



Vulvodinia: l'importanza della rete territoriale

Una patologia sottostimata che richiede un cambio di paradigma

LA VULVODINIA È UNA CONDIZIONE DOLO- ROSA CRONICA DELLA VULVA che, secondo le più recenti definizioni condivise da Issvd (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease) e Isswsh (International Society for the Study of Women's Sexual Health), è caratterizzata da dolore che persiste da almeno tre mesi, spontaneo o provocato, non riconducibile a una causa identificabile. Le linee guida europee sul dolore pelvico cronico, elaborate da European Association of Urology, International Continence Society e International Association for the Study of Pain, inquadrano oggi la vulvodinia all'interno dello spettro del dolore pelvico persistente, sottolineando la necessità di un approccio terapeutico che coinvolga diverse figure professionali.

Si stima che di vulvodinia soffra 8-17% donne nel corso della vita, un dato che da solo basterebbe a collocare la vulvodinia tra le patologie ginecologiche più diffuse. Eppure, per decenni, questa condizione è rimasta ai margini dell'attenzione clinica: liquidata come disturbo psicosomatico, confusa con vaginismo o dispareunia di altra origine, o non riconosciuta per la vergogna delle pazienti nel riferire sintomi che toccano la sfera sessuale. Il risultato è un ritardo diagnostico che, ancora oggi, si misura spesso in anni, con un pesante impatto sulla qualità della vita e sulla sfera relazionale e psicologica.

Il peso del ritardo diagnostico

Il percorso tipico di una paziente con vulvodinia comincia spesso con la sensazione di non essere creduta. Bruciore, dolore puntorio, sensazione di abrasione, dolore ai rapporti sessuali: sintomi che, in assenza di segni obiettivi evidenti all'ispezione vulvare, vengono talvolta attribuiti a cause psicologiche o sottovalutati. La paziente consulta più specialisti - "medical shopping" - prima di ricevere una diagnosi corretta,



BARBARA DEL BRAVO
Segretaria Nazionale Agite

“

Si stima che di vulvodinia soffra 8-17% donne nel corso della vita, un dato che da solo basterebbe a collocare la vulvodinia tra le patologie ginecologiche più diffuse.

accumulando frustrazione e sfiducia, e spesso un aggravamento del quadro per la cronicizzazione del dolore e la comparsa di ipertonio del pavimento pelvico secondario, che alimenta il circolo vizioso del dolore.

Questo ritardo non è solo un problema individuale, ma di sistema. Ogni mese di diagnosi mancata è un mese in cui il dolore cronico consolida le proprie basi fisiopatologiche, attraverso meccanismi di sensibilizzazione centrale e periferica che rendono il trattamento progressivamente più complesso. Intervenire precocemente non significa soltanto alleviare prima la sofferenza, ma modificare la traiettoria stessa della malattia, riducendo il rischio di cronicizzazione, di insorgenza di disturbi dell'umore, evitamento della sessualità e isolamento relazionale.

Riconoscere la vulvodinia: strumenti diagnostici semplici, ma spesso trascurati

Un aspetto importante per la comunità ginecologica è che la diagnosi di vulvodinia non richiede tecnologie sofisticate, bensì tempo, ascolto e un metodo clinico rigoroso. Gli elementi cardine sono un'anamnesi accurata - che indaghi caratteristiche, insorgenza, fattori scatenanti e ripercussioni del dolore sulla vita quotidiana e sessuale - un esame obiettivo completo della vulva per escludere cause organiche (dermatosi, infezioni, esiti cicatriziali, patologie neurologiche o neoplastiche), e lo swab test, che consente di mappare la sensibilità dolorosa del vestibolo vulvare con un semplice tampone di cotone. A questi si affianca la valutazione della muscolatura del pavimento pelvico, spesso interessata da ipertonio reattivo che va identificato fin dalla prima visita, perché condiziona l'impostazione terapeutica. La diagnosi resta quindi essenzialmente clinica, di esclusione, ma proprio per

questo richiede formazione specifica: il ginecologo che non conosce i criteri diagnostici rischia di non porre la domanda giusta o di archiviare il caso come "nulla di rilevante all'esame obiettivo". Investire nella formazione dei ginecologi territoriali e dei medici di medicina generale sul riconoscimento precoce rappresenta una leva concreta per accorciare i tempi diagnostici.

