

**PERCORSO PER LE MUTILAZIONI DEI GENITALI FEMMINILI
SUL TERRITORIO TOSCANO**

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 14 del 15/06/2023



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Prof. Stefano Grifoni

Supporto amministrativo:
Roberta Bottai
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).
L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>
Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte.

PDTA per le Mutilazioni dei Genitali Femminili

Gruppo di lavoro

Caldes Maria Jose, Catania Lucrezia, Chiappinelli Elisa, Del Bravo Barbara, Dubini Valeria, Iossa Anna, Losi Stefania, Mancini Isabella, Maggiali Arianna, Musse Ali Nura, Petraglia Felice, Puppo Alessandra, Simoncini Tommaso, Torricelli Francesca, Vignozzi Linda.

Indice

	Pag
Premessa	3
Paesi interessati	4
Il contesto di riferimento in Regione Toscana	6
Proposta PDTA: Flow chart dei PDTA	9
Centro di riferimento regionale per le MGF e la chirurgia ricostruttiva apparato genitale femminile AOU Pisana	11
Consultori Principali e Secondari	13
UO Ostetricia -Ginecologia e Punti Nascita	14
Pediatrì	14
Medico di medicina generale	15
CRRV- AOU-Meyer Gaia	15
Centro di riferimento regionale per la violenza e l'abuso sulle donne adulte e minori AOU Careggi	16
Pronto soccorso Codice Rosa	16
ISPRO	17
Servizio Psicologico	17
Servizio Sociale	18
Associazioni di volontariato impegnate popolazioni migranti	19
Tribunale per i Minorenni – Procura della Repubblica	19

Formazione e Sensibilizzazione	20
Tavolo regionale	20
Indicatori	21
Bibliografia	21

<u>ALLEGATI</u>	24
-----------------	----

1. Le mutilazioni genitali femminili in Toscana. Commissione Regionale Pari Opportunità – Regione Toscana 2023
2. Centro di Riferimento per le MGF e la chirurgia ricostruttiva apparato genitale femminile AOU Pisana.
3. Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio. Approvate con la DGR n. 619 del 2016.
4. Il ruolo della psicologia.
5. Progetto formativo del tavolo regionale sulla problematica delle MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI.
6. Centro di riferimento regionale per le MGF di Careggi.

Premessa

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) comprendono tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni o altre lesioni agli organi genitali femminili (come la sutura delle grandi labbra o la lesione del clitoride) per motivi non medici. Oltre a non avere alcun beneficio per la salute, le MGF interferiscono con le normali funzioni corporee e possono avere un effetto negativo su diversi aspetti della vita di una donna, tra cui la sua salute fisica, mentale e sessuale e il suo rapporto con il partner. Le bambine e le donne che sono sottoposte a MGF soffrono le conseguenze di queste procedure per tutta la vita.

Le MGF violano una serie di principi consolidati in materia di diritti umani, tra cui i principi di uguaglianza e non discriminazione sulla base del sesso, il diritto alla vita quando la procedura porta alla morte e il diritto alla libertà dalla tortura o da trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti, nonché i diritti del bambino.

Nell'ambito dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) previsti **dall'Agenda 2030 dell'ONU**, la comunità globale si è posta l'obiettivo di **abbandonare la pratica delle mutilazioni genitali femminili entro il 2030**.

Con la legge del 9 gennaio 2006 n. 7, la **legislazione italiana** ha istituito **il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile (MGF), prevedendo la reclusione da 4 a 12 anni**. Pena che viene aumentata di un terzo se la mutilazione viene compiuta su una minorenne, nonché in tutti i casi in cui viene eseguita per fini di lucro. Per i medici è previsto un massimo di 10 anni di cancellazione dall'Ordine.

La legge inoltre sostiene la **promozione di numerose attività di contrasto delle pratiche di MGF** e la predisposizione **di campagne d'informazione rivolte agli immigrati che provengono dai Paesi in cui tali pratiche sono effettuate**, allo scopo di diffondere la conoscenza dei diritti fondamentali della persona e il divieto che vige in Italia delle pratiche di mutilazione genitale femminile.

Prevede inoltre **iniziative volte alla sorveglianza e prevenzione**, soprattutto nei confronti delle figlie delle donne che hanno già subito mutilazioni nel Paese d'origine, nonché ***l'emanazione di linee guida per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.***

La legge prevede inoltre risorse finanziarie destinate alla formazione, ma anche a campagne di informazione e di divulgazione della cultura dei diritti umani e del diritto all'integrità della persona.

La pratica delle MGF, diffusa in 30 Paesi dell'Africa e in alcuni Paesi dell'Asia e del Medio Oriente, interessa oggi una popolazione molto ampia in tutto il mondo a causa delle migrazioni internazionali. Nei paesi in cui è praticata è stimato che più di 200 milioni di ragazze e donne

vivano con una qualche forma di mutilazione genitale. Inoltre, ogni anno, circa 3 milioni di ragazze, nella maggior parte dei casi prima dei 15 anni d'età, rischiano di subire mutilazioni genitali.

Paesi interessati

Le MGF sono praticate, con tipologie e percentuali diverse, in Africa (vedi elenco in tabella), e in specifiche aree geografiche di Asia e Medio Oriente come Yemen, Iraq, Kurdistan, Indonesia, Malesia. Esperienze professionali riportate da esperti che hanno contribuito alla stesura del presente documento, hanno riscontrato la presenza di MGF anche tra la popolazione Embera di Puerto Rico in Colombia. Distinguere i paesi e i tipi di MGF è molto importante per la differente gravità delle complicanze ad esse legate e per i diversi livelli di assistenza richiesti. Stime recenti indicano che il 90% dei casi di MGF nel mondo è rappresentato dai tipi I, II e IV. Mentre il tipo III (infibulazione) riguarda il 10%.

Country	Prevalence (%)	Type performed
Most reliable estimates		
Burkina Faso	72	Type II
Central African republic	43	Types I & II
Ivory Coast	43	Type II
Egypt	97	Type I (17%) Type II (72%) Type III (9%)
Eritrea	95	Type I (64%) Type II (4%) Type III (34%)
Guinea	99	Type II
Kenya	38	Type I & II Type III practiced in eastern regions
Mali	94	Type I (52%) Type II (47%), Type III in southern Mali (1%)
Niger	5	Type II
Nigeria	25	Type I Type II predominant in south Type III only in north
Somalia	98–100	Type III
Sudan	89	Type I (15%) Type II (3%) Type III (82%)
Tanzania	18	Type I & II
Togo	12	Type II
Yemen	23	No data
Other estimates		
Benin	50	Type II
Chad	60	Type II Type III only in the north
Ethiopia Somalia	85	Types I & II Type III in regions bordering Sudan and
Gambia	80	Type II
Ghana	30	Type II
Liberia	60	Type II
Senegal	20	Type II
Sierra Leone	90	Type II
Questionable estimates		
Cameroon	20	Type I & II
Dem Rep Congo	5	Type II
Djibouti	98	Type II & III
Guinea-Bissau	50	Types I & II
Mauritania	25	Types I & II
Uganda	5	Types I & II

Il contesto di riferimento in Regione Toscana (Vd. All. 1 - Relazione CRPO 2023)

Il Consiglio Regionale della Toscana con risoluzione nr. 117/2021 ha invitato la Commissione Regionale Pari Opportunità ad effettuare un approfondimento specifico sul fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Toscana al fine di valutare quali azioni possono essere intraprese direttamente a livello regionale per contrastare questa violazione del corpo delle donne.

In questo percorso di valutazione sulle MGF in Toscana la Commissione ha voluto ricostruire la rete che formalmente ed informalmente nell'ultimo decennio ha lavorato nella nostra Regione per prevenire questa pratica e curare chi vi è stato sottoposto: i soggetti del sistema sanitario regionale che, a vario titolo, hanno lavorato sul fenomeno delle mutilazioni e in generale sulla salute dei migranti con particolare riferimento al Centro di Salute Globale dell'AOU Meyer, l'associazione Onlus Nosotras componente del Tavolo regionale multidisciplinare per le MGF (DGRT n. 500/2006) il cui scopo era di mettere in atto azioni mirate sia alla prevenzione delle mutilazioni genitali femminili che allo sviluppo di protocolli operativi e procedure relativi alle specifiche problematiche.

La RT ha supportato l'organizzazione di attività dedicate al problema MGF emergente con la crescita dei flussi migratori, con la creazione di un centro di riferimento regionale dedicato al problema, collocato presso la AOU Careggi, e stimolando la collaborazione con altre realtà istituzionali con un interesse in questa area, quali l'IRCCS Meyer, l'ITT, le strutture consultoriali del territorio regionale, nonché con le associazioni di volontariato di riferimento. Grazie all'iniziativa di medici, operatori socio-sanitari e volontari, queste attività hanno portato RT ad essere capofila in Italia e in Europa offrendo un modello di supporto sanitario per la gestione di queste complesse problematiche, mirando ad un approccio ampio, inclusivo degli aspetti sociali, culturali e religiosi che caratterizzano le popolazioni interessate, provenienti da aree molto diverse del mondo.

L'esperienza positiva del **centro di riferimento regionale per le MGF di Careggi** (Vd. All. 6) si è nel tempo esaurita per la cessazione delle attività per pensionamento degli operatori dedicati, e questo ha lasciato un vuoto rilevante dal punto di vista assistenziale. Questo ha determinato una mancata implementazione di percorsi condivisi regionali, con il mantenimento di una offerta di servizi frammentata e discontinua a livello territoriale. Inoltre, ha determinato l'impossibilità di individuare ed inviare in modo tempestivo la casistica appropriata per la gestione diagnostica e terapeutica delle situazioni complesse, mancando un centro di riferimento attivo dotato di tutte le professionalità multidisciplinari necessarie.

Gli operatori sanitari possono quindi trovarsi a dover fornire assistenza sanitaria a questa popolazione.

Gli operatori sanitari hanno il compito di sostenere le ragazze e le donne che si rivolgono a una struttura sanitaria, di fornire loro la migliore assistenza clinica possibile ed evitare di causare loro ulteriori danni. **Ogni contatto con una bambina/ donna che ha subito una MGF**

rappresenta un'opportunità per fornirle informazioni accurate sul suo corpo e sulla sua salute. Purtroppo, gli operatori sanitari spesso non sono consapevoli delle numerose conseguenze negative per la salute delle MGF e generalmente non sono adeguatamente formati per riconoscerle e trattarle correttamente.

È quindi **necessario un aggiornamento delle Raccomandazioni regionali** (DGR 619/2016) da cui questo documento prende origine allo scopo di ricreare un centro di riferimento regionale che possa offrire risposte adeguate alla complessità assistenziale delle donne con MGF, e che possa lavorare in rete con i presidi ospedalieri, i servizi consultoriali e socio-sanitari del territorio regionale in un'ottica di rete interdipendente.

Si rende pertanto necessario prevedere i seguenti passi nel percorso di ristrutturazione della rete assistenziale dedicata alle MGF:

- 1) La istituzione di un centro di riferimento regionale per le mutilazioni genitali femminili e la chirurgia ricostruttiva dell'apparato genitale femminile;
- 2) La creazione di un sistema di rete che connetta il centro di riferimento ai presidi ospedalieri, consultoriali e socio-sanitari;
- 3) La definizione di protocolli operativi e assistenziali condivisi che delineino il corretto modo di gestione locale e di invio verso il centro di riferimento delle donne con MGF, e ancora, attivazione di un **codice LEA**, inserire come **indicatore di salute pediatrica per tutte le bambine e tutti i bambini per la visita degli organi genitali nell'arco di tutta la vita pediatrica**;
- 4) La realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento specifici universitari e post-universitari e nel programma ecm dedicati a coloro che operano su questo tema o in ambiti connessi, per la facilitazione delle relazioni tra le istituzioni e le comunità migranti interessate dal fenomeno;
- 5) Lo sviluppo di percorsi di ricerca clinica e socio-epidemiologica con un'ottica di internazionalizzazione, attraverso le reti esistenti universitarie e della RT, con istituzioni di paesi ad alta prevalenza di MGF;
- 6) La predisposizione di modelli innovativi e sperimentali volti all'attuazione di una strategia di sistema regionale che miri a favorire la prevenzione del fenomeno MGF e l'integrazione sociale di donne e minori vittime o potenziali vittime di tali pratiche;
- 7) La realizzazione di campagne di comunicazione da sviluppare a livello regionale e territoriale con specifica attenzione agli immigrati di nuovo ingresso e alla popolazione proveniente da zone ad alto rischio di MGF.

Inoltre la Commissione Pari Opportunità ritiene urgente aggiunge anche che, stante il contesto mondiale della pratica di MGF, riconosciuta come lesione dei diritti umani la Regione Toscana deve intervenire per riuscire a raggiungere l'obiettivo 5, che la comunità mondiale ha concordato tra gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG), cioè eliminare tutte le pratiche dannose, come il matrimonio infantile precoce e forzato e le MGF /C, entro il 2030.

Riattivare il Tavolo interistituzionale che dovrà essere composto: dalla Commissione regionale per le Pari Opportunità, dalla Commissione regionale di Bioetica, dall'Ordine dei Medici, dall'Ordine delle Ostetriche, dalle Associazioni dei Medici Ginecologi, dal Direttore/ dalla Direttrice del Centro di Riferimento per le MGF, dai responsabili Consultori Principali, dai Presidenti delle Associazioni maggiormente attive e rappresentative su questa delicata problematica (l'Associazione Nosotras, il COSPE, l'Associazione DONNE SOMALE) dalla Responsabile Centro Salute Globale, dalla Responsabile Centro Gaia, dalla responsabile consultorio Persefone, dall'ISPRO, dall'Ordine Assistenti Sociali, dall'Ordine infermieristico, da un rappresentante giurista, da un rappresentante scolastico, dall'ARS, supportato dai funzionari regionali dei settori Diritti e Servizi della Persona in Ospedale, Servizi alla persona sul territorio, Formazione, Governo Clinico.

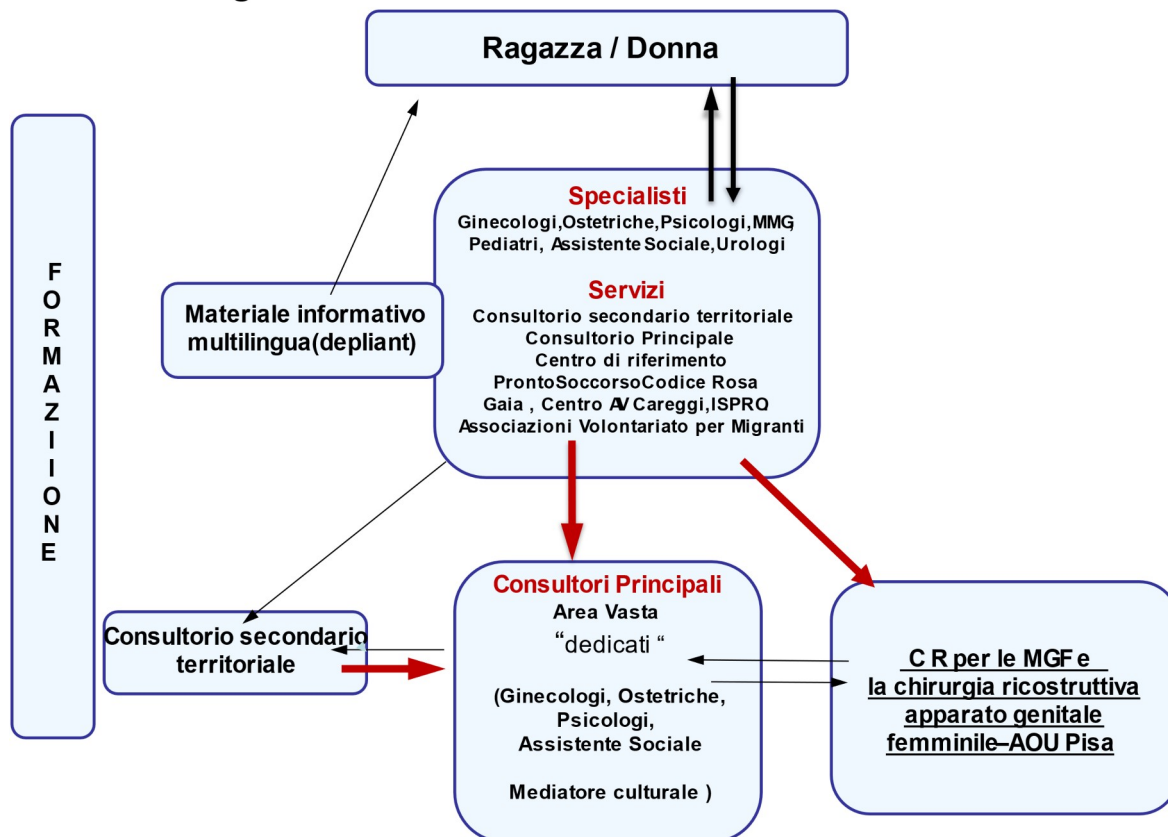
Obiettivi del tavolo: favorire il lavoro di rete, pianificazione per la raccolta dati quale osservatorio, coordinare e promuovere azioni di iniziative di contrasto alle MGF, promuovere e coordinare attività di formazione sul tema MGF, favorire e coordinare attività di formazione e sensibilizzazione rivolte alle comunità di paesi a rischio MGF, promuovere formazione rivolta a operatori scolastici.

Strutture/servizi e figure professionali coinvolte:

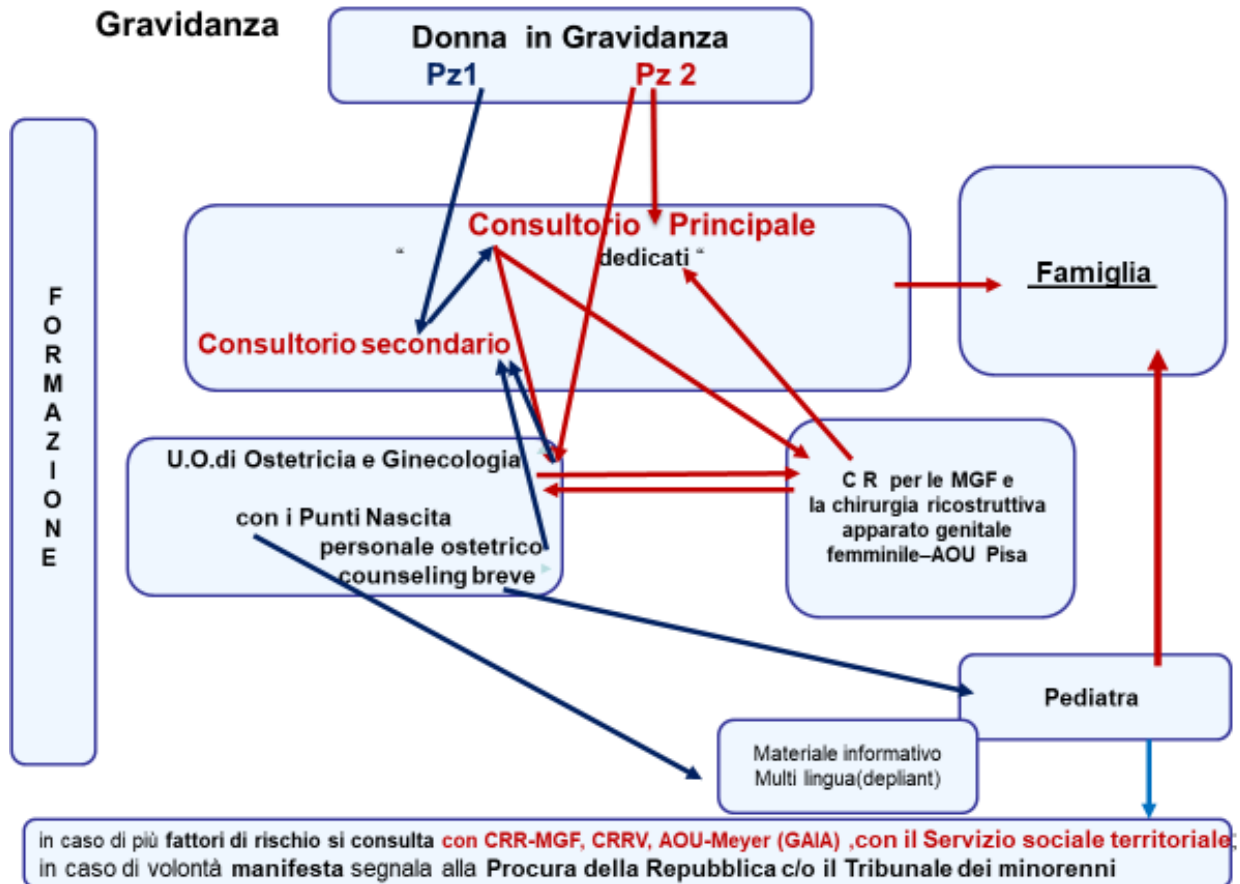
- Consultori Principali e Secondari
- CRR- MGF – A.O.U. Pisa
- CRRV – A.O.U. Careggi
- GAIA – A.O.U. Meyer
- Consultorio Persefone Palagi
- Le U.O. di Ostetricia e Ginecologia con i Punti Nascita
- Il pronto soccorso con il Codice rosa
- ISPRO prevenzione HPV e screening
- Mediatore Linguistico Culturale (MLC)
- Medico di medicina Generale
- Pediatri di libera scelta
- Servizi sociali / Assistente sociale
- Associazioni di volontariato impegnate con popolazioni migranti
- Tribunale per i Minorenni – Procura della Repubblica
- I 3 Atenei della Toscana per la Formazione Universitaria
- Centro per la formazione degli operatori sanitari
- Centro Regionale Salute Globale - AOU Meyer

Proposta PDTA regionale per le Mutilazioni dei Genitali Femminili

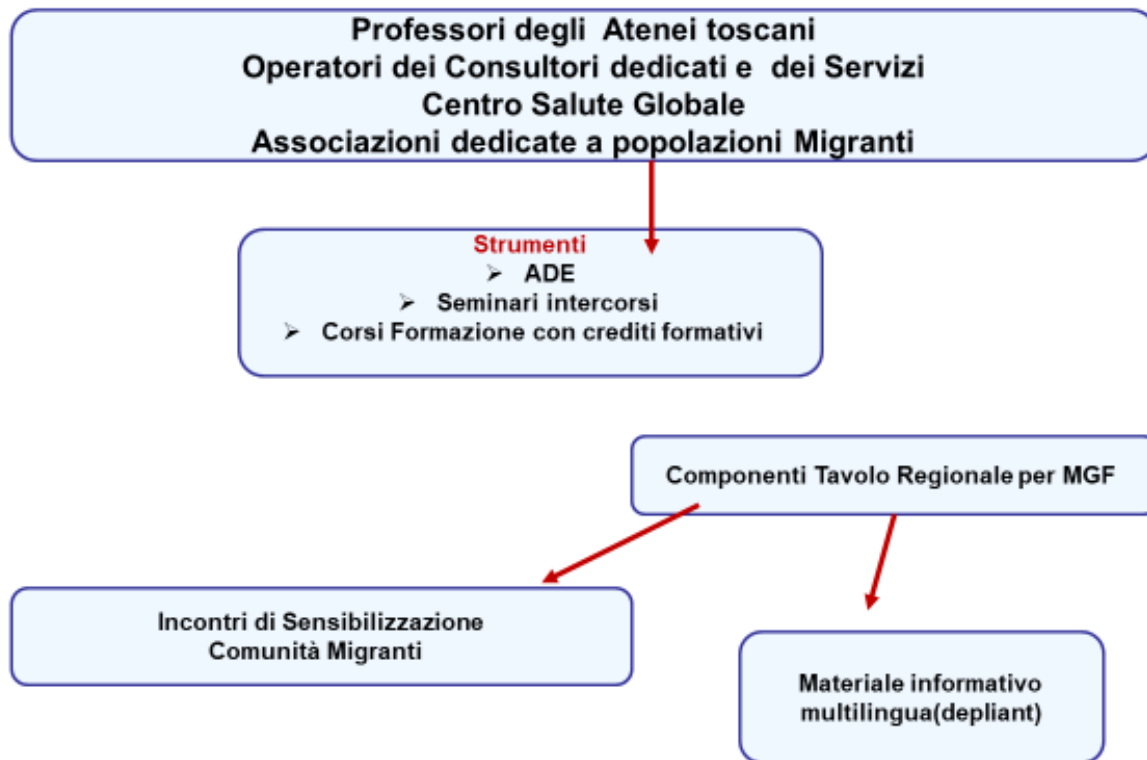
Percorso Ragazza / Donna



Percorso DONNA IN Gravidanza



Formazione pre-laurea , post-laurea e operatori



Centro di Riferimento Regionale per le MGF e per la chirurgia ricostruttiva dell'apparato genitale femminile–AOU Pisa (Vd. All. 2)

A questo scopo, la RT intende organizzare un sistema integrato per la gestione delle MGF. Il sistema si articola in un centro di riferimento regionale, denominato: "Centro di Riferimento regionale per le Mutilazioni Genitali femminili e per la chirurgia ricostruttiva dell'apparato genitale femminile", collocato presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana e l'Università di Pisa, e di una rete assistenziale diffusa che comprende i presidi ospedalieri della RT, i servizi sanitari territoriali, i PLS, i MMG, in collaborazione con le strutture di assistenza sociale, con le associazioni di area e con tutti gli altri attori interessati alla gestione del problema delle MGF.

Il centro di riferimento regionale ha tra i propri obiettivi:

- 1) Prendere in carico il percorso diagnostico e terapeutico di tutte le manifestazioni di patologia legate alla pratica delle MGF, nonché di offrire una chirurgia ricostruttiva dell'apparato genitale femminile caratterizzata da un'elevata appropriatezza ed efficacia funzionale.

- 2) La raccolta di dati epidemiologici relativi al fenomeno, l'attivazione di progetti di ricerca relativi al problema delle mutilazioni genitali nella popolazione migrante, l'attivazione o potenziamento di collaborazioni internazionali con istituzioni accademiche e sanitarie di paesi dove vengono praticate MGF per lo sviluppo di programmi di informazione, prevenzione e trattamento.
- 3) Lo sviluppo di programmi di formazione accademica e professionale per la diffusione della cultura e della conoscenza relativa alle problematiche legate alle MGF presso gli operatori socio-sanitari della RT e per la costruzione di percorsi assistenziali uniformi.

Il centro clinico regionale per le mutilazioni genitali femminili e la chirurgia ricostruttiva dell'apparato genitale femminile

Il Centro di Riferimento Regionale per le MGF e la chirurgia ricostruttiva dell'Apparato Genitale Femminile deve rappresentare l'Hub regionale per la diagnosi, l'inquadramento e la gestione clinica a tutto tondo delle donne con MGF.

Questo comporta la presenza di professionalità integrate e di alta competenza in campo di patologia del pavimento pelvico, della salute riproduttiva della donna, della gravidanza ad alto rischio, nonché di esperienza in chirurgia plastica e ricostruttiva dell'apparato genitale femminile. Per garantire la multidisciplinarietà necessaria alla gestione delle MGF il Centro si avvale di professionisti con competenze negli ambiti professionali di seguito indicati:

Ginecologia, chirurgia plastica, ostetricia, uro-ginecologia e urologia, chirurgia proctologica, malattie infettive, anestesia e rianimazione, radiologia, pediatria, psicologia clinica, psichiatria, mediazione culturale, assistenza socio-sanitaria.

AOU Pisana e Università di Pisa vengono identificate come sede del centro di riferimento in ragione delle competenze professionali già presenti:

- un centro multidisciplinare del pavimento pelvico, riferimento nazionale per la patologia complessa,
- un percorso avanzato per la endocrinologia ginecologica e della riproduzione,
- una UNIT di medicina materno fetale per la diagnosi e la cura della gravidanza ad alto rischio avanzato,
- una consolidata collaborazione chirurgica tra la ginecologia e la chirurgia plastica, particolarmente sviluppata per la chirurgia ricostruttiva oncoplastica dei genitali femminili,
- una chirurgia multidisciplinare avanzata tra la ginecologia e la proctologia per il trattamento delle patologie infiammatorie e infettive del basso tratto genitale, urinario e intestinale (fistole, ascessi..),
- una chirurgia avanzata (GINECOLOGIA) per la costruzione dei genitali femminili per donne con malformazioni congenite (Sindrome di Rokitanski – agenesis della vagina),

- percorsi di collaborazione internazionale con Università di paesi Africani ad alta incidenza di MGF (UNUPI ha già attivi canali di collaborazione di ricerca e didattica con l'Università di Addis Abeba, con cui esistono scambi attivi con la ginecologia),
- programmi di collaborazione internazionale attraverso le collaborazioni già in essere con associazioni di volontariato mediche rivolte all'Africa (es. CUAMM), cui la ginecologia e la chirurgia plastica di AOUP/UNUPI già collaborano attivamente.

Le attività che il centro di riferimento regionale deve garantire, gli aspetti organizzativi e strutturali, nonché le modalità di interazione con la rete territoriale e con i punti nascita e la rete pediatrica regionale sono specificati nell'allegato.

Consultori Principale e Secondario (Vd. All. 3. - Raccomandazioni DGR 619/2016)

Il Consultorio si occupa della tutela della salute della donna, in tutte le fasi della sua vita, delle relazioni di coppia e familiari.

È stato pertanto individuato come luogo di incontro privilegiato, di ascolto e aiuto per donne, giovani, famiglie e immigrati; quindi come luogo di incontro/informazione con donne provenienti da paesi a rischio.

All'interno della rete consultoriale in Regione Toscana, le Aziende sanitarie hanno individuato consultori "Principali" ai sensi della DGR 259/2006, all'interno dei quali sono presenti almeno le seguenti figure professionali operanti in équipe: **assistente sociale, ginecologo, ostetrica, psicologo e con disponibilità di mediatori culturali.**

È opportuno che le Aziende, a seconda del bacino di utenza e in relazione alla provenienza dell'utenza da paesi a tradizione escissoria, individuino nella rete dei consultori, quelli dove è più opportuno **concentrare la competenza nel gestire la presa in carico di donne con MGF o a rischio**, in rete con gli altri soggetti coinvolti. Tali consultori "dedicati" possono essere pertanto indicati come punti di riferimento territoriale, con una particolare formazione rivolta allo specifico delle MGF.

I consultori dedicati in collaborazione con i consultori secondari si accosteranno alla famiglia attraverso le figure professionali coinvolte per l'attivazione di un "Percorso di Prevenzione MGF/Educazione alla Salute" in cui forniranno counseling indicazioni necessarie per affrontare la problematica MGF, in collaborazione con i mediatori culturali. Il consultorio dedicato dovrà essere individuato uno per zona distretto.

L'invio al consultorio "dedicato" (dai punti nascita, dalle UO di Ostetricia e Ginecologia, dai pediatri e dai consultori secondari, dal servizio prevenzione oncologica ISPRO, dalle Associazioni di Volontariato di supporto a popolazioni migranti, dai Pronto soccorsi) avverrà tramite appuntamento che deve essere fornito alla donna dall'operatore che effettua l'invio.

Sono diversi i momenti di contatto in cui le donne possono entrare in relazione con i servizi consultoriali, sia in stato di gravidanza che non.

Il Consultorio Principale e Secondario ha il compito di identificazione delle donne e bambine a rischio e nella gestione della salute ginecologica e riproduttiva di queste donne in armonia con le indicazioni del percorso regionale da costruirsi e potendosi avvalere della consulenza del CRR.

UO Ostetrici e Ginecologia e Punti Nascita

Donne in gravidanza partoriranno nelle sedi più vicine, le sedi potranno avvalersi della consulenza del CRR per la gestione delle mutilazioni e per la eventuale deinfibulazione pre-parto, che dovrà essere centralizzata presso il centro in modo più precoce possibile nel corso della gravidanza”.

In caso di donne provenienti da paesi a rischio, in caso di MGF accertata e non accertata durante la degenza/dimissione viene effettuato dal personale ostetrico un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua si promuove l'assistenza in post-partum all'interno del “percorso prevenzione MGF/educazione alla salute” invio concordato al consultorio dedicato.

Pediatrici

Il pediatra di libera scelta svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio anche in relazione al rapporto di fiducia e continuità che nel tempo costruisce con la famiglia.

