

MAIEUTIKΟΣ

ANNO 5
NUMERO 1|2025

SPECIALE – 1° CONGRESSO NAZIONALE AIO



Simposio sul pavimento pelvico. Raccomandazioni AIO e Position Paper

L'alimentazione vegana per la donna in gravidanza. ABC sull'educare a scegliere gli alimenti sani

**Violenza sessuale e abuso sui minori
Indicatori di abuso fisici e di sofferenza emotiva**

Dalla violenza domestica, allo stalking, al femminicidio. La Convenzione di Istanbul, la violenza sessuale nella Legge n. 66 sino al Codice Rosso Revenge Porn. Legge per gli orfani di crimini domestici

**COMITATO SCIENTIFICO AIO –
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA**

Numero 1/2025

Nuova edizione Anno 5

Periodico di informazione scientifica dell'Associazione Italiana di Ostetricia

Direttore Responsabile

Antonella Marchi

Direttore Onorario

Antonio Chiantera

Responsabili Scientifici

Elsa Del Bo, Antonio Ragusa

Comitato Scientifico

Dott.ssa Antonella Marchi

Dott.ssa Elsa Del Bo

Dott.ssa Cristina Gressani

Dott. Carmine Gigli

Editore ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA

Progetto grafico e impaginazione

Elsa Del Bo

Antonella Marchi

Gaia Pallestrini

AIO

Associazione Italiana di Ostetricia

Via Giuseppe Abamonti, 1

20129 Milano

C.F.: 07248120961

Sede legale: Milano – Via Giuseppe Abamonti 1

Codice ISSN: 2384-941X

Chiuso in redazione: Novembre 2025

Registrazione del Tribunale di Milano n. 126/2020 del 5/10/2020

Provider: NUOVE TECNOLOGIE DI TELECOMUNICAZIONE S.R.L.

con sede in Vignola (MO) - Via Beslan n. 30

indice

EDITORIALE

4

Sport ad alto impatto: i danni sul pavimento pelvico e come prevenirli in tutte le fasce di età femminile

5

Amanda Iadeluca

La vulva: anatomia, etiopatogenesi e clinica nella donna ginecologica e in gravidanza

12

Elisabetta Portinaro

Dolore pelvico cronico: eziopatogenesi, diagnosi e clinica

16

Filomena Ferracane

Preparazione del perineo al travaglio ed al parto: aspetti di prevenzione e cura delle lacerazioni perineali

23

Barbara Stiacchi

Benessere intimo femminile: dalla salute del microbiota vulvovaginale alla corretta igiene intima

30

Antonella Schiavello

Assistenza al parto podalico inevitabile: competenze, sicurezza e arte ostetrica

40

Antonio Ragusa, Giovanni La Motta

L'alimentazione vegana per la donna in gravidanza: ABC sull'educare a scegliere gli alimenti sani

45

Gaia H. Pallesstrini

Assistenza ostetrica one to one al parto vaginale dopo taglio cesareo (VBAC).

55

Sicurezza e vantaggi di un travaglio di prova vs TC iterativo

Anna Paola Caruso

Violenza sessuale e abuso sui minori: fenomenologia ed evoluzione. Gli indicatori di sofferenza fisica e psichica e il ruolo dell'ostetrica/o

61

Lavinia Piani

Dalla violenza domestica, allo stalking, al femminicidio. La convenzione di Istanbul, la violenza sessuale nella Legge n. 66 sino al codice rosso Revenge Porn. Legge per gli orfani di crimini domestici.

70

Mauro Marciello

L'ostetrica e le competenze avanzate nelle droghe da stupro.

81

Elisabetta Nassa

editoriale

Antonella Marchi

Presidente AIO

Cara Collega, Caro Collega

nel 2025 la nostra Associazione Scientifica compie 15 anni di attività e questo importantissimo anniversario è stato celebrato a Roma con il 1° Congresso Nazionale, destinato a segnare una svolta nella vita della Società stessa.

Il nostro sguardo è rivolto alle Ostetriche dalla generazione Boomers ed a seguire le giovani Ostetriche e Studentesse di Ostetricia: X, Y o Millennials e Z o Centennials o Zoomers.

Ci distinguiamo per lo stile di vita, quindi le abitudini, i gusti, il modo di socializzare e di relazionarci con le nuove tecnologie ma il *leitmotiv* è sempre lo stesso, l'amore per l'ostetricia, per la nostra professione che ci permette, anzi ci privilegia, di assistere al momento più importante della vita di ogni essere umano: la nascita.

Ogni generazione di ostetriche ha rappresentato la maternità e la nascita nel suo modo: le boomers hanno vissuto il miracolo economico e si sono impegnate per la pace, attraverso i movimenti hippie hanno lottato per i diritti civili, fruendo del mezzo di comunicazione essenziale per quell'epoca: la televisione; le X purtroppo sono cresciute con un senso di precarietà, in una identità sociale e culturale non definite, una generazione di passaggio ma con una impronta ecologica forte segnata dai problemi ambientali che hanno ben saputo rappresentare, nell'attenzione ad una maternità più naturale, più attenta alle esigenze delle donne e dei bambini; le Y o Millennials connesse globalmente attraverso la tecnologia digitale hanno sviluppato sia il senso della libera professione utilizzando i social, sia il senso di insicurezza a causa della crisi finanziaria mondiale del 2007-2008 e della gig economy, dando però una svolta all'assistenza usufruendo dei social; ed infine le Z o native digitali iperconnesse già nell'infanzia, attenzionate alle questioni politiche e sociali e con una forte sensibilità per l'ambiente, per la diversità, sostengono l'equità e sono contro ogni discriminazione: l'assistenza si rivolge anche alla maternità surrogata per coppie omosessuali e per la comunità LGBTQIA+.

L'Associazione Italiana di Ostetricia è la nostra "casa", una Società Scientifica riconosciuta dal Ministero della Salute creata con i Ginecologi che ci offre l'opportunità di maturare dal punto di vista professionale e personale; siamo ormai in numerosi tavoli scientifici di sviluppo di Linee Guida e Raccomandazioni, questa Società ha cambiato la storia della nostra Professione e ci ha portato un nuovo riconoscimento sociale.

Il Congresso è stato un momento per incontrarci nuovamente e condividere le nostre conoscenze, ma anche un'*Agape* per consolidare il legame della nostra Comunità.

Le sessioni proposte hanno riguardato la nascita, ma con un tocco di attenzione all'ecologia per la riduzione degli inquinanti e per un'alimentazione più sana in gravidanza; il pavimento pelvico con le rilevanti novità terapeutiche ed una sessione dedicata all'emergente ostetricia forense circa gli abusi fisici ed emotivi compiuti su donne e bambini che le Ostetriche devono saper riconoscere, quali *first responder* nella chiamata di aiuto.

SPORT AD ALTO IMPATTO: I DANNI SUL PAVIMENTO PELVICO E COME PREVENIRLI IN TUTTE LE FASCE DI ETÀ FEMMINILE

Amanda Iadeluca*

*Ostetrica, Libera Professionista - Torino

RIASSUNTO

La prevenzione dei danni a carico del pavimento pelvico è un elemento essenziale della salute femminile in ogni fase della vita. L'ostetrica svolge un ruolo centrale nella presa in carico precoce della donna, attraverso interventi educativi, rieducativi e riabilitativi personalizzati, volti al mantenimento o al recupero dell'integrità anatomico-funzionale pelvica.

L'attività fisica rappresenta un pilastro della prevenzione e deve essere selezionata sulla base di un'attenta valutazione clinica, privilegiando discipline a basso impatto che integrino postura, respirazione e movimento. In tale ambito, la ginnastica ipopressiva — competenza avanzata dell'ostetrica — si configura come strumento efficace per ridurre la pressione addominale, migliorare il tono del core e sostenere i percorsi di salute pelvica.

Parole chiave: sport ad alto impatto – prevenzione del pavimento pelvico – fasce di età femminile - perineal card – ginnastica ipopressiva

INTRODUZIONE

L'ostetrica costituisce la figura di riferimento principale per la salute della donna in tutte le fasi della vita e riveste un ruolo fondamentale nella prevenzione dei danni e delle disfunzioni a carico del pavimento pelvico, dalla preadolescenza fino alla menopausa.

Gli interventi preventivi possono comprendere diversi strumenti e strategie, definiti sulla base del quadro clinico e dell'anamnesi specifica della donna (*Marchi A. et al., 2024; AIO-GOIPP, 2024*):

- Nel caso in cui non sia ancora presente sintomatologia, si attuano interventi di **prevenzione primaria**, finalizzati a evitare l'insorgenza di alterazioni o patologie attraverso l'educazione sanitaria, la promozione di stili di vita corretti e la correzione di eventuali comportamenti disfunzionali.
- In presenza di segni o sintomi iniziali (disfunzioni urinarie, colonproctologiche, sessuali o prolasso degli organi pelvici), si realizzano interventi educativi e rieducativi di **prevenzione secondaria**, in

collaborazione con lo specialista uroginecologo o colonproctologo, con l'obiettivo di prevenire la progressione del disturbo e l'instaurarsi della patologia.

- Qualora sia presente un disturbo conclamato, si attuano interventi riabilitativi di **prevenzione terziaria**, previo consulto specialistico uroginecologico o colonproctologico, finalizzati al recupero funzionale, al mantenimento del benessere e al miglioramento della qualità di vita della donna.

LA NUOVA PERINEAL CARD: COME MODELLARE GLI INTERVENTI IN BASE AL RISCHIO

Tutti gli interventi di natura educativa, rieducativa e riabilitativa devono essere preceduti, al momento della presa in carico della donna in qualsiasi fase del ciclo di vita e nei successivi follow-up, da un'attenta valutazione clinica pelvi-perineale. Tale valutazione deve comprendere un'anamnesi dettagliata e un esame obiettivo approfondito, al fine di delineare un quadro funzionale completo e di orientare in modo mirato la pianificazione degli interventi.

Un supporto fondamentale per la raccolta anamnestica è la **Perineal Card**, nella versione aggiornata e ampliata dall'Associazione Italiana di Ostetricia nel 2024 e disponibile sul sito dell'associazione

nella sezione dedicata al gruppo di studio GOIPP. (*AIO-GOIPP, 2024*)

Si tratta di uno strumento strutturato che consente una valutazione sistematica dei principali fattori di rischio per danni a carico del pavimento pelvico, suddivisi in categorie generali (inclusi gli sport ad alto impatto), ostetriche, uroginecologiche e colonproctologiche.

A ciascun fattore viene attribuito un punteggio ponderato in relazione al potenziale impatto sul pavimento pelvico; la somma dei punteggi determina uno score complessivo che consente di classificare la donna in una delle tre fasce di rischio. Tale classificazione orienta la presa in carico personalizzata e la definizione di interventi educativi, rieducativi e riabilitativi calibrati sulla fase di vita (preadolescenza, adolescenza, gravidanza, travaglio/parto/post-partum, puerperio e menopausa) e sui risultati dell'esame obiettivo.

Le Raccomandazioni A.I.O. (*Marchi A. et al., 2024*) sulla salute pelvica femminile definiscono tre livelli di rischio e i corrispondenti ambiti di intervento:

- **R1 (score ≤ 10):** basso rischio; indicata l'attuazione di interventi educativi nell'ambito della prevenzione primaria (*Fig.1*);
- **R2 (score 10–25):** rischio intermedio; indicata la realizzazione di interventi di prevenzione secondaria in collaborazione

con lo specialista uroginecologo o colonproctologo (Fig.2);

- **R3 (score >25):** alto rischio; indicata la

presa in carico con interventi di prevenzione terziaria, previa valutazione specialistica (Fig.3).

Fig.1



Fig.2





Fig.3

GLI SPORT A BASSO ED ALTO IMPATTO: DEFINIZIONE E DANNI A CARICO DEL PAVIMENTO PELVICO

Nel panorama scientifico nazionale e internazionale, le raccomandazioni relative alla prevenzione dei danni a carico del pavimento pelvico in relazione alla pratica sportiva risultano tuttora limitate, spesso datate e talvolta discordanti. Le Raccomandazioni dell'Associazione Italiana di Ostetricia (Marchi A. et al., 2024) rappresentano il primo documento in Italia a introdurre un focus specifico sull'educazione pelvica e sulla prevenzione delle disfunzioni pelvi-perineali in età sportiva, applicando alla pratica motoria i principi dell'anatomia e della fisiologia del pavimento pelvico, integrati con il ragionamento clinico ostetrico.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) promuove la pratica dell'attività fisica

quale determinante di salute; tuttavia, prima dell'avvio di qualsiasi disciplina sportiva, a qualunque età, è raccomandabile una valutazione funzionale del pavimento pelvico. Tale valutazione è fondamentale poiché, nelle donne con un pavimento pelvico sano e competente, l'attività sportiva non comporta effetti negativi significativi sulla funzionalità pelvi-perineale, mentre, in presenza di disfunzioni, la tipologia e l'intensità dell'esercizio devono essere attentamente valutate e individualizzate. (Marchi A. et al., 2024)

Le **discipline a basso impatto** — quali yoga, pilates, gyrotonic, nuoto, ellittica e camminata — coinvolgono i principali gruppi muscolari senza generare eccessiva pressione sul pavimento pelvico e sulle articolazioni. Queste attività privilegiano il lavoro su postura, respirazione, coordinazione, stretching e attivazione del core, migliorando

resistenza, flessibilità e salute cardiovascolare. Tali caratteristiche le rendono adatte a donne di età e livelli di condizione fisica differenti, anche in assenza di una valutazione pelvi-perineale preventiva. (Marchi A. et al., 2024)

Al contrario, gli **sport ad alto impatto** — come corsa, salti, crossfit, sollevamento pesi, equitazione, pallavolo e basket — comportano sollecitazioni ripetute e pressioni elevate sulla muscolatura pelvica e sulle strutture di sostegno, derivanti dal contatto con il suolo o da movimenti esplosivi. Se praticate in modo scorretto o eccessivo, tali discipline possono incrementare il rischio di disfunzioni del pavimento pelvico e di traumi muscolo-scheletrici. (Marchi A. et al., 2024)

PREVENZIONE E IMPORTANZA DELL'INTEGRAZIONE FRA MOVIMENTO, POSTURA E RESPIRAZIONE: GINNASTICA IPOPRESSIVA

Per la prevenzione dei danni a carico del pavimento pelvico nell'ambito sportivo, è imprescindibile che l'ostetrica possieda una conoscenza approfondita dell'integrazione tra **postura, respirazione e movimento**, nel rispetto della fisiologia. (Marchi A. et al., 2024)

La **postura** costituisce un elemento cardine della valutazione clinica della donna: atteggiamenti posturali cronici, come

antiversione o retroversione del bacino, possono aumentare il rischio di alterazioni della porzione anteriore o posteriore del pavimento pelvico. Pertanto, nell'attività sportiva, la mobilizzazione e lo stretching delle articolazioni e della muscolatura pelvi-trocanterica (glutei, ileo-psoas, otturatori, piriforme) risultano essenziali per ottimizzare l'allineamento posturale e ridurre il rischio di disfunzioni pelvi-perineali. In gravidanza, il rinforzo della muscolatura esterna contribuisce a compensare l'aumento del peso corporeo e le modifiche della postura e del baricentro; in menopausa, il rinforzo del core e della muscolatura esterna aiuta a contrastare la riduzione del tessuto connettivo e la perdita di tono muscolare.

Parimenti, la **valutazione dello schema respiratorio** della donna è cruciale, con particolare attenzione alla sinergia tra diaframma respiratorio, muscolo trasverso dell'addome e pavimento pelvico durante gli atti respiratori. Uno schema respiratorio funzionale comporta un movimento sequenziale e coordinato di torace, addome e pavimento pelvico sia in inspirazione sia in espirazione. Il mantenimento di tale schema è indispensabile per prevenire l'aumento patologico della pressione intra-addominale, che può avere effetti negativi sul pavimento pelvico.

Durante l'attività sportiva, è pertanto necessario implementare la respirazione in maniera tale da evitare l'ipercontrattilità

diaframmatica e favorire la coordinazione tra diaframma, muscolo trasverso dell'addome e pavimento pelvico. Tale obiettivo può essere perseguito mediante esercizi di respirazione consapevole, propriocezione, presa di coscienza del pavimento pelvico in diverse posizioni e tecniche di rilassamento o contrazione volontaria durante il ciclo respiratorio. (Marchi A. et al., 2024; AIO-GOIPP, 2024)

In questo contesto, la **ginnastica ipopressiva**, disciplina appartenente alle competenze ostetriche avanzate in ambito pelvico, integra posture specifiche con tecniche respiratorie finalizzate a ridurre la pressione intra-addominale e a migliorare il tono dei muscoli del core, in particolare del pavimento pelvico e del trasverso dell'addome. A differenza degli esercizi addominali tradizionali, che aumentano la pressione intra-addominale, la ginnastica ipopressiva ne favorisce la riduzione mediante la creazione del **vacuum addominale** e l'attivazione dei muscoli profondi. Questo approccio comporta benefici sul piano posturale, sul girovita, sul rinforzo del pavimento pelvico e del trasverso dell'addome, nonché nella prevenzione di problematiche quali incontinenza urinaria e diastasi addominale. (Soriano L. et al. 2014; Bernardes B.T. et al., 2012)

La disciplina è indicata in diverse fasi della vita della donna, inclusi post-parto e menopausa, e rappresenta uno strumento efficace nei percorsi educativi, rieducativi e

riabilitativi finalizzati alla salute pelvica e al benessere generale.

CONCLUSIONI

Tutti i centri dedicati alla pratica sportiva dovrebbero poter contare sulla presenza di un'ostetrica di riferimento con competenze avanzate in ambito di salute pelvi-perineale. L'inserimento di tale figura professionale all'interno dei contesti sportivi rappresenterebbe un importante passo avanti nella promozione della salute femminile, poiché consentirebbe alle donne di ogni età di accedere a informazioni qualificate e basate sull'evidenza circa la prevenzione e il mantenimento del benessere del pavimento pelvico.

La consulenza ostetrica, infatti, potrebbe integrare l'attività sportiva con un approccio clinico-preventivo personalizzato, volto a educare le donne sul corretto rapporto tra postura, respirazione e movimento, nonché a individuare precocemente eventuali fattori di rischio legati alla pratica di discipline ad alto impatto. Un'adeguata informazione e un intervento tempestivo, precedenti all'inizio o durante la pratica sportiva, ridurrebbero in modo significativo l'incidenza di disfunzioni pelvi-perineali, migliorando al contempo la performance e la qualità di vita delle donne.

In un'ottica di promozione della salute pubblica, l'integrazione dell'ostetrica nei contesti sportivi dovrebbe dunque essere considerata non solo un valore aggiunto, ma

una misura preventiva essenziale, in linea con i principi di medicina di genere e di salute pelvica femminile.

BIBLIOGRAFIA

- AIO-GOIPP. *Perineal Card – valutazione del rischio perineale*. 2024.
- Bernardes B.T., Resende A.P.M., Stüpp L., Oliveira E., Castro R. A., Jármay di Bella Z.I.K., Girão M.J.B.C., Sartori M.G.F., *Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapse in women: randomized controlled trial*. Sao Paulo Med J. 2012; 130(1):5-9.
- Marchi A., Ferracane F., Portinaro E., Gariglio G., Nassa E., Adiletta S. *Raccomandazioni nazionali A.I.O. salute pelvica femminile*. 2024.
- Soriano L., Gonzalez---Millán C., Salinero J. *Effect of an abdominal hypopressive technique (AHT) programme on the main cardiovascular risk predictor of young healthy, sedentary and nulliparous adults*. AGON International Journal of Sport Sciences. 2014; 4(1):36-45.

LA VULVA: ANATOMIA, ETIOPATOGENESI E CLINICA NELLA DONNA GINECOLOGICA E IN GRAVIDANZA

Elisabetta Portinaro *

* Ostetrica, Libera Professionista - Vercelli

RIASSUNTO

La vulva rappresenta una regione anatomica complessa e ancora oggi spesso fraintesa, nonostante il suo ruolo centrale nella funzione riproduttiva, nella sessualità e nel benessere psicofisico della donna. La scarsa educazione sessuale e la persistenza di tabù culturali alimentano disinformazione e ritardi diagnostici, specialmente nelle condizioni croniche come la vulvodinia. Questo lavoro analizza l'anatomia funzionale della vulva e del clitoride, le principali patologie associate e le modificazioni fisiologiche che avvengono nelle diverse fasi della vita femminile, dalla gravidanza alla menopausa. L'articolo propone inoltre un approccio clinico multidisciplinare per la gestione del dolore vulvare cronico e per il mantenimento della salute vulvare, sottolineando l'importanza della conoscenza anatomica per una pratica ostetrico-ginecologica più consapevole e centrata sulla donna.

Parole chiave: Vulva – Vulvodinia – Clitoride – Pavimento pelvico – Benessere sessuale

INTRODUZIONE

La vulva, parte esterna e visibile dei genitali femminili, costituisce un insieme di strutture anatomiche altamente specializzate che svolgono funzioni protettive, sessuali e psicologiche.

Nella cultura popolare, tuttavia, la vulva è ancora oggi una “perfetta sconosciuta”: miti, errate interpretazioni e scarsa educazione sessuale ne oscurano la reale importanza clinica. Confusioni terminologiche, come la sovrapposizione tra vulva e vagina, e false credenze legate all'imene e alla verginità, dimostrano quanto

sia ancora necessaria una corretta informazione scientifica.

L'obiettivo di questo lavoro è approfondire la conoscenza dell'anatomia e della fisiologia vulvare, evidenziando le implicazioni cliniche e patologiche, con particolare attenzione alla vulvodinia e alle modificazioni che interessano la donna in gravidanza e in menopausa.

ANATOMIA E FISILOGIA DELLA VULVA

La vulva comprende diverse strutture: il monte di Venere, le grandi e piccole labbra, il vestibolo vaginale, il clitoride, l'imene e le

ghiandole vulvari. Queste componenti agiscono in sinergia, garantendo protezione meccanica, sensibilità tattile e piacere sessuale. L'epitelio vulvare è riccamente vascolarizzato e innervato, caratteristica che conferisce un'elevata sensibilità ma anche una predisposizione a fenomeni irritativi e dolorosi.

Durante lo sviluppo embrionale, i genitali femminili e maschili condividono un'origine comune. Il clitoride è omologo al pene e possiede tessuto erettile, terminazioni nervose e un legamento sospensore che ne consente l'elevazione durante l'eccitazione. La sua struttura triplanare – composta da glande, corpo, radice e bulbi vestibolari – svolge un ruolo determinante nella risposta orgasmica femminile. (Graziottin, 2004)

La vulva è anche un'area di confine dal punto di vista fisiologico: il suo pH, generalmente acido (circa 5,3), contribuisce a mantenere il microbiota cutaneo e mucoso in equilibrio, interagendo con quello vaginale e intestinale. Tale equilibrio è essenziale per la difesa immunitaria e per il mantenimento di un adeguato trofismo tissutale. (Bernorio et al., 2024)

Modificazioni in gravidanza e menopausa

Durante la gravidanza, la vulva subisce modificazioni fisiologiche legate all'aumento del flusso sanguigno e alle variazioni ormonali. Si osservano aumento di volume,

variazioni di colore e possibile comparsa di varici vulvari. Questi cambiamenti, sebbene transitori, possono influenzare la percezione corporea e la vita sessuale della donna. (Murina, 2024)

In menopausa, la carenza estrogenica induce alterazioni anatomiche e funzionali note come **atrofia vulvo-vaginale**: si verifica assottigliamento dei tessuti, perdita di elasticità, riduzione della lubrificazione e modificazioni del microbiota. (Graziottin, 2024). La conseguente secchezza e il dolore durante i rapporti sessuali (dispareunia) possono essere affrontati con trattamenti locali a base di acido ialuronico, spermidina, vitamina E, ormoni topici, oltre a programmi di riabilitazione per il pavimento pelvico. (Graziottin, 2011)

VULVODINIA: EZIOPATOGENESI E QUADRO CLINICO

La vulvodinia è una condizione cronica caratterizzata da **dolore vulvare persistente, spontaneo o provocato, in assenza di cause identificabili**. Si manifesta con bruciore, irritazione, sensazione di puntura o di corpo estraneo e dispareunia, con un impatto significativo sulla qualità di vita e sulla sessualità della donna.

Le cause sono multifattoriali: si ipotizza un meccanismo di neurosensibilizzazione periferica e centrale, spesso innescato da episodi infettivi o irritativi pregressi. La

vulvodinia è frequentemente associata a disfunzioni del pavimento pelvico, tra cui ipertono muscolare e scarso controllo contrattile, evidenziabili con indagini ecografiche o valutazioni cliniche. (Dionisi et al. 2010)

La diagnosi richiede un'accurata anamnesi, un esame obiettivo dettagliato (incluso lo *swab test*) e la valutazione del trofismo vestibolare.

L'approccio terapeutico deve essere personalizzato e multidisciplinare, comprendendo terapia farmacologica topica o sistemica, fisioterapia pelvica, supporto psicologico e interventi educativi sugli stili di vita. (Di Benedetto et al. 2009)

L'intervento integrato permette di affrontare le molteplici dimensioni del dolore cronico, migliorando la funzionalità muscolare, la risposta sessuale e la qualità di vita.

Tecniche di rilassamento, respirazione diaframmatica, massaggi perineali e terapie strumentali come radiofrequenza o laser rigenerativo completano l'approccio terapeutico. (Murina, 2024)

CONCLUSIONI

La vulva costituisce una struttura anatomo-funzionale di primaria rilevanza per la salute sessuale e riproduttiva femminile. Un'approfondita conoscenza della sua morfologia, della sua fisiologia e delle sue interazioni neuroendocrine e biomeccaniche è fondamentale per l'identificazione precoce di segni e sintomi di disfunzione e per

l'impostazione di percorsi diagnostico-terapeutici appropriati. L'integrazione tra evidenze scientifiche, competenze cliniche e un approccio centrato sulla persona consente di promuovere consapevolezza corporea, tutela della salute vulvare e miglioramento complessivo del benessere e della qualità di vita della donna.

BIBLIOGRAFIA

- Bernorio R. *Anatomia funzionale: la vulva, il perineo, il pavimento pelvico, i muscoli pelvirocaterici*. Materiale didattico del Workshop Intensivo Forø&Med, Milano, 2024.
- Di Benedetto P., Bø K., Stephenson R. *Riabilitazione del pavimento pelvico*. Elsevier-Masson, Milano, 2009.
- Dionisi B., Murina F., Puliatti M. *La vulvodinia. Linee di indirizzo per la gestione diagnostica e terapeutica*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2010.
- Graziottin A., Gambini D. *The clitoris: a unified structure. Histology of the clitoral glans, body, crura and bulbs*. Urodinamica – Neurourology, Continence and Pelvic Floor. 2004;14(2):127-XX. Editrice Kurtis, Milano
- Graziottin A., Donini M. *La salute della vulva. Le funzioni della spermidina*. Fondazione Alessandra Graziottin & AIV Onlus, Milano, 2024.

- Graziottin A., Murina F. *Vulvodinia. Strategie di diagnosi e cura*. Springer Verlag Italia, Milano, 2011.
- Murina F. *La vulvodinia e le sindromi da dolore vulvare persistente*. Corso di Formazione – Modulo 1. Materiale formativo, Milano, 11 maggio 2024.

DOLORE PELVICOCRONICO: EZIOPATOGENESI, DIAGNOSI E CLINICA

Filomena Ferracane *

* Ostetrica, Libera Professionista - Potenza

RIASSUNTO

Il dolore pelvico cronico (DPC) rappresenta una condizione complessa e multifattoriale che può derivare da cause biologiche, psicosessuali, relazionali e neurologiche. Il DPC è definito come un dolore ciclico o non ciclico, persistente per oltre sei mesi, localizzato nella pelvi anatomica e sufficientemente grave da causare disabilità funzionale, richiedendo interventi medici o chirurgici. Il DPC è una sindrome complessa che richiede un approccio diagnostico completo e personalizzato, una terapia multimodale e una stretta collaborazione multidisciplinare per migliorare la qualità della vita delle pazienti e gestire il dolore a lungo termine.

Parole chiave: Dolore pelvico cronico – Dolore nocicettivo -Dolore neuropatico – Diagnosi differenziale

INTRODUZIONE

Il dolore pelvico cronico (DPC) è una condizione multifattoriale in cui interagiscono componenti biologiche, psicosessuali e relazionali. Tra i principali meccanismi fisiopatologici sono descritti l'iperattivazione mastocitaria, l'ipertono della muscolatura del pavimento pelvico e i processi di sensibilizzazione centrale. Un ruolo determinante è svolto dalla neuroplasticità, ovvero la capacità del sistema nervoso di modificare la propria struttura e funzione in risposta a stimoli e condizioni persistenti: tali adattamenti contribuiscono alla cronicizzazione e all'amplificazione della percezione dolorosa.

Il quadro clinico può evolvere da un dolore nocicettivo, correlato a un danno o a un'irritazione tissutale, a un dolore neuropatico, caratterizzato da un'alterazione autonoma del sistema nervoso. In questa progressione si osserva un incremento della sensibilizzazione e un possibile coinvolgimento multisistemico di diversi organi pelvici. (*Graziottin A. et al., 2004*)

La diagnosi differenziale è fondamentale per individuare l'origine del dolore ed escludere patologie ginecologiche (come endometriosi, adenomiosi o fibromi uterini) e condizioni colonproctologiche (quali sindrome dell'intestino irritabile, ragadi anali o fistole).

La gestione del DPC richiede un approccio multidisciplinare che integri competenze di

ginecologia, urologia, proctologia, fisioterapia, psicologia e altre figure specialistiche.

Le opzioni terapeutiche includono tecniche manuali, fisiokinesiterapia, dispositivi elettromedicali (TENS, biofeedback, PTNS, radiofrequenza), ossigenoterapia e metodiche innovative come l'elettroporazione e gli ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU). L'obiettivo complessivo è ridurre la sintomatologia dolorosa, migliorare la funzionalità muscolare e favorire i processi di riparazione e rigenerazione tissutale. (Bachmann G.A. et al., 2006)

IL RUOLO CRUCIALE DELLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

La diagnosi del dolore pelvico cronico (DPC) richiede un approccio integrato e personalizzato, basato su anamnesi dettagliata, esame clinico, valutazioni strumentali e collaborazione multidisciplinare.

L'**anamnesi** rappresenta il primo step fondamentale nella valutazione del DPC. Devono essere raccolti dati relativi a insorgenza, durata, localizzazione, intensità e caratteristiche del dolore, fattori scatenanti, sintomi associati e impatto sulla qualità della vita, comprese le attività quotidiane, lavorative e sessuali.

È essenziale escludere patologie con sintomatologia sovrapponibile, tra cui:

- Ginecologiche: endometriosi, adenomiosi, fibromi uterini, cisti ovariche, prolasso

degli organi pelvici, malattia infiammatoria pelvica (PID). (Stevens J.L. et al., 2021)

- Colonproctologiche: sindrome dell'intestino irritabile (IBS), malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), stipsi cronica, ragadi anali, proctalgia *fugax*, fistole anali. (Stevens J.L. et al., 2021)

La complessità del dolore pelvico cronico richiede un **approccio multispecialistico**, che integri le competenze di ginecologia, urologia, proctologia, fisioterapia e psicologia, al fine di identificare in modo completo i fattori multifattoriali responsabili della sintomatologia e ottimizzare l'efficacia del trattamento.

La **valutazione clinica e strumentale** riveste un ruolo cruciale nella diagnosi differenziale del DPC e comprende:

- Esame obiettivo: individuazione di punti dolorosi locali (*tender points*) e irradiati (*trigger points*);
- Biopsie tissutali: analisi per rilevare infiltrazioni mastocitarie o segni di neuroinfiammazione;
- Indagini strumentali: ecografia, risonanza magnetica e endoscopia, finalizzate all'esclusione di patologie organiche correlate.

Infine, la **valutazione funzionale** rappresenta un elemento fondamentale nella diagnosi del DPC, poiché consente di identificare disfunzioni che contribuiscono alla cronicizzazione del dolore.

Essa prevede un'analisi integrata della funzione muscolare, intestinale, vescicale e sessuale, permettendo di identificare schemi disfunzionali specifici, orientare interventi terapeutici mirati e valutare in modo sistematico l'efficacia delle strategie multidisciplinari.

LA FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE PELVICO CRONICO

L'eziopatogenesi del dolore pelvico cronico comprende l'insieme delle cause e dei meccanismi fisiopatologici che ne determinano insorgenza, cronicizzazione e progressione. Tra le principali cause sono riconoscibili:

- **Ginecologiche:** vulvodinia, endometriosi, adenomiosi, varicocele pelvico, infiammazione pelvica cronica;
- **Sessuali:** dispareunia, vaginismo;
- **Gastrointestinali:** sindrome dell'intestino irritabile, morbo celiaco, diverticolite e diverticolosi, stipsi ostruttiva, ragadi anali;
- **Genitourinarie:** sindrome della vescica dolorosa/cistite interstiziale, cistiti ricorrenti, uretrocistalgia;
- **Miofasciali:** mialgia del pavimento pelvico, ipertono muscolare;
- **Neurologiche:** sindromi da intrappolamento dei nervi addominali;
- **Psicosomatiche:** traumi psicologici o emotivi, abusi, parti o aborti traumatici, procedure invasive per infertilità, ansia, stress, fattori emotivi che modulano la percezione del dolore

- **Scheletriche:** ernie inguinali o addominali. (*Pukall C. et al., 2005*)

Dal punto di vista fisiopatologico, il DPC è sostenuto da una complessa interazione di meccanismi periferici e centrali.

L'attivazione periferica è caratterizzata da **stimoli nocicettivi cronici** che attivano recettori come TRPV1 e P2X3, con conseguente rilascio di mediatori pro-infiammatori (bradichinina, prostaglandine).

Questo stimolo persistente promuove una **sensibilizzazione centrale**, con iperattività dei neuroni spinali, alterata modulazione del dolore e ridotta inibizione discendente.

Tali processi sono resi possibili dalla plasticità neurale, cioè la capacità del sistema nervoso centrale di modificazioni strutturali a livello del midollo spinale e di aree encefaliche coinvolte nella percezione del dolore, come l'amigdala. (*Bachmann G.A. et al., 2006; Bornstein J., 2004*)

A livello locale, l'infiammazione neurogena gioca un ruolo chiave: la degranolazione dei mastociti innesca proliferazione delle terminazioni nervose nocicettive.

I mastociti, elementi essenziali del sistema immunitario, producono il Nerve Growth Factor (NGF), che stimola la crescita delle terminazioni nervose e contribuisce all'**iperalgesia**, amplificando la percezione del dolore. (*Baggish MS. et al, 1995; Graziottin A., 2009*)

DOLORE NOCICETTIVO E DOLORE NEUROPATICO

Il dolore nocicettivo e il dolore neuropatico si distinguono per origine, meccanismi fisiopatologici e caratteristiche cliniche. Il dolore nocicettivo origina dalla stimolazione dei nocicettori periferici presenti in tessuti come muscoli, visceri, pelle e ossa. È conseguenza di danni o irritazioni tissutali, tra cui infiammazione, tensione muscolare, ischemia o lesioni traumatiche. Clinicamente, il dolore nocicettivo è generalmente ben localizzato e può essere descritto come acuto, pulsante, crampiforme o sordo. Funziona come un meccanismo di allarme fisiologico, con ruolo protettivo, orientando l'organismo a evitare ulteriori lesioni. (*Baggish MS. et al, 1995*)

Il dolore neuropatico, invece, è determinato da lesioni o disfunzioni del sistema nervoso periferico o centrale. Le sue cause comprendono danni o compressioni nervose, sensibilizzazione centrale, alterazioni strutturali del sistema nervoso (neuroplasticità) e processi di neuroinfiammazione. Il dolore neuropatico è spesso percepito come bruciore, formicolio, parestesie, scosse elettriche o iperalgesia, ed è caratterizzato dall'assenza di funzione protettiva, potendo evolvere in una condizione patologica autonoma, indipendente dagli stimoli iniziali. (*Graziottin A., 2009*)

Nel dolore pelvico cronico (DPC) è frequente la coesistenza di componenti nocicettive e

neuropatiche, generando un quadro clinico complesso. Ad esempio, un dolore inizialmente nocicettivo, associato a infiammazione o tensione muscolare, può evolvere in neuropatico a seguito della persistenza degli stimoli dolorosi. Processi di sensibilizzazione centrale e neuroplasticità possono abbassare la soglia del dolore, determinando iperattività del sistema nervoso e amplificazione della percezione algica. (*Graziottin A. et al, 2004*)

In sintesi, il dolore nocicettivo è correlato a danni tissutali e riveste una funzione protettiva, mentre il dolore neuropatico deriva da alterazioni del sistema nervoso e può manifestarsi come condizione patologica autonoma. Nel DPC, la frequente interazione tra i due tipi di dolore rende necessario un approccio terapeutico mirato, multidisciplinare e personalizzato. (*Pukall C. et al., 2002*)

IL RUOLO DELL'OSTERICA NELLA RIABILITAZIONE DEL DOLORE PELVICO CRONICO

Nel contesto di un approccio personalizzato e multidisciplinare, il trattamento pelvi-perineale si è dimostrato efficace nel modulare la percezione del dolore, migliorare la funzionalità muscolare e favorire il recupero del benessere globale delle pazienti. L'intervento rieducativo e riabilitativo condotto dall'ostetrica costituisce una componente centrale nella gestione del dolore pelvico cronico (DPC), con l'obiettivo di

ottimizzare la funzione muscolare, ridurre l'ipertono e la tensione dei tessuti e modulare i segnali dolorosi a livello sia intrapelvico sia extrapelvico, attraverso l'integrazione di strategie terapeutiche mirate e specifiche.

Le principali tecniche includono:

- **Trattamento dei trigger points:** identificazione e rilascio dei punti di ipertono muscolare che possono generare dolore irradiato. Nel DPC, questi sono frequentemente localizzati nell'elevatore dell'ano, vicino alla spina ischiatica, e possono irradiarsi verso pelvi e genitali esterni. Il rilascio avviene mediante pressione manuale e manipolazione specifica. (*Aredo JV., 2017*)
- **Massaggio miofasciale:** applicato ai muscoli del pavimento pelvico e ai tessuti connettivi circostanti, con l'obiettivo di ridurre la tensione muscolare, migliorare la circolazione e modulare processi infiammatori locali. (*Aredo JV., 2017*)
- **Mobilizzazione articolare:** tecniche per migliorare la mobilità di articolazioni del cingolo pelvico, della colonna vertebrale e delle anche, al fine di ridurre tensioni riferite e favorire il corretto allineamento posturale. (*Neville CE., 2012*)
- **Trattamento intracavitario:** manipolazione interna dei muscoli del pavimento pelvico attraverso approcci vaginali o rettali, utile per ridurre l'ipertono, migliorare la coordinazione muscolare e alleviare il dolore.

- **Stretching e rilassamento muscolare:** esercizi mirati a migliorare flessibilità, ridurre rigidità muscolare e favorire il rilassamento del pavimento pelvico.
- **Biofeedback:** monitoraggio dell'attività muscolare per favorire il rilassamento del pavimento pelvico e l'ottimizzazione della funzione muscolare. (*Pukall C. et al., 2002*)

Il trattamento manuale non si limita all'intervento diretto sul pavimento pelvico, ma include anche la modulazione dei gruppi muscolari adiacenti, quali la muscolatura del cingolo pelvico (glutei, muscoli della parete addominale inferiore e muscolatura degli arti inferiori) e i muscoli lombari e spinali. L'integrazione di queste aree nel trattamento è fondamentale per ottimizzare l'allineamento posturale e ridurre le tensioni miofasciali che possono contribuire alla persistenza del dolore pelvico.

Il trattamento manuale rappresenta un elemento cardine nella gestione multidimensionale del dolore pelvico cronico. Esso agisce direttamente sul tessuto muscolare e connettivale, favorendo il rilascio delle tensioni, migliorando la mobilità dei tessuti e modulando i meccanismi neurofisiologici della percezione del dolore. Quando integrato con altre modalità terapeutiche, quali la fisioterapia riabilitativa, gli esercizi specifici e il supporto psicologico, il trattamento manuale può determinare un miglioramento clinicamente significativo

della sintomatologia e della qualità di vita delle pazienti. (Neville CE., 2012)

A supporto del percorso riabilitativo, possono essere impiegate terapie strumentali complementari, tra cui elettrostimolazione nervosa transcutanea (TENS), stimolazione del nervo tibiale posteriore (PTNS), radiofrequenza, ossigenoterapia ad alta concentrazione, elettroporazione e ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU, High Intensity Focused Ultrasound). (Bergeron S. 2001)

BIBLIOGRAFIA

- Aredo JV., Heyrana KJ., Karp BI. Et al. *Relating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction*. Semin Reprod Med. 2017 Jan;35(1):88-97.
- Bachmann GA, Rosen R, Pinn VW, et al. *Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management*. J Reprod Med. 2006 Jun;51(6):447-56.
- Baggish MS., Miklos JR. *Vulvar pain syndrome: a review*. Obstet Gynecol Surv. 1995 Aug;50(8):618-27
- Bergeron S., Binik YM., Khalifé S. et al., *A randomized comparison of group cognitive--behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis*. Pain. 2001 Apr;91(3):297-306.
- Bornstein J., Goldschmid N., Sabo E. *Hyperinnervation and mast cell activation may be used as histopathologic diagnostic criteria for vulvar vestibulitis*. Gynecol Obstet Invest. 2004;58(3):171-8.
- Graziottin A, Brotto LA. *Vulvar vestibulitis syndrome: a clinical approach*. J Sex Marital Ther. 2004 May-Jun;30(3):125-39.
- Graziottin A. *Mast cells and their role in sexual pain disorders*. In: Goldstein A, Pukall C, Goldstein I, editors. *Female sexual pain disorders: evaluation and management*. Oxford: Blackwell Publishing; 2009. p. 176–9.
- Neville CE., Fitzgerald CM., Mallinson T. et al. *A preliminary report of musculoskeletal dysfunction in female chronic pelvic pain: a blinded study of examination findings*. J Bodyw Mov Ther. 2012 Jan;16(1):50-6.
- Pukall C, Lahaie M, Binik Y. *Sexual pain disorders: etiologic factors*. In: Goldstein I, Meston CM, Davis S, Traish A, editors. *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment*. 1st ed. London: CRC Press; 2005.
- Pukall CF., Binik YM., Khalifé S. et al., *Vestibular tactile and pain thresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome*. Pain. 2002 Mar;96(1-2):163-75.

- Stevans JM, Delitto A, Khoja SS, et al.
*Risk Factors Associated With Transition
From Acute to Chronic Low Back Pain in
US Patients Seeking Primary Care.*
JAMA Netw Open. 2021 Feb
1;4(2):e2037371.

PREPARAZIONE DEL PERINEO AL TRAVAGLIO ED AL PARTO: ASPETTI DI PREVENZIONE E CURA DELLE LACERAZIONI PERINEALI

Barbara Stiacci*

* Ostetrica, Libera Professionista - Roma

RIASSUNTO

Il pavimento pelvico subisce modificazioni significative in gravidanza, aumentando il rischio di indebolimento muscolare e traumi ostetrici. La valutazione funzionale tra II e III trimestre consente di identificare limitazioni o patologie e programmare interventi preventivi o terapeutici. La prevenzione primaria comprende controllo ponderale, igiene, esercizi di rinforzo del pavimento pelvico e, previa valutazione, massaggio perineale dalla 32^a settimana; in caso di ipovalidità o sintomi, si ricorre a riabilitazione domiciliare o ambulatoriale, mentre nei casi patologici sono indicati percorsi terapeutici personalizzati. Il massaggio perineale antenatale riduce episiotomie, lacerazioni di alto grado e durata della seconda fase del travaglio, con evidenze più solide nelle primipare. Durante il travaglio, tempi fisiologici, gestione controllata della spinta, posizioni attive e tecniche manuali protettive riducono il rischio di trauma. La diagnosi precoce delle lacerazioni post-partum e un follow-up strutturato sono essenziali per identificare e trattare tempestivamente eventuali disfunzioni persistenti.

Parole chiave: Prevenzione – Pavimento pelvico – Massaggio perineale – Perineal card

INTRODUZIONE

Il pavimento pelvico materno è sottoposto a sollecitazioni crescenti durante la gravidanza e il parto. L'aumento del volume uterino e del peso fetale, associato agli adattamenti posturali – tra cui lo spostamento del baricentro, le modificazioni della lordosi lombare e i cambiamenti nella dinamica muscolo-scheletrica – determina un incremento delle forze che agiscono sui

muscoli perineali e sui sistemi di continenza. Questi adattamenti biomeccanici si accompagnano a modificazioni del tono muscolare e della capacità di rilassamento del pavimento pelvico, con un possibile progressivo indebolimento del complesso muscolare perineale nel corso della gestazione.

Sebbene tali modificazioni siano fisiologiche, esse aumentano la vulnerabilità a disfunzioni

pelvi-perineali e a traumi ostetrici, soprattutto nelle primipare e in presenza di fattori di rischio associati.

L'articolo si propone di fornire una panoramica integrata delle pratiche di valutazione, prevenzione e trattamento del perineo in epoca antenatale, intrapartum e post-partum. Particolare attenzione è dedicata alle evidenze scientifiche relative al massaggio perineale antenatale, alla gestione del pavimento pelvico durante il travaglio e al follow-up post-partum, con l'obiettivo di ottimizzare la funzione muscolare, ridurre il rischio di trauma ostetrico e migliorare il benessere complessivo delle pazienti.

VALUTAZIONE CLINICA E FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO IN GRAVIDANZA

Si raccomanda di eseguire una prima valutazione funzionale del pavimento pelvico all'inizio del secondo trimestre, con una rivalutazione all'inizio del terzo trimestre. La valutazione dovrebbe comprendere:

- **Anamnesi generale e ostetrica**, con particolare attenzione alla funzione minzionale, intestinale e sessuale;
- **Esame obiettivo**, valutando consapevolezza, tono e coordinazione dei muscoli del pavimento pelvico;
- **Test funzionali**, come la Scala di Oxford, per misurare la forza fasica e tonica del complesso perineale;

- **Indagini strumentali**, se clinicamente indicate;
- **Definizione della diagnosi presunta** e pianificazione degli obiettivi terapeutici e del follow-up.

Sulla base dei risultati della valutazione, possono essere identificati tre quadri funzionali principali:

1. Condizione fisiologica

- *Caratteristiche*: pavimento pelvico normotonico, buona consapevolezza, punteggi PC fasico e tonico pari a 3, assenza di sintomi.
- *Interventi*: promozione di buone pratiche, educazione e insegnamento di esercizi di mantenimento (*Kegel*).

2. Condizione limite (ipovalidità muscolare lieve)

- *Caratteristiche*: buona consapevolezza, punteggi PC fasico e tonico 1–2, assenza di sintomi.
- *Interventi*: prevenzione secondaria mediante programmi domiciliari personalizzati, monitoraggio e follow-up ambulatoriale.

3. Condizione patologica

- *Caratteristiche*: pavimento pelvico ipotonico o ipertonico, scarsa consapevolezza, punteggi PC fasico/tonico 0–1, presenza di sintomi pelvi-perineali.
- *Interventi*: percorsi riabilitativi ambulatoriali personalizzati, finalizzati al ripristino funzionale prima del parto,

se possibile, o a interventi immediati nel puerperio.

Indipendentemente dai risultati della valutazione funzionale, è fondamentale mettere sempre in atto le **misure di prevenzione primaria**, volte a ridurre i fattori di rischio modificabili e a promuovere la consapevolezza corporea. Queste includono educazione alimentare e controllo del peso per prevenire obesità; igiene personale adeguata e indicazioni comportamentali, come urinare prima dei rapporti e evitare esercizi che comportino il “bloccare” la minzione; limitazione del sollevamento di carichi eccessivi; partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita per promuovere conoscenze pratiche e strategie di coping; e, dopo valutazione, insegnamento degli esercizi di Kegel e, a partire dalle 32 settimane, del massaggio perineale o auto-massaggio per preparare i tessuti al travaglio. Tali interventi sono volti non solo a ridurre il rischio di lesioni perineali, ma anche a migliorare la funzionalità muscolare e la consapevolezza del pavimento pelvico. (Fondazione Confalonieri Ragonese, 2024)

MASSAGGIO PERINEALE ANTENATALE: TECNICA E PRATICHE CONSIGLIATE

Le evidenze scientifiche supportano l'efficacia del massaggio perineale antenatale nel ridurre il rischio di traumi perineali e di episiotomia, migliorare la guarigione dei

tessuti e ridurre il dolore postpartum. Studi randomizzati, come quello di Beckmann e Garrett su 2.434 primipare, hanno evidenziato una riduzione significativa delle lacerazioni rispetto ai gruppi di controllo, mentre revisioni sistematiche e metanalisi riportano una diminuzione delle episiotomie e delle lacerazioni di III–IV grado, minor durata della seconda fase del travaglio e miglioramento dei punteggi di Apgar. (Ugwu EO. et al, 2018; Beckmann MM. et al., 2006; Abdelhakim AM. et al, 2020; Aquino CI. et al, 2020);

La Cochrane Review aggiornata conferma questi benefici, soprattutto nelle primipare, pur sottolineando la variabilità metodologica degli studi e la necessità di protocolli standardizzati. (Beckmann MM. et al., 2013)

Sulla base di queste evidenze, il massaggio perineale antenatale, raccomandato a partire dalla 32^a settimana di gestazione, rappresenta un intervento preventivo mirato ad aumentare l'elasticità dei tessuti perineali e a ridurre il rischio di trauma durante il parto.

La tecnica, che può essere eseguita come auto-massaggio o con il supporto del partner, deve essere insegnata dopo una valutazione funzionale del pavimento pelvico e comprende le seguenti fasi: igiene accurata delle mani e dei tessuti perineali, applicazione di un olio vegetale neutro e nutriente; inserzione dei pollici appena all'interno della vagina sulla parete posteriore, con appoggio degli indici sui glutei; esercizio di pressione

delicata verso il retto e lateralmente fino a percepire un leggero stiramento o bruciore, mantenuta per 1–2 minuti; massaggio della metà inferiore della vagina con movimento a “U” per 2–3 minuti, alternando momenti di riposo con respirazione profonda e rilassamento muscolare.

È essenziale fornire indicazioni precise sulla frequenza e sul timing del massaggio, garantendo l’esecuzione corretta della tecnica. Questo intervento, oltre a ridurre il rischio di lesioni perineali, favorisce lo sviluppo della consapevolezza corporea e il mantenimento della funzionalità muscolare del pavimento pelvico, contribuendo a una preparazione ottimale dei tessuti per il travaglio e migliorando gli esiti ostetrici complessivi.

PREVENZIONE DEI TRAUMI PERINEALI IN TRAVAGLIO

Durante il secondo stadio del travaglio, il perineo è sottoposto a elevate sollecitazioni meccaniche derivanti dallo stiramento dei tessuti e dalla pressione esercitata dalla testa fetale, rendendolo particolarmente suscettibile a lesioni.

L’identificazione dei principali fattori di rischio è cruciale per pianificare una gestione clinica mirata: tra questi figurano nulliparità (RR 6,97), macrosomia fetale (>4 kg), presentazione occipito posteriore, prolungamento del secondo stadio (>2 ore), distocia delle spalle, parto vaginale strumentale (forcipe o ventosa) e alcune

variabili etniche documentate. (*Hu Y. Et al., 2023; Pergialiotis V. et al., 2020*)

Per minimizzare i traumi perineali, le linee guida raccomandano di rispettare la dilatazione completa prima dell’inizio della spinta, attendere l’attivazione spontanea del riflesso di Ferguson e favorire premiti naturali, evitando spinte forzate non fisiologiche. (*Fondazione Confalonieri Ragonese, 2024*)

È inoltre indicato seguire il ritmo naturale della spinta, adottare posizioni materne favorevoli (supina laterale, carponi, verticali o in libertà sotto supervisione ostetrica), limitare esplorazioni vaginali ripetute e stiramenti passivi dei tessuti, utilizzare compresse calde e fornire supporto manuale controllato della testa fetale, evitando trazioni o manovre inappropriate durante espulsione e secondamento. (*Fondazione Confalonieri Ragonese, 2024*)

L’integrazione tra valutazione dei fattori di rischio e gestione rispettosa delle dinamiche fisiologiche del travaglio costituisce un approccio essenziale per prevenire lesioni, ottimizzare gli esiti ostetrici e preservare la funzionalità pelvi-perineale a lungo termine. (*Fondazione Confalonieri Ragonese, 2024b*)

GESTIONE CLINICA DELLE LACERAZIONI PERINEALI

L’incidenza complessiva dei traumi perineali è elevata, interessando circa l’85% delle donne, mentre le lesioni sfinteriali anali

presentano una prevalenza variabile, con mediana intorno al 2,9% nei report disponibili.

Quando le lacerazioni si verificano, la classificazione moderna consente di definire la gravità in base al coinvolgimento del complesso sfinteriale:

- **lesioni di I grado** interessano solo cute e mucosa perineale;
- **lesioni di II grado** coinvolgono i muscoli perineali senza interessamento dello sfintere;
- **lesioni di III grado** comprendono il complesso sfinterico anale con sottotipizzazione in 3a (<50% dello spessore dello sfintere esterno), 3b (>50%) e 3c (sfintere esterno e interno);
- **lesioni di IV grado** coinvolgono sia il complesso sfinteriale sia la mucosa anale.

La gestione richiede diagnosi precoce, esposizione adeguata della lesione, analgesia appropriata, esame vaginale e rettale, palpazione dello sfintere anale e valutazione della contrazione volontaria.

La riparazione tempestiva delle lesioni sfinteriali è fondamentale per ridurre il rischio di incontinenza anale e sequele a lungo termine, e l'identificazione dei capi muscolari può richiedere esperienza clinica e, se necessario, supporto strumentale.

GESTIONE DEL PUERPERIO E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

Il puerperio rappresenta un momento cruciale per identificare donne a rischio o con disfunzioni pelvi-perineali (incontinenza urinaria, prolasso, incontinenza anale, dolore). Durante la degenza, l'ostetrica dovrebbe:

- Sorvegliare le suture, gli edemi, eventuali sanguinamenti e complicanze emorroidarie.
- Promuovere mobilitazione precoce e esercizi di movimento perineale, evitando Kegel intensi nelle prime ore se non indicati.
- Favorire corrette pratiche igieniche, prevenzione della stipsi mediante dieta e idratazione adeguate e corretto svuotamento vescicale.
- Limitare il sollevamento di pesi e sconsigliare l'uso di pancere a strappo.
- Fornire indicazioni su posizioni per l'allattamento che non aggravino il perineo.

Strumenti come la **Perineal Card** possono essere utilizzati per valutare i fattori di rischio individuali e indirizzare le pazienti verso percorsi riabilitativi mirati, garantendo un follow-up personalizzato e tempestivo. (*AIO-GOIPP, 2024*)

La **tecnica respiratoria FIT** (*Functional Integration Training*) si basa su un pattern respiratorio controllato che combina espirazione completa, apnea espiratoria,

espansione costale e attivazione muscolare coordinata. Questa modalità respiratoria favorisce il rilassamento del diaframma, modulando la pressione intra-addominale e stimolando un'attivazione riflessa della parete addominale e del pavimento pelvico. Nel periodo puerperale, la FIT può essere impiegata come esercizio complementare alla riabilitazione pelvi-perineale per diverse finalità:

- Riequilibrio della pressione intra-addominale: la regolazione della pressione addominale durante l'espirazione controllata riduce lo stress sui tessuti perineali e sull'apparato sfinteriale, supportando la guarigione post-partum.
- Stimolazione della motilità intestinale: l'attivazione ritmica del diaframma e della parete addominale favorisce la peristalsi, contribuendo alla prevenzione della stipsi, un fattore che può compromettere la cicatrizzazione perineale.
- Rafforzamento riflesso del pavimento pelvico: la co-contrazione involontaria dei muscoli perineali durante la respirazione facilita il recupero del tono e della coordinazione muscolare senza sovraccaricare i tessuti.
- Supporto viscerale e posturale: il lavoro integrato su diaframma, addome e pavimento pelvico migliora il sostegno degli organi pelvici, la postura e la funzione viscerale complessiva.

- Effetto neurofisiologico: la tecnica sfrutta il collegamento tra respirazione e sistema nervoso autonomo, contribuendo al rilassamento generale, alla modulazione del dolore e alla riduzione dello stress psicofisiologico nel puerperio.

Grazie a queste caratteristiche, la FIT può essere integrata in programmi di riabilitazione post-partum, soprattutto nei casi di ipotono o iperattività muscolare del pavimento pelvico, per ottimizzare la funzionalità viscerale, ridurre i rischi di disfunzioni e favorire un recupero più efficace e fisiologico. (*Fondazione Confalonieri Ragonese, 2024b*)

RACCOMANDAZIONI

PRATICHE E CONCLUSIONI

Le evidenze indicano che interventi semplici e a basso costo — quali il massaggio perineale antenatale, l'educazione al controllo del peso, gli esercizi di consapevolezza perineale e la gestione rispettosa del secondo stadio del travaglio — possono ridurre la frequenza e la gravità dei traumi perineali. È fondamentale personalizzare l'approccio sulla base della valutazione funzionale precoce.

Le linee guida, come la *RCOG Green-top Guideline No. 29*, sottolineano l'importanza della diagnosi tempestiva e della riparazione adeguata delle lacerazioni sfinteriali per prevenire sequele a lungo termine. (*RCOG, 2015*)

Nonostante i dati favorevoli, la variabilità dei protocolli di massaggio perineale e le

differenze metodologiche tra gli studi evidenziano la necessità di armonizzare le tecniche e di condurre ulteriori trial randomizzati con follow-up a lungo termine su esiti quali incontinenza, dolore sessuale e qualità di vita. Studi volti a valutare l'efficacia di programmi integrati, ad esempio combinando la Perineal Card con percorsi riabilitativi, e a indagare l'impatto delle diverse posizioni del parto sulle lacerazioni, forniranno ulteriori elementi per ottimizzare le pratiche cliniche.

BIBLIOGRAFIA

- Abdelhakim AM., Eldesouky E., Elmagd IA. et al. *Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Int Urogynecol J. 2020 Sep;31(9):1735-1745.
- AIO-GOIPP. *Perineal Card – valutazione del rischio perineale*. 2024.
- Aquino CI., Guida M., Saccone G. et al. *Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. J Matern Fetal Neonatal Med. 2020 Mar;33(6):1051-1063.
- Beckmann MM, Garrett AJ. *Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma*. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD005123.
- Beckmann MM, Stock OM. *Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma*. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;2013(4):CD005123.
- Fondazione Confalonieri Ragonese. SIGO, AOGOI, AGUI *Raccomandazioni su prevenzione, riconoscimento e cura del trauma perineale ostetrico*; 2024a Apr 20
- Fondazione Confalonieri Ragonese. SIGO, AOGOI, AGUI *Raccomandazioni su prevenzione, riconoscimento e cura del trauma perineale ostetrico. Versioni integrali capitolo 5 e 14*; 2024b Apr 20
- Hu Y., Lu H., Huang Q. et al. *Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth: A systematic review and meta-analysis of cohort studies*. J Clin Nurs. 2023 Jul;32(13-14):3248-3265.
- Pergialiotis V., Bellos I., Fanaki M. et al. *Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020 Apr; 247:94-100.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The management of third- and fourth-degree perineal tears. Green-top Guideline No. 29*. London: RCOG; June 2015.
- Ugwu EO., Ifeikigwe ES., Obi SN. Et al. *Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial*. J Obstet Gynaecol Res. 2018 Jul;44(7):1252-1258.

BENESSERE INTIMO FEMMINILE: DALLA SALUTE DEL MICROBIOTA VULVOVAGINALE ALLA CORRETTA IGIENE INTIMA

Antonella Schiavello*

* Ostetrica, Libera Professionista - Monza Brianza

RIASSUNTO

Il microbiota vaginale è costituito da un insieme complesso di microrganismi, tra cui batteri, funghi e virus. In condizioni di eubiosi, la popolazione batterica benefica predomina sia in termini quantitativi sia funzionali rispetto ai microrganismi patogeni. Qualsiasi fattore in grado di alterare questo equilibrio può determinare una disbiosi, condizione che può agire come causa o concausa di patologie dell'apparato genitale e, indirettamente, di disturbi in altri sistemi, influenzando negativamente la salute generale della donna. Tra i componenti principali del microbiota vaginale, i lattobacilli svolgono un ruolo cruciale, contribuendo a mantenere il pH acido dell'ambiente vaginale, producendo molecole antimicrobiche come batteriocine e perossido d'idrogeno e competendo con i patogeni per nutrienti e spazio sull'epitelio. L'igiene intima rappresenta un fattore determinante nel favorire o ostacolare l'eubiosi: l'uso di detergenti specifici caratterizzati da tensioattivi delicati, pH acido adeguato (variabile tra 3,5 e 5,5 in base all'età) e ingredienti che rispettano e supportano il microbiota, come i postbiotici, è fondamentale. I postbiotici, sostanze derivanti dalla fermentazione di probiotici, presentano vantaggi significativi in termini di sicurezza, stabilità, efficacia, persistenza e capacità di agire in modo mirato sul microbiota vaginale.

Parole chiave: microbiota vaginale – igiene intima femminile – postbiotico – detergente intimo femminile

INTRODUZIONE

Il microbiota è l'insieme dei microrganismi che coabitano in un distretto corporeo; nell'analisi della composizione si possono isolare microrganismi buoni che esplicano una funzione di protezione e microrganismi potenzialmente patogeni come funghi e virus. La condizione di eubiosi è mantenuta se i

patogeni sono numericamente e funzionalmente inferiori rispetto a quelli buoni che al contrario proliferano e proteggono il distretto.

Erroneamente si pensa che i patogeni non debbano esistere in un microbiota sano: i ricercatori concordano sulla necessità di coesistenza tra microrganismi protettivi e

microrganismi potenzialmente patogeni in quanto questi ultimi mantengono allenato il sistema immunitario.

FISIOLOGIA DEL MICROBIOTA VAGINALE

I principali attori del microbiota vaginale sono i lattobacilli che svolgono tre funzioni essenziali:

- **Produzione di acido lattico** e di conseguenza abbassamento del pH vaginale;
- **Sintesi di batteriocine e perossido d'idrogeno** coinvolti attivamente nella risposta immunitaria per debellare i patogeni;
- **Competizione coi patogeni aggressivi:** sottraggono loro nutrimento e aderiscono all'epitelio impedendo ai patogeni di aderire, colonizzare e proliferare.

A seconda della specie di lattobacilli che predominano il microbiota, è possibile individuare uno dei cinque *Community State Type of vaginal microbiome* e in ognuno sarà individuata una predominanza di lattobacilli rispetto ad altri ceppi o microrganismi (Tabella 1):

- **CTS I:** dominato da *L. Crispatus* che garantisce un pH marcatamente acido (<4), alta produzione di batteriocine e perossido d'idrogeno, determina una ridotta insorgenza di infezioni e migliora gli outcome ostetrici. È il CTS più stabile anche in caso di modificazioni ormonali (esempio fase mestruale) ed è più frequente nelle donne di etnia caucasica;
- **CTS II:** dominato da *L. Gasseri* che determina un pH acido e la produzione di batteriocine. È presente nelle donne (soprattutto donne asiatiche) ma meno frequente del CTS I;

Community State Type (CST)	Batteri Dominanti	Considerazione Generale
CST I	<i>Lactobacillus Crispatus</i>	Protettivo
CST II	<i>Lactobacillus Gasseri</i>	Protettivo
CST III	<i>Lactobacillus Iners</i>	Neutro (protettivo o disruptive)
CST IV	Flora polimicrobica/mancanza di predominanza di <i>Lactobacillus</i>	Disruptive
CST V	<i>Lactobacillus Jensenii</i>	Protettivo

Tabella 1.

- **CTS III:** dominato da *L. Iners* che determina produzione di acido lattico ma è più instabile rispetto a CTS I e II. Non ha una spiccata azione di difesa e potrebbe al contrario stimolare la sintesi di inerolisina che può alterare le cellule epiteliali vaginali;
- **CTS IV:** non ha una predominanza di lattobacilli ma rientrano alcuni patogeni come *Gardnerella*, *Prevotella*, *Streptococco* che inducono un processo infiammatorio e un aumento del pH;
- **CTS V:** dominato da *L. Jensenii* che svolge un ruolo protettivo ma meno studiato rispetto agli altri.

Oltre ai lattobacilli si possono individuare bifidobatteri, batteri anaerobi, streptococchi, stafilococchi, funghi e virus.

Il microbiota vaginale è fortemente influenzato da fattori intrinseci ed estrinseci come cambiamenti ormonali fisiologici (fase mestruale, gravidanza, menopausa) e patologici (squilibri endocrini), uso di antibiotici e antimicotici soprattutto se senza terapia adeguata o con ricette fai-da-te, pratiche quotidiane, igiene intima inadeguata o scorretta, modificazioni di pH, umidità, temperatura.

DETERSIONE INTIMA NELLE FASI DI VITA

Durante il corso della vita della donna, dall'età neonatale a quella menopausale, le

indicazioni per una corretta igiene intima seguono lo stesso principio: una detersione delicata ed efficace, con lo scopo di mantenere pulita la zona ma senza alterare le caratteristiche dell'ecosistema.

In epoca neonatale, l'uso continuo e quotidiano del pannolino, unitamente all'assenza di controllo sfinterico, rende necessaria una detersione delicata e frequente. In questa fase, si raccomanda la detersione ad alta frequenza, privilegiando l'uso dell'acqua corrente come metodo principale. Durante l'infanzia, con l'acquisizione del controllo sfinterico e l'inizio del processo di autonomia, diventa fondamentale educare la bambina e i genitori alle corrette pratiche di igiene intima, in quanto l'adozione precoce di abitudini corrette favorisce la loro persistenza nel tempo.

Nel periodo della pubertà e durante la vita fertile, il microbiota vaginale subisce modificazioni legate ai cicli ovarici e all'attività ormonale. In questa fase, la detersione deve essere specifica e adattata alle esigenze fisiologiche del distretto vulvovaginale. È inoltre importante che l'operatore sanitario sia aggiornato sulle tendenze e le mode emergenti, poiché alcune pratiche possono interferire con il benessere vulvovaginale. Un counselling mirato e basato sull'evidenza risulta fondamentale per rispondere alle esigenze delle giovani donne.

Durante la gravidanza, il microbiota subisce ulteriori modificazioni: in questo contesto, la

priorità è garantire la protezione e il supporto del microbiota, sia per la salute materna sia per quella fetale e neonatale.

Infine, con la menopausa, i cambiamenti ormonali determinano un rimodellamento sia dell'assetto microbico sia della mucosa vaginale. In questa fase, le parole chiave per preservare la salute vulvovaginale sono detersione, idratazione e protezione.

La frequenza e la scelta del detergente rappresentano i fattori principali per una detersione corretta in tutte le fasi della vita. Ad eccezione del periodo neonatale, una sola detersione quotidiana risulta generalmente sufficiente. Il cosmetico impiegato deve essere specifico per l'igiene intima, caratterizzato da pH acido modulato tra 3,5 e 5,5 in relazione all'età e alla fase fisiologica della donna, e privo di sostanze potenzialmente irritanti o aggressive, come SLS, SLES, profumi, alcool e tensioattivi forti.

Un buon cosmetico dovrebbe, quindi, contenere:

- **Tensioattivi di origine vegetale:** mantengono un alto potere pulente ma sono più rispettosi della barriera cutanea;
- **Acido lattico** con concentrazioni variabili a seconda del periodo femminile interessato. La gradazione del pH dovrebbe essere un'informazione reperibile facilmente sul packaging del cosmetico così da guidare la donna ad una scelta più appropriata;

- **Sostanze idratanti e lenitive**, soprattutto se rivolte al periodo menopausale o per situazioni di patologia (ad esempio acido ialuronico);
- Ingredienti che rispettino e rinforzino il microbiota: esempio il **postbiotico**;
- **Test di sicurezza e tollerabilità**, ancora meglio se sotto controllo dermatologico e ginecologico.

LE BUONE ABITUDINI PER UNA CORRETTA IGIENE INTIMA

Per garantire il più alto grado di benessere intimo, è consigliato conoscere le buone abitudini e trasmetterle alle donne senza dare per scontato che siano conosciute (*ACOG n. 673, 2016; Arab H. et al., 2011; Fashemi B. et al., 2013; RCOG, 2011; RCOG, 2013*):

- Scegliere un detergente con pH acido, tra 3,5 e 5,5 che contenga acido lattico
- Evitare le sostanze irritanti vulvari (profumi, coloranti, shampoo, detergenti non specifici)
- Usare saponi delicati per il bagno/doccia (detersione del corpo), senza applicarli direttamente sulla vulva
- Evitare l'uso di sapone, gel doccia, scrub, bagnoschiuma, deodorante, salviette o lavande
- Il lavaggio con sola acqua può causare secchezza della pelle e peggiorare il prurito. Utilizzare una piccola quantità di detergente intimo
- Evitare l'uso di spugne

- Preferire un lavaggio quotidiano
- Preferire la doccia al bagno
- Evitare l'uso di asciugacapelli sulla zona vulvare
- Tamponare l'area dopo la detersione usando un asciugamano dedicato e personale
- Non usare talco in polvere
- Evitare carta igienica colorata
- Indossare biancheria intima in cotone al 100% e cambiarla quotidianamente
- Dormire senza biancheria intima
- Indossare indumenti larghi e non attillati
- Passare agli assorbenti mestruali in cotone al 100% o ad altri sistemi di raccolta del sangue mestruale (es. coppetta)
- Evitare ammorbidenti e detersivi in polvere. Prendere in considerazione il lavaggio della biancheria intima separatamente dagli altri capi

Per alcune indicazioni, onde perdere la collaborazione e l'alleanza con la donna, possiamo tranquillizzare che le eccezioni sono concesse e che le indicazioni di cui sopra si riferiscono ad abitudini quotidiane.

PRATICHE E COMPORTAMENTI A RISCHIO PER LA SALUTE VULVOVAGINALE

Alcune abitudini e pratiche igienico-estetiche meritano un'attenzione particolare in quanto possono influire sul microclima vulvare, sul microbiota e sul benessere intimo della donna.

La depilazione completa della regione pubica può provocare microtraumi e irritazioni, aumentando la suscettibilità a infezioni vulvovaginali e a malattie sessualmente trasmissibili. Alcuni studi hanno suggerito un'associazione tra depilazione pubica e condizioni vulvari quali infiammazione e displasia vulvare. (*Schild-Suhren M., 2017*)

L'uso quotidiano di assorbenti salvaslip convenzionali può modificare la temperatura, l'umidità e il pH della vulva, alterando il microclima locale. Secondo Runeman, l'impiego di salvaslip non traspiranti incrementa di circa 1,5 °C la temperatura, aumenta l'umidità cutanea e innalza leggermente il pH. (*Runeman B. et al., 2003*) Studi successivi evidenziano modificazioni modeste del microbiota, mentre revisioni sistematiche non rilevano effetti negativi nelle donne sane; tuttavia, la motivazione all'utilizzo va sempre indagata, poiché spesso riflette secrezioni o incontinenza urinaria, segnali di potenziale disagio. (*Runeman B. et al, 2004; Pontes A.C. et al, 2014*)

L'impiego di **cosmetici non specifici per la regione vulvare** può favorire irritazioni, dermatiti e alterazioni del microbiota. L'ACOG raccomanda di evitare agenti irritanti e utilizzare prodotti formulati per l'igiene intima femminile (*ACOG n. 345, 2006*). L'uso di bagnoschiuma, soluzioni antisettiche o lavande vaginali è associato a un incremento del rischio di vaginosi batterica (*Rajamanoharan S. et al., 1999*).

La **direzione della detersione** post-defecazione riveste un ruolo chiave nella prevenzione delle infezioni urinarie: la pulizia deve avvenire in senso antero-posteriore, poiché il microbiota fecale può fungere da serbatoio per ceppi uropatogeni di *E. coli* (Mishra B. et al., 2016; Persad S. et al., 2006; Reid G. et al., 2008; Salonia A. et al., 2013).

Pratiche culturali come l'uso frequente del **WC con bidet integrato** possono favorire la trasmissione di patogeni fecali (*E. coli*, *Enterococcus Faecalis*, *Enterobacter Aerogenes*) e altri agenti ubiquitari, con possibili manifestazioni di prurito vulvare (Catarsi L., 2018; Kim YM., 2019; Ogino M., 2010).

Analogamente, **trattamenti estetici vulvari**, quali vulvoplastica estetica, ringiovanimento vaginale o schiarimento vulvare, possono influire negativamente sul benessere intimo. L'ACOG sottolinea la mancanza di evidenze a supporto dell'efficacia e segnala i potenziali rischi di infezioni, alterazioni della sensibilità, dispareunia, aderenze e cicatrici (ACOG n. 378, 2007).

Il **pavimento pelvico** costituisce un elemento cruciale per la salute vulvovaginale; l'assenza di una valutazione e di un intervento da parte di professioniste specializzate in riabilitazione pelvica in presenza di disfunzioni potrebbe compromettere il benessere intimo, favorire l'insorgenza di sintomi cronici e aumentare il rischio di complicanze uro-genitali.

Infine, l'**abbigliamento** gioca un ruolo rilevante: indumenti stretti o realizzati in fibre sintetiche aumentano l'umidità vulvare e la proliferazione dei patogeni, soprattutto lieviti, incrementando il rischio di infezioni ginecologiche, irritazioni e sfregamenti (Harlow BL., 2017; RCOG, 2013).

POSTBIOTICI E MICROBIOTA VAGINALE: PROSPETTIVE EMERGENTI

Mentre il *microbiota* è l'insieme dei batteri, virus e funghi di un ecosistema, il *microbioma* è il patrimonio genetico dei microrganismi; utilizzando l'immagine di una città possiamo identificare nel microbiota gli abitanti e nel microbioma i mestieri svolti dagli abitanti.

I microrganismi vivi benefici vengono definiti *probiotici*, mentre con il termine *prebiotico* si indicano le fibre e i carboidrati in grado di nutrire e supportare la proliferazione dei probiotici presenti.

La frontiera più recente nella modulazione e nel sostegno del microbiota è rappresentata dai **postbiotici**, sostanze biologicamente attive prodotte durante il processo di fermentazione probiotica, come peptidi, acidi grassi e biosurfattanti. Questi composti svolgono funzioni chiave, tra cui il mantenimento e il ripristino dell'equilibrio microbico, il rinforzo delle difese cutanee e il supporto della funzione barriera.

Un esempio significativo è il postbiotico derivato da *Lactobacillus Paracasei* CNCM I-5220, ottenuto mediante la tecnologia brevettata PBTech® e studiato dall'equipe guidata dalla Prof.ssa Rescigno (Humanitas University e Humanitas Research Hospital). (Algieri F. et al., 2023)

L'innovazione principale consiste nella produzione di postbiotico **privo di cellule batteriche vive**, superando i limiti di conservazione e termo-sensibilità tipici dei probiotici. Tale caratteristica lo rende sicuro per pazienti fragili, compatibile con terapie antibiotiche ed efficace nel contrasto a processi infiammatori, contribuendo al

mantenimento e al ripristino dell'eubiosi del microbiota.

Studi in vitro e in vivo hanno dimostrato che questo postbiotico agisce in maniera *microbiome-friendly*, rispettando l'equilibrio del microbioma. Inoltre, promuove la sintesi di collagene di tipo I e di acido ialuronico, esercita un'azione lenitiva, migliora l'elasticità dei tessuti e, in caso di infezioni batteriche, degrada il biofilm patogeno, indebolendo il batterio e favorendone la rimozione. Rispetto al probiotico, il postbiotico offre diversi vantaggi, riassunti nella Figura 1.



Fig.1

CONCLUSIONI

In conclusione, lo studio del microbiota rappresenta un ambito in rapida e costante evoluzione. La crescente evidenza scientifica sul ruolo dell'ecosistema microbico nel mantenimento della salute — non solo come determinante fisiologico, ma anche come modulatore della risposta alle terapie farmacologiche — sta orientando la ricerca verso approcci sempre più mirati e innovativi. Tra queste innovazioni, i **postbiotici** emergono come la frontiera più promettente, in particolare nell'ambito del benessere vulvovaginale. L'integrazione di postbiotici nei detergenti intimi rappresenta un intervento cosmetico-funzionale capace di sostenere l'eubiosi, ridurre l'infiammazione e favorire la resilienza del microbiota sia in condizioni fisiologiche sia in presenza di alterazioni. In questo scenario, l'**ostetrica** riveste un ruolo chiave: è la professionista che, grazie alle competenze specifiche in fisiologia femminile e salute perinatale, può orientare la donna verso scelte informate ed evidence-based, valutare le condizioni del microbiota nelle diverse fasi della vita riproduttiva e promuovere strategie preventive e terapeutiche integrate. La sua capacità di tradurre le evidenze scientifiche in indicazioni pratiche e personalizzate contribuisce in modo determinante al miglioramento degli esiti ginecologici e ostetrici, valorizzando il potenziale dei postbiotici come nuovo strumento di cura e promozione della salute.

BIBLIOGRAFIA

- ACOG Committee on Gynecologic Practice. *ACOG Committee Opinion: Number 345, October 2006: vulvodinia*. Obstetrics and gynecology vol. 108,4 (2006): 1049-52.
- ACOG Committee on Gynecologic Practice. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 378: *Vaginal "rejuvenation" and cosmetic vaginal procedures*. Obstet Gynecol. 2007 Sep;110(3):737-8.
- ACOG. *ACOG Committee Opinion No 673: Persistent Vulvar Pain*. Obstet Gynecol. 2016;128(3): e78-e84.
- Algieri F, Tanaskovic N, Rincon CC, et al. *Lactobacillus paracasei CNCM I-5220-derived postbiotic protects from the leaky-gut*. Front Microbiol. 2023; 14:1157164.
- Arab H, Almadani L, Tahlak M, et al. *The Middle East and Central Asia guidelines on female genital hygiene*. BMJ Middle East 2011; 19: 99–106.
- Bahamondes MV, Portugal PM, Brolazo EM, et al. *Use of a lactic acid plus lactoserum intimate liquid soap for external hygiene in the prevention of bacterial vaginosis recurrence after metronidazole oral treatment*. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(4): 415–420.
- Catarsi L, Troiano G, Bagnoli A, et al. *Unpleasant side effects due to bidet*

- toilet use*. Eur J Public Health 2018; 28: 325.
- Chen Y, Bruning E, Rubino J, Eder SE. *Role of female intimate hygiene in vulvovaginal health: Global hygiene practices and product usage*. Women's Health (Lond). 2017 Dec;13(3):58-67.
 - Clarke MA, Rodriguez AC, Gage JC, et al. *A large, population-based study of age-related associations between vaginal pH and human papillomavirus infection*. BMC Infect Dis 2012; 12: 33.
 - Cottrell BH. *An updated review of evidence to discourage douching*. MCN Am J Matern Child Nurs 2010; 35(2): 102–107.
 - DeMaria AL, Flores M, Hirth JM, et al. *Complications related to pubic hair removal*. Am J Obstet Gynecol 2014; 210(6): 528.e1–5.
 - Fashemi B, Delaney ML, Onderdonk AB, et al. *Effects of feminine hygiene products on the vaginal mucosal biome*. Microb Ecol Health Dis 2013; 24: 19703
 - Fiumi JK. *Sorridere e scoprirlo: lo svantaggio della depilazione genitale*. J Cutan Med Surg 2014; 18: 291–292.
 - Graziottin A. *Maintaining vulvar, vaginal and perineal health: Clinical considerations*. Women's Health (Lond). 2024 Jan-Dec; 20:17455057231223716.
 - Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann ED, et al. *The vulvodynia guideline*. J Low Genit Tract Dis. 2005;9(1):40–51.
 - Harlow BL, Caron RE, Parker SE, Chatterjea D, Fox MP, Nguyen RHN. *Recurrent yeast infection and vulvodynia: Can we believe associations based on self-reported data?* J Women's Health 2017; 26: 1069–1076.
 - Hodges AL, Holland AC. *Prevention and treatment of injuries and infections related to pubic hair removal*. Nurs Women's Health 2017; 21(4): 313–317.
 - Holdcroft AM, Ireland DJ, Payne MS. *The Vaginal Microbiome in Health and Disease-What Role Do Common Intimate Hygiene Practices Play?* Microorganisms. 2023 Jan 23;11(2):298.
 - Kim YM, Kim JY, Lee MY, et al. *Prospective study of bidet toilet use: association of abnormal vaginal colonization and preterm birth in high-risk pregnant women*. J Obstet Gynaecol Res 2019; 45(6): 1134–1142.
 - Klebanoff MA, Nansel TR, Brotman RM, Zhang J, Yu KF, Schwebke JR, Andrews WW. *Personal hygienic behaviors and bacterial vaginosis*. Sex Transm Dis. 2010 Feb;37(2):94-9.
 - Mishra B, Srivastava R, Agarwal J, et al. *Behavioral and psychosocial risk factors associated with first and recurrent cystitis in Indian women: a case-control study*. Ind J Commun Med 2016; 41: 27–33

- Ogino M, Iino K, Minoura S. *Habitual use of warm-water cleaning toilets is related to the aggravation of vaginal microflora*. J Obstet Gynaecol Res 2010; 36(5): 1071–1074.
- Persad S, Watermeyer S, Griffiths A, et al. *Association between urinary tract infection and postmicturition wiping habit*. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85(11): 1395–1396
- Pontes AC, Amaral RL, Giraldo PC, Beghini J, Giraldo HP, Cordeiro ES. *A systematic review of the effect of daily panty liner use on the vulvovaginal environment*. Int J Gynaecol Obstet. 2014 Oct;127(1):1-5.
- Rajamanoharan S, Low N, Jones SB, et al. *Bacterial vaginosis, ethnicity, and the use of genital cleaning agents: a case control study*. Sex Transm Dis 1999; 26(7): 404–409.
- Reid G. *Probiotic Lactobacilli for urogenital health in women*. J Clin Gastroenterol 2008; 42: S234–236.
- Rivers JK. *Grinning and Baring it - the Downside of Genital Hair Removal*. J Cutan Med Surg 2014; 18: 291–292
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The Management of Vulval Skin Disorders – Green-top Guideline No. 58*. London: RCOG Press; 2011.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Skin conditions of the vulva*. London: RCOG; December 2013
- Runeman B, Rybo G, Larkö O, Faergemann J. *The vulva skin microclimate: influence of panty liners on temperature, humidity and pH*. Acta Derm Venereol. 2003;83(2):88-92.
- Runeman B, Rybo G, Forsgren-Brusk U, Larkö O, Larsson P, Faergemann J. *The vulvar skin microenvironment: influence of different panty liners on temperature, pH and microflora*. Acta Derm Venereol. 2004;84(4):277-84.
- Salonia A, Clementi MC, Graziottin A, et al. *Secondary provoked vestibulodynia in sexually active women with uncomplicated recurrent urinary tract infections*. J Sex Med 2013; 10(9): 2265–2273.
- Schild-Suhren M, Soliman AA, Malik E. *Pubic Hair Shaving Is Correlated to Vulvar Dysplasia and Inflammation: A Case-Control Study*. Infect Dis Obstet Gynecol. 2017.
- Shaw R, Masaun K, Liston J, Bates C, Clarke E. *Missed opportunities: misconceptions and lack of knowledge about vulval skin care in women attending a sexual health clinic*. Int J STD AIDS. 2020 Oct;31(11):1102-1105.
- Trager JD. *Pubic hair removal—pearls and pitfalls*. J Pediatr Adolesc Gynecol 2006; 19(2): 117–123

ASSISTENZA AL PARTO PODALICO INEVITABILE: COMPETENZE, SICUREZZA E ARTE OSTETRICA

Antonio Ragusa*, Giovanni La Motta**

* Ginecologo, Ospedale di Sassuolo (MO)

** Ginecologo, Ospedale di Sassuolo (MO)

RIASSUNTO

L'assistenza al parto podalico rappresenta una condizione ostetrica rara, ma tutt'altro che eccezionale, nella quale il sapere tecnico e l'arte manuale dell'ostetrico trovano una delle loro più alte espressioni. La percentuale di feti in presentazione podalica diminuisce con il progredire dell'età gestazionale, ma la possibilità di un parto vaginale spontaneo, in contesti selezionati e con la guida di operatori esperti, rimane una risorsa clinica e umana di grande valore. Questo contributo analizza le evidenze più recenti, le indicazioni di sicurezza, le tecniche essenziali e la filosofia che sostiene l'assistenza al parto podalico inevitabile, rivalutando la centralità dell'esperienza e della formazione come elementi fondanti dell'ostetricia moderna.

Parole chiave: Parto podalico · Assistenza ostetrica · Sicurezza perinatale · Competenze professionali

INTRODUZIONE

Nel panorama dell'ostetricia contemporanea, il parto podalico è diventato una rarità. Dopo la pubblicazione del Term Breech Trial (*Hannah et al., 2000*), le raccomandazioni internazionali hanno progressivamente spinto verso il taglio cesareo elettivo nei casi di presentazione podalica. Il risultato è stato un calo drastico dei parti vaginali in presentazione podalica, ma anche, come effetto collaterale, la perdita progressiva di competenze manuali e decisionali fondamentali. La presentazione podalica

riguarda circa il 3% dei feti a termine e fino al 30% dei nati pretermine. In molti di questi casi, per esempio la prematurità, il taglio cesareo rimane l'opzione più sicura; tuttavia, il parto vaginale podalico è non solo possibile, ma anche fisiologicamente coerente con la natura della nascita, quando esistano precise condizioni cliniche e assistenziali.

ASSISTERE IL PARTO PODALICO PER VIA VAGINALE

Tutte le principali società scientifiche concordano oggi sul fatto che, quando la

donna desidera partorire per via vaginale, essa debba essere indirizzata verso un centro in grado di garantire competenza ed esperienza. La selezione di questi centri è moneta corrente in paesi come la Germania o la Francia, dove esistono luoghi selezionati in cui inviare le donne in presentazione podalica che desiderano partorire, in maniera che esse siano assistite da personale competente, forgiato da volumi assistenziali opportuni.

I criteri di selezione comprendono: varietà completa o natiche, assenza di iperestensione della colonna vertebrale fetale, assenza di giri di cordone stretti, stima del peso fetale nella norma e presenza di un operatore ostetrico esperto. Il concetto chiave è quello di inevitabilità: alcuni parti podalici si presentano in fase avanzata e l'unica opzione sicura è l'assistenza esperta del parto. L'obiettivo dell'ostetrico non è forzare la natura, ma accompagnarla con delicatezza e rigore tecnico. Recenti studi hanno dimostrato che la selezione delle candidate al parto vaginale podalico può basarsi in modo sicuro su criteri clinici ed ecografici, senza la necessità routinaria di pelvimetria mediante risonanza magnetica. (Cinari G. et al., 2025)

Morris e colleghi, analizzando criticamente le principali linee guida internazionali (RCOG, ACOG, SOGC, FRANCOG), hanno rilevato un progressivo riallineamento delle raccomandazioni verso un approccio più fisiologico e personalizzato, che valorizza la competenza dell'operatore e l'informazione

alla donna più che l'applicazione rigida di protocolli. L'esperienza del team e la capacità di riconoscere precocemente eventuali segnali di discesa non fisiologica risultano determinanti per il buon esito. In tal senso, la scelta della via del parto diventa un atto di competenza condivisa tra ostetrico e partoriente, fondato su un dialogo informato e su un contesto di sicurezza organizzativa.

LA FISIOLOGIA E LA POSIZIONE: IL RUOLO DELLA GRAVITÀ E DEL MOVIMENTO

Le ricerche di Reitter e colleghi hanno evidenziato come la posizione eretta o a carponi favorisca l'andamento spontaneo del parto podalico, grazie alla gravità e alla modifica dei diametri pelvici antero-posteriori e trasversi. (Reitter A. et al., 2020)

L'analisi di 42 video di parti podalici in postura eretta, in nove paesi, ha mostrato che un terzo dei casi è avvenuto senza alcuna manovra ostetrica, solo con la progressione naturale del travaglio e gli sforzi materni (*Hands behind the back*).

Più recentemente, Bogner ha confermato che il parto podalico in postura carponi può essere condotto in sicurezza, con esiti neonatali sovrapponibili a quelli ottenuti in posizione supina. La posizione carponi favorisce la rotazione spontanea, riduce l'intervento manuale e mantiene un equilibrio ottimale tra fisiologia e controllo clinico. (Bogner G. et al., 2025)

TECNICHE FONDAMENTALI E PRINCIPI DI INTERVENTO

La prima regola è il rispetto del tempo fisiologico. Nessuna trazione deve essere esercitata fino a quando l'ombelico fetale non ha raggiunto il perineo. Tra le principali manovre che devono essere tenute in considerazione vi sono:

- Pinard
- Lovset
- Mauriceau–Smellie–Veit
- Bracht
- Prague

Ogni gesto è il risultato di un equilibrio fra attesa e intervento, fra rispetto della fisiologia e necessità clinica. È un sapere che si trasmette per esperienza diretta — da maestro ad allievo. In Italia non esistono centri devoluti a concentrare l'assistenza ai parti podalici, per cui per i giovani medici costruire un'esperienza al riguardo è impossibile, tuttavia, la capacità assistenziale e la capacità di eseguire manovre, qualora questo sia necessario, deve essere mantenuta, poiché talvolta è inevitabile dover assistere per via vaginale un parto podalico. Questa capacità può essere opportunamente mantenuta attraverso l'utilizzo di manichini appositamente studiati, con l'egida di un insegnante capace ed empatico. Tali esercitazioni dovrebbero essere rese obbligatorie ed avere una frequenza di almeno due volte l'anno.

COMPLICANZE E LORO PREVENZIONE

Lo sbarramento delle braccia, l'intrappolamento della testa, il prolasso del cordone ombelicale e l'iperestensione del tronco sono le complicanze principali. La loro prevenzione risiede nella calma, nella postura materna e nella gestione sequenziale. La filosofia generale è sintetizzata dal *Physiological Breech Birth Algorithm* (Walker, 2020): se il progresso è costante e la frequenza cardiaca fetale rassicurante, non interferire; mantieni calma, calore e sostegno. In aggiunta, una revisione del 2024 ha ribadito che, nei centri esperti, la frequenza di complicanze gravi è inferiore al 7% e che l'allenamento regolare del personale rappresenta il principale fattore di prevenzione. L'allenamento deve certamente essere sostenuto da una buona attività clinica reale, ma può essere anche coadiuvato da esercitazioni, eseguite con frequenza numerosa attraverso l'utilizzo di manichini appositi. (Alves ALL. et al, 2024)

CONSIDERAZIONI CLINICHE E PROSPETTIVE

La letteratura recente conferma che, nei centri con competenze adeguate e criteri di selezione rigorosi, il parto vaginale podalico a termine non comporta un aumento significativo della mortalità o morbidità neonatale rispetto al taglio cesareo. Il problema reale non è la

sicurezza intrinseca del parto podalico, ma la perdita progressiva della manualità e del coraggio clinico. Dove esistono scuole e centri formativi dedicati, come in Francia e Germania, i risultati sono comparabili — e spesso migliori — rispetto ai cesarei routinari. Inoltre, Morris e colleghi sottolineano come la variabilità tra linee guida derivi spesso da differenze di sistema sanitario e cultura ostetrica, più che da discrepanze scientifiche: l'obiettivo comune è garantire sicurezza senza annullare la fisiologia. (Morris S. et al., 2022)

CONCLUSIONI: RISCOPRIRE LA MAIEUTICA DELL'OSTETRICIA

Il parto podalico inevitabile ci ricorda che la medicina non è solo scienza applicata, ma anche mestiere, sensibilità e arte. La sicurezza nasce dalla competenza, ma la competenza nasce dal contatto con la realtà viva del parto, dal corpo e dal movimento, dal rispetto profondo per la fisiologia femminile.

In ostetricia, come in altre branche dell'arte, valgono i principi delineati per chi esercita un mestiere artigianale:

1. Ricerca del bello: conta il profitto, ma ancora di più la qualità, la bellezza, la perfezione del gesto.
2. Rifiuto della standardizzazione: no al lavoro in serie; sì alla singolarità e all'unicità di ogni nascita.
3. Rapporto con la materia: l'intelligenza si conquista solo sporcandosi le mani e usando tutti i sensi.

4. Necessità di innovazione: ogni problema ha la sua soluzione; il mestiere è la capacità di trovarla.
5. Formazione: esiste un solo modo per imparare, avere un maestro e una scuola.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Alves ÁLL, Nozaki AM, Polido CBA, da Silva LB, Knobel R. *Breech birth care: Number 1* - 2024. Rev Bras Ginecol Obstet. 2024 Mar 15;46: e-rbgofps1.
- Berhan Y. *Planned vaginal breech delivery at term: review of recent evidence*. Int J Gynaecol Obstet. 2021;154(3):482–490.
- Bogner G, Schuller J, Gargitter C, Dölzlmüller E, Fischer T, Fazelnia C. *Vaginal breech delivery in all-fours position-Hands off instead of intervention: A prospective observational study*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2025
- Cinari G, De Luca A, et al. *Comparison of vaginal breech deliveries with and without magnetic resonance imaging in primigravidas: a retrospective cohort analysis and literature review*. Arch Gynecol Obstet. 2025;311(3):455–462.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. *Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: Term Breech Trial*. Lancet. 2000;356(9239):1375–1383.

- Morris S, Thornton JG, et al. *Breech presentation management: A critical review of leading clinical practice guidelines*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022; 276:35–42
- Olsen J, Petersen OB, et al. *Safety of vaginal breech delivery in selected cases: a prospective cohort study*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2023;102(4):489–498.
- Reitter A, Halliday A, Walker S. *Practical insight into upright breech birth from birth videos: a structured analysis*. Birth. 2020;47(1):90–99.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Green-top Guideline No. 20b: Management of Breech Presentation*. London: RCOG; 2017.
- Walker S. *Physiological Breech Birth Algorithm*. Birth. 2020;47(1): e90–e95.

L'ALIMENTAZIONE VEGANA

PER LA DONNA IN GRAVIDANZA: ABC SULL'EDUCARE A SCEGLIERE GLI ALIMENTI SANI

Gaia Heidi Pallestrini*

* Ostetrica, IRCCS Fondazione Policlinico S. Matteo di Pavia (PV)

RIASSUNTO

L'adozione di diete vegetariane e vegane è in forte crescita tra le donne in età riproduttiva in Italia, con implicazioni significative per la pratica ostetrica. Molti professionisti percepiscono la dieta vegana in gravidanza come a rischio e dichiarano conoscenze nutrizionali insufficienti, mentre le gestanti cercano supporto competente, empatico e basato su evidenze. Una dieta vegana ben pianificata può essere adeguata in gravidanza e allattamento, ma richiede attenzione a proteine, calcio, ferro, vitamina D, B12, colina e omega-3, con integrazione mirata se necessario. Il modello *VegPlate* offre uno strumento pratico per bilanciare i nutrienti e adattare le porzioni ai diversi trimestri. Varietà, stagionalità e conoscenza delle etichette alimentari sono fondamentali per garantire una dieta sicura, equilibrata e rispettosa delle esigenze della madre e del feto.

Parole chiave: Dieta vegana – Vegplate – micronutrienti – etichette nutrizionali

INTRODUZIONE

L'adozione di diete a prevalenza o esclusivamente vegetale sta aumentando in modo significativo in Italia, con implicazioni dirette per la pratica ostetrica. Secondo il Rapporto Italia EURISPES 2025, il **2,9%** della popolazione segue un'alimentazione **vegana** e il **6,6%** una dieta **vegetariana**, con un incremento di quasi il **40%** rispetto al 2015. (*Eurispes, 2025*)

Un elemento di rilievo per la pratica ostetrica è la distribuzione demografica di queste scelte alimentari: la crescita più marcata si osserva

infatti tra le donne di età compresa tra i 20 e i 40 anni, cioè nel pieno dell'età riproduttiva. Ciò implica che una quota crescente di gestanti si presenta ai servizi ostetrici con un'alimentazione vegetariana o vegana consolidata.

Uno studio olandese pubblicato su *Nutrients* mette in luce le sfide concrete che i professionisti sanitari incontrano nella gestione delle gestanti vegane. Secondo i dati riportati, l'80% delle ostetriche e il 94% dei ginecologi considera la dieta vegana in gravidanza un fattore di rischio per la salute

materna e fetale, indicando una percezione diffusa di vulnerabilità associata a questa scelta alimentare. Parallelamente, il 66% delle ostetriche e il 75% dei ginecologi dichiara di non possedere conoscenze sufficienti per fornire indicazioni nutrizionali sicure e supporto adeguato alle donne che seguono una dieta vegana. (Meulenbroeks D. et al, 2021)

La conseguenza pratica di questa combinazione di percezione di rischio e mancanza di competenze specifiche è spesso il rinvio a specialisti nutrizionisti o a siti web considerati “affidabili”, piuttosto che un accompagnamento diretto e personalizzato. Seppur motivato dalla prudenza, questo approccio rischia di creare una distanza significativa tra i bisogni reali delle gestanti e la risposta clinica disponibile: le donne non cercano semplicemente di essere reindirizzate, ma desiderano un supporto competente, basato su evidenze scientifiche, empatico e non giudicante da parte della loro ostetrica di riferimento.

A conferma di questa discrepanza, un secondo studio qualitativo olandese, condotto con approccio grounded theory, ha esplorato l'esperienza soggettiva delle donne vegane in gravidanza, evidenziando un quadro complesso: molte di loro provano orgoglio per la propria scelta alimentare, vissuta come etica e salutare, ma al contempo sperimentano stigmatizzazione, anche da parte di professionisti sanitari. Faticano a reperire

informazioni affidabili e accessibili, desiderano un supporto empatico e non giudicante e, in alcune situazioni, temono di mettere a rischio il proprio bambino a causa di reazioni allarmistiche o consigli incoerenti ricevuti dai curanti. (Cnossen MC. et al, 2025)

Questa tensione tra la percezione professionale e il vissuto delle gestanti evidenzia chiaramente un'area critica: la relazione di cura. Diventa quindi fondamentale sviluppare competenze solide, aggiornate e basate su evidenze scientifiche, in modo da garantire un accompagnamento che sia sicuro, rispettoso e centrato sulla persona, promuovendo autonomia, benessere ed empowerment durante l'intero percorso perinatale.

DIETA VEGANA: DEFINIZIONE ED EVIDENZE SCIENTIFICHE

La dieta vegana non consiste semplicemente nell'evitare la carne, ma rappresenta una **filosofia volta a escludere, per quanto possibile, lo sfruttamento animale in tutti gli ambiti della vita quotidiana.** (The Vegan Society, 2022)

Essa prevede quindi l'eliminazione di tutti i prodotti di origine animale, compresi carne, pesce, crostacei, insetti, latte e derivati, uova e miele. Per i professionisti sanitari, questo implica la necessità di valutare attentamente se il regime alimentare della gestante sia

pianificato in modo equilibrato e nutrizionalmente adeguato.