Perché la diagnosi precoce cambia la prognosi

La letteratura e l'esperienza clinica convergono su un punto: la vulvodinia, se riconosciuta e trattata tempestivamente, ha una prognosi favorevole, e non è raro che pazienti prese in carico precocemente raggiungano una remissione completa in tempi relativamente contenuti. Al contrario, quando la diagnosi arriva dopo anni di dolore non trattato, il quadro si complica: il dolore acquisisce caratteristiche neuropatiche più stabili, la muscolatura pelvica sviluppa pattern disfunzionali consolidati, la sfera psico-sessuale risente di un vissuto di frustrazione che richiede un lavoro terapeutico più lungo. La diagnosi precoce, dunque, non è soltanto un obiettivo di umanizzazione delle cure, ma un vero determinante prognostico. Il ginecologo di primo contatto, in ambulatorio territoriale, consultorio o ospedale, è spesso la prima, e talvolta l'unica, figura in grado di intercettare il sintomo e attivare il percorso corretto.

Dalla diagnosi alla presa in carico: perché serve un'équipe

Una volta posta la diagnosi, la sfida si sposta sul trattamento. La vulvodinia non è un'entità patologica unica, ma il punto di arrivo comune di più meccanismi patogenetici che si sommano con pesi diversi da paziente a paziente: componente infiammatoria, disfunzione muscolare del pavimento pelvico, sensibilizzazione neuropati-

ca, fattori ormonali, componente psico-sessuale. Ne consegue che non esiste un trattamento standardizzato valido per tutte, ma la necessità di un percorso personalizzato, "tailored", costruito attorno alle caratteristiche cliniche della singola donna. Questo approccio può realizzarsi soltanto attraverso il lavoro coordinato di un'équipe multidisciplinare, che comprende in diversa misura e caso per caso:

- ginecologo, fisioterapista del pavimento pelvico ostetrica specializzata in riabilitazione psicologo o psicossessuologo, urologo, gastroenterologo
- terapeuta del dolore, neurologo per comorbilità che condividono meccanismi di sensibilizzazione centrale, come colon irritabile o cistite interstiziale.

L'approccio multimodale integra, a seconda del profilo clinico, terapie farmacologiche topiche e sistemiche, fisioterapia del pavimento pelvico, supporto psicossessuologico e, in casi selezionati, procedure infiltrative o chirurgia. Nessun componente, presa isolatamente, risponde alla complessità della patologia: è la loro integrazione, calibrata sul singolo caso, a fare la differenza clinica.

Il nodo critico: la rete territoriale

Ma veniamo al ruolo del territorio. Un'équipe multidisciplinare competente esiste, in Italia, prevalentemente in pochissimi centri di riferimento, concentrati in poche aree del Paese soprattutto al Nord. La maggior parte delle pazienti, tuttavia, entra in contatto con il sistema sanitario attraverso il ginecologo territoriale, il consultorio familiare o il medico di medicina generale. Costruire una rete territoriale efficace significa per prima cosa formare i ginecologi e le ostetriche del territorio al riconoscimento precoce dei sintomi e ai test diagnostici di base, così che il sospetto diagnostico nasca già al primo contatto; creare percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta) regionali che definiscano criteri chiari di invio ai centri specialistici, evitando sia i ritardi sia gli invii impropri che sovraccaricano i centri di terzo livello; strutturare un modello hub and spoke, in cui i centri con équipe multidisciplinare completa (hub) lavorino in stretto collegamento con gli ambulatori territoriali e i consultori (spoke), che gestiscono il follow-up una volta impostato il piano terapeutico; garantire infine l'accesso omogeneo alle prestazioni essenziali — in primis fisioterapia del pavimento pelvico e supporto psicologico — che oggi restano spesso a carico della paziente, con evidenti disuguaglianze territoriali ed economiche.