Nel caso di una neonata con corretta compilazione della cartella di dimissione/libretto pediatrico da cui si evincono le condizioni di rischio della neonata, il pediatra:

1. consegna materiale informativo su MGF alla madre e fa una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
2. si accerta che la madre sia inserita in un percorso di presa in carico post-partum e si raccorda con il consultorio prendendo l'appuntamento in caso di donna con MGF. In ogni caso promuove l'assistenza per le donne in post-partum nel consultorio attraverso consegna dei riferimenti;
3. durante le regolari visite controlla i genitali della minore e particolarmente dopo periodi di assenza prolungata (la visita di controllo dei genitali dovrà essere inserita come **determinante di salute periodico del pediatrico per tutte/i bambine/i a rischio o non a rischio**);
4. in caso di più fattori di rischio il Consultorio principale di riferimento si consulta con i servizi CRR-MGF, CRRV - AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati e con il Servizio sociale territoriale; in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale per i minorenni (vd. paragrafo dedicato delle raccomandazioni DGR 619/2016);

5. se, durante le visite, riscontra una MGF, procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

In caso di minore non proveniente dal punto nascita

Se il minore non proviene direttamente dal punto nascita (soprattutto nei casi di recente ingresso nel Paese per immigrazione o adozione) al momento della presa in carico da parte del Pediatra questo compila la cartella prestando attenzione al **paese di provenienza della minore e/o dei genitori**.

1. in presenza di fattori di rischio consegna il materiale informativo su MGF ai genitori e procede ad una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
2. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi CRR-MGF AOU Pisa, CRRV AOU Careggi e AOU-Meyer (GAIA) e con il Servizio sociale territoriale, precedentemente individuati e **si raccorda con il consultorio** (invio concordato al "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" attivato nel consultorio); in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale per i minorenni (vd. paragrafo dedicato);
3. durante le regolari visite di controllo dei genitali della minore (determinante di salute) e particolarmente dopo periodi di assenze prolungate;
4. se, durante le visite, si riscontra una MGF si procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

Medico di medicina generale

Il medico di famiglia svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio anche grazie al rapporto di fiducia e continuità costruito negli anni.

- **Nel caso di minore gestita dal MMG** si rimanda alle raccomandazioni del PLS

CRRV - AOU-Meyer (GAIA) (Vd. All. 1)

Il servizio GAIA svolge una valutazione sul caso e consulenza. Svolge un lavoro in rete per l'attivazione delle procedure di prevenzione e segnalazione con i Punti nascita, i consultori, i pediatri e i medici di famiglia.

Svolge un ruolo di riferimento per la presa in carico delle bambine segnalate a rischio MGF ed interviene previo appuntamento.

Svolge un lavoro di prevenzione/segnalazione ed esegue una visita pediatrica completa, con controllo dei genitali, in équipe con altre figure professionali (assistente sociale, psicologo/a).

1. Stabilisce un rapporto con la famiglia e consegna materiale informativo su MGF (rischi sanitarie legislazione in Italia), procede ad una valutazione del rischio ed eventualmente

attiva il “percorso prevenzione MGF/educazione alla salute” con uno specifico counseling per MGF, presso i servizi consultoriali.

2. Se riscontra un effettivo rischio di MGF procede alla presa in carico della famiglia; in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale per i minorenni.
3. Se riscontra un caso di MGF in una minore procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale Ordinario.

Centro di Riferimento Regionale per la Violenza e l'abuso sulle donne adulte e minori–AOU Careggi

Nell'ambito della SOD Ginecologia Infanzia Adolescenza dell'AOU Careggi, afferisce il Centro Regionale di Riferimento per la Violenza e l'abuso sulle donne adulte e minori (**CRRV**).

Il CRRV è attivo H24 per tutte le situazioni di emergenza offrendo accoglienza, valutazione ginecologica, procedure diagnostiche, raccolta di materiale utile a fini forensi e prescrizioni terapeutiche, secondo le linee guida nazionali e regionali in regime ambulatoriale e di ricovero.

La struttura è strettamente integrata con tutti i servizi del DAIMI e con le altre realtà presenti sul territorio come Servizi Sociali e Centri di Accoglienza ONLUS.

Il servizio è caratterizzato da una visione interdisciplinare dell'approccio clinico alla bambina e all'adolescente e si occupa di diagnosi e trattamento di patologie della sfera riproduttiva dal periodo neonatale alla post-adolescenza.

La possibilità di offrire tutti i servizi mediante un mediatore culturale costituisce un'altra importante risorsa per le pazienti. Inoltre vi può essere il supporto del servizio di Psicologia Clinica.

Pronto Soccorso-Codice Rosa (Vd. All. 3)

Il percorso del Codice Rosa si attiva nel momento in cui le pazienti arrivano nelle strutture di pronto soccorso a seguito di lesioni causate da maltrattamenti e abusi. Le procedure da attivare nei casi in cui si riscontrino donne e bambine con MGF sono le stesse previste dal presente documento di “raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione e sorveglianza delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)”, che il personale di pronto soccorso è tenuto ad adottare. Nel contesto del Pronto soccorso a causa della numerosità e dell'urgenza dei casi trattati, può risultare difficoltoso individuare le donne e le bambine provenienti da paesi a rischio MGF, al fine di assicurare già in quella sede un momento informativo sul tema della prevenzione delle MGF, il personale del PS è comunque invitato a consegnare alle utenti il materiale informativo multilingua che verrà messo a disposizione.

ISPRO (Vd. All. 1)

In Toscana si assiste ad un costante aumento di migranti e quelli registrati al SSN godono degli stessi diritti dei cittadini italiani. Le donne straniere, in particolare quelle provenienti dai paesi a forte pressione migratoria, sono difficilmente raggiungibili dagli usuali canali di comunicazione e di informazione sanitaria e quindi anche dagli inviti di screening. Spesso si tratta di utenti che non hanno una residenza o un domicilio stabile dove recapitare l'invito, che inoltre vivono una condizione di vulnerabilità multipla, problemi linguistici e diverse credenze e cultura nell'approccio alla salute e ai servizi sanitari.

Questi fattori influenzano in senso negativo l'adesione all'invito allo screening con un rischio reale di aumento dell'incidenza di tumori in gran parte prevenibili.

Proprio per garantire alle donne che hanno subito la pratica della mutilazione un adeguato intervento di prevenzione, nel 2018, ISPRO in collaborazione con la LILT, ha realizzato un progetto di promozione della prevenzione secondaria del carcinoma della cervice uterina rivolta specificatamente a queste utenti che risultano a maggior rischio di carcinoma della cervice. L'obiettivo del progetto era quello di garantire un percorso efficace di prevenzione oncologica alla popolazione femminile immigrata comprese quelle non in regola col permesso di soggiorno, sottoposte a mutilazioni genitali femminili.

Servizio Psicologico (Vd. All. 4)

Per le ragazze e le donne sottoposte a MGF, il taglio dei genitali è un'esperienza violentemente traumatica che lascia un segno psicologico duraturo e influisce negativamente sulla salute mentale.

Questi effetti sono ancora più gravi in terra di immigrazione, soprattutto nelle giovani e nelle adulte che si confrontano con modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile completamente diversi dalla cultura d'origine. Ci sono donne che attribuiscono all'esperienza mutilatoria sentimenti di umiliazione, di impotenza, e riferiscono di aver vissuto l'operazione come uno stupro e come un tradimento imperdonabile da parte della famiglia.

Viceversa, ci sono donne che negano qualsiasi complicanza fisica, psicologica o sessuale arrivando a "normalizzare" alcuni disturbi che solo con il tempo e con il contatto con altre donne vengono riconosciuti come tali. Il quadro che si presenta in taluni casi può essere accompagnato anche da disturbi nell'area dell'affettività e della sessualità.

Donne con MGF hanno una elevata incidenza di depressione, disturbi d'ansia, disturbo da stress post-traumatico. Le donne con MGF possono anche soffrire di sintomi apparentemente più lievi che riguardano le emozioni (ad esempio, umore depresso, ansia, irritabilità), i pensieri (ad esempio, ruminazione, scarsa concentrazione) o il comportamento (ad esempio, inattività, ritiro, isolamento, evitamento), ma continuano a essere in grado di svolgere le loro normali attività. Molte di queste donne, tuttavia, presentano sintomi somatici, come il dolore cronico.

Un elemento comune allo sviluppo di quadri psicopatologici correlati ad esperienze traumatiche è rappresentato dalla loro tendenza alla cronicizzazione, per evitare i quali appare di fondamentale importanza una precoce identificazione ed una azione tempestiva caratterizzata da un rapido e corretto approccio di sostegno e di intervento psicoterapeutico.

Il sostegno psicoterapeutico dovrà essere presente in tutti i Consultori dedicati preposti al percorso per le MGF e nel Centro di Riferimento

Considerazione importante merita l'aspetto della ospedalizzazione e dell'intervento chirurgico.

Altrettanto fondamentale l'intervento psicologico nel post operazione, che può essere seguito da situazioni di forte ansia e/o depressione, con il rischio che stress, difficoltà di adattamento, problemi di sonno ostacolino la collaborazione alle terapie / interventi riabilitativi.

Servizio Sociale/Assistente Sociale (Vd. All. 3)

Nello svolgimento del ruolo e con riferimento alla tipologia dei diversi livelli organizzativi e alla distribuzione delle attività sociali che la legge prevede, emergono tre funzioni proprie del Servizio Sociale:

- Segretariato di servizio;
- Management sociale del caso (*case management*);
- osservazione, programmazione, pianificazione, attuazione e coordinamento dell'intervento sociale.

Nello specifico ambito di tutela di soggetti minori i compiti dell'assistente sociale si possono così riassumere:

- funzione di assistenza, sostegno e aiuto alla genitorialità in famiglie con minori; vigilanza, protezione e tutela dei minori di fronte a difficoltà e carenze nella gestione del ruolo genitoriale, da attivare in presenza di fattori di rischio e volitivo del minore (art.9 e art.23, Legge 184/83) anche in assenza di una richiesta diretta della famiglia. (CNOAS Dicembre 2013);
- nel caso di avvenuta MGF in una minore, segnalata e qualificata come intervento lesivo e mutilante dell'integrità psico-fisica della minore da parte di consultori, pediatri e medici di famiglia, il servizio sociale procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica per i minorenni c/o il Tribunale ordinario. Poiché in tal caso il pregiudizio si è determinato e dovrà verificarsi se lo stesso sia significativo di una inidoneità dei genitori e quindi occorra una limitazione della responsabilità genitoriale.

Associazioni di volontariato rivolte a popolazioni migranti (Vd. All. 1)

L'associazione Nosotras, mentre continua a sostenere gli amici e le amiche del CONIPRAT che in Niger da oltre quaranta anni lavorano con le comunità del territorio per l'eradicazione del fenomeno, chiede che per le donne della diaspora chi si approccia a loro sia capace e formato e consapevole di numerose cose tra cui i "fatti" della migrazione.

La donna mutilata, ad esempio, in terra di migrazione non vive il meccanismo compensatorio dell'accettazione sociale in cambio della mutilazione subita.

Che quello che è simbolo della sua appartenenza originaria nella società ospite più essere stigma e simbolo di estraneità.

Le tradizioni sono un prodotto culturale che si sviluppano in modo graduale e sono soggette a mutazioni: una spirale dinamica di relazione tra spirito e cultura di un popolo frutto degli sforzi, dei sacrifici, delle esperienze e delle prove che quel popolo stesso dovrà affrontare o ha affrontato. Sono qualcosa di reale ma anche indefinibile, vivibili nella carne ma anche esprimibili attraverso i simboli.

Le tradizioni mettono in evidenza i valori culturali un popolo, la sua capacità di risposta ai mutamenti amando il passato come fonte di ispirazione ma non come pietra legata al collo che ci impedisce di alzare la testa verso il futuro. Ogni generazione deve prendere linfa da quelle che l'hanno preceduta per trasmetterla a quelle che verranno dopo.

È così che i diritti umani e, per Nosotras, in modo particolare quelli delle donne e delle bambine, devono affermarsi come tradizione e valore, come simbolo della nostra cultura. È così che le mutilazioni genitali femminili vanno combattute, contrastate, eradicate. Le donne che le subiscono o che le hanno subite sono alleate di questo cammino culturale, sono protagoniste, sono attiviste a loro va reso l'onore che si rende alle sopravvissute.

Tribunale per i Minorenni(TM)–Procura della Repubblica (Vd. All. 3)

Il Tribunale per i Minorenni è competente, per quanto riguarda la materia penale, per i reati commessi da minori degli anni 18 e, per quanto attiene la materia civile, negli ambiti di attribuzione dell'art. 38 Disp. Att. cc, tra l'altro, per gli interventi limitativi o ablativi della "responsabilità genitoriale", quando la condotta degli esercenti la predetta responsabilità (di regola i genitori) non sia idonea o adeguata per i minori (i loro figli) o possa comunque provocare disagio o pregiudizio per gli stessi. Il legislatore non ha "tipizzato" le ipotesi di intervento, che debbono quindi essere valutate nelle singole situazioni concrete e ciò può determinare qualche incertezza. La competenza civile del Tribunale per i Minorenni in ordine alla "limitazione" della responsabilità genitoriale, viene tuttavia meno quando vi sia in corso un giudizio dinanzi al Tribunale Civile ordinario, di separazione o divorzio o ai sensi dell'art. 316 Codice Civile.

In considerazione del fatto che il Tribunale per i Minorenni è un organo giurisdizionale, esso non può prendere iniziative di "ufficio". L'art. 336 del codice civile prevede in particolare che, legittimato a presentare ricorsi al T.M. - con richieste che incidano sulla responsabilità

genitoriale - oltre ai genitori e parenti, possa essere il pubblico ministero.

La Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni ha quindi compiti in questa materia. I due uffici (Procura e Tribunale per i Minorenni) sono tuttavia autonomi e separati, quindi eventuali segnalazioni dovranno essere inviate alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, sino a quando non sia stata aperta una procedura in Tribunale. Qualora invece la segnalazione dovesse giungere al Tribunale per i Minorenni, il Tribunale dovrà poi trasmetterli comunque alla Procura.

Sebbene le segnalazioni possano pervenire alla Procura della Repubblica da “tutti”, nella pratica sono i servizi, le forze dell’ordine, sanitari e insegnanti, associazioni di volontariato a procedere. A tal fine opportuno che le segnalazioni siano più complete possibile.

La Procura dopo aver effettuato eventuali accertamenti, può presentare ricorso al Tribunale con richieste limitative della responsabilità genitoriale.

Formazione Universitaria pre e post laurea, di specializzazione e degli operatori presenti nei servizi (Vd. All. 5)

Per questa formazione nella fase pre- laurea, post- laurea e degli operatori dei servizi, per tutte quelle discipline coinvolte nel percorso di prevenzione delle Mutilazioni dei genitali, parteciperanno gli Atenei della Toscana, tutti gli operatori dei “consultori primari dedicati”, operatori di associazioni di volontariato rivolte a popolazione migrante.

Gli strumenti che verranno adottati saranno :

- per la pre-laurea corsi ADE di libera scelta per lo studente
- per il post-laurea seminari intercorsi
- per gli operatori dei servizi corsi inseriti nel piano ECM
- per operatori scolastici

Materiale informativo multilingua(depliant):

A supporto dei momenti di counseling breve gli operatori dei consultori, dei punti nascita tutti gli operatori coinvolti, avranno a disposizione materiale informativo multilingua (dépliant nonché contenente informazioni sui rischi sanitari (conseguenze e complicanze MGF) riferimenti a cui rivolgersi e informazioni sulla Legge n. 7/2006 che sanziona le MGF come reato penale.

Il Tavolo regionale (Vd. All. 1)

Avrà il compito di programmazione per incontri di sensibilizzazione verso quelle comunità in cui la cultura mette maggiormente a rischi l’attuazione della pratica MGF.

Indicatori di esito (annuali)

- % di presa in carico accessi Consultori di Principali, secondari e Centro riferimento
- % tipologie di MGF
- % di interventi ricostruttivi (verranno stabiliti quali dati specifici)
- % di consulenze specialistiche
- soddisfazione pazienti e associazioni di pazienti in materia
- attivazione e n° partecipanti dei corsi pre-laurea e post – laurea nelle varie discipline coinvolte (medicina, ostetricia, assistenti sociali, psicologia, giurisprudenza ecc)
- Attivazione Corsi di Formazione per gli operatori dei servizi
- Attivazione e n° incontri di sensibilizzazione nelle comunità migranti a rischio per MGF

Bibliografia

- World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF), Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. World Health Organization, 1997. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41903>
- Abdulcadir, Jasmine, et al. «Female Genital Mutilation: A Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals». *Obstetrics & Gynecology*, vol. 128, n. 5, novembre 2016, pagg. 958–63. DOI.org (Crossref) <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001686>
- Alhassan AR, Anyinzaam-Adolipore JN. Female Genital Mutilation in Ghana: Prevalence and Socioeconomic Predictors. *Biomed Res Int*. 2021 May 11;2021:6675579. doi: 10.1155/2021/6675579. PMID: 34055999; PMCID: PMC8133873.
- Allison L. Osterman, Rachel L. Winer, Geoffrey S. Gottlieb et al (International Journal of Cancer.: 144,1302–1312 (2019) (Department of Global Health, University of Washington, Seattle, WA) Female genital mutilation and noninvasive cervical abnormalities and invasive cervical cancer in Senegal, West Africa: A retrospective study
- Centro Salute Globale <https://www.centrosaluteglobale.eu/site/wp-content/uploads/2016/12/DICHIARAZIONE-MUTILAZIONI-GENITALI-FEMMINILI-2.pdf>
- Legge 09/01/2006 n. 7, recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=25549>

- DGR 619/2016 Regione Toscana: Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/RicercaAttiPagG.xml>
- Istituto Piepoli S.P.A, Innovazione nelle Ricerche di Marketing . Valutazione quantitative e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia [Quantitative and qualitative evaluation of the phenomenon of female genital mutilation in Italy] Milan: 2009 . p. 1 – 30
- REGIONE TOSCANA DGR 3 agosto 2009, n. 696 Oggetto: PSR 2008/2010 - Progetto regionale per la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili (MGF) nelle bambine a rischio. Approvazione e destinazione risorse.
- Risoluzione del 6/02/2014 del Parlamento Europeo “Towards the elimination of female genital mutilation”.
- Farina, Patrizia, et al. «Estimating the Number of Foreign Women with Female Genital Mutilation/Cutting in Italy». *The European Journal of Public Health*, vol. 26, n. 4, Agosto 2016, pagg. 656–61. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw015>
- Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare un’attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf
- PROGRAMMA OPERATIVO Anno 2018 Cooperazione Sanitaria Internazionale & Salute dei Migranti https://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5185949&nomeFile=Delibera_n.710_del_25-06-2018-Allegato-A
- Sakeah, Evelyn, et al. «Persistent Female Genital Mutilation despite Its Illegality: Narratives from Women and Men in Northern Ghana». *PLOS ONE*, a cura di Yeetey Akpe Kwesi Enuameh, vol. 14, n. 4, aprile 2019, pag. e0214923. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214923>
- Ortensi, Livia Elisa, et al. «Female Genital Mutilation/Cutting in Italy: An Enhanced Estimation for First Generation Migrant Women Based on 2016 Survey Data». *BMC Public Health*, vol. 18, n. 1, dicembre 2018, pag. 129. DOI.org (Crossref) <https://doi.org/10.1186/s12889-017-5000-6>
- END FGM European network, EndFGM.eu, 2020 <https://www.endfgm.eu/female-genital-mutilation/what-is-fgm/>

- UNICEF, “Female Genital Mutilation.”, 2020 Website:
<https://www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation>
- UNFPA, “Conducting Public Inquiries to Eliminate Female Genital Mutilation.” Website:
unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-_Primer_Conducting_Public_Inquiries_to_Eliminate_Female_Genital_Mutilation, 2020
- Tuttitalia.it, dati ISTAT 2021 <https://www.tuttitalia.it/toscana/statistiche/cittadini-stranieri-2021/>
- Risoluzione 117/2021 del Consiglio Regionale della Toscana “In merito alle mutilazioni genitali femminili e alle azioni finalizzate a contrastare tali pratiche”
https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/crt/resoconti-aula/2171_2575.pdf
- Female Genital Mutilation (FGM) Statistics - UNICEF Data, 2022
<https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>

ALLEGATI

1. Le mutilazioni genitali femminili in Toscana. Commissione Regionale Pari Opportunità – Regione Toscana 2023
2. Centro di Riferimento per le MGF e la chirurgia ricostruttiva apparato genitale femminile AOU Pisana.
3. Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio. Approvate con la DGR n. 619 del 2016.
4. Il ruolo della psicologia.
5. Progetto formativo del tavolo regionale sulla problematica delle MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI.
6. Centro di riferimento regionale per le MGF di Careggi.



REGIONE TOSCANA

Consiglio regionale



Commissione Regionale
Pari Opportunità
della Toscana

2023



Le mutilazioni genitali femminili in Toscana

PROPOSTA PER AZIONI DI CONTRASTO E SERVIZI A TUTELA DELLA SALUTE DELLE DONNE

COMMISSIONE REGIONALE PARI OPPORTUNITÀ DELLA TOSCANA

Premessa	2
L'inquadramento normativo nel contesto internazionale ed europeo	4
Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Toscana	6
L'incidenza delle MGF in Toscana	6
Il contrasto al fenomeno delle MGF in Regione Toscana	11
I percorsi e i progetti realizzati dalla Regione Toscana nel decennio 2006-2016	11
La legge 7/2006	11
Il tavolo regionale sulle MGF	12
Le attività realizzate – anni 2008/2010 (sintesi)	13
Il programma di azione regionale 2011-2013	17
La programmazione regionale 2014-2016	19
Buone pratiche e progetti sperimentali	21
L'esperienza del Centro Regionale di Salute Globale -AOU Meyer	21
La prevenzione nel contesto socio-culturale	24
L'esperienza di AOUP e dell'Università di Pisa	30
L'esperienza di ISPRO	32
Le proposte della Commissione Regionale Pari Opportunità	35
Il ruolo della scuola	39
Il ruolo dei pediatri di libera scelta	40
Considerazioni sulla legge 7/2006	41
Appendice A: le mutilazioni genitali femminili	45
Glossario	54
Acronimi	55
Bibliografia e riferimenti	57
Contributi e ringraziamenti	60



Premessa

Il Consiglio Regionale della Toscana con risoluzione nr. 117/2021¹ ha invitato la Commissione Regionale Pari Opportunità ad effettuare un approfondimento specifico sul fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Toscana al fine di valutare quali azioni possono essere intraprese direttamente a livello regionale per contrastare questa violazione del corpo delle donne.

Le mutilazioni genitali femminili sono riconosciute a livello internazionale come una **violazione dei diritti umani delle donne** e definiscono una palese disuguaglianza tra i sessi, costituendo una forma estrema di discriminazione di genere. Come riportato da UNICEF² le MGF sono discriminatorie e violano il diritto delle bambine alla salute, alle pari opportunità, a essere tutelate da violenze, abusi, torture o trattamenti inumani, come prevedono tutti i principali strumenti del diritto internazionale; inoltre, le ragazze che le subiscono sono private anche della capacità di decidere sulla propria salute riproduttiva.

L'OMS ha definito mutilazioni genitali femminili *“tutte le pratiche di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o ad altre alterazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche”*; sappiamo che queste pratiche sono ancora diffuse e casi di MGF continuano a comparire anche in Europa ed in Italia soprattutto tra donne provenienti dai paesi dell'Africa subsahariana e dalla penisola arabica.

Sempre UNICEF stima che nel mondo siano 125 milioni le donne che convivono con una mutilazione genitale; in alcuni stati del Corno d'Africa (Gibuti, Somalia, Eritrea) ma anche in Egitto e Guinea l'incidenza del fenomeno rimane altissima, toccando il 90% della popolazione femminile. In molti altri, invece, le mutilazioni riguardano una minoranza - fino ad arrivare a quote dell'1-4% in paesi come Ghana, Togo, Zambia, Uganda, Camerun e Niger. Si stima che solo in Italia siano a rischio di MGF dal 15 al 24 per cento delle ragazze, circa 15 mila, di età compresa tra 0 e 18 anni le cui famiglie provengono dai paesi sopracitati.

Per questo le MGF sono un abuso che non può essere ignorato.

La Commissione Regionale Pari Opportunità, come previsto dalla L.R.76/2009³, ha il compito di mettere in atto qualsiasi tipo di azione per contrastare ogni forma di violenza e discriminazione nei

¹ https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/crt/resoconti-aula/2171_2575.pdf

² <https://www.unicef.it/media/mutilazioni-genitali-femminili/>

³ <http://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2009-12-15;76>



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



confronti delle donne attraverso *“indagini sulla condizione femminile delle donne nella Regione”* sollecitando *“l'adozione di azioni positive previste dalla legislazione in materia di pari opportunità, verificandone l'esecuzione, l'attuazione e l'esito finale”* e *“l'applicazione delle leggi statali e regionali a tutela delle donne”*; per questo motivo la CRPO ha deciso di intraprendere un percorso di analisi della situazione attuale dei servizi per le mutilazioni genitali femminili in Toscana con l'obiettivo di valutarne l'efficacia in termini di universalità di accesso e di appropriatezza delle cure nonché l'analisi delle misure di prevenzione e contrasto messe in atto fino ad oggi.

In questo percorso di valutazione sulle MGF in Toscana la Commissione ha voluto ricostruire la rete che formalmente ed informalmente negli ultimi venti anni ha lavorato nella nostra Regione per prevenire questa pratica e curare chi vi è stato sottoposto: i soggetti del sistema sanitario regionale che, a vario titolo, hanno lavorato sul fenomeno delle mutilazioni e in generale sulla salute dei migranti con particolare riferimento al **Centro di Salute Globale**⁴ e al **Servizio GAIA**⁵ dell'AOU Meyer, all'**Associazione Nosotras Onlus**⁶ componenti del Tavolo regionale multidisciplinare per le MGF⁷, all'**ISPRO**⁸, all'**Azienda Universitaria Pisana** e all'**Università degli Studi di Pisa** e alla **direzione generale regionale “Salute, welfare e coesione sociale”**; infine, per l'analisi del fenomeno a livello generale e regionale ci siamo avvalse della collaborazione dell'**Università degli Studi di Firenze** ed, in particolare, dell'esperienza maturata all'interno del Master di II Livello in “Salute e Medicina di Genere”.

⁴ <https://www.centrosaluteglobale.eu/>

⁵ <https://www.meyer.it/cura-e-assistenza/attivita-sanitarie/590-sportello-gaia>

⁶ <https://nosotras.it/>

⁷ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2006DG00000000693>

⁸ <https://www.ispro.toscana.it/>



L'inquadramento normativo nel contesto internazionale ed europeo⁹

Come sappiamo, le Mutilazioni Genitali Femminili, di seguito MGF, sono considerate a tutti gli effetti una violazione dei diritti fondamentali della persona. Le donne e le bambine che vi sono sottoposte, in contrasto con la loro volontà, subiscono una violazione del diritto alla vita, all'integrità fisica e alla salute: queste pratiche, inoltre, possono, in determinate circostanze, assumere forma di tortura e/o di trattamento inumano e degradante.

Le MGF si pongono, infatti, in contrasto con una serie di norme internazionali ed europee che tutelano i diritti umani tra cui:

- La *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo* del 1948, che all'art. 3 stabilisce che «Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona.» e all'art. 5 prescrive che «Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizione crudeli, inumani o degradanti».
- La *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza* approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 (CRC).
- La *Convenzione sui diritti del fanciullo*, adottata a New York il 20 novembre 1989 e aperta alla firma dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 44/25 del 20 novembre 1989 che all'art. 24 c.3 prevede che «Gli Stati parti adottano ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori.» e all'art. 37 afferma che nessun bambino deve essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani e degradanti.
- La *Dichiarazione di Pechino*, adottata il 15 settembre 1995 nell'ambito della quarta conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne.
- La *Risoluzione 2003/28* resa dalla Commissione dei Diritti dell'Uomo delle Nazioni Unite il 22 aprile 2003, che istituisce la giornata internazionale della Tolleranza Zero nei confronti delle mutilazioni genitali femminili, il 6 febbraio.

⁹ Capitolo rielaborato dalle *Raccomandazioni*

<https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13586257/allegato+parere+n.+23-2016+MGF.pdf/957db71d-ff22-473a-a646-764ea75fc037?jsessionid=AD92EDED25E6B5394E80573099DF1C84.web-rt-as01-p2?version=1.0>



- Il Protocollo aggiuntivo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e delle donne in Africa (2003), conosciuto come *Protocollo di Maputo*, in cui gli Stati si impegnano a promuovere la parità di diritti tra uomo e donna, anche sul fronte salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva (art. 5 e art. 14).
- nel Settembre 2015, la comunità globale con 193 Paesi membri delle Nazioni Unite ha concordato una nuova serie di obiettivi di sviluppo, l'*Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile*, che include, nell'ambito dell'Obiettivo 5 "Parità di genere" un focus per eliminare tutte le pratiche dannose, come il matrimonio infantile, precoce e forzato e le MGF, entro il 2030. **Sia la risoluzione che il quadro SDG indicano la volontà politica della comunità internazionale e dei partner nazionali di lavorare insieme per accelerare l'azione verso una fine totale e definitiva della pratica in tutti i continenti del mondo.**

A livello europeo

- La *CEDU, Convenzione europea dei diritti dell'Uomo*, così come modificata dai Protocolli nn. 11 e 14 e Protocolli nn. 1, 4, 6, 7, 12 e 13.
- La *Risoluzione della commissione per le pari opportunità del Consiglio d'Europa sulle mutilazioni genitali femminili (MGF)* del 12 aprile 1999;
- la *Relazione sulle MGF*, adottata il 3 maggio 2001 dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.
- La *Risoluzione del Parlamento europeo del 24 marzo 2009* sulla lotta contro le mutilazioni sessuali femminili praticate nell'UE.
- La *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica - Istanbul*, 11 maggio 2011 (art. 38).
- La *Risoluzione del Parlamento europeo del 14 giugno 2012* sull'abolizione delle mutilazioni genitali femminili (2012/2684-RSP).

Molte legislazioni di Paesi UE, Belgio, Francia, Germania, Olanda, Austria, Spagna, Svizzera qualificano le MGF come fattispecie criminosa nell'ordinamento giuridico interno. La Svezia, la Gran Bretagna e la Norvegia hanno invece adottato leggi speciali in materia.



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Toscana

L'incidenza delle MGF in Toscana

A cura della Dott.ssa Elena Trallori¹⁰

I numeri sulle pratiche di MGF in Europa, Australia e America del Nord sono legati ai flussi migratori dai paesi in cui esse sono comuni usanze. L'incremento dei flussi migratori da questi paesi, che ha interessato l'Europa dagli anni '90 del secolo scorso, ha costretto l'Unione Europea a condannare ufficialmente questa forma di violenza sulle donne nella Convenzione di Istanbul¹¹ (art.38) e a richiedere un approccio unificato nella raccolta dei dati su queste pratiche, sollecitando la formazione di demografi e statistici per sviluppare una metodologia comune nelle indagini al fine di garantire un confronto tra i paesi membri (*Risoluzione del 6/02/2014 del Parlamento Europeo intitolata "Towards the elimination of female genital mutilation"*¹²).

I dati delle stime di prevalenza di donne vittime di MGF in Italia o a rischio di MGF sono stati raccolti dal 2009 in poi a livello nazionale e regionale, senza aver mai però organizzato un sistema metodico di raccolta dei dati sulle MGF che riguardi tutto il territorio nazionale. Il primo report nazionale è stato redatto dall'Istituto Piepoli nel 2009 per conto del Ministero della Salute: "Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia"¹³, in cui si stima che sul suolo italiano risiedano 1000 ragazze e 35000 donne con MGF (*Istituto Piepoli, 2009*).

I dati nazionali più recenti riguardano l'anno 2018 e sono stati elaborati nel 2019 dal gruppo di lavoro di Farina e dei suoi colleghi dell'Università di Milano Bicocca in collaborazione con il Dipartimento delle Pari Opportunità. Secondo queste statistiche, al 1° gennaio 2018 in Italia vi erano 87.600 bambine e donne con MGF, di cui 80.000 maggiorenni e 7.600 minorenni, di cui il maggior numero sono di nazionalità nigeriana ed egiziana. La prevalenza di MGF tra bambine e donne è maggiore in comunità somale, sudanesi, maliane e burkinabè, nonostante in numeri assoluti non siano gruppi numerosi. Il rischio maggiore per le minorenni è all'interno della comunità somala, mentre non è molto più basso per le altre comunità (*Farina et al, 2020*).

¹⁰ Parte del capitolo è stato anche precedentemente pubblicato in: Trallori Elena, *I diritti violati delle donne: le mutilazioni genitali femminili in Italia*, Firenze: Università degli Studi di Firenze, 2021 (Tesi Master II livello in Salute e Medicina di Genere)

¹¹ <https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>

¹² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A52013DC0833>

¹³ http://www.osservatoriodifilia.gov.it/dpo/resources/cms/documents/report_mgf_piepoli.pdf



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Per quanto riguarda la Toscana, in assenza di studi su base regionale, si può solo stimare il rischio della presenza di donne con MGF basandosi sulla provenienza degli stranieri residenti in Toscana da Paesi a tradizione escissoria (Appendice A, tabella 1).

