò impreparata: invasione di un mondo che ancora non conoscevo da parte di una donna come me… prima mia madre, poi un'ostetrica. Lo so, nessuna delle due voleva farmi male ma è successo. Incontinenza: credevo fosse un problema da vecchie. Lo ero diventata.

Perdevo quando starnutivo, quando tossivo. Perdevo quando ridevo.

Accanto a questo la voglia di sentirmi di più a livello vaginale. Chiedevo a mio marito di penetrarmi lentamente, di "sentirmi"… ma lui non capiva. Perdevo urina e non avevo più il controllo della mia vita. Ora tutto era in forse. Mia figlia cresceva e con lei il mio desiderio di conoscere davvero la mia zona intima. E così iniziai a leggere tutti i tipi di libri sul tema: da quelli medici a quelli di Jacopo Fò. Tutti parlavano di questi esercizi di contrazione ma io se stringevo … non sentivo nulla. Confusa stavo per abbandonare la speranza ma… mi innamorai.

Permisi alla sessualità di tornare ad essere elemento vitale di me scombinando tutto il mio mondo. Lui era dolce, un po' effeminato e si dedicava molto al mio piacere. Scoprii di poter sentire molto anche a livello anale se ero stimolata in modo delicato e non invasivo e che il mio corpo amava giocare più che fare sesso serio.

E mi permisi il gioco: quel gioco che da adolescente avevo saltato a piè pari per la fretta di fare la grande arrivando velocemente al rapporto completo non particolarmente soddisfacente.

Giocai per 4 anni finché la mia fame di gioco non fu saziata. L'incontinenza nel frattempo era un po' migliorata senza fare esercizi ma vivendo una sessualità continuativa e soddisfacente. O almeno questo credevo che fosse. Ma fu di nuovo crisi. Sentivo che il tempo dei giochi era finito: volevo un uomo che mi facesse diventare donna. E arrivò.

Io volevo fare l'amore già al primo incontro, lui mi disse che ero una bambina. Dieci anni più grande di me aveva colto l'essenza della mia difficoltà: quando mi sentivo a disagio durante la penetrazione mi scollegavo dal corpo e potevo raggiungere l'orgasmo solo attraverso una masturbazione nervosa e accelerata. La differenza fra lui e gli altri era che lui voleva "essere con me fino in fondo".

E così un giorno mentre ero sopra di lui e mi cingeva i fianchi mi disse: "Ecco questo … è fare l'amore". Lacrime amare mi rigarono il viso: a 32 anni facevo per la prima volta l'amore. Il sesso precedente era un grottesco tentativo di soddisfare l'altro dimenticando me stessa.

Da quel momento tutto è cambiato. L'incontinenza è un lontano ricordo. La mia vagina reagisce e vive facendo l'amore, non faccio esercizi, mi esercito a vivere".

Difficile rimanere distaccati di fronte a queste due storie. Difficile non provare un moto del cuore e la voglia di dare autentico, vero aiuto. Come orientarsi in questi scritti?

Attraverso l'ascolto delle proprie "emozioni" durante la lettura.

Ci sono snodi, frasi ….che guidano nel percorso di cura.

Prendiamo in considerazione a titolo esemplificativo la storia di Elise.

Elise sicuramente trarrà beneficio da un lavoro terapeutico che tenga conto dei suoi bisogni profondi. Facciamoli emergere dal suo scritto: *"la parola "gioia" e la parola "mestruazione" non sono mai state legate per me. In nessun momento della mia vita si sono avvicinate, per un motivo o per l'altro. Anzi, se si avvicinano è perché il ciclo salta"*.

Ecco un primo obiettivo terapeutico: aiutare Elise ad amare il proprio mestruo. A riconoscere il fluttuare degli stati d'animo nel corso del mese e ad apprezzarli. E vedere in questa manifestazione della femminilità un punto di forza e non un punto debole. La perdita della verginità attraverso uno studio l'ha catapultata nel mondo degli adulti, un modo che inevitabilmente e giustamente rifiuta.

