

Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica/o

Walter Costantini

Presidente del Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano

Premesse

Introduzione

Parlando da ginecologo sul tema esposto nel titolo, sono il primo ad ammettere che la mia quarantennale esperienza di strutturato professionista si è svolta interamente nel periodo di crescita e di massimo sviluppo della medicalizzazione in ostetricia. Ciò ha influito su di me, come su tutti i nostri colleghi, enfatizzando il piacere della vittoria su ogni evento avverso, accrescendo la fiducia nel potere diagnostico e risolutivo – ma, soprattutto, preventivo – della medicina materno-fetale e rinforzando nell’animo, più che nella mente, la relazione di inevitabile dipendenza del successo clinico dalla qualità del nostro sapere e saper fare tecnico. Da qui hanno preso le mosse passi virtuosi che scandiscono la nostra attualità, come l’evoluzione delle Scienze, l’EBM, i principi di qualità e credito professionale. Però, nel contempo, sono entrati in loop autolesionistici concetti come l’infallibilità della medicina e l’autorità unica ed assoluta di chi l’interpreta, il quale, per questo, è spinto idealmente a privilegiare approcci invasivi con l’onorevole intento di sconfiggere una supposta patologia nascosta nella paziente. Di contro ci siamo trovati ad affrontare la concretizzazione di questi concetti nell’opinione pubblica, il che ha inevitabilmente comportato un innalzamento del livello di litigiosità medico-paziente, la difficile difendibilità di un operato medico messo in discussione e il proliferare difensivo dell’approccio tecnico ad ogni aspetto morfo-funzionale di un organismo che sia correlato alla sua semplice esistenza in vita. È chiaro che, in tutto ciò, l’esigenza fondamentale di salute della persona-paziente (secondo l’OMS, il suo benessere fisico, psichico e sociale) non è minimamente presa in considerazione.

Il panorama sopradescritto nel quale ci troviamo ora ad operare non è però popolato da medici aguzzini e pazienti vittime o viceversa, ma, semplicemente, si regge su “relazioni pericolose” che si sono rese tali – influenzando cultura ed educazione dei protagonisti – attraverso la volontà di fare il proprio lavoro al meglio, ma senza lasciare spontaneamente uno spazio adeguato alle competenze di chi vi è coinvolto. Nello specifico, mi riferisco alla competenza del medico nel sostenere la “salute” e alla competenza della persona-paziente nell’identificare, autonomamente e a priori, il tipo ed il livello di “benessere” da richiedere; soggetti ammessi a un confronto ove riconosciamo due ruoli cooperanti per il raggiungimento di un unico obiettivo, che è professionale per il primo e vitale per il secondo, ma che, per ambedue, non può e non deve essere “marginale”. Traslando questo principio alla schiera dei professionisti che si occupano della salute – e, in particolare, di quella ostetrica della donna/coppia – viene spontaneo considerare la difficile relazione ginecologa/o-ostetrica/o,

portatori di specifiche competenze e di un unico obiettivo finale, rigorosamente perseguito da entrambi.

Nell'affrontare questo tema è bene tener conto sia delle criticità della realtà attuale che degli insegnamenti che la storia moderna della "cooperazione" in sanità ci impartisce.

Criticità

In una qualsiasi situazione complessa, come può essere l'approccio ostetrico alla donna, ciò che determina lo status funzionale dipende dall'apporto informativo di quattro settori: (1) l'evidenza scientifica, (2) la specificità dell'utenza, (3) la disponibilità delle risorse e (4) il contesto normativo (Fig. 1A – da Satterfield, 2009 – modificata) (Satterfield et al 2009).

Il segreto di un'implementazione ottimale della realtà sta tutto nell'equilibrio d'impiego di queste quattro componenti (Fig. 1B). Pur essendo un obiettivo evidentemente privilegiato, ciò avviene di rado e quando una componente prevale, di norma, le altre si adeguano alla prima, creando una falsa e disarmonica concordanza strutturale. E, presto o tardi, i nodi vengono al pettine.