I dati al 1° gennaio 2021 indicano che gli stranieri residenti in Toscana erano 425.931, circa l' 11,5% della popolazione residente. La comunità straniera più numerosa era quella rumena (17,9%), seguita da quella della Repubblica Popolare Cinese (17,3%) e da quella albanese (13,9%). Concentrandosi sui paesi a tradizione escissoria, nelle tabelle sottostanti sono riportati gli stranieri residenti in Toscana provenienti dal continente africano, che rappresentano il 15,8% della popolazione residente, aggregati per sesso e per paese di provenienza (tabella 1) e gli stranieri provenienti da Yemen, Iraq e Maldive segregati per sesso (tabella 2). I dati sono mancanti rispetto alla presenza degli stranieri senza permesso di soggiorno (*Tuttitalia.it su dati Istat, 2021*).

Tabella 1. Stranieri africani residenti in Toscana al 1° gennaio 2021, segregati per paese di provenienza e per sesso (*Tuttitalia.it su dati Istat, 2021*).

AFRICA	Area	Maschi	Femmine	Totale	%
<u>Marocco</u>	Africa settentrionale	15.757	12.526	28.283	6,64%
<u>Senegal</u>	Africa occidentale	9.647	3.125	12.772	3,00%
<u>Nigeria</u>	Africa occidentale	4.735	2.889	7.624	1,79%
<u>Tunisia</u>	Africa settentrionale	2.945	1.810	4.755	1,12%
<u>Egitto</u>	Africa settentrionale	1.851	967	2.818	0,66%
<u>Gambia</u>	Africa occidentale	1.274	26	1.300	0,31%
<u>Costa d'Avorio</u>	Africa occidentale	974	324	1.298	0,30%
<u>Mali</u>	Africa occidentale	1.077	21	1.098	0,26%
<u>Ghana</u>	Africa occidentale	906	134	1.040	0,24%
<u>Camerun</u>	Africa centro meridionale	606	425	1.031	0,24%
<u>Algeria</u>	Africa settentrionale	529	319	848	0,20%
<u>Guinea</u>	Africa occidentale	610	53	663	0,16%



<u>Somalia</u>	Africa orientale	430	186	616	0,14%
<u>Etiopia</u>	Africa orientale	164	238	402	0,09%
<u>Togo</u>	Africa occidentale	226	98	324	0,08%
<u>Eritrea</u>	Africa orientale	104	171	275	0,06%
<u>Burkina Faso (ex Alto Volta)</u>	Africa occidentale	168	33	201	0,05%
<u>Repubblica del Congo</u>	Africa centro meridionale	93	81	174	0,04%
<u>Capo Verde</u>	Africa occidentale	57	103	160	0,04%
<u>Kenya</u>	Africa orientale	64	85	149	0,03%
<u>Repubblica democratica del Congo (ex Zaire)</u>	Africa centro meridionale	73	74	147	0,03%
<u>Guinea Bissau</u>	Africa occidentale	134	2	136	0,03%
<u>Mauritius</u>	Africa orientale	56	78	134	0,03%
<u>Niger</u>	Africa occidentale	91	32	123	0,03%
<u>Sierra Leone</u>	Africa occidentale	102	8	110	0,03%
<u>Libia</u>	Africa settentrionale	76	27	103	0,02%
<u>Sudan</u>	Africa settentrionale	61	33	94	0,02%
<u>Benin (ex Dahomey)</u>	Africa occidentale	55	37	92	0,02%
<u>Sud Africa</u>	Africa centro meridionale	35	50	85	0,02%
<u>Gabon</u>	Africa centro meridionale	45	37	82	0,02%
<u>Angola</u>	Africa centro meridionale	26	32	58	0,01%
<u>Tanzania</u>	Africa orientale	26	27	53	0,01%
<u>Liberia</u>	Africa occidentale	43	7	50	0,01%
<u>Madagascar</u>	Africa orientale	14	30	44	0,01%
<u>Ruanda</u>	Africa orientale	17	17	34	0,01%
<u>Burundi</u>	Africa orientale	14	18	32	0,01%



<u>Ciad</u>	Africa centro meridionale	22	4	26	0,01%
<u>Mauritania</u>	Africa occidentale	15	3	18	0,00%
<u>Seychelles</u>	Africa orientale	7	10	17	0,00%
<u>Uganda</u>	Africa orientale	10	7	17	0,00%
<u>Mozambico</u>	Africa orientale	4	12	16	0,00%
<u>Zimbabwe (ex Rhodesia)</u>	Africa orientale	6	9	15	0,00%
<u>Repubblica Centrafricana</u>	Africa centro meridionale	4	4	8	0,00%
<u>Guinea Equatoriale</u>	Africa centro meridionale	4	4	8	0,00%
<u>Zambia</u>	Africa orientale	1	3	4	0,00%
<u>Botswana</u>	Africa centro meridionale	0	2	2	0,00%
<u>Namibia</u>	Africa centro meridionale	0	2	2	0,00%
<u>São Tomé e Principe</u>	Africa centro meridionale	1	1	2	0,00%
<u>Comore</u>	Africa orientale	1	0	1	0,00%
<u>Gibuti</u>	Africa orientale	1	0	1	0,00%
<u>Malawi</u>	Africa orientale	0	1	1	0,00%
Totale Africa		43.161	24.185	67.346	15,81%

Tabella 2. Stranieri residenti in Toscana provenienti da paesi asiatici a tradizione escissoria al 1° gennaio 2020, segregati per sesso (adattata da Tuttitalia.it su dati Istat, 2021).

ASIA	Area	Maschi	Femmine	Totale	%
<u>Iraq</u>	Asia occidentale	134	42	176	0,04%
<u>Yemen</u>	Asia occidentale	13	9	22	0,01%
<u>Maldiva</u>	Asia centro meridionale	3	0	3	0,00%



Le comunità di migranti regolari africani rappresentano circa il 16% del totale degli stranieri residenti in Toscana, di cui i primi 10 paesi più rappresentati sono Marocco, Senegal, Nigeria, Tunisia, Egitto, Costa d'Avorio, Gambia, Mali, Ghana, Camerun. Fatta eccezione per Marocco e Tunisia, gli altri otto paesi sono a tradizione escissoria e le loro donne e bambine sono potenzialmente a rischio di aver subito MGF, anche se in percentuali diverse (Appendice, tabella 1). In tabella 2 sono riportati i numeri di stranieri asiatici da paesi a tradizione escissoria (Yemen, Iraq, Maldive), presenti nella nostra regione in percentuali inferiori all'1%.

I numeri presentati da queste statistiche indicano che il monitoraggio del fenomeno delle MGF nella nostra regione è necessario e deve essere implementato.



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Commissione Regionale
Pari Opportunità
della Toscana

Il contrasto al fenomeno delle MGF in Regione Toscana

La Regione Toscana ha da sempre realizzato percorsi per tutelare la salute della donna, sia in relazione all'esperienza della maternità, che alla specificità del vissuto femminile nelle varie età della vita ed in ogni condizione sociale. All'interno di questi percorsi, una particolare attenzione è stata dedicata anche alla popolazione femminile immigrata prevedendo per essa azioni mirate alle peculiarità dei problemi delle donne che provengono da altre culture.

Ai fini dell'elaborazione di questo documento la nostra osservazione si è concentrata sulle azioni introdotte per le donne e le bambine vittime di mutilazioni genitali femminili negli ultimi venti anni.

Come primo atto abbiamo preso in considerazione la delibera n. 599/2003¹⁴ con la quale è stato istituito in Toscana il Centro Regionale di riferimento per le mutilazioni genitali femminili collocato presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'AOU di Careggi. Tuttavia, il percorso strutturato della Regione Toscana si è sviluppato grazie alla legge nazionale 7/2006 che consentì di misurare, prevenire e contrastare il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Italia e assicurare cura e protezione alle persone che avevano subito questa violenza.

I percorsi e i progetti realizzati dalla Regione Toscana nel decennio 2006-2016

A cura della Dott.ssa Daniela Matarrese

La legge 7/2006

Deciso impulso ad una politica nazionale e regionale di contrasto, cura e prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, arriva nel Gennaio 2006 con la pubblicazione della Legge 09/01/2006 n. 7, recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"¹⁵.

La legge nazionale era un punto d'arrivo della discussione su politiche sanitarie di prevenzione e tutela delle donne, adeguate ai tempi e alle problematiche di salute emerse in Europa con i primi flussi migratori degli anni '90. Fondamentali furono a riguardo gli esiti della Conferenza del Cairo del 1994, della Dichiarazione e del Programma di azione adottati a Pechino il 15 Settembre 1995 nella Quarta Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle Donne.

¹⁴ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2003DG00000000816>

¹⁵ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2006/01/18/005G0307/sg>



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



In Italia la "Legge Consolo" (dal nome dell'On. Giuseppe Consolo, proponente e primo firmatario), dettò per la prima volta "le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine".

In Regione Toscana, la discussione sull'opportunità di interventi di tutela delle donne e delle bambine dalle MGF era emersa già da un decennio, avviata dalla Commissione regionale di Bioetica, presieduta allora dal Dr. Antonio Panti e sostenuta, subito dopo la Conferenza di Pechino dalla competenza in materia di un medico somalo, Omar Abdulcadir e dalla tenace rappresentanza delle donne somale a Firenze e in Toscana.

In attuazione della legge n. 7/2006, la Regione Toscana mise in atto un programma regionale di azione con scorrimento triennale che prevedeva l'offerta di servizi dedicati nel Centro di riferimento regionale per le MGF di Careggi del Dr. Abdulcadir e nei consultori dei comuni capoluogo. Il Programma si sostanziava in alcuni principali filoni di intervento, rimasti poi negli anni assi principali degli interventi: Analisi del fenomeno; Assistenza e Prevenzione; Formazione degli operatori e dei professionisti; Rete di assistenza e tutela; Informazione e Comunicazione.

Alla base del Programma, era sotteso un **intervento culturale** sulla popolazione autoctona e su quella di lunga e recente immigrazione e poi la scelta di **fornire strumenti efficaci agli operatori** nel campo della salute e della scuola, sfruttando al meglio le possibilità d'azione offerte dalla normativa.

L'elaborazione del programma e delle diverse attività in cui si sostanziava, erano ideate e concertate con il Tavolo Regionale sulle MGF, istituito, come già detto, con la DGR 500/2004, poi aggiornato nel 2006, nelle finalità e nella composizione, per meglio rispondere al disposto della legge n.7.

Il tavolo regionale sulle MGF

Il Tavolo era composto dai referenti dell'allora Consiglio Sanitario regionale, della Commissione regionale per le Pari Opportunità, della Commissione regionale di Bioetica, dell'Ordine dei Medici, del Collegio delle Ostetriche e dei Medici Ginecologi, dal Direttore del Centro di Riferimento per le MGF dell'AOU Careggi, dai Presidenti delle Associazioni maggiormente attive e rappresentative su questa delicata problematica, l'Associazione Nosotras, il COSPE, l'Associazione DONNE SOMALE. Il lavoro del Tavolo era quindi supportato dai funzionari regionali dei settori Diritti e Servizi della Persona in Ospedale, Servizi alla persona sul territorio, Formazione, Governo Clinico.

Gli obiettivi del Tavolo erano definiti: a) realizzare azioni mirate sia alla prevenzione delle MGF che alla definizione di protocolli di intervento che integrassero servizi e risorse in un'ottica di sistema, per meglio rispondere alla necessità di assistenza e di tutela delle persone; b) sollecitare l'attenzione



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



pubblica sulle MGF attraverso strategie comunicative, momenti di dibattito e informazione; c) monitorare il fenomeno e verificare l'impatto del programma di azione regionale.

Le attività realizzate – anni 2008/2010 (sintesi)

La Regione Toscana, nel P.S.R. 2008/2010 al punto 5.6.2.5, affrontando le complesse tematiche relative all'area materno infantile, al fine di tutelare la salute della donna, sia in relazione all'esperienza della maternità, che alla specificità del vissuto femminile nelle varie età della vita ed in ogni condizione sociale, dedicò una particolare attenzione alla popolazione immigrata prevedendo azioni mirate alle peculiarità dei problemi delle donne che provenivano da altre culture. Per dare piena attuazione a queste disposizioni, la Regione ritenne fondamentale il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta al fine di intercettare le eventuali situazioni a rischio ed attivare tutti gli interventi idonei ad aiutare i genitori a compiere le giuste scelte nell'interesse delle bambine e svolgere contestualmente un'azione di sensibilizzazione della popolazione proveniente dai paesi a rischio, con particolare riguardo alla popolazione maschile.

In particolare, i Piani regionali sulle MGF portarono ai seguenti interventi e relativi risultati:

- Analisi del fenomeno: furono apportate modifiche ai flussi informativi consultoriali (CON ed SPC) per permettere di rilevare gli accessi per MGF nei consultori regionali e alcune caratteristiche dell'utenza;
- Offerta attiva dei servizi consultoriali:
Gli interventi realizzati in questi anni, particolarmente nei territori della Provincia di Pistoia e di Livorno, consentirono il progressivo legame tra le Ausl e le associazioni e le comunità straniere dei diversi territori; gli incontri realizzati tra utenti stranieri e operatori dei consultori, permisero ai servizi di avvicinare, accogliere ed assistere, alcuni pochi casi di MGF. L'afflusso ai consultori di donne portatrici di MGF era (ed è rimasto) relativo, pochi casi e fidelizzati al servizio che però aprivano una strada e un rapporto tra le donne a rischio e i servizi che potessero tutelarle. Valore aggiunto: la partecipazione all'intervento delle donne straniere raccolte in associazioni, tramite essenziale tra persone e servizi;
- Informazione: fin da subito apparve chiara l'importanza di strategie comunicative e non solo campagne informative in grado di fornire conoscenze e competenze agli operatori sanitari e scolastici sulle MGF per poter meglio intervenire sia in chiave preventiva che a livello di presa in carico, ma anche di raggiungere la popolazione immigrata, le ragazze, gli uomini: chiara era la consapevolezza di dover innescare un cambiamento di cultura e mentalità, delle persone e dei servizi. Incontri tematici furono realizzati in tutti i consultori principali e nei centri di consulenza giovani dei comuni capoluogo con le comunità straniere target, con gli



operatori dei servizi coinvolti nei progetti di intervento, con il personale medico dei consultori delle ASL toscane, con le associazioni di tutela e le comunità dei migranti presenti nel territorio di ogni zona socio-sanitaria.

Particolare efficacia ebbe il confronto diretto sul tema tra operatori dei consultori e comunità straniere.

Furono sperimentate inoltre diverse metodologie di comunicazione: interventi peer to peer che coinvolsero le seconde generazioni e le comunità, interventi di piazza in piazza con mezzi di trasporto itinerante nei luoghi di aggregazione per divulgare materiale informativo e dialogare con i migranti, interventi cosiddetti Alfa presso i centri di educazione linguistica e di educazione permanente.

Furono avviati anche incontri rivolti a gruppi maschili, selezionati all'interno delle singole comunità, in base alla sensibilità, all'istruzione, all'interesse al problema, alla posizione sociale anche all'interno della comunità. Agli incontri partecipavano il personale medico del CRR per le MGF, rappresentanze delle comunità della Nigeria, dell'Egitto, della Somalia, dell'Etiopia, del Cameroun, della Costa d'Avorio, del Senegal, dell'Eritrea. Gli incontri furono organizzati presso la sede del CRR a Careggi, dall'associazione Nosotras e da alcune comunità cristiane evangeliche frequentate dai gruppi target.

Gli incontri non avevano solo fine informativo ma anche preventivo, consentirono inoltre di costruire contenuti e materiali informativi studiati in base al gruppo target individuato (cittadini, operatori, medici, ecc.) e al contenuto che si intendeva veicolare; particolare attenzione fu dedicata sia alla conoscenza della nuova normativa ed alle possibilità di tutela da essa offerte, che ai servizi specifici esistenti sul territorio (consultori e CRR). Il materiale fu tradotto nelle lingue veicolari più usate dalle comunità target.

Un Sito internet sulle MGF fu realizzato sempre dall'associazione Nosotras con il contributo del Tavolo regionale per le MGF (<http://www.mgftoscana.it> attualmente non più attivo)

- Assistenza e Prevenzione: la presenza di competenze specifiche nei servizi ospedalieri e consultoriali per qualificare l'assistenza e riabilitazione furono la priorità di questi anni. Si continuò a investire in prevenzione, iniziando anche a pensare le modalità più opportune per le azioni di contrasto da implementare, approfittando delle reti esistenti relative alla violenza di genere.
- Formazione: dal 2006 in poi numerosi interventi formativi furono rivolti a operatori e professionisti del SSR, inclusi i **pediatri di famiglia**, e della scuola, insegnanti, educatori, operatori scolastici; l'intento era quello di fornire strumenti conoscitivi, atti a riconoscere situazioni a rischio MGF e ad orientare i pazienti ai servizi territoriali esistenti. La formazione fu orientata oltre che alla prevenzione ed alle categorie professionali di base per una reale



presa in carico, alla continuità assistenziale. Medici, ostetriche e ginecologi, pediatri, consultori, assistenti sociali, mediatori fruivano periodicamente dei corsi e dei relativi aggiornamenti.

Nel 2008 inoltre, grazie anche alle rappresentanze sindacali, fu avviato un confronto con la medicina generale per implementare percorsi di informazione e aggiornamento per l'intercettazione dei casi a rischio e per la stesura di un protocollo di intervento per la cura e la tutela delle bambine provenienti dai paesi a rischio

- Rete dei servizi: dal 2008 prese avvio invece l'implementazione della rete dei servizi, in particolare i consultori, essendone ormai comprovata la capacità attrattiva. Le cause erano diverse, ma possono esserne elencate due: la prima, gli esiti di lungo periodo degli interventi informativi che motivarono e orientarono ai servizi la popolazione straniera; la seconda, l'importanza dei flussi migratori e contemporaneamente la progressiva integrazione delle prime e seconde generazioni che spinsero i servizi a migliorare la propria offerta, sia in termini qualitativi che quantitativi, per rispondere a vecchi e nuovi bisogni di salute sessuale e riproduttiva delle donne immigrate.

In questi anni, il Tavolo regionale perde parte della sua funzione per focalizzarsi su attività di indirizzo e contemporaneamente viene istituito un coordinamento operativo regionale per il contrasto della pratica delle MGF.

Notevole impulso alla qualificazione dei servizi, venne dai progetti, anche CCM, finanziati annualmente dalla legge 7/2006.

Conoscere per prevenire: i progetti 2008/2010

Con i progetti "Conoscere per prevenire", la cui prima approvazione risale alla DGR 1039/2008, si volle specializzare le azioni di prevenzione e migliorare la qualità dell'assistenza innanzi tutto alle donne che avevano subito le MGF, inserendo le attività da realizzare in una più vasta azione di promozione della loro salute riproduttiva e in particolare della prevenzione oncologica e della prevenzione delle IVG.

Tali progettualità consentirono di realizzare: interventi finalizzati all'implementazione e allo sviluppo dei servizi per l'assistenza e la riabilitazione delle donne e delle bambine sottoposte alla pratica delle MGF, in particolare del Centro Regionale di Riferimento per le MGF attivo presso l'AOU Careggi; interventi formativi rivolti ai mediatori culturali, tramite la struttura di riferimento regionale per la mediazione culturale "l'Albero della Salute"; interventi di formazione integrata rivolti agli operatori dei servizi sanitari e dei consultori; interventi informativi rivolti all'utenza dei consultori regionali, in particolare nei consultori principali di tutte le ASL.



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Altro asse portante delle politiche sanitarie a contrasto delle MGF fu la prevenzione sulle bambine provenienti dai paesi a rischio, di cui alla DGR n. 696/2009¹⁶.

Grazie agli interventi realizzati fu possibile:

- l'istituzione di un gruppo di lavoro a carattere multidisciplinare (medici di medicina generale, ginecologi, pediatri, avvocati e giuristi, responsabili delle U.F. consultoriali) che curò da una parte, il piano di comunicazione, definendo i contenuti degli interventi, gli ambiti da preferire e i soggetti da coinvolgere; dall'altra, la definizione di percorsi di intervento integrati e omogenei, per l'accoglienza, l'assistenza e la tutela, anche legale, delle bambine a rischio di MGF;
- la realizzazione di percorsi informativi rivolti alla popolazione straniera, sia maschile che femminile, per aprire spazi di dialogo sui pregiudizi e le false credenze che alimentavano la sopravvivenza di tali usanze;
- la realizzazione di percorsi informativi rivolti ai medici dei consultori principali e ai pediatri di famiglia per l'intercettazione dei casi a rischio e per la realizzazione di una proposta di protocollo di intervento nel caso di riscontro di MGF;
- la realizzazione di strumenti informativi a larga diffusione (sito internet, opuscoli, dépliant, ecc.) sul disposto normativo della legge 7/2006, sulle MGF, sui servizi esistenti sia per la cura e l'assistenza, sia di riferimento per utenti e operatori.

Particolarmente attivi su tale progettualità, l'allora ASL3 di Pistoia che si avvale della collaborazione del Centro Regionale di Riferimento per le MGF di Careggi e dell'Associazione Nosotras.

Alcune considerazioni sugli esiti dei progetti "Conoscere per prevenire" e "prevenzione MGF nelle bambine": furono coinvolti 150 operatori socio-sanitari nella fase di rilevazione del bisogno e di progettazione locale, dettagliata e personalizzata ASL per ASL; 30 associazioni territoriali e almeno 16 comunità e associazioni di immigrati, 3.500 persone parteciparono alle attività di informazione e sensibilizzazione. Furono espresse numerose dichiarazioni pubbliche di personalità, intellettuali e ministri di culto delle comunità immigrate a favore del progetto di prevenzione delle MGF e delle IVG ripetute. Dai focus group con gli operatori dei consultori emerse un incremento dell'afflusso di utenza pari circa al 15%, mentre dalle elaborazioni del MES (Management e Sanità – Istituto S. Anna) risultava una diminuzione complessiva delle IVG del 5,6% circa negli anni interessati dal progetto.

¹⁶ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2009DG00000000884>



Rimanevano tuttavia alcune criticità: il contatto e il rapporto con alcune comunità di immigrati (la comunità cinese a Prato ed Empoli, la comunità rumena a Siena), e con le fasce di giovani immigrati.

Il merito di “Conoscere per prevenire” fu il serio tentativo di innovazione dell'offerta attiva dei servizi per la popolazione migrante. Esprime una modalità moderna di raggiungimento delle comunità target ed una metodologia nuova di prevenzione, andando incontro al territorio ed alle donne target.

Il programma di azione regionale 2011-2013

In linea con la legge n. 7/ 2006 - gli obiettivi della programmazione regionale 2011-2013 furono: prevenire, monitorare e fermare le MGF in quanto violazione del diritto umano all'integrità della persona, alla salute delle donne e delle bambine. Le aree di intervento, di seguito individuate e descritte, si ponevano in continuità con gli interventi realizzati nella programmazione precedente, in un'ottica di stabilizzazione e messa a sistema.

Prevedevano però azioni nuove per la creazione della rete di assistenza e di tutela e riguardo alla formazione degli operatori. Già allora si prevedeva, per la realizzazione di azioni e interventi efficaci, fermo restando il ruolo decisivo del Terzo Settore e del volontariato, un coordinamento regionale intersettoriale onde strutturare al meglio azioni di prevenzione e di contrasto delle MGF, ma anche per la presa in carico dei tanti bisogni e costi, anche umani e sociali, delle donne e delle ragazze che man mano trovavano il coraggio di sottrarsi a tali pratiche.

Il Programma di Azione della Regione Toscana 2011-2013 considerava innanzi tutto la necessità di dare continuità alle attività poste in essere privilegiando la messa a sistema dei servizi dedicati, la definizione dei protocolli di intervento tra i diversi servizi della rete - distinguendoli in servizi di primo (consultori e scuole), secondo (consultori dedicati) e terzo livello (CRR Careggi) - e la messa in rete dei servizi MGF con quelli per la promozione delle pari opportunità e per il contrasto della violenza di genere.

Per quanto riguarda la formazione furono implementate le attività formative rivolte ai medici di medicina generale e ai pediatri di famiglia, i focus group tra operatori consultoriali e associazioni del territorio di riferimento, gli eventi formativi per la rete dei servizi dedicati.

Le risorse nazionali della legge 7/2006 furono destinate in questi anni (DGR 1229/2012) alle attività delle Aziende Usl in ambito materno infantile per affrontare il problema delle MGF nel più vasto ambito della promozione della salute materno-infantile, onde andare a incidere sia sulla cultura che sull'organizzazione dei servizi, come peraltro indicato dal Ministero della Salute, in data 6 giugno



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



2011, con comunicazione di ripartizione del finanziamento previsto ai sensi dell'art. 4 della L. n. 7/2006 per gli anni 2010-2012.

È da dire che dal 2008 e fino al 2012 il numero delle persone con MGF rimane basso e costante, la vera novità invece fu la percezione di un'inversione di tendenza rispetto alle azioni volte ad intercettare il rischio di MGF: soprattutto nelle giovani generazioni e in ambito universitario fu evidente il rigetto della mentalità sottesa alla pratica e la collaborazione con operatori e associazioni.

Pur tenendo alta la guardia sulla prevenzione della pratica e del solo rischio, le attività dei servizi si concentrarono sulla cura e sull'assistenza. In quegli anni furono quindi previsti: interventi per favorire la diffusione delle informazioni, l'orientamento e l'accompagnamento ai servizi ma anche interventi per il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi di mediazione culturale in ambito materno-infantile, in un'ottica di appropriatezza e continuità assistenziale, e prioritariamente nel percorso nascita e nel percorso IVG; interventi per la promozione della salute riproduttiva delle donne immigrate; interventi per la prevenzione e l'educazione alla salute, rivolti principalmente alla popolazione femminile.

A livello nazionale, il 6 dicembre 2012, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano approvò l'intesa relativa al "Sistema di interventi da sviluppare per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili" che disponeva l'assegnazione di fondi destinati alle Regioni per la realizzazione di Programmi Attuativi regionali; in conseguenza di ciò il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato con DCR n. 91 del 5/11/2014, dedica una particolare attenzione alla popolazione immigrata prevedendo interventi mirati alla prevenzione e al contrasto delle mutilazioni genitali femminili. Gli indirizzi di programmazione dati alle Aziende Sanitarie con la delibera 1229/2011 furono poi completati dalla DGR 1227/2012 che promuoveva le buone pratiche e le procedure di intervento in ambito materno-infantile prevedendo un'attenzione specifica anche ai percorsi per la prevenzione e la cura delle MGF. Tale scelta rientrava nella necessità ravvisata di mettere a sistema esperienze, conoscenze e metodologie sperimentate in questi anni, di integrare i soggetti della rete, di far dialogare la rete dei servizi per la prevenzione, la cura e il contrasto delle MGF con i servizi del Gruppo abuso infanzia e adolescenza (GAIA) dell'AOU Meyer, già attivo dal 2008 E particolarmente per i legami e le procedure sviluppate con le istituzioni competenti, sia giudiziarie sia del territorio, con i servizi di ambito materno-infantile delle Asl e, attraverso di essi, con tutto il sistema socio-assistenziale regionale.



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Nel 2013, la Regione Toscana presentò al Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Prot. AOOGR/91244/R. 90.20) un Programma Attuativo regionale per le MGF approvato dal Tavolo regionale per le MGF e predisposto in collaborazione con il Centro di Salute Globale, istituito con la DGR n. 909/2012¹⁷ presso l'AOU Meyer e designato come soggetto attuatore la cui esperienza verrà trattata approfonditamente nei paragrafi successivi.

La programmazione regionale 2014-2016

Le primavere arabe e il massiccio afflusso migratorio dall'Africa negli anni 2013-2015, quindi anche da paesi a rischio di MGF, furono all'origine di una nuova allerta dei servizi di prevenzione e cura e insieme di una programmazione specifica per la definizione e/o la formalizzazione di intese e azioni di contrasto. Furono programmati due diversi accordi territoriali: un protocollo di intervento in caso di riscontro di MGF, per la presa in carico delle vittime, la cura, l'assistenza e la riabilitazione, in continuità H/T che coinvolgesse quindi il Centro di Riferimento Regionale per le MGF e i consultori principali; b) di un protocollo di Intesa "per la prevenzione delle pratiche di mutilazione genitale femminile" tra gli enti deputati al contrasto del reato e alla tutela giuridica delle vittime. Si prevedeva inoltre il potenziamento della mediazione culturale nel percorso nascita e IVG e occasioni di aggiornamento e formazione integrata rivolta agli operatori e ai mediatori della rete dei servizi.

Il Piano Regionale MGF e la Salute Globale

Grazie all'Intesa Stato Regioni del 2016 tutte le Regioni italiane hanno deliberato tra il 2016 e il 2018 un Piano regionale per la prevenzione e il contrasto della pratica delle MGF. La Toscana ha approvato il suo Piano con la DGR 619/2016 che ha indicato inoltre una procedura da seguire da parte di tutti i servizi sanitari e sociosanitari coinvolti negli interventi di prevenzione, individuazione del rischio e presa in carico precoce, oltre che di contrasto. La procedura si articola in due differenti direzioni a seconda che si riscontri il rischio di essere sottoposti a MGF oppure che la si abbia già subita; prevede inoltre - come ovvio - diversi servizi e attori a seconda che si tratti di bambine e ragazze oppure di donne adulte.

Alla progettazione e alla attuazione del Piano regionale MGF hanno contribuito i partecipanti al tavolo regionale MGF, con un coinvolgimento importante delle associazioni delle donne provenienti dai Paesi a rischio per le MGF e del centro di Salute Globale.

Dal 2017 sono stati individuati dalle Direzioni sanitarie delle Aziende Usl, i consultori (servizi di accesso e di base - I e II livello) con competenza nel gestire la presa in carico di donne con MGF o a

¹⁷ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2012DG00000001217>



rischio. Il livello di trattamento specialistico era previsto presso il centro di riferimento regionale (CRR) di Careggi attivo fino al 2018 e a breve ricostituito presso l'AOU Pisana.

Ad oggi, la rete dei servizi comprende oltre ai consultori e al CRR per le MGF di Careggi, il Centro di riferimento regionale per la violenza di genere (CRRV – A.O.U. Careggi) e il Gruppo GAIA dell'A.O.U. Meyer; la medicina di base e la pediatria di famiglia, la rete dei Punti nascita, i Servizi Sociali, il tribunale dei Minorenni e la Procura della Repubblica.

Le progettualità attualmente in essere sono per lo più concentrate sulle attività di sorveglianza, svolta dai servizi sanitari insieme agli operatori scolastici e alla pediatria di famiglia; sulla prevenzione e sulla presa in carico dei bisogni di salute e di protezione presentati dalle donne, svolte dai servizi consultoriali, insieme alla medicina generale.

La rete dei servizi per la protezione delle persone e per il contrasto della pratica è appoggiata sui servizi delle reti anti-violenza e portate avanti, a seconda delle competenze, con i servizi sociali, la Procura della Repubblica, il Tribunale dei minori.

Tutte le attività di sensibilizzazione e di informazione restano svolti dalle associazioni storiche e dal Centro di salute globale che assicura anche la fruizione della documentazione e la definizione di contenuti ed eventi formativi per gli operatori e i professionisti.



Buone pratiche e progetti sperimentali

L'esperienza del Centro Regionale di Salute Globale -AOU Meyer

A cura della Dr. Maria Jose Caldes Pinilla

L'esperienza del Centro di Salute Globale (di seguito CSG) rispetto la tematica delle mutilazioni genitali femminili è strettamente legata alla gestione del già citato progetto "Intesa concernente il sistema di interventi da sviluppare per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili di cui all'art. 3, comma 1, della legge 7/2006, finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri e affidato dalla Regione Toscana al Centro di Salute Globale (CSG). Il CSG, in collaborazione con l'Associazione Nosotras Onlus e ad altri soggetti rilevanti, elaborò delle raccomandazioni finalizzate alla prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne e le minori dei Paesi identificati come a rischio. Tali raccomandazioni, DGR n 619 del 27/06/2016¹⁸, nacquero come risposta a un'esigenza di prevenzione delle pratiche di mutilazione genitale femminile, contemplata dalla Legge 7/2006 all'art. n. 7. La legge prevedeva al suo interno la messa a punto di Linee Guida, basate su quelle ministeriali¹⁹, il cui scopo principale era la realizzazione di attività rivolte alla prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine, vittime o potenziali vittime di tale pratica; inoltre, rappresentavano uno strumento di facilitazione per adeguare le conoscenze e le modalità di cura per rispondere in modo corretto ed efficace alla domanda di salute proveniente da una specifica fascia di popolazione femminile immigrata. È da quelle Linee guida che il lavoro coordinato dal CSG prese corpo.