Vulvodinia: l'importanza della rete territoriale

Una patologia sottostimata che richiede un cambio di paradigma



“

Costruire una rete territoriale efficace significa per prima cosa formare i ginecologi e le ostetriche del territorio al riconoscimento precoce dei sintomi e ai test diagnostici di base.

Già dal 2022 il Comitato Vulvodinia e Neuropatia del Pudendo ha promosso una proposta di legge, presentata in Parlamento, per chiedere il riconoscimento della vulvodinia tra le patologie croniche e invalidanti, la sua inclusione nei Lea, l'istituzione di almeno un centro multidisciplinare in ogni Regione e linee guida nazionali condivise. Richieste che vanno esattamente nella direzione di una rete strutturata, capace di garantire a tutte le pazienti, indipendentemente dalla Regione di residenza, un accesso tempestivo e omogeneo alla diagnosi e alla cura.

Il ruolo del ginecologo come nodo della rete

Per la comunità ginecologica italiana, questo scenario rappresenta al tempo stesso una responsabilità e un'opportunità. Il ginecologo, in qualunque contesto operi, è il professionista nella posizione più favorevole per intercettare precocemente il sintomo e orientare la paziente verso il livello di cura più appropriato. Ciò richiede maggiore diffusione delle competenze specifiche nella formazione universitaria e post-universitaria, l'inserimento sistematico dell'anamnesi del dolore vulvare e sessuale nella visita di routine, e una collaborazione stabile con le altre figure della rete - fisioterapisti, psicologi, algologi - non occasionale, ma organizzata come modello strutturale. Le società scien-

tifiche, gli ordini professionali e le istituzioni sanitarie regionali hanno un ruolo altrettanto decisivo: attraverso percorsi formativi dedicati, ambulatori nei consultori familiari, PDTA regionali e monitoraggio degli esiti, è possibile trasformare la rete territoriale da concetto teorico a strumento operativo quotidiano.

Conclusioni

La vulvodinia è una patologia frequente, invalidante e, soprattutto, curabile, a condizione che venga riconosciuta precocemente e affrontata con un approccio multidisciplinare e multimodale. Il principale ostacolo non è, nella maggior parte dei casi, la mancanza di conoscenze scientifiche, quanto la frammentazione dell'offerta assistenziale e la scarsa integrazione tra i livelli del sistema sanitario. Costruire una vera rete territoriale - formazione diffusa, percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, collegamento stabile tra centri di riferimento e territorio, accesso equo alle prestazioni riabilitative e psicologiche - rappresenta oggi la priorità per trasformare la diagnosi precoce e la presa in carico multidisciplinare da eccellenza isolata a standard di cura diffuso su tutto il territorio nazionale. È un obiettivo che riguarda ogni ginecologo, in ogni contesto di lavoro: perché è spesso da una singola visita, da una domanda posta al momento giusto, che comincia il percorso di guarigione di una paziente.

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



**Numero 5 - 2026
Anno XXXVII**

Presidente
Antonio Chiàntera

Comitato Scientifico
Antonio Chiàntera
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Sergio Schettini
Carlo Maria Stigliano
Vito Trojano
Elsa Viora

Direttore Responsabile
Ester Maragò

Editore
Homnya srl
Sede legale:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@homnya.com
Ufficio Commerciale
info@homnya.com
Tel. +39 06 45209 715

Stampa
STRpress, Pomezia - Roma
Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33
Finito di stampare:
febbraio 2026
Tiratura 4.000 copie.

Progetto grafico
e impaginazione
Homnya srl

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di

altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Testata associata

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA