ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA DI OSTETRICIA

PROGETTO DI FATTIBILITÁ PER L'IMPLEMENTAZIONE DI UN AMBULATORIO DEDICATO ALLA SALUTE PELVICA PER LE DONNE IN CARCERE

Relatrice
Dott.ssa Virginia Bertini

Correlatrice
Dott.ssa Marina Zani

Laureanda
Maria Maddalena Neri

Sessione Novembre 2025
Anno Accademico 2024/2025

Ai miei genitori, per non aver mai smesso di credere in me
e avermi dato forza quando forza non avevo.
Ai miei fratelli, per avermi accompagnata, fatta crescere
e avermi ricordato l'importanza di prendersi cura di se stessi.
Ai miei nonni, per avermi osservata e protetta dal Cielo,
per avermi guidata e consigliata in ogni scelta.
A Michele, per avermi tenuta per mano
e avermi insegnato ad amarmi,
per avermi dato coraggio nei momenti difficili.
Grazie.

CORSO DI LAUREA DI OSTETRICIA – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Sessione di Laurea: Novembre 2025 Laureanda Neri Maria Maddalena

Relatrice Dott.ssa Virginia Bertini Correlatrice Dott.ssa Marina Zani

Titolo: "Progetto di fattibilità per l'implementazione di un ambulatorio dedicato alla salute pelvica per le donne in carcere"

Introduzione: Il presente elaborato esplora la possibilità di offrire un servizio ostetrico continuativo per la tutela della salute perineale delle donne detenute nella Casa Circondariale Rocco D'Amato di Bologna. La salute perineale, fondamentale per il benessere della donna, è spesso trascurata in ambito penitenziario, dove l'accesso alle cure è limitato da vincoli ambientali, organizzativi e psicologici.

Background: Lo studio evidenzia come lo stile di vita in carcere (segnato da alti livelli di stress, scarsa attività fisica e, in molti casi, da esperienze traumatiche pregresse) possa contribuire all'insorgenza o al peggioramento di disfunzioni del pavimento pelvico. Dal 2022 è attivo un ambulatorio ostetrico in struttura, seppur con risorse ridotte.

Materiali e Metodi: Il progetto, avviato a maggio 2024, ha coinvolto donne con sintomi come incontinenza, dolore cronico e disfunzioni sessuali. Sono stati realizzati colloqui, valutazioni ostetriche, esercizi e counselling, con il supporto di ostetriche esperte. È stato fondamentale il confronto con il modello del Consultorio Roncati di Bologna, centro di riferimento nella riabilitazione perineale.

Risultati e Conclusioni: Le detenute hanno mostrato crescente partecipazione, favorita dalla continuità dell'equipe ostetrica e da strumenti come i percorsi individualizzati, il materiale informativo semplificato e gli incontri di gruppo. L'ambulatorio si è rivelato anche uno spazio relazionale protetto, dove le donne hanno potuto esprimere vissuti, emozioni e difficoltà. Il progetto evidenzia l'importanza di un approccio ostetrico integrato che dovrà continuare ad essere coltivato nel contesto detentivo. La cura del pavimento pelvico si dimostra un mezzo concreto per la promozione della salute, la prevenzione e l'empowerment delle donne detenute.

Sommario

1. Primo Capitolo – Introduzione

1.1 Da cosa nasce il percorso di Tesi……..pag. 5

1.2 Le Competenze dell'Ostetrica……pag. 6

1.3 Le Carceri Italiane……pag. 7

1.4 Diritto alla Salute in Carcere - La Donna detenuta……...pag. 11

2. Secondo Capitolo - Background e Contesto

2.1 Le Condizioni della Struttura Carceraria…….pag. 16

2.2 Il Contesto Carcerario……pag. 19

2.3 La Salute Perineale in Carcere……pag. 20

2.4 La Riabilitazione del pavimento pelvico a livello internazionale……..pag. 24

2.5 La Riabilitazione Perineale sul Territorio……pag. 27

2.6 Il Ruolo dei Consultori - Il Consultorio Roncati……...pag. 31

3. Terzo Capitolo - Materiali e Metodi

3.1 Il Progetto (Obiettivi e Popolazione) ……..…pag. 35

3.2 Esperienza di Tirocinio presso il Carcere……..…pag. 36

3.3 Esperienza di Tirocinio presso il Consultorio……pag. 45

3.4 Attività finali in Carcere…….pag. 54

4. Quarto Capitolo - Risultati e Conclusioni…….pag.72

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA……...pag.76

Primo Capitolo - Introduzione

1.1 Da cosa nasce il percorso di Tesi

Questo progetto di tesi nasce dalla volontà e curiosità prima di conoscere la condizione di salute delle detenute femminili della Casa Circondariale Rocco D'Amato di Bologna, per poi cercare di capire quali interventi mettere in atto per migliorare la quotidianità delle persone abitanti la struttura.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il termine "salute" come "*Una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità*." [1]. Secondo questa definizione nel periodo di osservazione e analisi del contesto in Carcere, mi sono impegnata, affiancata da professioniste Ostetriche, a trovare modifiche e miglioramenti possibilmente effettuabili sul percorso già esistente all'interno della struttura, incentrato sulla salute perineale per le detenute.

L'obiettivo del progetto è stato innanzitutto quello di favorire, nelle donne della Casa Circondariale, lo sviluppo di una maggiore consapevolezza del proprio corpo, imparando a conoscerlo e comprenderlo in profondità. Successivamente, mi sono focalizzata sull'avvio di un percorso che le donne potessero intraprendere in autonomia, avendo comunque come punto di riferimento l'Ostetrica dell'ambulatorio dedicato. La difficoltà principale incontrata nel corso dello studio è stata quella di proporre interventi concretamente agibili nel contesto detentivo-penitenziario, che impone limiti di azione non trascurabili. Nonostante qualche ostacolo incontrato durante il periodo di studio, questo è stato per me un incentivo a trovare nuove idee e proposte che fossero semplici ma efficaci e a conclusione del lavoro svolto, ne sono soddisfatta.

[1] Definizione di Salute secondo OMS

1.2 Le Competenze dell'Ostetrica

Secondo il Codice Deontologico: "*Doveri dell'ostetrica/o sono la tutela della dignità, dei diritti fondamentali, dell'appropriatezza e proporzionalità delle cure, della sicurezza e del benessere psicofisico delle persone assistite, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.*" [2]. E ancora, l'ostetrica in quanto tale "*deve rispettare la tutela della sicurezza e del benessere delle persone assistite, nonché la garanzia della salute collettiva, della correttezza dei comportamenti, della qualità ed efficacia della prestazione professionale.*"

L'ostetrica opera quindi come promotrice della Salute Femminile e può effettivamente giocare un ruolo attivo in questi termini, mettendo in campo le sue qualità e competenze in un triplice significato profondo di *sapere* (conoscenze teoriche), *saper fare* (conoscenze pratiche, abilità) e *saper essere* (caratteristiche comportamentali). [3]

Durante la frequenza del tirocinio per il mio progetto di tesi ho potuto osservare come l'Ostetrica assuma un valore ancor più rilevante dal punto di vista relazionale all'interno del contesto carcerario. L'ostetrica diventa non solo una professionista sanitaria a cui rivolgersi se si hanno domande, dubbi o problemi specifici inerenti la propria salute perineale o generale in quanto donna biologica, ma anche una persona con cui aprirsi e confidarsi in un ambiente stressogeno che, soprattutto con lo scorrere delle giornate, non rende piacevole la quotidianità.

L'ambulatorio ostetrico è visto da alcune delle detenute come un territorio sicuro in cui recarsi anche per lasciar scaturire racconti del proprio vissuto, per alleggerirsi e trovare davanti a sé una figura non giudicante, non nemica e con cui si possano abbassare le difese. Per altre, invece, soprattutto per quanto riguarda ile donne che accedono come nuovi ingressi, rimane un luogo

[2] Codice Deontologico nei suoi articoli

[3] Profilo Professionale Ostetrico

sconosciuto, estraneo, che vuole avvicinarsi all'intimità fisica della persona. Questo viene però interpretato come un tentativo ingannevole da parte della struttura detentivo-penitenziaria di acquistare la fiducia delle recluse cercando di entrare in relazione con loro adottando strategie e sotterfugi.
Ciò pone tra le detenute diffidenti e l'ambulatorio una distanza difficile da colmare, motivo per cui l'ostetrica e il medico che si occupano delle attività sanitarie in carcere, hanno dovuto adottare metodi alternativi con il passare degli anni per attirare l'attenzione e l'interesse delle donne abitanti la struttura, agendo per promuovere la loro salute. Ne è esempio l'organizzazione di gruppi di laboratorio incentrati su alcuni argomenti specifici dell'ostetricia e della ginecologia, per introdurre alle donne tematiche a loro nuove. Oppure la sponsorizzazione, dopo gli incontri individuali in ambulatorio, di campioni medici e farmaceutici di detergenti intimi, ovuli vaginali o creme lenitive per andare incontro ai bisogni, delle recluse. Un altro esempio è l'utilizzo di cartelloni esplicativi ed immagini colorate in sede ambulatoriale per cercare di far visualizzare alla detenuta l'anatomia profonda del proprio corpo, anche se questo resta uno scoglio non facile da superare in alcuni casi.
Le iniziative di questo progetto di tesi mirano proprio ad eliminare la distanza tra l'ambulatorio ostetrico-ginecologico e l'utente detenuta, per rendere l'ambiente in questione un perimetro di mura accogliente e protetto per tutte le donne.

1.3 Le Carceri Italiane

In Italia sono presenti 189 Istituti Penitenziari suddivisi nelle varie categorie (dato relativo al 31 gennaio 2024 secondo il Ministero della Giustizia).
Antigone, un'Associazione indipendente nata nel 1991, si occupa di garantire diritti nel sistema penale e penitenziario con azioni concrete e campagne culturali, promuovendo una pena che sia in linea con il dettato della Costituzione.

Il Rapporto di Antigone stilato nel 2024 "*Nodo alla gola - XX Rapporto di Antigone sulle Condizioni di Detenzione*" [4] analizza la serie storica delle presenze dei detenuti nei Carceri Italiani. L'Associazione chiarisce che dalla fine del 2019 alla fine del 2020, a causa delle misure deflattive adottate durante la pandemia, le presenze in carcere sono calate di più di 7.000 unità. Sono poi tornate a crescere, dapprima lentamente, poi negli ultimi anni in modo esponenziale fino ad arrivare ad un tasso di crescita allarmante, che se dovesse essere confermato anche nel 2024, porterebbe oltre le 65.000 presenze entro la fine dell'anno. Il quadro descritto non è privo di conseguenze, il peggioramento delle condizioni di detenzione legato anche al sovraffollamento, non può che avere un ruolo determinante nella tragedia degli episodi di suicidi che crescono negli anni, insieme al numero generale di morti per cause diverse dal suicidio.
L'aumento della popolazione carceraria influisce sulle condizioni di detenzione sempre più disumane, resta infatti allarmante anche il numero di eventi critici registrati con atti di autolesionismo, tentati suicidi, aggressioni al personale e verso altri detenuti.
Come appare dalla Sentenza Torreggiani del 2013, redatta dalla Corte Europea dei diritti dell'uomo, le condizioni di vita dei detenuti integrano i requisiti necessari per la sottoposizione degli stessi a trattamenti inumani e degradanti.

Secondo il Rapporto del 2024 "*al 31 marzo 2024 erano 61.049 le persone detenute, a fronte di una capienza ufficiale di 51.178 posti. Le donne erano 2.619, il 4,3% dei presenti.*", un dato che si conferma sostanzialmente stabile.
Le donne presenti nei Carceri Italiani sono una minoranza vulnerabile per il concetto stesso di minoranza, ma sono indebolite moralmente anche. Di per sé la bassa percentuale di donne nella popolazione carceraria italiana le rende difficilmente visibili e spesso escluse dalle politiche trattamentali e dai programmi, inoltre le detenute provengono spesso da ambienti segnati da povertà, scarsa

[4] Rapporto Antigone 2024: "Nodo alla gola – XX Rapporto di Antigone sulle Condizioni di Detenzione"

istruzione, disoccupazione e lavoro precario. Tra loro si riscontrano frequentemente madri sole, straniere, prostitute, tossicodipendenti, immigrate clandestine o di minoranze etniche. Molte di loro sono vittime di abusi infantili e domestici, spesso anche da adulte, quindi, anche per questa ragione, a livello psicologico le donne in carcere manifestano livelli di disagio più elevati rispetto agli uomini, con un numero di atti di autolesionismo e suicidi particolarmente rilevante e uso di psicofarmaci elevato.[5]

Sono dunque donne che sarebbe difficile coinvolgere oltre le mura della struttura detentiva, motivo per cui l'ostetrica che agisce all'interno del perimetro penitenziario può raggiungere con i suoi servizi una percentuale di utenti particolarmente svantaggiate.

Esaminando in modo più approfondito la popolazione femminile dei detenuti, tra i reati ascritti alle donne che si trovano in carcere, la categoria maggiormente rappresentata è quella dei reati contro il patrimonio (28,7%). Seguono i reati contro la persona (18,5%) e i reati legati alla droga (15%).

Attraverso lo studio di numerosi fascicoli, è stato evidenziato dall'Associazione Antigone come la speranza di ottenere una misura aperta, affidamento in prova, cresca con la maggiore aderenza della donna a un ideale di ordine sociale femminile famigliare. In Italia, le misure alternative sono strumenti giuridici che permettono ad una detenuta di scontare parte della pena fuori dal carcere, in condizioni controllate e monitorate, con l'obiettivo di favorire il reinserimento sociale della carcerata, la riduzione recidive e il rispetto della funzione rieducativa della pena, secondo l'articolo 27 della Costituzione Italiana. La misura aperta per eccellenza è, per l'appunto, l'Affidamento in prova al servizio sociale, che consiste nel permettere alla condannata di vivere liberamente ma sotto la sorveglianza dei servizi sociali e di seguire un programma di trattamento come può essere il lavoro, la formazione o la cura delle dipendenze. Si applica a chi ha ancora da scontare una pena non superiore ai tre anni, o anche più lunga in alcuni casi particolari,

[5] Rapporto di Antigone 2023. "Dalla parte di Antigone – Primo rapporto sulle donne detenute in Italia"

come per le tossicodipendenti. La detenuta in questione, per accedere a questa possibilità, deve dimostrare di avere un ambiente di vita stabile, aver avviato un percorso di reinserimento come quelli sopra citati e di non essere socialmente pericolosa.

"*La donna con relazione stabile, con un uomo a propria volta affidabile, ha più possibilità di ottenere la misura alternativa sperata. Ancor più, la presenza di figli contribuisce grandemente a una valutazione positiva. Non solo per permetterle di accudirli ma anche, come emerge dai fascicoli, in quanto la maternità è considerata una deterrenza verso il crimine e un fattore di moralità e aderenza a valori sociali corretti. Se ascoltiamo però le parole delle stesse donne coinvolte, scopriamo come per loro l'accudimento dei figli senza poter contare su alcun sostegno diventi un grande fattore di stress e un ostacolo alla possibilità di utilizzare la misura alternativa per svolgere anche attività utili al reinserimento sociale (trovare un lavoro, prendere la patente, frequentare un corso di formazione professionale o altro), in un circolo vizioso su quale bisognerebbe riflettere ai fini della sua interruzione.*"

Come descrive l'Associazione Antigone nel caso delle donne l'accesso all'affidamento in prova è condizionato da stereotipi di genere. Una donna è considerata più "affidabile" se è madre, ha un partner stabile, soprattutto se lui stesso è percepito come affidabile, e si prende cura della famiglia rispecchiando il suo ruolo più "tradizionale". La maternità viene quindi vista non solo come un diritto da tutelare, ma anche come un indicatore di moralità, come quasi prova della buona condotta futura. Tuttavia, come evidenzia Antigone, molte donne non hanno una rete familiare o economica di supporto e si trovano imprigionate in un paradosso, infatti per ottenere la misura alternativa devono dimostrare di essere madri presenti, ma l'assenza di aiuti rende difficile occuparsi dei figli e reinserirsi nel mondo del lavoro o della formazione.

1.4 Diritto alla Salute in Carcere - La Donna detenuta

Il diritto alla salute è sancito come diritto fondamentale dell'individuo secondo l'articolo 32 della Costituzione Italiana che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, come testimonia nell'articolo 2. La struttura del carcere, però, risulta non rispettare la garanzia di questo diritto per il cittadino detentivo-penitenziario che sembrerebbe quindi non poter esercitare la sua individualità parimenti ai cittadini liberi italiani.

Ciò che pone il detenuto in una posizione svantaggiosa rispetto all'abitante italiano è sicuramente il concetto di Salute sopracitato da OMS come "*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità*", che nelle strutture carcerarie sembra essere trascurato. Questo concetto riguarda in particolare lo stile di vita, l'alimentazione e le condizioni igieniche e abitative. All'interno del carcere vi sono condizioni di sofferenza che compromettono la libertà personale, sebbene la Costituzione riconosca pari dignità a tutti i cittadini e stabilisca come le pene non possano essere contrarie al senso di umanità (art.3 e art.27 della Costituzione Italiana). Gli abitanti delle strutture carcerarie rappresentano una fascia ad alta vulnerabilità fisica, psichica e sociale, e nell'usufruire del loro diritto alla salute spesso risentono delle misure di sicurezza insite nella struttura.

Forme di interesse verso la salute dei detenuti si sono evolute nei periodi storici secondo le caratteristiche socioculturali delle diverse epoche, fino ad arrivare ai tempi moderni, dove viene fatta distinzione tra diritti per gli abitanti carcerari maschili e femminili. Le detenute necessitano infatti di bisogni specifici legati al genere e ciò è riconosciuto da organismi internazionali, come per esempio l'ONU (Organizzazione delle Nazioni Unite) che ha stilato le Regole di Bangkok [6] riguardanti il trattamento delle donne detenute e le misure non detentive per le donne autrici di reato.

[6] Articoli previsti dall'ONU – Regole di Bangkok, Ministero della Giustizia

Questi scritti, conosciuti anche come “Le Regole delle Nazioni Unite per il Trattamento delle Donne Detenute e le Misure Non Detentive per le Donne Autrici di Reati” sono un documento chiave che stabilisce le linee guida per il trattamento delle donne in carcere. Rappresentano un insieme di settanta norme approvate dall’Assemblea Generale dell’ONU nel 2010 per migliorare le condizioni delle donne private della libertà e promuovere alternative al carcere. Queste riconoscono che le donne detenute hanno esigenze specifiche legate alla loro condizione (gravidanza, maternità, menopausa, salute) e che queste devono essere prese in considerazione. Garantiscono inoltre alle donne detenute il diritto ad un’adeguata assistenza sanitaria, inclusa la cura ginecologica.
Oppure l’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) che considera le donne come un gruppo vulnerabile all’interno della popolazione carceraria auspicandone cure primarie gender-responsive [7], quindi rispettose delle peculiari esigenze degli individui legate alla loro identità o espressione di genere. Questo evidenza l’importanza di assicurare cure mediche adeguate, prevenzione e assistenza per la salute mentale e garantire la dignità e il rispetto durante la detenzione.
Esistono poi anche le Regole minime per il trattamento dei detenuti [8] prodotte da WHO e dall’Ufficio dei Diritti Umani dell’ONU in cui sono inseriti articoli specifici per le donne.

All’interno del contesto carcerario, la distribuzione delle patologie e dei comportamenti a rischio segue dinamiche differenti rispetto a quelle osservate nella popolazione generale. Tra i principali fattori di rischio spiccano l’alimentazione inadeguata, il consumo di tabacco e l’abuso di alcol. Negli istituti penitenziari, infatti, l’alimentazione fornita ai detenuti non sempre rispetta criteri di equilibrio nutrizionale, soprattutto per quanto riguarda la composizione degli alimenti e il contenuto di sodio. Inoltre, il rapporto con il cibo assume significati

[7] Articoli previsti dall’OMS
[8] Standard Minimi delle Nazioni Unite sul trattamento dei detenuti – Regole Nelson Mandela

che vanno oltre la semplice funzione nutrizionale [9] : esso può diventare una strategia per affrontare la noia e lo stress tipici della vita carceraria. Questo fenomeno è particolarmente evidente tra le detenute, dove può sfociare in veri e propri disturbi del comportamento alimentare. In alcune strutture dove il cibo scarseggia o viene percepito come risorsa limitata, esso può trasformarsi in una "moneta di scambio", usata per ottenere favori o per evitare conflitti, alimentando dinamiche di sopraffazione e fenomeni di bullismo. Le vittime di queste situazioni possono andare incontro a serie carenze nutrizionali. Esistono evidenze scientifiche che collegano la carenza di macronutrienti a comportamenti disfunzionali e disturbi mentali, mentre una dieta equilibrata può avere effetti benefici sul benessere psicofisico, sulle relazioni sociali e sull'adattamento alla vita detentiva.

A tutto ciò si aggiunge una diffusa sedentarietà. L'attività fisica, che potrebbe apportare numerosi benefici, dalla prevenzione delle malattie cardiovascolari all'osteoporosi, dal diabete all'obesità, è spesso ostacolata da fattori strutturali e organizzativi: sovraffollamento, carenza di personale, esigenze di sicurezza. Un possibile indicatore del livello di inattività è rappresentato dal numero di ore trascorse quotidianamente in cella, anche se tale dato riflette più le regole dell'istituto che le scelte personali della popolazione detenuta. In alcune regioni italiane, si rileva una media di 16,5 ore al giorno per gli uomini e 13,2 ore per le donne passate in cella.