Il progetto, che prese avvio nel 2013 e si concluse nel giugno del 2016, aveva come finalità principale quella di rafforzare la tutela, la presa in carico e l'assistenza della popolazione a rischio di MGF, inserendo il programma di lavoro regionale sulle MGF nella più ampia visione della promozione della salute riproduttiva della donna, delle politiche di difesa e integrazione sociale della popolazione immigrata e del rispetto dei diritti delle donne e dei minori sanciti dagli atti internazionali e nazionali.

Le finalità specifiche erano:

- a) La predisposizione di modelli di intervento innovativi e sperimentali finalizzati all'attuazione di una strategia di sistema nazionale volta a favorire l'integrazione sociale di donne e minori vittime o potenziali vittime di pratiche di mutilazioni genitali femminili.

¹⁸ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2016DG00000000694>

¹⁹ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



- b) La realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento specifici mirati a coloro che operano su questo tema o in ambiti connessi, per la facilitazione delle relazioni tra le istituzioni e la popolazione migrante di origine africana.
- c) La promozione di attività informative e di sensibilizzazione.

Per promuovere la prevenzione e lo sradicamento delle pratiche MGF si dette vita ad un gruppo composto da soggetti pubblici e privati, che, attraverso le informazioni raccolte, la ricerca e l'analisi del proprio territorio doveva elaborare un documento strategico di intervento a tutela dei diritti delle donne immigrate. Da questo gruppo prese vita il documento di **Raccomandazioni**²⁰, che prevedeva un percorso di continuità assistenziale ospedale/territorio (servizi ospedalieri: punti nascita/servizi territoriali: consultori familiari ASL). Inoltre, si lavorò alla messa in rete e collaborazione tra: pediatri (PLS), medici di medicina generale (MMG), servizi sociali, Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, Centro di Riferimento Regionale Azienda AOU Careggi, e Centro di Riferimento Regionale per la Violenza e l'Abuso sulle donne adulte e minori AOU Careggi, Pronto Soccorso – Codice Rosa, Servizio GAIA AOU Meyer. Il documento concluse il suo iter autorizzativo e venne deliberato con DGR n 619 del 27/06/2016²¹.

Per accrescere la conoscenza relativa alla rete dei servizi e alle MGF, sia da parte degli operatori del SSR, che dei mediatori linguistico culturali - e attraverso di loro più in generale migliorare l'accesso delle persone migranti, specialmente delle donne – si misero in piedi **azioni formative** finalizzate alla prevenzione delle MGF, ma anche al miglioramento della salute riproduttiva, con particolare riferimento al percorso nascita. Si pianificarono percorsi formativi, in aula e attraverso una FAD, all'interno di programmi di formazione obbligatoria e percorsi professionali rivolti ad operatori dell'area sanitaria e sociale, utili a rilevare casi di MGF o di rischio di MGF. Rispetto alla formazione in presenza, venne progettato e realizzato un corso accreditato della durata di 7 ore in tre edizioni, avvalendosi della collaborazione di tre professionisti che come relatori, trattarono e approfondirono l'ambito clinico, socio-antropologico e giuridico. In un secondo momento, venne costituito un gruppo di lavoro formato da alcuni membri del Tavolo Regionale MGF, referenti dei servizi coinvolti ed esperti, che si impegnarono nella progettazione e messa a punto di materiale aggiornato sul tema che costituì un pacchetto FAD, messo poi a disposizione dall'Agenzia Regionale Formas²², anch'esso accreditato ECM.

²⁰ <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13586257/allegato+parere+n.+23-2016+MGF.pdf/957db71d-ff22-473a-a646-764ea75fc037?jsessionid=AD92EDED25E6B5394E80573099DF1C84.web-rt-as01-p2?version=1.0>

²¹ <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2016DG00000000619>

²² <https://www.formas.toscana.it/>



Infine, furono messe in atto **attività di sensibilizzazione** al tema delle MGF e della salute delle donne migranti, del rispetto dei diritti delle donne e dei minori attraverso azioni che avevano come obiettivo più ampio l'empowerment e la health literacy dei gruppi migranti. Le campagne di comunicazione e sensibilizzazione effettuate videro il coinvolgimento attivo degli uomini e delle donne delle comunità target, con il coinvolgimento delle comunità religiose sul territorio toscano. Tra le attività dei gruppi di esponenti, denominati "gruppi di parola", furono elaborati e distribuiti materiali di progetto a supporto della campagna di sensibilizzazione e informazione, e tra questi: dépliant informativi specifici per ogni iniziativa, volantini delle giornate di sensibilizzazione, articoli divulgativi, Interventi audio/visivi su televisioni nazionali e locali, comunicati stampa in occasione di tutte le iniziative in occasione della giornata mondiale contro le MGF del 6 febbraio.

In questi ultimi anni, in particolare con la chiusura del Centro di Riferimento Regionale per le MGF, presso l'AOU Careggi, l'iter che era stato messo in piedi per la prevenzione e l'individuazione precoce dei casi di minori a rischio si è pressoché interrotto, proprio perché uno degli attori principali è venuto meno. Si renderebbe quindi necessaria una revisione di quel lungo lavoro di messa in rete dei soggetti chiave per renderlo di nuovo attuabile, per mettere a frutto un lavoro già avviato, condiviso e approvato e perché sia assicurata la sostenibilità nel tempo al di là dei professionisti che operano e si avvicinano.



La prevenzione nel contesto socio-culturale

A cura della Dott.ssa Isabella Mancini

“La persona è inviolabile. Ogni essere umano ha diritto al rispetto della propria vita e all’integrità fisica e morale della sua persona” [Carta Africana dei Diritti dell’Uomo e dei Popoli, 1990, art 4. La Carta è stata adottata a Nairobi il 27 giugno del 1981 nell’ambito della Conferenza dei ministri della Giustizia dell’Organizzazione dell’Unità Africana (OUA)].

“Gli Stati aderenti si impegnano a modificare i modelli sociali e culturali di comportamento attraverso l’educazione pubblica, l’informazione, strategie di comunicazione finalizzate ad eliminare i danni provocati da tutte quelle pratiche culturali o tradizionali che si basano sull’idea dell’inferiorità o superiorità di uno dei due sessi, o su ruoli stereotipati per uomini e donne.” [Art 2 sull’Eliminazione delle discriminazioni contro le donne del Protocollo alla Carta Africana dei Diritti dell’Uomo e dei Popoli. La carta è stata adottata a Maputo, Mozambico, l’11 luglio 2003, 2° sessione ordinaria dell’Assemblea dell’Unione Africana. Entrata in vigore internazionale: 25 novembre 2005. Stati Parti al 1° Settembre 2020: 42]

Le Mutilazioni Genitali Femminili vengono ancora oggi tramandate di generazione in generazione per più ordini di motivi, economici, certamente, ma anche identitari: la pressione sociale della comunità di riferimento a non perdere la propria identità spinge a mantenere le tradizioni.

Le tradizioni sono un prodotto graduale del collettivo umano: sono il frutto di una dinamica spirituale e culturale che cresce, si evolve e consente il passaggio generazionale dei “valori fondamentali”. I valori fondamentali delle nuove comunità, anche nei paesi target delle MGF, cioè là dove sono nate e si tramandano, per l’appunto, devono oggi includere l’altra metà del cielo e il rispetto dei suoi diritti fondamentali come essere umano.

In questi oltre venti anni di attivismo dell’associazione Nosotras Onlus per il contrasto delle MGF il nostro ascolto è andato alle donne che già erano attiviste per i diritti umani nei paesi di origine. Sono loro che hanno ispirato le donne in diaspora nella nostra terra a metterci la faccia e il corpo, nelle migliaia di attività di informazione e sensibilizzazione sul tema.

Mentre scriviamo queste righe tra le mani abbiamo un testo che fu pensato dalla nostra associazione assieme alla Asl 3 di Pistoia nel quadro di un lavoro di ampliamento delle “Linee guida per operatori” del progetto IDIL: questo opuscolo, che porta il marchio della Regione Toscana, nasceva infatti dal confronto del neo istituito **Gruppo di lavoro multidisciplinare sulle MGF (2003)** ovvero dal progetto sperimentale promosso appunto dall’Azienda Sanitaria 3 di Pistoia.

Quel Gruppo di Lavoro aveva in sé già le numerose esperienze professionali e della società civile necessarie e sufficienti ad affrontare il tema delle MGF e della sua prevenzione in una contestualizzazione che non fosse solo sanitaria ma anche sociale. Oltre alla Commissione Pari



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Opportunità della Regione, il Centro di Riferimento per le MGF di Careggi, un medico ginecologo, un rappresentante della commissione bioetica, del Consiglio Sanitario Regionale, e poi le associazioni, Nosotras, ma anche quella delle Donne Somale e il COSPE²³, un antropologo e due rappresentanti della Regione Toscana del settore sanitario e del settore formazione e promozione della salute: questi erano i soggetti di una evocata equipe multidisciplinare che sarebbe dovuta essere competente nell'istituire quei percorsi di formazione per i professionisti del settore medico e del settore sociale ma anche valutare le modalità con cui affrontare l'eventuale emersione di volontà da parte di una famiglia di procedere con le mutilazioni genitali sulla propria figlia.

Mentre sfogliamo questi opuscoli di un altro secolo, per grafiche e semplicità di estetica, tra le mani serriamo un dono del quale non è stato fatto tesoro se non in poche realtà nel nostro territorio e non solo regionale. Con un **progetto provinciale su banco multimisura FSE POR OB.3 del 2004** già si promuoveva un percorso coordinato e costante di formazione per operatori e operatrici del sociale e per addetti alla scuola e all'educazione. Tre edizioni di un percorso di formazione che nel 2005 e 2006 andava a formare 60 partecipanti per ogni categoria, proprio in quegli anni in cui si discuteva e si approvava la norma nazionale dedicata al contrasto delle MGF. Coinvolti come parte attiva del percorso il settore istituzionale di Regione, Provincia e Comune e settore del privato sociale: i soggetti c'erano dunque già sul piatto, i contenuti già condivisi su quella formazione necessaria e propedeutica ai percorsi di prevenzione del fenomeno.

Scorrendo l'analisi dei test di verifica finale di quelle formazioni del 2005 e del 2006, diciotto anni fa, emergeva da parte del personale formato *l'esigenza di essere maggiormente informato sulla dimensione del fenomeno sia a livello nazionale che regionale* ed essere orientati nell'individuazione di interlocutori e di strutture di riferimento territoriali. Queste richieste paiono oggi quanto mai attuali in assenza di un centro di riferimento regionale sul fenomeno che funga da cuore pulsante e di promozione della formazione e sia capace, allo stesso tempo, di uno spirito olistico nell'affrontare il fenomeno e di coinvolgere tutti quegli attori necessari a tenere alta la vigilanza sul territorio e diffusa anche agli ambiti provinciali e non solo nei grandi centri urbani.

Vogliamo qui ricordare, a monito degli impegni assunti in questa rinnovata occasione di slancio politico, istituzionale e professionale, per rendere effettivi dei diritti che fino ad ora son rimasti su carta alcune righe delle riflessioni conclusive di quel pamphlet già citato: "Ciò che invece sembra carente è l'impegno istituzionale, nazionale e locale, sul problema. È a questo proposito che son

²³ <https://www.cospe.org/>



venute le richieste più chiare da parte delle corsiste quando ci chiedono (al comitato didattico-scientifico del corso, ndr) quali validi interlocutori allertare in caso di rischio MGF".

In questa fase di archeologia archivistica alla quale ci siamo dedicate per riportare alla luce reperti di una storia recente fatta dai corpi mutilati di donne della diaspora che hanno messo il loro tempo, la loro dignità, la loro contaminazione sociale sul piatto dell'affermazione dei diritti umani di loro stesse e delle altre donne e bambine del mondo che abbiamo rinvenuto le "Linee guida con indicazioni di comportamento per la prevenzione delle MGF nelle bambine a rischio rivolta a insegnanti ed educatori".

Anche queste erano state redatte sulla base delle indicazioni per la sensibilizzazione e prevenzione della legge 7/2006 e delle *Linee Guida del Ministero della Salute del 2008 proprio sul ruolo della scuola nella prevenzione e nel contrasto alle MGF*. In questo caso, in modo semplice e costruito con focus group assieme alle maestre degli asili nido, venivano individuate le modalità con cui anche le insegnanti potessero essere parte di quella catena di tutela dei diritti umani delle bambine nel nostro paese.

Rimanendo ancora nello spettro della ricerca storica, risale al **2012 il progetto Shabaq** realizzato con il finanziamento regionale della LR 16/2009 sulla Cittadinanza di Genere. Anche in questo caso una vera e propria procedura per la prevenzione delle pratiche capace di individuare tutti gli step necessari all'individuazione dei livelli di rischio e di conseguenza delle modalità di affrontarli con risposte tra sociale e medico differenti. Con quel progetto, accogliendo quelle esigenze emerse alcuni anni prima in altri momenti di formazione agli operatori del territorio, mettevamo in evidenza la necessità **di una banca dati** nella quale accogliere e conservare le segnalazioni ricevute suddivise tra quelle che erano state archiviate, quelle che erano state prese in carico e come e quelle inoltrate alla procura della repubblica presso il Tribunale per i Minorenni.

Pochi mesi prima dall'elaborazione di quel testo c'era stato il lavoro internazionale che aveva portato alla stesura e poi all'approvazione della Carta di Istanbul²⁴, quella Convenzione del Consiglio d'Europa firmata nella capitale turca a segno di apertura a quel paese per un futuro ingresso, in Europa, mai arrivato, che ha fatto sì che anche le MGF fossero inserite tra quelle forme di violenza di genere, di violenza maschile sulle donne.

Le MGF hanno, infatti, la loro causa prima nella asimmetria delle relazioni tra uomini e donne e il condizionamento della vita delle donne, dalla nascita, al parto, alla morte: l'eliminazione delle **MGF viene non a caso definita eradicazione**. Ed è in questo contesto che non si può pensare di trattare

²⁴ <https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>



questo tema astraendolo dall'analisi dei rapporti di potere tra uomini e donne e dal ruolo di subalternità delle seconde rispetto ai primi. **“La lotta delle MGF non può che passare per un percorso di empowerment delle donne che investa tutti i piani della vita sociale: dal rafforzamento delle loro capacità decisionali all'ampliamento delle loro sfere di azione tramite l'accesso alle risorse, all'informazione, all'istruzione, alla salute, al lavoro, al reddito e infine ai posti di governo”** scriveva, nel 2012 Isatou Touray dell'associazione Gambotrap del Gambia aderente all'Inter African Comitee, IAC, il più grande network di associazioni femminili africane attivo dal 1984.

Solo un cenno allo IAC²⁵ perché abbiamo detto che a queste donne ci ispiriamo: riunisce le organizzazioni di 28 paesi africani ed ha membri attivi nei paesi della diaspora, dal Canada al Giappone, in Italia ha la sua antenna territoriale in Nosotras Onlus. È in seno all'attività dello IAC che è stata istituita la Giornata Internazionale della Tolleranza Zero alle MGF (Addis Abeba, 2003) il 6 di febbraio ed è stata adottata una agenda comune di azione per l'eliminazione del fenomeno entro il 2030.

E' l'ottica della dottoressa Touray che interessa promuovere all'associazione interculturale di donne native e migranti Nosotras Onlus che dal 2002 si occupa di questo tema come azione di empowerment per le socie che hanno messo le loro storie di mutilazione e crescita nell'alveo del cammino della migrazione e dell'attivismo per i diritti umani e delle donne, a disposizione del cammino di emancipazione di tutte. È in quella ottica che abbiamo sviluppato il nostro ultimo **progetto** in patria sul tema del contrasto al fenomeno delle MGF su finanziamento del Dipartimento Pari Opportunità: **Lucy 3.0 dedicato alla prima donna**, il primo esemplare di ominide femminile ritrovato in Etiopia nel 1974. Uno dei frutti del progetto, oltre alle *decine di attività formative* offerte alle donne vittime di violenza di genere come le MGF, al loro supporto psicologico, legale e nell'orientamento ai servizi in percorsi di empowerment individuale, è stato anche in questo caso *un manuale per gli operatori e operatrici* del settore pubblico o privato che a vario titolo operano o lavorano per la prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne e che potrebbero progettare o dover attivare percorsi di empowerment di autonomia per le donne che a loro si sono rivolte. Anche questo modello apriva il suo cammino ponendo una sottolineatura forte alla prevenzione attraverso *campagne specifiche di sensibilizzazione* sia rivolte alla popolazione target sia alla popolazione tutta per diffondere conoscenze ed esperienze capaci di agire buone prassi di prevenzione su tutte le fasce di età e in tutti i contesti sociali.

²⁵ Inter-African Committee on Traditional Practices <https://iac-ciaf.net/>



“(…) Per poter supportare la prevenzione - scrivevamo in quel manuale - si deve poter pensare di farlo **in tutti quei luoghi predisposti all’ascolto e all’accoglienza di giovani e giovanissime a partire dai consultori giovani fino alle scuole** tenendo presente che potrà assumere rilevanza tale da non essere ulteriore elemento di stigma sociale o discriminazione solo se trattato nel quadro delle forme di violenza maschile sulle donne (…).”

Ci fa piacere in questo contesto condividere nuovamente gli assunti principali della prevenzione che costituiscono le linee guida:

- ✓ l’individuazione precoce e il monitoraggio delle situazioni a rischio,
- ✓ l’informazione rivolta alla comunità,
- ✓ la formazione e l’aggiornamento continuo degli operatori a vario titolo coinvolti.

I principi fondamentali di una prevenzione effettiva sono: **promuovere attività per e con i bambini e le bambine e gli adolescenti sul tema dell’educazione affettiva, al rispetto alle differenze e alla parità di genere per il superamento di ruoli stereotipati; l’incentivo all’educazione e allo sviluppo di percorsi di autonomia delle donne; il coinvolgimento dell’intero nucleo familiare negli interventi di prevenzione; prendersi in carico il nucleo familiare con un approccio inter-culturale capace di accogliere e non respingere condannando fermamente le forme di violenza.**

Mentre continuiamo a sostenere gli amici e le amiche del CONIPRAT²⁶ che in Niger da oltre quaranta anni lavorano con le comunità del territorio per l’eradicazione del fenomeno, torniamo a richiedere che per le donne della diaspora chi si approccia a loro sia capace, formato e consapevole di numerose cose, tra cui i “fatti” della migrazione.

La donna mutilata, ad esempio, in terra di migrazione non vive il meccanismo compensatorio dell’accettazione sociale in cambio della mutilazione subita. Che quello che è simbolo della sua appartenenza originaria nella società ospite può essere stigma e simbolo di estraneità.

Le tradizioni sono un prodotto culturale che si sviluppano in modo graduale e sono soggette a mutazioni: una spirale dinamica di relazione tra spirito e cultura di un popolo frutto degli sforzi, dei sacrifici, delle esperienze e delle prove che quel popolo stesso dovrà affrontare o ha affrontato. Sono qualcosa di reale ma anche indefinibile, vivibili nella carne ma anche esprimibili attraverso i simboli. Le tradizioni mettono in evidenza i valori culturali un popolo, la sua capacità di risposta ai mutamenti amando il passato come fonte di ispirazione ma non come pietra legata al collo che ci impedisce di alzare la testa verso il futuro.

²⁶ Comité Nigérien sur les Pratiques Traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants (CONIPRAT)



Ogni generazione deve prendere linfa da quelle che l'hanno preceduta per trasmetterla a quelle che verranno dopo. È così che i diritti umani e, per Nosotras, in modo particolare quelli delle donne e delle bambine, devono affermarsi come tradizione e valore, come simbolo della nostra cultura. È così che le mutilazioni genitali femminili vanno combattute, contrastate, eradicate.

Le donne che le subisco o che le hanno subite sono alleate di questo cammino culturale, sono protagoniste, sono attiviste a loro va reso l'onore che si rende alle sopravvissute.



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



L'esperienza di AOUP e dell'Università di Pisa

A cura del Prof. Tommaso Simoncini

Presso l'Università di Pisa da anni esiste un interesse specifico al tema delle mutilazioni genitali femminili nel contesto del *Corso di Laurea in Ostetricia*, dove il Prof. Tommaso Simoncini, Ordinario di Ginecologia e Ostetricia, come Presidente del Corso di Laurea, ha introdotto **un modulo dedicato** di insegnamento. Il CdL in Ostetricia dell'Università di Pisa è ad oggi l'unico CdL in area sanitaria in Italia a prevedere **una sezione nel curriculum formativo dedicata alle MGF**.

Questo interesse nasce nel contesto di un ambiente accademico fertile in questa area. L'Università di Pisa ha una collaborazione attiva con l'Università di Addis Abeba in Etiopia tramite un programma ERASMUS+ per la mobilità di docenti di area clinica. La Ginecologia dell'Università di Pisa ha attivato lo scambio attivo di docenti, accogliendo per un periodo di circa due mesi la professoressa Sofanit Haile, e ospiterà nel primo quarto del 2023 il Prof Shiferaw Negash. La collaborazione punta ad uno sviluppo bilaterale di programmi di docenza di eccellenza clinica. Nell'ambito di questa collaborazione bilaterale è stato avviato un progetto relativo alla gestione delle MGF.

L'Università di Pisa, in particolare l'area medica, è da sempre attiva in collaborazioni internazionali con paesi africani attraverso la convenzione con l'associazione "CUAMM, Medici per l'Africa"²⁷. Il Prof. Cigna, Associato di chirurgia plastica, ha organizzato una serie di eventi collaborativi dedicati alla chirurgia di urgenza ed emergenza ed alla chirurgia ricostruttiva in paesi a scarse risorse e in scenari di guerra, in collaborazione con CUAMM. Il Prof. Simoncini, come Presidente della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, ha organizzato una continuativa attività di invio di medici in formazione specialistica in Ginecologia e Ostetricia presso Ospedali gestiti da CUAMM in Africa, in particolare in Tanzania, dove parte delle attività svolte e degli obiettivi formativi riguardano la formazione in tema di MGF.

Dal punto di vista clinico e assistenziale, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana è attivo il principale *Centro del pavimento pelvico*²⁸ in Italia, un centro multidisciplinare, nato dalla collaborazione del Prof. Simoncini e del Dr. Gabriele Naldini, chirurgo colo-rettale, che rappresenta un centro multidisciplinare per la diagnosi e la gestione chirurgica dei difetti complessi del pavimento pelvico. Presso questo centro vengono trattati in alti numeri casi complessi con invii da tutta Italia, inclusi casi di fistole e di patologia traumatica o legata a complicanze chirurgiche.

²⁷ <https://www.mediciconlafrica.org/>

²⁸ https://www.ao-pisa.toscana.it/index.php?option=com_content&view=article&id=4600:centro-clinico-proctologico-e-del-pavimento-pelvico&catid=242&Itemid=169



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



L'esperienza avanzata in questo campo, insieme alla attiva e continuativa collaborazione dei chirurghi e ginecologi del centro del pavimento pelvico con i chirurghi plastici del gruppo del Prof. Cigna, crea un ambiente competente e fertile per l'accoglimento e la gestione delle MGF non replicabile in altre sedi toscane.

In AOUP esiste inoltre una consolidata collaborazione chirurgica tra la ginecologia e la chirurgia plastica, particolarmente sviluppata per la chirurgia ricostruttiva oncoplastica dei genitali femminili, particolarmente importante per la ricostruzione dei genitali dopo chirurgia demolitiva oncologica per neoplasie vulvari.

Inoltre, il Prof. Simoncini ha sviluppato da anni una chirurgia avanzata per la costruzione dei genitali femminili per donne con malformazioni congenite (Sindrome di Rokitanski – agenesia della vagina), prevalentemente basata su tecniche miniinvasive.

In definitiva, AOUP accoglie professionalità ed esperienze che sono particolarmente adatte per la gestione del percorso diagnostico e terapeutico di tutte le disfunzioni associate alle mutilazioni genitali femminili.

AOUP rappresenta inoltre una delle tre realtà aziendali ospedaliero-universitarie della Regione Toscana, con la capacità di formare una rete di collaborazione regionale mirata al creare criteri di referral e di gestione condivisa, nonché di formazione permanente degli operatori coinvolti mediante la diffusione dei percorsi di studio già attivi presso UNIFI legati alle MGF ed alle patologie correlate, la creazione di materiali informativi dedicati alle pazienti con MGF, in varie lingue e con attenzione agli aspetti culturali e religiosi delle popolazioni interessate, la creazione di un progetto didattico permanente di accreditamento per gli operatori della rete regionale dedicata alle MGF e con progetti ulteriori che si renderanno necessari per la gestione delle MGF in ottica di interscambio continuo tra AOUP e rete regionale dedicata.



L'esperienza di ISPRO

A cura della Dott.ssa Anna Iossa

In Toscana si assiste ad un costante aumento di migranti e quelli registrati al SSN godono degli stessi diritti dei cittadini italiani. Quelli senza visto possono ottenere una tessera come “straniero temporaneamente presente sul territorio” per accedere ai servizi sanitari. Nonostante ciò, le donne straniere, in particolare quelle provenienti dai paesi a forte pressione migratoria, sono difficilmente raggiungibili dagli usuali canali di comunicazione e di informazione sanitaria e quindi anche dagli inviti di screening. Spesso si tratta di utenti che vivono una condizione di fragilità sociale dovuta a fattori socio-economici, problemi linguistici e diverse credenze e cultura. Questi fattori influenzano in senso negativo l'adesione all'invito allo screening con un rischio reale di aumento dell'incidenza di tumori in gran parte prevenibili.

Per migliorare la conoscenza della prevenzione oncologica e dei test proposti, nel dicembre del 2018, un gruppo di lavoro del GISCI²⁹, coordinato da operatori di ISPRO, ha prodotto un materiale informativo sullo screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, che contiene spiegazioni essenziali sul Pap test e sul test HPV di screening. Il materiale informativo è stato tradotto in 9 lingue da un'agenzia specializzata.

Nella prefazione del materiale informativo tradotto in italiano, Marco Zappa, all'epoca direttore dell'osservatorio nazionale screening, sottolinea, così l'importanza della prevenzione in queste fasce fragili della popolazione e l'utilità di una buona comunicazione scritta.

In Italia, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) viene istituito nel 1978 e radica i propri valori fondanti in concetti quali l'universalismo, la tutela della salute dell'individuo, l'uniformità di trattamento, la gratuità delle prestazioni. Questi principi, per rimanere validi, devono affrontare i nuovi problemi che emergono: le popolazioni Europee stanno diventando multietniche e questo fenomeno riguarda anche l'Italia. È un passaggio storico ineluttabile anche se non semplice; conviene affrontarlo nella ricerca dell'integrazione e della comprensione reciproca.

Il testo unico (D.Lgs. 286/1998³⁰) delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero ribadisce i diritti fondamentali della persona umana, a prescindere dalla condizione giuridica. Crediamo che gli screening oncologici debbano muovere le proprie azioni all'interno di questa cornice di valori. Ogni attività rivolta a facilitare la comunicazione

²⁹ <https://www.gisci.it/>

³⁰ <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1998-07-25;286>



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



e la consapevolezza della persona promuove di fatto la realizzazione dei diritti individuali e l'inclusione sociale.

Questo materiale informativo sopra-citato, tradotto in nove lingue, vuole mettere a disposizione delle donne che parlano un'altra lingua un materiale che risponde ai requisiti di una buona informazione: la brevità, la semplicità del linguaggio, la pertinenza e il fatto di essere stato, dopo la traduzione, condiviso con utenti straniere.

L'Osservatorio Nazionale Screening³¹(ONS) che già molti anni fa ha supportato la nascita de "Le 100 domande sull'HPV" ha sostenuto questo progetto che auspicabilmente aumenterà la partecipazione informata allo screening e migliorerà la comprensione di una tematica complessa come quella relativa all'infezione da HPV³².

Proprio in questo contesto è necessario fare una valutazione specifica sulle donne appartenenti a particolari gruppi etnici che sono state sottoposte alle mutilazioni dei genitali femminili. Questo fenomeno comportando la chiusura dell'ingresso vaginale, oltre a creare gravi problemi di salute alle donne, può limitare in modo rilevante l'effettuazione dei test di screening. Negli ultimi tre decenni, infatti, si stima che circa 200 milioni di donne e ragazze in tutto il mondo siano state colpite da questa pratica.

Allison L. Osterman ha pubblicato i risultati dell'analisi di sei studi condotti in Senegal, dal 1994 al 2012 che hanno dimostrato che le donne con carcinoma invasivo della cervice uterina (ICC) avevano un rischio 2,5 volte superiore di far parte della popolazione di donne sottoposte a mutilazioni genitali rispetto alle donne senza anomalie cervicali. In pratica, il confronto tra le donne con ICC e le donne senza anomalie cervicale aveva evidenziato che, **fra le donne con ICC le donne sottoposte a MGF/E erano più del doppio (2,5 volte)**. Gli autori hanno inoltre riscontrato che il rischio era significativamente amplificato nelle donne che erano positive all'HPV (papillomavirus umano) con MGF/E (OR = 4,23; IC 95%, 1,73-10,32), suggerendo che l'MGF/E potrebbe essere un importante cofattore per la progressione della malattia a cancro. Il dato è di fondamentale importanza visto che l'MGF/E in Senegal è praticata in un quarto delle donne. Infatti, il Senegal, con circa 1.482 casi di ICC diagnosticati ogni anno, ha il tasso di incidenza più elevato dell'Africa sub-

³¹ <https://www.osservatorionazionalescreening.it/>

³²Tratto dalla prefazione al materiale in italiano

https://www.gisci.it/documenti/documenti_gisci/opuscoli_hpv/5_Opuscolo_informativo_Screening_Italiano.pdf



sahariana (41,4 per 100.000). Questi risultati si aggiungono alle terribili complicanze conseguenti alla MGF/E , pratica che si spera riduca nella sua diffusione.

Proprio per garantire alle donne che hanno subito la pratica della mutilazione un adeguato intervento di prevenzione, nel 2018, ISPRO in collaborazione con la LILT³³, ha realizzato un progetto di promozione della prevenzione secondaria del carcinoma della cervice uterina rivolta specificatamente a queste utenti. L'obiettivo del progetto era quello di garantire **un percorso efficace di prevenzione oncologica alla popolazione femminile immigrata comprese quelle non in regola col permesso di soggiorno, sottoposte a mutilazioni genitali femminili**.

Nella prima parte del progetto le donne venivano raggiunte grazie alla promozione di eventi e incontri. In una fase successiva sono stati organizzati due ambulatori mensili che prevedevano l'accoglienza, la consulenza e l'effettuazione del prelievo di screening (Pap test per 25-33enni, HPV test per 34-64enni) da parte di un ginecologo esperto e coordinatore del progetto. Le prenotazioni erano precedute da un controllo della storia di screening delle donne candidate agli ambulatori da parte della segreteria di 1° livello che verificava se la donna avesse o meno diritto al test. Infatti, al controllo, parte delle donne risultarono essere già coperte per aver già effettuato il test recentemente. Se la donna fosse risultata eleggibile al test le sarebbe stata dato un appuntamento presso ISPRO e quindi processato dal **Laboratorio regionale di prevenzione oncologica**. Se il test fosse risultato negativo la donna avrebbe ricevuto la risposta a domicilio. Se invece la donna risultava positiva al test veniva chiamata dalla segreteria di 2° livello dello screening. Per effettuare un approfondimento colposcopico presso l'ambulatorio di 2° livello di ISPRO. Nel caso di indicazioni al trattamento le donne venivano prese in carico dal servizio di 3° livello della ASL Toscana Centro , come da procedura già attiva e successivamente inserite nel percorso di follow up dopo trattamento presso ISPRO.

Attualmente, il programma di screening della USL Toscana Centro ambito fiorentino mette a disposizione di tutte le utenti dello screening un call center dedicato (CUP dello screening) attivo sei giorni su sette e un front office telefonico sia per il primo che per il secondo livello dello screening attivo presso le due segreterie di screening.

³³ <https://www.lilt.it/>



Le proposte della Commissione Regionale Pari Opportunità

Come mostrato nei capitoli precedenti, il fenomeno delle MGF continua a riguardare una parte rilevante della popolazione femminile migrante anche nella nostra Regione. È evidente, inoltre, che la trattazione di questo problema è da considerarsi sotto molteplici aspetti: sociale e culturale ma anche socio-sanitario sia nell'aspetto della prevenzione che della cura. Per questo motivo l'azione della Regione Toscana, come già fatto nel passato, dovrà prevedere azioni parallele su diversi fronti affinché il contrasto e la riduzione del fenomeno siano realmente efficaci.