Numerose società scientifiche internazionali, tra cui, a titolo esemplificativo, l'Academy of Nutrition and Dietetics, la British Dietetic Association, la Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) e l'American Academy of Pediatrics, concordano sul fatto che una dieta vegana correttamente pianificata può risultare adeguata in tutte le fasi della vita, inclusi gravidanza e allattamento. Pertanto, **il punto critico non è la scelta vegana in sé, ma la sua pianificazione e il monitoraggio degli apporti nutrizionali.**

Studi recenti evidenziano che, mediamente, le donne vegane tendono ad assumere quantità inferiori di proteine, calcio, vitamina D, vitamina B12 e colina, fattori che possono tradursi clinicamente in un incremento ponderale materno più contenuto e in neonati con peso alla nascita più basso, con un rischio maggiore di SGA. Tuttavia, l'integrazione con vitamina B12 si è dimostrata efficace nel migliorare significativamente gli esiti materni e neonatali. (Meulenbroeks D. et al, 2024)

La letteratura, sebbene ancora limitata, sottolinea l'importanza di un counselling nutrizionale personalizzato, indispensabile per garantire sicurezza e adeguatezza della dieta vegana durante gravidanza e allattamento. (Meulenbroeks D. et al, 2024; Miedziaszczyk M. et al, 2021; Koebnick R. et al, 2019)

IL MODELLO NUTRIZIONALE DEL VEGPLATE

Il **VegPlate**, sviluppato da Baroni, Goggi e Battino, rappresenta un modello nutrizionale basato su evidenze scientifiche, elaborato in conformità con i LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana) e ispirato ai principi della dieta mediterranea. Questo strumento fornisce un approccio pratico per la pianificazione di un'alimentazione vegana equilibrata e sicura, facilitando una distribuzione proporzionata dei principali gruppi alimentari di origine vegetale e contribuendo a ridurre il rischio di carenze nutrizionali. (Baroni L. et al, 2018)

Il VegPlate, rappresentato graficamente, consiste in un piatto suddiviso in spicchi, ciascuno corrispondente a un gruppo alimentare: cereali, proteine vegetali, verdura, frutta, frutta secca e semi, e fonti di grassi, con particolare attenzione agli acidi grassi essenziali, in particolare gli omega-3. Lungo il bordo del piatto è riportato un anello per gli alimenti ricchi di calcio, mentre al centro due semicerchi evidenziano la presenza di vitamina B12 e vitamina D. Un piccolo piatto laterale indica le calorie discrezionali. Lo schema A è indicato per la popolazione generale e per il primo trimestre di gravidanza, mentre lo schema B evidenzia l'apporto calorico aggiuntivo necessario nel secondo e terzo trimestre di gravidanza e durante l'allattamento. (Fig.1)

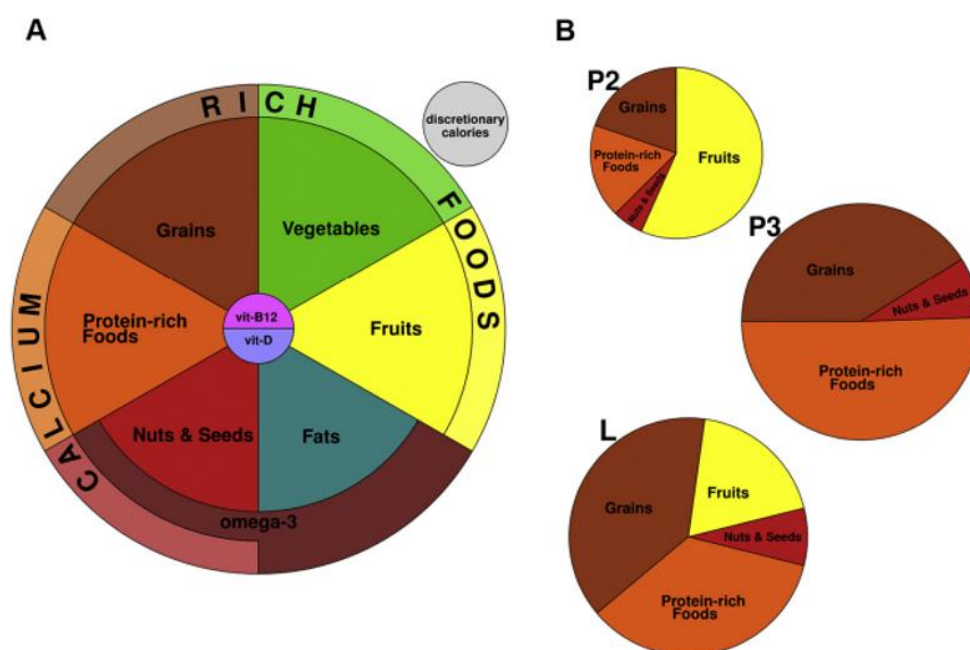


Fig.1

Mentre nel primo trimestre l'adequatezza della dieta può essere raggiunta semplicemente includendo giornalmente il numero suggerito di porzioni per ciascun gruppo alimentare, durante il secondo trimestre (P2) e il terzo (P3) trimestre di gravidanza e durante l'allattamento (L) si rendono necessarie porzioni aggiuntive. In particolare, nel secondo trimestre (P2) è previsto un incremento di **260 kcal/die**, con 10g di proteine (16,4%), 30g di carboidrati (50,2%) e 9g di lipidi (33,4%); nel terzo trimestre (P3) si prevede un incremento di **500 kcal/die**, raggiungibile con 28g di proteine (22,8%), 51g di carboidrati (41%) e 20g di lipidi (36,3%). (Baroni L. et al, 2018)

Il **concetto di porzione** costituisce il nucleo del VegPlate: mentre la quantità di cereali, frutta, frutta secca e grassi può essere adattata

al fabbisogno calorico individuale, le porzioni di proteine vegetali e verdure restano costanti, assicurando una base nutrizionale stabile e sufficiente. Alcuni esempi pratici di porzione per i diversi gruppi alimentari sono: 30 g di cereali crudi, 80 g di legumi cotti, 150 g di frutta e 5 g di olio. (Baroni L. et al, 2018)

L'applicazione costante del modello permette di acquisire rapidamente familiarità con le combinazioni alimentari, favorendo autonomia e consapevolezza alimentare.

MICRONUTRIENTI CHIAVE ED EVENTUALE INTEGRAZIONE

Nelle donne vegane in gravidanza e durante l'allattamento, il corretto apporto di nutrienti critici richiede una pianificazione mirata e, in molti casi, integrazione specifica.

- Gli alimenti ricchi di **omega-3** svolgono un ruolo fondamentale nella dieta delle donne vegane in gravidanza e durante l'allattamento, contribuendo allo sviluppo neurologico fetale e al benessere materno. Nel PiattoVeg, questi cibi sono evidenziati con un colore diverso e appartengono a due gruppi alimentari principali: frutta secca e semi oleaginosi, e grassi. Si raccomandano due porzioni al giorno, corrispondenti indicativamente a 6 noci (circa 30 g), 15 g di semi di chia macinati o, per il miglior rapporto tra calorie e omega-3, un cucchiaino di olio di semi di lino (circa 5 g). È importante conservare l'olio di semi di lino in frigorifero, poiché quello esposto sugli scaffali perde gran parte degli omega-3. In caso di ridotta conversione endogena degli acidi grassi ALA in DHA, è consigliata un'integrazione con 100–200 mg di DHA derivato da microalghe, alternativa sicura ed efficace per chi segue una dieta vegana. (Baroni L. et al, 2018)
- In diete con apporto energetico superiore a 1800 kcal/die, l'assunzione raccomandata di **calcio** può essere facilmente raggiunta grazie alla varietà degli alimenti vegetali inclusi nel VegPlate. Il fabbisogno può quindi essere soddisfatto mediante il consumo di sei porzioni giornaliere di alimenti vegetali ad elevato contenuto minerale, quali verdure a foglia verde a basso contenuto di ossalati, crucifere,

semi di sesamo, mandorle, bevande vegetali e yogurt fortificati, soia, tempeh, tofu coagulato con solfato di calcio e fichi secchi. Il corretto apporto idrico, mediante un'adeguata assunzione di acqua, contribuisce inoltre al mantenimento dell'omeostasi minerale e alla biodisponibilità del calcio. (Baroni L. et al, 2018)

- La **vitamina D** è un nutriente essenziale con caratteristiche particolari: il suo fabbisogno non può essere soddisfatto esclusivamente tramite l'alimentazione, che contribuisce mediamente per meno del 10% anche nelle diete onnivore. La fonte primaria di vitamina D è la sintesi endogena cutanea, indotta dall'esposizione ai raggi UVB del sole, che permette la conversione del 7-deidrocolesterolo in vitamina D3 (colecalciferolo). (Neville J. et al, 2021)
- Nei periodi o nelle condizioni in cui l'esposizione solare è insufficiente la sintesi cutanea può risultare inadeguata: in questi casi, è opportuno integrare la vitamina D attraverso alimenti fortificati, come bevande vegetali addizionate o cereali fortificati, oppure tramite supplementazione mirata. (Gruber-Bzura BM, 2025)

Le Linee Guida dell'ISS sottolineano che, in gravidanza, l'integrazione di vitamina D è raccomandata solo se la sintesi endogena non è garantita o se l'apporto

alimentare è insufficiente. Questo approccio mira a garantire livelli ematici adeguati di 25-idrossivitamina D, fondamentali per la salute ossea della madre e per lo sviluppo scheletrico del feto. (ISS, 2025)

- La **vitamina B12** rappresenta uno dei nutrienti di maggiore interesse nella valutazione delle diete a base vegetale. Contrariamente a quanto spesso si crede, essa non è prodotta da piante né da animali, ma esclusivamente da specifici microrganismi presenti nel suolo, nell'acqua e negli ambienti non trattati. In passato, l'essere umano assumeva la vitamina B12 attraverso il consumo di acqua non potabilizzata o alimenti contaminati da particelle di terreno; tuttavia, le attuali norme igieniche hanno eliminato queste fonti naturali di assunzione. Per questo motivo, la vitamina B12 disponibile nell'alimentazione moderna viene prodotta tramite fermentazione batterica industriale e successivamente utilizzata per la formulazione di integratori, alimenti fortificati e mangimi destinati alla zootecnia. Di conseguenza, anche chi consuma prodotti di origine animale introduce vitamina B12 di sintesi, seppur indirettamente. Le persone che seguono un'alimentazione esclusivamente vegetale **devono invece assumere la vitamina B12 direttamente tramite integratori o**

alimenti fortificati, poiché le fonti vegetali non garantiscono un apporto affidabile. Le dosi di mantenimento di cianocobalamina raccomandate sono:

- 50 µg al giorno, preferibilmente suddivisi in due somministrazioni per ottimizzare l'assorbimento;
- 1000 µg due volte alla settimana, idealmente in formulazione sublinguale, che garantisce una buona biodisponibilità compensando la ridotta efficienza di assorbimento a dosaggi più elevati.

Queste indicazioni si riferiscono al mantenimento in individui con valori ematici nella norma; in caso di sospetta o documentata carenza, è necessario definire protocolli specifici di reintegrazione sotto supervisione clinica.

- Una dieta completamente vegetale, se adeguatamente strutturata, è in grado di soddisfare il fabbisogno di **ferro** in gravidanza, pari a circa 27 mg/die, come indicato dalle principali linee guida nutrizionali. Il ferro presente negli alimenti vegetali è esclusivamente in forma non-eme, caratterizzata da una biodisponibilità inferiore rispetto al ferro eme di origine animale; tuttavia, il suo assorbimento può essere significativamente migliorato attraverso strategie dietetiche mirate. L'associazione degli alimenti ricchi di ferro non-eme con

fonti di vitamina C (ad esempio succo di limone, agrumi, kiwi) o con acidi organici naturalmente presenti nella frutta (come l'aggiunta di mela all'insalata) favorisce la riduzione del ferro ferrico a ferroso, forma più facilmente assorbibile. Analogamente, la contemporanea assunzione di alimenti contenenti beta-carotene (carote crude, pomodori) incrementa ulteriormente l'assorbimento intestinale del ferro.

Anche le tecniche di preparazione degli alimenti svolgono un ruolo cruciale: l'ammollo di legumi e cereali integrali permette di ridurre il contenuto di fitati, composti che limitano la biodisponibilità minerale. Processi come germogliazione, fermentazione e lievitazione naturale determinano effetti analoghi, migliorando la disponibilità del ferro e quindi la qualità nutrizionale complessiva dell'alimento.

In presenza di carenza marziale documentata, oltre alla terapia marziale eventualmente prescritta, è opportuno evitare durante i pasti principali l'assunzione di sostanze che inibiscono l'assorbimento del ferro, quali tè, caffè, cacao/cioccolato e vino rosso, o consumarle a distanza dai pasti per ridurre l'impatto sull'assorbimento.

VARIETÀ E STAGIONALITÀ

Una dieta in gravidanza deve essere accuratamente strutturata e pianificata; a

questo principio si affianca un elemento altrettanto essenziale: la varietà. Ogni ortaggio presenta un profilo nutrizionale peculiare e diversificare l'assunzione consente di ampliare lo spettro di micronutrienti introdotti, contribuendo a soddisfare più efficacemente i differenti fabbisogni nutrizionali della gestante.

La varietà alimentare non agisce solo sul piano dei nutrienti: un'elevata diversificazione vegetale sostiene la biodiversità del microbiota intestinale, con effetti positivi sulla funzione immunitaria, sulla regolazione dell'infiammazione e sul metabolismo materno. Si tratta di aspetti chiave per la salute complessiva della madre e per un ottimale sviluppo fetale.

Per supportare le pazienti nell'incrementare la varietà di verdure consumate, è possibile proporre alcune strategie semplici e pratiche.

- 1. Seguire la stagionalità:** utilizzare un calendario o un poster delle verdure di stagione facilita la scelta degli alimenti disponibili nei diversi periodi dell'anno, riducendo la monotonia alimentare e favorendo la scoperta di nuove varietà.
- 2. Puntare sulla diversità cromatica:** una maggiore varietà di colori nel piatto è associata a un più ampio ventaglio di fitocomposti e micronutrienti.
- 3. Ruotare le famiglie botaniche:** alternare crucifere, solanacee, leguminose, cucurbitacee e altre famiglie consente di migliorare la qualità complessiva della

dieta e ridurre il rischio di carenze specifiche.

- 4. Pianificare la spesa:** fare riferimento a mercati locali, gruppi di acquisto o orti urbani facilita l'accesso ad alimenti freschi, di stagione e spesso più vari, sostenendo allo stesso tempo una scelta alimentare più consapevole.

L'EDUCAZIONE ALLA LETTURA CRITICA DELLE ETICHETTE NUTRIZIONALI

L'educazione delle gestanti alla corretta interpretazione delle etichette nutrizionali rappresenta un elemento fondamentale del counselling nutrizionale. La capacità di comprendere la composizione dei prodotti alimentari consente di effettuare scelte più consapevoli, limitando l'eccessivo consumo di alimenti ultraprocessati, compresi quelli di origine vegetale come burger vegetali, affettati o sostituti dei formaggi. Questi prodotti presentano frequentemente un elevato contenuto di grassi saturi, zuccheri aggiunti, sodio e additivi industriali, mentre risultano poveri di nutrienti essenziali quali fibre, vitamine, minerali e proteine di elevata qualità biologica.

Un consumo occasionale di tali alimenti non comporta rischi significativi; tuttavia, la promozione di competenze analitiche nella lettura delle etichette permette alle gestanti di selezionare alimenti a più alto valore nutrizionale e minor grado di trasformazione.

Le pazienti vegane, già abituate a verificare l'assenza di ingredienti di origine animale, possono estendere queste competenze alla valutazione della qualità complessiva degli alimenti.

Principi fondamentali per la lettura delle etichette:

- **Elenco degli ingredienti:** l'ordine decrescente degli ingredienti consente di identificare le componenti predominanti del prodotto. È essenziale individuare zuccheri aggiunti, grassi idrogenati e farine raffinate, che possono incidere negativamente sul profilo nutrizionale.
- **Lunghezza e riconoscibilità della lista degli ingredienti:** elenchi brevi, composti da termini noti e di facile comprensione, indicano generalmente un minor grado di trasformazione industriale. Denominazioni complesse o chimiche possono nascondere additivi o processi tecnologici da limitare.
- **Confronto tra prodotti simili:** alimenti apparentemente equivalenti possono presentare differenze significative nel contenuto di macronutrienti, micronutrienti e additivi; sviluppare la capacità di confronto consente di ottimizzare le scelte nutrizionali. *(Ministero della Salute, 2016)*

L'attenzione deve concentrarsi su specifici componenti nutrizionali. Per quanto riguarda i grassi, è consigliabile prediligere prodotti con un contenuto inferiore a 3 g di grassi totali e

1,5 g di grassi saturi per 100 g, evitando i grassi trans e idrogenati, noti per il loro impatto sfavorevole sul rischio cardiovascolare. Gli zuccheri, spesso presenti sotto diverse denominazioni come sciroppo di glucosio, maltosio o destrine, dovrebbero essere limitati; valori inferiori a 5 g per 100 g sono considerati bassi, mentre valori superiori a 22,5 g per 100 g sono elevati. Gli additivi, tra cui conservanti, coloranti e aromi riconoscibili tramite codici E (ad esempio E100 o E300), dovrebbero essere presenti in numero limitato o assenti. Le fibre sono un altro parametro di rilievo, e gli alimenti dovrebbero contenere almeno 3 g per 100 g, poiché favoriscono la salute intestinale, la regolarità e il controllo glicemico. Infine, è opportuno selezionare alimenti con un contenuto di sodio inferiore a 0,3 g per 100 g, contribuendo così a mantenere un apporto sodico adeguato. (*Ministero della Salute, 2016*)

È essenziale che le gestanti non si lascino condizionare da claim commerciali come “naturale”, “light” o “senza zuccheri aggiunti”, che spesso non riflettono la reale qualità nutrizionale del prodotto. L’unico approccio affidabile consiste in una lettura critica e sistematica dell’etichetta, strumento indispensabile per promuovere una dieta equilibrata, sicura e adeguata alle esigenze nutrizionali della gravidanza.

CONCLUSIONI

L’educazione alimentare in gravidanza, specialmente per chi segue una dieta vegana, è fondamentale per proteggere la salute della madre e del bambino, ma nella pratica resta spesso una sfida. Molte gestanti faticano a raggiungere gli apporti nutrizionali necessari, tra mancanza di varietà, difficoltà a reperire alimenti freschi e l’invasione dei prodotti ultraprocessati. Strumenti come il Piatto Veg offrono indicazioni preziose, ma senza un accompagnamento professionale costante rischiano di restare solo teoria. La diversificazione degli alimenti non solo nutre il corpo, ma sostiene il microbiota, regola l’infiammazione e supporta il metabolismo materno, elementi chiave per il benessere della gravidanza. L’ostetrica, con competenza ed empatia, può guidare la donna nella scelta consapevole degli alimenti, nell’interpretazione delle etichette e nell’adozione di abitudini sostenibili, trasformando la dieta in un atto di cura concreto. Garantire una dieta vegana equilibrata significa connettere scienza, pratica quotidiana e sostegno umano, affrontando insieme le difficoltà per proteggere la vita che cresce.

BIBLIOGRAFIA

- Baroni L., Goggi S., Battaglini R., Berveglieri M., Fasan I., Filippin D, et al. *Vegan Nutrition for Mothers and Children: Practical Tools for Healthcare Providers*. Nutrients. 20 dicembre 2018;11(1):5
- Cnossen MC., Tichelman E., Bostelaar V. et al. *Veganism during pregnancy: Exploring experiences and needs of women following a plant-based diet*. Sex Reprod Healthc. 2025 Jun; 44:101094.
- Eurispes. 37° Rapporto Italia 2025. Sintesi [PDF]. Roma: Eurispes; 2025. p. 43
- Gruber-Bzura BM. *Vitamin D-is the sun enough for us?* Nutr Metab (Lond). 2025 Jul 1;22(1):70.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS). *Linee guida SNLG-ISS Gravidanza fisiologica*. Parte 2. Roma: ISS; 2025.
- Koebnick R., Strassner C., Hoffmann I., Leitzmann C. (citato in) *The Effects of Vegetarian and Vegan Diet during Pregnancy on the Health of Mothers and Offspring*. Nutrients. 2019; 11(3):557
- Meulenbroeks D., Otten E., Smeets S., et al. *The Association of a Vegan Diet during Pregnancy with Maternal and Child Outcomes: A Systematic Review*. Nutrients. 2024 Sep 30;16(19):3329
- Meulenbroeks D., Versmissen I., Prins N. et al. *Care by Midwives, Obstetricians, and Dietitians for Pregnant Women Following a Strict Plant-Based Diet: A Cross-Sectional Study*. Nutrients. 2021 Jul 13;13(7):2394
- Miedziaszczyk M., Ciabach P., Grześkowiak E., Szalek E. *The Safety of a Vegan Diet During Pregnancy*. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej. 2021; 75:417–425.
- Ministero della Salute. *Etichettatura degli alimenti – cosa dobbiamo sapere. Mini-guida informativa per il consumatore*. Roma: Ministero della Salute; 2016.
- Neville J., O'Hagan K., Lucas R., Young AR. *Physical Determinants of Vitamin D Photosynthesis: A Review*. JBMR Plus. 2021;5(1): e10460
- The Vegan Society. *What's in a Name? Plant-based vs Vegan*. Report 2022. p. 6.

ASSISTENZA OSTETRICA ONE TO ONE AL PARTO VAGINALE DOPO TAGLIO CESAREO (VBAC). SICUREZZA E VANTAGGI DI UN TRAVAGLIO DI PROVA vs TC ITERATIVO

Anna Paola Caruso*

*Ostetrica, U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, Azienda Ospedaliera di Cosenza

RIASSUNTO

La letteratura scientifica nazionale e internazionale considera il parto vaginale sicuro e praticabile anche per donne con pregresso taglio cesareo. Il counselling ostetrico prenatale **personalizzato**, condotto da personale medico e ostetrico qualificato, consente di valutare accuratamente rischi e benefici materni e neonatali, determinando l'ammissibilità al percorso TOLAC/VBAC.

L'ostetrica, accogliendo e supportando la gestante, promuove consapevolezza, motivazione e partecipazione attiva durante travaglio e parto. Le professioniste impegnate possiedono elevate competenze cliniche, capacità organizzative e abilità relazionali, garantendo un'assistenza **one-to-one** che integra competenza tecnica e arte ostetrica per assicurare qualità e sicurezza delle cure.

Questo modello assistenziale è realizzabile esclusivamente in strutture ospedaliere dotate di protocolli operativi e della possibilità di attivare rapidamente la sala operatoria in urgenza, oltre che di team ostetrici formati e motivati. Il parto vaginale in donne con pregresso taglio cesareo rappresenta una sfida complessa sia per la donna sia per l'intero team assistenziale.

Parole chiave: Tolac – Vbac – Sicurezza – Assistenza Ostetrica one to one – Competenza Ostetrica

INTRODUZIONE

Le società scientifiche nazionali e internazionali definiscono e raccomandano, attraverso linee guida, documenti di consenso e raccomandazioni, le migliori pratiche cliniche nell'assistenza al **TOLAC** - *Trial of Labor After Cesarean* - e al **VBAC** - *Vaginal Birth After Cesarean*. (ISS, 2016; SIGO, 2021; ACOG, 2017; NICE, 2025; RCOG, 2015; SOGC, 2005)

L'ammissione delle gestanti a tali percorsi avviene dopo un **counselling prenatale approfondito** e rappresenta una scelta clinicamente sicura, previa valutazione accurata dei rischi e dei benefici materni e neonatali. (SIGO, 2021; RCOG, 2015)

Il travaglio può essere offerto a tutte le gestanti con feto singolo in presentazione cefalica, con storia di pregresso taglio cesareo e incisione trasversale a livello del segmento

uterino inferiore, indipendentemente dall'eventuale precedente parto vaginale.

I punti nascita che accolgono queste donne devono disporre di protocolli organizzativi e gestionali in grado di garantire l'attivazione immediata della sala operatoria in urgenza, con personale specializzato e formato per l'assistenza al TOLAC/VBAC. (SIGO, 2021)

Le **controindicazioni** all'assistenza TOLAC/VBAC devono essere attentamente valutate, poiché determinano la sicurezza della donna e del neonato. Vengono suddivise in:

- *Controindicazioni assolute* includono pregressa rottura d'utero, incisione longitudinale classica o a T invertita, complicanze mediche o ostetriche che controindicano il parto vaginale (es. placenta previa, malposizione fetale), impossibilità di eseguire un taglio cesareo di emergenza e la volontà della donna di non affrontare il travaglio. In questi casi, il parto vaginale dopo cesareo comporterebbe rischi inaccettabili.
- *Controindicazioni relative* che comprendono: un intervallo breve dal pregresso cesareo, età materna avanzata (>41 anni), obesità, macrosomia fetale, punteggio di Bishop sfavorevole, induzione o accelerazione del travaglio e eventuali complicanze post-operatorie del precedente cesareo. In presenza di tali condizioni, il percorso TOLAC/VBAC può essere considerato solo dopo

un'analisi approfondita dei benefici e dei rischi specifici per la singola gestante.