Il tabacco rappresenta la sostanza psicoattiva più diffusamente utilizzata all'interno delle carceri, con una percentuale di consumo che varia dal 64% al 90% dei detenuti. Oltre alla sua funzione come strumento per gestire stress e noia, il fumo assume anche un ruolo sociale: è spesso usato come merce di

[9] WHO, Prison and Health

scambio e rappresenta un elemento d'integrazione nella cultura carceraria. Nei penitenziari italiani, il 71% dei detenuti fuma, con una media giornaliera di 18,6 sigarette, a fronte del 22% della popolazione adulta libera, che fuma in media 12,7 sigarette al giorno. È importante considerare che nella popolazione generale il consumo di tabacco è influenzato anche dalle restrizioni vigenti nei luoghi pubblici. Non si rilevano differenze significative tra uomini e donne detenuti rispetto al fumo [10].

L'alcol costituisce un ulteriore rilevante fattore di rischio. Secondo una revisione sistematica a livello internazionale, tra il 10% e il 24% delle donne e tra il 18% e il 30% degli uomini in carcere presentano comportamenti di abuso alcolico. La relazione tra alcol e crimine si può articolare in tre forme: una correlazione diretta, come nel caso di incidenti causati dalla guida in stato di ebbrezza; un ruolo di fattore aggravante, ad esempio nelle risse in cui l'alcol riduce l'autocontrollo; e una semplice coesistenza, senza un legame causale diretto.

Anche la distribuzione delle patologie nelle carceri presenta caratteristiche peculiari.
A livello globale, la prevalenza dell'HIV tra i detenuti è 50 volte superiore rispetto alla popolazione libera. Per quanto riguarda l'HCV (epatite C), la prevalenza all'interno delle carceri si attesta attorno al 25%, contro il 2% a livello europeo [11].
Questi dati si spiegano in parte con la maggiore vulnerabilità dei detenuti, spesso provenienti da contesti sociali ad alto rischio, e in parte con le condizioni ambientali sfavorevoli delle strutture penitenziarie: sovraffollamento, scarsa ventilazione e illuminazione, temperature estreme, condizioni igieniche precarie e criteri di segregazione basati sul reato e non sul rischio sanitario.

[10] Bazzerla G. et al. La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico, Collana dei documenti Ars
[11] HRI, HIV, HCV and harm reduction in prisons, Londra

È importante sottolineare che i disturbi mentali sono fortemente influenzati dalla dipendenza da sostanze e alcol, più diffusa nei reparti maschili, mentre tra le donne è maggiormente presente il disturbo da stress post-traumatico come reazione alla detenzione. Esistono diverse teorie sul rapporto tra salute mentale e detenzione: secondo alcuni, uno stato mentale compromesso precede e può contribuire al crimine; secondo altri, è la vita carceraria a esacerbare condizioni psichiche preesistenti; altri ancora considerano il carcere come uno spazio in cui si concentrano individui già vulnerabili. In ogni caso, i diversi aspetti della salute interagiscono tra loro: ad esempio, uno studio ha evidenziato come i disturbi mentali possano aumentare il rischio di contrarre infezioni, a causa di comportamenti a rischio e condizioni di vita precarie, mentre alcune terapie, come l'interferone per il trattamento dell'epatite virale, possono a loro volta indurre sintomi psichiatrici.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) identifica le donne detenute come un gruppo particolarmente vulnerabile, sottolineando la necessità di servizi sanitari che siano *gender-responsive*, ovvero capaci di riconoscere e rispettare le esperienze specifiche, le disuguaglianze vissute e i bisogni di salute, fisici e mentali, legati all'identità o all'espressione di genere, e alla loro interazione con altri determinanti del benessere. Tra le donne detenute si osserva un rischio più elevato di infezione da HIV, HCV e altre infezioni sessualmente trasmissibili (IST) come clamidia, gonorrea e sifilide. Se non adeguatamente trattate, queste infezioni possono causare complicazioni gravi come infiammazioni pelviche, gravidanze ectopiche e infertilità. Il maggior rischio di contrarre queste infezioni è legato anche alla maggiore incidenza della prostituzione come mezzo di sussistenza nei contesti socioeconomici da cui molte detenute provengono. Particolarmente rilevante è anche la diffusione del Papilloma virus (HPV), strettamente associato allo sviluppo del tumore della cervice uterina.
Per tutte queste ragioni, in caso di gravidanza, le detenute sono considerate una categoria ad alto rischio ostetrico.

Secondo Capitolo - Background e Contesto

2.1 Le Condizioni della Struttura Carceraria

La Casa Circondariale Rocco D'Amato di Bologna [12] nasce nel 1985 e consta di una sezione semiliberi, una sezione femminile separata da quella maschile, una sezione giudiziaria ed infine una sezione penale. In modo particolare il reparto femminile si compone di due sezioni (A e B, dedicate alle detenute con pene definitive e giudiziarie), insieme alla sezione "Nido" e all'articolazione per la salute mentale.

Il termine "Casa Circondariale" indica la struttura nella quale vengono detenute le persone in attesa di giudizio o quelle condannate a pene inferiori a cinque anni. In molte Case Circondariali è presente una "Sezione Penale", per ospitare detenuti con sentenze più lunghe. La struttura di Bologna conta un totale di 785 detenuti al giorno 19 agosto 2025 tra popolazione maschile e femminile.

L'Associazione Antigone propone una dettagliata analisi della struttura [13] in una visita concretamente effettuata da operatori specializzati in data 22 aprile 2024, dove viene esposto che "*La struttura appare in generale in cattive condizioni, pur a fronte di alcuni lavori di rifacimento e di manutenzione che hanno interessato dapprima alcune sezioni del settore giudiziario colpite dalle rivolte e più di recente i locali dedicati all'Infermeria. In tutte le sezioni si riscontrano, infatti, problematiche diffuse di muffa, muri scrostati, finestre non isolate e, sebbene siano stati da poco effettuati interventi di manutenzione della caldaia, al momento della visita in tutto il reparto maschile mancava l'acqua calda. Si confermano le consuete problematiche legate alla presenza di scarafaggi. Si conferma buona l'offerta trattamentale, sia per quanto riguarda il lavoro che i corsi scolastici e le attività ricreative e culturali*." Antigone continua "*Le celle appaiono generalmente in cattive condizioni e particolarmente insalubri a fronte di diffusi problemi di umidità. Il mobilio presente è piuttosto vetusto e le finestre non appaiono adeguate per isolare dal freddo a fronte di spifferi diffusi e dell'acqua piovana.*

[12] Ministero della Giustizia
[13] Analisi dell'Associazione Antigone della Casa Circondariale Rocco D'Amato di Bologna

Lo spazio dedicato al bagno appare di dimensione insufficiente."

Sono presenti anche alcuni spazi comuni, tra cui una sala cinema, un'area pedagogica, tre palestre e tre biblioteche, una per ogni reparto.
"*Le salette della socialità presenti ai piani sono piuttosto spoglie e mal tenute. In alcuni casi è presente un biliardino, in altri esclusivamente tavoli e qualche sedia. In alcuni casi vengono utilizzati come stenditoi. Ultimamente, in alcune sezioni le sale per la socialità sono state utilizzate dalle persone di fede musulmana come zone per la preghiera*."

All'interno della struttura vi è un settore dedicato alla Sanità, Antigone spiega che è presente un medico attivo 24 ore su 24 con specialisti infettivologi, cardiologi, pneumologi, oculisti e dentisti che entrano regolarmente in Istituto.
"*Sono 20 i medici presenti. Tra questi si contano il dirigente medico - presente 30 ore a settimana - e il responsabile presente 6 ore a settimana. In merito agli specialisti si segnala che fanno ingresso ginecologa, ostetrica, fisioterapista, otorino, ecografista. Il dermatologo è in arrivo così come il diabetologo*."

All'interno della popolazione carceraria sono presenti 54 tossicodipendenti in trattamento, ma nell'organizzazione della struttura non è prevista una sezione a loro dedicata. "*In relazione alle persone tossicodipendenti in trattamento si segnala che 49 assumono metadone e 9 buprenorfina (questa terapia viene assunta tramite film sublinguale e tale pratica riduce il rischio di scambio di farmaci e sostanze tra detenuti). Sono 309 gli uomini che si sono dichiarati tossicodipendenti (138 italiani e 171 stranieri) e 22 le donne (17 italiane e 5 straniere). La somministrazione di buprenorfina è rivolta alle persone abusanti di eroina qualora già in carico al Sert; alle persone detenute che non sono già in carico al Sert al momento dell'ingresso viene invece somministrato il metadone. L'equipe del Sert interno è in sotto organico. Ne fanno parte due medici psichiatri per tre giorni a settimana, uno psicologo a tempo pieno, il quale segue anche i*

percorsi di misura alternativa al fine di assicurare la continuità dei percorsi avviati sul territorio, due psicologi dedicati ai pazienti certificati, due assistenti sociali."

Antigone dedica poi un breve paragrafo sul settore femminile della Casa Circondariale: "*L'istituto si compone di due reparti maschili (uno penale e uno giudiziario) e un reparto femminile, collocato in un edificio separato. Al momento della visita, l'istituto ospitava complessivamente 738 persone, di cui 78 donne. Il reparto femminile si trova all'interno di un edificio a sé, separato dalle sezioni maschili. L'edificio destinato al femminile è a sua volta diviso in quattro sezioni: braccio A, nel quale si trovano le detenute definitive; braccio B, per le detenute in custodia cautelare; sezione nido, ove al momento della visita vi erano due donne con due bambini di pochi mesi entrate da qualche giorno e, ci viene riferito, in attesa della disponibilità di braccialetto elettronico. La sezione femminile della Casa Circondariale di Bologna è l'unica in Regione ad avere uno spazio effettivamente impiegato per ospitare le detenute madri con figli al seguito. La sezione nido è stata inaugurata nel mese di luglio 2021 ed è dunque di recente ristrutturazione. Le tre celle che la compongono sono adiacenti all'Articolazione per la salute mentale. È uno spazio che appare accogliente, con le pareti dipinte di lilla e degli spazi per poter cucinare e preparare i pasti per i propri figli. Il passeggio è grande e verde e il muro di cinta è colorato. L'arredamento è nuovo e adatto ai bambini. Inoltre, ci viene riferito che fino a qualche tempo prima della visita vi erano dei volontari del Telefono Azzurro che venivano a far giocare i bambini in istituto. Sono presenti delle sale per i colloqui con i bambini ma al momento della visita non erano utilizzati (pur essendoci bambini in visita). Esiste poi la sezione "Girasole", che ospita l'Articolazione per la salute mentale, con 5 posti totali (due celle doppie e una singola) e 3 occupati. L'ATSM femminile era stata chiusa anche a seguito di un appello del Garante, ma è stata riaperta dopo dei lavori di ristrutturazione. Sono inoltre presenti due celle singole per le nuove giunte tra le due sezioni A e B, dove vengono effettuati gli screening anti TBC. Le celle della sezione femminile sono piccole ma pulite e in buono stato, tutte*

doppie tranne una singola che veniva usata per l'isolamento disciplinare ma attualmente è dedicata all'isolamento Covid-19. Ogni cella è dotata di un bagno con doccia e bidet. Nel braccio A gli orari di apertura sono dalle 9 alle 20 salva mezz'ora di chiusura all'ora della distribuzione del vitto, nel braccio B dalle 9 alle 18 (salva mezz'ora di chiusura per la distribuzione del vitto). Gli spazi delle sezioni detentive appaiono tendenzialmente maggiormente curati e in migliori condizioni."

Nella porzione destinata alle detenute femminili vi sono un servizio di ginecologia ed un servizio di ostetricia con anche un percorso di accompagnamento alla contraccezione.

Sono previste occasioni di incontro tra popolazione maschile e femminile durante le attività legate al Coro Papageno o talvolta in caso di eventi o spettacoli teatrali.

2.2 Il Contesto Carcerario

Avendo dipinto a grandi linee come appare la struttura nei suoi spazi organizzativi e nelle sue condizioni apparenti, si può immaginare come l'aspetto dei locali, spesso trasandati, spogli e poco curati, rispecchi in parte anche il clima relazionale e psicologico che si respira nei corridoi della Casa Circondariale e nelle persone che la abitano. Immergersi dentro il perimetro tracciato dalle mura che confinano il regime detentivo-penitenziario con il mondo libero, significa confrontarsi con una realtà complessa, abitata da persone che vivono condizioni di forte vulnerabilità, isolamento e disconnessione sociale. Questo contesto appare segnato, in diversi casi, da sentimenti di frustrazione e disagio, accentuati da alcune criticità strutturali e gestionali, come: condizioni igieniche spesso non ottimali, abitudini alimentari standardizzate, sedentarietà, temperature poco mitigate dei climi rigidi invernali e afosi estivi.

Un indicatore significativo di questo malessere diffuso è rappresentato dagli episodi di protesta registrati, come quelli avvenuti nei mesi estivi dell'anno 2024, che hanno temporaneamente impedito l'accesso in carcere ad utenti esterni.

Da anni si registrano nella Casa Circondariale eventi critici di cui hanno dato conto anche le cronache locali, come incendi di celle e materassi, aggressioni tra detenuti, aggressioni ai danni del personale, scioperi della fame, episodi di autolesionismo, suicidio e tentato suicidio.

Questo quadro suggerisce la presenza di un disagio profondo, che interroga la capacità dell'istituzione di rispondere pienamente alla propria funzione costituzionale, ovvero quella della rieducazione e del reinserimento sociale delle persone detenute.

In questo senso, l'ambiente detentivo, così come è stato descritto anche da realtà attive nel monitoraggio del sistema penitenziario, tra cui l'Associazione Antigone, sembra rappresentare le difficoltà strutturali e sistemiche dell'intero assetto carcerario italiano.

In diversi casi la privazione della libertà personale rischia di tradursi in una più ampia negazione della dignità, dell'ascolto e dell'attenzione ai bisogni individuali, sia materiali che relazionali. Il disagio psico-fisico delle persone detenute appare spesso sottovalutato, se non aggravato da un contesto che fatica a garantire condizioni adeguate di vita e di supporto.

Riflessioni come queste evidenziano la necessità di una presa di coscienza collettiva e pongono l'accento sull'urgenza di interventi strutturali e riabilitativi che siano realmente efficaci. Solo attraverso un impegno condiviso sarà possibile restituire al carcere il suo ruolo costituzionale di luogo di giustizia, inclusione e opportunità di cambiamento.

2.3 La Salute Perineale in Carcere

La salute del pavimento pelvico rappresenta un pilastro fondamentale del benessere globale della donna, incidendo profondamente sul piano fisico, psicologico e sessuale.

Il pavimento pelvico è costituito da un complesso insieme di muscoli, legamenti e tessuti connettivi che sostengono gli organi pelvici (vescica, utero, vagina e retto) e giocano un ruolo cruciale nella continenza urinaria e fecale, nella funzione

sessuale e nei processi legati alla gravidanza e al parto. Un'alterazione di queste strutture può determinare condizioni patologiche spesso invalidanti, come l'incontinenza urinaria o fecale, i prolassi degli organi pelvici, il dolore pelvico cronico e le disfunzioni sessuali.

Il perineo, cioè l'insieme delle parti molli, coperte dalla cute, che si dispongono a chiudere inferiormente il bacino, è situato in posizione mediana tra la radice delle cosce e ha una forma di losanga a maggior asse anteroposteriore. Una linea trasversale passante per le tuberosità ischiatiche suddivide il perineo in due superfici triangolari: la regione (triangolo) urogenitale (perineo anteriore), caratterizzata dalla presenza dei genitali esterni e attraversata nella femmina dall'uretra e dalla vagina, e la regione anale (o perineo posteriore), nella quale è situato l'ano. Dal punto di vista muscolare, il perineo femminile comprende muscoli superficiali come il muscolo ischiocavernoso, bulbospongioso e trasverso superficiale del perineo, situati nella regione urogenitale. Comprende però anche muscoli profondi come il muscolo sfintere esterno dell'uretra, compressore dell'uretra e sfintere uretrovaginale, che fanno parte del diaframma urogenitale, una lamina muscoloaponeurotica che contribuisce a sostenere la pelvi. Nella regione anale troviamo il muscolo sfintere esterno dell'ano, fondamentale per il controllo della continenza fecale. Una struttura centrale e strategica è caratterizzata poi dal centro tendineo del perineo (o corpo perineale), un punto di convergenza fibroso a cui si ancorano sei strutture muscolari e connettivali, tra cui il bulbospongioso, lo sfintere esterno dell'ano e il muscolo elevatore dell'ano. Questo centro svolge un ruolo essenziale nel mantenimento del tono e del sostegno degli organi pelvici, circonda l'orifizio vaginale e, contraendosi, restringe la rima vulvare. Il muscolo ischiocavernoso invece, innervato dal nervo pudendo, contribuisce all'erezione del clitoride. Mentre il muscolo trasverso superficiale del perineo stabilizza il centro tendineo, agendo sulla tenuta del perineo. La posizione superficiale della muscolatura perineale rispetto al piano cutaneo consente di utilizzarla per la valutazione del pavimento pelvico, laddove la muscolatura più

profonda non sia valutabile con le manovre endocavitarie e, in alcuni casi, per il trattamento cinesiterapico e con elettrostimolazione funzionale. [14]

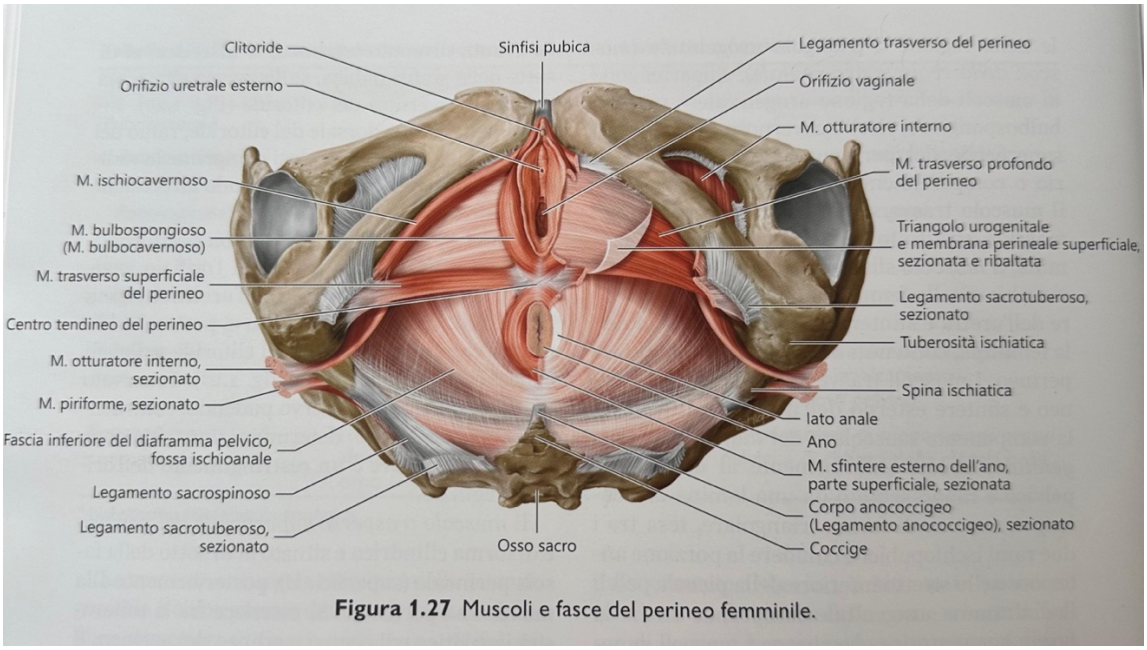


Figura 1.27 Muscoli e fasce del perineo femminile.

Nonostante la sua rilevanza clinica e sociale, la salute perineale continua a ricevere una scarsa attenzione nei programmi di prevenzione e assistenza, soprattutto nei contesti di marginalità e fragilità, come quello della detenzione femminile. Le donne detenute costituiscono una popolazione particolarmente vulnerabile dal punto di vista sanitario: il loro stato di salute è spesso maggiormente compromesso già prima dell'ingresso in carcere, e nella maggior parte dei casi, il loro vissuto è segnato da storie di esclusione sociale, violenza fisica e sessuale, gravidanze precoci o non assistite, uso di sostanze, prostituzione, e accesso discontinuo o nullo ai servizi di salute pubblica. Questi fattori espongono le detenute a un rischio significativamente più elevato di sviluppare disfunzioni del pavimento pelvico rispetto alla popolazione generale. Per questo il sistema penitenziario ha il dovere non solo di garantire cure

[14] Giraudo D, Lamberti G. Incontinenza urinaria femminile – Manuale per la riabilitazione – Seconda Edizione. Milano: Edi.Ermes; marzo 2021

adeguate, ma di offrire condizioni di vita ambientali e relazionali che rispettino la dignità e favoriscano la salute. [15]

Il contesto carcerario, invece, può non solo aggravare condizioni preesistenti, ma anche costituire esso stesso un fattore predisponente. L'impossibilità di mantenere un'igiene intima adeguata, le condizioni ambientali spesso degradate (bagni condivisi, carenza di acqua calda, scarsità di prodotti per l'igiene o uso di prodotti dannosi), l'assenza di privacy e la limitazione dell'attività fisica sono elementi che concorrono a compromettere la salute uro-ginecologica della donna. Anche le posizioni obbligate e la sedentarietà forzata tipiche della vita detentiva possono favorire l'indebolimento della muscolatura pelvica, aggravando situazioni di incontinenza o prolasso.