Nel secondo dopoguerra (anni '60-70) la disponibilità di risorse economiche ed umane (ad esempio, la pleora di medici specialisti) ha guidato la scena assistenziale italiana, arricchendo, al traino di un virtuoso neoiluminismo anglosassone, la ricerca medica e somministrando alla popolazione utente, gradimenti, bisogni o anche valori "moderni" che non hanno tardato ad influenzare il contesto normativo esistente (Fig. 1C). Il taglio "medico" nell'approccio ostetrico alla donna ha creato così il suo ambiente favorevole, dove la figura ostetrica ha perso, prima, l'autonomia della "Condotta", collocandosi, nell'ospedale, al servizio della conduzione ginecologica (L. 23 Dicembre 1978); poi, la qualità della formazione, con una drastica riduzione della durata e della densità dell'apprendimento^a (DM. 22 Ottobre 2004) e, infine, il riconoscimento dell'utenza per il suo ruolo di tutela dei bisogni e dei valori femminili che, paradossalmente, andavano riemergendo, nel sentire comune, proprio con la fine del secolo scorso.

Come sempre succede, gli impianti squilibrati rivelano la loro cedevolezza proprio quando si modifica l'assetto del terreno su cui si sono costruiti. Ecco quindi che le criticità dell'attuale approccio ostetrico alla donna, pesantemente orientato alla pan-medicalizzazione, si mostrano oggi in tutta la loro incisività:

- a) impianto legislativo che a volte limita, in contrasto con le direttive europee, l'espressione autonoma della professionalità ostetrica (DL. 6 Novembre 2007);
- b) normative amministrative regionali o locali che interpretano in modo restrittivo o contrastante il dettato legislativo in materia;
- c) ordinamenti universitari che incidono negativamente, nella pratica, sul volume e la qualità dell'expertise ostetrica (DM. 22 Ottobre 2004);
- d) diffuso impiego professionale della figura ostetrica in ruoli gregari e non responsabilizzanti;

- e) bassa visibilità istituzionale e mediale della dimensione e della specificità ostetrica;
- f) trasferimento, sul libero mercato, dei tipici valori assistenziali dell'ostetrica a figure non professionali e/o di basso profilo culturale (Mondo Doula);
- g) disinteresse istituzionale (fondi e opportunità) per i temi di ricerca scientifica che affrontino significati, metodi e prove di efficacia dell'approccio dell'ostetrica al ciclo vitale della donna (Linee guida 2011);
- h) blocchi o difficoltà d'ingresso e di progressione nella carriera accademica del settore scientifico disciplinare dell'ostetrica (MED/47)^b.

La cooperazione in sanità

In qualsiasi campo delle conoscenze umane, il veloce incremento del sapere scientifico ha appesantito il bagaglio tecnico e culturale necessario per esercitare una professione, inducendo le Scienze a distribuire il sapere raggiunto in contenitori specialistici, all'interno dei quali fosse possibile, per un normale professionista, assicurare prestazioni di qualità costante ed aggiornamento continuo.

Per le Scienze volte all'assistenza sanitaria globale, la parcellizzazione delle competenze ha imposto quadri complessi di cooperazione multispecialistica, richiedendo rigorose soluzioni di coesistenza professionale, nel rispetto delle autonomie, nella concordanza delle azioni e nell'interesse dell'obiettivo finale che deve appartenere al sapere, saper fare ed al saper essere di tutti i professionisti coinvolti.

È attraverso tali precise direttive che sulla scena clinica si può, ad esempio, alternare, con piena e ordinata responsabilità di ogni singolo operatore, un atto cardiologico a uno anestesiologicalo, internistico o urologico, con l'univoco scopo di ripristinare, nella persona trattata, lo stato di salute precedentemente concordato.

In tal caso, l'organizzazione del "decision making" si costruisce in base ai già descritti settori di implementazione, dove ad un'autonoma richiesta di un operatore per una cooperazione specialistica – decisa in base alle caratteristiche dell'utente, alla disponibilità delle risorse necessarie e alla normativa vigente – segue l'intervento specialistico che, nella sua esecuzione, deve semplicemente rispettare l'evidenza scientifica di riferimento (Fig. 1D).

È noto che, in questo flusso operativo, la gestione dei singoli atti passa automaticamente da uno specialista all'altro in relazione alla riconosciuta maggiore centralità che l'atto riveste nella competenza di un determinato specialista fra i cooperanti presenti sulla scena clinica. Naturalmente, ceduta, per competenza, la direzione assistenziale a un altro specialista, ogni cooperante può assumere il ruolo transitorio di collaboratore, con il solo interesse di mantenere alta la qualità dell'atto assistenziale in corso. Questa dinamica, universalmente utilizzata nella routine, può richiedere, nelle situazioni di maggiore complessità e urgenza, la definizione transdipartimentale di una specifica normativa clinico-organizzativa, costruita in base a linee guida EBP-validate.

Alla partenza

Facendo diretto riferimento alle premesse e alla figura 1D, è possibile evidenziare, nella realtà attuale, i punti fermi favorevoli a una equilibrata cooperazione fra ostetrica e medico nell'approccio assistenziale alla donna.

In primo luogo, la legislazione vigente definisce complessivamente l'ostetrica come una figura professionale autonoma e responsabile dell'assistenza promozionale e conservativa al fisiologico status genito-correlato della donna e neonatale del suo bambino (L. 10 Agosto 2000). Sotto questo profilo, la normativa, sia italiana che europea, attribuisce all'ostetrica la capacità di prevedere e identificare il limite tra fisiologia e patologia ostetrico-ginecologica in tempi utili per il passaggio di consegne al medico e, in ogni caso, la reputa preparata ad affrontare anche tutte le manovre d'urgenza previste, in questo campo, tra previsione o diagnosi di "non fisiologia" e reale presa in carico medica del caso (Direttiva europea 1980; DM. 14 settembre 1994).

In secondo luogo, notiamo che la disoccupazione ostetrica attuale è ampiamente in grado di soddisfare il fabbisogno orientato alla copertura delle risorse necessarie (one-to-one), con personale fresco di studi e generalmente ben predisposto verso i valori storici della professione^c.

Da ultimo, le pur limitate ricerche e review midwifery-oriented sono tutte concordi nell'affermare un miglioramento o, al limite, una coincidenza delle prove di efficacia nel confronto fra esiti prodotti con una gestione assistenziale puramente ostetrica contro quella puramente medica, sia nell'approccio alla gravidanza che al parto a basso rischio (Begley et al 2011; Harris et al 2012; McLachlan et al 2012; McNeill et al 2012; Sutcliffe 2012).

Tutto questo in un prevedibile panorama economico di riduzione importante dei costi assistenziali (spending review) sia per la componente stipendiale che per la spesa sanitaria (riduzione dei TC, dei parti operativi, delle degenze e delle complicanze); mentre, secondo ricerche non italiane, si riscontrerebbe un incremento della compliance della donna, con riduzione del contenzioso medico-legale (Sandall et al 2013).

Lungo la nostra strada

Come abbiamo visto, le condizioni di partenza del nostro percorso non soddisfano tutte le esigenze previste per l'implementazione della realtà affrontata. Cinquant'anni di pur virtuosa medicalizzazione hanno prodotto "bias" di selezione in contesti vitali per l'equilibrio del sistema "domanda informata/offerta coerente" (in altre parole, informazione culturale e ricerca scientifica), con inevitabili influssi sulle politiche socio-amministrative chiamate alla regolamentazione della convivenza civile.

In questo quadro arenato, i passaggi teoricamente più veloci – anche se necessariamente basati su coraggio e lungimiranza – non possono che essere "politici" e "scientifici".

Chi governa le leve del potere amministrativo – soprattutto nella dimen-

sione locale^d – deve esporsi in interpretazioni elastiche e futuribili della giurisprudenza italiana ed europea, aprendosi attivamente a giusti compromessi, non fra privilegi di categoria, ma fra esigenze di servizio. Ciò significa, concretamente, permettere alle ostetriche di produrre l'intero ventaglio delle prestazioni concesse loro dalla legge, eliminando vincoli amministrativi obsoleti, ma ancora attivi nella nostra realtà (ricettazione, gerarchie, co-presenze, ecc.). È buona cosa, inoltre, fare questo anche in singole regioni, offrendo virtuosi esempi alla comunità sui quali possano lavorare epidemiologi e ricercatori per fornire alla popolazione ed ai suoi amministratori l'evidenza scientifica ad oggi carente su tali argomenti. Tolti i lacci, le iniziative nei singoli ospedali non possono mancare, promuovendo, fra il personale più motivato e sensibile, esperienze strategiche e vitalizzanti per l'intera società che, così, attiverrebbero quelle vantaggiose condizioni già esistenti, come descritto nella realtà di partenza.

