

Le conseguenze pelviche, riproduttive e sessuali della violenza sulle donne

Razionale clinico-organizzativo del progetto RE.S.PE.R.A.

IN QUESTO SCENARIO SI COLLOCA RE.S.PE.R.A. (Rete per la Salute Pelvica, Riproduttiva e Affettivo-sessuale), proposto come modello clinico-organizzativo integrato, multidisciplinare e trauma-informed per la presa in carico delle donne con esiti pelvici, riproduttivi e sessuali correlati alla violenza. Il presente contributo ne espone il rationale, descrive gli elementi architetture essenziali e argomenta l'opportunità di una sperimentazione pilota in Lombardia, in una logica di sostenibilità e trasferibilità.

Introduzione

La violenza maschile contro le donne è riconosciuta come una priorità di salute pubblica globale, non solo per la sua prevalenza, ma anche per l'impatto esteso e persistente sui percorsi di salute e di cura^{1,2,3}. Le conseguenze non si limitano alla fase acuta dell'evento traumatico, ma possono tradursi in esiti cronici fisici, psicologici, relazionali e sessuali che richiedono una presa in carico articolata e continuativa^{1,2}. Nel campo ostetrico-ginecologico, tali esiti si manifestano frequentemente come dolore pelvico persistente, dispareunia, problematiche del pavimento pelvico, disturbi della funzione sessuale, sintomi somatici associati e difficoltà di accesso o di permanenza nei percorsi assistenziali⁴. In molte realtà organizzative, tuttavia, questi quadri vengono ancora affrontati in maniera segmentata, con una distribuzione dei bisogni tra ambulatori, professionalità e setting diversi, senza una vera regia clinico-organizzativa.

Ne deriva una frattura tra complessità del bisogno e configurazione dell'offerta. La donna può incontrare professionisti competenti, ma



DOTT. MATTEO MARIA SCHÖNAUER
Ginecologo –
Uroginecologia e Salute Sessuale
Referente RE.S.PE.RA

“Le evidenze disponibili indicano che la violenza contro le donne è associata a conseguenze di lungo periodo sulla salute e contribuisce in modo significativo al carico di malattia femminile.”

in percorsi poco coordinati, con anamnesi traumatiche che emergono tardi o non emergono affatto, invii sequenziali e ripetizione di accessi non sempre integrati. In questo spazio di criticità si inserisce il progetto RE.S.PE.R.A., come proposta di rete dedicata alla salute pelvica, riproduttiva e affettivo-sessuale delle donne con esiti della violenza.

Razionale clinico

Le evidenze disponibili indicano che la violenza contro le donne è associata a conseguenze di lungo periodo sulla salute e contribuisce in modo significativo al carico di malattia femminile^{2,3}. Le donne sopravvissute a violenza possono presentare dolore cronico, disturbi gastrointestinali, alterazioni del sonno, cefalea, ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress e problemi sessuali, con impatto sulla qualità di vita e sull'utilizzo dei servizi sanitari^{1,2}.

All'interno di questo spettro, gli esiti pelvici e sessuali meritano un'attenzione specifica. Uno studio pubblicato su *Obstetrics & Gynecology* ha mostrato un'associazione tra storia di abuso sessuale e disturbi del pavimento pelvico nelle donne, confermando la rilevanza di una lettura clinica che colleghi il sintomo somatico alla biografia traumatica quando appropriato [4]. Questo dato è particolarmente importante perché suggerisce che il bisogno non è solo specialistico, ma intrinsecamente interdisciplinare. L'interpretazione riduttiva di questi quadri come problemi isolati rischia di produrre percorsi inefficaci. Il dolore pelvico può essere trattato senza indagare la dimensione traumatica; la disfunzione sessuale può essere letta come problema relazionale o ormonale in assenza di un inquadramento più ampio; i

disturbi del pavimento pelvico possono essere affrontati solo in termini biomeccanici. Un modello clinico-organizzativo dedicato consente invece di riconoscere l'interdipendenza tra trauma, sintomi corporei, funzione sessuale e partecipazione alla cura.

Razionale organizzativo

L'Organizzazione mondiale della sanità ha sottolineato che la risposta sanitaria alla violenza deve comprendere non solo il trattamento delle lesioni acute, ma anche supporto di prima linea, valutazione dei bisogni, attenzione alla sicurezza e continuità della presa in carico^{5,6}. Questo orientamento è coerente con una visione trauma-informed, in cui l'organizzazione dei servizi riduce il rischio di ri-traumatizzazione e aumenta la possibilità di adesione ai percorsi di cura. Applicato all'area ostetrico-ginecologica, ciò significa ripensare l'accesso, il colloquio, la visita, gli invii specialistici e il follow-up in modo da garantire riconoscibilità del percorso, linguaggio appropriato, gradualità degli interventi e integrazione con il supporto psicosociale^{5,6}. Il punto centrale non è moltiplicare le prestazioni, ma coordinarle all'interno di una filiera assistenziale leggibile.

Anche il ruolo delle società scientifiche in questo scenario è rilevante. AOGOI si presenta come una realtà impegnata nella produzione scientifica, nella redazione di linee guida e raccomandazioni, e nello sviluppo di strumenti utili alla pratica clinica quotidiana, con una comunità professionale diffusa sul territorio nazionale⁷. Questo rende pertinente collocare la riflessione su un modello come RE.S.PE.R.A. nel perimetro di un dibattito scientifico e organizzativo rivolto alla ginecologia italiana.

Il modello RE.S.PE.R.A.

RE.S.PE.R.A. è l'acronimo di Rete per la Salute Pelvica, Riproduttiva e Affettivo-sessuale. Il modello nasce per rispondere a un'area di bisogno ad alta complessità clinica e relazionale, nella quale gli esiti della violenza tendono a distribuirsi tra più servizi senza una presa in carico unitaria. Il suo razionale poggia su cinque assi: multidisciplinarietà, approccio trauma-informed, orientamento evidence-based, integrazione tra rete sanitaria e rete antiviolenza, sostenibilità organizzativa.

Sul piano operativo, il progetto prevede una filiera assistenziale capace di connettere intercettazione del bisogno, valutazione clinica iniziale, eventuale inquadramento specialistico ginecologico e uroginecologico, consulenza sessuologica, riabilitazione del pavimento pelvico, raccordo psicologico e connessione con le risorse territoriali pertinenti. L'elemento distintivo non è la singola prestazione, ma la costruzione di un percorso riconoscibile e condiviso. In tale prospettiva, consultorio, casa di comunità e ospedale possono configurarsi come nodi complementari. Il territorio rappresenta il luogo della prossimità, dell'accesso e della continuità; il livello ospedaliero può fornire la valutazione specialistica dei casi più complessi e la regia clinica del percorso. La rete con i centri antiviolenza rimane essenziale per evitare una presa in carico puramente sanitaria e scollegata dai determinanti di sicurezza, protezione e stabilità della paziente^{5,6}.

Proposta di sperimentazione

Una sperimentazione pilota in Lombardia può rappresentare un contesto adatto per verificare la fattibilità del modello. La presenza di servizi territoriali, consultoriali e ospedalieri articolati, insieme alla possibilità di costruire connessioni formalizzate con la rete antiviolenza, offre un ambiente favorevole alla valutazione di un percorso integrato.

La sperimentazione dovrebbe essere osservata attraverso indicatori semplici ma significativi: tempi di accesso, appropriatezza degli invii, completamento del follow-up, adesione ai trattamenti, continuità del percorso, integrazione interprofessionale e qualità percepita dalle utenti. Un simile impianto permetterebbe di distinguere RE.S.PE.R.A. da un generico ambulatorio tematico, configurandolo invece come dispositivo organizzativo valutabile e potenzialmente trasferibile.

L'obiettivo non sarebbe soltanto offrire una risposta locale, ma produrre un prototipo replicabile. In questo senso, la sperimentazione può essere letta come passaggio preliminare alla definizione di standard minimi di presa in carico, criteri di eleggibilità, formazione degli operatori e modalità di interazione tra servizi sanitari e rete antiviolenza.

Le conseguenze pelviche riproduttive e sessuali della violenza sulle donne

Razionale clinico-organizzativo del progetto RE.S.PE.R.A.



La rete con i centri antiviolenza rimane essenziale per evitare una presa in carico puramente sanitaria e scollegata dai determinanti di sicurezza, protezione e stabilità della paziente.



Discussione

Per la ginecologia ospedaliera e territoriale, il tema degli esiti pelvici, riproduttivi e sessuali della violenza richiama una questione di appropriatezza clinica e di responsabilità organizzativa. La correttezza tecnica del singolo atto sanitario rimane necessaria, ma non è sufficiente quando il bisogno si presenta in modo stratificato e attraversa corpo, relazione, trauma e funzione.

Un modello come RE.S.PE.R.A. risponde a questa criticità proponendo una ricomposizione del percorso. La sua utilità teorica risiede nel rendere esplicita un'area di domanda spesso dispersa; la sua utilità pratica consiste nel creare una filiera di accesso, valutazione e cura più coerente. In questo senso, il progetto non si pone in alternativa ai servizi esistenti, ma come principio ordinatore capace di aumentarne l'integrazione e l'efficacia.

Dal punto di vista della discussione scientifica, il valore del modello è anche metodologico. Portare all'attenzione della comunità professionale un dispositivo organizzativo per la gestione degli esiti della violenza significa spostare il focus dalla sola sensibilizzazione culturale alla progettazione concreta dei percorsi. Questo passaggio appare oggi necessario, alla luce delle evidenze sul peso sanitario della violenza e delle indicazioni internazionali sul ruolo dei servizi sanitari^{1,2,5}.

Conclusioni

Le conseguenze pelviche, riproduttive e sessuali della violenza sulle donne costituiscono un'area di bisogno reale, clinicamente rilevante e ancora parzialmente invisibile nei percorsi assistenziali tradizionali^{1,2,4}. La loro presa in carico richiede modelli che integrino competenze specialistiche, sensibilità trauma-informed e raccordo stabile con la rete territoriale e antiviolenza^{5,6}.

RE.S.PE.R.A. si propone come possibile risposta clinico-organizzativa a questa lacuna. La sua sperimentazione in un contesto regionale strutturato potrebbe contribuire a definire un modello osservabile, sostenibile e trasferibile, utile ad aprire un confronto nazionale sul ruolo della ginecologia nella cura delle conseguenze della violenza.

Bibliografia

1. World Health Organization. Strengthening health sector response to violence against women. WHO Europe; 2024. Disponibile da: <https://www.who.int/europe/activities/strengthening-health-sector-response-to-violence-against-women>
2. García-Moreno C, Amin A. Violence against women and girls has long term health consequences. *BMJ*. 2021;375:e069311. doi:10.1136/bmj-2021-069311
3. Violence Against Women as a Global Public Health Issue. *Annual Review of Public Health*. Disponibile da: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-publhealth-060722-025138>
4. Chichowski SB, Rogers RG, Komesu YM, et al. Sexual Abuse History and Pelvic Floor Disorders in Women. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):1017-1023. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3902107/>
5. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook. Geneva: WHO; 2014. Disponibile da: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.26>
6. World Health Organization. Caring for women subjected to violence: A WHO training curriculum for healthcare providers. Disponibile da: https://www.inmp.it/upload/CorsoFAD/Caring_for_women_subjected_to_violence-OMS_2021.pdf
7. Choosing Wisely Italia. AOGOI | Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani. Disponibile da: <https://choosingwiselyitaly.org/societa/aogoi/>