In molti istituti penitenziari italiani, tra cui la Casa Circondariale Rocco D'Amato di Bologna, mancano servizi ginecologici continuativi e ambulatori specializzati in riabilitazione del pavimento pelvico. La presenza di personale sanitario con formazione specifica in questo ambito è spesso assente o sporadica. A ciò si aggiungono barriere culturali e psicologiche significative: la scarsa conoscenza del proprio corpo e della funzionalità del pavimento pelvico, unita a un diffuso senso di vergogna, paura del giudizio o sfiducia nei confronti del personale sanitario, porta molte detenute a non riferire sintomi anche quando invalidanti.

La salute perineale viene frequentemente sottovalutata, sia dalle donne che dagli operatori stessi, e ciò porta a una mancata diagnosi e trattamento di condizioni che potrebbero essere gestite efficacemente attraverso percorsi riabilitativi, terapie conservative o chirurgiche. Le donne, in carcere, tendono spesso a interiorizzare la sofferenza come parte inevitabile della loro condizione, anche quando questa compromette pesantemente la qualità della vita.

[15] La Salute dentro le mura – Comitato Nazionale per la Bioetica

Un altro elemento critico è rappresentato dalla quasi totale assenza di percorsi educativi e informativi all'interno degli istituti, volti a promuovere la conoscenza del pavimento pelvico e delle strategie per preservarne la funzionalità. L'educazione sanitaria in carcere, in particolare in ambito femminile, dovrebbe invece rappresentare un'opportunità concreta di empowerment e consapevolezza, contribuendo non solo alla prevenzione delle patologie, ma anche al recupero dell'autostima e della dignità personale.

La salute del pavimento pelvico in carcere è quindi una questione sanitaria ancora largamente invisibile, ma al contempo urgente e complessa. Affrontarla richiede un cambiamento culturale e organizzativo: dalla formazione specifica degli operatori sanitari e penitenziari, alla predisposizione di servizi ginecologici stabili, fino all'inclusione della salute perineale nei programmi di promozione del benessere e dei diritti delle donne detenute. Garantire un'adeguata attenzione a questi aspetti significa riconoscere, anche in un contesto limitante come quello carcerario, il diritto alla salute nella sua accezione più ampia, inclusiva e dignitosa.

2.4 La Riabilitazione del pavimento pelvico a livello internazionale

Negli ultimi decenni, la riabilitazione del pavimento pelvico ha assunto un ruolo sempre più centrale nella promozione della salute femminile a livello globale. Condizioni quali l'incontinenza urinaria e fecale, il prolasso degli organi pelvici, la disfunzione sessuale e il dolore pelvico cronico colpiscono milioni di donne in tutto il mondo, influenzando negativamente non solo la qualità della vita, ma anche la salute mentale, la sfera affettiva e le relazioni sociali [16].

[16] PubMed - Augustina SJ, Suganthirababu P, Rajagopal V, Kumaresan A, Srinivasan V, Ramana K, Kamalakannan M, Alagesan J, Prathap L. Pelvic floor dysfunction and its impact on quality of life among female health care employees

Queste problematiche, una volta considerate inevitabili conseguenze dell'età o della maternità, sono oggi riconosciute come condizioni trattabili, spesso prevenibili, e che richiedono un approccio clinico mirato. In risposta a tali bisogni, molti paesi hanno sviluppato modelli di riabilitazione perineale basati su approcci interdisciplinari, che coinvolgono ostetriche, fisioterapisti specializzati, ginecologi, urologi, psicologi e altre figure professionali della salute [17].

Organizzazioni di riferimento come la *International Continence Society* (ICS) e la *World Health Organization* (WHO) sottolineano la necessità di privilegiare, soprattutto nei casi lievi e moderati, interventi conservativi come prima linea di trattamento per le disfunzioni pelviche [18]. Tali interventi hanno il vantaggio di essere poco invasivi, relativamente economici e spesso efficaci se si costruiscono percorsi adattati e personalizzati sul singolo caso. Tra le strategie evidence-based più comunemente adottate si includono quindi:

- Esercizi di Kegel: contrazioni volontarie dei muscoli del pavimento pelvico per migliorarne il tono e la funzione [19] ;
- Biofeedback: utilizzo di dispositivi per monitorare e migliorare la consapevolezza e il controllo della muscolatura perineale [20] ;
- Stimolazione elettrica funzionale (FES): tecnica che prevede l'applicazione di impulsi elettrici per attivare i muscoli perineali nei casi di ipotonia o debolezza neuromuscolare;
- Terapia comportamentale e modifiche dello stile di vita: gestione dell'alimentazione, del peso corporeo, dell'attività fisica e delle abitudini evacuative;

[17] International Continence Society. Incontinence 6th Edition [Internet]. Bristol: International Continence Society; 2017
[18] WHO (2021). Guidelines on maternal and perinatal health. World Health Organization.
[19] PubMed - Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev
[20] Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn.

- Educazione terapeutica e counselling psicologico, utili per migliorare la compliance, ridurre lo stigma e affrontare il disagio associato ai sintomi.

In molti paesi europei e anglosassoni, la riabilitazione perineale è ormai parte integrante dei percorsi assistenziali legati al post-partum, alla menopausa e alla salute uroginecologica in generale.

La Francia rappresenta uno dei modelli più avanzati. Il sistema sanitario francese (*Assurance Maladie*) garantisce alle donne fino a dieci sedute rimborsate di riabilitazione del pavimento pelvico dopo il parto, generalmente erogate da ostetriche specializzate. Questo modello ha dimostrato efficacia sia nella prevenzione primaria che nel trattamento precoce delle disfunzioni post-gravidanza [21].

Nel Regno Unito il *National Health Service* (NHS) riconosce la figura del "pelvic health physiotherapist", fisioterapista specializzato nella salute pelvica. Gli ambulatori territoriali garantiscono accesso a percorsi riabilitativi integrati tra livello ospedaliero e comunitario, in particolare per le donne in gravidanza o in menopausa [22].

Negli Stati Uniti, sebbene il sistema sanitario sia prevalentemente privatizzato, l'interesse verso la salute pelvica è in costante crescita. Organizzazioni come la *American Physical Therapy Association* (APTA) e campagne di sensibilizzazione condotte da enti no-profit, come la *National Association for Continence*, hanno migliorato l'accesso e la conoscenza della riabilitazione perineale [23].

I Paesi nordici (Norvegia, Svezia, Finlandia) invece adottano un modello di prevenzione basato sul "life-course approach", che promuove il benessere pelvico in ogni fase della vita femminile. L'assistenza è garantita attraverso una rete di

[21] Ministère des Solidarités et de la Santé (2020). Rééducation périnéale postnatale.
[22] NHS England. Implementation guidance: Perinatal Pelvic Health Services
[23] APTA (2021). Pelvic Health Physical Therapy: Understanding Access and Benefits. American Physical Therapy Association.

professionisti altamente formati e servizi pubblici capillari, inclusi programmi educativi nelle scuole e consultori [24] .

Nei paesi a basso e medio reddito, l'accesso alla riabilitazione del pavimento pelvico è ancora estremamente limitato. Le priorità sanitarie sono spesso concentrate su problematiche più gravi e immediate inerenti la vita della donna, come la mortalità materna, le infezioni ostetriche o la malnutrizione infantile. Le disfunzioni pelviche, seppur diffuse, vengono frequentemente percepite come eventi fisiologici nel post-partum e raramente trattate come patologie.
Tuttavia, in contesti rurali o svantaggiati, alcune ONG e agenzie internazionali, come UNFPA e FIGO, stanno progressivamente includendo l'educazione pelvica nei corsi pre e postnatali, promuovendo pratiche preventive di base anche in assenza di strutture specializzate [25] .

2.5 La Riabilitazione Perineale sul Territorio

La Regione Emilia-Romagna rappresenta un modello di riferimento a livello nazionale per l'organizzazione efficiente, capillare e integrata del Servizio Sanitario Regionale (SSR), che garantisce un accesso equo e strutturato alle cure, incluse quelle legate alla salute pelvica e alla riabilitazione del pavimento perineale. Il SSR costituisce l'articolazione territoriale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed è gestito autonomamente da ciascuna Regione italiana. Attraverso una rete di ospedali, ambulatori, consultori e servizi territoriali, questo assicura l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul territorio.
Uno degli elementi distintivi del sistema emiliano-romagnolo è l'integrazione tra ospedali, consultori familiari e assistenza territoriale, in linea con i principi di continuità assistenziale e presa in carico globale della persona [26] . Tali principi

[24] WHO Europe (2022). Life-course approach to women's health: good practices from Nordic countries. World Health Organization Regional Office for Europe.
[25] UNFPA (2023). Integrating pelvic floor education into maternal health services: A toolkit for low-resource settings. United Nations Population Fund.
[26] Regione Emilia-Romagna (2023a). Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025. https://salute.regione.emilia-romagna.it

trovano particolare applicazione nella promozione della salute femminile, supportando la donna nelle diverse fasi della sua vita.

Nel contesto regionale, i servizi dedicati alla riabilitazione del pavimento pelvico si articolano su più livelli, garantendo accessibilità, approccio interdisciplinare e personalizzazione del percorso terapeutico. In ogni distretto sanitario sono presenti consultori familiari che svolgono un ruolo centrale nella promozione della salute femminile, offrendo programmi di prevenzione e trattamento, in particolare nel post-partum, durante la menopausa o in presenza di disfunzioni uroginecologiche [27].

I consultori familiari, istituiti con la Legge 405/1975, sono strutture pubbliche sociosanitarie che offrono servizi gratuiti orientati alla tutela della salute sessuale, riproduttiva e psicologica della donna, della coppia e del bambino. Forniscono inoltre interventi di educazione sanitaria e supporto nei momenti critici della vita familiare.

Accanto ai consultori, un ruolo complementare è svolto dagli ambulatori specialistici ospedalieri, presenti in strutture come IRCCS e Aziende Ospedaliere Universitarie.

Gli IRCCS, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, sono centri pubblici o privati riconosciuti dal Ministero della Salute per l'eccellenza nella ricerca e nella specializzazione clinica, che uniscono assistenza clinica e attività di ricerca biomedica. Le Aziende Ospedaliere Universitarie, invece, integrano assistenza, didattica e ricerca, costituendo un punto di riferimento per la formazione di medici, ostetriche e fisioterapisti. In questi contesti è garantita la presa in carico multidisciplinare dei casi più complessi, grazie alla collaborazione tra ginecologi, urologi, fisioterapisti e psicologi.

A completamento dell'offerta sono attivi servizi di fisioterapia territoriale specificamente dedicati alla riabilitazione perineale. Le AUSL di Bologna, Reggio

[27] Regione Emilia-Romagna (2022). Linee di indirizzo per la riabilitazione del pavimento pelvico nella donna. https://salute.regione.emilia-romagna.it

Emilia, Modena, Parma e Ferrara hanno sviluppato ambulatori specialistici gestiti da fisioterapisti con formazione avanzata in ambito uroginecologico [28].
In alcuni distretti sono stati avviati modelli sinergici che prevedono l'integrazione tra ostetriche e fisioterapisti, i quali collaborano nella valutazione e nel trattamento delle disfunzioni pelviche. Tali modelli trovano una collocazione privilegiata all'interno dei
Percorsi Nascita, che includono servizi sanitari erogati durante gravidanza, parto e puerperio. Tra questi rientrano i controlli clinici, l'assistenza ostetrica, i corsi di accompagnamento alla nascita e il supporto post-partum.

La Regione Emilia-Romagna ha inoltre implementato specifici Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le principali disfunzioni del pavimento pelvico, quali l'incontinenza urinaria femminile, il dolore pelvico cronico, la riabilitazione post-partum, il prolasso degli organi pelvici e le disfunzioni sessuali femminili [29]. I PDTA rappresentano strumenti organizzativi multidisciplinari che definiscono in modo condiviso le fasi della presa in carico dell'utente, con l'obiettivo di garantire uniformità, continuità e qualità dell'assistenza. In questo ambito, il percorso terapeutico prevede una valutazione iniziale da parte di professionisti qualificati, come ostetriche, ginecologi o fisioterapisti, seguita da un programma riabilitativo personalizzato che può includere esercizi perineali specifici come gli esercizi di Kegel, il biofeedback, l'elettrostimolazione funzionale (FES), tecniche manuali, educazione comportamentale e counselling [30].

L'efficacia di questo modello è testimoniata da diversi progetti attivi nelle Aziende Sanitarie della Regione. L'AUSL di Bologna, ad esempio, offre servizi di

[28] AUSL di Bologna (2024). Servizi territoriali di riabilitazione del pavimento pelvico
[29] Regione Emilia-Romagna (2023b). PDTA - Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali in ambito ginecologico.
[30] Ministero della Salute (2021). Linee guida sulla gestione dell'incontinenza urinaria e fecale nella donna.

riabilitazione pelvica in varie sedi territoriali, con percorsi personalizzati post-partum erogati sia in modalità individuale che di gruppo. Le attività sono gestite da ostetriche e fisioterapiste specializzate. L'AUSL di Modena ha sviluppato il progetto *Mamme in forma*, che prevede un intervento precoce per le puerpere con sintomi di disfunzione pelvica, integrando anche tecnologie di telemonitoraggio domiciliare degli esercizi [31].

Nell'AUSL della Romagna, nei distretti di Ravenna e Forlì-Cesena, è attivo un ambulatorio integrato ostetrico-fisioterapico rivolto a donne con prolasso, incontinenza o dolore pelvico cronico. L'accesso ai servizi avviene su invio medico o specialistico [32].

Un ulteriore elemento strategico per la diffusione e la qualità dell'approccio riabilitativo è rappresentato dalla formazione continua del personale sanitario. La Regione promuove infatti corsi ECM (Educazione Continua in Medicina) specifici sulla riabilitazione perineale e sulla salute pelvica. Tali programmi formativi, obbligatori per i professionisti sanitari italiani, sono finalizzati all'aggiornamento costante delle competenze scientifiche, tecniche ed etiche. Inoltre, numerose Aziende Sanitarie regionali collaborano con le Università di Bologna, Modena-Reggio Emilia e Parma per la formazione pratica degli studenti dei corsi di laurea in Ostetricia e Fisioterapia. Infine, diversi IRCCS dell'Emilia-Romagna partecipano attivamente a progetti di ricerca clinica in ambito uroginecologico e riabilitativo, contribuendo all'evoluzione delle pratiche basate su evidenze scientifiche.

In conclusione, l'esperienza della Regione Emilia-Romagna rappresenta quindi un modello virtuoso di integrazione tra prevenzione, cura e riabilitazione in ambito uroginecologico, con un'attenzione particolare alla salute pelvica della donna in tutte le fasi della vita.

[31] AUSL Modena (2023). Progetto "Mamme in forma" – Percorsi post-partum.
[32] AUSL Romagna (2023). Ambulatorio integrato per disfunzioni pelviche.

2.6 Il Ruolo dei Consultori - Il Consultorio Roncati

I consultori familiari rappresentano un presidio essenziale per la tutela della salute della donna, della coppia e del bambino, con un approccio integrato che unisce prevenzione, educazione sanitaria e continuità assistenziale. Introdotti in Italia con la Legge n. 405 del 29 luglio 1975, i consultori sono stati concepiti per promuovere la salute riproduttiva e affettiva e, nel tempo, hanno ampliato le proprie funzioni, includendo la prevenzione e la gestione delle disfunzioni del pavimento pelvico [33].

In Emilia-Romagna, i consultori sono parte integrante del Dipartimento di Cure Primarie delle Aziende USL e sono diffusi in modo capillare su tutto il territorio. Offrono accesso diretto, servizi gratuiti e sono gestiti da équipe multidisciplinari composte da ostetriche, ginecologi, psicologi, assistenti sociali, infermieri e, in alcuni distretti, anche da fisioterapisti [34]. Questa struttura organizzativa consente una presa in carico precoce, personalizzata e centrata sulla persona, in particolare nelle fasi delicate della vita della donna come il post-partum e la menopausa.

Nel tempo, i consultori della Regione Emilia-Romagna hanno progressivamente sviluppato servizi specificamente dedicati alla salute del pavimento pelvico. Tra le principali prestazioni offerte si possono citare la valutazione ostetrica della funzionalità del pavimento pelvico, l'educazione alla consapevolezza corporea e perineale, gli esercizi preventivi e riabilitativi, come esercizi di Kegel, lavoro sulla postura e sul respiro, il counselling individuale su temi quali igiene, sessualità, incontinenza e l'invio mirato a fisioterapia specialistica o ad ambulatori ospedalieri dedicati.

---

[33] Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (1975). Legge 29 luglio 1975, n. 405 - Istituzione dei consultori familiari.

[34] Regione Emilia-Romagna. (2023a). Rete consultoriale: offerta di servizi alla persona e alla famiglia.

Questo modello si basa su un approccio multidisciplinare e non medicalizzato, che favorisce un ambiente di ascolto, riservatezza e continuità assistenziale.

All'interno di questo contesto, l'ostetrica consultoriale svolge un ruolo chiave nella promozione e nella tutela della salute pelvica femminile. In Emilia-Romagna molte ostetriche hanno acquisito una formazione specifica nella valutazione e nella riabilitazione del pavimento pelvico, con particolare attenzione alla fase post-partum [35]. Le principali attività dell'ostetrica includono la valutazione della funzionalità perineale mediante test clinici e colloqui, seguita dall'educazione alla corretta esecuzione degli esercizi pelvici, il monitoraggio dei progressi attraverso incontri individuali o attività di gruppo e la promozione della prevenzione, della consapevolezza corporea e del rispetto della salute sessuale.
Grazie alla prossimità alla donna e alla presenza nei momenti di maggiore vulnerabilità, questa figura sanitaria favorisce il riconoscimento di sintomi spesso sottovalutati o taciuti per imbarazzo, come l'incontinenza urinaria, il dolore sessuale o la sensazione di prolasso.

Diverse Aziende Sanitarie della Regione hanno attivato progetti specifici orientati alla prevenzione e alla riabilitazione del pavimento pelvico. L'AUSL di Bologna, per esempio, nei suoi consultori territoriali svolge valutazioni perineali post-partum e percorsi individualizzati di esercizi. Le ostetriche impiegano strumenti di autovalutazione e tecniche di consapevolezza corporea [36] . Nei centri di Modena i percorsi nascita consultoriali includono incontri informativi già in gravidanza sulla salute perineale, che proseguono poi nel puerperio con controlli personalizzati e individuali [37] . Nei distretti di Parma e Reggio Emilia è stato sviluppato un modello

[35] Regione Emilia-Romagna. (2023b). Piano Regionale Prevenzione 2020-2025 - Azioni per la salute della donna.
[36] AUSL Bologna. (2024). Percorsi nascita e salute pelvica nei consultori.
[37] AUSL Modena. (2023). Consultori familiari e prevenzione pelvica.

integrato ostetrico-fisioterapico, che coinvolge consultori, ambulatori ospedalieri e servizi di fisioterapia territoriale.
In alcune zone della Romagna è attivo un progetto pilota di riabilitazione di gruppo condotto da ostetriche, anche in collaborazione con i centri antiviolenza, rivolto a donne con vissuti traumatici e disfunzioni pelviche correlate [38].

Nonostante l'evoluzione positiva del modello, permangono alcune criticità operative. Tra queste si segnalano la disomogeneità territoriale nell'offerta dei servizi, la carenza di ostetriche con formazione specifica in riabilitazione perineale, il limitato accesso a dispositivi tecnologici nei consultori, come biofeedback o elettrostimolatori e l'inadeguatezza di alcuni spazi fisici, che limita le attività di gruppo o le sessioni individuali riservate. Rafforzare i consultori sotto il profilo delle risorse umane, strumentali e formative rappresenta quindi un obiettivo strategico per il futuro. Questi servizi restano, infatti, uno dei principali canali di accesso gratuito e precoce alla prevenzione e alla riabilitazione del pavimento pelvico, con importanti ricadute sulla qualità della vita delle donne, soprattutto in condizioni di fragilità come il post-partum, la menopausa e la detenzione.

Un esempio virtuoso a livello regionale è rappresentato dal Consultorio Roncati di Bologna, situato in Via Sant'Isaia 94/A. Si tratta di una struttura territoriale dell'Azienda USL di Bologna, storicamente impegnata nella tutela della salute sessuale e riproduttiva femminile. Per quanto riguarda la riabilitazione del pavimento pelvico, il consultorio è stato accreditato dalla Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico (FINCOPP) come "centro specializzato" nella diagnosi e trattamento conservativo delle disfunzioni uro-ginecologiche per il triennio 2021–2024 [39].

[38] AUSL Romagna. (2023). Progetto pilota riabilitazione perineale in gruppo.
[39] Fincopp (2024). Centri accreditati per la riabilitazione del pavimento pelvico.

L'équipe multidisciplinare del consultorio comprende professionisti altamente specializzati: la Dr.ssa Roberta Consorte (ginecologa), il Dr. Giuseppe Laria (urologo), le ostetriche Silvia Signani e Marilena Puopolo e l'infermiera Miria Fortunati. Questo assetto consente una presa in carico integrata e globale della donna utente, con particolare attenzione a condizioni come incontinenza urinaria, prolasso pelvico, dolore perineale e disfunzioni post-partum.

Le principali prestazioni offerte includono:

- visite ginecologiche e urologiche specialistiche per la valutazione delle disfunzioni pelviche;
- uroflussometria ed ecografia addomino-pelvica per l'analisi funzionale e morfologica del pavimento pelvico;
- valutazione ostetrica del tono perineale tramite test funzionali e colloqui clinici;
- percorsi di riabilitazione individuale e di gruppo, comprensivi di esercizi perineali, tecniche posturali ed attività di consapevolezza corporea;
- utilizzo di biofeedback ed elettrostimolazione funzionale (FES) per il trattamento di ipotonie muscolari e disfunzioni neuromuscolari.

Tutti gli interventi si basano su protocolli validati e aggiornati secondo le raccomandazioni dell'*International Continence Society* (ICS) e della *Società Italiana di Uroginecologia* (SIUD), che pongono la riabilitazione perineale come prima linea terapeutica nei casi di disfunzione lieve o moderata [40] [41].

Il consultorio è inoltre impegnato in attività di educazione e prevenzione, attraverso incontri tematici durante la gravidanza, nel post-partum e in menopausa, con l'obiettivo di diffondere la cultura della consapevolezza perineale e dell'autocura.

[40] International Continence Society (ICS), 2024. ICS Guidelines and Evidence Summaries.
[41] Società Italiana di Urodinamica e Uroginecologia (SIUD), 2023. Linee guida sul trattamento conservativo delle disfunzioni pelviche.

Terzo Capitolo - Materiali e metodi

3.1 Il Progetto (Obiettivi e Popolazione)

Questo percorso di tesi non si basa unicamente su documentazione teorica riguardante il contesto regionale, nazionale e internazionale, ma trova un fondamento valido anche nell'esperienza diretta maturata durante il tirocinio presso la Casa Circondariale di Bologna. Grazie all'autorizzazione concessami dalla Direzione della struttura, ho potuto accedere regolarmente all'interno dell'istituto per un periodo di circa 18 mesi, vivendo in prima persona la realtà dell'assistenza ostetrica in ambito penitenziario.

Il tema della tesi "*Progetto di fattibilità per l'implementazione di un ambulatorio dedicato alla salute pelvica per le donne in carcere*" è stato sviluppato attraverso un approccio esplorativo e osservazionale. Inizialmente ho analizzato il contesto carcerario con l'obiettivo di comprendere il funzionamento dell'ambulatorio ostetrico già attivato nella struttura. Ho affiancato l'ostetrica Marina Zani, professionista che da circa tre anni gestisce il servizio in questione, partecipando alle sedute ambulatoriali e osservando da vicino le dinamiche che si instaurano tra l'operatrice sanitaria e le detenute.

Questa esperienza mi ha permesso non solo di approfondire le pratiche professionali dell'ostetrica in carcere, ma anche di entrare in contatto con le vicende e i vissuti delle donne che accedevano all'ambulatorio. Alcune di loro, infatti, hanno scelto di condividere storie personali, rendendo ancora più manifesto quanto lo spazio clinico possa trasformarsi in uno spazio di ascolto, cura e umanizzazione.

L'affiancamento all'ostetrica non è stato solo un'occasione di crescita accademica e professionale, ma anche un'esperienza umana rilevante e carica di significato, che mi ha portata a riflettere su come poter costruire proposte realistiche e concretizzabili per riuscire a rispondere ai singoli bisogni della popolazione detenuta femminile, superando le criticità caratteristiche del contesto carcerario.

Successivamente, per arricchire la mia formazione pratica e teorica, ho svolto un periodo di tirocinio osservazionale presso il Consultorio Roncati di Bologna, concentrandomi sulle sedute ambulatoriali volte alla riabilitazione del pavimento pelvico. Questo mi ha dato la possibilità di integrare le competenze apprese durante il tirocinio in carcere con conoscenze mirate sulla salute pelvica, approfondite anche durante il percorso universitario.
L'obiettivo di questa fase è stato quello di valutare la reale possibilità di introdurre, all'interno della Casa Circondariale Rocco D'Amato, un servizio specializzato e strutturato dedicato alla salute pelvica. L'intento è proporre un ampliamento delle attuali attività ostetriche, con un'attenzione particolare alla rieducazione del pavimento pelvico, attraverso un approccio più diretto, accessibile e sostenibile nel tempo per le donne detenute.

3.2 Esperienza di Tirocinio presso il Carcere

Nel mese di febbraio dell'anno 2024 la Dott.ssa Virginia Bertini e la Dott.ssa Dila Parma, Coordinatrici del Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università di Bologna, hanno proposto a noi studentesse un'opportunità di collaborazione a libera adesione riguardo il percorso di studio della tesi finale. L'iniziativa nasceva dalla possibilità di affiancare la Dott.ssa Valentina Ciardelli, professionista da anni attiva nello studio della prevenzione e promozione della salute delle donne detenute che abitano la struttura penitenziaria di Bologna.

A seguito di questa proposta è stato programmato un incontro telematico informativo sull'argomento, durante il quale sono state presentate le diverse attività ostetrico-sociali attualmente in corso presso la Casa Circondariale Rocco D'Amato, o che sarebbero state avviate a seconda dei nostri interessi. In quell'occasione ho maturato l'attenzione per un'area in particolare, ovvero quella riguardante la salute pelvica delle donne detenute, tematica considerevole anche se poco analizzata in contesti di restrizione della libertà. Spinta dalla volontà di indagare questo contenuto, ho preso contatto con l'ostetrica Marina Zani, che da

circa tre anni opera all'interno dell'ambulatorio ostetrico del carcere. Da subito si è dimostrata disponibile a coinvolgermi nel progetto, offrendomi la possibilità di affiancarla nel suo lavoro e nella sua ricerca, per elaborare insieme un percorso osservativo e formativo. Abbiamo così concordato una prima programmazione del prospetto che mi avrebbe consentito nei mesi successivi di entrare gradualmente in connessione con la realtà carceraria. Fin dalle prime fasi è parso innegabile quanto la gestione del tempo rappresentasse un elemento centrale nel percorso, infatti l'accesso ad un ambiente detentivo è regolato da procedure burocratiche complesse che implicano richieste ufficiali, autorizzazioni, tempi tecnici di valutazione e costante coordinamento con la Direzione della struttura.
Il mio inserimento nel contesto si è quindi articolato in modo lento ma progressivo e gli accessi in carcere sono stati organizzati seguendo il calendario dell'ostetrica Zani, che svolge la sua attività ambulatoriale all'interno dell'istituto in giornate prestabilite. Le visite si sono concentrate nelle giornate di lunedì, con una frequenza alternata settimanale, in linea con l'operatività del servizio ostetrico attualmente attivo nella struttura.
Questa fase iniziale ha rappresentato certamente un momento di osservazione e apprendimento, ma anche un'occasione per riuscire a prendere consapevolezza della delicatezza dell'ambiente a me nuovo e delle particolari dinamiche relazionali che lo caratterizzano. La possibilità di entrare in contatto diretto con le donne detenute e con il personale sanitario mi ha permesso di creare, fin da subito, una visione più ampia e realistica del ruolo ostetrico in un contesto singolare e poco rappresentato nella formazione universitaria.

Il primo accesso presso la Casa Circondariale è avvenuto il 17 giugno 2024.
Accompagnata dall'ostetrica Zani, ho percorso i diversi spazi dell'istituto, ricevendo una prima introduzione generale all'organizzazione interna della struttura e alle sue principali aree operative. Una volta giunte all'edificio dedicato alla sezione femminile e raggiunto l'ambulatorio, l'ostetrica mi ha mostrato lo studio ostetrico, evidenziandone le dimensioni ridotte. Nonostante gli spazi

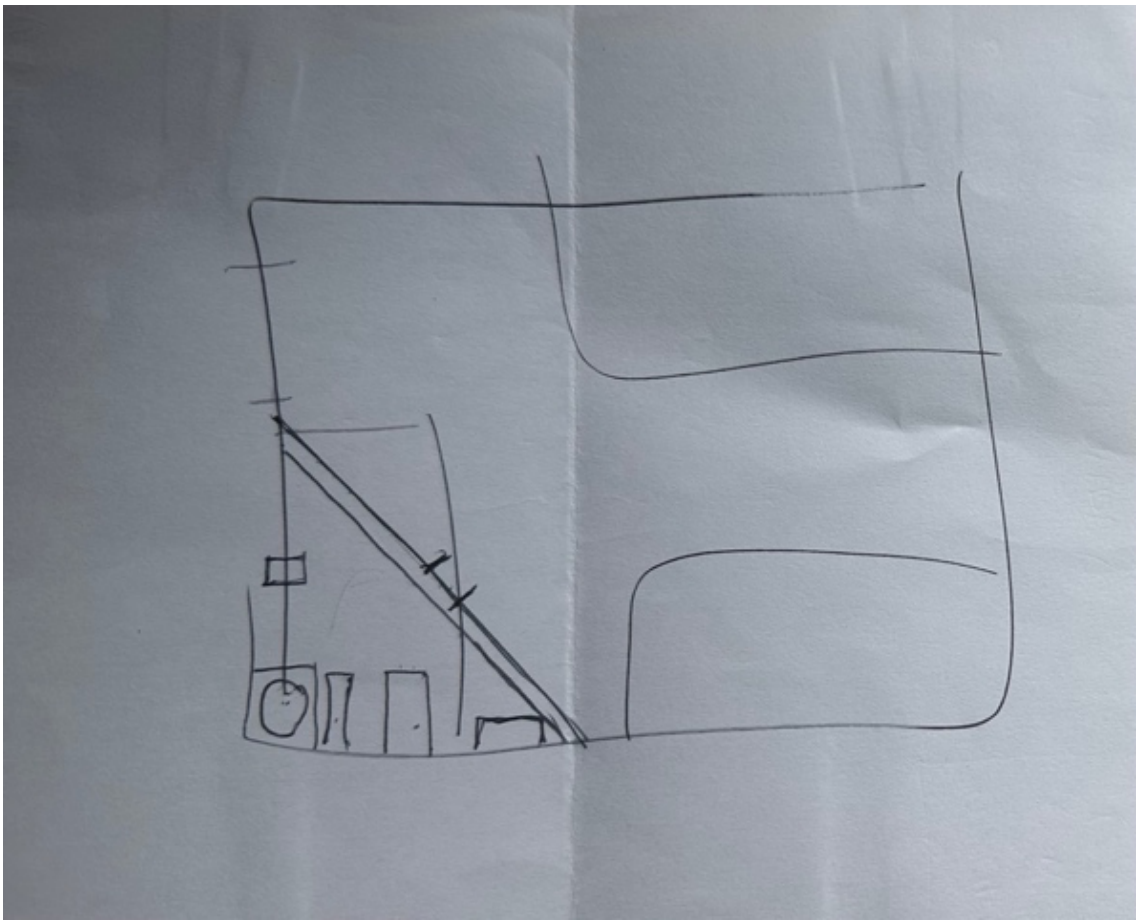
limitati, l'ambiente si presentava ordinato e attrezzato in modo funzionale, per quanto consentito dalle risorse disponibili.

Lo studio è costituito da una scrivania dove si colloca l'ostetrica, una sedia di fronte ad essa a disposizione dell'utente, un grande armadio alla destra del tavolo contenente campioni di farmaci, creme, ovuli e altro materiale inerente alla salute pelvica da fornire alle detenute. L'ambulatorio continua in una stanza comunicante dove vi sono un armadietto con materiale base necessario per i tamponi, prelievi citologici hpv test, pap test e per le sedute ambulatoriali. Vi sono inoltre un lettino ginecologico, una lampada scialitica attualmente non funzionante ed un ecografo. Nei muri dello studio sono appesi alcuni cartelloni anatomici che raffigurano gli organi pelvici maschili e femminili, il bacino umano, gli organi genitali femminili con le innervazioni ad essi relative, informazioni sul periodo mestruale e la contraccezione. Ancora vi è una raffigurazione della corretta alimentazione in gravidanza. Oltre a contenuti educativi ed informativi, nelle pareti dell'ambulatorio sono presenti alcuni disegni realizzati da una detenuta risalenti al mese di febbraio dell'anno 2004, in cui vengono rappresentati paesaggi marittimi con una nave che viaggia sul mare e approda in un'isola sperduta.

Durante la visita, l'ostetrica ha condiviso con me alcune delle principali criticità rilevate nel corso della sua esperienza professionale in istituto, tra cui le tempistiche dilatate per lo svolgimento delle attività quotidiane, tematica da lei già anticipata, e la carenza di risorse informatiche a causa del rallentamento delle agende del Programma My Sanità. Altre problematiche riguardano la scarsità di spazi adeguati alla vita delle detenute, le difficoltà legate all'igiene e al benessere psicofisico delle donne recluse, frequentemente esposte a condizioni di stress cronico, alimentazione squilibrata, sedentarietà e problematiche di salute strettamente legate al contesto detentivo. Particolare attenzione è stata posta poi sul tema dell'igiene intima, che rappresenta per molte detenute un aspetto centrale della cura di sé. L'ostetrica ha evidenziato come le donne dedichino molta cura e attenzione alla depilazione, spesso ricorrendo a creme depilatorie aggressive inadatte e all'esecuzione frequente di lavande vaginali con saponi non

specifici. Sono pratiche che, sebbene effettuate con l'intento di mantenere l'igiene, possono risultare dannose per la salute ginecologica, ma nonostante i counselling informativi forniti dall'ostetrica, sono abitudini ormai intrinseche del contesto e difficili da eliminare.
Questa prima giornata è stata fondamentale per iniziare a definire gli ambiti tematici da approfondire nelle fasi iniziali del mio percorso di tesi, orientando il focus su aspetti clinici, igienico-sanitari e psicosociali legati alla salute femminile in ambito carcerario.

L'ingresso successivo ha avuto luogo il 15 luglio 2024.
In questa occasione ho avuto l'occasione di raccogliere le testimonianze di due detenute, focalizzandomi sui loro vissuti di esperienze ostetriche e sui disagi pelvici che riferiscono di vivere quotidianamente. Una delle due ha condiviso la propria storia personale, raccontando di come abbia affrontato la gravidanza in un contesto segnato dalla tossicodipendenza, immersa in un ambiente familiare difficile e privo di supporto, sia affettivo che sociale. Il suo racconto ha evidenziato le fragilità psicologiche e materiali che hanno condizionato il suo intero percorso di maternità. Durante le visite ambulatoriali è stato poi possibile approfondire il tema delle difficoltà pelviche attraverso un colloquio clinico mirato completato con l'esecuzione di esami obiettivi per la valutazione funzionale del pavimento pelvico. L'osservazione diretta ha permesso di raccogliere dei primi dati sullo stato di salute e sulle condizioni di benessere o malessere ginecologico delle detenute coinvolte. Una delle donne incontrate ha inoltre realizzato un disegno dettagliato della cella in cui vive, fornendo così una rappresentazione visiva utile a comprendere le condizioni reali della quotidianità detentiva. La cella è descritta come uno spazio ristretto, condiviso tra due persone, contenente due letti, una televisione ed una sedia per ciascuna. Alla destra dell'ingresso si trova un piccolo bagno ricavato nell'angolo della stanza, che include, in ordine di disposizione, una doccia, un lavandino, un bidet e un water, tutti collocati in uno spazio limitato.



Disegno della detenuta S.M. raffigurante la cella in cui abita

Il disegno della cella rappresenta un elemento simbolico e concreto insieme. Una testimonianza visiva della limitazione degli spazi fisici e, di conseguenza, degli spazi di autonomia personale. Risulta chiaro come le condizioni di vita, la mancanza di stimoli e l'assenza di un ambiente pensato per la salute del corpo contribuiscano al cronicizzarsi di uno stato di malessere, spesso silenzioso e non riconosciuto.

Le ore trascorse in struttura hanno aperto la mia consapevolezza rispetto alle condizioni e al vissuto delle donne detenute. Ho potuto osservare come le storie raccolte in mattinata non siano solo racconti individuali, ma rappresentino la manifestazione concreta di come le fragilità sociali, psicologiche e sanitarie si intreccino e si amplifichino in contesto carcerario.

Inoltre, è parso evidente, grazie anche al contributo dell'ostetrica che ho affiancato, individuare quali siano i limiti dello svolgere un'attività ambulatoriale di rieducazione pelvica nella Casa Circondariale.

Uno dei principali ostacoli è rappresentato dalla mancanza di privacy e riservatezza, infatti l'ambulatorio situato all'interno della strutture detentiva, pur essendo uno spazio separato, non è adeguatamente isolato acusticamente. Durante le visite, anche a porta chiusa, si avvertono chiaramente i rumori dei corridoi, le voci, il via vai del personale e delle altre detenute. Questo contesto rumoroso compromette la qualità dei colloqui e delle valutazioni cliniche, poiché molte donne faticano a parlare apertamente di sintomi intimi o esperienze traumatiche per il timore di essere ascoltate o giudicate. Strutturalmente poi, come già descritto, l'ambulatorio ostetrico in carcere risulta inadeguato perché di piccole dimensioni, poco attrezzato, privo di lettino ginecologico regolabile e di illuminazione adeguata. Le condizioni igieniche vengono rispettate, anche se non possono essere garantite come in un contesto ospedaliero.

Un ulteriore limite significativo è legato ai tempi e all'organizzazione delle visite. Le attività sanitarie sono frequentemente soggette a interruzioni dovute a esigenze logistiche o di sicurezza, come il trasferimento delle detenute, la mancanza di personale di scorta o improvvisi cambiamenti nella programmazione interna. Di conseguenza, le visite si svolgono spesso in tempi ridotti, in un clima di fretta che ostacola la possibilità di raccogliere un'anamnesi completa, di instaurare un dialogo autentico o di procedere con una valutazione approfondita del pavimento pelvico.

Dal punto di vista emotivo poi, molte detenute affrontano la visita ostetrica con un forte carico di disagio e vulnerabilità. Il vissuto corporeo di queste donne è spesso segnato da storie pesanti di abuso, dipendenza, trascuratezza o violenza. In questo quadro, la valutazione pelvica, che implica un'esposizione fisica e simbolica particolarmente delicata davanti ad un operatore sanitario, può diventare un momento difficile, talvolta vissuto come invasivo o addirittura traumatico. Alcune donne si mostrano riluttanti o si richiudono in una forma di

silenziosa sopportazione, mentre altre, pur accettando la visita, chiedono costantemente che si parli a bassa voce o manifestano segni di forte imbarazzo.
Sul piano della continuità assistenziale, si evidenzia un'ulteriore criticità in quanto spesso manca un vero e proprio follow-up. Le detenute possono essere trasferite in altre strutture, rilasciate improvvisamente o avere accesso disomogeneo ai servizi sanitari, rendendo difficile il monitoraggio dei sintomi o la realizzazione di un percorso terapeutico, come la riabilitazione del pavimento pelvico, che richiederebbe costanza e gradualità.
A tutto questo si aggiunge la carenza di educazione sanitaria specifica. Molte donne detenute non possiedono informazioni corrette sulla salute pelvica, sul ciclo mestruale, sull'igiene intima o sulla prevenzione di patologie. Sono diffuse, come delineato, pratiche igieniche scorrette e questi comportamenti, pur messi in atto con l'intenzione di prendersi cura di sé, sono espressione di una mancanza di accesso a un'educazione sanitaria di base e pongono rischi concreti per la salute ginecologica.
Un aspetto di particolare rilievo è la difficoltà nel riconoscere e trattare i disturbi pelvici di origine psicosomatica. In molti casi, i sintomi riferiti non trovano riscontro in alterazioni anatomiche evidenti, ma sono l'espressione di un disagio emotivo profondo. Il corpo diventa allora veicolo di malessere psichico e dolore, bruciore, tensione muscolare e incontinenza possono essere manifestazioni somatiche di ansia, rabbia, paura o stress cronico. Tuttavia, il supporto psicologico integrato nei percorsi ostetrici è spesso carente all'interno del carcere e l'ostetrica si trova a dover affrontare in solitudine una complessità che richiederebbe un approccio multidisciplinare.
Ho potuto quindi osservare come la valutazione pelvica in carcere sia un atto sanitario che va ben oltre la dimensione tecnica, perché immersa in un contesto straordinario che la condiziona fortemente, ne limita l'efficacia e ne amplifica il potenziale impatto emotivo.

L’ultimo accesso alla Casa Circondariale per l’anno 2024 si è svolto in data 23 settembre.

In questa occasione, l’ostetrica Zani mi ha accompagnata non solo nell’osservazione clinica delle attività ambulatoriali, ma anche in una riflessione più ampia e profonda sul significato che questo spazio assume per le donne detenute. Secondo la sua esperienza, lo spazio ambulatoriale rappresenta per molte detenute una temporanea via di fuga dalla routine carceraria, un’occasione per uscire dalla cella, anche solo per pochi minuti, e per riappropriarsi, almeno in parte, di uno spazio personale. Tuttavia, questa evasione è sempre parziale, infatti, come evidenziato, i rumori e le voci di chi abita la struttura, distinguibili all’interno dell’ambulatorio durante le sedute, riportano continuamente alla realtà della detenzione. Nonostante ciò, l’ambulatorio può trasformarsi in uno spazio di apertura, di ascolto e di espressione emotiva. Qui le donne trovano, in alcuni casi per la prima volta dopo molto tempo, un luogo dove raccontarsi, piangere, lamentarsi, confidarsi. È uno spazio in cui il corpo viene curato, ma anche ascoltato, accolto e riconosciuto. Questa dimensione intima non è tuttavia priva di difficoltà. Alcune detenute mostrano disagio, si sentono esposte, vulnerabili. Frasi come *“Per favore, abbassi la voce”* o *“Parli più piano”* emergono frequentemente e rivelano la paura di essere ascoltate dalle altre, di mostrarsi fragili o di essere giudicate. La vergogna e il bisogno di proteggere la propria intimità sono ancora più acuti in un ambiente dove la privacy è pressoché inesistente.

Durante questa giornata ho assistito alle sedute ostetriche di quattro detenute, durante le quali sono stati eseguiti tamponi, prelievi citologici, screening e valutazioni del pavimento pelvico. L’osservazione diretta di queste visite mi ha dato l’opportunità di cogliere quanto le donne detenute siano profondamente consapevoli della situazione in cui vivono e di come questa influisca negativamente sul loro benessere psicofisico.