(SIGO, 2021; RCOG, 2015)

L'ammissione al travaglio per donne con pregresso taglio cesareo, in assenza di controindicazioni specifiche, avviene dopo una **consulenza prenatale personalizzata**, condotta da personale medico e ostetrico esperto e motivato. Tale valutazione ha l'obiettivo di supportare il processo decisionale relativo alla modalità del parto, attraverso un'analisi dettagliata del rapporto rischi-benefici materni e neonatali, considerando anche la casistica e le risorse della struttura ospedaliera di riferimento. La decisione finale sulle modalità del travaglio e del parto spetta sempre alla donna, in accordo con l'équipe assistenziale, tenendo conto delle condizioni cliniche della gravidanza e del grado di motivazione della stessa. In questo percorso decisionale, l'ostetrica svolge un ruolo cruciale nell'informare, sostenere e rendere la gestante consapevole e motivata. (SIGO, 2021; RCOG, 2015)

BENEFICI DEL PARTO VAGINALE DOPO TAGLIO CESAREO

Le evidenze di letteratura indicano in modo concorde che i benefici di un parto vaginale dopo un precedente taglio cesareo trasversale sul segmento uterino inferiore superano generalmente i rischi, i quali risultano maggiori nei casi di travaglio fallito con

conseguente cesareo di urgenza o emergenza.
(*SIGO, 2021; RCOG, 2015; NICE 2025*)

- **Benefici materni** includono ospedalizzazione più breve, ridotta perdita ematica e necessità di trasfusioni, minor rischio di infezioni, eventi tromboembolici, mortalità e morbosità materna, ridotto rischio di isterectomia post-partum e di embolia da liquido amniotico. Inoltre, il parto vaginale riduce le conseguenze a lungo termine sulla salute materna, quali placentazione anomala e altri rischi correlati all'aumento del numero di cesarei pregressi.
- **Benefici neonatali** riguardano una minore incidenza di malattie autoimmuni, asma, allergie, malattie respiratorie, diabete mellito di tipo 1, celiachia e neoplasie. Si osserva inoltre una ridotta insorgenza di obesità in età prescolare, coliti ulcerose, gastroenteriti, artriti e sindromi metaboliche.

Questi dati supportano la scelta del TOLAC/VBAC come strategia sicura e vantaggiosa sia per la madre sia per il neonato, quando eseguita in contesti clinici appropriati e con monitoraggio continuo.

PERCORSI ORGANIZZATIVI E PROTOCOLLO DI SICUREZZA PER TOLAC E VBAC

La struttura ospedaliera di riferimento per l'assistenza al **TOLAC** e al **VBAC** deve implementare percorsi organizzativi e

gestionali strutturati, volti a garantire la disponibilità immediata delle risorse necessarie per l'esecuzione di un taglio cesareo d'emergenza, al fine di minimizzare i tempi tra il riconoscimento dell'emergenza e la laparotomia.

Il protocollo assistenziale specifico prevede le seguenti procedure:

- acquisizione e sottoscrizione del consenso informato da parte della gestante;
- compilazione dettagliata della cartella clinica da parte del personale sanitario, comprendente partogramma, descrizione delle procedure effettuate durante travaglio, parto, secondamento e periodo post-partum;
- posizionamento di accesso venoso periferico di calibro appropriato;
- verifica della disponibilità di emo-gruppo e del test di Coombs indiretto nella documentazione clinica;
- sorveglianza del benessere fetale mediante monitoraggio continuo della frequenza cardiaca fetale;
- sorveglianza del benessere materno attraverso rilevazione regolare dei parametri vitali, secondo le modalità previste per donne a basso rischio ostetrico;
- monitoraggio della **progressione del travaglio**, con esplorazioni vaginali effettuate durante la fase attiva del primo stadio e registrate nel partogramma. Tale approccio consente di garantire

un'assistenza ostetrica sicura, strutturata e tempestiva, favorendo la riduzione dei rischi materno-fetali durante il TOLAC/VBAC.

ASSISTENZA OSTETRICA PERSONALIZZATA ONE-TO-ONE

L'assistenza ostetrica **one-to-one** rappresenta lo standard assistenziale più appropriato e sicuro per le candidate al TOLAC. Tale modalità assistenziale, garantita da professioniste ostetriche con elevate competenze cliniche, organizzative e motivazionali, consente un monitoraggio continuo e personalizzato del travaglio, favorendo il riconoscimento precoce di eventuali segni di complicanza, tra cui la rottura della cicatrice uterina. L'assistenza one-to-one è finalizzata a sostenere la fisiologia del travaglio, rinforzare il senso di competenza materna e promuovere il controllo percepito dalla donna, contribuendo a ridurre la percezione del dolore e la necessità di interventi ostetrici.

L'assistenza ostetrica si struttura su più livelli:

- informazione e consapevolezza;
- sostegno relazionale, fisico ed emotivo;
- contenimento e supporto nella gestione del dolore;
- incoraggiamento al movimento libero e alle posture verticali;
- assunzione di cibi e liquidi evitando il digiuno;
- utilizzo dell'acqua come strumento analgesico con monitoraggio continuo della frequenza cardiaca fetale, inclusi eventuali parti in acqua. (*SIGO, 2021*)

La **parto-analgesia** può essere integrata nel percorso TOLAC come strumento per ridurre la percezione del dolore e favorire il rilassamento della donna, rispettando i tempi fisiologici del travaglio ed espulsione. L'esperienza dell'ostetrica permette di individuare il momento ottimale per l'inizio dell'analgesia e di riconoscere eventuali segnali di allarme, poiché un incremento nella richiesta di rabbocco epidurale può costituire un indicatore precoce di rischio di rottura uterina, da valutare tempestivamente. (*SIGO, 2021*)

GESTIONE DEL TRAVAGLIO/ PARTO E COMPLICANZE

Le linee guida delle società scientifiche raccomandano la sorveglianza della progressione del travaglio mediante esplorazioni vaginali a intervalli regolari, analogamente alle donne a basso rischio ostetrico, con personalizzazione dell'assistenza in base alle caratteristiche cliniche della gestante. (*ACOG, 2017; SOGC, 2005*)

L'andamento del travaglio e del parto nelle donne con pregresso taglio cesareo non

differisce sostanzialmente da quello delle altre partorienti, e il fattore parità esercita un'influenza analoga.

Un elemento centrale della sorveglianza è l'individuazione precoce della distocia, correlata al rischio di rottura uterina, la cui diagnosi deve essere effettuata solo dopo conferma del travaglio attivo, evitando di confonderla con una fase latente prolungata. (SIGO, 2021)

Eventuali interventi, come amnioressi o somministrazione di ossitocina a bassi dosaggi (≤ 20 mU/min), devono seguire protocolli rigorosi in termini di modalità di infusione, monitoraggio dell'attività contrattile e incremento delle dosi, sempre in stretta collaborazione con la donna.

Durante il periodo espulsivo e il parto, l'ostetrica rispetta i tempi fisiologici di tutte le fasi, inclusa la gestione dell'analgesia, fornendo supporto continuo, motivazione e incoraggiamento alla partecipazione attiva della donna.

Anche il secondamento segue i tempi fisiologici, mentre nel post-partum si garantisce il monitoraggio della contrattilità uterina, delle perdite ematiche e dei parametri vitali, con registrazione accurata di tutti i dati nella cartella clinica.

La **sorveglianza continua** consente di rilevare tempestivamente segni e sintomi acuti di **rottura uterina**, quali alterazioni della cardiocografia (decelerazioni prolungate, variabili ripetitive, perdita della variabilità,

ipertono uterino o tachisistolia), dolore addominale persistente tra le contrazioni, dolore toracico o scapolare, dolore localizzato alla cicatrice uterina, ematuria, perdite ematiche anomale, risalita della parte presentata, alterazioni della forma addominale, diminuzione dell'efficacia dell'analgesia peridurale o impossibilità di rilevare il battito cardiaco fetale nel sito abituale.

L'identificazione tempestiva di tali segni permette l'attivazione immediata del team multidisciplinare e l'esecuzione di un taglio cesareo d'emergenza, riducendo i rischi materni e fetali.

La diagnosi definitiva di rottura uterina viene confermata durante il taglio cesareo d'emergenza o la laparotomia post-partum; circa il 90% dei casi si verifica in travaglio, con un picco a 4–5 cm di dilatazione, il 18% nel secondo stadio e l'8% dopo parto vaginale.

CONCLUSIONI

La sicurezza e la qualità dell'assistenza nel percorso **TOLAC/VBAC** possono essere garantite mediante un'ottimizzazione dell'accessibilità e della personalizzazione dell'assistenza ostetrica, sia nella fase prenatale sia in quella perinatale. A tal fine, è fondamentale implementare programmi di **training strutturati** per formare team di ostetriche motivate e altamente competenti nell'assistenza al TOLAC/VBAC.

Il parto vaginale in donne con pregresso taglio cesareo costituisce una sfida significativa non solo per la gestante, ma per l'intero team assistenziale, richiedendo elevati livelli di competenza clinica, coordinamento e capacità decisionale.

BIBLIOGRAFIA

- ACOG PRACTICE BULLETIN -*Vaginal Birth After Cesarean Delivery*, November 2017, Number 184
- ISS, Linee Guida -*Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*, Gennaio 2016
- NICE, Guideline -*Caesarean Birth*, Published 31 March 2021- last updated 10 June 2025
- RCOG, Green-top Guideline No. 45 - *Birth After Previous Caesarean Birth*, October 2015
- SIGO, Raccomandazione - *Raccomandazioni di buona pratica clinica sull'assistenza al parto nelle donne precesarizzate*, Dicembre 2021
- SOGC, Clinical practice guidelines - *Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth*, February 2005. Int J Gynaecol Obstet. 2005, Number 155 (Replaces guideline Number 147Jun;89(3):319-31. Review. PubMed PMID: 16001462.

VIOLENZA SESSUALE E ABUSO SUI MINORI: FENOMENOLOGIA ED EVOLUZIONE. GLI INDICATORI DI SOFFERENZA FISICA E PSICHICA E IL RUOLO DELL'OSTETRICA/O

Lavinia Piani*

* Ostetrica, ASUFC Tolmezzo (UD)

RIASSUNTO

La violenza sessuale e l'abuso sui minori rappresentano ambiti di difficile indagine, per i quali non esistono dati certi. La principale difficoltà nella raccolta di una casistica affidabile risiede nella natura stessa del reato, che coinvolge un minore spesso incapace di comprendere pienamente le dinamiche in gioco e un adulto che sfrutta un naturale ascendente derivante dal rapporto di fiducia instaurato con il bambino. Le conseguenze di tali comportamenti non si limitano ai danni immediatamente osservabili, ma possono determinare effetti a lungo termine sullo sviluppo fisico, psichico e socio-relazionale della vittima. Gli indicatori di sofferenza, sia fisici che psicologici, sono spesso aspecifici e possono sovrapporsi a normali fasi di crescita e ridefinizione del sé.

In questo contesto, l'ostetrica può svolgere un ruolo cruciale, venendo a conoscenza di tali situazioni nell'ambito della propria pratica professionale. Una formazione specifica e approfondita risulta quindi indispensabile per operare in maniera efficace all'interno del team multidisciplinare che interviene nella gestione e protezione delle vittime.

Parole chiave: Violenza sessuale – Abuso su minori – Consenso – Assistenza Ostetrica

INTRODUZIONE

Nell'ambito della medicina legale e forense, il ruolo dell'ostetrica sta progressivamente estendendosi a contesti che tradizionalmente non ne hanno costituito l'ambito di azione. Un esempio significativo è rappresentato dall'intervento in casi di violenza di genere, fenomeno frequentemente correlato alla violenza sessuale e all'abuso sui minori.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la violenza nei confronti dei minori come l'insieme di *“tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza, e tutti gli altri tipi di sfruttamento in grado di causare un danno reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità, nell'ambito di una relazione caratterizzata da*

responsabilità, fiducia e potere". (WHO, 2020)

Questa definizione evidenzia due elementi cardine: in primo luogo, la possibilità di un danno potenziale sullo sviluppo del minore, oltre a quello immediatamente osservabile; in secondo luogo, la presenza di una relazione di fiducia tra abusante e vittima, derivante da un "naturale ascendente dell'adulto nei confronti del minore, che non è quasi mai in grado di valutare correttamente il senso e le conseguenze delle attenzioni che gli vengono rivolte". (Jericho, 2024)

Le modalità di maltrattamento si distinguono in condotte attive, comprendenti diverse forme di violenza diretta quali percosse, schiaffi o altre aggressioni fisiche, e condotte omissive, quali trascuratezza, incuria o abbandono, capaci di generare conseguenze fisiche e psicologiche sul minore.

Nell'accezione specifica di abuso sessuale, si definisce tale il coinvolgimento di un minore in attività sessuali che non può comprendere pienamente, per le quali non è in grado di esprimere un consenso informato e che non risultano compatibili con il suo livello di sviluppo, all'interno di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere. (WHO, 1999)

In tale contesto, il ruolo della relazione di fiducia risulta determinante nella configurazione del reato, in quanto la vittima non possiede le capacità necessarie a

comprendere e a fornire un consenso consapevole alle dinamiche in cui è coinvolta.

Uno degli aspetti che rendono la violenza sui minori particolarmente subdola è che, in circa l'80% degli esami clinici condotti sulle vittime, non emergono segni evidenti, e quelli presenti sono spesso non specifici. Molti indicatori di abuso psicologico, infatti, possono sovrapporsi a comportamenti tipici di alcune fasi dello sviluppo, come l'adolescenza, caratterizzata da periodi di rielaborazione del sé e instabilità emotiva. Problemi di autostima, difficoltà nelle relazioni sociali, variazioni del comportamento, disturbi dell'umore, ansia, depressione e comportamenti di ritiro possono pertanto essere confusi con manifestazioni di abuso.

Anche gli indicatori fisici possono risultare poco specifici: ritardi nella crescita, disturbi del sonno o dell'alimentazione possono riflettere normali dinamiche preadolescenziali o adolescenziali, mentre traumi fisici e fratture possono derivare da incidenti o cadute. Unica eccezione significativa è rappresentata dalla frattura da torsione, che desta immediato sospetto di maltrattamento per la sua peculiarità.

Resta comunque fondamentale sottolineare che l'assenza di traumi evidenti non esclude la presenza di abuso o maltrattamento. (SINIPIA, 2007)

NORMATIVA INTERNAZIONALE ED EVOLUZIONE STORICA

Fin dall'immediato dopoguerra, le Nazioni Unite, nella **Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo**, hanno riconosciuto l'infanzia come un periodo della vita particolarmente bisognoso di protezione, cure e attenzioni specifiche, al fine di garantire uno sviluppo armonico e dignitoso del minore all'interno della società. (*United Nations General Assembly, 1948*)

Tali principi sono stati successivamente ripresi e ampliati nella **Convenzione sui Diritti del Fanciullo**, che dedica articoli specifici alla prevenzione dell'abuso, dello sfruttamento sessuale e del traffico di minori, fenomeni purtroppo ancora diffusi in diversi paesi membri. (*United Nations General Assembly, 1989*)

Un fattore critico, comune a molti stati europei, riguarda la difficoltà di acquisire dati attendibili sull'effettiva diffusione di tali abusi, per le caratteristiche intrinseche di questi fenomeni. L'adulto esercita un "potere" naturale nei confronti del minore, il quale spesso non è in grado di valutare la gravità delle condotte subite; nei casi in cui tale consapevolezza sia presente, come nell'adolescenza, vergogna, senso di colpa e mancanza di accesso a reti di supporto adeguate ostacolano la denuncia e la successiva persecuzione dei reati.

A livello europeo, la principale normativa di riferimento è rappresentata dalla Convenzione

del Consiglio d'Europa sulla protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Convenzione di Lanzarote). Tale strumento giuridico, composto da 50 articoli, definisce come obiettivi principali la prevenzione e la repressione dello sfruttamento e dell'abuso sessuale dei minori, la protezione delle vittime e la promozione della cooperazione nazionale e internazionale. (*Council of Europe, 2007*)

L'Italia ha ratificato la Convenzione il 1° ottobre 2012, aggiornando la normativa nazionale preesistente con l'integrazione nella Legge n. 172/2012.

Inoltre, già nel 2006, in considerazione dell'espansione della rete internet e della diffusione dei social network, l'Italia ha promulgato la Legge n. 38/2006, modificando la precedente Legge n. 269/1998, al fine di rafforzare la tutela contro lo sfruttamento sessuale dei minori e la pedopornografia online.

VIOLENZA INTRAFAMILIARE SUI MINORI: DINAMICHE E CONSEGUENZE

La violenza contro i minori si manifesta attraverso una molteplicità di contesti e modalità, tra cui la violenza intrafamiliare e le forme di abuso perpetrate da persone note alla vittima, quali pari, vicini, allenatori o educatori. Gli abusi all'interno di reti conosciute risultano particolarmente complessi da indagare, poiché il senso di

colpa, la vergogna o la paura di “tradire” il legame con l’abusante spesso ostacolano la denuncia. La letteratura evidenzia che, qualora la violenza sia integrata nel contesto di crescita, essa può essere interiorizzata come modalità educativa, con conseguente rischio di reiterazione in età adulta con modalità differenti tra i generi: nei maschi si osserva spesso la tendenza a replicare le violenze subite, mentre nelle femmine emerge più frequentemente un pattern di esposizione ripetuta a relazioni violente, sia per dinamiche di scelta sia per fattori contingenti. Quest’ultimo aspetto evidenzia quanto il danno potenziale causato dalla violenza si manifesti in conseguenze sulla personalità della vittima e sul suo successivo sviluppo del sistema relazionale e sociale.

Negli ultimi anni, un periodo particolarmente critico per l’incremento dei casi di violenza e maltrattamento, soprattutto in ambito intrafamiliare, è stato rappresentato dalla pandemia di COVID-19. I lunghi periodi di lockdown hanno aumentato le opportunità di abuso da parte degli autori di violenza, con una contestuale riduzione delle denunce e delle richieste di aiuto, determinata sia dalla limitazione della mobilità sia dalla ridotta disponibilità di servizi di supporto. Tale contesto ha evidenziato la vulnerabilità dei sistemi di protezione dell’infanzia in condizioni di crisi.

MINORI E RISCHI ONLINE: GROOMING, SEXTORTION E CYBERBULLISMO

I lunghi periodi di lockdown hanno accentuato l’esposizione dei minori ai rischi online, rendendo Internet l’ambiente principale di minaccia, caratterizzato da contenuti non sempre appropriati all’età e difficilmente controllabili dagli adulti. La diffusione dei social network ha trasformato le modalità di comunicazione e socializzazione, favorendo interazioni immediate ma anche comportamenti aggressivi, provocatori e di prevaricazione.

Basti pensare che nel periodo della pandemia di COVID-19, la domanda di materiale pedopornografico online è aumentata del 30%, con un corrispondente incremento degli adescamenti virtuali. (*Jericho, 2024*)

Spesso i profili social dei minori vengono creati anticipatamente rispetto ai limiti di età previsti dalla legge; bambini di età inferiore ai 13 anni gestiscono autonomamente i propri account, talvolta inserendo dati falsi, anche con il consenso dei genitori. Tali pratiche, apparentemente innocue, hanno facilitato la diffusione di fenomeni come il ***grooming***, ossia l’adescamento online, che può avvenire anche attraverso videogiochi digitali, con un rischio maggiore per i fruitori più giovani delle piattaforme.

Tra gli adolescenti tra i 14 e i 17 anni emergono fenomeni come la ***sextortion*** (ricatto sessuale online) e il ***cyberbullismo***.

Nel primo caso, organizzazioni criminali creano falsi profili per indurre i minorenni, prevalentemente maschi, a inviare materiale sessuale, successivamente utilizzato per estorsioni e minacce. Il cyberbullismo, invece, è trasversale rispetto al genere e, rispetto al bullismo tradizionale, si diffonde più rapidamente e con maggiore impatto negativo sulle vittime. In alcuni casi, però, la maggiore consapevolezza dell'età induce i minori a ricercare strumenti di tutela.

Un fenomeno correlato, spesso sottovalutato dai giovani, è il *sexting*, ossia l'invio o lo scambio di testi, immagini o video sessualmente espliciti; quando coinvolge minorenni, può configurare un reato penale. L'articolo 612-ter del Codice penale, introdotto nel 2019 con la legge "Codice Rosso", ha inoltre previsto il reato di *revenge porn*, ovvero la diffusione illecita di materiale sessualmente esplicito, con sanzioni applicabili sia a chi lo diffonde sia a chi lo riceve e lo diffonde ulteriormente con l'intento di arrecare danno alla vittima.

PROSTITUZIONE MINORILE: DINAMICHE, RISCHI E VULNERABILITÀ

Un ambito a sé stante è rappresentato dalla **prostituzione minorile**, per la quale i dati europei risultano ancora frammentari e parziali. Le evidenze disponibili indicano che il fenomeno riguarda prevalentemente ragazze tra i 14 e i 17 anni, mentre la prostituzione

maschile, sebbene presente, appare meno diffusa o meno documentata. Ciò è in parte dovuto alla scarsa considerazione della prospettiva di genere nella ricerca e al persistente stigma sociale associato all'omosessualità, che può rendere la prostituzione uno dei primi modi per esplorare l'interesse sessuale nei giovani maschi.

Oltre alla prostituzione sotto forma di sfruttamento diretto, emergono dinamiche ibride legate all'illusione di un guadagno economico rapido tramite l'esposizione del proprio corpo online. Piattaforme virtuali come OnlyFans facilitano la commercializzazione di contenuti sessualmente espliciti, spesso senza mediazione di adulti. In Italia, casi noti come quello delle "Parioline" – adolescenti della cosiddetta "Roma bene" che inizialmente vendevano fotografie personali in cambio di ricariche telefoniche e successivamente accettavano incontri in presenza – mostrano come il confine tra iniziativa autonoma e sfruttamento possa essere labile.

Queste dinamiche evidenziano la necessità di approcci multidimensionali nella prevenzione e protezione dei minori, che considerino sia gli aspetti socioeconomici sia quelli psicologici e digitali, ponendo attenzione al ruolo della vulnerabilità individuale, dello stigma e delle opportunità di profitto offerte dal web.

**ABUSI SUI MINORI IN ITALIA:
DATI RECENTI E IMPLICAZIONI**

I dati più recenti del Servizio di Analisi Criminale del Ministero dell’Interno evidenziano un incremento dei reati riconducibili ad abusi sui minori tra il primo semestre del 2023 e quello del 2024, pari complessivamente al 10%. In particolare, si osserva un aumento dell’11% dei casi di violenza sessuale, del 14% della violenza sessuale di gruppo e dell’11% della pornografia minorile. (*Ministero dell’Interno, 2024*)

Parallelamente, si rilevano incrementi significativi anche nei maltrattamenti contro familiari e conviventi (+15%), mentre alcuni reati, come l’adescamento di minorenni e gli atti sessuali con minori, mostrano una lieve diminuzione, probabilmente legata a

variazioni nella segnalazione o nella capacità di intercettazione.

L’abuso sessuale minorile si configura come un fenomeno estremamente complesso e insidioso, poiché può manifestarsi attraverso un’ampia gamma di condotte che non prevedono necessariamente la violenza fisica diretta. Le vittime più vulnerabili risultano i giovanissimi infraquattordicenni, nei quali tali esperienze traumatiche possono interferire in modo significativo con lo sviluppo psicologico, affettivo e relazionale. La mancata individuazione dei segnali di abuso impedisce l’attivazione di percorsi di protezione e modelli relazionali alternativi, con il rischio di consolidamento di schemi affettivi disfunzionali. (Tab. 1)

	1° sem. 2023	1°sem.2024	%
<i>Adescamento di minorenni</i>	360	304	-16%
<i>Atti sessuali con minorenni</i>	273	260	-5%
<i>Pornografia minorile</i>	226	250	+11%
<i>Violenza sessuale</i>	2.352	2.609	+11%
<i>Violenza sessuale aggravata</i>	526	518	-2%
<i>Violenza sessuale aggravata perché commessa in istituti di istruzione</i>	55	42	-24%
<i>Violenza sessuale di gruppo</i>	58	66	+14%
<i>Maltrattamenti contro familiari e conviventi</i>	11.808	13.556	+15%

Tab.1 Estratto dalla tabella dati del Servizio Analisi Criminale (Ministero Dell’Interno, 2024)

RUOLO DELL'OSTETRICA NELLA PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ABUSI SUI MINORI

Nell'ambito della prevenzione e dell'intervento sulla violenza nei confronti dei minori, la figura dell'ostetrica riveste un ruolo strategico e multidimensionale. La sua posizione professionale consente un contatto diretto con bambini, adolescenti e famiglie in molteplici contesti, offrendo opportunità uniche per il riconoscimento precoce di segnali di abuso e l'attivazione di percorsi di protezione appropriati. La capacità di instaurare rapidamente un rapporto di fiducia con l'utente costituisce un elemento distintivo della professione, facilitando l'emersione di informazioni delicate e l'identificazione di situazioni a rischio.

Tali contatti professionali si realizzano nei consultori familiari, negli spazi dedicati agli adolescenti, nei programmi scolastici di educazione affettiva e sessuale, negli ambulatori per la prevenzione e il trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili, negli incontri domiciliari e, in alcuni casi, durante l'assistenza al parto. Quest'ultimo contesto permette anche di osservare le dinamiche relazionali coniugali, fornendo indizi indiretti su pregressi abusi subiti dai genitori o da altri membri della famiglia.

La gestione dei sospetti di abuso minorile richiede sempre un approccio multidisciplinare e integrato. La

collaborazione tra professionisti sanitari, psicologi, assistenti sociali e operatori legali è essenziale per garantire interventi tempestivi, efficaci e sicuri, assicurando la tutela della vittima e riducendo il rischio di ulteriori traumi psicologici, fisici o relazionali.

Alcuni reati, in particolare quelli a danno di minori di 18 anni, sono **procedibili d'ufficio**, con l'obbligo per gli operatori sanitari di effettuare la denuncia secondo quanto previsto dall'art. 331 del Codice di Procedura Penale. Questo obbligo legale sottolinea l'importanza di una formazione specifica e della conoscenza delle procedure operative per non compromettere le indagini e proteggere adeguatamente le vittime.

Parallelamente all'intervento, rimane centrale il ruolo della **prevenzione primaria**. L'implementazione e il potenziamento dei programmi di educazione affettiva e sessuale nelle scuole di ogni ordine e grado rappresentano strumenti fondamentali per promuovere una cultura del rispetto e della tutela dei minori. La prevenzione primaria mira a fornire ai minori conoscenze, strumenti e consapevolezza tali da ridurre la vulnerabilità e favorire l'acquisizione di modelli relazionali sani e non violenti.

CONCLUSIONI

La violenza sui minori rappresenta un fenomeno complesso e spesso silenzioso, che richiede sistemi di protezione integrati e multidimensionali. L'incremento dei casi di

abuso, anche in contesti digitali, mette in luce limiti significativi nella prevenzione e nell'identificazione precoce dei segnali di maltrattamento. In questo scenario, l'ostetrica riveste un ruolo strategico: il contatto diretto con bambini, adolescenti e famiglie, unito alla capacità di instaurare rapporti di fiducia, permette di rilevare tempestivamente situazioni a rischio.

Le competenze avanzate della professione ostetrica, in particolare nell'ambito della medicina legale e forense, offrono l'opportunità di integrare percorsi formativi mirati alla gestione degli abusi sui minori. Tali percorsi comprendono l'identificazione di indicatori clinici e comportamentali di abuso, la conduzione di colloqui sensibili, la documentazione accurata dei casi e la collaborazione con altre figure professionali quali psicologi, assistenti sociali, avvocati e forze dell'ordine. La formazione specialistica consente alle ostetriche e agli ostetrici di intervenire in modo tempestivo, appropriato e coordinato, riducendo il rischio di ulteriori danni psicologici o fisici per la vittima.

Una delle principali sfide per il futuro riguarda la diffusione e l'implementazione capillare di tali percorsi formativi, garantendo che tutte le ostetriche e gli ostetrici acquisiscano le competenze necessarie per affrontare efficacemente gli abusi sui minori, anche in contesti emergenti come quello digitale. Solo attraverso un approccio formativo, multidisciplinare e costantemente

aggiornato sarà possibile rafforzare la prevenzione, migliorare la rilevazione precoce e proteggere in modo concreto i bambini e gli adolescenti più vulnerabili.

BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Council of Europe. *Council of Europe Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse (Lanzarote Convention)*. Strasbourg: Council of Europe, 25 October 2007
- Gruppo di lavoro S.I.N.P.I.A. sugli abusi in età evolutiva. *Linee guida in tema di abuso sui minori*. 2007.
- Jericho. *Rapporto nazionale sullo sfruttamento della prostituzione minorile in Italia – Studio metodologico e pedagogico*. CESIE ETS; 2024
- Repubblica Italiana. *Codice Penale, art. 612-ter – Divulgazione illecita di materiale sessualmente esplicito (revenge porn)*. Updated 2019
- Repubblica Italiana. *Legge 1° ottobre 2012, n. 172. Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno*. Gazzetta Ufficiale 8 Oct 2012;235.

- Repubblica Italiana. *Legge 15 marzo 2006, n. 38 – Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*. Gazzetta Ufficiale 21 Mar 2006;64.
- Repubblica Italiana. *Legge 19 luglio 2019, n. 69 – Misure urgenti in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere (Codice Rosso)*. Gazzetta Ufficiale 31 Jul 2019;176
- Repubblica Italiana. *Legge 27 dicembre 1998, n. 269 – Norme per la protezione dei minori stranieri non accompagnati*. Gazzetta Ufficiale 30 Dec 1998;302.
- Servizio di Analisi Criminale, Ministero dell'Interno. *Minorenni vittime di abusi*. Roma: Ministero dell'Interno; 2024
- United Nations General Assembly. *Convention on the Rights of the Child*. 20 Nov 1989.
- United Nations General Assembly. *Universal Declaration of Human Rights. Resolution 217 A (III)*, 10 Dec 1948.
- WHO. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29–31 March 1999*. Geneva: World Health Organization; 1999
- WHO. *Technical report: WHO guidelines for the health-sector response to child maltreatment*. Geneva: WHO; 2020.

DALLA VIOLENZA DOMESTICA, ALLO STALKING, AL FEMMINICIDIO. LA CONVENZIONE DI ISTANBUL, LA VIOLENZA SESSUALE NELLA LEGGE N. 66 SINO AL CODICE ROSSO REVENGE PORN. LEGGE PER GLI ORFANI DI CRIMINI DOMESTICI.

Mauro Marciello*

* Ostetrico, ASST Bergamo Est

RIASSUNTO

La violenza sessuale e l'abuso sui minori rappresentano ambiti di difficile indagine, per i quali non esistono dati certi. La principale difficoltà nella raccolta di una casistica affidabile risiede nella natura stessa del reato, che coinvolge un minore spesso incapace di comprendere pienamente le dinamiche in gioco e un adulto che sfrutta un naturale ascendente derivante dal rapporto di fiducia instaurato con il bambino. Le conseguenze di tali comportamenti non si limitano ai danni immediatamente osservabili, ma possono determinare effetti a lungo termine sullo sviluppo fisico, psichico e socio-relazionale della vittima. Gli indicatori di sofferenza, sia fisici che psicologici, sono spesso aspecifici e possono sovrapporsi a normali fasi di crescita e ridefinizione del sé.

In questo contesto, l'ostetrica può svolgere un ruolo cruciale, venendo a conoscenza di tali situazioni nell'ambito della propria pratica professionale. Una formazione specifica e approfondita risulta quindi indispensabile per operare in maniera efficace all'interno del team multidisciplinare che interviene nella gestione e protezione delle vittime.

Parole chiave: Violenza di genere - evoluzione normativa - formazione ostetrica

INTRODUZIONE

L'evoluzione della disciplina normativa in materia di violenza di genere rappresenta un indicatore dei mutamenti sociali, evidenziando al contempo la persistenza di fenomeni di persecuzione e di violenza letale nei confronti delle donne.

Il contrasto alla violenza di genere richiede un approccio multidimensionale, che integri strumenti giuridici, interventi socioculturali e politiche di prevenzione, al fine di affrontare le diverse manifestazioni del fenomeno.

La costruzione sociale e culturale della figura femminile si modifica nel tempo, così come si evolvono le norme giuridiche, tese a tutelare

le donne di fronte a comportamenti predatori che si manifestano in contesti domestici, lavorativi, pubblici e digitali.

La minaccia di violenza sessuale, in particolare di stupro, viene frequentemente utilizzata come strumento di controllo sociale, contribuendo a perpetuare posizioni di subordinazione della donna.

L'analisi giuridica della materia evidenzia come la legislazione si ponga non solo come strumento repressivo, ma anche come fattore di prevenzione, mirante a modificare paradigmi culturali e relazionali che legittimano la violenza di genere.

In questo quadro, occorre distinguere tra **omicidio e femminicidio**.

L'**omicidio** (art. 575 c.p.) è definito come *l'uccisione volontaria di una persona, senza vincolo di genere, e può essere motivato da ragioni varie quali litigi, crimini, gelosia, vendetta o altri fattori*.

Il **femminicidio**, invece, si configura come *l'uccisione volontaria di una donna in quanto donna, ossia motivata da ragioni di genere*.

Pur essendo riconosciuto giuridicamente come una forma aggravata di omicidio, **il femminicidio non è ancora configurato come reato autonomo nel Codice penale**.

La sua qualificazione evidenzia la centralità del genere della vittima nel determinare la gravità del fatto e la necessità di strumenti normativi specifici per la sua prevenzione e repressione.

DAL CODICE ROCCO ALL'EVOLUZIONE DELLA TUTELA COSTITUZIONALE DELLE DONNE

Storicamente, il trattamento giuridico della violenza sessuale in Italia è stato profondamente influenzato da una visione patriarcale della società, come dimostra il Regio Decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, recante “Approvazione del nuovo Codice penale” (**c.d. Codice Rocco**). Il codice introdusse i reati di **violenza carnale** (art. 519) e di **atti di libidine violenti** (art. 521), collocandoli tra i delitti contro la moralità pubblica e il buon costume, anziché tra i delitti contro la persona. In questo contesto, l'interesse tutelato era la morale collettiva e il decoro sociale, e non la dignità o l'integrità fisica della vittima. Conseguentemente, lo stupro poteva essere “riparato” mediante matrimonio e il delitto d'onore prevedeva pene ridotte, riflettendo una concezione giuridica volta a proteggere l'onore maschile piuttosto che i diritti delle donne.

Con la fine del secondo conflitto mondiale, l'Italia ha avviato una radicale riforma dei principi costituzionali, sancendo nella **Costituzione della Repubblica Italiana (1948)** diritti fondamentali tesi a garantire l'uguaglianza e la protezione delle donne. In particolare, l'**articolo 3** riconosce la parità di tutti i cittadini senza distinzione di sesso e prevede l'adozione di misure per rimuovere gli ostacoli di natura sociale e culturale che

impediscono la piena emancipazione della persona. L'**articolo 29** stabilisce che il matrimonio si fonda sull'uguaglianza morale e giuridica dei coniugi. Già 77 anni fa, dunque, il legislatore riconosceva l'importanza di tutelare l'identità femminile e di rimuovere situazioni di svantaggio, senza ridurre la donna a una mera omologazione al modello maschile.

Negli anni '70, pur in assenza di una normativa specifica in materia di violenza di genere, si registrarono significativi avanzamenti legislativi in tema di diritti delle donne, tra cui la **legge sul divorzio** (1970) e quella sull'**interruzione volontaria di gravidanza** (1978), culminando nel 1981 con l'abolizione del cosiddetto matrimonio riparatore. Parallelamente, si sviluppò un movimento femminista che denunciava pubblicamente la violenza contro le donne, affermando che questa non rappresenta unicamente una questione privata o morale, ma un problema sociale di rilevanza pubblica e concreta.

Il periodo fu caratterizzato da profondi cambiamenti socioeconomici, tra cui il boom economico, e dalla conquista da parte delle donne di nuovi spazi e ruoli sociali. Questo processo di ridefinizione dell'identità femminile incontrò resistenze culturali, con difficoltà di adattamento da parte degli uomini al mutato ruolo della donna e la persistenza dello stereotipo del "maschio padrone". Tali dinamiche determinarono una

riaffermazione violenta del potere maschile, con la violenza sessuale impiegata come strumento di controllo e lo stupro acquisendo una valenza simbolica nella società.

LA LEGGE 66/1996 E LA RIFORMA SULLA VIOLENZA SESSUALE

La **Legge 15 febbraio 1996, n. 66**, recante "*Norme contro la violenza sessuale*", segna un punto di svolta nella disciplina italiana della violenza di genere. Pur persistendo il fenomeno della violenza sessuale, grazie all'impegno del movimento femminista esso entra nel dibattito pubblico, assumendo rilevanza sociale e giuridica.

La riforma introduce nel Codice penale il **reato di violenza sessuale** (artt. 609-bis e seguenti), abrogando la distinzione tra congiunzione carnale e atti di libidine violenti prevista dal Codice Rocco. Con tale riforma, la violenza sessuale cessa di essere considerata un delitto contro la moralità pubblica, assumendo natura di reato contro la persona, con particolare attenzione alla libertà sessuale, al consenso e alla tutela della vittima.

La legge prevede specifiche circostanze aggravanti, tra cui il reato commesso in gruppo, con l'uso di armi, da soggetti in posizione di fiducia o di potere, e riconosce il trauma psicologico della vittima come componente integrale del reato. Viene altresì

disciplinata, in termini parziali, la sessualità tra minori.

Per la prima volta, il corpo della donna non è più considerato proprietà della famiglia, del datore di lavoro o dello Stato, ma ambito esclusivo della volontà individuale, superando definitivamente la concezione patriarcale del Codice Rocco. La legge punisce “*chiunque*” costringa, mediante violenza, minaccia o abuso di autorità, “*taluno*” a compiere o subire atti sessuali, indipendentemente dal sesso dell'autore o della vittima.

La violenza sessuale è quindi configurata come **delitto contro la libertà personale**, con pena prevista da sei a dodici anni di reclusione. La riforma sottolinea inoltre l'importanza della responsabilità per omissione, ampliando l'ambito di tutela della persona offesa.

ATTI PERSECUTORI E STRUMENTI DI TUTELA: LEGGI 38/2009 E 56/2023

Con la **Legge 23 aprile 2009, n. 38**, recante *"Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori"*, il legislatore italiano introduce per la prima volta nel codice penale la fattispecie degli **atti persecutori**, disciplinata dall'art. **612-bis c.p.** Tale intervento normativo risponde alla crescente esigenza di offrire tutela penale a condotte reiterate di molestia e minaccia che, pur non integrando altri reati, incidono

gravemente sulla libertà morale e personale della vittima.

L'art. 612-bis incrimina una pluralità di comportamenti caratterizzati dalla reiterazione e dalla capacità di generare uno stato di perdurante condizionamento psicologico. Rientrano nel novero delle condotte tipiche: richieste insistenti e ripetute di comunicare o incontrarsi; invio reiterato di lettere, messaggi, telefonate o comunicazioni multimediali; pedinamenti e attività di controllo dell'abitazione o dei luoghi frequentati dalla vittima; appostamenti presso l'abitazione, il luogo di lavoro o di studio; diffusione di notizie false o diffamatorie; minacce rivolte alla vittima o ai suoi familiari. Il reato si perfeziona quando tali condotte producono, in capo alla persona offesa:

- un perdurante e grave stato di ansia o paura;
- un fondato timore per la propria incolumità o per quella di persona ad essa legata da relazione affettiva;
- l'alterazione delle proprie abitudini di vita.

La pena prevista è la **reclusione da 1 a 6 anni e 6 mesi**, aumentabile in presenza di aggravanti speciali, tra cui:

- se la vittima è minore, persona con disabilità o donna in gravidanza;
- se l'autore è il coniuge, anche separato o divorziato, o un partner non convivente;
- se dal fatto deriva il suicidio o il tentato suicidio della vittima.

La letteratura criminologica descrive lo stalker tipico come soggetto prevalentemente **di sesso maschile**, adulto e spesso non occupato, condizione che favorirebbe la disponibilità temporale necessaria per attuare condotte ossessive e ripetute. Tuttavia, la normativa e la giurisprudenza riconoscono la possibilità che anche donne pongano in essere comportamenti persecutori.

La persona offesa dispone di diversi strumenti giuridici:

- **Querela:** il reato è procedibile a querela della persona offesa, salvo le ipotesi aggravate previste dal secondo e terzo comma, per le quali la procedibilità diviene d'ufficio. La querela deve essere proposta **entro 6 mesi** dall'ultimo episodio. A seguito della querela, il giudice può applicare misure cautelari quali: divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla vittima; obbligo di allontanamento dalla casa familiare; arresti domiciliari e, nei casi più gravi, custodia cautelare in carcere.
- **Ammonimento del Questore:** la vittima può richiedere l'ammonimento del Questore **senza presentare querela**. Si tratta di una misura preventiva amministrativa volta a impedire l'aggravamento delle condotte e ha funzione dissuasiva.
- **Tutela risarcitoria:** la persona offesa può costituirsi parte civile nel procedimento penale e ottenere il risarcimento sia dei

danni patrimoniali, sia dei danni non patrimoniali, compresi quelli da sofferenza psicologica.

Con la **Legge n. 168/2023**, il legislatore ha introdotto l'utilizzo del braccialetto elettronico per il monitoraggio degli autori di atti persecutori, ha rafforzato il sistema delle misure preventive e cautelari e ha potenziato il coordinamento tra autorità giudiziaria e forze dell'ordine, al fine di garantire una tutela più tempestiva ed efficace delle vittime.

CONVENZIONE DI ISTANBUL E POLITICHE INTERNAZIONALI DI PROTEZIONE

La violenza contro le donne costituisce un fenomeno persistente e di rilevanza globale, non circoscritto al territorio italiano. La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica – nota come **Convenzione di Istanbul** – rappresenta il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante finalizzato alla creazione di un quadro normativo organico in materia. L'Italia ha provveduto alla sua ratifica con **Legge 27 giugno 2013, n. 77**.

La Convenzione si fonda sul paradigma delle **4 P**, individuando i seguenti ambiti di intervento:

1. **Prevenzione** – Adozione di misure volte all'eliminazione di pregiudizi e stereotipi relativi alla violenza di genere, nonché

iniziative di sensibilizzazione, educazione e formazione degli operatori coinvolti.

2. **Protezione e sostegno delle vittime** – Predisposizione di strumenti informativi, servizi adeguati e strutture idonee alla tutela delle donne vittime di violenza, con particolare attenzione alla protezione dei minori e dei testimoni.
3. **Perseguimento dei colpevoli** – Introduzione di disposizioni legislative idonee a sanzionare tutte le forme di violenza contemplate dalla Convenzione.
4. **Politiche integrate** – Coordinamento e cooperazione tra autorità statali, enti locali, Centri antiviolenza e organizzazioni non governative, al fine di assicurare un approccio sistemico e multisettoriale.

Il campo di applicazione della Convenzione si estende sia ai periodi di pace sia alle situazioni di conflitto armato, durante le quali i livelli di violenza tendono ad intensificarsi, assumendo forme di particolare gravità.

La Convenzione qualifica la violenza contro le donne come **violazione dei diritti umani e forma di discriminazione di genere**, ricomprendendo in tale nozione tutti gli atti di violenza fondati sul genere che cagionano, o potrebbero cagionare, danni fisici, sessuali, psicologici o economici, incluse minacce, coercizione e privazione arbitraria della libertà, sia nella sfera pubblica che in quella privata.

Di particolare rilievo è l'**art. 48**, che dispone il divieto per gli Stati parte di introdurre o mantenere procedure obbligatorie di risoluzione alternativa delle controversie (ADR), tra cui mediazione e conciliazione, nei procedimenti relativi a tutte le forme di violenza rientranti nel perimetro applicativo della Convenzione.

A tale orientamento si conformano altresì le raccomandazioni delle **Nazioni Unite**, che sin dal 2010 sollecitano l'adozione di normative nazionali volte a vietare espressamente ogni forma di mediazione nei casi di violenza contro le donne, sia nella fase antecedente che nel corso del procedimento giudiziario.

CODICE ROSSO E FEMMINICIDIO: EVOLUZIONE DEL DIRITTO PENALE

La **Legge 19 luglio 2019, n. 69**, nota come "**Codice Rosso**", introduce significative modifiche al Codice penale, al Codice di Procedura Penale e ad altre disposizioni normative, al fine di potenziare la tutela delle vittime di violenza domestica e di genere, rispondendo alle esigenze emerse negli anni precedenti.

Il provvedimento legislativo ha introdotto quattro nuove fattispecie di reato:

- **Art. 583 quinquies c.p.** – Deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso, punito con reclusione da 8 a 14 anni;

- **Art. 612-ter c.p.** – Diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti senza il consenso della persona rappresentata (cd. *Revenge Porn*), punita con reclusione da 1 a 6 anni e multa da 5.000 a 15.000 euro;
- **Art. 558-bis c.p.** – Costrizione o induzione al matrimonio, punita con reclusione da 1 a 5 anni;
- **Art. 387-bis c.p.** – Violazione dei provvedimenti di allontanamento dalla casa familiare e del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa, punita con reclusione da 6 mesi a 3 anni e 6 mesi.

La Legge si ispira a terminologie mutuabili dal contesto sanitario, richiamando i **codici di urgenza ospedalieri**, e istituisce un **percorso prioritario e accelerato** per la gestione dei procedimenti penali a tutela delle vittime, garantendo un intervento rapido dell'autorità giudiziaria.

L'art. 612-ter c.p. tutela la **privacy e l'intimità personale**. La condotta punita consiste nella diffusione senza consenso di materiale sessualmente esplicito creato in un contesto intimo e riservato, indipendentemente dall'intento di vendetta. La minaccia o la diffusione di tali immagini costituisce uno strumento di controllo e di esercizio di potere da parte del partner in caso di cessazione della relazione, rifiuto di sottomissione sessuale o abbandono.

Il fenomeno è inquadrato sia nell'ambito della violenza di genere sia in quello della violenza domestica, e la responsabilità ricade esclusivamente sull'autore della condotta e su chi ne usufruisce, anche senza condivisione ulteriore, escludendo qualsiasi responsabilità per la vittima.

Il **Disegno di Legge (DDL) 23 luglio 2025 n. 1433** introduce specifiche misure volte a proteggere le donne vittime di violenza, riconoscendo nel diritto penale la rilevanza del genere della vittima quale fattore di vulnerabilità. Storicamente, il diritto penale italiano aveva considerato il genere della vittima solo in relazione al reato di mutilazioni genitali femminili. Il presente provvedimento mira a riconoscere che l'essere donna può comportare un'esposizione particolare a fenomeni di violenza.

Il Senato della Repubblica ha approvato il disegno di legge, istituendo un **reato autonomo di femminicidio**, disciplinato dal nuovo **art. 577-bis c.p.**, che prevede:

- la definizione di femminicidio;
- la punibilità con **ergastolo** qualora il delitto sia commesso per motivi connessi a odio o discriminazione di genere, possesso o controllo, rifiuto relazionale o limitazione della libertà della donna in quanto tale.

Il DDL segna un passo significativo nella riconoscibilità giuridica della violenza di genere, attribuendo centralità al genere della vittima quale elemento qualificante del reato.

IL 1522 E IL SIGNAL FOR HELP: STRUMENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA.

Nonostante l'evoluzione normativa e una crescente consapevolezza sociale, la violenza di genere, in particolare quella domestica, continua a persistere, determinando un numero rilevante di vittime che spesso incontrano difficoltà a far valere i propri diritti. La denuncia del reato può risultare complessa, e talvolta la società stessa, non credendo alle vittime, contribuisce a reiterare il danno, configurando una seconda vittimizzazione. Per fronteggiare tale fenomeno, il Dipartimento per le Pari Opportunità ha istituito nel 2006 il **numero di emergenza 1522**, operativo 24 ore su 24, con finalità di prevenzione e contrasto della violenza contro le donne. Il servizio è stato successivamente esteso, a partire dal 2009, per fornire assistenza anche alle vittime di stalking, riconoscendo tale condotta come specifica forma di violenza e di pericolo per la libertà personale. In un'ottica di prevenzione e sensibilizzazione internazionale, dal 2020 il Canadian Women's Foundation ha introdotto il gesto simbolico della mano denominato **"Signal for Help"**, finalizzato a permettere alle vittime di indicare la propria condizione di pericolo in contesti di isolamento domestico.

L'Associazione Italiana di Ostetricia (AIO) ha recepito tale iniziativa, promuovendone la diffusione e sviluppando un gesto specifico

rivolto ai minori vittime di violenza domestica, riconoscendo la necessità di strumenti comunicativi adeguati a soggetti vulnerabili.

SERVIZI SANITARI: TRA TUTELA DELLA SALUTE E RISCHIO DI VIOLENZA

I servizi sanitari rivestono un ruolo strategico e primario nella gestione delle vittime di violenza, essendo il primo punto di contatto spesso rappresentato dal pronto soccorso. In tale contesto, gli operatori sanitari, e in particolare le ostetriche, devono essere adeguatamente formati e adottare un **approccio professionale, empatico e rispettoso della dignità della persona**, al fine di:

- garantire la tutela della salute e del benessere delle vittime;
- assicurare la corretta raccolta delle prove, nel rispetto delle procedure e dei diritti della persona offesa;
- prevenire il rischio di ulteriori episodi di violenza, anche in assenza di denuncia formale;
- individuare precocemente segnali di violenza, contribuendo alla riduzione del rischio di femminicidio.

La necessità di una simile preparazione emerge in un contesto in cui la violenza risulta profondamente radicata e socialmente normalizzata, potendo manifestarsi anche senza che gli autori ne siano pienamente

consapevoli. In risposta a questa problematica, nel 2014 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato la Dichiarazione **“La prevenzione e l’eliminazione della mancanza di rispetto e degli abusi durante il travaglio e il parto presso le strutture sanitarie”**, sollecitando l’avvio di processi di dialogo, ricerca e advocacy su una tematica che investe tanto la salute pubblica quanto la tutela dei diritti umani fondamentali. (WHO, 2014)

La cosiddetta violenza ostetrica può essere perpetrata da qualsiasi professionista sanitario coinvolto nell’assistenza alla donna e al neonato, indipendentemente dal luogo in cui tale assistenza è prestata. L’eventuale tolleranza di comportamenti violenti da parte delle ostetriche – figure professionali formate e remunerate per garantire tutela e supporto alle donne – rischia di legittimare analoghi comportamenti da parte di terzi, contribuendo al rafforzamento di un circuito di violenza domestica e sociale.

A conferma della rilevanza giuridica di questo fenomeno, nel 2019 il Consiglio d’Europa ha adottato la **Risoluzione n. 2306/2019**, che qualifica la violenza ostetrica e ginecologica come violenza contro le donne, inserendola nel quadro normativo della Convenzione di Istanbul. La Risoluzione riconosce tale forma di violenza come un fenomeno storicamente nascosto e sottovalutato, tuttora frequentemente ignorato, nonostante le evidenze disponibili.

TUTELA DEI FIGLI DELLE VITTIME DI FEMMINICIDIO E DI ALTRI CRIMINI DOMESTICI

Il fenomeno del femminicidio, nella maggior parte dei casi consumato all’interno del contesto domestico, ha storicamente comportato una lacuna normativa in relazione alla tutela dei figli delle vittime. Prima dell’entrata in vigore della **Legge n. 4 del 2018**, non era prevista una protezione specifica per tali soggetti vulnerabili.

La citata legge interviene colmando un vuoto normativo e sociale, ponendo al centro l’attenzione sugli **orfani di crimini domestici**, prevedendo misure di tutela e sostegno per i figli delle vittime di femminicidio o di altri reati domestici, commessi dal coniuge, dal partner (anche separato o divorziato) o da convivente, all’interno del contesto familiare.

La legge introduce, inoltre, nel **Codice penale**, con l’art. 577, il reato di **uxoricidio** (omicidio del coniuge, anche se separato), la cui pena prevista è l’ergastolo. Tra i principali obiettivi della normativa vi sono: l’accelerazione dei procedimenti giudiziari, la tutela dei minori e la rimozione di benefici a favore del colpevole.

Orfani speciali

Si definiscono “orfani speciali” i figli che abbiano subito la perdita di entrambi i genitori a seguito di un femminicidio, ad esempio nei casi in cui la madre venga uccisa dal padre e il

genitore superstite risulti detenuto o si suicidi successivamente al reato. Tali soggetti possono essere minorenni o maggiorenni economicamente non autosufficienti.

Il riconoscimento degli orfani speciali come **vittime di reati intenzionali violenti** comporta l'accesso a specifiche tutele e misure di sostegno, tra cui:

- interventi immediati di supporto psicologico;
- diritto al risarcimento dei danni civili subiti;
- assistenza sanitaria e psicologica gratuita «per tutto il tempo occorrente al pieno recupero dell'equilibrio psicologico»;
- assistenza legale gratuita;
- possibilità di modifica del cognome;
- accesso a borse di studio e altre forme di sostegno economico;
- sequestro conservativo dei beni del condannato;
- revoca dell'eredità e della pensione di reversibilità spettanti al colpevole, con trasferimento dei benefici agli orfani;
- misure finalizzate a garantire un futuro educativo e lavorativo, anche attraverso interventi statali e regionali;
- affidamento e collocazione valutati caso per caso, con priorità alla tutela del minore.

CONCLUSIONI

La donna resta la vittima più frequentemente colpita dalla violenza di genere e domestica,

un fenomeno tanto sconcertante quanto doloroso, non solo per la violenza in sé, ma anche perché spesso a perpetrarla è chi dovrebbe amarla e sostenerla.

Le norme giuridiche possono contribuire a contrastare il fenomeno, ma il cambiamento reale nasce dalla **consapevolezza e dall'impegno quotidiano di ciascuno di noi**.

In qualità di ostetriche/i, abbiamo la responsabilità e l'opportunità di **diffondere rispetto, cura e amore**, promuovendo salute e benessere per tutte le persone, indipendentemente dal genere.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Canadian Women's Foundation. *The Signal for Help Responder's Action Guide*. Toronto: Canadian Women's Foundation; 2025 Mar 03: p 3.
- Consiglio d'Europa. *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul)*, Istanbul, 11 maggio 2011, STCE n. 210.
- Council of Europe, Parliamentary Assembly. *Resolution 2306 (2019) – Obstetrical and gynaecological violence*. Adopted by the Assembly on 3 October 2019. Strasbourg: Parliamentary Assembly of the Council of Europe; 2019
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 ottobre 2020. *Modelli dei cartelli, contenuti, lingue da utilizzare*

nonché modalità e tempistiche per l'esposizione del numero verde di pubblica utilità per il sostegno alle vittime di violenza e di stalking n. 1522 (20A06986). Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 316 del 21-12-2020

- Presidente della Repubblica Italiana *Disegno di legge 23 luglio 2025, n. 1433. Introduzione del delitto di femminicidio e altri interventi normativi per il contrasto alla violenza nei confronti delle donne e per la tutela delle vittime.* Senato della Repubblica.
- Presidente della Repubblica Italiana *Legge 19 luglio 2019, n. 69. Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere ("Codice Rosso").* Gazzetta Ufficiale n. 173 del 25-07-2019.
- Presidente della Repubblica Italiana *Legge 27 giugno 2013, n. 77. Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica (Convenzione di Istanbul).* Gazzetta Ufficiale n. 144 del 23-06-2013
- Presidente della Repubblica Italiana. *Legge 11 gennaio 2018, n. 4. Modifiche al codice civile, al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in favore degli orfani per crimini domestici.*

Gazzetta Ufficiale 1 feb 2018; Serie Generale n. 26.

- Presidente della Repubblica Italiana. *Legge 23 aprile 2009, n. 38. Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori.* Gazzetta Ufficiale n. 97 del 28-04-2009
- Presidente della Repubblica Italiana. *Legge 24 novembre 2023, n. 168. Disposizioni per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica.* Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 275 del 24-11-2023.
- Re Vittorio Emanuele II. *Regio Decreto 19 Ottobre 1930 Anno VIII, n. 1398. Approvazione del testo definitivo del Codice Penale. "Codice Rocco".* Gazzetta Ufficiale n. 251 del 26-10-1930.
- Repubblica Italiana. *Costituzione della Repubblica Italiana, 27 dicembre 1947.* Gazzetta Ufficiale n. 298 del 27-12-1947.
- United Nations. *Handbook for Legislation on Violence Against Women.* Department of Economic and Social Affairs, Division for the Advancement of Women, New York, 2010, ST/ESA/329. Cap. 8, pp. 114-115.
- World Health Organization. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement.* Geneva: World Health Organization; 2014.

L'OSTETRICA E LE COMPETENZE AVANZATE NELLE DROGHE DA STUPRO.

Elisabetta Nassa*

* Ostetrica, Libero Professionista - Roma

RIASSUNTO

La violenza sessuale facilitata da sostanze psicoattive, comunemente note come “droghe da stupro” o *date rape drugs*, rappresenta una sfida sanitaria, sociale e culturale complessa. L'ostetrica, professionista con competenze trasversali nella salute sessuale e riproduttiva, assume un ruolo chiave sia nella gestione clinico-forense delle vittime sia nella prevenzione attraverso l'educazione e la promozione del consenso informato. Il presente articolo propone una sintesi aggiornata sul fenomeno, sulle principali sostanze coinvolte, sugli aspetti clinici e giuridici, e sulle competenze avanzate richieste all'ostetrica in un'ottica di cura, tutela e consapevolezza.

Parole chiave: Droghe da stupro – Competenza ostetrica - Violenza sessuale - Consenso informato - Prevenzione

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni il termine *droghe da stupro* è entrato nel linguaggio comune per indicare una serie di sostanze utilizzate per facilitare abusi sessuali o atti di raggio e rapina. (Anderson LJ. et al., 2017).

Tali composti hanno la caratteristica comune di indurre disinibizione, sedazione e un rapido rilassamento dei muscoli volontari. Sono facilmente disponibili, efficaci a basse dosi, si dissolvono rapidamente e vengono altrettanto rapidamente assorbite, rendendo la vittima incapace di opporsi o di ricordare l'accaduto a causa dell'amnesia chimica.

Il fenomeno è reso complesso dalla difficoltà di identificare le vittime, che spesso non

ricordano l'evento, ne provano vergogna o temono il giudizio. Ciò comporta un grave ritardo nella richiesta di aiuto e, crucialmente, nella raccolta di prove biologiche.

In molti Paesi, l'aggiungere sostanze psicoattive alle bevande (*drink-spiking*) è considerato reato autonomo anche se non seguito da un'aggressione. Questo evidenzia la serietà di un problema che è sempre più trasversale e che richiede un approccio multidisciplinare e proattivo.

LE SOSTANZE IMPLICATE

Le sostanze maggiormente coinvolte agiscono sul sistema nervoso centrale compromettendo la capacità di discernimento e reazione.

- **Alcol Etilico.** L'alcol è il principale agente facilitante degli stupri chimici per la sua facile reperibilità, la legalità e la sua azione disinibente e sedativa. (*Anderson LJ. et al., 2017*)
- Il suo utilizzo in un contesto di violenza è particolarmente rilevante data la sua capacità di rendere la persona incapace di dare un consenso libero e consapevole. Spesso è combinato con altre droghe che ne potenziano gli effetti tossici.
- **GHB, GBL, 1,4-BD (Gamma-idrossibutirrato e precursori).** Il GHB (gamma-idrossibutirrato), noto come *Fantasy, G, gocce k.o. o Liquid Ecstasy* (sebbene non sia un derivato dell'anfetamina), è incolore, ha un sapore leggermente salato e saponoso (ma impercettibile nelle bevande) ed è praticamente inodore. I suoi effetti avvengono in due fasi: in prima istanza produce euforia e disinibizione, successivamente induce sedazione e stordimento, facilitando la prevaricazione dell'aggressore. La conseguenza clinica principale è l'amnesia chimica che frammenta i ricordi. (*Busardò FP. et al., 2018*)
- Il GBL (gamma-butilrolattone) e il 1,4-BD (1,4-butandiolo) sono precursori convertiti in GHB nell'organismo. (*Busardò FP. et al., 2018*) Sono impiegati nell'industria chimica (coloranti, poliuretani) e sono di facile reperibilità a

causa della mancata regolamentazione internazionale.

La metabolizzazione del GHB è estremamente rapida: gli effetti appaiono entro 15 minuti e durano da 1 a 3 ore. Ha un'emivita di soli 20-60 minuti e viene eliminata dal corpo entro 6 ore dall'ingestione. Nel sangue è reperibile entro 8 ore, ma nell'urina dopo 6-8 ore se ne ritrova meno del 5%, rendendo la finestra temporale per la rilevazione tossicologica estremamente ristretta (massimo 12 ore, ma ottimale entro 6). L'assunzione di GHB in dosi eccessive o in combinazione con alcol può portare a vomito, difficoltà respiratoria, svenimento, coma e minaccia mortale. (*Dufayet L. et al., 2023*). L'interazione con farmaci antiretrovirali (inibitori della proteasi) può essere fatale.

- **Benzodiazepine.** Farmaci ipnotico-sedativi (es. flunitrazepam, midazolam) con rapida azione e capaci di indurre amnesia anterograda anche a dosaggi terapeutici. Sono rilevabili nelle urine entro 12-72 ore dall'assunzione. Il Flunitrazepam (es. *Rohypnol*), noto anche come *Forget-me pill* o *Roofies*, non è autorizzato dalla FDA negli USA ed è circa dieci volte più potente del Valium. Viene sbriciolato, iniettato o dissolto. L'industria farmaceutica ha prodotto una nuova formula che lo colora di blu se aggiunto a bevande chiare (o le rende

opache in quelle scure) per renderlo visibile e scoraggiarne l'abuso. (*Braun C. et al., 2007*)

- **Zolpidem.** Composto ipnotico non benzodiazepinico (es. *Stilnox*), è rapidamente divenuto una principale droga da stupro a causa della sua maggiore accessibilità e del gusto sostanzialmente assente che ne facilita l'aggiunta alle bevande, specialmente se mescolato con alcol.
- **Ketamina.** Anestetico veterinario e umano, a dosi inferiori causa forti dissociazioni psichiche e altera la percezione della realtà. Il suo utilizzo in polvere o liquido induce stati di distacco e irrealtà (il "*K-Hole*"), che portano a difficoltà nei movimenti e rendono la vittima indifesa.
- **Nuove Sostanze Psicoattive (NPS).** Le Designer Drugs (NPS), chiamate anche *legal high*, sono sostanze create per aggirare le norme, alterando la struttura chimica di droghe illecite (es. *catinoni sintetici* o "sali da bagno", *cannabinoidi sintetici* o "Spice"). Sono diffuse tra i giovani, l'assunzione può portare a patologie psichiatriche e al decesso.
- **Fentanyl.** Oppioide sintetico estremamente potente (100 volte più potente della morfina e 50 volte l'eroina). Non è tipicamente etichettato come droga da stupro, ma la sua pervasività (emergenza negli USA) e la sua potenza

lo rendono un potenziale strumento di abuso e un rischio di salute pubblica.

VALIDITA' DEL CONSENSO

Il consenso è valido solo se è espresso in modo **volontario, cosciente e non viziato**. Questo è un principio giuridico fondamentale, ribadito dalla giurisprudenza italiana: **se una persona è incapace di intendere e di volere** – ad esempio per effetto di alcol o droghe – **non può esprimere un consenso valido**.

Esempi concreti tratti dalla giurisprudenza italiana (Cassazione Penale, Sez. III) confermano che un rapporto sessuale avvenuto sotto grave alterazione psicofisica costituisce violenza sessuale:

NOVITA' IN AMBITO DI RILEVAZIONE

Negli ultimi anni, la ricerca ha prodotto diverse tecnologie volte a rilevare la presenza di sostanze in bevande, con un potenziale impatto sulla prevenzione primaria e sulla sicurezza individuale.

Un team di chimici portoghesi e spagnoli ha sviluppato un prototipo di **braccialetto di carta** dotato di due sensori colorimetrici in miniatura. È sufficiente bagnare una parte del bracciale con una goccia di bevanda: se la sostanza indesiderata (in primis GHB) è presente, il bracciale diventa verde in pochi secondi. Il dispositivo è leggero, biodegradabile, può funzionare fino a cinque giorni e si prevede un costo contenuto (3-5€).

Altri dispositivi:

- Strisce reattive monouso da immergere nelle bevande.
- Adesivi discreti che cambiano colore a contatto con la bevanda.
- Tatuaggio temporaneo: Sviluppato in Corea del Sud, è un gel applicato su una sottile pellicola che si colora di rosso quando rileva il GHB.
- Smalto per unghie: Sviluppato dalla North Carolina State University, cambia colore a contatto con le sostanze.

Sebbene tali dispositivi non siano attualmente considerati prove valide in tribunale, il loro possesso rappresenta un deterrente significativo per i potenziali aggressori (come dimostrato dalla drastica riduzione delle segnalazioni di *drink-spiking* nella regione di Valencia dopo l'introduzione dei braccialetti). L'ostetrica, nel ruolo educativo, può informare le persone sull'esistenza di questi strumenti, sulle modalità d'uso e sui limiti pratici, suggerendo strategie semplici di riduzione del rischio (non lasciare incustodite bevande, usare tappi di sicurezza, condividere informazioni all'interno del gruppo), ricordando che la tecnologia non sostituisce la responsabilità sociale e non deve trasferire il peso della prevenzione esclusivamente sulla potenziale vittima.

EFFETTI SULLO SVILUPPO CEREBRALE

L'esposizione ad alcol e droghe durante

l'adolescenza e la prima età adulta può interferire con la maturazione della corteccia prefrontale, area responsabile del controllo degli impulsi e della regolazione emotiva, che si completa solo tra i 22 e i 25 anni.

L'uso precoce di sostanze psicoattive altera i circuiti della dopamina (il neurotrasmettitore del piacere e della motivazione) e aumenta la vulnerabilità alla dipendenza. Inoltre, l'ippocampo (responsabile della memoria e dell'apprendimento) è particolarmente sensibile a queste sostanze. (*Tetteh-Quarshie S. et al. 2023*).

Un cervello giovane è più plastico e recettivo, ma proprio per questo anche più fragile: **l'uso precoce di droghe e alcol non solo modifica il comportamento nell'immediato** – rendendo la persona più impulsiva, disinibita e vulnerabile – **ma lascia segni a lungo termine sulla capacità di giudizio, sul rendimento scolastico e sulle relazioni sociali**. Ciò rende indispensabile integrare nei programmi educativi spiegazioni semplici ma scientificamente fondate sui rischi neurocomportamentali legati all'uso precoce di sostanze.

CHEMSEX

Il *chemsex* è un fenomeno in cui droghe psicoattive (comunemente metanfetamine, GHB/GBL e mefedrone) vengono assunte per potenziare la durata e l'intensità dell'esperienza sessuale, spesso in contesti di

gruppo. (*Osservatorio Nazionale Adolescenza, 2017*)

I fattori che contribuiscono alla sua diffusione sono:

1. La ricerca di connessione e appartenenza, offrendo una temporanea sensazione di accettazione (soprattutto nella comunità LGBTQ+).
2. La fuga dal disagio emotivo (ansia, depressione, traumi), utilizzando le droghe per attenuare sentimenti negativi.
3. Il desiderio di intensificare il piacere sessuale, che può trasformarsi in una trappola psicologica.

IL RUOLO DELL'OSTETRICA

L'ostetrica svolge un ruolo di raccordo tra la dimensione clinica, relazionale e legale. La sua formazione la rende capace di accogliere la donna in un momento di profondo disorientamento, garantendo rispetto, privacy e supporto emotivo. Deve conoscere i protocolli di presa in carico delle vittime di violenza sessuale e collaborare con la rete multidisciplinare composta da medici, psicologi, forze dell'ordine e servizi sociali. (*WHO, 2013*)

In termini operativi l'ostetrica deve saper identificare i segni compatibili con l'assunzione di sostanze, informare la donna sulla possibilità di esami tossicologici e visite forensi, compilare con accuratezza la documentazione clinica evitando giudizi di

valore, e contribuire al sostegno psicologico facilitando la continuità assistenziale.

La raccolta dei campioni biologici (sangue, urine, tamponi genitali) deve avvenire al più presto e nel rispetto di procedure che garantiscano la conservazione dei reperti e la catena di custodia, previa informazione e consenso della persona assistita. (*Ministero della Salute, 2018; Garcia MG. et al, 2021; Prego-Meleiro P., 2020*)

Anche quando la persona rifiuta esami o denuncia, è compito dell'operatore fornire informazioni chiare sulle opzioni disponibili e assicurare un follow-up empatico.

La relazione di fiducia tra ostetrica e donna è uno strumento sia di cura sia di prevenzione secondaria, perché favorisce la presa di coscienza e, se la persona lo desidera, l'accesso a percorsi di protezione e guarigione.

SENSIBILIZZARE I GIOVANI: INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA

La **prevenzione primaria** passa attraverso l'educazione alla salute e alla sessualità consapevole. (*United Nations, 2015*)

L'ostetrica, nelle scuole e nei contesti comunitari, può promuovere campagne informative sui rischi legati al consumo di alcol e sostanze, sull'importanza del consenso e sulle strategie di gestione del rischio nei luoghi pubblici. La comunicazione efficace e la sensibilizzazione dei giovani sono

strumenti fondamentali per contrastare la cultura della minimizzazione della violenza. Interventi mirati dovrebbero includere: educazione affettiva e sessuale, prevenzione delle relazioni tossiche, delle pressioni sociali e del consenso forzato, informazione su drink spiking, uso di sostanze, gestione del rischio nelle situazioni sociali, Sensibilizzazione sull'importanza del consenso libero, continuo e informato.

FORMAZIONE E COMPETENZE AVANZATE

Affrontare il tema delle droghe da stupro richiede un aggiornamento continuo. Tutti i professionisti della salute, in particolare le ostetriche, devono mantenere le proprie competenze aggiornate su:

- L'esistenza e il funzionamento di centri specializzati come l'IRCAV (Centro di riferimento internazionale sulle violenze con droga dello stupro).
- Le linee guida ufficiali (es. Linee Guida ISS e Codice Rosa). (*Ministero della Salute, 2017; ISS, 2025*)
- Le nuove sostanze e tecniche di somministrazione.
- Le più recenti tecniche di rilevazione per assistere al meglio le vittime.

CONCLUSIONI

La violenza facilitata da droghe non è solo un problema sanitario, ma una complessa questione culturale e sociale.

Le droghe da stupro rappresentano infatti un fenomeno complesso e sottostimato, che richiede competenze cliniche, empatia e consapevolezza etica. L'ostetrica, con la sua visione globale della salute femminile, può diventare un punto di riferimento nella prevenzione, nel riconoscimento e nella gestione delle violenze sessuali facilitate da sostanze. Il rafforzamento delle competenze avanzate, unito alla sensibilizzazione della comunità, all'adozione informata di strumenti di rilevazione e al lavoro in rete, costituisce la via per garantire una risposta efficace e rispettosa della dignità delle donne vittime di abuso.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. *A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review*. Journal of Forensic and Legal Medicine. Volume 47:6-54, 2017.
- Braun C, Colombo C, Mosconi P. *I farmaci dello stupro: cos'è vero e cosa no*. Laboratorio di Ricerca sul Coinvolgimento dei Cittadini in Sanità, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri; 2007.
- Busardò FP., Vergallo GM., Plazzi G. *GHB Pharmacology and Toxicology: From Metabolism and Pharmacokinetics to Applications: In Clinical and Forensic*

Toxicology. Curr Drug Metab. 2018;19(13):1054-1055.

- Dufayet L., Bargel S., Bonnet A. et al. *Gamma-hydroxybutyrate (GHB), 1,4-butanediol (1,4BD), and gamma-butyrolactone (GBL) intoxication: A state-of-the-art review.* Regul Toxicol Pharmacol. 2023 Aug; 142:105435..
- García MG., Pérez-Cárceles MD., Osuna E, Legaz I. *Drug-facilitated sexual assault and other crimes: A systematic review by countries.* J Forensic Leg Med. 2021 Apr; 79:102151.
- Istituto Superiore di Sanità. *Prevenzione della violenza contro le donne e della violenza assistita da minori: linee di indirizzo operative per lo sviluppo di programmi di formazione.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025.
- Ministero della Salute. *Linee guida nazionali per le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza (DPCM 24 novembre 2017, GU n. 24, 30 gennaio 2018).* Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2018.
- Osservatorio Nazionale Adolescenza. *Nella rete della rete. Report annuale Osservatorio Nazionale Adolescenza 2017.* Roma: Osservatorio Nazionale Adolescenza; 2017.
- Prego-Meleiro P., Montalvo G., Quintela-Jorge Ó. et al. *Increasing awareness of the severity of female victimization by opportunistic drug-facilitated sexual assault: A new viewpoint.* Forensic Sci Int. 2020 Oct; 315:110460.
- Tetteh-Quarshie S, Risher ML. *Adolescent brain maturation and the neuropathological effects of binge drinking: A critical review.* Front Neurosci. 2023 Jan 17;16:1040049.
- United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.* New York: United Nations; 2015. p. 41.
- World Health Organization. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.* Geneva: WHO; 2013. ISBN 978 92 4 154859 5.

norme per gli autori

I LAVORI DEVONO ESSERE INVIATI

Per posta elettronica all'indirizzo: **presidenzaai@gmail.com** che provvederà ad inoltrarli al Comitato Scientifico. La Redazione non risponde della reperibilità di materiale inviato ad altri indirizzi. Nella lettera di accompagnamento dovrà essere indicato l'autore referente con il relativo recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica.

L'ARTICOLO DOVRA' CONTENERE:

- 1) Titolo del lavoro
- 2) Nome e cognome dell'autore/autori per esteso
- 3) Qualifica professionale ed affiliazione
- 4) Riassunto in italiano (max 10-15 righe)
- 5) Parole chiave in italiano (max 5)
- 6) Bibliografia completa in tutte le voci (vedi sotto)
- 7) Le tabelle e/o i grafici devono essere numerati e completi di titolo e riferimento nel testo
- 8) Le illustrazioni devono essere complete di didascalia e riferimento nel testo
- 9) Per i lavori di ricerca devono essere indicati: introduzione, scopo dello studio, materiale e metodi, risultati, discussione, conclusioni e bibliografia

L'autore/autori è responsabile di tutti i contenuti del testo pubblicato. I lavori sono pubblicati gratuitamente e la loro accettazione sarà comunicata al primo autore per posta elettronica. I testi proposti devono essere originali e non devono essere già stati pubblicati né inviati ad altri Editori. Il testo,

preferibilmente non superiore a 20.000 caratteri (spazi inclusi), deve essere redatto in

italiano. Il titolo dell'articolo deve essere conciso, chiaro e informativo, eventuali sottotitoli necessari a compendiare il concetto predominante del lavoro. Il carattere utilizzato deve essere Times New Roman, dimensione 12 e le unità di misura riferite secondo il sistema internazionale.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia deve essere presentata alla fine del testo, con elenco puntato delle fonti, in ordine alfabetico del cognome del primo autore.

Per ogni citazione di articoli si devono citare nell'ordine: cognome e iniziale del nome di tutti gli autori, titolo dell'articolo, titolo della rivista, anno di pubblicazione, numero del volume. La bibliografia deve essere presentata secondo lo stile adottato dal BMJ (*Esempio di citazione bibliografica:* Tanne JH. Google launches free electronic health records service for patients, BMJ 2008; 336:1207).

Per ogni citazione di libri: cognome e iniziale del nome di tutti gli autori, titolo del libro, numero di pagina nel caso di specifico riferimento, edizione oltre alla prima, cognome e iniziale del nome dei curatori dell'opera, casa editrice, città e anno di pubblicazione.

Lettera di accompagnamento:

L'autore deve formulare dichiarazione esplicita che il lavoro scientifico non è stato inviato ad altre riviste.

Gli autori ed i co-autori devono essere iscritti all'AIO.