Lungo la strada nostra e dei nostri figli

Come è noto, l'inerzia del sistema è direttamente proporzionale alla massa delle persone coinvolte che, però, attraverso la loro stessa numerosità, producono, dopo una corretta attivazione, una trasformazione a velocità esponenziale del sistema stesso.

Questa osservazione vale per le componenti "utenza" e "operatori", i quali entreranno nella rete del consenso solo quando l'informazione mediale si accorgerà della Scienza, trasformandola, per tutti, in bisogno.

Questi sono percorsi automatici e ben documentati dalle Scienze della comunicazione, ma perché ci si possa arrivare, sfruttandone il meccanismo, è necessario che, da subito, dopo il coraggio dei politici e degli scienziati, si attivi il coraggio e la disponibilità intelligente degli operatori – ostetriche e ginecologi – che, nel loro quotidiano, devono almeno cercare di rifarsi al rispetto di se stessi e della propria competenza, mentre rispettano i colleghi e la competenza che loro interpretano.

Un rispetto che esprime spirito di appartenenza, ma che si estende anche ai diversi metodi professionali utilizzati.

Un rispetto che, soprattutto, riguarda l'obiettivo di qualsiasi prestazione sanitaria e che, nelle professioni intellettuali, come quella dell'ostetrica e del medico, è rigorosamente lo stesso, vuole condivisione e, attraverso la reciproca accettazione delle competenze, fa percepire chiaramente, a chi ci guarda, la nostra "dignità professionale".

^a Con le diverse "riforme" si è andato progressivamente riducendo il numero di ore di tirocinio e di didattica frontale impiegato per la formazione dell'ostetrica che, con la legge 270/04, ha raggiunto complessivamente la metà della didattica erogata negli anni '70, perdendo circa 2 anni del percorso formativo allora previsto.

^b Al 2013, assenza nell'accademia italiana di professori ordinari nel Settore disciplinare MED/47 (ostetrica/o); presenza di 2 professori associati e 8 ricercatori (di cui 5 non ostetriche: 4 medici e, persino, 1 fisico !).

^cA un anno dalla laurea, disoccupazione al 62,8%; a 2 anni, 41,2 % (Dati Rapporto Stella - Cilea del 2013 riferiti al rilievo 2011). Il Rapporto Mastrillo del 2013 parla del 59% a un anno.

^dAlla quale, per altro, la stessa Costituzione Italiana attribuisce la completa responsabilità in campo sanitario (Titolo V - Art. 117).

Bibliografia

Begley C. et al. – Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: a randomised trial – BMC Pregnancy and Childbirth – 2011;11:85

Direttiva europea 80/155/CEE del 21 Gennaio 1980 – Coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative relative all'accesso alle attività dell'ostetrica e al loro esercizio – recepita dalla legge 296/85 e dal DL. 353/94

DL. 6 Novembre 2007 n. 206 – Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali - Art. 48

DM. 14 settembre 1994, n.740 – Profilo professionale dell'ostetrica – Artt. 1 e seguenti

DM. 22 Ottobre 2004, n. 270 – Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con DM il 3 Novembre 1999, n. 509 – Artt. 1 e seguenti

Harris SJ., Janssen PA., Saxell L., Carty EA., MacRae GS., Petersen KL. – Effect of a collaborative interdisciplinary maternity care program on perinatal outcomes – CMAJ – 2012 Nov 20; 184:1885-92

L. 23 Dicembre 1978, n 833 – Istituzione del servizio sanitario nazionale – Artt. 1 e seguenti

L. 10 Agosto 2000, n. 251 – Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica – Art. 1, comma 1 e 2

ISS-SNLG – Linee guida sulla gravidanza fisiologica – 2011 – Ministero della Salute - Italia

McLachlan HL., Forster DA., Davey MA., Farrell T., Gold L., Biro MA., Albers L., Flood M., Oats J., Waldenstrom U. – Effects of continuity of care by primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial – BJOG – 2012 Nov;119:1483-92

McNeill J., Lynn F., Alderdice F. - Public health interventions in midwifery: a systematic review of systematic reviews – BMC Public Health – 2012 Nov. 8;12:955

<http://www.mondo-doula.it/>

Sandall J., Soltani H., Gates S., Shennan A., Devane D. – Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women – Cochrane Database Syst Rev. – 2013 Aug 21;8:CD004667

Satterfield JM., Spring B., Brownson RC., Mullen EJ., Newhouse RP., Waaher BB., Whitlock EP., - Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice – Milbank Q – 2009 Jun;87(2):368-90

Sutcliffe K. – Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews – J. Adv Nurs – 2012;68:2376-86

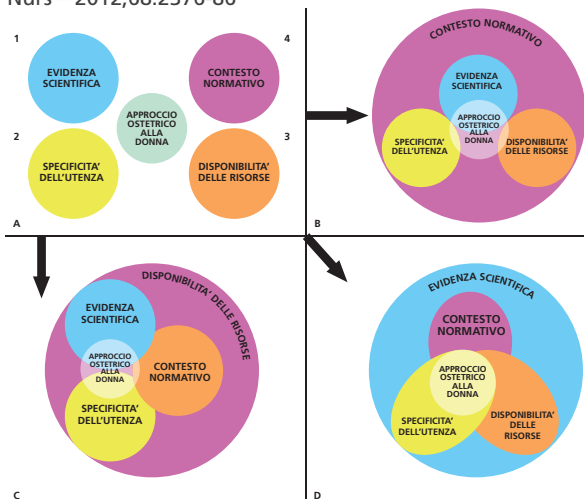


Figura 1 - da Satterfield JM - modificata Costantini W

*Alessandra Graziottin
e Claudio Crescini*

ATTI DEL CORSO ECM

DOLORE IN OSTETRICIA, SESSUALITÀ E DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO

**Il ruolo del ginecologo
nella prevenzione
e nella cura**

MILANO, 6 GIUGNO 2014



**Fondazione Alessandra Graziottin
per la cura del dolore nella donna Onlus**
www.fondazionegraziottin.org

PROGRAMMA

08.00 - 08.45	Registrazione dei partecipanti
08.45 - 09.00	Introduzione e obiettivi del corso <i>Alessandra Graziottin</i> <i>Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica,</i> <i>H. San Raffaele Resnati, Milano</i> <i>Claudio Crescini</i> <i>Direttore U.O. Ostetricia Ginecologia Ospedale</i> <i>di Treviglio (BG) - Direttore Dipartimento Materno Infantile Segretario</i> <i>Regionale AOGOI Lombardia</i>
09.00 - 09.30	Letture inaugurale Infiammazione e dolore in ostetricia. Implicazioni per la sessualità della donna e della coppia <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.30 - 11.20	SIMPOSIO: SEMEIOTICA DEL DOLORE IN GINECOLOGIA-OSTETRICIA <i>Moderatori: Walter Costantini, Claudio Crescini</i>
09.30 - 09.50	Semeiotica ginecologica in pre-gravidanza: sintomi e segni critici <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
09.50 - 10.10	Semeiotica del dolore in gravidanza <i>Valeria Dubini (Firenze)</i> <i>Direttore SC ASL 10 Firenze - Consigliere nazionale SIGO</i>
10.10 - 10.30	Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo <i>Claudio Crescini (Treviglio)</i>
10.30 - 10.50	Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica <i>Walter Costantini (Milano)</i> <i>Presidente del Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano</i>
10.50 - 11.20	Discussione
11.20 - 11.40	Coffee break
11.40 - 13.15	SIMPOSIO: BIOFILM E INFEZIONI UROGENITALI IN GRAVIDANZA E PUERPERIO <i>Moderatori: Alessandra Graziottin, Filippo Murina</i>
11.40 - 12.00	Vaginiti e cistiti recidivanti: il binomio diabolico <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>
12.00 - 12.20	Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere <i>Filippo Murina (Milano)</i> <i>Responsabile Servizio di Patologia Vulvare</i> <i>Ospedale V. Buzzi-ICP-Università di Milano</i>
12.20 - 12.40	Aborto naturale, interruzione volontaria di gravidanza, dolore fisico ed emotivo: prevenzione e cura <i>Valeria Dubini (Firenze)</i>
12.40 - 13.00	Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio <i>Franco Vicariotto (Milano)</i> <i>Ospedale San Pio X, Milano</i>

13.00 - 13.15	Discussione
13.15 - 14.00	Pranzo
14.00 - 14.30	Lettura Integratori in ostetricia: prima, durante e dopo la gravidanza <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i>

14.30 - 16.30 **SIMPOSIO:**
IL DOLORE ADDOMINALE E PELVICO NELLA DONNA
Moderatori: Franco Vicariotto, Giovanna Valentini

14.30 - 14.50	Semeiotica del dolore vescicale: sintomi, segni e comorbidità <i>Andrea Salonia (Milano)</i> <i>UO Urologia sede, IRCCS Ospedale San Raffaele</i> <i>URI-Urological Research Institute, Istituto Scientifico San Raffaele</i>
14.50 - 15.10	Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i> <i>Fisioterapista - Consulente in Sessuologia</i>
15.10 - 15.30	Semeiotica del dolore in puerperio <i>Filippo Murina (Milano)</i>
15.30 - 15.50	Semeiotica e terapia del dolore in ostetricia: il ruolo dell'anestesista <i>Giovanna Valentini (Milano)</i> <i>Anestesista rianimatore, Istituto Auxologico Italiano</i>
15.50 - 16.10	Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione <i>Franco Vicariotto (Milano)</i>
16.10 - 16.30	Discussione

16.30 - 17.30 **SIMPOSIO:**
RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO E CURA DEL DOLORE IN OSTETRICIA
Moderatori: Valeria Dubini, Arianna Bortolami, Andrea Salonia

16.30 - 16.50	Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotono: dal punto di vista della fisioterapista <i>Arianna Bortolami (Padova)</i>
16.50 - 17.10	Terapia della vulvodinia post partum <i>Filippo Murina (Milano)</i>
17.10 - 17.30	La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo <i>Giorgio Piubello (Verona)</i> <i>Specialista in Andrologia</i>
17.30 - 18.00	Discussione plenaria e Take Home Messages
18.00 - 18.30	Conclusioni e Valutazioni ECM <i>Alessandra Graziottin, Claudio Crescini</i>

INDICE

Infiammazione e dolore in ostetricia	pag. 05
Semeiotica ginecologica prima della gravidanza, con focus sul pavimento pelvico	pag. 15
Semeiotica del dolore in gravidanza	pag. 25
Strategie di protezione del pavimento pelvico in caso di parto operativo	pag. 33
Premesse e percorsi per una cooperazione ottimale fra ginecologa/o ed ostetrica/o	pag.37
Cistiti e vaginiti recidivanti: il binomio diabolico Dalla fisiopatologia a strategie terapeutiche integrate	pag. 43
Infezioni in gravidanza e rischio ostetrico: sintomi e segni da non perdere	pag. 55
Aborto naturale e interruzione volontaria di gravidanza	pag. 59
Ruolo dei probiotici per la salute dell'ecosistema vaginale in gravidanza e puerperio	pag. 63
Integratori: prima, durante e dopo la gravidanza	pag. 67
Il dolore in ostetricia, sessualità e disfunzioni del pavimento pelvico - Cistiti interstiziali	pag. 81
Semeiotica dell'ipertono e dell'ipotono del muscolo elevatore dell'ano: il ruolo della fisioterapista	pag. 87
Semeiotica del dolore in puerperio	pag. 95
Analgesia per il travaglio di parto: il ruolo dell'anestesista	pag. 99
Come ottimizzare l'igiene intima in gravidanza e puerperio: strategie di prevenzione	pag. 103
Riabilitazione del pavimento pelvico ipertonico e ipotonico: dal punto di vista della fisioterapista	pag. 107
Terapia della vulvodinia post partum	pag. 115
La crisi sessuale dell'uomo dopo il parto: il ruolo dell'andrologo	pag. 119