Alcune frasi, pronunciate quasi con naturalezza durante le visite, mi hanno colpita nel profondo: *“Amo il mio corpo, mi amo nonostante il posto in cui sto”*,

“L’ambiente è quello che è, non ne posso più, non vedo l’ora di uscire da qui”, *“Io non posso far vedere alle altre detenute quello che sento, le persone a volte mi fanno paura”*. Queste parole sono lo specchio di una condizione di fragilità emotiva ma anche di forza interiore e sottolineano la necessità profonda di essere ascoltate, viste, riconosciute come persone. Donne che convivono con il dolore, con la rabbia, con la tristezza, spesso inespresse e che trovano nel corpo l’unico canale attraverso cui tutto ciò può emergere e manifestarsi.

Emerge con chiarezza quanto sia fondamentale il ruolo dell’ascolto attivo. Nelle narrazioni raccolte non si coglie solo un bisogno di cura fisica, ma soprattutto un’urgenza relazionale e identitaria, quella di essere viste, comprese, considerate nella loro interezza al di là della condizione di detenute. L’ambulatorio, con tutte le sue limitazioni strutturali e operative, si è rivelato uno spazio simbolico di cura e resistenza, in cui il corpo femminile, spesso invisibilizzato o stigmatizzato, può tornare a essere ascoltato, rispettato, riconosciuto.

L’esperienza mi ha portata a riflettere in profondità sulle competenze dell’ostetrica in contesti complessi come quello detentivo. Non si tratta semplicemente di eseguire procedure cliniche o di garantire una prestazione sanitaria, l’ostetrica in carcere è una figura di prossimità, ascolto, umanità, capace di intercettare bisogni latenti, di offrire uno spazio di parola, di costruire alleanze di cura anche dove tutto sembra ostile o privo di significato. Si tratta di una professione che richiede competenze cliniche solide, ma anche una marcata sensibilità sociale, empatia, capacità di leggere i contesti e di adattare il proprio approccio a situazioni complesse e cariche di sofferenza. L’accesso del 23 settembre non è stato solo un momento di raccolta dati per la tesi, ma soprattutto una tappa di crescita personale e professionale. Ha arricchito in profondità la mia visione della professione ostetrica e mi ha fatto comprendere quanto sia necessario pensare alla salute in modo integrato, come equilibrio tra corpo, psiche e ambiente, anche, e forse soprattutto, in contesti di fragilità estrema come il carcere.

3.3 Esperienza di Tirocinio presso il Consultorio

Dopo i primi accessi presso la Casa Circondariale, ho avuto l'opportunità di osservare da vicino il funzionamento del Consultorio Roncati durante due mattinate di tirocinio, svolte al di fuori del programma previsto per il terzo anno del Corso di Laurea. Queste giornate, organizzate dalle Coordinatrici del Corso, sono state pensate per offrirmi un confronto concreto tra l'ambiente carcerario e un contesto ambulatoriale "abituale", con particolare riferimento alla gestione ostetrica e riabilitativa del pavimento pelvico.

La prima giornata di osservazione si è svolta il 9 aprile 2025 e ha avuto come obiettivo iniziale la raccolta di documentazione relativa all'organizzazione e agli strumenti utilizzati in consultorio. All'interno e all'esterno dell'ambulatorio del Consultorio, sono presenti diversi materiali informativi pensati per sensibilizzare e orientare l'utenza sulla salute del pavimento pelvico. Tra questi si trova un opuscolo dedicato alla spiegazione delle principali funzioni di un perineo in salute, con l'elenco dei segni e sintomi di una possibile disfunzione che possono essere riconosciuti autonomamente, accompagnato dai riferimenti utili per richiedere supporto o consulenza ostetrica. Sulle pareti sono affissi vari supporti visivi di natura educativa. Un primo cartellone raffigura l'anatomia dell'utero e delle sue principali componenti, contribuendo a favorire una maggiore consapevolezza corporea. Accanto a questo, un altro pannello descrive le posizioni più efficaci per eseguire esercizi di presa di coscienza del pavimento pelvico, utilizzando sia feedback visivi tramite specchio, sia feedback tattili attraverso il contatto diretto con le mani. È inoltre presente una rappresentazione grafica che illustra, attraverso immagini esplicative, l'utilizzo coordinato dei muscoli agonisti (come glutei e adduttori) e antagonisti (principalmente addominali) durante l'attivazione del perineo. Tali illustrazioni sono accompagnate da esempi di esercizi pratici, utili nel lavoro riabilitativo.

Un pannello informativo è dedicato agli interventi sullo stile di vita che possono contribuire alla salute del pavimento pelvico. Tra questi sono elencati: il

mantenimento di corrette abitudini alimentari, il controllo del peso corporeo, la cessazione del fumo, l'esecuzione di una corretta igiene intima, l'utilizzo di biancheria in cotone, l'educazione alla minzione e defecazione fisiologica, l'apprendimento di una respirazione funzionale e l'attenzione alla gestione del carico fisico durante l'attività quotidiana o lavorativa. Completano il quadro informativo alcune infografiche che illustrano in modo chiaro come si svolge un esame obiettivo perineale, i passaggi di una corretta anamnesi ostetrica in ambito riabilitativo e le principali tecniche impiegate nel trattamento, sempre su prescrizione medica.

Tra tutto il materiale esposto, un documento che ha attirato particolarmente la mia attenzione è stato la "Carta dei Diritti delle Persone con Incontinenza", realizzata dall'associazione FINCO in occasione della Giornata Nazionale per la Prevenzione e la Cura dell'Incontinenza. Si tratta di un testo articolato in dieci punti, che sancisce il diritto alla cura, all'ascolto e alla dignità per tutte le persone che convivono con disturbi di incontinenza, promuovendo l'accesso a percorsi terapeutici personalizzati e rispettosi. Il documento riporta:

1. Diventare, ove possibile, continenti o ridurre l'incontinenza.
2. Ricevere, in tempi rapidi e certi, senza discriminazione alcuna, i servizi e l'assistenza necessari al proprio stato di salute.
3. Ricevere una corretta diagnosi.
4. Essere informati in modo esauriente e comprensibile, sulla diagnosi, sul proprio disagio, sulla possibile evoluzione della patologia e sull'impatto che essa ha sulla "qualità e quantità di vita".
5. Essere informati su tutti i rimedi, gli ausili disponibili e sulle tecniche riabilitative, sui vari trattamenti medici e chirurgici, sui vantaggi e svantaggi di ciascuno di essi, in riferimento alla propria condizione, onde poter esercitare il diritto di "libera scelta", in modo informato e partecipativo.
6. Essere informati, in modo esaustivo ed imparziale, su tutti i dispositivi medici ottenibili gratuitamente dal servizio sanitario nazionale e regionale,

nel pieno rispetto delle proprie necessità fisiologiche e della "libertà di scelta".

7. Avere accesso ad adeguate terapie ed essere curati con le terapie farmacologiche, riabilitative e chirurgiche, innovative ed adatte al proprio caso.
8. Esercitare il diritto "di mobilità", grazie alla costruzione di bagni pubblici nel territorio. I bagni devono essere "mappati e segnalati" alla cittadinanza.
9. Avere accesso ai necessari controlli ed avere la possibilità di modificare il trattamento, ove opportuno ed indicato dal medico o da altro professionista sanitario.
10. Avere un punto di riferimento all'interno del territorio, grazie ad un pool di professionisti dell'incontinenza (urologi, uro-ginecologi, coloproctologi, medici, andrologi, sessuologi, geriatri, ostetriche, fisioterapisti ed infermieri), che in collaborazione con i medici di famiglia garantiscano la continuità e la multidisciplinarietà delle cure.

In seguito, l'ostetrica Maria Maddalena Puopolo, esperta in riabilitazione del pavimento pelvico, mi ha illustrato nel dettaglio le caratteristiche di un ambulatorio di secondo livello. A partire dalle dotazioni strumentali, è emersa una cura particolare nella scelta di materiali specifici per le valutazioni e i trattamenti riabilitativi. Il lettino impiegato non è ginecologico, ma progettato per adattarsi alle esigenze di comfort e postura richieste durante le sedute. Vengono utilizzati gel lubrificanti neutri o, in alternativa, olio di mandorle dolci, a seconda della sensibilità e delle preferenze delle donne tra gli strumenti più semplici ma fondamentali vi sono il centimetro per la rilevazione delle misure antropometriche, i bastoncini cotonati utilizzati durante la valutazione della sensibilità e del tono muscolare e uno specchio a disposizione della signora, per favorire la consapevolezza corporea e rendere le sedute più partecipate e collaborative. È stato inoltre mostrato l'utilizzo del biofeedback, uno strumento elettromedicale

che consente di monitorare visivamente l'attività muscolare del pavimento pelvico, favorendo un percorso terapeutico più efficace e personalizzato.
Un elemento rilevante che distingue questo ambulatorio è l'adozione di cartelle cliniche specifiche e interdisciplinari, elaborate congiuntamente da un team composto da un uroginecologo, un urologo e un'ostetrica specializzata. Questo approccio integrato consente una valutazione più completa e mirata, capace di tener conto delle diverse componenti anatomiche e funzionali coinvolte.
Il colloquio di prima visita, come spiegatomi dall'ostetrica, si articola in tre fasi principali: una prima parte dedicata all'anamnesi dettagliata e alla valutazione obiettiva, una seconda centrata sull'informazione e sull'educazione sanitaria e infine una fase conclusiva dedicata alla pianificazione condivisa del piano terapeutico, concordato insieme agli altri specialisti coinvolti nel percorso. Tale modello garantisce una presa in carico completa e personalizzata, basata non solo sulla sintomatologia fisica, ma anche sulle esigenze, sulle aspettative e sulle risorse della donna.

Per eseguire una valutazione accurata del pavimento pelvico [42], si parte sempre da un'anamnesi dettagliata che permette di inquadrare i sintomi riportati dall'assistita, come incontinenza urinaria, urgenza, sensazione di peso perineale, dispareunia o difficoltà evacuative. In seguito, si procede con l'esame obiettivo, che ha lo scopo di identificare eventuali alterazioni della funzione neuromuscolare e di porre un'ipotesi diagnostica differenziale tra le varie forme di disfunzione perineale.
La valutazione inizia con l'esame neurologico, fondamentale anche in assenza di sospetti neurologici conclamati. Si esamina la sensibilità perineale, facendo scorrere un bastoncino cotonato lungo i quadranti del piano perineale e valutando la risposta al tatto e allo stimolo doloroso, confrontando i lati per cogliere eventuali differenze di percezione. Si verifica la presenza del riflesso anale superficiale

[42] Giraudo D, Lamberti G. Incontinenza urinaria femminile – Manuale per la riabilitazione – Seconda Edizione. Milano: Edi.Ermes; marzo 2021

(anal wink), evocato stimolando con un oggetto smusso la cute perianale: una risposta normale è la contrazione dello sfintere anale esterno, segno di integrità delle radici S2–S4. Si valuta anche il riflesso clitorideo-anale comprimendo delicatamente il clitoride: la risposta consiste in una contrazione dello sfintere anale, utile per esplorare le vie riflesse sacrali. L'assenza o l'attenuazione dei riflessi suggerisce un possibile danno neurologico a carico delle radici sacrali o del cono midollare.

Segue l'esame morfologico esterno, in cui si osserva il perineo a riposo, durante la contrazione e in manovre dinamiche. In posizione ginecologica (supina, anche e ginocchia flesse, piedi appoggiati), si valuta la distanza anovulvare, che se aumentata può suggerire un'ipotonia del centro tendineo del perineo. Si osservano eventuali segni di atrofia mucosa, cicatrici, esiti di episiotomie, prolassi visibili o aumentata beanza vulvare.

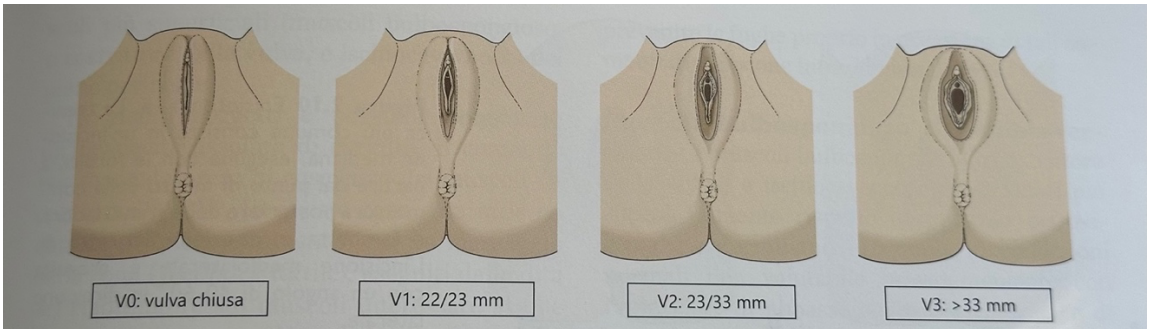


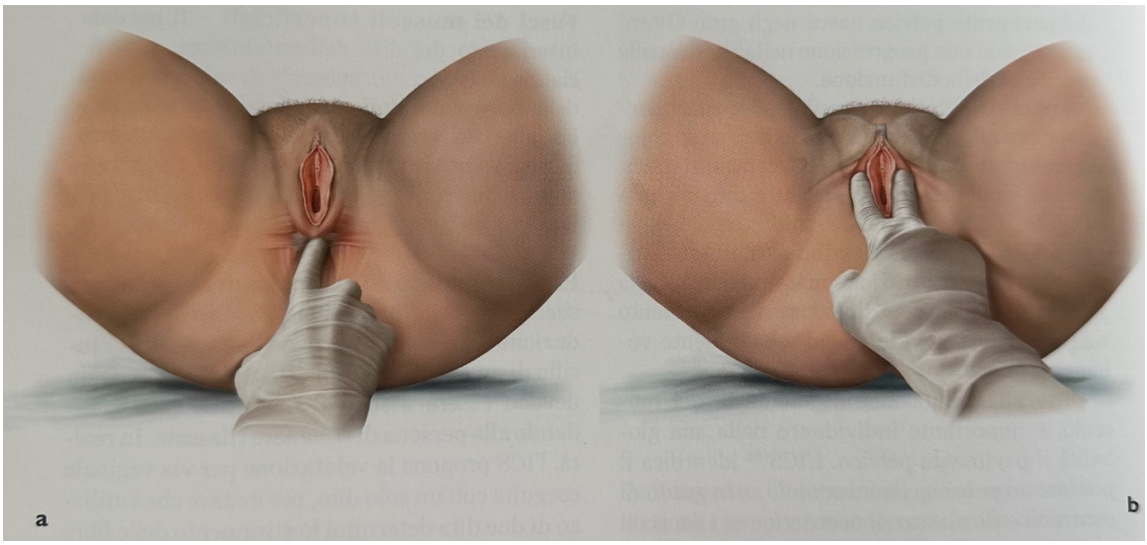
Figura 2.8 La presenza di beanza vulvare, sulla base di una scala indicata in figura da V0 a V3, fornisce indicazioni sulla tonicità del pavimento pelvico.

Durante la contrazione volontaria, si cerca il movimento di chiusura e sollevamento del perineo, con introflessione del centro tendineo e avvicinamento delle grandi labbra. Un movimento inefficace o assente suggerisce una ridotta consapevolezza muscolare o un deficit del reclutamento.

Durante la manovra del colpo di tosse si osserva la risposta riflessa del pavimento pelvico. In condizioni normali, la tosse induce un'attivazione automatica del piano

perineale (guarding reflex), che lo protegge da aumenti improvvisi della pressione addominale. In caso di risposta inadeguata, si può osservare un ballonement perineale o una perdita urinaria, che costituisce un elemento utile per il test da stress positivo in caso di incontinenza da sforzo.

Si procede quindi alla palpazione vaginale bimanuale, che consente di valutare tono, forza e simmetria dei fasci muscolari del pavimento pelvico. La valutazione viene condotta inserendo uno o due dita nella vagina, con la donna in posizione supina e rilassata. Si inizia con il centro tendineo del perineo, che normalmente oppone una resistenza elastica alla compressione. Un tono ridotto suggerisce una condizione di ipotonia o un danno post-partum. Palpando i piani muscolari più superficiali, come il bulbo-spongioso e l'ischiocavernoso, si valuta la risposta pressoria, la presenza di ipertono o dolore. La palpazione più profonda consente di esaminare i muscoli elevatori dell'ano, in particolare il puboviscerale e il puborettale, posizionando le dita in direzione latero-posteriore rispetto all'introito vaginale, generalmente tra le ore 4 e 8 e tra le ore 8 e 10.



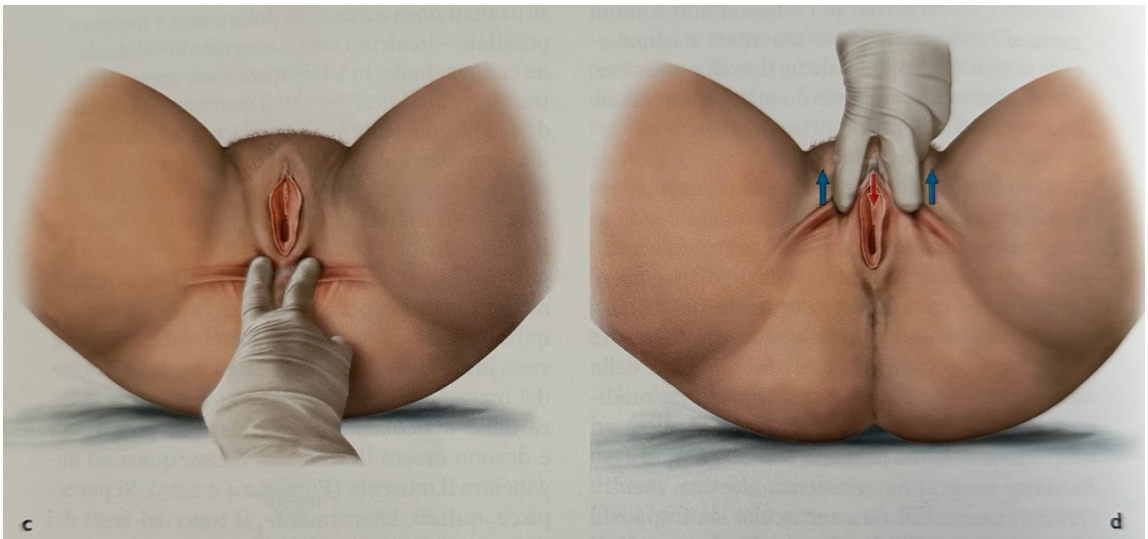


Figura 2.21 **a**, Palpazione del centro tendineo del perineo (o corpo perineale o nucleo fibroso centrale del perineo). **b**, Palpazione del muscolo bulbospongioso, appena al di sotto della sinfisi pubica. **c**, Palpazione dei muscoli trasversi superficiali del perineo, nella nullipara, che vengono "agganciati" con le due falangi distali con un movimento lieve verso il basso. **d**, Valutazione dei muscoli ischiocavernosi, attraverso l'osservazione del movimento verso il basso del clitoride (*freccia rossa*) alla richiesta di "stringere", dopo uno *stretch* passivo eseguito dall'esaminatore (direzione delle *frecce blu*).

La forza della contrazione viene valutata mediante la scala di Oxford modificata, una classificazione clinica a sei punti che permette di graduare l'efficacia del reclutamento muscolare durante la contrazione volontaria.

Tabella 2.5 Scala di Oxford modificata per il *grading* del pavimento pelvico[125]

Punteggio	Valutazione clinica
0	Contrazione muscolare volontaria non rilevabile
1	Contrazione muscolare volontaria appena rilevabile alla palpazione, non visibilmente valutabile alla ispezione perineale
2	Contrazione muscolare volontaria debole, distintamente palpabile, percepita come una lieve pressione sul dito o sulle dita dell'esaminatore
3	Contrazione muscolare volontaria moderata, distintamente palpabile in entrambe le componenti di compressione e sollevamento, visibilmente valutabile all'ispezione perineale
4	Buona contrazione muscolare volontaria, sollevamento del pavimento pelvico possibile contro modica resistenza del dito o delle dita dell'esaminatore, compressione percepibile intorno al dito o alle dita dell'esaminatore. All'esame con due dita, si percepisce la compressione delle dita fra di loro
5	Forte contrazione muscolare volontaria, possibile contro energica resistenza del dito o delle dita dell'esaminatore, con la sensazione di "suzione" del dito o delle dita verso l'interno. All'esame con due dita, la compressione delle dita fra di loro non può essere contrastata

L’esaminatore invita la donna a contrarre come per “trattenere l’urina o un gas” e valuta la forza opponendo una lieve resistenza. Una contrazione efficace determina la chiusura e il sollevamento delle dita. Oltre alla forza, è importante valutare la simmetria della contrazione tra i lati destro e sinistro, per identificare eventuali avulsioni muscolari, spesso esiti di traumi ostetrici, e rilevabili in fase subclinica. Si analizza quindi la componente tonica della muscolatura, chiedendo alla signora di mantenere la contrazione per alcuni secondi. Un tono adeguato consente di sostenere l’attivazione per almeno 5-10 secondi senza perdita di forza. La capacità di ripetere la contrazione più volte, in maniera efficace e senza affaticamento precoce, è indice di buona endurance muscolare. La difficoltà nel mantenere o ripetere il gesto suggerisce una debolezza della componente tonica o una scarsa coordinazione.

Un altro aspetto importante è la verifica dell’inversione di comando, ossia una risposta errata alla richiesta di contrazione volontaria, in cui la donna invece di chiudere e sollevare, spinge verso l’esterno, reclutando in maniera disfunzionale la muscolatura addominale o il diaframma. Questa condizione è frequente nei soggetti con scarsa consapevolezza perineale ed è rilevabile dal movimento delle dita dell’esaminatore, che vengono spinte verso il basso anziché avvicinate e sollevate.

Infine, si esegue una manovra di apertura con indice e medio per valutare l’eventuale asimmetria funzionale dei fasci laterali del puboviscerale durante la contrazione. La percezione di una risposta unilaterale o di un cedimento muscolare a carico di un lato può essere suggestiva di una lesione parziale o completa del muscolo, che merita approfondimento ecografico o strumentale.

Durante le sedute a cui ho avuto modo di partecipare nel giorno 11 aprile 2025, ho potuto osservare l'impiego del biofeedback elettromiografico associato all’elettrostimolazione, nonché l’esecuzione di esercizi di chinesiterapia a corpo

libero per la rieducazione perineale, finalizzati al rafforzamento del tono muscolare.

Il biofeedback rappresenta uno strumento fondamentale nella riabilitazione [43], in quanto consente di influenzare consapevolmente eventi fisiologici che, a seguito di eventi patologici o traumatici, sono sfuggiti al controllo volontario. Ne sono un esempio situazioni come un'esagerata percezione del dolore durante il travaglio, che può indurre una ritenzione urinaria, oppure una lacerazione perineale che rende doloroso l'atto minzionale e può portare allo sviluppo di un comportamento dissinergico del pavimento pelvico. Attraverso l'uso di sensori esterni, una sonda transvaginale o transanale, il biofeedback fornisce un'informazione di ritorno riguardante l'attività muscolare, solitamente visualizzata su un monitor. Questa rappresentazione grafica facilita la corticalizzazione del movimento, ovvero la presa di coscienza e il controllo volontario dell'attività muscolare, permettendo alla donna di apprendere come attivare correttamente la muscolatura pelvica.

La chinesiterapia contribuisce in modo significativo alla riabilitazione, promuovendo la consapevolezza del pavimento pelvico attraverso stimoli tattili, come l'impiego del dito dell'operatore. Questo approccio facilita l'attivazione corretta della muscolatura, migliorando performance e tonicità grazie a un programma di esercizi mirati di contrazione, rilasciamento e stretching. Gli obiettivi della chinesiterapia comprendono: il rinforzo della funzione di supporto viscerale del pavimento pelvico, il miglioramento della motricità volontaria sfintero-perineale, l'aumento della tonicità vaginale e dell'elasticità dei tessuti, oltre allo sviluppo o potenziamento delle risposte riflesse a livello perineale. Le manovre eseguite dall'ostetrica comprendono tecniche manuali in sede perineale, vaginale e perianale, quali pressioni digitali, massaggi e stretching rapido. Durante lo stiramento del perineo verso il basso, si invita la paziente a opporre resistenza mediante una contrazione delle pareti vaginali attorno alle dita

[43] "Raccomandazioni su prevenzione, riconoscimento e cura del trauma perineale ostetrico" – realizzato dalla fondazione Confalonieri Ragonese su mandato SIGO, AOGOI, AGUI (20 aprile 2024)

dell'operatore, incoraggiandola così a prendere consapevolezza del proprio pavimento pelvico e a migliorare la propriocezione oltre al tono muscolare. Per favorire il rafforzamento e la tonificazione della muscolatura pelvica, vengono insegnati esercizi di contrazione e rilasciamento da eseguire inizialmente in posizione supina, e successivamente anche in posizione seduta o eretta, integrandoli nella quotidianità. È importante che tali esercizi vengano svolti a vescica vuota. Un protocollo comunemente utilizzato prevede contrazioni di durata compresa tra 3 e 5 secondi, seguite da fasi di riposo di 6–10 secondi, per cicli di 10 contrazioni consecutive da ripetere almeno 5 volte al giorno. Inoltre, può essere utile ripetere l'esercizio durante attività funzionali come saltelli o colpi di tosse, per verificarne l'efficacia in condizioni reali.

Il massaggio perineale, invece, prevede l'applicazione alternata di pressioni verso il basso e lateralmente mediante l'uso dell'indice e del medio posti sulla parete vaginale da trattare, utilizzando un olio naturale, come quello di mandorle dolci, ricco di vitamina E, elasticizzante, puro e spremuto a freddo per ridurre il rischio di reazioni allergiche. Questa tecnica ha lo scopo di distendere e massaggiare i tessuti vaginali, risultando particolarmente utile nel trattamento dell'ipertono perineale, delle contratture del pavimento pelvico e delle cicatrici perineali dolenti, tese o retraenti. Dopo un adeguato training, tale massaggio può essere eseguito in autonomia dalla paziente, che può praticarlo utilizzando il pollice, ad esempio seduta con le gambe divaricate, sul bidet.

3.4 Attività finali in Carcere

Dopo le giornate di tirocinio pro tesi svolte presso il Consultorio Roncati, ho ripreso le attività all'interno della struttura carceraria, proseguendo il percorso formativo precedentemente concordato con l'ostetrica Zani.

Durante l'accesso del 23 giugno 2025, ci siamo dedicate ad una prima fase di ricerca finalizzata all'individuazione di metodi alternativi e di materiali idonei all'utilizzo in struttura, con particolare attenzione alla sicurezza delle detenute. L'obiettivo era selezionare strumenti sicuri, che potessero essere custoditi in

ambulatorio e utilizzati durante le sedute senza rischi. Nel corso della mattinata, abbiamo preso parte a diverse sedute riabilitative ambulatoriali, nonché ad attività di screening e counselling. In una di queste occasioni, ci siamo confrontate con il disagio emotivo di una detenuta che ha rifiutato la visita per paura di scoprire problemi di salute. La sua frase: *"Sono troppo giù di morale, non venire a visitare me"*, ha evidenziato, ancora una volta, quanto il contesto carcerario possa influire negativamente sullo stato emotivo e sulla predisposizione a ricevere cure.

Abbiamo poi incontrato due detenute di nuovo ingresso, che, come spesso accade, si sono presentate in uno stato di diffidenza e shock, visibilmente provate dal forte impatto ambientale e dallo stress del recente ingresso in struttura.

Al termine della mattinata, io e l'ostetrica Zani abbiamo definito alcuni obiettivi da sviluppare negli incontri successivi, come quello di elaborare un metodo efficace ed accessibile per spiegare l'anatomia e le funzioni del pavimento pelvico ad una popolazione che, in molti casi, presenta bassi livelli di alfabetizzazione. Abbiamo anche riflettuto sull'intenzione di proporre esercizi da svolgere durante le sedute, in modo da rendere l'attività più interattiva e coinvolgente. Infine, abbiamo pensato alla proposta di progettare un prototipo di cartella clinica cartacea, utile per impostare percorsi riabilitativi a lungo termine, soprattutto per le detenute con pene definitive, con l'obiettivo di fornire un'assistenza strutturata, sostenibile e quanto più continua. A tal proposito, ho iniziato a sviluppare alcune proposte da condividere con l'ostetrica per contribuire attivamente all'organizzazione dell'ambulatorio ostetrico.

Come prima idea, ho selezionato alcuni esercizi tratti dal libro "Incontinenza urinaria femminile - Manuale per la riabilitazione" (Donatella Giraudo, Gianfranco Lamberti), focalizzati sulla presa di coscienza del reclutamento muscolare. Tali esercizi prevedono l'uso di traversine o asciugamani arrotolati da posizionare sotto il bacino, per facilitare la percezione delle contrazioni perineali e aumentare la consapevolezza del proprio corpo. Inoltre, ho proposto l'introduzione di uno specchio infrangibile in plastica dura, che permetta alle detenute di osservare i movimenti del perineo durante gli esercizi. Poiché gli specchi tradizionali non

sono ammessi per motivi di sicurezza, l'ostetrica mi ha spiegato che sarebbe stato necessario presentare una richiesta formale alla Direzione della Casa Circondariale per autorizzare l'ingresso dell'oggetto, che sarebbe poi dovuto essere custodito stabilmente in ambulatorio. Durante la mattinata, abbiamo anche assistito ad una seduta ambulatoriale con valutazione perineale di una detenuta particolarmente interessata alla propria salute pelvica.
In quest'occasione, abbiamo sperimentato l'uso di una cartella specialistica cartacea, fornita dal Consultorio Roncati, con l'intento di adattarla alle esigenze dell'ambulatorio carcerario. Dopo la prova, abbiamo valutato alcune modifiche per semplificare la raccolta anamnestica e velocizzare la compilazione. Io e l'ostetrica Zani ci siamo lasciate programmando un nuovo incontro per l'8 settembre, dedicato interamente al tema del pavimento pelvico.
In tale occasione, avremo dovuto consegnare alle detenute del materiale informativo appositamente preparato, con l'obiettivo di stimolare la loro curiosità, accrescere l'interesse verso la salute perineale e favorire una maggiore consapevolezza e cura di sé.

Durante l'incontro del 14 luglio 2025, abbiamo avuto l'opportunità di interagire con alcune detenute che, nel corso delle sedute, si sono aperte raccontando esperienze personali che hanno segnato profondamente il loro passato e condividendo le scelte di vita che le hanno condotte alla detenzione. È stato un momento di confronto autentico, che ha evidenziato, come già era apparso chiaro, la necessità di un ascolto empatico e rispettoso all'interno del percorso riabilitativo. Successivamente, abbiamo proseguito con le sedute cercando di coinvolgere le partecipanti sul tema dell'anatomia e delle funzioni del pavimento pelvico.
A tal fine, abbiamo utilizzato alcune immagini esplicative trovate online, servendoci del computer ambulatoriale. Tuttavia, l'utilizzo di supporti digitali si è rivelato poco affidabile a causa delle frequenti interruzioni di corrente che si

verificano all'interno della struttura, rendendo l'impiego costante di materiale multimediale poco praticabile.

Da questa criticità è emersa l'esigenza di predisporre materiali cartacei informativi più accessibili e funzionali rispetto ai volantini e agli opuscoli già in distribuzione nella struttura.

In particolare, abbiamo individuato la necessità di elaborare tre tipi di documenti, come un opuscolo informativo sull'educazione perineale, contenente una spiegazione semplice e comprensibile delle funzioni anatomiche del pavimento pelvico, della sua importanza nella quotidianità, degli esercizi per mantenerlo attivo e delle buone abitudini utili a favorirne la funzionalità. Come secondo documento da preparare abbiamo pensato ad una "scheda per esercizi personalizzati", da consegnare alle detenute tra una seduta e l'altra, contenente istruzioni dettagliate e chiare per l'esecuzione degli esercizi in autonomia, al fine di evitare dubbi o errori nell'applicazione pratica. Infine, come ultima proposta, la preparazione di una "scheda di mantenimento", da lasciare alle detenute al termine del percorso riabilitativo, con indicazioni su esercizi e comportamenti da integrare nella vita quotidiana per continuare a prendersi cura del proprio pavimento pelvico.

L'ostetrica Zani ha sottolineato l'importanza di rendere questi materiali quanto più chiari possibile, immediati e visivamente efficaci, con l'ausilio di immagini esplicative e testi semplici, adatti anche a chi ha difficoltà di comprensione dei testi scritti.

Abbiamo poi proseguito la giornata con ulteriori sedute ambulatoriali, durante le quali è emerso un dato interessante, quello che nonostante alcune detenute si presentassero sonnolente o poco vigili, probabilmente a causa delle terapie farmacologiche in corso, spesso anche di tipo antidepressivo, molte di loro hanno comunque manifestato interesse a partecipare alle valutazioni perineali. Questo dimostra come, malgrado le condizioni ambientali difficili e lo stress legato alla vita detentiva, la cura di sé rimanga un tema sentito e significativo per una parte

della popolazione femminile detenuta, anche quando può non apparire immediatamente evidente.

Durante l'incontro del 25 agosto 2025, ho presentato all'ostetrica Zani il materiale didattico precedentemente concordato, proponendo una prima sperimentazione degli elaborati durante le sedute della giornata. L'obiettivo era quello di verificare la chiarezza e l'efficacia del contenuto alla prima lettura, chiedendo direttamente alle detenute di fornire eventuali osservazioni o suggerimenti nelle settimane successive, così da apportare, se necessario, modifiche migliorative. Nel corso della giornata, ho anche avanzato la proposta di introdurre in ambulatorio un modello anatomico tridimensionale del bacino femminile. Questo strumento, pensato per affiancare o sostituire le immagini mostrate a video, permetterebbe di rendere più concreta e interattiva la parte teorica relativa alla spiegazione dell'anatomia del pavimento pelvico. Come già accaduto per lo specchio in plastica dura, anche per questo materiale sarebbe stato necessario richiedere un'autorizzazione formale alla Direzione della Casa Circondariale, trattandosi di un oggetto proveniente dall'esterno e destinato all'uso interno al perimetro penitenziario.
Durante le attività ambulatoriali, abbiamo avuto un colloquio particolarmente significativo con una detenuta che ha raccontato un episodio di violenza avvenuto il giorno precedente.
Si trattava di uno scontro tra due donne, scatenata da un fraintendimento verbale riguardante la compagna transgender di una delle due. La detenuta ci ha riferito il suo turbamento e la paura provata nel vedere una reazione così violenta, affermando: *"Sono cose da… animali no, perché lo fanno istintivamente. Gli umani dovrebbero usare un po' più la testa. Qua bisogna stare attenti anche quando si apre la bocca."* Questo episodio ha aperto una riflessione su una realtà ancora largamente ignorata, ovvero la presenza di donne transgender all'interno delle carceri femminili. Si tratta di una minoranza spesso trascurata, che vive condizioni di vulnerabilità acuite sia dalla mancanza di riconoscimento identitario,

sia dalla scarsa formazione del personale e dall'assenza di protocolli dedicati. Le donne trans detenute possono essere oggetto di discriminazione, isolamento, violenza verbale o fisica, e faticano a trovare spazi sicuri in cui esprimersi o ricevere supporto adeguato, anche sotto il profilo sanitario. All'interno della Casa Circondariale di Bologna, così come in molte altre strutture italiane, manca ancora un approccio sistemico e inclusivo capace di tutelare i diritti e la dignità di queste persone. L'ambiente carcerario, già di per sé fortemente stressogeno, diventa per loro ancora più difficile da affrontare, rendendo urgente l'attivazione di percorsi formativi per il personale sanitario e penitenziario, oltre all'elaborazione di materiali informativi e spazi di ascolto sicuri anche per le detenute transgender.

Durante la mattinata abbiamo incontrato una detenuta che ha manifestato l'urgenza di ricevere un metodo contraccettivo, poiché prossima alla dimissione. Ci ha raccontato che il suo compagno è contrario all'uso di contraccettivi e che, anzi, tenta ripetutamente di farla rimanere incinta con l'intento di vincolarla a sé e ostacolarne l'autonomia. Questo racconto ha acceso una riflessione importante sulla presenza di dinamiche di violenza psicologica e controllo riproduttivo, spesso invisibili ma profondamente lesive della libertà femminile.

Situazioni come questa mettono in luce quanto sia fondamentale, anche nel contesto carcerario, garantire l'accesso ad una contraccezione libera, consapevole e sicura, sostenendo le donne in percorsi di autodeterminazione. Spesso la detenzione rappresenta uno dei pochi contesti in cui le donne riescono per la prima volta a prendersi cura del proprio corpo e della propria salute riproduttiva, lontano, anche se solo temporaneamente, da contesti relazionali oppressivi o manipolatori.

Entrambi questi episodi, pur molto diversi tra loro, raccontano di quanto la dimensione relazionale, identitaria e di genere sia centrale nella vita delle donne detenute, e di quanto il lavoro ostetrico all'interno del carcere debba farsi carico, come già emerso, non solo degli aspetti clinici, ma anche dell'ascolto, del sostegno e dell'educazione alla consapevolezza corporea e relazionale. Nell'intreccio tra salute, identità e relazioni che nasce in questo contesto si gioca

una parte importante del benessere delle detenute, il lavoro educativo e riabilitativo può diventare una risorsa preziosa per restituire dignità, autonomia e strumenti per il futuro.

Il giorno 8 settembre 2025 si è svolta presso la struttura un'iniziativa particolarmente significativa, per il progetto di tesi in corso e per le detenute che vi hanno partecipato su base volontaria. In accordo con la Direzione Sanitaria dell'istituto penitenziario è stato organizzato un gruppo dedicato al pavimento pelvico, con l'obiettivo di sensibilizzare le partecipanti all'importanza della salute perineale. Non si è trattato del primo incontro promosso dall'equipe sanitaria guidata dalla figura dell'ostetrica che approfondisse temi legati alla salute globale della donna, ma questa occasione ha registrato una partecipazione più ampia del consueto da parte della popolazione abitante la struttura. Hanno infatti preso parte all'incontro 16 detenute sulle 30 iscritte, un numero rilevante che testimonia l'interesse delle recluse verso tematiche di salute. Le donne partecipanti si sono dimostrate attive, coinvolte e curiose, ponendo numerose domande ed interagendo con attenzione sui temi della prevenzione e della cura del pavimento pelvico. Durante l'incontro sono stati distribuiti i materiali informativi appositamente preparati e semplificati per garantire una maggiore accessibilità e comprensione delle tematiche scritte. L'ostetrica ha risposto in modo chiaro ai quesiti emersi, contribuendo a creare un clima di fiducia e di apertura.
L'iniziativa ha rappresentato un momento formativo e relazionale di valore, favorendo consapevolezza e promozione della salute all'interno della popolazione detenuta femminile.

Di seguito i materiali preparati e distribuiti alle detenute della Casa Circondariale Rocco D'Amato di Bologna.
1. La Scheda Informativa sul Pavimento Pelvico
Questo documento trae ispirazione dall'opuscolo informativo già in uso all'interno del carcere e distribuito alla popolazione femminile dell'istituto penitenziario, ma

abbiamo deciso di apportare modifiche per semplificarne il contenuto rendendolo più accessibile e comprensibile. Abbiamo inoltre aggiunto immagini esplicative utili ad associare i concetti descritti nel testo a riferimenti visivi immediati. Il documento si apre nella prima facciata con una spiegazione introduttiva su che cos'è il pavimento pelvico, quali funzioni svolgono i suoi muscoli, cosa può accadere se questi vengono danneggiati e quali sono le principali cause che possono compromettere la struttura e quindi la funzionalità del pavimento pelvico. Segue poi nella seconda facciata una sezione dedicata a descrizione ed illustrazioni di come mantenere allenati i muscoli del complesso perineale con istruzioni dettagliate per l'idonea esecuzione degli esercizi pelvici. Inoltre, è presente una sezione di auto-compilazione e autoverifica, pensata per aiutare le donne a prendere maggiore consapevolezza dei propri muscoli durante l'esecuzione degli esercizi descritti, stimolando così un approccio più attivo e partecipato. Infine, il documento si conclude con una sezione che affronta il tema delle buone abitudini quotidiane da ricordare nel corso della giornata, come l'importanza di una vita quanto meno sedentaria possibile, l'influenza dell'essere in sovrappeso sul rendimento muscolare pelvico, il valore dell'idratazione, dell'alimentazione varia e di una corretta igiene intima. Sono presenti anche preziosi consigli da tenere a mente nei momenti di intimità in bagno quando si urina ed evacua, e quando nella quotidianità capita di tossire, starnutire o sollevare qualcosa di pesante, azioni che modificano la pressione addominale corporea e producono effetti che si riversano sul perineo.

2. La Cartella Clinica Specializzata

La cartella clinica che abbiamo deciso di adottare nel percorso di rieducazione pelvica all'interno delle attività dell'ambulatorio ostetrico della Casa Circondariale si apre con una sezione di anamnesi strutturata secondo domande semplici a risposta chiusa, progettate per rendere più veloce ed efficace la raccolta delle informazioni essenziali delle detenute. In particolare, questa prima unità

rappresenta una raccolta di dati chiari e facilmente memorizzabili dalle donne riguardanti gravidanze, parti ed elementi della storia ostetrica personale.
Segue una breve sezione di anamnesi uro-ginecologica approfondita riguardo alle terapie farmacologiche assunte dalle detenute in struttura, includendo, sempre a risposta chiusa, un elenco di farmaci considerati potenzialmente dannosi per la salute del pavimento pelvico, secondo quanto descritto in studi selezionati dalla banca dati scientifica di PubMed [44] [45] [46] [47] [48] [49].
La scelta di non dedicare in questa unità domande dettagliate e specialistiche, come previsto invece nell'ambulatorio del consultorio Roncati, è stata dettata dalla volontà di mantenere per la raccolta dati una linea semplice e comprensibile dalle detenute stesse, mantenendo una finestra di tempo poco cospicua per la compilazione della cartella clinica, visto il valore che assume l'uso del tempo nelle sedute ambulatoriali del carcere.
Un'ulteriore sezione è poi dedicata all'individuazione di sintomi indicativi di disfunzioni perineali, utile come screening preliminare.
La parte successiva è dedicata alla valutazione obiettiva del pavimento pelvico eseguita dall'operatore ostetrico sul lettino, che si apre con l'ispezione esterna, completa di osservazione dell'aspetto perineale, presenza di eventuali cicatrici o aderenze sulla cute e identificazione di un prolasso interno visibile ad occhio. La valutazione comprende poi l'apprezzamento della statica pelvica, quindi la presenza di beanza vulvare, di isteroptosi, rettocele, cistocele e di un'approssimazione della distanza ano-vulvare. Dopodichè seguono i test

[44] PubMed - "A prospective study of frequency and characteristics of cough during ACE inhibitor treatment" A.Sato, S.Fukuda
[45] PubMed - "Association between opioid usage and rectal dysfunction in constipation: A cross-sectional study of 2754 patients" P.F.Vollebregt, R.L.Hooper, A.D.Farmer, J.Miller, C.H.Knowles, S.M.Scott
[46] PiubMed - "Corticosteroid Induced Myopathy" N.Surmachevska, V.Tiwari
[47] PubMed - "Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on pelvic floor muscle regeneration in a preclinical birth injury rat model" A.J.Kobayashi, F.B.Sesillo, E.Do, M.Alperin
[48] PubMed - "Oral anticholinergic drugs versus placebo or no treatment for managing overactive bladder syndrome in adults" A.Stoniute, P.Madhuvrata, M.Still, E.B.Millar, G.Nabi, M.I.Omar
[49] PubMed - "Drug therapy of urinary urge incontinence: a systematic review" G.Haeusler, H.Leitich, M.V.Trotsenburg, A.Kaider, C.B.Tempfer

funzionali mirati a valutare la performance del pavimento pelvico, quindi lo "squeeze test", ovvero la valutazione della capacità di tenuta volontaria, l'"endurance", la durata della contrazione in secondi, la competenza di poter svolgere contrazioni muscolari rapide, l'idoneità della coordinazione muscolare e la presenza di inversione di comando perineale. Nella valutazione obiettiva si procede con le osservazioni alla palpazione osservando la forza muscolare, secondo Scala Oxford, il tono a riposo, se si presentano trigger point e il grado di dolorabilità percepito dalla donna. L'ispezione si conclude con un inquadramento complessivo dello stato muscolare perineale, secondo una riformulazione clinica basata sulla "Modified Oxford Grading Scale" [50] che, in base alla valutazione svolta e alle considerazioni tratte, identifica il livello funzionale del pavimento pelvico. In particolare, individua uno stato, secondo categorie, di ipofunzione grave, ipofunzione moderata, funzione sufficiente, funzione muscolare ottimale, iperfunzione moderata o iperfunzione grave. Queste condizioni possono essere associate o meno alla presenza di sinergie muscolari non corrette, addominali o glutee.

All'interno della cartella clinica sono presenti quattro ulteriori pagine dedicate alle valutazioni successive, strutturate in modo analogo per permettere un monitoraggio progressivo dell'andamento clinico nel tempo e dedicate quindi all'analisi dei cambiamenti osservati rispetto alla seduta precedente. Ogni pagina di follow-up si compone di sezioni a risposta chiusa in cui sono comprese l'identificazione della sintomatologia riferita dalla detenuta rispetto a incontinenza urinaria, urgenza minzionale, incontinenza fecale, dolore pelvico, sensazione di peso vaginale, dispareunia o altro. Un feedback della detenuta stessa secondo quanto riscontrato rispetto alla seduta precedente, una breve valutazione dell'operatore sulla compliance e aderenza al trattamento in base allo svolgimento degli esercizi e ad eventuali difficoltà incontrate, una sezione di

[50] PubMed - "A manometric classification to assess pelvic floor muscle function in women" P.H.Angelo, L.R. de Varrella, M.C.E.D.Oliveira, M.G.L.Matias, M.A.R.de Azevedo, L.M. de Almeida, P.R.M. de Azevedo, M.T.Micussi

valutazione funzionale del pavimento pelvico, l'individuazione di obiettivi specifici della seduta, una valutazione complessiva della seduta e la definizione di come proseguire il percorso di rieducazione.

3. La Scheda di Mantenimento

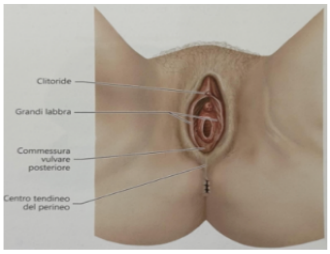
L'ultimo documento da noi presentato prevede un foglio da consegnare alle detenute in conclusione al percorso di rieducazione perineale e quindi, idealmente, dopo aver completato le quattro sedute ambulatoriali. L'idea nasce dalla volontà di lasciare una traccia concreta e materiale alle donne prese in carico per poter loro ricordare l'importanza e il valore dell'impegno condiviso insieme.

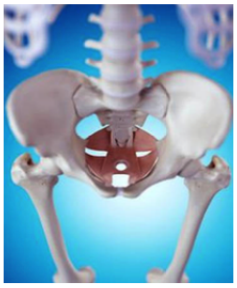
Il foglio è strutturato su due facciate. La prima contiene le indicazioni pratiche per l'esecuzione degli esercizi perineali con riferimenti a frequenza, quindi quante volte ripetere gli esercizi a settimana, modalità e tecnica corrette, e tempistiche consigliate. Le istruzioni sono accompagnate da descrizioni dettagliate ed immagini esemplificative facilitare la comprensione e l'autonomia nell'esecuzione.

La seconda facciata riprende le buone abitudini da mantenere nella quotidianità, in modo analogo a quanto già descritto ed illustrato nell'opuscolo informativo sull'anatomia e le funzioni del pavimento pelvico. Questi consigli includono quindi i comportamenti da adottare nella vita di tutti i giorni, durante i momenti di igiene personale e in situazioni che aumentano la pressione intra-addominale.

IL PAVIMENTO PELVICO

Che cos'è il pavimento pelvico?
Il pavimento pelvico è un insieme di muscoli e tessuti che si trovano nella parte bassa del bacino, tra l'osso pubico (davanti) e il coccige (dietro). Questi muscoli formano un "tappeto" che sostiene gli organi interni della donna:
la **vescica** (dove si raccoglie l'urina), l'**utero** e l'**intestino retto** (da cui passa il contenuto intestinale).
Sono muscoli nascosti, ma molto importanti: servono per tenere questi organi al loro posto e per farli funzionare bene.





Che cosa fanno i muscoli del pavimento pelvico? I muscoli del pavimento pelvico lavorano ogni giorno, anche se non ce ne accorgiamo. Le loro funzioni principali sono:

- Controllano l'urina, le feci e i gas: ci aiutano a trattenere e a lasciar uscire solo quando è il momento giusto.
- Sostengono gli organi interni: evitano che scendano verso il basso (prolasso).
- Favoriscono il benessere sessuale: aiutano a sentire piacere e a non avere dolore durante i rapporti.
- Stabilizzano la colonna vertebrale: lavorano insieme ad altri muscoli per dare equilibrio e forza al tronco.

Che cosa accade se i muscoli del pavimento pelvico sono danneggiati?
Se i muscoli del pavimento pelvico sono troppo deboli, danneggiati o troppo tesi, possono comparire vari disturbi:

- Perdite involontarie di urina o feci (incontinenza)
- Bisogno urgente o frequente di andare in bagno
- Difficoltà a svuotare bene la vescica o l'intestino
- Sensazione di peso in vagina
- Dolore durante i rapporti sessuali
- Dolore nella zona bassa della schiena, del bacino o dei genitali

Quali sono le cause di danno dei muscoli del pavimento pelvico?
Questi muscoli possono indebolirsi o danneggiarsi a causa di:

- Gravidanza e parto (di più se lunghi o difficili)
- Stitichezza cronica (spingere per evacuare)
- Tosse cronica (come in chi fuma o nelle persone con malattie respiratorie)
- Lavori fisici con sollevamento ripetuto di carichi
- Aumento di peso importante o obesità
- Cambiamenti ormonali legati alla menopausa
- Interventi chirurgici nella zona pelvica

Come tenere allenati i muscoli del pavimento pelvico?
Esercizi regolari per il pavimento pelvico aiutano a rinforzare e a rilassare la muscolatura, per migliorare i fastidi legati ad incontinenza, prolassi e dolori. E' importante imparare ad eseguire gli esercizi nel modo giusto e verificare nel tempo che continuino ad essere svolti correttamente, per fare in modo che portino risultati efficaci.
Ecco alcuni metodi che puoi utilizzare anche da sola:
(Prima di iniziare gli esercizi, ricordati di svuotare la vescica per non avere fastidi e rimanere concentrata!)

Sdraiati su una superficie comoda, con le ginocchia piegate, il corpo disteso e rilassato, con le mani sulla pancia per aiutarti a controllare che rimanga morbida e non si muova

oppure

Siediti comodamente con i piedi e le ginocchia ben aperte e piegati in avanti mettendo i gomiti sulle ginocchia. Ricordati di mantenere regolare il respiro, con lo stomaco, le gambe e i glutei rilassati;

Come si eseguono gli esercizi?
Immagina di dover stringere i muscoli del tuo perineo come se dovessi interrompere il flusso di urina mentre sei in bagno (mi raccomando, non farlo veramente, questa è una delle azioni dannose per i tuoi muscoli!).
Non trattenere il respiro, ma prendi aria e falla uscire in modo normale, come fai tutti i giorni.
Cerca di non stringere la pancia, falla rimanere rilassata, così come anche le gambe e i glutei.
Solo i muscoli del tuo pavimento pelvico devono lavorare, il resto del corpo non deve muoversi.
Contrazioni lunghe: ora prendi aria e mentre la soffi via dalla bocca stringi forte i muscoli del tuo perineo. Mantieni la contrazione più che puoi e cerca di contare per quanti secondi la riesci a sentire.
Mantienila al massimo per 10 secondi e poi rilassa, fai due profondi respiri e ricomincia con la successiva.
Contrazioni veloci: respira normalmente, ora stringi i muscoli del tuo pavimento pelvico per 1 secondo e poi rilassali subito dopo. Non mantenere la contrazione per tanto tempo come per quelle lunghe, devono essere contrazioni rapide, una dietro l'altra. Cerca di farne più che puoi, se riesci contale ed arriva ad un massimo di 10 contrazioni veloci, ricordandoti di non muovere pancia, gambe e glutei.
Poi, quando senti di non riuscire più a stringere bene, interrompi l'esercizio e recupera facendo respiri profondi.

Per prendere più consapevolezza dei tuoi muscoli mentre svolgi gli esercizi, cerca di rispondere a queste domande:
- Riesco a sentire bene la contrazione? …...
- Per quanti secondi riesco a mantenere la *contrazione lunga*? …….
- Quante *contrazioni veloci* riesco a fare prima di stancarmi? …….
- Riesco a rilassare i miei muscoli dopo le contrazioni? …...
- Sento di avere consapevolezza del mio pavimento pelvico? …….

Le buone abitudini da ricordare ogni giorno:

Durante la giornata
- Cerca di non mantenere per tanto tempo la stessa posizione
- Se riesci dedica ogni giorno tempo per camminare, anche una passeggiata leggera aiuta la circolazione e i muscoli profondi del tuo perineo
- Cerca di mantenere la tua pancia di una dimensione non voluminosa, per non appesantire la pressione sui muscoli del tuo pavimento pelvico (il peso danneggia il perineo)
- Bevi acqua durante il giorno, almeno 1,5 litri (meglio l'acqua del rubinetto!)
- Cerca di mangiare alimenti ricchi di fibre che aiutino la tua attività intestinale, come frutta, verdura o legumi
- Mantieni una corretta igiene intima: non depilarti (i peli proteggono la tua vagina dai batteri esterni), lava i tuoi genitali massimo 2 volte al giorno (mattina e sera, con il sapone, ma ricordati di non lavarti mai all'interno della vagina per non disturbare il suo equilibrio) e non utilizzare i salvaslip.

Quando vai in bagno
- Non trattenere troppo a lungo urina e feci, quando senti lo stimolo di andare in bagno cerca di ascoltarlo per evitare ritenzione e stitichezza che causerebbero fastidi e dolori
- Cerca di stare in bagno per un tempo massimo di 5 minuti, se ti accorgi che senza spingere non riusciresti ad evacuare, allora non è ancora il momento giusto. Riprova dopo qualche ora, senza spingere.

Ecco le giuste posizioni per come sedersi mentre si urina e mentre si evacua :

Per urinare
(mantieni saldi i
piedi per terra)

Per evacuare
(mettiti in punta di piedi
per aiutare il tuo perineo)

Quando tossisci, starnutisci o sollevi qualcosa di pesante
- Prova a ricordarti di contrarre i muscoli del tuo pavimento pelvico prima di tossire o starnutire, questo è un gesto piccolo ma di grande valore per la salute del tuo perineo
- Se devi sollevare qualcosa di pesante, attiva prima la tua muscolatura interna mantenendo la schiena dritta, quindi piega le ginocchia

Data……

COGNOME…… NOME……..

NATA A…… IL…… (ETA'..... ANNI)

ANAMNESI OSTETRICA

Età Menarca …… (anni)

Ciclo Mestruale ☐ Regolare ☐ Irregolare

Gravidanze: n° _____

Peso alla nascita	Parto Spontaneo	Taglio Cesareo	Episiotomia	Lacerazione	Kristeller

MENOPAUSA

Età……. Spontanea ▫ Chirurgica ▫ Altro……

Terapia Ormonale si☐ no☐

se si → ☐ Sostitutiva ☐ Locale Da quanto tempo……

ANAMNESI URO-GINECOLOGICA

Interventi ginecologici/uro-ginecologici: ☐ Sì ☐ No → Quali: ……

Patologie pelviche note: ☐ Sì ☐ No → Diagnosi: ……

Disturbi intestinali: ☐ No ☐ Stipsi ☐ Incontinenza fecale ☐ Altri: ……..

Dolore pelvico: ☐ Sì ☐ No → Localizzazione/Intensità: ……..

Farmaci assunti, dannosi per il perineo:

- ☐ Miorilassanti (*Diazepam, Baclofene, Tizanidina…*)
- ☐ Benzodiazepine e Sedativi (*Lorazepam, Alprazolam, Zolpidem…*)
- ☐ Antidepressivi (*Amitriptilina, Nortriptilina, Fluoxetina, Sertralina…*)
- ☐ Antipsicotici (*Olanzapina, Risperidone, Clozapina…*)
- ☐ Farmaci ormonali (*Anastrozolo, Tamoxifene, terapia anti-androgenica…*)
- ☐ Oppioidi (*Morfina, Ossicodone, Tramadolo…*)
- ☐ Diuretici (Furosemide, Idroclorotiazide…)
- ☐ Chemioterapici/Radioterapia
- ☐ Farmaci Cardiovascolari beta-bloccanti o alfa-bloccanti

Disturbi urologici: ☐ Urgenza ☐ Frequenza ☐ Incontinenza ☐ Ritenzione

POSSIBILITA' DI INTERROMPERE LA MINZIONE SI▫ NO▫

PRESENZA DI INCONTINENZA URINARIA SI▫ NO▫ Da quanto tempo……

Quando insorge:

Tosse o starnuto ▫

Corsa o deambulazione ▫

Ortostatismo ▫

Cambiamento di posizione ▫

Minzione imperiosa ▫

Incontinenza da urgenza ▫

Durante sforzi ▫

PROTEZIONI SI▫ NO▫

QUANTITA' DELLA PERDITA DI URINA Scarsa☐ Media☐ Abbondante☐

FUGHE Saltuarie☐ Frequenti☐

1^ VALUTAZIONE OBIETTIVA DEL PAVIMENTO PELVICO

Ispezione Esterna

- Aspetto perineale: ☐ Normale ☐ Alterato → Specificare: .....
- Cicatrici / aderenze: ☐ Sì ☐ No → Localizzazione: .....
- Prolasso visibile: ☐ Sì ☐ No → Grado: ……

Statica Pelvica

- Beanza vulvare ☐ Sì ☐ No
- Isteroptosi ☐ Sì ☐ No
- Rettocele ☐ Sì ☐ No
- Cistocele ☐ Sì ☐ No
- Distanza ano-vulvare ☐ <2,5 cm ☐ >2,5 cm

Test funzionali

- Squeeze test (tenuta volontaria): ☐ Adeguata ☐ Ridotta ☐ Assente
- Endurance (durata contrazione): _____ sec
- Contrazioni muscolari rapide: ☐ Presenti ☐ Assenti
- Coordinazione muscolare: ☐ Buona ☐ Disorganizzata
- Inversione comando perineale: ☐ Sì ☐ No

Palpazione

- Forza muscolare (scala Oxford 0–5): ……
- Tono a riposo: ☐ Normale ☐ Ipotono ☐ Ipertono
- Trigger point: ☐ Sì ☐ No → Dove: ……..
- Dolorabilità: ☐ Sì ☐ No → VAS: ___/10

Valutazione Totale ☐0 ipofunzione grave ☐1 ipofunzione moderata ☐2 funzione sufficiente

☐3 funzione muscolare ottimale ☐4 iperfunzione moderata ☐5 iperfunzione grave

☐ CON sinergie addominali e glutee

☐ SENZA sinergie addominali e glutee

2

2^VALUTAZIONE

1. Sintomatologia riferita:

☐ Incontinenza urinaria
☐ Urgenza minzionale
☐ Incontinenza fecale
☐ Dolore pelvico
☐ Sensazione di peso vaginale
☐ Dispareunia
☐ Altro: ……

2. Rispetto alla seduta precedente riferisce:

☐ Miglioramento
☐ Stabile
☐ Peggioramento
Note: ……

3. Compliance e aderenza al trattamento:

- Esercizi a domicilio svolti:
  ☐ Sempre ☐ Spesso
  ☐ Raramente ☐ Mai
- Difficoltà incontrate:
  ☐ Nessuna ☐ Tecnica
  ☐ Dolore ☐ Motivazione
  ☐ Altro: ……

4. Valutazione Funzionale del Pavimento Pelvico:

▪ Forza muscolare (Scala Oxford 0–5):
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
▪ Endurance (durata contraz. volontaria):
☐ <3 sec ☐ 3–5 sec ☐ >5 sec
▪ Numero di ripetizioni efficaci:
☐ 0–3 ☐ 4–6 ☐ >6
▪ Coordinazione contrazione/rilasciamento:
☐ Adeguata ☐ Parziale ☐ Assente
▪ Tono muscolare a riposo:
☐ Normotono ☐ Ipotono ☐ Ipertono
▪ Trigger point:
☐ Assenti ☐ Presenti → Sede: ……
▪ Dolore alla palpazione:
☐ Assente ☐ Lieve ☐ Moderato ☐ Intenso
→ VAS: ___ /10

5. Obiettivi specifici della seduta:

☐ Rinforzo muscolare
☐ Educazione al rilasciamento
☐ Coordinazione perineale
☐ Gestione dolore
☐ Addestramento minzionale
☐ Altro: ……

6. Valutazione complessiva della seduta:

Risposta al trattamento:
☐ Positiva
☐ Discreta
☐ Scarsa
☐ Nessuna risposta

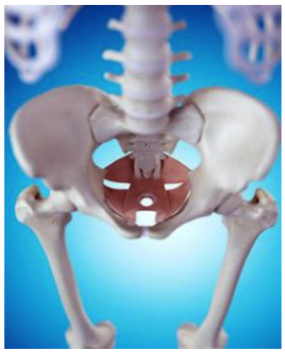
Conclusione-Prossimi passi:

☐ Proseguire come da programma
☐ Adattare piano terapeutico
☐ Interruzione / follow-up

3

SALUTE DEL PAVIMENTO PELVICO

SCHEDA DI ESERCIZI CONSIGLIATI DALL'OSTETRICA

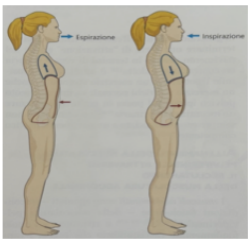


Esercizi da svolgere DOPO essere andate in bagno e aver urinato

Esercizi da fare ….. volte a settimana

Da eseguire in posizione :
□ libera (nella posizione in cui ti trovi più comoda)
□ supina (stenditi sulla schiena, con la pancia verso il soffitto e le gambe piegate)
□ seduta (mantieni la schiena dritta con le gambe che scendono senza incrociarsi)
□ in piedi

….. **contrazioni lunghe**



Ricordati che le contrazioni lunghe sono da fare in espirazione, mentre soffi l'aria dalla bocca (come nell'immagine).
Quando fai una contrazione lunga, fai due respiri profondi di riposo prima di andare avanti con quella dopo.
Cerca di non stringere la pancia, non muovere le gambe e il sedere.

….. secondi di **contrazioni veloci**

Ricordati anche questa volta di non trattenere il respiro, ma di respirare normalmente e di far lavorare solo i muscoli del tuo perineo.
Non fare questo esercizio con contrazioni troppo veloci, cerca di controllare i tuoi muscoli.

Per quanto tempo? ……

SCHEDA DI MANTENIMENTO

Ricordati che il pavimento pelvico è una porzione molto importante del corpo, specialmente in quello di una donna. Ci sono piccoli gesti quotidiani che puoi fare per proteggere questi muscoli e aiutarli a funzionare meglio.

Le buone abitudini da ricordare ogni giorno:

Durante la giornata

- Cerca di non mantenere per tanto tempo la stessa posizione
- Se riesci dedica ogni giorno tempo per camminare, anche una passeggiata leggera aiuta la circolazione e i muscoli profondi del tuo perineo
- Cerca di mantenere la tua pancia di una dimensione non voluminosa, per non appesantire la pressione sui muscoli del tuo pavimento pelvico (il peso danneggia il perineo)
- Bevi acqua durante il giorno, almeno 1,5 litri (meglio l'acqua del rubinetto!)
- Cerca di mangiare alimenti ricchi di fibre che aiutino la tua attività intestinale, come frutta, verdura o legumi
- Mantieni una corretta igiene intima: non depilarti (i peli proteggono la tua vagina dai batteri esterni), lava i tuoi genitali massimo 2 volte al giorno (mattina e sera, con il sapone, ma ricordati di non lavarti mai all'interno della vagina per non disturbare il suo equilibrio) e non utilizzare i salvaslip.

Quando vai in bagno

- Non trattenere troppo a lungo urina e feci, quando senti lo stimolo di andare in bagno cerca di ascoltarlo per evitare ritenzione e stitichezza che causerebbero fastidi e dolori
- Cerca di stare in bagno per un tempo massimo di 5 minuti, se ti accorgi che senza spingere non riusciresti ad evacuare, allora non è ancora il momento giusto. Riprova dopo qualche ora, senza spingere.

Ecco le giuste posizioni per come sedersi mentre si urina e mentre si evacua :

Per urinare
(mantieni saldi i piedi per terra)

Per evacuare
(mettiti in punta di piedi per aiutare il tuo perineo)

Quando tossisci, starnutisci o sollevi qualcosa di pesante

- Prova a ricordarti di contrarre i muscoli del tuo pavimento pelvico prima di tossire o starnutire, questo è un gesto piccolo ma di grande valore per la salute del tuo perineo
- Se devi sollevare qualcosa di pesante, attiva prima la tua muscolatura interna mantenendo la schiena dritta, quindi piega le ginocchia

Quarto Capitolo – Risultati e Conclusioni

Questo progetto di tesi fa trasparire il valore di un primo tentativo di introdurre un'attività strutturata di rieducazione perineale all'interno del contesto carcerario femminile della Casa Circondariale Rocco d'Amato di Bologna.

Grazie alla collaborazione con il personale sanitario della struttura e con l'ostetrica Zani, figura indispensabile per rispondere al bisogno di cura delle donne detenute, è stato possibile avviare un percorso educativo concreto di presa di consapevolezza rivolto alle carcerate. Emerge come la capacità dell'ostetrica di avvalersi delle sue competenze per costruire una relazione terapeutica con la donna e favorirne l'empowerment sia stata la chiave di lettura che ha indirizzato la pianificazione e l'andamento di questo progetto.

Il materiale appositamente creato e preparato, costituito da schede informative e strumenti pratici di supporto per l'ambulatorio, adattate con le opportune modifiche per la popolazione a cui è dedicato, è stato accolto con curiosità ed interesse, mostrandosi valido nel facilitare la comprensione e la partecipazione attiva da parte delle utenti.

L'impiego della cartella clinica e delle schede, punto centrale su cui si concentra materialmente il progetto di intervento nel contesto detentivo, permette di rendere le sedute strutturate in modo chiaro e accessibile, costruendo un percorso più continuativo che può essere modellato a seconda delle diverse esigenze delle donne. L'ostetrica ha comprovato la validità di questo approccio, sottolineando come i documenti da noi realizzati contribuiscano al compimento di una pianificazione più fruibile e funzionale anche in un contesto complesso come quello carcerario.

Appare chiaro poi come l'introduzione di un percorso ambulatoriale dedicato alla rieducazione perineale in carcere possa avere un impatto notevole sulla salute e sul benessere delle donne detenute. La salute perineale, talvolta trascurata o poco considerata nei percorsi sanitari tradizionali, si arricchisce di un significato

ancora più rimarchevole in un ambiente in cui l'accesso ai servizi di prevenzione e cura è limitato. Promuovere la consapevolezza del proprio corpo, fornire informazioni e strumenti per il rinforzo muscolare del pavimento pelvico, grazie ai gruppi educativi di incontro e alle sedute di counselling in ambulatorio, favorendo il dialogo su temi legati anche alla sessualità e alla salute femminile, contribuisce a migliorare la qualità della vita all'interno del carcere. Le strategie scelte per concretizzare l'intervento all'interno della Casa Circondariale si impegnano anche a gettare le fondamenta per un percorso di cura e autodeterminazione che può proseguire dopo la detenzione.

Il progetto rappresenta inoltre un esempio di integrazione tra salute, educazione e sostegno dei diritti della popolazione carceraria femminile, dimostrando come anche in ambienti difficili, adoperando un approccio professionale di apertura, volto all'incoraggiamento della cura del proprio benessere, si possano creare spazi terapeutici di ascolto. Il coinvolgimento attivo delle donne, il riscontro positivo ottenuto e la propositività degli operatori sanitari lasciano trapelare floride prospettive di implementazione futura che possano arricchire e far fiorire lo studio avviato.

Tuttavia, nonostante gli incoraggianti risultati positivi riscontrati e l'interesse suscitato nelle partecipanti, durante il percorso sono emerse, come già evidenziato, alcune difficoltà e limitazioni che non devono essere trascurate, per poter così individuare pienamente le possibilità di miglioramento del progetto stesso e comprenderne la portata. Il primo ostacolo incontrato riguarda la necessità di operare in un ambiente stressogeno intrinseco al contesto, che condiziona lo stile di vita delle detenute e, di conseguenza, anche le problematiche pelviche associate, di natura fisica e psicosomatica. Varcando i cancelli che delimitano il confine tra la struttura detentiva e il mondo libero, ci si immerge in un luogo che ha inciso anche sulla qualità dei colloqui ambulatoriali, resi spesso più complessi dalle dinamiche emotive e relazionali proprie del

carcere. Un ulteriore limite è rappresentato dall'esigenza di dover adattare gli interventi alle specificità logistiche e materiali della struttura, trasformando le nostre idee in iniziative concretamente agibili, non potendo proporre ed applicare metodiche tipiche di un consueto ambulatorio specializzato in rieducazione perineale. Gli spazi ridotti, la limitata disponibilità di strumenti e l'organizzazione delle attività secondo le tempistiche e le regole dell'istituto hanno richiesto una continua rielaborazione del piano operativo, influenzando la frequenza e la durata delle sedute. Sul piano comunicativo poi, si è riscontrata l'urgenza di adottare un linguaggio semplice ed accessibile, capace di superare barriere legate alla diffidenza iniziale nei confronti del personale sanitario e alla carenza di conoscenze specifiche per una bassa alfabetizzazione sanitaria tra le donne coinvolte. Infine, un limite significativo è stato individuato in una continuità assistenziale frequentemente interrotta dai ripetuti trasferimenti delle detenute in altre strutture, che continuano a sospendere i percorsi avviati, rendendo ancora più complessa la valutazione dei progressi e la costruzione di un piano di sostegno terapeutico nel tempo.

Per stabilire l'evoluzione del progetto e il suo miglioramento nel tempo, risulta necessario individuare alcuni indicatori che consentano di monitorarne l'efficacia e garantire la sostenibilità dell'ambulatorio presente nella struttura e dedicato alla salute pelvica. Ad esempio, sarà utile tenere conto della partecipazione attiva delle donne detenute, la frequenza degli incontri e la regolarità delle sedute, nonché il grado di comprensione e di coinvolgimento rilevato durante le iniziative proposte. Ulteriori fattori considerabili come indici di approvazione delle utenti alle attività offerte dall'ostetrica Zani potranno riguardare il livello di gradimento percepito, la consapevolezza acquisita in merito alla salute perineale e i benefici soggettivi riferiti in termini di benessere corporeo. Dal punto di vista organizzativo, la sostenibilità dell'iniziativa potrà essere misurata tramite l'analisi della collaborazione del personale sanitario, la disponibilità di spazi e materiali adeguati e la capacità dell'ambulatorio ostetrico di mantenere una certa continuità

assistenziale nonostante la mobilità delle detenute. Il monitoraggio di questi elementi consentirà di delineare la reale incidenza del progetto e di orientare eventuali azioni correttive o di potenziamento, così che l'ambulatorio possa consolidarsi come risorsa stabile e integrata, come punto di riferimento per le donne abitanti la Casa Circondariale di Bologna.

In conclusione, si auspica che esperienze come quella qui descritta possano essere replicate e sistemizzate all'interno di altri istituti penitenziari, diventando parte integrante dei percorsi di tutela della salute femminile in carcere. Un incremento in questa direzione rappresenterebbe non solo un atto di civiltà, ma anche un passo concreto verso una sanità più inclusiva e realmente orientata al benessere di tutte le donne, indipendentemente dalla loro condizione sociale o giuridica.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Primo Capitolo

1: Consiglio d'Europa. Salute – Compass: Manuale per l'educazione ai diritti umani con i giovani (Internet). Strasburgo: Consiglio d'Europa (cited May 13). Available from: https://www.coe.int/it/web/compass/health

2: Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO). Codice deontologico dell'ostetrica/o [Internet]. Roma: FNOPO; 28 luglio 2017 [cited 2025 May 13]. Available from: https://www.fnopo.it/notizie/codice-deontologico/codice-deontologico-dell-ostetrica-o

3: Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO). Chi è l'ostetrica [Internet]. Roma: FNOPO; Ultimo aggiornamento: 13 aprile 2023 [cited 2025 May 13]. Available from: https://www.fnopo.it/chi-e-l-ostetrica

4: Antigone. Nodo alla gola – Ventesimo rapporto sulle condizioni di detenzione [Internet]. Roma: Associazione Antigone; aprile 2024 [cited 2025 May 15]. Available from: https://www.rapportoantigone.it/ventesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/

5: Antigone. Dalla parte di Antigone: primo rapporto sulle donne detenute in Italia [Internet]. Roma: Associazione Antigone; aprile 2023 [cited 2025 May 16]. Available from: https://www.rapportoantigone.it/primo-rapporto-sulle-donne-detenute-in-italia/

6: Ministero della Giustizia. [Regole di Bangkok – Nazioni Unite donne detenute e donne autrici di reato in misura non detentiva] [Internet]. Roma: Ministero della Giustizia; luglio 2010 [cited 2025 May 18]. Available from: https://www.giustizia.it/giustizia/page/it/pubblicazioni_studi_ricerche_testo_selezionato?contentId=SPS1188464

7: World Health Organization. Prisons and health [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289050593

8: Ministero della Giustizia. Rassegna penitenziaria e criminologica [Internet]. Roma: Ministero della Giustizia; aprile 2024 [cited 2025 May 20]. Available from: http://www.rassegnapenitenziaria.it

9: World Health Organization. Prisons and health [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 [cited 2025 May 20]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/128603

10: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico [Internet]. Firenze: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; aprile 2015 [cited 2025 May 22]. Available from: https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2015/carcere_2015_definitivo.pdf

11: Harm Reduction International. HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: Human rights, minimum standards and monitoring at the European and international levels [Internet]. London: Harm Reduction International; febbraio 2016 [cited 2025 May 22]. Available from: https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_PrisonProjectReport_FINAL.pdf

Secondo Capitolo

12: Ministero della Giustizia. Dettaglio scheda istituto: [Casa Circondariale Rocco d'Amato di Bologna [Internet]. Roma: Ministero della Giustizia; [data

pubblicazione sconosciuta] [cited 2025 May 25]. Available from: https://www.giustizia.it/giustizia/it/dettaglio_scheda.page?s=MII172508

13: Associazione Antigone. Casa Circondariale di Bologna “Dozza” [Internet]. Bologna: Associazione Antigone; [data pubblicazione sconosciuta] [cited 2025 May 26]. Available from: https://www.antigone.it/osservatorio_detenzione/emilia-romagna/84-casa-circondariale-di-bologna-dozza

14: Giraudo D, Lamberti G. Incontinenza urinaria femminile – Manuale per la riabilitazione – Seconda Edizione. Milano: Edi.Ermes; marzo 2021

15: Comitato Nazionale per la Bioetica. La salute dentro le mura [Internet]. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; [data pubblicazione sconosciuta] [cited 2025 May 27]. Available from: https://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri/la-salute-dentro-le-mura/

16: PubMed - Augustina SJ, Suganthirababu P, Rajagopal V, Kumaresan A, Srinivasan V, Ramana K, Kamalakannan M, Alagesan J, Prathap L. Pelvic floor dysfunction and its impact on quality of life among female health care employees. Work. 2023;74(3):1055-1059. doi: 10.3233/WOR-211125.

17: International Continence Society. Incontinence 6th Edition [Internet]. Bristol: International Continence Society; 2017 [cited 2025 May 30]. Available from: https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf

18: World Health Organization. Prisons and health [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 [cited 2025 May 31]. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/12fdb499-733d-4614-aafc-88dcbbb3c829/content

19: PubMed - Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Oct 4;(10): CD005654. PMID: 30288727.

20: Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn. 2010;29(1):4-20. PMID: 19937315.

21: Ministère des Solidarités et de la Santé. sante.gouv.fr [Internet]. Rééducation périnéale postnatale. Paris: Gouvernement français; 2020 [cited 2025 June 02]. Available from: https://sante.gouv.fr

22: NHS England. Implementation guidance: Perinatal Pelvic Health Services [Internet]. London: NHS England; 20 December 2023 [cited 2025 June 03]. Available from: https://www.england.nhs.uk/long-read/implementation-guidance-perinatal-pelvic-health-services/

23: APTA Pelvic Health (Academy of Pelvic Health Physical Therapy). APTA Pelvic Health [Internet]. Arlington (VA): APTA Pelvic Health; 2021 [cited 2025 June 03]. Available from: https://www.aptapelvichealth.org/

24: World Health Organization. Life-course approach to women's health: good practices from Nordic countries [Internet]. England: WHO; 2022 [cited 2025 June 05]. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9f974e5a-de89-4e53-87a5-e25e5f88f1d1/content

25: United Nations Population Fund. SRHR Full Toolkit [Internet]. England: UNFPA; 2024 [cited 2025 June 05]. Available from: https://www.unfpa.org/modules/custom/unfpa_global_uhc/assets/pdfs/SRHR-Full-Toolkit-final-240513.pdf

26: Regione Emilia-Romagna. Piano regionale della prevenzione (PRP) 2021-2025 [Internet]. Bologna: Regione Emilia-Romagna; [ultima modifica 7 ottobre 2025] [cited 2025 June 05]. Available from: https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp

27: Assemblea Legislativa Regione Emilia-Romagna. Risoluzione (atto indirizzo n. 435) per l'attivazione, in ogni ospedale regionale, di un ambulatorio di uroginecologia e rieducazione perineale [Internet]. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2025 Apr 3 [cited 2025 June 07]. Available from: https://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/articolo?urn=er:assemblealegislativa:attoindirizzo:12;435

28: Azienda USL di Bologna. Riabilitazione piano perineale (x seduta ciclo di 8) [Internet]. Bologna: AUSL Bologna; 2024 [cited 2025 June 08]. Available from: https://www.ausl.bologna.it/guida-ai-servizi/luoghi/14875/321633

29: Azienda USL di Bologna. Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali [Internet]. Bologna: Azienda USL di Bologna; 2023 [cited 2025 June 09]. Available from: https://assr.regione.emilia-romagna.it/leggi-atti-bandi/normativa/assist-territoriale/pdta

30: Raccomandazioni su prevenzione, riconoscimento e cura del trauma perineale ostetrico. Bologna: Fondazione Confalonieri Ragonese; 2024 Apr. [cited 2025 June 10]. Available from: https://www.sigo.it/wp-

content/uploads/2024/05/Raccomandazioni_PrevenzioneTraumaPerinealeOs.pdf

31: Azienda USL di Modena. Percorso nascita [Internet]. Modena: Azienda USL di Modena; 2023 [cited 2025 June 12]. Available from: https://www.ausl.mo.it/servizi-e-prestazioni/percorsi-di-cura-e-assistenza/percorso-nascita/

32: Azienda USL della Romagna. Ambulatorio di proctologia e disturbi del pavimento pelvico di Cesena [Internet]. Cesena: Azienda USL della Romagna; 2023 [cited 2025 June 13]. Available from: https://www.auslromagna.it/azienda/organizzazione/dipartimenti/chirurgico-e-grandi-traumi-cesena/day-surgery-cesena/luoghi/ambulatorio-di-proctologia-e-disturbi-del-pavimento-pelvico-cesena

33: Legge 29 luglio 1975, n. 405. Istituzione dei consultori familiari. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 1975 Aug 27;227. Available from: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/08/27/075U0405/sg

34: Regione Emilia-Romagna. Consultori familiari [Internet]. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2023 [cited 2025 June 15]. Available from: https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/consultori/consultori-familiari

35: Azienda USL di Bologna. Il percorso nascita [Internet]. Bologna: Azienda USL di Bologna; 2023 [cited 2025 June 16]. Available from: https://www.ausl.bologna.it/cit/gravidanza-e-allattamento/il-percorso-nascita

36: Azienda USL di Bologna. Riabilitazione piano perineale (x seduta ciclo di 8) [Internet]. Bologna: AUSL Bologna; 2024 [cited 2025 June 16]. Available from: https://www.ausl.bologna.it/guida-ai-servizi/luoghi/14875/321633

37: Azienda USL di Modena. Consultori familiari [Internet]. Modena: Azienda USL di Modena; 2024 [cited 2025 June 17]. Available from: https://www.ausl.mo.it/azienda/dipartimenti-territoriali/dipartimento-cure-primarie/consultori/

38: Azienda USL della Romagna. Sito ufficiale [Internet]. Ravenna: Azienda USL della Romagna; 2023 [cited 2025 June 17]. Available from: https://www.auslromagna.it

39: Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico (FINCOPP). Centri di incontinenza urinaria [Internet]. Roma: FINCOPP; 2023 [cited 2025 June 18]. Available from: https://fincopp.org/centri-incontinenza-urinaria/

40: International Continence Society. ICS Standards 2024. Bristol: International Continence Society; 2024. [cited 2025 June 18]. Available from: https://www.ics.org/Publications/ICS%20Standards%202024.pdf

41: Società Italiana di Urodinamica. SIUD. 2024 [cited 2025 June 20]. Available from: https://siud.it

Terzo Capitolo

42: Giraudo D, Lamberti G. Incontinenza urinaria femminile – Manuale per la riabilitazione – Seconda Edizione. Milano: Edi.Ermes; marzo 2021

43: Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI), Associazione Ginecologi Universitari Italiani (AGUI). Raccomandazioni su Prevenzione, Riconoscimento e Cura del Trauma Perineale Ostetrico. Fondazione Confalonieri Ragonese; 2024 Apr 20. [cited 2025 June 20]. Available from: https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2024/05/Raccomandazioni_PrevenzioneTraumaPerinealeOs.pdf

44: PubMed - Sato A, Fukuda S. A prospective study of frequency and characteristics of cough during ACE inhibitor treatment. Clin Exp Hypertens. 2015;37(7):563–8. doi: 10.3109/10641963.2015.1026040. [cited 2025 June 22]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25992489/

45: PubMed - Vollebregt PF, Hooper RL, Farmer AD, Miller J, Knowles CH, Scott SM. Association between opioid usage and rectal dysfunction in constipation: A cross-sectional study of 2754 patients. Neurogastroenterol Motil. 2020 Jul;32(7):e13839. doi: 10.1111/nmo.13839. [cited June 22]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32167628/

46: PubMed - Surmachevska N, Tiwari V. Corticosteroid-induced myopathy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. [cited 2025 July 04]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32491663/

47: PubMed - Suria A, Lam J, Kwan J, Chia J, et al. Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on pelvic floor muscle regeneration in a preclinical birth injury rat model. Am J Obstet Gynecol. 2024;230(4):432.e1-432.e14. [cited 2025 July 06]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38065378/

48: PubMed - Stoniute A, Madhuvrata P, Still M, Barron-Millar E, Nabi G, Omar MI. Oral anticholinergic drugs versus placebo or no treatment for managing

overactive bladder syndrome in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2023 May 9;5(5): CD003781. [cited 2025 July 08]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37160401/

49: PubMed - Haeusler G, Leitich H, van Trotsenburg M, Kaider A, Tempfer CB. Drug therapy of urinary urge incontinence: a systematic review. Obstet Gynecol. 2002;100(5 Pt 1):1003-16. [cited 2025 July 10]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12423868/

50: PubMed - Peerzada MN, Shand F, Puri V, et al. Urinary incontinence in women: impact of overactive bladder symptoms and anticholinergic burden on quality of life (protocol for systematic review and meta-analysis). BMC Women's Health. 2017;17:57. [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5662229/

Ringraziamenti

Terminati questi tre anni mi rendo conto di aver camminato per un sentiero tortuoso.
Una strada che mi ha regalato soddisfazioni e che mi ha fatta al tempo stesso sentire come sospesa nel vuoto in bilico su di una sottile fune trasparente.
Sarebbero stati anni ancora più complicati senza il supporto e l'Amore della mia famiglia, senza le Amicizie incontrate durante il percorso e senza la forza interiore che ho (ri)scoperto di conservare, ma che forse avevo nascosto in qualche angolo buio.

Essere Ostetrica significa tante cose insieme, ma soprattutto significa essere al fianco della Donna con tutta la nostra umanità, empatia e disponibilità.
Significa ascoltare e sapersi far ascoltare.
Significa comunicare con lo sguardo, con il tocco di una mano e con il silenzio.
Significa essere Palombari leggeri e delicati.
Giunta alla conclusione di questo mio percorso universitario e soprattutto dei mesi di tirocinio in Sala Parto, riconosco chi mi ha mostrato ed insegnato questi valori.
Grazie Arianna, Gaia e Lucia.
Auguro a chi intraprende questa strada di salite e discese di capire cosa significa e di trovare persone che, come per me, possano dimostrarlo con fragilità, pazienza e cura.

Grazie a chi mi è stato vicino, a chi ha pianto con me, a chi mi ha asciugato le lacrime, a chi mi ha fatta commuovere, a chi ha accolto la mia rabbia tra le sue braccia.
Grazie a chi mi ha dato coraggio.
Grazie a chi mi aiuta a continuare a cercare la Me Adulta.
Grazie a chi, in questo momento, è qui con me
e a chi non ha mai smesso di esserci anche se non fisicamente.

So che il mio sentiero sta aspettando di essere ancora segnato dai miei passi, ma ho imparato l'importanza di fermarsi e concentrarsi nel qui ed ora
ed oggi sono felice.