Ma essere donna è meraviglioso se c'è qualcuno che te lo fa apprezzare. La madre ha "omesso" di parlare di mestruazioni e sono arrivate senza nessuna preparazione emotiva. Per Elise sangue significava dolore e malattia e le ha vissute con paura e inquietudine. Narrarlo l'ha liberata di un ricordo doloroso e su questa narrazione è possibile costruire un nuovo universo di significati.

"So molto poco sul sesso, sul corpo umano e sul ciclo mestruale. A scuola se ne parlava molto poco, non c'era educazione sessuale, o se c'era, era molto blanda".

Ecco una richiesta esplicita, ecco un aggancio da dove partire. Elise non ha ricevuto nessun tipo di "educazione" alla corporeità o alla sessualità e ha dovuto reprimere l'innata curiosità delle adolescenti a causa di una famiglia un po' chiusa. Elise chiede di essere aiutata a conoscersi e a conoscere, il suo corpo le emozioni legate alla sessualità.

"E presto, a furia di non voler essere giudicata, ho totalmente smesso di interessarmene e ho messo a tacere la mia curiosità pensando che sarebbe stata la vita stessa col tempo ad insegnarmi, oppure ancora meglio un discorso donna a donna con mia mamma. Ma non c'è mai stato".

Elise chiede che una donna la accompagni in questa scoperta, che le parli in modo intimo, non asettico ma vissuto delle cose della vita. Un terapeuta lo può fare? Sicuramente si, se accantona per un attimo il bisogno di mantenere il controllo delle situazioni. In un dialogo franco, aperto e autentico ogni domanda è possibile e non è detto che si abbiano tutte le risposte. Ma la competenza che un professionista ha unito alla passione per il suo lavoro sono strumenti meravigliosi si cura se ad essi si unisce l'empatia e la capacità di ascolto attivo.

Elise vuole dialogare. Vuole riappacificarsi con i silenzi dell'adolescenza. Ha aperto una porta di dialogo che aspettava soltanto qualcuno che fosse disposto a sentire. Mi racconta che in dieci anni di anoressia nessun medico le ha mai chiesto di scrivere. Nessuno ha voluto comprendere veramente "le sue ragioni" di questa negazione del corpo. Ragioni che vanno oltre i testi di psichiatria e che hanno radici nella STORIA di Elise essenziale per comprenderla davvero.

E così lei, di sua iniziativa, ha scritto un libro. E ha iniziato il suo processo di guarigione. Ignara di cosa sia la medicina narrativa Elise ha istintivamente cercato nella narrazione di sé una via d'uscita.

Ora inizia il nostro percorso insieme e, grazie al suo lavoro di scrittura, la strada è già spianata.

Corrispondenza:
Stella De Chino - E-mail: stelladechino@gmail.com

Novità

Il Club degli Amici della Proctologia e della Perineologia Italiana

ROBERTO DINO VILLANI

U.O.C. Chirurgia proctologica e riabilitazione pavimento pelvico, Ospedale di Sassuolo, MO

Circa un anno fa, spinto da alcune mie riflessioni supportate da colleghi/amici che condividono gli stessi interessi in campo lavorativo, ho pensato di dar vita ad un gruppo trasversale di clinici che si occupano degli stessi argomenti e pertanto è nato il Club Amici della Proctologia Italiana che da quest'anno ha aggiunto anche la Perineologia.

Gruppo trasversale, perché non vi sono marchi societari, non vi è influenza di aziende del settore (ma solo aziende amiche che aiutano il progetto), non vi è distinzione tra le varie specialità degli aderenti al Club. Si annoverano infatti, tra i simpatizzanti, i chirurghi ma anche gastroenterologi, radiologi, urologi, ginecologi, infermieri, riabilitatori. Ci tengo a sottolineare che non si tratta di una società scientifica (la terza in Italia sarebbe eccessiva!), ma veramente di un gruppo di amici che vuole confrontarsi su argomenti da affrontare quotidianamente nei propri ambulatori, nelle proprie sale operatorie e nelle proprie unità operative o servizi indipendentemente dalla specialità. Non vi sarà quindi una scalata alle cariche dirigenziali, infatti non vi è un presidente né un consiglio direttivo, ma chiunque ne abbia voglia può proporre e realizzare qualunque suo progetto: lavori scientifici, incontri, studi vari.

Il Club ha realizzato un foglio di informazioni "Proctonews" che verrà spedito via mail a chi ne farà richiesta e si avvale di un sito (www.proctonews.it). Entrambi saranno la voce di chi vuole scrivere.

Ma perché questo Club? Mi piacerebbe innanzitutto riuscissimo a rispondere ad alcuni quesiti che mi sono posto e che ho notato si sono posti anche altri e cioè: "che spazio c'è per il proctologo in Italia?". Spesso questo specialista è poco considerato da chi fa la "grande chirurgia", poiché si ritiene che la chirurgia dell'ano, con annessi e connessi, la possa fare chiunque e quindi non abbia diritto a interessi particolari. A questi colleghi vorrei ricordare che anche in questo campo si sono fatti grandi passi in avanti e proprio l'utilizzo di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche non solo non ha semplificato la materia, anzi l'ha resa più complessa, richiedendo attenzioni particolari ed un dedicarsi ad essa in modo specifico.

In occasione del primo incontro nazionale, che si è svolto a Rimini nell'ottobre 2013, abbiamo avuto una buona partecipazione e la formula, sotto un certo punto di vista rivoluzionaria, è stata ben gradita e condivisa. Non ci sono state infatti le solite relazioni senza possibilità di discussione finale causa i tradizionali ritardi. Infatti le sessioni erano solo di discussione aperta a tutti i partecipanti su temi proposti dall'organizzazione scientifica e abbiamo visto una attiva partecipazione di giovani e Colleghi con molta esperienza ma nuovi per il "circuito" della proctologia Italiana.

Abbiamo quindi centrato il nostro obiettivo di conoscere persone nuove, giovani e meno giovani che si interessano di proctologia e perineologia.

In occasione di uno degli incontri interregionali degli amici, e più precisamente quello ad Albenga nella scorsa primavera, ci è stato chiesto di comprendere le problematiche del pavimento pelvico tra gli argomenti discussi durante i nostri incontri. Poiché, come abbiamo sempre sostenuto, il Club è aperto a qualsiasi suggerimento costruttivo, subito è stato attuato il cambiamento del nome e del logo.

L'appuntamento di Albenga è stato poi seguito ad un incontro a Teramo ed uno ad Aviano; abbiamo poi in programma due incontri interregionali autunnali uno a Treviglio ed uno a Palermo. La "macchina" funziona e sembra gradito che in questi incontri si lasci largo spazio alla discussione e al confronto. Gradito risulta anche il fatto che il Club è veramente un gruppo di amici senza gerarchie o cariche istituzionali, chi vuole partecipa e suggerisce.

Quest'anno l'incontro nazionale si terrà a Pescara (zona alberghi) il 2-3 ottobre. Abbiamo scelto l'idea di far migrare questo appuntamento nazionale per dimostrare, che non si tratta di un congresso legato ad una persona o ad un luogo, ma deve essere di tutti e per questo raggiungere un pò tutti i luoghi d'Italia.

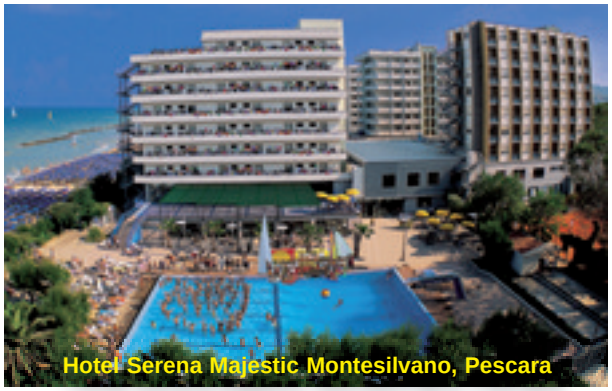
Il programma, riportato nel sito www.proctonews.it, verterà principalmente su tavole rotonde aperte in modo che chiunque partecipi potrà esprimersi, poche infatti saranno le lezioni frontali e, se ci saranno, saranno brevi e serviranno solo a dare spunti per una vasta discussione. Ancora una volta vorremmo che fosse presente il maggior numero degli esponenti della proctologia italiana e dei cultori delle patologie e delle disfunzioni del pavimento pelvico lasciando perdere conflitti societari o di pensiero. Chi vuole venire si proponga e cercheremo di ospitarlo, mentre chi preferirà astenersi dal partecipare per problematiche "politiche" si autoescluderà da un gruppo che, disinteressatamente, vuole discutere e confrontarsi sulle questioni che quotidianamente incontra nella sua professione legata a questi argomenti.

Il Club è aperto anche ai colleghi infermieri che speriamo partecipino in gran numero,

Pertanto diamo appuntamento a Pescara il 2-3 Ottobre 2014 (info@proctonews.it).

Corrispondenza:

Dr. Roberto Dino Villani
Direttore U.O.C. Chirurgia Proctologica e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico - Ospedale di Sassuolo, MO
robertodino.villani@gmail.com; ro.villani@ospedalesassuolo.it



"...un Club al quale è bello partecipare per discutere e confrontarsi senza limiti o gerarchie, quindi un Club di Amici...."

Si ricorda che l'iscrizione al Club Amici della Proctologia e Perineologia Italiana è gratuito e permette di rimanere informati sulle iniziative e quant'altro verrà organizzato.

Mostri e mostre A cura di GUERRINO GIORGETTI

CIPOLLONE PITTORE: I FIORI, LA FRUTTA E I PAESAGGI NELLA PITTURA

Se è vero che i committenti, in passato, hanno notevolmente condizionato pittori e scultori, è altrettanto vero che molti artisti si facevano e si fanno anche oggi condizionare dalle mode, rinunciando alla spontaneità, alla loro creatività.

Per secoli il paesaggio, ad esempio, è stato considerato, solo un "accessorio" in un'opera pittorica e così i fiori e la frutta: erano solo elementi decorativi e marginali: l'attenzione era tutta accentrata nei personaggi e negli avvenimenti che li riguardavano.

È raro, prima dell'ottocento, che i grandi pittori (ad eccezione dei Fiamminghi) abbiano riprodotto come unico soggetto solo fiori o solo frutta e, meno ancora, solo degli oggetti (le così dette "nature morte"). E Caravaggio è quasi un'eccezione.

È vero che esistono opere che contengono solo meravigliosi paesaggi, ma sono rare quelle in cui mancano del tutto le presenze umane: una figura, lontana, appena delineata, si trova quasi sempre.

Poi, finalmente, certi stereotipi sono caduti: gli Impressionisti e i Macchiaioli hanno sovvertito completamente questa tendenza, ma è stata dura! Basta leggere le recensione sui giornali dell'epoca: le mostre che si tenevano a Parigi, a Firenze o a Milano spesso venivano segnalate con commenti ironici o nostalgici.

Ma poi, un po' alla volta, l'importanza della figura umana, del paesaggio e delle nature morte nella pittura è diminuita; ha preso il sopravvento l'informale che ha scomposto la realtà e, come in un caleidoscopio, anche i fiori, la frutta e il paesaggio, son diventati dei frammenti colorati.

E così oggi, quando ci si trova davanti a tele ricoperte da informi macchie di colore, o da un insieme di linee e di punti casualmente disseminati, o a delle figure geometriche monocromatiche o policrome, occorre dire che sono dei capolavori, se non si vuol passare da incompetenti.

Ma per fortuna c'è chi ancora ha il coraggio (o la testardaggine) di riprodurre opere con soggetti reali e nella loro naturale bellezza, ed uno di questi è Francesco Cipollone, un pittore di Pescara che nel solco tracciato dagli Impressionisti, riesce a creare opere con fiori, frutta e paesaggi pieni di poesia.

La serenità di una casa che si specchia nell'acqua, la maestosità delle montagne che chiudono una vallata, un tavolo con sopra una ciotola ricolma di frutta, un vaso con dei fiori o una pineta nella quale si intravede il mare, sono alcuni dei soggetti con cui Francesco Cipollone compone i suoi quadri. Non hanno pretese intellettualistiche, ma arricchiscono una parete e difendono gli autentici valori della pittura.

F.C. è nato e vive a Pescara. Il padre (il più importante fioraio di Pescara) l'aveva mandato a Bologna per farne un laureato in Agraria, ma il giovane seguì la sua passione e si dedicò alla pittura.

Per vivere ha fatto molti mestieri, ma ha sempre continuato a dipingere con uno stile personale pur guardando all'Impressionismo. Gli hanno organizzato importanti mostre; ha avuto consensi, ma ha sempre voluto vivere riservatamente. Ha una cerchia ristretta di amicizie e di estimatori e rifugge le celebrazioni.

sito http:/francesco-cipollone-pittore.webnode.it
e-mail: francesco-cipollone@outlook.it
Tel. 338 675 4190

Autunno sul fiume (olio su tela 80x50).
Sopra: Composizione grafica di quadri di F. Cipollone.

Il racconto di Giorgetti: *Profumo di mare*

Il signor Giovanni era noto in tutto il paese, particolarmente amato e stimato dai giovani, un po' meno dalle donne di una certa età, ma decisamente odiato dalle signore riunite sotto il blasone delle Dame di San Vincenzo.

"È stato un peccatore" dicevano queste.

"È stato un mandrillo" sostenevano i giovani.

"Un Don Giovanni" concludevano le ragazze.

Il Signor Giovanni, realmente, di donne non ne aveva avute tante, ma tantissime. Non aveva fatto distinzione di razza, di censo o di età:

'L'importante è che respiri" era stato il suo motto. Era l'ultimo esponente di una ricca famiglia di proprietari terrieri. I suoi antenati, per generazioni, avevano accumulato soldi e fama di tirchieria; il signor Giovanni rimise le cose a posto, con le donne si mangiò quasi tutto il patrimonio e si conquistò l'unanime stima del paese per la generosità.

Chi aveva avuto bisogno, non aveva mai bussato invano alla sua porta.

Ora viveva, con due vecchi domestici, nell'ultima proprietà di famiglia: una modesta casa davanti al mare, a due piani, con le finestre cadenti e il tetto da rifare. Anticamente era stata la casa che la famiglia riserevava agli ospiti estivi; lui l'aveva trasformata in casa per le avventure stagionali e gli amori brevi, perciò l'aveva conservata, come aveva conservato un discreto conto in Svizzera che adesso gli garantiva una vita dignitosa.

Non aveva mai lavorato ed anche questo aveva contribuito alla sua reputazione di uomo di mondo. Alto, magro, con i capelli appena ondulati di un bianco lucido, camminava diritto e impettito malgrado i suoi ottantaquattro anni.

D'estate indossava, immancabilmente, completi di lino crema, camicie bianche e farfalline azzurre, scarpe inglesi bianche; negli altri mesi, giacca nera a doppio petto con bottoni dorati, pantaloni grigi, camicia azzurra, cravatta rossa a pallini azzurri, e sempre scarpe inglesi, nere però.

Non aveva mai indossato né cappelli, né guanti.

Per il suo abbigliamento ci pensava, da sempre, una sartoria della capitale, che due volte all'anno mandava una macchina dalla quale l'autista in divisa nera, scaricava, con religiosa cura, uno alla volta gli abiti appesi a grucce di legno, e, sempre una alla volta, le scatole bianche con le camicie, le scarpe e le cravatte.

Era come una cerimonia e chi passava per strada si fermava a guardare.

Non si era mai sposato, diceva, per amore della sua libertà e per rispetto della libertà delle donne.

I racconti delle imprese amorose e della vita avventurosa del Signor Giovanni, passavano da padre in figlio, con particolari sempre più alterati dalla fantasia del narratore.

Da lui, cioè dall'interessato, si poteva saper poco: accettava volentieri la compagnia dei giovani e con loro si intratteneva seduto davanti ai tavolini del Bar dello Sport, parlando di Parigi, Budapest, Bagdad, Pechino o Rio de Janeiro; parlava anche di donne meravigliose, ma mai scendendo nei particolari. Se qualcuno alludeva alle splendide e famose ballerine o cantanti che, in certi periodi, erano vissute nelle sue abitazioni, lui restava muto, ma gli brillavano gli occhi. E questo bastava a chi doveva arricchire di particolari quelle avventure. Ma il via alle storie, lo avevano sempre dato le persone al suo servizio: con la promessa della segretezza, che non durava mai più di qualche minuto, raccontavano pianti isterici di donne pronte a suicidarsi; implorazioni di mariti abbandonati; preghiere di padri e madri disperati; eroiche rinunce per l'altrui bene; notti di passione con urla di piacere.

Ora, il Signor Giovanni, diceva, senza ritrosia, che viveva di ricordi e di... profumo.

Sì, il "profumo di donna" precisava lui.

Su questo argomento parlava spesso ed erano vere e proprie lezioni.

"La donna, come tutte le femmine del regno animale, ha un richiamo per far capire all'uomo quando è disponibile.

Se non c'è questo segnale, è inutile ogni tentativo di conquista. La chiave del successo con le donne si chiama anche fiuto.

Non si deve pensare che un seno o una coscia messi in bella mostra siano messaggi importanti: sono segnali di lettura per analfabeti; possono solo stimolare chi è abituato a mangiare la frutta che vende l'ortolano, non chi è capace di coglierla dall'albero perchè sa che è matura.

Il profumo che esala dall'inguine in giù, da una donna, è un'altra cosa! È quello il vero richiamo d'amore.

È fatto per essere lasciato come una traccia; per essere avvertito al buio; per essere assaporato da chi sa che cosa è e lo sa apprezzare. E colei che profuma di più, è più pronta ed è... più donna.

Quel meraviglioso scrigno, coperto da una soffice peluria, trasuda, palpita, aumenta di temperatura...

"Ma qualche volta puzza di pesce fradicio" ironizzava qualcuno ridendo.

Se succedeva, il Signor Giovanni lo fulminava con uno sguardo sprezzante: "Ma quando mai!"

E, chiudendo gli occhi, concludeva: "È profumo di mare!"

Nessuno l'aveva capito il perché, ma da quando in paese, d'estate, per rispondere alle esigenze dei turisti, il Comune aveva organizzato il trasporto pubblico con tre autobus, il signor Giovanni ne era diventato un assiduo frequentatore ma solo nelle ore di punta.

Saliva quando erano affollati e c'era sempre qualcuno che gli cedeva il posto a sedere: lui accettava solo quelli lungo la fila in cui sostavano le persone in piedi, non quelli accanto ai finestrini.

Lì, appoggiato un po' di sbieco sullo schienale, aspettava, comodamente seduto, che qualche ragazza gli siparasse davanti: allora lui aspirava, profondamente, con gli occhi socchiusi.

Aveva un odio terribile per i deodoranti:

"Rovinano tutto" commentava fra sè.

Quando era un uomo a capitargli davanti, si girava dall'altra parte disgustato.

Poi, in un piovoso giorno di ottobre, al signor Giovanni capitò la folgorazione: si innamorò perdutamente di Elvira, la fornaia.

Era una donna alta, massiccia, non bella di viso, ma con un seno enorme ed un sedere spropositato.

"Una Venere steatopigia" la definì lui ammirato.

Ma non furono questi gli attributi che conquistarono il signor Giovanni.

Il forno gestito dall'Elvira, era sotto l'unico porticato del paese ed il signor Giovanni si riparò lì sotto per aspet-

---

Guerrino Giorgetti ha ottenuto vari premi giornalistici e letterari. Ha pubblicato volumi di narrativa con la Mondadori: "Memorie di un cacciatore pentito" adattato come libro di lettura per le Scuole Medie"; "Storie di Animali"; "Uomini ed altri animali". Vive a Perugia.

tare che smettesse di piovere, poi pensò che, già che c'era, poteva provvedere lui, quel giorno, a comperare il pane.

Sotto il breve portico, c'erano alcune attività commerciali e fra queste il forno dell'Elvira e il generi alimentari, gestito da Romualdo, un tipo basso e grasso, famoso per il baccalà e lo stoccafisso che, diceva lui, riceveva direttamente dalla Norvegia.

Per accedere ad ogni locale di vendita, occorreva salire quattro scalini e il signor Giovanni, che temeva più di ogni altra cosa le cadute, si accostò all'ingresso del forno, ponendosi a fianco degli scalini, fra quelli del forno e quelli di Romualdo.

Da lì chiamò l'Elvira.

"Dica, signor Giovanni" disse lei, in piedi sulla soglia: Il signor Giovanni, con il viso all'altezza della pancia dell'Elvira, disse che gli occorreva mezzo chilo di pane.

Quando la donna se ne andò, il signor Giovanni strabuzzò gli occhi, deglutì a fatica e poi restò qualche attimo senza respirare.

"Non è possibile" disse a voce bassa, scuotendo la testa.

Ritornò l'Elvira, con una busta di carta nella quale aveva messo il pane: la donna si chinò e mise davanti alla faccia del signor Giovanni, una montagna di seni.

"Aspetti, prendo i soldi" farfugliò mettendo le mani in tasca, lasciando la donna in quella posizione.

Frugò a lungo, guardandosi bene dal tirare fuori le banconote che aveva subito trovato.

"Non li trovo questi maledetti soldi" disse, con gli occhi sempre fissi su quel panorama e con le narici dilatate.

Annusava: un odore così forte, intenso, pieno, non l'aveva mai avvertito.

"Cosa le succede signor Giovanni?" chiese l'Elvira vedendolo imbambolato.

Lui, come risvegliandosi da una profondo sonno, la guardò negli occhi: "Lei non ha il mare, ma l'oceano" concluse la sua meditazione, e le mise in mano tutti i soldi che aveva in tasca.

Aveva ritrovato il timbro di voce, lo sguardo assassino con i quali aveva demolito i cuori più ostili.

"Sono troppi! Ma quanto mi dà per mezzo chilo di pane?" osservò lei ridendo imbarazzata.

"Li tenga: una donna come lei. non dà il pane, ma il paradiso!"

L'Elvira rientrò nel forno ridendo e lusingata, ma il signor Giovanni restò li per qualche minuto; c'era ancora il profumo e se lo voleva portare via tutto, respirando a bocca chiusa ma con le narici ben aperte, come quelle dei cavalli.

Da quel giorno, il signor Giovanni diventò un cliente fisso: tutto in casa sua poteva mancare, ma non il pane.

Infatti al mattino presto ne comperava mezzo chilo ed alle dodici altrettanto; nel pomeriggio, appena il forno riapriva, il signor Giovanni era il primo cliente:

"Un altro mezzo chilo" implorava affianco alla scala, quando lei appariva sulla soglia.

"Ma non le si indurisce?" le chiesi l'Elvira con un ampio sorriso malizioso un pomeriggio.

"Lo spero tanto" rispose il signor Giovanni con le narici frementi.

Il suo anziano servitore, questa faccenda del pane non ladigeriva proprio: "Ma cosa ce ne facciamo?" domandò alla fine spazientito dal silenzio del suo padrone.

E allora il signor Giovanni, in un momento di debolezza, gli raccontò ogni particolare: "Non ci crederai, ma quel profumo me lo sento addosso per ore, mi sembra d'averne impregnati anche i vestiti. Quell'Elvira ha, fra le gambe, tutto il profumo del mare in tempesta."

Questa storia, dopo una settimana, era sulla bocca di tutti, ma nessuno ebbe il coraggio di dire al signor Giovanni, che fra la porta del forno e quella del negozio di alimentali, il signor Romualdo, tutti i giorni, metteva in esposizione tre stoccafissi e due baccalà, legati per le code.

Quando il signor Giovanni si appoggiava al muro per acquistare il pane che l'Elvira gli porgeva, gli stoccafissi e i baccalà li aveva venti centimetri sopra la testa: li annusava, con gli occhi quasi chiusi, e sembrava in estasi.

Takeda in Gastroenterologia, l'esperienza del futuro

Le nuove frontiere della ricerca scientifica sono lo stimolo a sfidare le patologie gastrointestinali, dando una risposta a domande di salute ancora inevase.
Una sfida vinta quando si riesce a restituire il sorriso ad un paziente.
Takeda è impegnata ogni giorno a fianco di medici e ricercatori per il progresso della scienza medica. Perché soluzioni terapeutiche intelligenti possono cambiare una vita.

pelvilen® Dual Act

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

PEA-um®

PALMITOILETANOLAMIDE
ultra-micronizzata (PEA-um®)

dimensione particellare 0,8 ÷ 6,0 µm

PEAPol-m®

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

dimensione particellare 2,0 ÷ 10,0 µm

© 2014 EPITECH GROUP

epitech group

info@epitech.it

pelvilen.com