Per prima cosa si deve tener conto del fatto che le ragazze e le donne che vivono con la mutilazione genitale femminile hanno subito una pratica dannosa per la loro salute e per questo è necessario che **il sistema socio-sanitario se ne faccia carico introducendo un codice LEA specifico**. In questo modo sarà possibile seguire la loro salute in ogni contesto e sotto tutti i punti di vista facendo in modo che esse vengano sempre indirizzate verso le cure più adeguate alla loro condizione.

In questo contesto, inoltre, è bene puntualizzare che noi riteniamo la medicalizzazione delle MGF (ovvero l'esecuzione delle MGF da parte degli operatori sanitari) è una pratica che non deve essere accettata perché ciò viola l'etica medica in quanto, come più volte sottolineato in questo documento, le mutilazioni sono da considerarsi a tutti gli effetti una pratica che lede i diritti della persona, in questo caso i diritti della donna; la medicalizzazione non farebbe altro che perpetuare la pratica MGF che comporta rischi (forte dolore, lesioni ai tessuti, emorragia, infezioni, ritenzioni urinarie, etc.) anziché benefici alla persona.

Allo stesso tempo, come evidenziano anche le stesse linee guida dell'OMS più volte citate, si devono **attivare azioni di prevenzione primaria** contro questo fenomeno. Sappiamo, infatti, che le MGF sono praticate per una serie di motivi socioculturali, che variano da una regione e da un gruppo etnico all'altro (si veda l'*Appendice A* per maggiori approfondimenti): alcuni lo considerano un rito di passaggio nella femminilità, altri credono che aiuti a preservare la verginità di una ragazza fino al matrimonio. Nella maggior parte delle comunità in cui viene praticato, i genitori lo vedono come essenziale per garantire l'accettazione della figlia nella società. Per questo è necessario attivarsi con le comunità di riferimento per sensibilizzarle contro questa pratica.

Va inoltre considerato che gli studi hanno rilevato che le ragazze e le donne che hanno subito MGF possono avere tassi più elevati di disturbi della salute mentale (depressione, disturbi d'ansia, disturbi somatici -fisici- senza causa organica...). Ovviamente non tutte le ragazze che hanno subito le MGF hanno problemi psicologici, ciò nonostante, questo aspetto va considerato in un programma di azioni per la salute. Le concause possono essere varie e tra queste alcune caratteristiche



sociodemografiche: se la ragazza vive nella sua comunità di origine o se è una migrante ma anche gli atteggiamenti degli operatori sanitari o la situazione di illegalità delle MGF nel luogo in cui vive.

Ecco, dunque, che gli operatori sanitari che si trovano o si troveranno a dover gestire bambine e ragazze che hanno subito MGF dovranno essere adeguatamente formati per poter comprendere il background della paziente, le credenze e il contesto sociale che sta vivendo al fine di trovare il modo migliore per curarla, discutere di MGF, per aiutarla a comprendere come si sente e per consigliarla e sostenerla nel miglior piano di trattamento socio-sanitario .

Sebbene i dati dimostrino che la pratica è in declino in aree in cui era una volta universale – e.g. Egitto e Sierra Leone - così come nei paesi in cui si è verificato solo in alcune comunità, come il Kenya e la Nigeria, tuttavia questo miglioramento non sta accadendo ovunque; in molti paesi la pratica rimane comune oggi come era tre decenni fa. Nel complesso, anche nei paesi in cui la pratica è meno prevalente, il progresso alla eliminazione della stessa dovrebbe essere almeno 10 volte più veloce per raggiungere l'obiettivo globale di eliminazione delle MGF entro il 2030.

Come descritto in dettaglio in *Appendice A*, in paesi ad alta e bassa prevalenza, l'opposizione alle MGF sono più alte tra le ragazze e le donne istruite. In generale, l'opposizione alle pratiche di MGF tende ad aumentare sostanzialmente con l'aumento dei livelli di istruzione. Questo suggerisce che anche quando le donne hanno poche opportunità di interagire con le donne provenienti da gruppi non praticanti, l'istruzione sembra svolgere un importante ruolo nel mutare le aspettative sulle MGF. L'educazione, dunque, influenza non solo gli atteggiamenti ma anche il comportamento nei confronti di questa pratica: ragazze le cui madri hanno un'istruzione primaria hanno una probabilità di taglio inferiore del 40% rispetto alle figlie di madri che non hanno istruzione. E in molti paesi, le donne con un'istruzione secondaria sono ancora meno in grado di continuare la pratica delle MGF nella prossima generazione.

In metà dei paesi colpiti, almeno tre quarti delle ragazze e le donne con un'istruzione secondaria pensano che la pratica dovrebbe finire. In alcuni paesi - come Kenya e Nigeria - qualsiasi apporto di istruzione è associato ad un livello significativamente più elevato di opposizione alla pratica. Eppure, anche le donne istruite hanno figlie che hanno subito MGF, soprattutto nei paesi in cui la pratica è universale e la pressione sociale forte. Questo indica che altri fattori - in particolare le aspettative all'interno del gruppo della propria comunità sociale allargata - impedisce alle donne di abbandonare la pratica.



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Le MGF sono praticate in modo diverso all'interno di culture diverse e l'età in cui vengono eseguite varia a seconda dei contesti. In alcuni paesi, viene effettuata molto presto nella vita, mentre in altri si verifica nell'adolescenza. Nella metà dei paesi praticanti, l'età media a cui le MGF vengono eseguite è inferiore oggi di quanto non fosse 30 anni fa. Nel Gambia e Nigeria, per esempio, l'età media di taglio è sceso di due anni: in Gambia si è passati da 4 anni a poco prima dell'età 2, in Nigeria da 3 anni prima di 1 anno. In Kenya, la media è scesa di oltre tre anni, dai 12 ai 9 anni.

Tutto questo suggerisce che gli sforzi per porre fine alla pratica devono andare oltre a un cambiamento individuale e si devono concentrare nella direzione di coinvolgere intere comunità. Tale approccio collettivo si rende necessario per generare il cambiamento delle regole sociali necessarie ad abbandonare la pratica delle MGF e contribuire a ridurre i livelli di prevalenza più rapidamente. Non c'è tempo da perdere. L'evidenza mostra che le ragazze oggi vengono mutilate in età più giovane rispetto alla loro madri e nonne. Questo significa che la possibilità di prevenire le MGF si sta velocemente riducendo.

Pertanto, stante questo contesto, la Regione Toscana deve intervenire per riuscire a raggiungere l'Obiettivo 5 dell'Agenda 2030 cioè eliminare tutte le pratiche dannose, come il matrimonio infantile, precoce e forzato e le MGF /E, entro il 2030 in parte recuperando progetti già operativi descritti in questo documento e mettendo a sistema le buone pratiche già presenti nel territorio regionale.

Per raggiungere questo obiettivo la Commissione Pari opportunità ritiene urgente attuare le seguenti proposte:

1) Riattivare il Tavolo interistituzionale di contrasto alle Mutilazioni dei genitali femminili a cui dovranno partecipare la Regione, il Centro di riferimento regionale per le MGF, i responsabili dei Consultori delle Aree Vaste regionali, l'Associazione Nosotras Onlus, il Centro Salute Globale e i referenti del servizio Gaia dell'AOU Meyer, la Commissione Regionale Pari Opportunità, l'ISPRO e l'ARS nonché rappresentanti dell'Ordine degli Assistenti Sociali, delle Ostetriche e degli infermieri, un giurista, un rappresentante dell'Ufficio Scolastico Regionale, nonché i rappresentanti delle comunità coinvolte COSPE e l'Associazione delle donne somale. Obiettivi del tavolo: favorire il lavoro di rete, definire un osservatorio per la raccolta dati, coordinare e promuovere azioni di contrasto alle MGF, promuovere e coordinare attività di formazione sul tema MGF rivolta ad operatori e stakeholders, favorire e coordinare attività di formazione e sensibilizzazione rivolte alle comunità di paesi a rischio MGF, promuovere formazione rivolta a operatori scolastici;

2) Istituire un Centro di Riferimento Regionale strutturato per le mutilazioni genitali femminili e la chirurgia ricostruttiva dell'apparato genitale femminile con specialisti di varie discipline quali



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



urologi, psicologi, chirurghi plastici nonché referenti del centro del dolore, assistenti sociale, ostetriche, infermieri e mediatori culturale;

3) **Creare una rete socio-sanitaria** che connetta il centro di riferimento ai presidi ospedalieri, consultoriali e socio-sanitari di tutto il territorio toscano e che gestisca la banca dati relativa al fenomeno delle MGF;

4) **Definire protocolli operativi e assistenziali** condivisi che delineino il corretto modo di gestione locale e di referral verso il centro di riferimento delle donne con MGF;

5) **Realizzare corsi di formazione e aggiornamento specifici universitari e post-universitari** dedicati a coloro che operano su questo tema o in ambiti connessi per la facilitazione delle relazioni tra le istituzioni e le comunità migranti interessate dal fenomeno;

6) **Sviluppare percorsi di ricerca clinica e socio-epidemiologica** con un'ottica di internazionalizzazione, attraverso le reti esistenti universitarie e della RT, con istituzioni di paesi ad alta prevalenza di MGF;

7) **Predisporre modelli di percorso innovativi e sperimentali volti all'attuazione di una strategia di sistema regionale** che miri a favorire la prevenzione del fenomeno MGF e l'integrazione sociale di donne e minori vittime o potenziali vittime di tali pratiche;

8) **Realizzare campagne di comunicazione da sviluppare a livello regionale e territoriale** con specifica attenzione agli immigrati di nuovo ingresso e alla popolazione proveniente da zone ad alto rischio di MGF;

9) **Costruire iniziative di informazione/formazione e sensibilizzazione e iniziative di natura scientifica e culturale** in collaborazione con le istituzioni regionali rilevanti, con gli attori del SSR e dei servizi socio-sanitari coinvolti, con le associazioni di volontariato, finalizzate ad aumentare la consapevolezza del problema presso una audience sempre maggiore;

10) **Realizzare attività di educazione all'affettività e alla sessualità nelle scuole** per sensibilizzare e informare le bambine e le ragazze le cui famiglie provengono dalle comunità a rischio (si veda il paragrafo successivo).



Il ruolo della scuola

A cura dell'Assessora Alessandra Nardini

La scuola può giocare un ruolo importante in questa battaglia, a partire dal promuovere una cultura di rispetto e parità.

In questa legislatura, come Regione Toscana, stiamo portando avanti all'interno delle scuole di ogni ordine e grado, a partire dai servizi educativi per l'infanzia, tutta una serie di iniziative per destrutturare gli stereotipi di genere. A questo proposito voglio ricordare la scelta di **inserire nelle linee guida regionali dei PEZ - Progetti Educativi Zonali finanziati dalla Regione, un'attenzione particolare al contrasto degli stereotipi di genere** come principio ispiratore che attraversa trasversalmente tutte le diverse attività comprese all'interno dei progetti, nella prospettiva della promozione delle pari opportunità tramite l'azione educativa.

Sempre con questo obiettivo, abbiamo finanziato il progetto **PartTime**³⁴, che ha visto quasi 900 adesioni e che è stato co-progettato con Indire³⁵, Istituto nazionale di documentazione innovazione e ricerca educativa del Ministero dell'Istruzione, **finalizzato a promuovere la cultura del rispetto e della parità nei servizi educativi e nelle scuole toscane di ogni ordine e grado**, attraverso la **formazione di educatrici, educatori, docenti, dirigenti e personale scolastico**. Abbiamo inoltre posto una particolare attenzione all'orientamento, cercando di **superare quei retaggi culturali che causano, ancora oggi, una segregazione orizzontale femminile, prima formativa e poi lavorativa**, relegando la stragrande maggioranza delle donne solo in alcuni ambiti.

Penso infine al rifinanziamento, che abbiamo fortemente voluto, della Legge Regionale 16/2009 'Cittadinanza di genere', prevedendo anche in quel contesto azioni obbligatorie di educazione alla parità e di contrasto agli stereotipi nelle scuole.

Siamo convinti che la scuola sia il "luogo" per eccellenza dell'uguaglianza, della parità, dell'emancipazione sociale, il "luogo" in cui si prova a costruire una cittadinanza consapevole, in cui possano crescere bambine, ragazze, donne, consapevoli dei propri diritti e delle proprie libertà e bambini, ragazzi, uomini, consapevoli di dover rispettare le donne, le loro decisioni e scelte libere e autonome.

³⁴ <https://www.indire.it/progetto/partime/>

³⁵ <https://www.indire.it>



Il tema delle MGF deve poter essere inserito in questo più ampio contesto, rivolgendoci alla comunità educante tutta, nel senso più ampio del termine, per **provare a interagire tramite il mondo della scuola anche con famiglie e genitori**.

Per questo sarà importante stabilire un'interlocuzione con l'Ufficio Scolastico Regionale, il braccio operativo del Ministero dell'Istruzione sul territorio toscano. Rendere maggiormente consapevole chi lavora nelle nostre scuole rispetto a queste tematiche può aiutarci a riconoscere presto i campanelli di allarme; può essere un altro tassello delle azioni che metteremo in campo per educazione alla parità e contrastare discriminazioni e violenza di genere.

Il ruolo dei pediatri di libera scelta

A cura della Dott.ssa Stefania Losi

Il pediatra di libera scelta **svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio** anche in relazione al rapporto di fiducia e continuità che nel tempo costruisce con la famiglia.

Nel caso di una neonata, in cui si evincono le condizioni di rischio, il pediatra fa una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare e culturale; effettua un colloquio informativo sulle MGF con la madre e possibilmente anche con il padre. Durante la visita dei bilanci di salute controlla i genitali della bambina e particolarmente dopo periodi di assenza prolungata.

Il pediatra, inoltre, promuove l'assistenza per le madri in post-partum nel consultorio fornendo riferimenti concreti.

In caso di più fattori di rischio si può consultare con i servizi CRRV³⁶ dell'AOU Careggi e GAIA³⁷ dell'AOU IRCCS Meyer e con il servizio sociale territoriale.

Se la bambina non proviene direttamente dal punto nascita, o è arrivata tramite ricongiungimento familiari o adozione, il pediatra nell'anamnesi dovrà prestare attenzione al paese di provenienza della bambina e controllare i genitali durante le regolari visite. Qualora il pediatra ravveda una manifesta volontà o accerta una MGF segnala all'Autorità Giudiziaria competente.

³⁶ https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=591:consulenza-clinica-in-situazioni-di-abuso-e-violenza-sessuale-su-donne-adulte-e-minori-crrv&catid=92:informazioni&Itemid=1032&lang=en

³⁷ <https://www.meyer.it/cura-e-assistenza/attivita-sanitarie/590-sportello-gaia>



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Considerazioni sulla legge 7/2006

A cura della Dott.ssa Nura Musse Ali, Componente Commissione Pari Opportunità

Come si evince dalla Ris.117/2021, la Commissione è stata chiamata anche “ad effettuare, contestualmente, un esame delle disposizioni di legge attualmente vigenti sul divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile di cui alla l. 7/ 2006 al fine di valutarne il livello di attuazione, sollecitarne l’eventuale applicazione anche in coerenza con le funzioni di cui all’articolo 5, comma 2, lettere c.4) e c.5) della l.r. 76 2009 e promuovere eventuali aggiornamenti o modificazioni al fine di aumentare l’efficacia delle misure previste a livello nazionale;” e “a valutare eventuali azioni, anche di sensibilizzazione, che possono essere intraprese direttamente a livello regionale per contribuire al contrasto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”.

Come è noto, nel nostro Paese, dal 2006, vige una specifica disposizione penale relativa alle mutilazioni dei genitali femminili. Trattasi della legge n. 7/2006 “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile” la cosiddetta Legge Consolo. Gli articoli 583bis e 583ter di questa legge vietano l’esecuzione di tutte le forme di mutilazioni dei genitali (si veda *Appendice A*) fra le quali la clitoridectomia, l’escissione, l’infibulazione e qualsiasi altra pratica che causa effetti dello stesso tipo o malattie psichiche o fisiche. È, inoltre, applicabile il principio di extraterritorialità, che rende punibili le mutilazioni dei genitali femminili anche se commesse al di fuori del territorio italiano, purché il minore o l’autore del reato siano residente in Italia o altro paese in cui il fenomeno è perseguito per legge.

In base alla Legge 7/2006, chiunque pratici l’infibulazione è punito con la reclusione da 4 a 12 anni, pena aumentata di 1/3 se la mutilazione viene compiuta su una minorenni, nonché in tutti i casi in cui viene eseguita per fini di lucro.

L’ordinamento italiano, in materia di mutilazioni dei genitali femminili, così come accade negli altri ordinamenti europei, non solo vieta le mutilazioni genitali femminili, ma impone anche servizi di sostegno per le vittime di mutilazioni dei genitali femminili e iniziative di informazione e formazione.

Tuttavia, è opportuno evidenziare due limiti molto importanti:

Il primo è relativo alla capacità general preventiva della norma in esame: come testimoniano anche alcune recenti episodi di cronaca, nel nostro Paese così come all’estero, tali misure preventive, così come formulate, non siano sufficienti ad impedire la realizzazione della fattispecie criminale in oggetto. Infatti, le mutilazioni dei genitali femminili vengono commesse anche ai danni delle bambine nate sul territorio italiano mediante il rimpatrio delle bambine nei loro paesi di origine



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



magari in occasione della stagione estiva oppure, in taluni casi, vengono praticate anche su territorio italiano ad opera di “mutilatrici nostrane” clandestine.

Il secondo limite della legge 7/2006 sta nel non aver previsto, all’interno della sanità pubblica un percorso di cura speciale per la paziente affetta da mutilazione dei genitali femminili, compreso la chirurgia plastica ricostruttiva e rigenerativa. Questa carenza in ambito sanitario rende vittime due volte le donne sottoposte a queste pratiche.

Si stima che solo in Italia le donne vittime di mutilazioni dei genitali femminili siano circa ottocentomila e le potenziali vittime (viste la natalità medio alta comune nei trenta paesi a rischio) ammontano almeno un milione. Questo ha molteplici conseguenze che meritano di essere considerate in questa sede. Infatti, oltre all’ingiusta e inutile sofferenza inflitta alle bambine che ne sono vittime, le conseguenze del reato in questione hanno ricadute economiche non indifferenti per la sanità pubblica. Le donne che hanno subito MGF, infatti, una volta entrate nell’età adulta, e a volte anche prima, necessitano di un intervento riparativo e, allo stesso tempo, come ampiamente descritto in precedenza, hanno bisogno di essere seguite costantemente dal sistema sanitario per diverse patologie fisiche e psicologiche causate dalla loro condizione di mutilate.

A titolo di esempio, riportiamo dei casi più emblematici di cronaca recenti che ci fanno comprendere le criticità delle attuali disposizioni normative e la necessità di un adeguato approfondimento.

Il primo di questi casi³⁸ che abbiamo deciso di citare è italiano e risale al 2021: riguarda il rimpatrio delle bambine nei paesi di origine allo scopo di sottoporre loro la pratica escissoria. In questo caso, solo grazie alla denuncia della madre si è riusciti a far partire un’inchiesta giudiziaria sul padre che aveva fatto infibulare le figlie minorenni in una vacanza religiosa nel paese di origine.

Il secondo caso³⁹, statunitense, risale al 2017 e riguarda una dottoressa di Detroit, Jumana Nagarwala, che per 12 (dodici) anni, parallelamente alla professione sanitaria in ospedale al Pronto Soccorso, ha svolto la pratica di mutilazione dei genitali femminili sulle bambine dello Stato del Michigan e degli Stati circostanti. Sono state nove le bambine sue pazienti-vittime accertate.

38 https://www.google.com/amp/s/www.corriere.it/cronache/21_settembre_04/piacenza-denuncia-marito-che-infibulava-bambine-punitelo-7a9846ac-0db8-11ec-94b3-ee97ec98a47b_amp.html

39 https://www.google.com/amp/www.corriere.it/esteri/17_aprile_14/stati-uniti-dottoressa-praticava-mutilazioni-genitali-bambine-rischia-condanna-all-ergastolo-4fc7e76e-2115-11e7-80c8-c640cceeac84_amp.html



Tuttavia, nel settembre del 2021⁴⁰ gran parte delle accuse mosse a suo carico e alle altre persone coinvolte nella vicenda, sono cadute a causa di una incostituzionalità della normativa in materia rilevata nel corso del procedimento processuale. Quest'ultimo caso sebbene non sia italiano può essere utile per comprendere la difficoltà nel procedere a condanne su questo tipo di reato.

Il terzo articolo⁴¹ è una trattazione generica del fenomeno e rileva come l'avvento della pandemia abbia peggiorato ulteriormente la situazione delle potenziali vittime. Queste ultime, infatti, sono rimaste isolate in casa con i propri carnefici che a volte potevano essere gli stessi genitori o dei parenti.

Come si è appena visto, i dati di cronaca odierna ci suggeriscono di **ripensare le strategie di prevenzione riguardo i reati cosiddetti culturalmente orientati**.

Come descritto nel *Capitolo 1*, la questione delle mutilazioni dei genitali femminili è stata affrontata dall'Unione Europea in più occasioni. La prospettiva di analisi ha riguardato sia l'aspetto sanitario ma anche l'aspetto strettamente preventivo. Infatti, ci sono state anche delle sollecitazioni dirette agli Stati membri affinché le legislazioni nazionali andassero nella direzione di introdurre delle leggi speciali che da una parte tutelino l'integrità psicofisica delle bambine nate in Europa e dall'altra assicurassero la cura di coloro che avessero già subito la pratica.

Tuttavia, la trattazione delle disposizioni riguardanti le mutilazioni dei genitali femminili da parte dell'Unione Europea non è mai arrivata ad essere disciplinata in un regolamento e quindi in modo compiuto. Un regolamento dell'Unione europea nell'ambito delle mutilazioni dei genitali femminili sarebbe così una delle fonti del diritto dell'Unione europea dotata di efficacia vincolante invece che limitarsi alla mera proclamazione di principio tipica dei trattati o delle raccomandazioni. In questo modo, se i singoli Stati membri sono alquanto timidi verso la regolamentazione compiuta dei fenomeni culturali di questo tipo forse **una regolamentazione europea potrebbe imporre un controllo più serrato sulle minori a rischio**.

40 <https://eu.detroitnews.com/story/news/local/detroit-city/2021/09/28/female-genital-mutilation-case-tossed-following-years-long-fight/5898796001/>

41 <https://www.agensir.it/quotidiano/2022/2/4/mutilazioni-genitali-femminili-unece-e-unfpa-con-la-pandemia-2-milioni-di-ragazze-in-piu-a-rischio-agire-subito/>

https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2023/02/06/con-covid-aumentato-il-numero-delle-bimbe-infibulate-1-milione-in-piu_b918f600-dc80-4a5b-8325-b28d82b248b9.html



Oltre le proposte sulle questioni di prevenzione e socio-sanitarie legate alle mutilazioni genitali femminili, **la Commissione Regionale Pari Opportunità ritiene necessario che all'interno del Tavolo interistituzionale di contrasto alle Mutilazioni dei genitali femminili sia presente un gruppo di lavoro che si occuperà specificatamente della normativa e che possa coinvolgere referenti delle procure toscane e del tribunale dei minori al fine di approfondire i limiti e le criticità delle disposizioni normative nazionali ed europee.**



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Commissione Regionale
Pari Opportunità
della Toscana

Appendice A: le mutilazioni genitali femminili

A cura della dott.ssa Elena Trallori⁴²

1. Definizione di mutilazioni genitali femminili e conseguenze sulla salute

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono tutte le pratiche che comportano la parziale o totale rimozione dei genitali esterni femminili, compiute per motivazioni non terapeutiche (*Organizzazione Mondiale della Sanità, 1997*). Le pratiche di MGF sono state classificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in quattro tipologie (fig. 1):

- tipo 1: parziale rimozione del prepuzio (circoncisione) o totale rimozione del prepuzio e clitoride (clitoridectomia) ;
- tipo 2: parziale/totale rimozione delle piccole labbra; parziale/totale rimozione del clitoride e delle piccole labbra con o senza escissione delle grandi labbra (escissione);
- tipo 3: restringimento dell'orifizio vaginale sigillando le piccole e/o grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione e re-infibulazione);
- tipo 4: altre pratiche dannose a carico dei genitali femminili senza scopo terapeutico, come apposizione di piercing, tirare, grattare, cauterizzare.

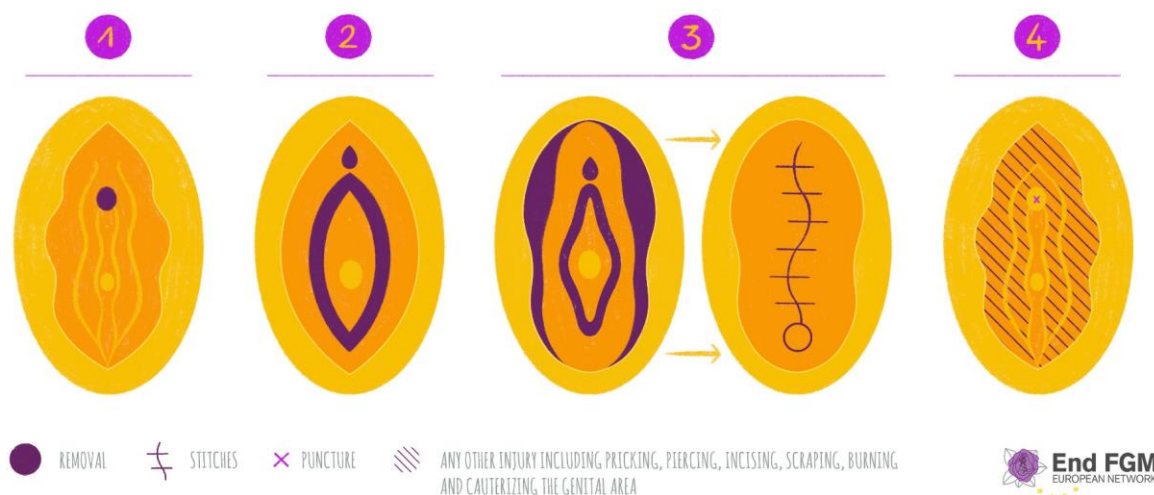


Figura 1. I quattro tipi di mutilazioni genitali femminili (EndFGM.eu, 2020)

⁴² Parte del capitolo è stato anche precedentemente pubblicato in: Trallori Elena, *I diritti violati delle donne: le mutilazioni genitali femminili in Italia*, Firenze: Università degli Studi di Firenze, 2021 (Tesi Master II livello in Salute e Medicina di Genere)



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



La fascia di età più comune per l'esecuzione di MGF è 6-8 anni, ma a seconda del gruppo etnico di appartenenza si può variare praticandole alla nascita, al menarca, o immediatamente prima del matrimonio. Le MGF di solito sono eseguite su gruppi numerosi di ragazze e donne, utilizzando gli stessi strumenti in ambienti non sterili ed in assenza di anestetici, in quanto spesso le norme sociali impongono di non agire per tamponare il dolore provato durante le procedure perché sarebbe motivo di vergogna per la famiglia (*Abdulcadir, Jasmine, et al., 2016*).

Le conseguenze delle MGF sono fisiche e psicologiche sia a breve che a lungo termine ed esse variano in gravità a seconda del tipo di mutilazione effettuata e a seconda del metodo utilizzato. Se la pratica è stata condotta in ambiente non sterile, utilizzando strumenti non sterili e senza somministrare antisettici ed antibiotici (come accade nella maggior parte delle volte), nel breve periodo la vittima ha più alte probabilità di manifestare infezioni batteriche, accompagnate da emorragie, shock, dolore molto severo, elevato gonfiore del tessuto genitale, incapacità di rimarginazione delle ferite procurate, aumentata esposizione a infezioni trasmissibili tramite liquidi biologici, come HIV e HBV. Nel lungo periodo possono sopraggiungere ulteriori problemi fisici: tumori, dolore neuropatico, cisti, disuria, frequenti infezioni genito-urinarie, anche croniche, ed infertilità. Al di là di eventi patologici, la vita della donna può subire condizionamenti importanti: per le donne che hanno subito un restringimento dell'orifizio vaginale, il primo rapporto sessuale avviene dopo una dolorosissima lenta riapertura e dilatazione completa dell'orifizio, che in alcuni casi può richiedere anche un nuovo ed ulteriore taglio dei genitali; la gravidanza rappresenta una sfida soprattutto per le donne che hanno subito infibulazione, avendo un elevato rischio di mortalità materna per complicazioni avvenute durante il parto (*Alhassan AR et al, 2021*). Le conseguenze psicologiche nel breve periodo derivano dalla ansia e vergogna provata nella sfigurazione del proprio corpo; nel lungo periodo prevalgono invece disordine da stress post-traumatico, neurosi, ansia, depressione e psicosi. Poiché nei paesi praticanti queste patologie non sono riconosciute e trattate adeguatamente, si prosegue spesso ad ulteriori peggioramenti delle stesse malattie mentali (*Abdulcadir, Jasmine, et al., 2016*).

2. Motivazioni sociali e culturali delle mutilazioni genitali femminili

La storia delle mutilazioni genitali femminili risale a molti secoli fa, emergendo prime testimonianze di MGF ai tempi di Fenici, Ittiti ed antichi Egizi. Negli anni '40 e '50 del XX secolo le MGF erano praticate in paesi assai sviluppati come Stati Uniti e Inghilterra con l'obiettivo di trattare devianze femminili come isteria, lesbismo e masturbazione; attualmente, sono diffuse nei paesi in via di sviluppo dell'Africa Sub-Sahariana, del Medio-Oriente e dell'Asia (*Sakeah E, et al. PLoS One. 2019*).



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Le mutilazioni genitali femminili sono legate a profonde radici culturali che ne rendono difficile l'eradicazione: nei paesi in cui sono diffuse le norme sociali creano un'enorme pressione sulle famiglie affinché eseguano queste procedure sulle proprie figlie, con la ricompensa dell'accettazione dalla comunità in cui vivono. In queste comunità si tramandano le credenze culturali che sostengono le procedure di MGF: preservare la castità della ragazza, preservare la fertilità, aumentare l'igiene intima ed aumentare il piacere sessuale degli uomini. Tra le credenze sulla MGF troviamo:

- **AUMENTA LA FERTILITÀ:** in alcune comunità praticanti, donne e uomini credono che se una donna non viene tagliata non potrà avere una gravidanza o potrebbe incontrare difficoltà durante il travaglio;
- **RISPETTO DELLA TRADIZIONE:** le MGF sono spesso viste come parte della storia e della tradizione culturale della comunità. I membri della comunità, comprese le donne, spesso sostengono e continuano la pratica perché la vedono come un segno di rispetto verso i membri più anziani della comunità;
- **RITO DI PASSAGGIO:** in molte culture, le MGF costituiscono un importante rito di passaggio all'età adulta per le ragazze. Spesso l'evento è contrassegnato da una cerimonia e/o celebrazione. Può essere considerato un necessario passo verso l'essere considerata una donna adulta rispettabile;
- **CONVENZIONE SOCIALE:** laddove la MGF è ampiamente praticata, è considerata una convenzione sociale. Quelli che aderiscono alla pratica possono essere meglio accettati nelle loro comunità, mentre coloro che non lo fanno possono affrontare condanne, vessazioni ed esclusione;
- **ASSICURA VERGINITÀ, CASTITÀ E FEDELTA':** si ritiene che le MGF proteggano la verginità di una ragazza o di una donna prima matrimonio e garantire la fedeltà dopo il matrimonio. Pertanto, le famiglie possono credere che le MGF proteggano l'onore di una ragazza e della sua famiglia;
- **PULIZIA E BELLEZZA:** in alcune comunità, le MGF vengono eseguite per creare ragazze "pulite" e belle. La pulizia può riferirsi al corpo; femmine i genitali tagliati o chiusi a volte sono visti come più igienici e bello, ma può anche riferirsi alla purezza spirituale;
- **MATRIMONIALITÀ :** c'è spesso l'aspettativa che gli uomini sposeranno solo donne che hanno subito MGF. Il desiderio e la pressione di essere sposata, e la sicurezza economica e sociale che potrebbe venire con il matrimonio, può perpetuare la pratica in alcuni contesti;



- **RELIGIONE:** alcune comunità credono che la MGF sia un requisito religioso, e alcuni capi religiosi possono promuovere la pratica, anche se non è menzionata in nessuno principali testi religiosi;
- **FEMMINILITÀ:** la rimozione di parti genitali considerate maschili (cioè il clitoride) è considerato per rendere le ragazze più femminili, rispettabili e belle.

In alcune comunità, infine, gli organi genitali esterni vengono rimossi perché sono ritenuti mascolinizzanti e portatori di comportamenti aggressivi e promiscui, oltre che poter pregiudicare la modalità di sepoltura della donna.

Al di là delle credenze che ne stanno alla base, le MGF spesso intervengono negativamente sul desiderio sessuale femminile, abbassandolo, e rendono doloroso l'amplesso stesso, riducendo così le possibilità di eventi sessuali precedenti al matrimonio o extraconiugali, ottenendo forzatamente castità pre-coniugale e fedeltà coniugale (*Abdulcadir, Jasmine, et al., 2016; Sakeah E, et al. PLoS One. 2019*).

3. Prevalenza nel mondo

Nel mondo vivono almeno 200 milioni di donne e ragazze o bambine che hanno subito questa pratica e almeno 4 milioni di ragazze sono a rischio di essere sottoposte ad essa ogni anno [*UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020; UNFPA (United Nations Population Fund), 2020*]. Questi numeri sono il risultato di analisi condotte nei 31 paesi in cui si praticano le FGM (distribuiti tra Africa, Medio-Oriente e Asia) attraverso indagini nazionali sulle famiglie quali Demographic and Health Survey (DHS), Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) e Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM). Queste stime non tengono conto di paesi in cui è stato recentemente scoperta l'usanza di queste pratiche (ad esempio la Malesia) o delle MGF praticate in Europa, Australia ed Nord America nelle comunità emigrate dai paesi culla delle MGF (*Ortensi L. E. et al, 2018*).

I dati presenti nel più recente database globale di Unicef, aggiornato a Maggio 2022 (tabella 1 - [Female Genital Mutilation \(FGM\) Statistics - UNICEF Data](#)), mostrano la prevalenza di MGF tra donne e ragazze di età compresa tra 15 e 49 anni, segregando i dati in base alla zona di residenza (rurale o urbana) e in base al quintile di benessere economico. Queste percentuali indicano che le MGF sono diffuse dalla costa atlantica fino al corno d'Africa, in Medio-Oriente come in alcuni paesi dell'Asia e con grande variabilità: si passa da paesi in cui la prevalenza è molto bassa, come Camerun ed Uganda, ad altri in cui tali pratiche sono quasi universali, come Somalia (99%), Guinea (95%), Djibouti (94%), Mali (89%), Egitto e Sudan (87%).



Analizzando i dati dei primi 6 paesi per prevalenza di MGF: in Somalia, Guinea, Mali e Sudan i fattori di residenza e benessere economico non influiscono sulla probabilità che la donna o ragazza subisca MGF; in Egitto abitare in campagna espone le donne di più alla pratica (93%) rispetto che in città (77%), come anche lo stato di benessere economico della famiglia: nelle famiglie in estrema povertà la pratica supera il 90% di prevalenza, mentre in famiglie di estrema ricchezza si ferma al 70%. In molti altri paesi, come in Egitto, vivere in aree rurali influisce sulla prevalenza di MGF, che generalmente è più alta di quella delle donne che vivono in città, indipendentemente dalla prevalenza generale; fanno eccezione a questa tendenza paesi dove le prevalenze sono simili in campagna e in città (Chad, Yemen, Maldive, Iraq e Togo) e paesi dove la prevalenza è maggiore in area cittadina (Nigeria). In merito al fattore economico, in alcuni paesi questo non influenza la prevalenza della pratica: in Gambia essa avviene nel 65% delle famiglie più povere e nel 69% delle famiglie più ricche, in Guinea-Bissau nel 41% delle più povere e nel 38% delle più ricche, in Nigeria nel 16% delle prime e nel 20% delle seconde, nelle Maldive nel 14% delle più povere e nel 12% delle più benestanti.





Tabella 1. Tabella riadattata di prevalenza delle MGF tra ragazze e donne (15-49 anni) in base a residenza, benessere economico e paese di appartenenza⁴³

Paese	Prevalen-za MGF tra ragazze e donne (%)		Prevalenza MGF tra ragazze e donne (15-49 anni) per residenza e quintile di benessere (%)										Anno di riferimen-to	Fonte				
			Residenza				Quintile di benessere											
			Urbana	Rurale	1° (estrema povertà)	2°	3°	4°	5° (estrema ricchezza)									
Somalia	99		99		99		99		100		99		100		99		2020	SHDS 2020
Guinea	95		95		94		95		94		93		96		95		2018	DHS 2018
Djibouti	94		94		98		97		96		94		94		93		2012	PAPFAM 2012
Mali	89		89		88		87		86		90		90		90		2018	DHS 2018
Egitto	87		77		93		94		93		92		87		70		2015	Health Issues Survey (DHS), 2015
Sudan	87		86		87		88		82		81		90		92		2014	MICS 2014

⁴³ Tabella riadattata da [Female Genital Mutilation \(FGM\) Statistics - UNICEF Data](#)

Eritrea	83		80		85		89		86		84		83		75		2010	Population and Health Survey 2010
Sierra Leone	83		76		89		90		90		87		80		72		2019	DHS 2019
Burkina Faso	76		69		78		77		78		78		80		69		2010	DHS/MICS 2010
Gambia	73		75		67		65		73		80		76		69		2019-20	DHS 2019-20
Mauritania	67		55		79		92		86		70		60		37		2015	MICS 2015
Etiopia	65		54		68		65		69		69		69		57		2016	DHS 2016
Guinea-Bissau	52		43		59		41		62		70		54		38		2018-19	MICS 2018-19
Côte d'Ivoire	37		31		44		50		44		43		34		20		2016	MICS 2016
Chad	34		32		35		41		35		35		30		30		2019	MICS 2019
Liberia	32		25		43		48		42		38		22		17		2019-20	DHS 2019-20



Senegal	25		21		29	48		30	23		18	15		2019	Continuous DHS 2019
Repubblica Centrafricana	22		12		28	29		27	26		19	9		2018-19	MICS 2018-19
Kenya	21		14		26	40		26	18		17	12		2014	DHS 2014
Nigeria	20		24		16	16		18	20		23	20		2018	DHS 2018
Yemen	19		17		19	27		21	13		20	14		2013	DHS 2013
Maldives	13		14		12	14		12	12		15	12		2016-17	DHS 2016-17
Repubblica Unita di Tanzania	10		5		13	19		10	12		9	4		2015-16	DHS 2015-16
Benin	9		5		13	16		14	10		7	2		2014	MICS 2014
Iraq	7		7		8	1		3	3		6	22		2018	MICS 2018
Togo	3		3		4	4		4	3		4	2		2017	MICS 2017



Ghana	2	1	4	7	2	2	1	1	2017-18	MICS 2017-18
Niger	2	1	2	2	2	2	3	1	2012	DHS/MICS 2012
Cameroon	1	1	2	1	4	1	1	1	2004	DHS 2004
Uganda	0	0	0	1	0	0	0	0	2016	DHS 2016



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Commissione Regionale
Pari Opportunità
della Toscana



Glossario

Termini associati alla mutilazione genitale femminile (MGF) ripreso dalle Linee Guida dell'OMS 2016:

De-infibulazione

La pratica di tagliare l'apertura vaginale ristretta in una donna che è stata infibulata, cioè spesso necessario per migliorare la salute e il benessere, nonché per consentire i rapporti o per facilitare il parto.

Infibulazione (MGF di tipo III)

Restringimento dell'orifizio vaginale con creazione di un sigillo di copertura mediante taglio e apposizione delle labbra minora e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride.

Medicalizzazione delle MGF

Situazioni in cui la procedura (compresa la reinfibulazione) è praticata da qualsiasi categoria sanitaria

medico, sia in una clinica pubblica che privata, a casa o altrove, in qualsiasi momento della vita di una donna.

Re-infibulazione

La procedura per restringere l'apertura vaginale in una donna dopo che è stata deinfibulata (cioè dopo

parto); noto anche come risutura.

Terapia cognitivo comportamentale (CBT)

Un tipo di terapia psicologica basata sull'idea che i sentimenti sono influenzati dal pensiero e dalle convinzioni. Se incontrollati, questi pensieri e convinzioni possono portare a comportamenti inutili. La CBT ha tipicamente un cognitivo componente (vale a dire aiutare la persona a sviluppare la capacità di identificare e sfidare negativi irrealistici pensieri) e una componente comportamentale.

Acronimi

ARS	A genzia R egionale di S anità della Toscana
CEDU	C orte E uropea dei D iritti dell' U omo
COSPE	Onlus C ooperazione per lo S viluppo dei P aesi E mergenti
CRPO	C ommissione R egionale P ari O pportunità
CRR	C entro di R iferimento R egionale
CRRV	C entro di R iferimento R egionale per la V iolenza di genere
CSG	C entro di S alute G lobale
CONIPRAT	C omité N igérien sur les P ratiques T raditionnelles ayant effet sur la santé des Femmes et des Enfants
CUAMM	C ollegio U niversitario A spiranti M edici M issionari
CUP	C entro U nificato di P renotazione
DGR	D ecreto di G iunta R egionale
ECM	E ducazione C ontinua in M edicina
FAD	F ormazione a D istanza
Formas	Laboratorio Regionale per la F ormazione S anitaria Agenzia Regionale
FSE	F ondo S ociale E uropeo
GAIA	G ruppo A iuto I nfanzia e A dolescenza
GISCi	G ruppo I taliano S creening del Cervicocarcinoma
HBV	Virus dell'Epatite B
HIV	Virus dell'Immunodeficienza Umana
HPV	Papilloma Virus Umano
IC	Intervallo di C onfidenza: viene introdotto quando si esegue una misura o si calcola un rapporto fra misure non sull'intera popolazione



ICC	C arcinoma I nvasivo della C ervice uterina
IRCCS	Istituti di R icovero e C ura a C arattere S cientifico ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari.
ISPRO	Istituto per lo S tudio , la P revenzione e la R ete O ncologica
LEA	L ivelli E ssenziali di A ssistenza sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini
MGF	M utilazione dei G enitali F emminili
MGF/E	M utilazione dei G enitali F emminili con E scissione
OMS	O rganizzazione M ondiale della S anità
ONS	O sservatorio N azionale S creening
OR	O dds R atio di un trattamento è: il rapporto tra la frequenza con la quale un evento si verifica in un gruppo di pazienti e la frequenza con la quale lo stesso evento si verifica in un gruppo di pazienti di controllo.
POR	P rogramma O perativo Regionale
SDG	S ocietà di D ata A alytics Gruppo
SPC	S istema P ubblico di C onnettività : la rete che collega tra loro tutte le pubbliche amministrazioni italiane, consentendo loro di condividere e scambiare dati e risorse informative.
SSN	S ervizio S anitario N azionale
UNICEF	F ondo delle N azioni U nite per l'Infanzia.



Bibliografia e riferimenti

- Abdulcadir, Jasmine, et al. «Female Genital Mutilation: A Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals». *Obstetrics & Gynecology*, vol. 128, n. 5, novembre 2016, pagg. 958–63. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001686>.
- Alhassan AR, Anyinzaam-Adolipore JN. Female Genital Mutilation in Ghana: Prevalence and Socioeconomic Predictors. *Biomed Res Int*. 2021 May 11;2021:6675579. doi: 10.1155/2021/6675579. PMID: 34055999; PMCID: PMC8133873.
- Allison L. Osterman, Rachel L. Winer, Geoffrey S. Gottlieb et al (International Journal of Cancer.: 144,1302–1312 (2019) (Department of Global Health, University of Washington, Seattle, WA) Female genital mutilation and noninvasive cervical abnormalities and invasive cervical cancer in Senegal, West Africa: A retrospective study
- Centro Salute Globale <https://www.centrosaluteglobale.eu/site/wp-content/uploads/2016/12/DICHIARAZIONE-MUTILAZIONI-GENITALI-FEMMINILI-2.pdf>
- DGR 619/2006 Regione Toscana: Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio
<https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13586257/allegato+parere+n.+23-2016+MGF.pdf/957db71d-ff22-473a-a646-764ea75fc037;jsessionid=AD92EDED25E6B5394E80573099DF1C84.web-rt-as01-p2?version=1.0>
- END FGM European network, EndFGM.eu, 2020 <https://www.endfgm.eu/female-genital-mutilation/what-is-fgm/>
- Farina, Patrizia, et al. «Estimating the Number of Foreign Women with Female Genital Mutilation/Cutting in Italy». *The European Journal of Public Health*, vol. 26, n. 4, agosto 2016, pagg. 656–61. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw015>.



- [Female Genital Mutilation \(FGM\) Statistics - UNICEF Data](https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/), 2022, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
- Istituto Piepoli S.P.A, Innovazione nelle Ricerche di Marketing . Valutazione quantitative e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia [Quantitative and qualitative evaluation of the phenomenon of female genital mutilation in Italy] Milan : Piepoli , 2009 . p. 1 – 30 .
- Legge 09/01/2006 n. 7, recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=25549>
- Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf
- PROGRAMMA OPERATIVO Anno 2018 Cooperazione Sanitaria Internazionale & Salute dei Migranti https://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5185949&nomeFile=Delibera_n.710_del_25-06-2018-Allegato-A
- Risoluzione del 6/02/2014 del Parlamento Europeo "Towards the elimination of female genital mutilation".
- Risoluzione 117/2021 del Consiglio Regionale della Toscana "In merito alle mutilazioni genitali femminili e alle azioni finalizzate a contrastare tali pratiche" https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/crt/resoconti-aula/2171_2575.pdf
- Ortensi, Livia Elisa, et al. «Female Genital Mutilation/Cutting in Italy: An Enhanced Estimation for First Generation Migrant Women Based on 2016 Survey Data». *BMC Public Health*, vol. 18, n. 1, dicembre 2018, pag. 129. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1186/s12889-017-5000-6>



- Sakeah, Evelyn, et al. «Persistent Female Genital Mutilation despite Its Illegality: Narratives from Women and Men in Northern Ghana». *PLOS ONE*, a cura di Yeetey Akpe Kwesi Enuameh, vol. 14, n. 4, aprile 2019, pag. e0214923. *DOI.org (Crossref)*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214923>.
- Tuttitalia.it, dati ISTAT 2021 <https://www.tuttitalia.it/toscana/statistiche/cittadini-stranieri-2021/>
- UNICEF, “Female Genital Mutilation.”, 2020 Website: [unicef.org/ protection/female-genital-mutilation](https://www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation)
- UNFPA, “Conducting Public Inquiries to Eliminate Female Genital Mutilation.” Website: [unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Primer-Conducting-Public-Inquiries-to-Eliminate-Female-Genital-Mutilation](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Primer-Conducting-Public-Inquiries-to-Eliminate-Female-Genital-Mutilation), 2020.
- World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF), Female genital mutilation : a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. World Health Organization, 1997. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41903>



Contributi e ringraziamenti

Questo documento non sarebbe stato possibile senza l'apporto e la collaborazione di tantissimi professionisti che, in Toscana, hanno sempre lavorato e stanno lavorando per la salute ed il benessere delle donne soprattutto quelle più fragili come le donne migranti che, per storia personale e per la cultura dei loro paesi di origine, hanno maggiore difficoltà ad accedere ai servizi e a rivendicare il loro diritto ad una vita in salute.

La Commissione Regionale Pari Opportunità, per sua stessa natura, crede fortemente nel lavoro di rete in cui ogni soggetto può portare la propria esperienza e la propria professionalità al servizio di una causa collettiva. Solo in questo modo, lavorando insieme e mettendo a confronto le proprie esperienze, è possibile riuscire ad intercettare le esigenze e i bisogni di salute delle tante donne vittime di violenza e in particolare di quelle che hanno subito una delle violenze più atroci come quella delle mutilazioni e creare per loro delle risposte concrete, continuative e di sistema.

Ci teniamo a ringraziare, dunque, per il lavoro svolto e per la fattiva collaborazione i seguenti soggetti (in ordine alfabetico):

Associazione Nosotras Onlus, *nella persona della Presidente Dott.ssa **Isabella Mancini***

Centro salute globale AOU Meyer, *nella persona della Dott.ssa **Maria Jose Caldes Pinilla***

ISPRO, *nella persona della Dott.ssa **Anna Iossa***

Regione Toscana, Assessorato Istruzione, formazione professionale, università e ricerca, impiego, relazioni internazionali e politiche di genere, *nella persona dell'Assessora **Alessandra Nardini***

Regione Toscana, Direzione sanità, welfare e coesione sociale, *nella persona della Dott.ssa **Daniela Matarrese***

Servizio GAIA AOU Meyer, *nella persona della Dott.ssa **Stefania Losi***

Università degli Studi di Firenze - Master di II livello in Salute e medicina di genere, *nella persona della Dott.ssa **Elena Trallori***

Università degli Studi di Pisa - Facoltà di Ostetricia e Ginecologia, *nella persona del Prof. **Tommaso Simoncini***



REGIONE TOSCANA
Consiglio regionale



Una menzione speciale va inoltre alla pittrice **Rossella Baldecchi**⁴⁴ che ci ha gentilmente concesso l'immagine di copertina. A lei va il nostro più sentito ringraziamento per aver saputo cogliere in questa immagine il senso del dolore ma anche della speranza che spesso le donne vittime di mutilazioni si trovano a vivere.

⁴⁴ <http://www.rosselabaldecchi.com/>



Allegato 2

Centro di Riferimento per le MGF e la chirurgia ricostruttiva apparato genitale femminile – AOU Pisana

Il Centro di riferimento deve garantire:

- Un servizio di accoglienza alla presa in carico con mediazione culturale e personale dedicato formato con esperienza sul retroterra culturale, sociale e religioso delle donne con MGF,
- Un servizio ambulatoriale per la valutazione delle problematiche legate alle MGF di tipo polispecialistico e integrato,
- Un percorso di consulenza per le patologie della sfera uro-genitale associate alle MGF,
- Un percorso di counselling riproduttivo, contraccettivo e di assistenza alla menopausa,
- Un percorso di counselling prenatale e post-natale,
- Un percorso di valutazione e/o assistenza alle donne in gravidanza con MGF,
- Un percorso di diagnosi e trattamento delle patologie infettive legate alle MGF,
- Un percorso chirurgico di valutazione e pianificazione di chirurgia plastica e ricostruttiva dell'apparato genitale femminile,
- Un percorso chirurgico per la riparazione dei danni anatomici e funzionale delle strutture del tratto urinario, genitale e intestinale legate alle MGF,
- Un percorso di riabilitazione pelvi-perineale integrato per il trattamento del dolore pelvico cronico, per le disfunzioni del pavimento pelvico e per i disturbi della sfera sessuale legati alle MGF,
- Un percorso di supporto psicologico per le donne con MGF e per i familiari,
- Un percorso di diagnosi e cura dei disturbi della sfera psichiatrica legati alle MGF,
- Formare una rete di collaborazione regionale mirata al creare criteri di referral e di gestione condivisa e allo sviluppo di percorsi di interscambio tra Centro di riferimento e rete regionale dedicata.

Nella progettazione del Centro si terrà conto di quanto previsto nelle Linee guida (art.4 della Legge n.7/2006) ed in particolare si procederà secondo due direttive strategiche:

- 1) la penetrazione nelle comunità necessaria a facilitare e a divulgare informazioni relative al problema MGF e alle conseguenze in tema di salute della donna;
- 2) la formazione degli operatori.

Il centro di riferimento dovrà pertanto:

- Organizzare attività di formazione permanente degli operatori della RT coinvolti nel trattamento delle MGF attraverso i percorsi di studio già attivi presso l'Università di Pisa,
- Stimolare percorsi di ricerca, anche a livello internazionale, sul tema delle MGF,
- Contribuire alla creazione di materiali informativi sanitari dedicati alle pazienti con MGF, in varie lingue e con attenzione agli aspetti culturali e religiosi delle popolazioni interessate,

- Collaborare con le associazioni di volontariato attive nella assistenza e supporto alle donne con MGF e alle donne migranti,
- Contribuire allo sviluppo di campagne informative dedicate alla popolazione a rischio di MGF insieme a RT, alle associazioni di volontariato e agli altri attori istituzionali interessati alla materia.

Il centro dovrà offrire o facilitare:

- Cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, con estensione dei programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva;
- la tutela sociale della gravidanza e della maternità;
- la tutela della salute del minore;
- la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;
- servizi di mediazione culturale;
- assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti – STP.

Caratteristiche organizzative e strutturali

Per il Centro è individuato un Referente/responsabile incaricato, che ha il compito di coordinamento, organizzazione e monitoraggio delle attività e dei relativi flussi informativi.

Il centro è dotato di locali strutturalmente adeguati, separati da ambienti dedicati alla assistenza della popolazione, per facilitare la riservatezza e la possibilità di interazione con le donne con MGF e con i familiari. I locali devono essere adeguati dal punto di vista dimensionale per assicurare la possibilità di avere zone segreteria, accoglienza, attesa (con spazi separati per pazienti in età pediatrica), valutazione clinica e archivio.

Il centro deve essere dotato delle strumentazioni necessarie per una completa valutazione delle problematiche legate alle MGF, in modo da evitare la necessità di accessi a zone o servizi diversi in ambito ospedaliero, in analogia ai servizi dedicati alla violenza sulle donne, con cui le MGF hanno diretta affinità.

Il centro deve avere un percorso pre-chirurgico dedicato per facilitare l'ottimizzazione dei tempi di preparazione, nell'ottica di accogliere una popolazione con frequenti problemi di disagio economico e logistico, proveniente spesso da aree distanti della RT.

Il Centro è dotato di un programma di elaborazione statistica che consenta una omogenea raccolta ed elaborazione dei dati anagrafici e statistici di interesse.

Il Centro è dotato di una scheda sanitaria degli assistiti che faciliti la sistematizzazione della raccolta delle informazioni rilevanti, l'handover verso le strutture invianti ed i medici di medicina generale ed i pediatri e la trasmissione dei flussi regionali di informazione relativi alle prestazioni erogate.

Il software dovrà essere inoltre utilizzabile a scopo di ricerca scientifica, per aumentare le conoscenze sul problema MGF.

Il centro è dotato di attrezzature e software per consulti a distanza, sia per la prima accoglienza, per facilitare l'approccio da parte delle donne con MGF, che per la condivisione di informazioni con i medici e gli operatori socio-sanitari del SSR coinvolti nella gestione delle pazienti, che per la gestione a distanza di donne già inquadrare.

Come previsto dalla Legge 9 Gennaio 2006, n.7 (Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile, art. 3 comma 1) e allo scopo di rendere quanto sopra elencato possibile, è necessario **un adeguato finanziamento ad hoc** per il funzionamento del centro di riferimento regionale, in particolare mirato ad assicurare risorse organizzative adeguate (strutturali e professionali) ad accogliere al meglio le pazienti con MGF, per coordinare ed interfacciarsi con la rete regionale, per interfacciarsi con le associazioni di area e di volontariato rilevanti, per offrire competenze culturali e sociologiche necessarie ad accogliere le pazienti con MGF e infine per attivare efficaci canali di ricerca e didattica dedicati al fenomeno delle MGF.

Le donne con MGF necessitano di assistenza e supporto diffuso sul territorio regionale.

Frequentemente si tratta di persone con limitato accesso ai flussi informativi, con difficoltà economiche e logistiche che quindi beneficiano di una rete di assistenza delocalizzata. È tuttavia importante che la disponibilità di assistenza socio-sanitaria in modo diffuso vada in parallelo ad una diffusione della competenza necessaria per il riconoscimento delle MGF e delle conseguenze patologiche che queste comportano. Questo richiede una attenzione non solo medica, ma anche socio-culturale, con una corretta analisi del rischio di MGF in base alla regione di provenienza ed alla realtà familiare di appartenenza. Questo è particolarmente rilevante per le minori.

In questa ottica **il Centro di riferimento deve costruire percorsi di interscambio** con finalità diverse e sinergiche:

- 1) La costruzione di algoritmi di presa in carico differenziati per livello di complessità di prestazione, che permettano una appropriata gestione decentrata delle problematiche più comuni e un referral verso il Centro di riferimento per le valutazioni o gli interventi terapeutici di maggior specializzazione.
- 2) La definizione di curricula formativi per gli operatori del settore coinvolti nella gestione di bambine o donne con MGF, accompagnati dalla costruzione di percorsi didattici professionalizzanti e di accreditamento.
- 3) La costruzione di modalità di teleconsulto e di handover per la gestione coordinata di donne con MGF (es. per la condivisione dell'iter di avvicinamento al parto presso un presidio ospedaliero della RT).
- 4) La costruzione di iniziative di sensibilizzazione e di natura scientifica e culturale in collaborazione con le istituzioni regionali rilevanti, con gli attori del SSR e dei servizi socio-sanitari coinvolti, con le associazioni di volontariato, finalizzate ad aumentare la consapevolezza del problema presso una audience sempre maggiore.

CONSEGUENZE CLINICHE

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) identifica quattro forme di MGF.

Tipo I: Rimozione parziale o totale del prepuzio clitorideo o del clitoride

Ia: rimozione del prepuzio clitorideo,

Ib: rimozione del clitoride e del prepuzio (clitoridectomia).

Tipo II: Asportazione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra

Ila: rimozione delle piccole labbra,

Ilb: rimozione delle piccole labbra e rimozione parziale o totale del clitoride,

Ilc: rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra.

Tipo III: Restringimento dell'orifizio vaginale mediante taglio e apposizione delle piccole labbra e/o delle grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione)

IIla: rimozione, apposizione e adesione delle sole piccole labbra,

IIlb: rimozione, apposizione e adesione delle grandi labbra.

Tipo IV: tutte le altre procedure lesive praticate sugli organi genitali femminili senza fini terapeutici, quali ad esempio: piercing, incisioni, scarificazioni o cauterizzazione.

CONSEGUENZE DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI SULLA SALUTE FEMMINILE

L'esecuzione di una procedura di MGF comporta una lunga serie di conseguenze negative per la salute di una donna.

CONSEGUENZE IMMEDIATE, CHE COLPISCONO LA BAMBINA DURANTE O SUBITO DOPO L'INTERVENTO

Data l'esecuzione delle procedure di MGF in ambienti non sanitari, sono frequenti l'insorgenza di gravi condizioni in corrispondenza dell'esecuzione della procedura stessa. Tra queste le più rilevanti sono:

- Distress psicologico acuto,
- Dolore intrattabile,
- Sanguinamento emorragico fino allo shock emorragico,
- Infezioni che possono determinare stati setticemici,

- Ritenzione urinaria acuta legata alla procedura o all'edema o all'infezione legata alla stessa,
- La trasmissione di malattie infettive (tetano, epatite, HIV...) legata alla assenza di sterilità degli strumenti di taglio e sutura.

CONSEGUENZE A LUNGO TERMINE, CHE AFFLIGGONO LA DONNA PER TUTTA LA VITA

La modificazione anatomica dei genitali esterni ed interni e del basso tratto urinario determina una alterazione funzionale permanente, con conseguenze sulla funzione sessuale, urinaria, defecatoria, sull'insorgenza di patologie infettive del tratto urinario e del tratto genitale interno, sterilità, problematiche ostetriche durante la gravidanza, al parto e dopo il parto, disturbi associati alla menopausa.

Le donne che sperimentano complicazioni a lungo termine causate dalle MGF spesso convivono con i sintomi di queste condizioni per mesi o addirittura anni senza cercare cure. Le complicanze più frequenti in donne sottoposte a MGF sono elencate di seguito:

Dolore vulvare cronico

Il clitoride e i tessuti genitali circostanti sono altamente innervati e quindi molto sensibili. Quando vengono eseguite le MGF, il glande clitorideo e i tessuti genitali circostanti, come il prepuzio clitorideo e le piccole labbra, vengono feriti attraverso tagli, punture, scalfitture o cuciture. Questo porta alla formazione di tessuto anelastico o di cheloidi, cisti e neuromi. Questo provoca un dolore nella zona vulvare che persiste cronicamente. Il dolore nell'area vulvare si manifesta durante i rapporti sessuali, ma può insorgere anche durante le attività quotidiane. Inoltre, l'ansia, la depressione e lo stress post-traumatico causate o correlate alla MGF sono collegati allo sviluppo del dolore nell'area vulvare.

Neuroma clitorideo

Un neuroma è un tumore benigno che si forma in seguito alla sezione o alla lesione di un nervo. Nel caso di un neuroma del clitoride, il nervo dorsale del clitoride viene lesionato durante il taglio della parte esterna del clitoride. Quando il nervo si rigenera, lo fa in modo disorganizzato, portando alla comparsa di un neuroma clitorideo. Un neuroma clitorideo può causare allodinia, sensazioni di scarica elettrica o dolore cronico nell'area circostante. Con questa condizione, sedersi, avere rapporti sessuali o persino lo sfregamento delle mutande, possono causare dolore. Un neuroma sintomatico deve essere asportato chirurgicamente.

Infezioni del tratto genitale

Le donne sottoposte a MGF presentano un rischio maggiore di infezioni del tratto riproduttivo, tra cui la vaginosi batterica. L'occlusione parziale dell'apertura vaginale - dovuta alla presenza di tessuto cicatriziale o all'infibulazione, tra le donne con MGF di tipo III - è un fattore che contribuisce allo sviluppo di queste condizioni. Le infezioni del tratto genitale RTI possono essere dolorose e causare perdite vaginali anomale. Possono essere ricorrenti e, se non trattate, possono diventare persistenti e portare alla malattia infiammatoria pelvica (PID), determinata dall'estensione dell'infezione agli organi genitali interni (utero, tube), causando sterilità e aumentando il rischio di una peritonite.

Disturbi del ciclo mestruale

I disturbi del ciclo mestruale associati alle MGF comprendono la dismenorrea (mestruazioni dolorose), la difficoltà nel passaggio del sangue mestruale, con la possibilità della formazione di ematocolpo ed ematometra (accumulo di sangue rispettivamente nella vagina e nell'utero). Causa di questi disturbi sono la chiusura o il restringimento dell'apertura vaginale.

Difficoltà e dolore alla minzione e infezioni del tratto urinario

Le donne che hanno subito MGF, soprattutto di tipo III, hanno un rischio maggiore di sviluppare infezioni del tratto urinario (UTI) ricorrenti. Le UTI si verificano a causa di ostruzione e stasi dell'urina soprattutto associate a restringimenti dell'uretra. L'ostruzione compromette il normale flusso dell'urina, che è in grado di defluire lentamente e spesso in maniera incompleta, causando dolore intenso. Questo provoca ristagno di batteri e di urina, facilitando la ricorrenza delle infezioni. Non infrequentemente le problematiche del basso tratto urinario di tipo ostruttivo e infettivo causano la comparsa di vescica iperattiva, una condizione causata dalla ipercontrattilità della vescica che causa urgenza minzionale e incontinenza urinaria. Le infezioni possono estendersi all'alto tratto urinario, determinando infezioni dei reni che possono causare insufficienza renale. Eventuali danni all'uretra provocati da qualsiasi tipo di MGF possono condurre a fistole urinose che richiedono complessi interventi correttivi.

Cicatrici e cisti da inclusione genitale

La MGF provoca una ferita. Quando la ferita guarisce, lascia una cicatrice, che spesso diventa un cheloide. I cheloidi sono cicatrici in rilievo che crescono eccessivamente e può ingrandirsi lentamente per mesi o anni e può essere doloroso o pruriginoso e determina una ulteriore deformazione anatomica della zona genitale. I cheloidi sono difficili da trattare. Anche dopo la rimozione chirurgica, la cicatrice cheloidea può ricrescere nello stesso punto. La MGF può anche causare la formazione di cisti da inclusione epidermica che aumentano gradualmente di dimensioni. Queste cisti possono infiammarsi o infettarsi, provocando dolore.

Dispareunia e disturbi della funzione sessuale

Le donne sottoposte a MGF generalmente soffrono di dispareunia (dolore durante i rapporti sessuali), ridotta o assente soddisfazione sessuale, ridotto o assente desiderio sessuale. La dispareunia può essere legata alla ristrettezza dell'ostio vaginale e alla presenza di cicatrice con neurinoma o alla presenza di brugie cicatriziali, tutti eventi da trattare chirurgicamente. Sono stati descritte anche lacerazioni durante i rapporti sessuali e dispareunia. Le conseguenze negative sulla funzione sessuale sono riportate da vari autori e descritte come dolori, mancanza di desiderio e di eccitazione, mancanza o ridotta frequenza dell'orgasmo, della lubrificazione e della soddisfazione sessuale.

Infertilità

Le MGF aumentano il rischio di infertilità e soprattutto di sterilità, probabilmente a causa delle infezioni ascendenti favorite dalla procedura mutilatoria o dalla distorsione dei genitali esterni e dell'introito vaginale che possono rendere più difficile il rapporto sessuale.

Complicanze ostetriche

La mutilazione dei genitali determina una lunga lista di pericoli per la madre e per il bambino durante la gravidanza, in particolare in presenza di mutilazioni di III tipo. È documentato un aumento del rischio di parto pretermine, di travaglio prolungato e ostacolato, di emorragia post-partum, di traumi perineali con aumento del rischio di formazione di fistole e lesioni sfinteriche rettali e vescicali, un aumento del rischio di parto cesareo, una maggiore frequenza della necessità di rianimazione neonatale, un maggior rischio di morte intrauterina e neonatale. Altre conseguenze ostetriche legate alla presenza di MGF sono: la paura del parto, la difficoltà nel monitoraggio intra-partum, la difficoltà di cateterismo vescicale durante il travaglio, l'infezione della ferita e la ritenzione delle perdite ematiche post-partum.

RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE, SEGNALAZIONE, SORVEGLIANZA E NEGOZIAZIONE DELLE MGF TRA LE DONNE ADULTE E LE MINORI PROVENIENTI DAI PAESI A RISCHIO

Indice

1. Premessa
2. Definizione e diffusione
3. Origini e motivazioni socio-culturali
4. Complicanze
5. La disciplina giuridica
6. L'importanza della prevenzione
7. Principi guida
- 8. Raccomandazioni**

1. Premessa

La gestione del progetto *“Intesa concernente il sistema di interventi da sviluppare per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili di cui all’art. 3, comma 1, della legge 9 gennaio 2006, n. 7.”* finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri è affidato dalla Regione Toscana al Centro di Salute Globale. Il Centro, in collaborazione con l’Associazione Nosotras Onlus, ha elaborato alcune raccomandazioni finalizzate alla prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne e le minori dei Paesi identificati come a rischio. Tali raccomandazioni nascono come risposta a un’esigenza di prevenzione delle pratiche di mutilazione genitale femminile (‘MGF’), contemplata dalla Legge 9 Gennaio 2006, n. 7 *“Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 Gennaio 2006¹.

L’art. 4 della sopra citata legge prevede che il Ministero della Salute emani Linee guida² destinate alle figure professionali sanitarie e alle altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile. Scopo principale di tali Linee guida è la realizzazione di attività rivolte alla prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine, vittime o potenziali vittime di tale pratica. Le Linee guida, inoltre, sono uno strumento attraverso il quale le Regioni possono attivare sul territorio tutte le iniziative volte alla formazione del personale sanitario, e rappresentano una facilitazione per adeguare le conoscenze e le modalità di cura per rispondere in modo corretto ed efficace alla domanda di salute proveniente da una specifica fascia di popolazione femminile immigrata. È da tali Linee guida che questo lavoro prende corpo.

Lo scopo primario della Legge 7/2006 è la tutela delle donne e delle bambine che rischiano di esservi sottoposte. Nonostante la sua funzione deterrente, la Legge non si è rivelata sufficiente a svolgere l’opera di dissuasione per un progressivo sradicamento di tale pratica.

La ragione per cui la tradizione escissoria non perde di imperatività, neppure nelle comunità immigrate, ha ampie e profonde radici. Quando si parla di MGF spesso si ricorre a stereotipi e informazioni parziali, talvolta non corrette, che non rispecchiano la complessità e la diversità delle

1

www.camera.it/parlam/leggi/06007l.htm

2

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf

pratiche. In questo caso la buona informazione e un percorso che coinvolga tutte le figure interessate, si rivela il mezzo più efficace: informazione e prevenzione sono quindi intese come armi per realizzare una tutela effettiva contro le MGF, passando attraverso la consapevolezza delle conseguenze dannose per la salute psico-fisica.

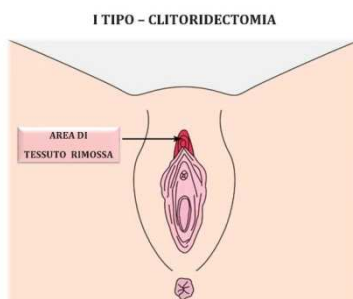
Il ricorso alle vie giudiziali e alle sanzioni penali devono rimanere l'extrema ratio.

2. Definizione e diffusione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con l'espressione "Mutilazione genitale femminile"³ - di seguito MGF - fa riferimento (1995) a «*tutte le forme di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre modificazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche*»⁴.

L'OMS (2007) identifica quattro forme di MGF⁵. I primi 3 tipi prevedono dei sottotipi.

Tipo I – Ia: rimozione del glande clitorideo o del solo prepuzio, paragonabile alla circoncisione maschile, **Ib:** rimozione del clitoride e del prepuzio (**clitoridectomia**).



Fonte immagini: www.forums.studentdoctor.net

Tipo II – IIa: rimozione delle piccole labbra, **IIb:** rimozione delle piccole labbra e rimozione parziale o totale del clitoride. **IIc** rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra.

3

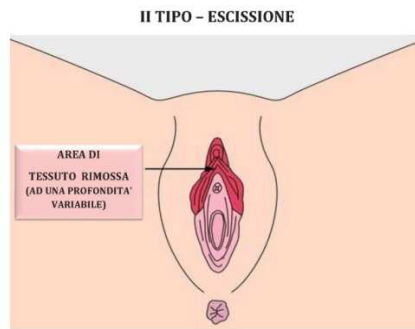
4

World Health Organization (WHO), Female genital mutilation, Fact sheet n. 241, febbraio, 2010.

5

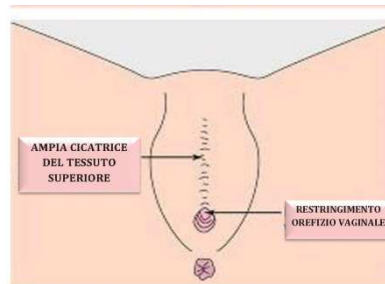
World Health Organization (WHO), Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement, OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, 2008.

3



Fonte immagini: www.forums.studentdoctor.net

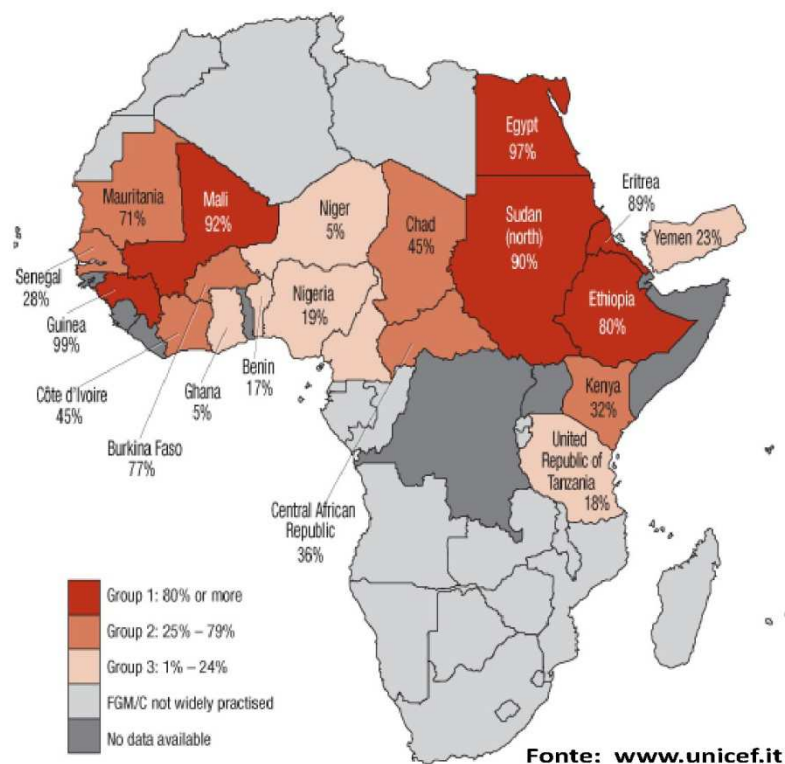
Tipo III – IIIa: rimozione, apposizione e adesione delle sole piccole labbra. **IIIb:** rimozione, apposizione e adesione delle grandi labbra.



Fonte immagini: www.forums.studentdoctor.net

Tipo IV – tutte le altre procedure lesive praticate sugli organi genitali femminili senza fini terapeutici, quali ad esempio: piercing, incisioni, scarificazioni e la cauterizzazione.

Diffusione sul territorio africano:



L'età delle donne sottoposte a tali pratiche varia all'interno delle diverse comunità, ma generalmente è concentrata nel periodo della pre-adolescenza. In alcune comunità la mutilazione può essere praticata anche su donne più adulte, alla vigilia del matrimonio o all'inizio della prima gravidanza, e persino su donne che hanno appena partorito. Queste modalità variano a seconda della cultura di appartenenza. Come l'età anche le modalità di esecuzione variano a seconda dei paesi e delle etnie.

Attualmente, le MGF sono diffuse in almeno 28 Paesi africani⁶, in alcuni Paesi asiatici (Indonesia, Malesia e alcune regioni dell'India) e in Medio Oriente (Iran, Iraq, Yemen, Oman, Arabia Saudita, Israele)⁷.

Secondo i dati forniti dall'OMS, dal Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) e dal Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA), dai 100 ai 140 milioni di donne e bambine nel

6

I Paesi in cui è più diffusa attualmente sono: Somalia, Eritrea, Etiopia, Gibuti, Egitto, Sudan.

7

Istituto Piepoli S.p.a., "Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia", Ricerca 117-01-2009.

mondo hanno subito mutilazioni genitali ed ogni anno dai 2 ai 3 milioni di donne sono potenzialmente esposte al rischio di subire tali pratiche; le più frequenti rientrano nel I ed II tipo della classificazione sopra esposta⁸.

Il fenomeno dell'immigrazione ha portato ad una diffusione delle MGF anche in Europa, ove si calcola che siano circa 500.000 le donne che hanno subito una delle tipologie di MGF. Si stima, inoltre, che ogni anno circa 180.000 donne emigrate in Europa rischiano di essere sottoposte a MGF⁹.

Per quanto riguarda il nostro Paese, secondo i dati emersi dallo studio effettuato dall'Istituto Piepoli, le donne di età inferiore ai 17 anni, potenziali vittime attuali o future del fenomeno, sono circa 4.600¹⁰.

Come è noto è difficile riuscire ad avere dati aggiornati riguardo al fenomeno nei vari territori. È possibile però fare delle stime considerando la popolazione femminile proveniente da un paese a tradizione escissoria residente sul territorio.

TOSCANA

Popolazione residente: **3.692.828**

Stranieri residenti: **350.761**

Incidenza % stranieri su popolazione: **9,5**

Paesi Africani	Area continentale	Maschi	Femmine	Totale	Valore %
Benin (ex Dahomey)	Africa occidentale	34	45	79	0,4
Burkina Faso (ex Alto Volta)	Africa occidentale	84	36	120	0,7
Camerun	Africa centrale	348	309	657	3,6
R.C.A.	Africa centrale	1	4	5	0,0
Ciad	Africa centrale	42	6	48	0,3
Costa d'Avorio	Africa occidentale	377	329	706	3,9
Egitto	Africa settentrionale	1179	673	1852	10,2
Eritrea	Africa orientale	147	247	394	2,2

8

www.dhsprogram.com

9

(ivi)

10

Istituto Piepoli S.p.a., "Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia", Ricerca 117-01-2009. (www.pariopportunita.gov.it/images/stories/documenti_vari/UserFiles/II_Dipartimento/report_mgf_piepoli.pdf).

Etiopia	Africa orientale	154	288	442	2,4
Gambia	Africa occidentale	17	2	19	0,1
Ghana	Africa occidentale	179	73	252	1,4
Gibuti	Africa orientale	..	..	..	..
Guinea	Africa occidentale	67	24	91	0,5
Guinea Bissau	Africa occidentale	9	1	10	0,1
Kenya	Africa orientale	28	42	70	0,4
Liberia	Africa occidentale	20	8	28	0,2
Mali	Africa occidentale	98	7	105	0,6
Mauritania	Africa occidentale	11	5	16	0,1
Niger	Africa occidentale	27	22	49	0,3
Nigeria	Africa occidentale	1518	1788	3306	18,2
Senegal	Africa occidentale	6740	2016	8756	48,3
Sierra Leone	Africa occidentale	17	7	24	0,1
Somalia	Africa orientale	481	279	760	4,2
Sudan	Africa orientale	55	15	70	0,4
Sud Sudan	Africa centrale	2	0	2	0,0
Tanzania	Africa orientale	20	22	42	0,2
Togo	Africa occidentale	137	76	213	1,2
Uganda	Africa orientale	8	8	16	0,1
Zambia	Africa meridionale	1	2	3	0,0
Totale		11801	6334	18135	100,0

I dati sono mancanti o poco attendibili riguardo alla numerosità della popolazione non residente in Italia (cioè soggiornanti senza permesso regolare). L'unica stima che vede concordi più fonti, con riferimento alle ricerche dell'Istituto Piepoli e al Dossier annuale Caritas-Migrantes, è quella di considerare 1 irregolare ogni 5 regolari. Quindi al numero dei regolari andrebbe aggiunto tendenzialmente un 20% in più di irregolari.

L'obiettivo difficoltà nel quantificare e individuare il fenomeno nel nostro territorio attiene al problema di quantificare il reale numero di persone coinvolte, che tenga conto anche del numero di irregolarmente presenti. Un'ulteriore difficoltà è dovuta al reperimento di dati attendibili riguardo al fenomeno e alla sua diffusione tra le minori considerate a rischio.

3. Origini e motivazioni socio-culturali

La pratica della mutilazione sembra avere origini molto antiche. Numerose testimonianze

confermano la presenza di tale pratica nell'Egitto dei faraoni, negli scritti dello storico greco Erodoto (V sec. a.C.) e nell'antica Roma. Tuttavia, contrariamente ad una diffusa opinione, le MGF non rientrano tra le prescrizioni religiose. In particolare il collegamento con la religione islamica è privo di ogni fondamento, poiché nessuna indicazione in tal senso è contenuta nel Corano e nella dottrina musulmana. La pratica è infatti stata riscontrata trasversalmente in tutte le religioni.

Le MGF rientrano fra le pratiche di costruzione sociale e culturale del sesso e del genere¹¹. L'uso del corpo si differenzia nelle epoche così come nelle varie culture. Senza entrare nel merito delle varie tipologie e differenziazioni, si può affermare che le MGF sono considerate riti di passaggio, di iniziazione, di "purificazione" del sesso e del genere che avvengono attraverso l'eliminazione, la riduzione o la modificazione di parti del corpo considerate altrimenti ambigue. Secondo i miti Dogon e Bambara, ogni essere umano alla sua nascita è dotato di due sessi, femminile e maschile, il prepuzio sarebbe il principio del femminile nell'uomo e la clitoride sarebbe il pene della donna. Tagliando si pone fine al caos: simbolicamente attraverso questa pratica che si conclude il percorso per diventare donna a tutti gli effetti.

«[...] donne o uomini non si nasce, lo si diventa. Fin dalla nascita di un individuo, la definizione del suo sesso non è data per scontata e anzi ha bisogno di essere costruita mediante rituali e imposizioni di marchi simbolici, talvolta impressi nella sua carne, che valgono come segni di appartenenza a quella cultura particolare.»¹²

Si affianca a questo poi la concezione per cui la pratica escissoria abbia un valore positivo in relazione ai rapporti sessuali e durante l'espletamento del parto. Il contatto con la clitoride e/o le labbra potrebbe arrecare un danno all'uomo, durante l'atto sessuale, come al neonato.¹³

Come si è visto, sul piano sociale la pratica è funzionale alla costruzione dell'identità di genere: non sottoporsi a tale rituale è sinonimo di esclusione sociale e di un vero e proprio allontanamento dal nucleo familiare. La ritualità si trasmette di madre in figlia, da una generazione all'altra, con la pressione della collettività che esercita un forte ruolo decisionale.

11

È importante sottolineare che i termini "genere" e "sesso" non sono sinonimi. Il *genere* si basa sull'identità, lo status e il ruolo; è qualcosa che si impara e si costruisce in un percorso di apprendimento sociale e culturale. Il sesso è biologicamente determinato.

12

Rivera A., "La bella, la bestia e l'umano", Ediesse, 2010.

13

Fusaschi M., "I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili", Bollati Boringhieri, 2003.

Nei paesi ospiti l'importanza della pratica è altrettanto forte e la valenza simbolica del rituale non viene meno. Questo spiega la presenza di tale fenomeno anche fuori dai paesi di origine.

Tra i fattori che determinano il rischio, per una bambina o una ragazza, di essere sottoposta a una delle tipologie di MGF, si specificano:

- Appartenenza a gruppi in cui vengono praticate nei paesi di origine le MGF;
- Appartenenza ad un nucleo familiare in cui la madre e la/le sorella/e sia/siano già state sottoposte a MGF.

Tra gli elementi concomitanti troviamo, ad esempio:

- Prossimità di un viaggio al Paese d'origine, ove sia diffusa la pratica di MGF
- Assenza prolungata ed ingiustificata da scuola.

4. Complicanze¹⁴

Ogni operatore sanitario deve conoscere le complicanze legate alla MGF, per diagnosticarle correttamente e trattarle nel modo più efficace. Vengono distinte in a) immediate, che colpiscono la bambina subito dopo l'intervento

b) a lungo termine, che affliggono la donna per tutta la vita se non trattata.

Dipendono da vari fattori quali quantità di tessuto asportato, modalità di intervento, capacità ed esperienza dell'operatore/ricce, condizioni igieniche nelle quali viene praticata, condizioni di salute della bambina (che potrebbe avere già di per sé anemia, una malattia infettiva o essere in condizioni di malnutrizione), contesto emotivo (al momento dell'operazione e nel corso della vita).

Immedie:

Una revisione sistematica della letteratura pubblicata da Berg nel 2014¹⁵ evidenzia che le complicanze più frequenti sono l'emorragia (5-62%), la ritenzione urinaria (8-53%) e l'edema dei

14

RCOG Green-top Guideline No. 53 8 of 26 © Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2015.

15

Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2014;4:e006316.

genitali (2-27%) Sono inoltre riportate infezioni, febbre, setticemia.

Dove l'unico strumento usato per più bambini non viene sterilizzato, è facile trasmettere tetano, HIV, epatite¹⁶. Il lavoro di Berg riporta 3 morti sicuramente riconducibili agli effetti diretti della MGF.

A lungo termine:

La revisione sistematica di Berg riporta un'associazione costante tra MGF e infezioni del tratto genito-urinario e dispareunia. Di seguito vengono riportate le complicanze più facilmente riscontrabili durante la pratica medica in donne portatrici di MGF.

Cicatrici vulvari e cisti

Dopo una MGF può residuare una cicatrice deturpante e dolorosa, e il 3% di questi casi è rappresentato da cheloidi. Cisti epidermoidi e cisti sebacee legate all'inclusione di annessi cutanei nella cicatrice sono frequenti e vanno trattate chirurgicamente¹⁷.

Abbastanza frequenti e spesso non diagnosticati sono i neurinomi clitoridei, causa di dolori spontanei e durante i rapporti, che diagnosticati e trattati ridanno qualità di vita alla donna che ne è affetta¹⁸.

Complicanze del tratto urinario

Le complicanze che interessano il basso tratto urinario sono molto comuni specialmente nelle donne con MGF di tipo II e III¹⁹.

16

Molti dei paesi a tradizione escissoria hanno un'alta incidenza di epatite B e di HIV (Hwang EW, Cheung R. Global epidemiology of hepatitis B virus (HBV) infection. N Am J Med Sci (Boston) 2011; 4:7-13. Duri K, Stray-Pedersen B. HIV/AIDS in Africa: trends, missing links and the way forward. J Virol Antivir Res 2013; 2 (1)). L'uso di strumentario non sterile per più bambini può spiegare l'alta incidenza di queste infezioni in presenza di MGF.

17

Asante A, Omurtag K, Roberts C. Epidermal inclusion cyst of the clitoris 30 years after female genital mutilation. Fertil Steril 2010;94:1097.e1-3.

18

Abdulcadir J, Pusztaszeri M, Vilarino R, Dubuisson JB, Vlastos AT. Clitoral neuroma after female genital mutilation/ cutting: a rare but possible event. J Sex Med 2012;9:1220-5. Fernández-Aguilar S, Noël JC. Neuroma of the clitoris after female genital cutting. Obstet Gynecol 2003;101:1053-4. Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martín M, Manneh M, et al. Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. Int J Womens Health 2013;5:323-31.

19

10

Il flusso dell'urina risulta ostacolato dalla cicatrice dell'infibulazione con sintomi di ostruzione urinaria e ristagno delle urine, che possono condurre a frequenti infezioni delle basse vie urinarie e alla formazione di calcoli sia vaginali che retrocicatrizziali²⁰. Questi casi si risolvono con la deinfibulazione. Eventuali danni all'uretra provocati da qualsiasi tipo di MGF possono condurre a stenosi e fistole che richiedono l'intervento di urologi e uroginecologi specializzati. La letteratura riporta casi di vescica iperattiva/urge incontinence²¹ trattati con successo prima con una deinfibulazione e poi con la rieducazione del pavimento pelvico.

Dispareunia, apareunia e ridotta funzione sessuale

La dispareunia può essere legata alla ristrettezza dell'ostio vaginale e alla presenza di cicatrice con neurinoma o alla presenza di briglie cicatrizziali, tutti eventi da trattare chirurgicamente. Sono stati descritte anche lacerazioni durante i rapporti sessuali e apareunia²². Le conseguenze negative sulla funzione sessuale sono riportate da vari autori e descritte come dolori, mancanza di desiderio e di eccitazione, mancanza o ridotta frequenza dell'orgasmo, della lubrificazione e della soddisfazione sessuale²³.

Altri studi comunque riportano che non necessariamente tutte le donne con MGF hanno un vissuto sessuale negativo, specialmente se non vi sono gravi complicanze e hanno una relazione con partner premuroso²⁴, e dimostrano che in caso di disfunzione sessuale vi è la possibilità di riabilitare le donne a una vita sessuale completa e appagante.

Sequela psicologiche

Amin MM, Rasheed S, Salem E. Lower urinary tract symptoms following female genital mutilation. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;123:21–3.

20

Yusuf L, Negash S. Vaginal calculus following severe form of female genital mutilation: a case report. *Ethiop Med J* 2008;46:185–8.

21

Abdulcadir J. et al. *BMJ Case Rep* 2013. Doi:10.1136/bcr-2012-008155 1.

22

Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014;4:e006316.

23

Berg RC, Denison E. Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. *Sex Res Social Policy* 2012;9:41–56. Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril* 2010;93:722–4. Andersson SH, Rymer J, Joyce DW, Momoh C, Gayle CM. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. *BJOG* 2012;119:1606–11.

24

Catania L et al.. Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation. *JSM Vol. 4 Issue 6 Page 1666* November 2007.

Le MGF sono interventi invasivi sul corpo femminile, destinati ad alterarne l'aspetto anatomico originario e a minarlo in quello funzionale. Nonostante nei contesti tradizionali ove vengono praticate esistano meccanismi sociali che garantiscono un forte sostegno emotivo, spesso le possibili conseguenze di tipo fisico sono motivo di gravi problematiche di ordine sociale e psicologico.

Sono stati descritti effetti psicologici come improvvisi ricordi dolorosi (flashback), attacchi d'ansia, stress post-traumatico²⁵. Questi effetti sono ancora più gravi in terra di immigrazione, soprattutto nelle giovani e nelle adulte che si confrontano con modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile completamente diversi dalla cultura d'origine. Ci sono donne che attribuiscono all'esperienza mutilatoria sentimenti di umiliazione, di impotenza, e riferiscono di aver vissuto l'operazione come uno stupro e come un tradimento imperdonabile da parte della famiglia.

Viceversa ci sono donne che si dicono fiere e orgogliose della loro MGF, e negano qualsiasi complicanza fisica, psicologica o sessuale arrivando a "normalizzare" alcuni disturbi che solo con il tempo e con il contatto con altre donne vengono riconosciuti come tali²⁶.

Tra molte ragazze si sono individuati episodi di tipo psicotico con l'avvicinarsi della consumazione del matrimonio²⁷. Il quadro che si presenta in taluni casi può essere accompagnato anche da disturbi nell'area dell'affettività e della sessualità.

Difficoltà mestruali

Sono stati descritti casi di ematocolpo e ematometra quando l'ostio vaginale è quasi completamente obliterato. Da sospettare in giovane infibulata adolescente con caratteri sessuali secondari sviluppati, ma in amenorrea. Molto frequente è la dismenorrea sebbene non si siano capiti i meccanismi d'azione che ne sono alla base²⁸.

Infezioni vaginali e PID (pelvic inflammatory disease)

25

Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. Am J Psychiatry 2005;162:1000–2.

26

Catania L., Abdulcadir O.H., *"Ferite per sempre"*, Ed. Deriveapprodi, Roma, 2005. Altomare E., a cura di, Abdulcadir J., Abdulcadir O., Catania L., Cecere R., Ricci E., Solarino B., Tattoli L., con i contributi di, *"Le mutilazioni genitali femminili tra teoria ed esperienza. Atti Seminari Progetto MGF 2014"*, Regione Puglia, Asl Bari, Dedalo Litostampa srl-Bari, marzo 2015.

27

Fondazione Albero della Vita, "Il diritto di essere bambine. Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili", Dicembre 2011.

28

Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martín M, Manneh M, et al. Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. Int J Womens Health 2013;5:323–31.

Le MGF sono state associate ad un aumentato rischio di infezioni sia batteriche che virali come l'herpes simplex²⁹. Non vi sono evidenze epidemiologiche conclusive per sostenere un aumento del rischio di PID legato alle MGF. Uno studio sudanese con casi controllo ha evidenziato la stessa incidenza di infezioni da clamidia, gonorrea e sifilide in donne con e senza MGF³⁰.

Infertilità

Attualmente non vi sono evidenze o studi accurati per confermare se le MGF portino alla sterilità, che potrebbe essere legata alle infezioni ascendenti causate dalla procedura mutilatoria. Uno studio del 2005 ha però trovato una correlazione tra la MGF e la presenza di sterilità primaria³¹.

Complicanze ostetriche

La ricerca sulle complicanze ostetriche delle MGF è ostacolata da una metodologia non omogenea e rigorosa e dal fatto che in Africa, dove la MGF è in genere praticata, mortalità e morbidità materna e perinatale sono comunque alte a causa di altri fattori. Complicanze ostetriche sono state descritte con tutti i tipi di MGF, tuttavia, i rischi sono maggiori con i tipi II e III.

Complicanze materne associate alla MGF sono state descritte in Africa, Nord America e in Europa.

Un ampio studio prospettico dell'OMS su esiti materni e perinatali in 28.000 donne in sei paesi africani ha riportato esiti negativi in presenza di MGF³².

Una meta-analisi di Berg e coll.³³ sugli esiti ostetrici materni ha revisionato gli studi condotti in

29

Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. Trop Med Int Health 2001;6:643-53.

30

and Elmusharaf S, Elkhidir I, Hoffmann S, Almroth L. A case- control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan. BJOG 2006;113:469-74.

31

girlhood Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MA, Elfadil SM, et al. Primary infertility after genital mutilation in Sudan: a case-control study. Lancet 2005;366:385-91.

32

World Health Organization. Management of Pregnancy, Childbirth and Postpartum Period in the Presence of Female Genital Mutilation. Geneva:WHO; 2001 [www.who.int/reproductive- health/publications/mngt_pregnancy_childbirth_fgm/text.pdf].

33

Rouzi AA,Aljhadali EA,Amarin ZO,Abduljabbar HS.The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. BJOG 2001;108:949-51.

paesi occidentali (USA ed Europa) in donne provenienti dall'Africa. La meta-analisi ha riportato nelle donne con MGF un aumento del rischio di travaglio prolungato, emorragia post-partum, traumi perineali, aumento del rischio di parto cesareo, maggiore necessità di rianimazione neonatale, maggior rischio di morte neonatale, di feto nato morto, e di parto prematuro.

Fino ad ora non ci sono stati studi di buona qualità sugli esiti perinatali delle MGF, ma studi epidemiologici sui migranti non europei in Europa hanno evidenziato una maggiore incidenza di aborti e morte neonatale, per cui donne provenienti da paesi che praticano MGF possono essere considerate a rischio più elevato³⁴.

Sebbene sia stato associato alle MGF un alto rischio di fistole retto-vaginali o vescico-vaginali, gli studi al riguardo non hanno dimostrato tale correlazione³⁵.

Altre conseguenze ostetriche legate alla presenza di MGF sono: paura del parto, difficoltà nel monitoraggio intrapartum (in caso di applicazione di elettrodi sul cuoio capelluto fetale o preprelievo ematico), difficoltà di cateterismo durante il travaglio, infezione della ferita e ritenzione dei lochia³⁶.

5. La disciplina giuridica

Le MGF rappresentano una violazione dei diritti fondamentali della persona. Le donne e bambine che vi sono sottoposte, anche in contrasto con la loro volontà, subiscono una violazione del diritto alla vita, dell'integrità fisica e della salute e possono, in determinate circostanze, assumere forma di tortura e/o di trattamento inumano e degradante³⁷.

In ambito sovranazionale, le pratiche di MGF, si pongono in contrasto con:

34

Hospitals and clinics in the UK offering specialist FGM (female genital mutilation) services [www.forwarduk.org.uk/resources/support/well-woman-clinics]. McCaffrey M, Jankowska A, Gordon H. Management of female genital mutilation: the Northwick Park Hospital Experience. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:787-90.

35

Momoh C, Ladhani S, Lochrie DP, Rymer J. Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a southeast London specialist clinic. BJOG 2001;108:186-91.

36

World Health Organization. Management of Pregnancy, Childbirth and Postpartum Period in the Presence of Female Genital Mutilation. Geneva:WHO; 2001 [www.who.int/reproductive-health/publications/mngt_pregnancy_childbirth_fgm/text.pdf].

37

Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti. Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 10 dicembre 1984.

- La *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo* del 1948, che all'art. 3 stabilisce che «Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona.» e all'art. 5 prescrive che «Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizione crudeli, inumani o degradanti».
 - La *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza* approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 (CRC).
 - La *Convenzione sui diritti del fanciullo*, adottata a New York il 20 novembre 1989 e aperta alla firma dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 44/25 del 20 novembre 1989 che all'art. 24 c.3 prevede che «Gli Stati parti adottano ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori.» e all'art. 37.afferma che nessun bambino deve essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani e degradanti.
 - La *Dichiarazione di Pechino*, adottata il 15 settembre 1995 nell'ambito della quarta conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne.
- La *Risoluzione 2003/28* resa dalla Commissione dei Diritti dell'Uomo delle Nazioni Unite il 22 aprile 2003, che istituisce la giornata internazionale della Tolleranza Zero nei confronti delle mutilazioni genitali femminili , il 6 febbraio.
- Il Protocollo aggiuntivo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e delle donne in Africa (2003), conosciuto come *Protocollo di Maputo*, in cui gli Stati si impegnano a promuovere la parità di diritti tra uomo e donna, anche sul fronte salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva (art. 5 e art. 14).

In ambito europeo, si ricordano:

- La CEDU, Convenzione europea dei diritti dell'Uomo, così come modificata dai Protocolli nn. 11 e 14 e Protocolli nn. 1, 4, 6, 7, 12 e 13.
- La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica - Istanbul³⁸, 11 maggio 2011 (art. 38).

38

- La Risoluzione del Parlamento europeo del 14 giugno 2012³⁹ sull'abolizione delle mutilazioni genitali femminili (2012/2684-RSP).
- La Risoluzione del Parlamento europeo del 24 marzo 2009 sulla lotta contro le mutilazioni sessuali femminili praticate nell'UE.
- La Risoluzione della commissione per le pari opportunità del Consiglio d'Europa sulle mutilazioni genitali femminili (MGF) del 12 aprile 1999.
- la Relazione sulle MGF, adottata il 3 maggio 2001 dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.

Molte legislazioni di Paesi UE, Belgio, Francia, Germania, Olanda, Austria, Spagna, Svizzera qualificano le MGF come fattispecie criminosa nell'ordinamento giuridico interno. La Svezia, la Gran Bretagna e la Norvegia hanno invece adottato leggi speciali in materia⁴⁰.

In Italia, con Legge 9 gennaio 2006, n.7 *"Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"*, pubblicata nella G.U. n.14 del 18 Gennaio 2006, è stato introdotto l'art. 583 bis c.p. che sanziona con pene assai afflittive le pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili.

La norma introduce il nuovo reato di pratica di MGF, punendo con la reclusione da quattro a dodici anni *"(...) chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione agli organi genitali femminili"*. Il secondo comma, introduce il delitto di *"lesioni genitali"*, prevedendo la pena della reclusione da tre a sette anni per *"(...) chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo e nella mente"*.

Il bene giuridico tutelato dall'art. 583 bis c.p. è l'integrità fisica e la salute psicofisica della persona, ma anche la sua dignità personale, quali valori costituzionalmente rilevanti e tutelanti

www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/8_marzo_2014/convenzione_Istanbul_violenza_donne.pdf

39

[www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684\(RSP\)&I=EN](http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684(RSP)&I=EN)

40

Fra i paesi occidentali extra UE che perseguono tali pratiche si ricordano: Canada, Stati Uniti, Australia e Nuova Zelanda.

dall'ordinamento interno⁴¹

È comunque utile ricordare, che anche in molti paesi a tradizione escissoria, vigono norme che formalmente si pongono in contrasto delle MGF, anche se spesso tali pratiche non vengono effettivamente perseguite.

6. L'importanza della prevenzione

Quello introdotto con la legge 7/2006, è stato definito da una parte dalla giurisprudenza come un reato "culturalmente orientato". In una società che si è ormai trasformata in realtà multiculturale, in cui le differenze tra il mondo occidentale e le tradizioni dei paesi di origine possono essere stridenti, una condotta rispettosa dei principi tradizionali della comunità di appartenenza, può diventare reato nel paese europeo di ultima residenza.

Sensibilità, conoscenza del fenomeno e della specifica realtà in cui si radica, sono fondamentali per debellare tali pratiche dannose. Quando ci sono dei microsystemi sociali in cui il precetto culturale gode di maggiore effettività rispetto alla norma giuridica, la legge penale rischia di rimanere lettera morta e non ottenere l'obiettivo prefissato: tutela della vita e della salute psicofisica delle donne e delle bambine. Ecco che sul piano giuridico, di fronte a un reato culturalmente orientato la fattispecie penale deve rappresentare l'extrema ratio. La legge n.7/2006 è divisa in due sezioni, e le misure preventive precedono le misure punitive.

Ai fini della prevenzione del fenomeno "criminioso" si individuano alcune buone prassi, quali: promozione di campagne informative, iniziative di sensibilizzazione ed informazione, programmi di aggiornamento, predisposizione di linee guida per personale sanitario, istituzione di un numero verde per segnalazioni.

Quindi ad oggi non disponiamo di specifiche linee guida sulle procedure da seguire nelle situazioni che sfuggono dalle fattispecie astratte previste dalla normativa⁴².

41

Nell'ambito dell'esercizio della professione medica, il nuovo Codice di Deontologia Medica - FNOMCeO, del 16 dicembre 2006, all'art. 52, dispone che «*Il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare a esecuzioni capitali o ad atti di tortura o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti. Il medico non deve praticare, per finalità diversa da quelle diagnostiche e terapeutiche, alcuna forma di mutilazione o menomazione, né trattamenti crudeli, disumani o degradanti.*»

42

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf

L'obiettivo della presente procedura è proprio l'individuazione di meccanismi preventivi e di percorsi specifici, all'interno della rete di operatori socio-sanitari che ne sono più direttamente coinvolti. Gli assunti fondamentali che ne costituiscono l'impianto sono:

- individuazione precoce e il monitoraggio dei casi a rischio
- informazione rivolta alle comunità
- formazione e aggiornamento continuo per gli operatori coinvolti.

L'importanza dell'aspetto preventivo e dell'elaborazione di procedure in tal senso è stata sottolineata anche dal Parlamento Europeo nella Risoluzione del 24 marzo 2009, che affronta il tema della lotta contro le mutilazioni genitali femminili nell'UE (2008/2071(INI)). Agli articoli 29 e 30 si invitano gli Stati membri ad *“attuare una strategia preventiva di azione sociale per proteggere le minorenni senza stigmatizzare le comunità dei migranti”* ed a *“elaborare orientamenti per gli operatori sanitari, gli educatori e gli assistenti sociali per informare adeguatamente i genitori degli effetti delle MGF e del fatto che queste pratiche sono reati”*.

L'aspetto cruciale della prevenzione e della predisposizione di procedure specifiche si rintraccia anche nel precedente Protocollo di Istanbul e nella successiva risoluzione 2012/2684(RSP) del 14 giugno 2012⁴³ sull'abolizione delle mutilazioni genitali femminili.

Scopo ultimo di una politica di prevenzione è una progressiva riduzione della via giudiziale penale o civile, che potrà essere adita solo quando sarà fallito il lavoro informativo e preventivo, ovvero quando l'intervento mutilatorio sia stato praticato, oppure nel caso di un pericolo attuale e concreto accertato che una minore possa esservi sottoposta.

E' pertanto essenziale adottare una strategia preventiva di azione sociale che protegga le minori, senza stigmatizzare le comunità di immigrati, attraverso programmi pubblici e servizi sociali volti a prevenire e assistere le vittime che le hanno subite, offrendo loro sostegno psicologico e sanitario.

43

[www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684\(RSP\)&I=EN](http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684(RSP)&I=EN)

7. Principi guida

Si riassumono i principi che devono fungere da guida ai fini di un'effettiva prevenzione della pratica di MGF e di una corretta applicazione delle procedure proposte.

- ❖ Inquadrare le MGF non in un dettato religioso, ma come tradizioni culturali.
- ❖ Incentivare l'educazione, l'empowerment e i percorsi di autonomia delle donne, strada potenzialmente percorribile al fine di sradicare questa pratica.
- ❖ Agire all'interno delle famiglie, con interventi che ne coinvolgano tutti i componenti, siano essi uomini o donne. È fondamentale la partecipazione dell'intero nucleo familiare.
- ❖ Appoggiare la famiglia e prendersene carico con un "approccio sensibile" sospendendo il giudizio, per non correre il rischio di provocare un sentimento di repulsione.
- ❖ Condannare le MGF, evitando di condannare la persona.
- ❖ Garantire un supporto psicologico alle donne sottoposte a MGF ed a quelle individuate a rischio.
- ❖ Effettuare la visita pediatrica periodica (in modo da consentire una verifica costante dell'assenza di MGF), nella quale il pediatra è tenuto al controllo dei genitali, come previsto dai bilanci di salute.
- ❖ Segnalare all'insegnante il referente per l'educazione alla salute al fine di censire i minori presenti nelle scuole della provincia nati da genitori provenienti da paesi considerati a rischio MGF. Gli insegnanti dovranno porre una attenzione maggiore sui minori indicati e dovranno rinforzare i messaggi sull'argomento MGF in classe, chiamando anche associazioni e persone preparate in materia, che indicheranno azioni e reti di riferimento in caso di pericolo di MGF .
- ❖ Collaborare con le comunità di immigrati per incentivare l'emersione del fenomeno.

Appendice:

Conoscenza

In questo specifico ambito è fondamentale che il problema delle MGF sia giustamente inquadrato nella sua dimensione etica e non invece relegato ad una battaglia di nicchia, una questione marginale riconducibile alle sole difficoltà derivanti dalla multiculturalità, quindi oggetto d'interesse di pochi.

Sostegno

La condanna delle MGF deve procedere insieme ad un empowerment delle donne e di tutte le comunità, affinché sia affermato e tutelato il diritto di ciascuno a prendere in mano autonomamente la cura della propria salute, affinché sia dato dalla società il supporto necessario alle donne per il miglioramento delle condizioni di vita e di benessere, miglioramento che non deve in nessun modo essere delegato.

Diritto

Il fenomeno delle MGF deve essere ricondotto nella cerchia generale delle tematiche etiche femminili, e non considerato solo un increscioso problema medico, risolvibile nei termini di adeguamento, pur necessario, della normativa o della sola cultura medica Poiché è un problema riguardante i diritti umani a pieno titolo, deve essere assunto nel complesso dei suoi aspetti socio-culturali.

Le tradizioni antiche non sono verità assolute e come tali possono essere messe in discussione. Oggi i nuovi riferimenti culturali si impongono grazie al pensiero e all'azione delle donne che lottano per lo sradicamento totale della pratica. Alle donne che combattono è necessario dare voce, spazi di intervento e sostegno attivo. Sarebbe una forma particolarmente odiosa di razzismo pensare alle culture e alle tradizioni differenti da quella occidentale, come a culture monolitiche e fisse e non, invece, a forme sociali complesse in perenne evoluzione.

7. RACCOMANDAZIONI

Le seguenti raccomandazioni vogliono affrontare il tema della prevenzione, segnalazione e sorveglianza delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), prendendo in considerazione le strutture e le figure del SSR della Toscana che possono, durante lo svolgimento del loro lavoro, incontrare donne e minori provenienti da paesi a rischio MGF.

Le raccomandazioni sono state strutturate dedicando una breve introduzione ad ogni struttura/servizio, alle diverse figure professionali coinvolte ed indicando le azioni da eseguire tenendo conto delle quattro possibili categorie individuate:

- 1. Donna in gravidanza senza MGF*
- 2. Donna in gravidanza con MGF*
- 3. Donna non in gravidanza senza MGF*
- 4. Donna non in gravidanza con MGF*

Le raccomandazioni hanno lo scopo di definire ruoli, compiti ed attività di ogni figura professionale coinvolta, con il tentativo di costruire dei percorsi di cura e prevenzione e momenti di relazione -comunicazione - contatto per garantire la presa in carico integrata delle donne e delle minori provenienti da paesi considerati a rischio MGF.

Infine, vengono indicate le strutture di riferimento a livello regionale in grado di offrire un supporto completo ad operatori e utenti grazie alla presenza di équipe multidisciplinari. Tali strutture sono:

- il Centro di Riferimento Regionale per le MGF dell'A.O.U. Careggi (**CRR-MGF**);*
- il Centro di Riferimento Regionale per la Violenza e abusi sessuali sulle donne e i minori dell'A.O.U. Careggi (**CRRV**);*
- il Servizio Abusi Infanzia Adolescenza dell'A.O.U. Meyer (**GAIA**).*

Le raccomandazioni consigliano sempre e fortemente, quando necessario, l'affiancamento di un Mediatore Linguistico Culturale (MLC) e la distribuzione di materiale informativo cartaceo e multimediale.

I soggetti del servizio sanitario regionale con cui le donne adulte e le bambine interagiscono nei loro percorsi di salute sono diversi. Pertanto occorre declinare il ventaglio delle opportunità di interazione tra questi, affinché siano intercettate appropriatamente le situazioni problematiche e a rischio e individuati gli opportuni canali di invio e presa in carico per la *prevenzione, segnalazione, sorveglianza delle MGF*, per la donna adulta e le minori provenienti da paesi a rischio. Il presente documento individua le opportunità di intervento che questi soggetti possono attivare.

I principali paesi di provenienza a tradizione escissoria e i fattori che sono stati individuati come parametri di rischio MGF sono elencati di seguito.

1. Paesi interessati

Le MGF sono praticate, con tipologie e percentuali diverse, in Africa (vedi elenco in tabella), e in specifiche aree geografiche di Asia e Medio Oriente come Yemen, Iraq, Kurdistan, Indonesia, Malesia⁴⁴. Esperienze professionali riportate da esperti che hanno contribuito alla stesura del presente documento, hanno riscontrato la presenza di MGF anche tra la popolazione Embera di Puerto Rico in Colombia.

Distinguere i paesi e i tipi di MGF è molto importante per la differente gravità delle complicanze ad esse legate e per i diversi livelli di assistenza richiesti. Stime recenti indicano che il 90% dei casi di MGF nel mondo è rappresentato dai tipi I, II e IV. Mentre il tipo III (infibulazione) riguarda il 10% del totale delle MGF⁴⁵.

44

Royal College of Obstetrics and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 53 May 2009;
World Health Organization. Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement. Geneva:WHO; 2008;
UNICEF Female Genital Mutilation/ Cutting A statistical overview and exploration of the dynamics of change. July 2013 (<http://www.unicef.org>) http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf;
Lovel H, McGettigan C, Mohammed Z.A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth. Geneva:WHO; 2000 [www.who.int/reproductive-health/docs/systematic_review_health_complications_fgm.pdf];

United Nations Children's Found, Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change, UNICEF, New York 2013;

Le mutilazioni genitali femminili tra teoria ed esperienza. Atti Seminari Progetto MGF 2014. ISBN 978-88-905-6684-4;
Yoder PS, Khan S. Numbers of women circumcised in Africa. The production of a total. Calverton, Micro International Inc. 2008. DHS Working Papers No. 39. USAID Contract No. GPO-C- 00-03-00002-00.

45

2 UNICEF Female Genital Mutilation/ Cutting A statistical overview and exploration of the dynamics of change. July 2013

Country	Prevalence (%)	Type performed
Most reliable estimates		
Burkina Faso	72	Type II
Central African republic	43	Types I & II
Ivory Coast	43	Type II
Egypt	97	Type I (17%) Type II (72%) Type III (9%)
Eritrea	95	Type I (64%) Type II (4%) Type III (34%)
Guinea	99	Type II
Kenya	38	Type I & II Type III practiced in eastern regions
Mali	94	Type I (52%) Type II (47%), Type III in southern Mali (1%)
Niger	5	Type II
Nigeria	25	Type I Type II predominant in south Type III only in north
Somalia	98–100	Type III
Sudan	89	Type I (15%) Type II (3%) Type III (82%)
Tanzania	18	Type I & II
Togo	12	Type II
Yemen	23	No data
Other estimates		
Benin	50	Type II
Chad	60	Type II Type III only in the north
Ethiopia Somalia	85	Types I & II Type III in regions bordering Sudan and
Gambia	80	Type II
Ghana	30	Type II
Liberia	60	Type II
Senegal	20	Type II
Sierra Leone	90	Type II
Questionable estimates		
Cameroon	20	Type I & II
Dem Rep Congo	5	Type II
Djibouti	98	Type II & III
Guinea-Bissau	50	Types I & II
Mauritania	25	Types I & II
Uganda	5	Types I & II

(<http://www.unicef.org>) http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf.

2. Fattori di rischio⁴⁶

- Provenienza da paese a tradizione escissoria della donna e/o nel caso di minore della madre e/o del padre;
- Madre e/o sorella/e sottoposte a pratica MGF;
- Partner proveniente da paesi a rischio.

Altri elementi concomitanti possono essere:

- assenza prolungata ed ingiustificata da scuola;
- prossimità di un viaggio nel paese d'origine a tradizione escissoria.

3. Strutture/servizi e figure professionali coinvolte:

- Consultorio;
- CRR- MGF – A.O.U. Careggi;
- CRRV – A.O.U. Careggi;
- GAIA – A.O.U. Meyer;
- Mediatore Linguistico Culturale (MLC);
- Medico di medicina Generale;
- Pediatra di libera scelta;
- Punto Nascita;
- Servizi sociali / Assistente sociale;
- Tribunale per i Minorenni – Procura della Repubblica;

Per eventuali interventi di supporto si può comunque consultare la rete territoriale di riferimento costituita dalle Associazioni coinvolte, con cui sono concordati opportuni percorsi⁴⁷.

4. Materiale informativo multilingua (depliant):

A supporto dei momenti di counseling breve⁴⁸ gli operatori dei consultori, dei punti nascita nonché tutti gli operatori coinvolti, avranno a disposizione materiale informativo multilingua (depliant)

46

Si allega Questionario di valutazione di rischio MGF.

47

In allegato 2.

48

Le raccomandazioni per il counseling in ambito di MGF consistono in:

contenente informazioni sui rischi sanitari (conseguenze e complicanze MGF) e informazioni sulla Legge n. 7/2006 che sanziona le MGF come reato penale. Il depliant viene dato a tutte le donne a rischio MGF.

STRUTTURE/SERVIZI E FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE:

Consultorio

Il Consultorio si occupa della tutela della salute della donna, in tutte le fasi della sua vita, delle relazioni di coppia e familiari. E' stato pertanto individuato come luogo di incontro privilegiato, di ascolto e aiuto per donne, giovani, famiglie e immigrati; quindi come luogo di incontro/informazione con donne provenienti da paesi a rischio.

All'interno della rete consultoriale in Regione Toscana, le Aziende sanitarie hanno individuato i consultori "Principali" ai sensi della DGR 259/2006, all'interno dei quali sono presenti almeno le seguenti figure professionali operanti in équipe: assistente sociale, ginecologo, ostetrica, psicologo e con disponibilità di mediatori culturali.

E' opportuno che le Aziende, a seconda del bacino di utenza e in relazione alla provenienza dell'utenza da paesi a tradizione escissoria, individuino nella rete dei consultori, quelli dove è più opportuno concentrare la competenza nel gestire la presa in carico di donne con MGF o a rischio, in rete con gli altri soggetti coinvolti. Tali consultori "dedicati" possono essere pertanto indicati come punti di riferimento territoriale, con una particolare formazione rivolta allo specifico delle MGF.

I consultori dedicati si accosteranno alla famiglia attraverso le figure professionali coinvolte per l'attivazione di un "Percorso di Prevenzione MGF/Educazione alla Salute"⁴⁹ in cui forniranno

-
- dare informazioni sui rischi connessi alla pratica, sia dal punto di vista sanitario che psicofisico per le donne e le bambine;
 - dare informazioni sulla legislazione italiana in materia;
 - fornire supporto per implementare la capacità di scelta della donna e della coppia;
 - sostenere la scelta consapevole di abbandono della pratica.

49

Si intende per "Percorso di Prevenzione MGF/Educazione alla Salute" l'apertura di uno spazio consulenziale dedicato ai percorsi di informazione ed educazione definiti all'interno del presente progetto. Questi spazi sono da aprirsi durante l'incontro fra l'utente e l'operatore sanitario - opportunamente formato - e possono esaurirsi in una o più occasioni, in base alla complessità del

counseling e indicazioni necessarie per affrontare la problematica MGF, in collaborazione con i mediatori culturali.

L'invio al consultorio "dedicato" (dai punti nascita, dai pediatri e da altri consultori) avverrà tramite appuntamento.

Sono diversi i momenti di contatto in cui le donne possono entrare in relazione con i servizi consultoriali, sia in stato di gravidanza che non.

A. DONNE IN GRAVIDANZA provenienti da paesi a rischio

I possibili momenti di contatto sono:

- Consegna libretto di gravidanza regionale;
- Corsi Accompagnamento alla Nascita (C.A.N.);
- Controlli e visite in gravidanza;
- Attività in post-partum.

In caso di MGF accertata

1. si registra il dato (presenza e tipo di MGF, presenza/assenza di complicanze, eventuale pregressa deinfibulazione) sulla cartella di gravidanza (cartacea e informatizzata);
2. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
3. si provvede all'inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF raccordandosi con il consultorio "dedicato";
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con CRR-MGF c/o AOU-Careggi (anche per eventuale deinfibulazione);
5. si provvede con un invio concordato della donna al punto nascita scelto, per un'opportuna gestione del parto (e per eventuale deinfibulazione);
6. si promuove l'assistenza in post-partum tramite l'offerta attiva e proposta di recall;
7. nel post-partum si provvede all'inserimento nel "percorso prevenzioneMGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, se non effettuato prima;

bisogno. La risposta a tale bisogno verrà valutato dall'operatore sanitario e consiste in un ventaglio di opportunità che vanno dalla consegna del materiale informativo, fino all'attivazione di percorsi più complessi descritti nel presente documento.

8. nel post-partum si consulta e si attiva la rete T/H tramite raccordo con consultorio “dedicato” e/o con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati se non effettuato prima;
9. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede ad un invio concordato per supporto.

In caso di MGF non accertata

1. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si provvede ad una valutazione del rischio rispetto all’anamnesi familiare/culturale;
3. si procede ad un eventuale inserimento nel “percorso prevenzione MGF/educazione alla salute” con uno specifico counseling per MGF, se non effettuato prima;
4. si promuove l'assistenza in post-partum tramite offerta attiva e proposta di recall;
5. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio “dedicato” e/o con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati;
6. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede ad un invio concordato per supporto.

B. DONNE NON IN GRAVIDANZA provenienti da paesi a rischio

In caso di MGF accertata

1. si registra il dato (presenza e tipo di MGF, presenza/assenza di complicanze, eventuale pregressa deinfibulazione) sulla cartella di gravidanza (cartacea e informatizzata);
2. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
3. si provvede all’inserimento nel “percorso prevenzione MGF/educazione alla salute” con uno specifico counseling per MGF;
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio “dedicato” e/o con CRR-MGF c/o AOU-Careggi;

5. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti cercando di provvedere ad un invio concordato per supporto.

In caso di MGF non accertata

In caso di contatto con i servizi consultoriali, per altre tipologie di richiesta, si presta attenzione al paese di provenienza, con consegna di materiale informativo se la donna proviene da un paese a rischio.

1. si registra il dato di provenienza;
2. si procede ad una valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
3. si provvede ad un eventuale inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF;
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio "dedicato" e/o con CRR c/o AOU-Careggi;
5. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede ad un invio concordato per supporto.

Punto Nascita

A. DONNE provenienti da paesi a rischio

si registra all'accettazione sulla cartella (cartacea e informatizzata) il paese di provenienza e alla visita il dato (presenza/assenza MGF e tipo, presenza/assenza di complicanze, eventuale pregressa deinfibulazione).

In caso MGF accertata

1. durante la degenza/dimissione viene effettuato dal personale ostetrico un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si consulta e si attiva raccordo con CRR c/o AOU-Careggi per un'eventuale presa in carico della donna (vd. paragrafo dedicato);

3. si promuove l'assistenza in post-partum all'interno del "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato al consultorio dedicato;
4. in caso di neonato di sesso femminile si consulta e si attiva raccordo con consultorio dedicato. In caso di neonato di sesso maschile, ma con presenza in famiglia di altre bambine a rischio, si provvede all'inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/ educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
5. si promuove la scelta del pediatra e nel compilare la cartella di dimissione e il libretto pediatrico si ha cura di inserire, tra le informazioni richieste, il paese di nascita della madre e del padre e, nella parte relativa ai "problemi sanitari di rilievo nei familiari" si inserisce la presenza di MGF nella madre e/o in eventuali sorelle.

In caso di MGF non accertata

1. durante la degenza/dimissione viene effettuato dal personale ostetrico un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si promuove l'assistenza in post-partum al consultorio al fine di una valutazione per l'eventuale inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
3. in caso di neonato di sesso femminile si consulta e si attiva raccordo con consultorio dedicato. In caso di neonato di sesso maschile, ma con presenza in famiglia di altre bambine a rischio, si provvede all'inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/ educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
4. si promuove la scelta del pediatra e nel compilare la cartella di dimissione e il libretto pediatrico si ha cura di inserire, tra le informazioni richieste, il paese di nascita della madre e del padre.

Pediatra

Il pediatra di libera scelta svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio anche in relazione al rapporto di fiducia e continuità che nel tempo costruisce con la famiglia.

Nel caso di una neonata con corretta compilazione della cartella di dimissione/libretto pediatrico da cui si evincono le condizioni di rischio della neonata, il pediatra:

1. consegna materiale informativo su MGF alla madre e fa una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
2. si accerta che la madre sia inserita in un percorso di presa in carico post-partum e si raccorda con il consultorio prendendo l'appuntamento in caso di donna con MGF. In ogni caso promuove l'assistenza per le donne in post-partum nel consultorio attraverso consegna dei riferimenti;
3. durante le regolari visite controlla i genitali della minore e particolarmente dopo periodi di assenza prolungata⁵⁰;
4. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati e con il Servizio sociale territoriale; in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (vd paragrafo dedicato).
5. Se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

In caso di minore non proveniente dal punto nascita

⁵⁰

Si invitano i professionisti a consegnare il materiale informativo messo a disposizione accompagnato da opportuno counseling, come specificato in nota 4.

Se la minore non proviene direttamente dal punto nascita o è arrivata tramite ricongiungimento familiare o adozione, il pediatra compila la cartella prestando attenzione al **paese di provenienza della minore e/o dei genitori**.

1. in presenza di fattori di rischio consegna il materiale informativo su MGF ai genitori e procede ad una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
2. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) e con il Servizio sociale territoriale, precedentemente individuati e si raccorda con il consultorio (invio concordato al "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" attivato nel consultorio); in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (vd paragrafo dedicato);
3. durante le regolari visite controlla i genitali della minore e particolarmente dopo periodi di assenze prolungate;
4. se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

Medico di medicina generale

Il medico di famiglia svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio anche grazie al rapporto di fiducia e continuità costruito negli anni.

Nel caso di minore gestita dal MMG si rimanda alle raccomandazioni del PLS

- compila la cartella prestando attenzione al **paese di provenienza della donna o della minore e/o dei genitori**.
1. In presenza di fattori di rischio consegna il materiale informativo su MGF, accompagnato da un counseling breve, alla ragazza e/o ai genitori e procede ad una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
 2. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) e con il Servizio sociale territoriale precedentemente individuati e si

raccorda con il consultorio (invio concordato al “percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute” con uno specifico counseling per MGF);

3. in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (vd paragrafo dedicato);
4. se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

GAIA – AOU Meyer

Il servizio GAIA svolge una valutazione sul caso e consulenza. Svolge un lavoro in rete per l’attivazione delle procedure di prevenzione e segnalazione con i Punti nascita, i consultori, i pediatri e i medici di famiglia.

Svolge un ruolo di riferimento per la presa in carico delle bambine segnalate a rischio MGF ed interviene previo appuntamento

Svolge un lavoro di prevenzione/segnalazione ed esegue una visita pediatrica completa, con controllo dei genitali, in equipe con altre figure professionali (assistente sociale, psicologa).

1. Stabilisce un rapporto con la famiglia e consegna materiale informativo su MGF (rischi sanitari e legislazione in Italia), procede ad una valutazione del rischio ed eventualmente attiva il “percorso prevenzione MGF/educazione alla salute” con uno specifico counseling per MGF, presso i servizi consultoriali.
2. Se riscontra un effettivo rischio di MGF procede alla presa in carico della famiglia ; in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni.
3. Se riscontra un caso di MGF in una minore procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale Ordinario.

Nello svolgimento del ruolo e con riferimento alla tipologia dei diversi livelli organizzativi e alla distribuzione delle attività sociali che la legge prevede, emergono tre funzioni proprie del Servizio Sociale:

- segretariato di servizio;
- management sociale del caso (*case management*);
- osservazione, programmazione, pianificazione, attuazione e coordinamento dell'intervento sociale .

Nello specifico ambito di tutela di soggetti minori i compiti dell'assistente sociale si possono così riassumere:

funzione di assistenza, sostegno e aiuto alla genitorialità in famiglie con minori; vigilanza, protezione e tutela dei minori di fronte a difficoltà e carenze nella gestione del ruolo genitoriale, da attivare in presenza di fattori di rischio evolutivo del minore (art.9 e art.23, Legge 184/83) anche in assenza di una richiesta diretta della famiglia. (CNOAS Dicembre 2013)

- nel caso di avvenuta MGF in una minore, segnalata e qualificata come intervento lesivo e mutilante dell'integrità psico-fisica della minore da parte di consultori, pediatri e medici di famiglia, il servizio sociale procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

In caso di avvenuta MGF in danno di una minore, occorre valutare ed effettuare una segnalazione alla Procura della Repubblica per i minorenni (oltre ovviamente a quella ordinaria), poiché in tal caso il pregiudizio si è determinato e dovrà verificarsi se lo stesso sia significativo di una inidoneità dei genitori e quindi occorra una limitazione della responsabilità genitoriale.

Il Tribunale per i Minorenni è competente, per quanto riguarda la materia penale, per i reati commessi da minori degli anni 18 e, per quanto attiene la materia civile, negli ambiti di attribuzione dell'art. 38 Disp.Att. cc , tra l'altro, per gli interventi limitativi o ablativi della "responsabilità genitoriale", quando la condotta degli esercenti la predetta responsabilità (di regola i genitori) non sia idonea o adeguata per i minori (i loro figli) o possa comunque provocare disagio o pregiudizio per gli stessi. Il legislatore non ha "tipizzato" le ipotesi di intervento, che debbono quindi essere valutate nelle singole situazioni concrete e ciò può determinare qualche incertezza. La competenza civile del Tribunale per i Minorenni in ordine alla "limitazione" della responsabilità genitoriale, viene tuttavia meno quando vi sia in corso un giudizio dinanzi al Tribunale Civile ordinario, di separazione o divorzio o ai sensi dell'art. 316 cod. civ.

In considerazione del fatto che il Tribunale per i Minorenni è un organo giurisdizionale, esso non può prendere iniziative di "ufficio". L'art. 336 del codice civile prevede in particolare che, legittimato a presentare ricorsi al T. M. - con richieste che incidano sulla responsabilità genitoriale - oltre ai genitori e parenti, possa essere il pubblico ministero.

La Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni ha quindi compiti in questa materia. I due uffici (Procura e Tribunale per i Minorenni) sono tuttavia autonomi e separati, quindi eventuali segnalazioni dovranno essere inviate alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, sino a quando non sia stata aperta una procedura in Tribunale. Qualora invece la segnalazione dovesse giungere al Tribunale per i Minorenni, il Tribunale dovrà poi trasmetterli comunque alla Procura.

Sebbene le segnalazioni possano pervenire alla Procura della Repubblica da "tutti", nella pratica sono i servizi, le forze dell'ordine, sanitari e insegnanti, associazioni di volontariato a procedere. A tal fine è opportuno che le segnalazioni siano più complete possibile.

La Procura dopo aver effettuato eventuali accertamenti, può presentare ricorso al Tribunale con richieste limitative della responsabilità genitoriale.

In caso di avvenuta MGF in danno di una minore, occorre effettuare una segnalazione alla Procura della Repubblica per i Minorenni (oltre ovviamente a quella ordinaria), poiché in tal caso il

pregiudizio si è determinato e dovrà verificarsi se lo stesso sia significativo di una inidoneità dei genitori e quindi occorra una limitazione della responsabilità genitoriale.

Centro di Riferimento Regionale per le MGF – AOU Careggi

—

La Regione Toscana nel 2003 ha costituito il Centro di Riferimento Regionale per la Cura e la Prevenzione delle conseguenze legate alle Mutilazioni Genitali Femminili (CRR-MGF) e ad oggi esso svolge un ruolo importante anche nella promozione della salute delle donne immigrate in genere.

Nel CRR-MGF vengono programmati ed eseguiti gli interventi chirurgici della deinfibulazione dal 2003, da quando è stato istituito dalla Regione Toscana. Gli interventi vengono abitualmente eseguiti nella saletta chirurgica del DAIMI.

Il Centro, inoltre, fornisce visite specialistiche e consulenze: colloqui per la preparazione degli interventi chirurgico-riparativi, controlli post-intervento di deinfibulazione, ecografie e flussimetrie sulle cicatrici spesse o in presenza di complicanze (tipo cisti); ricerca e lavoro con tesisti di varie branche specialistiche.

Per un primo contatto con il Centro non è richiesto appuntamento: le pazienti arrivano direttamente in orario di servizio. Si procede con un primo colloquio per conoscere la donna, il suo stato di salute e le motivazioni che l'hanno portata al Centro di Riferimento. Seguono l'anamnesi e una prima visita ostetrico-ginecologica con registrazione dei dati della donna. Non tutte le pazienti presentano problemi di salute. Molte volte hanno solo bisogno di risposte alle loro domande, questo compito è parte integrante dell'attività del CRR.

In un secondo momento la paziente è indirizzata nei vari ambulatori del Dipartimento DAIMI materno-infantile⁵¹ a seconda delle sue necessità e/o verso i consultori familiari di appartenenza.

51

Il CRR-MGF si colloca in una posizione strategica perché inserito all'interno del DAIMI, un percorso pensato per la donna nella sua globalità. Le strutture all'interno del DAIMI sono:

- CRR Violenza e abuso sessuale adulte e minori
- SODs Medicina prenatale;
- SODs Ginecologia Infanzia Adolescenza;

In caso di gravidanza è predisposto un protocollo per la deinfibulazione che viene attuato entro la dodicesima – sedicesima settimana.

Oltre la sedicesima settimana non viene più eseguita la deinfibulazione, che verrà eseguita all'espletamento del parto. Pertanto, dalla trentaseiesima settimana della gestazione fisiologica il CRR-MGF invia la paziente agli ambulatori della SODs di Medicina Prenatale, dove un team formato sulle MGF seguirà la donna fino al termine. Il CRR-MGF si avvale della collaborazione con la Nursery, per i controlli post-partum. Questi sono momenti fondamentali per trasmettere informazioni e fare prevenzione.

La Deinfibulazione viene eseguita anche al di fuori della gravidanza per ridurre o prevenire infezioni urinarie e vaginali, per consentire i primi rapporti sessuali o per trattare la dispareunia, per consentire visite ginecologiche e strumentali. Negli ultimi anni giovani donne infibulate richiedono l'intervento anche se non hanno un partner e non soffrono di complicanze mediche.

Prima della deinfibulazione alle pazienti viene spiegata la procedura e fatto firmare un consenso informato già predisposto. Si ribadisce, che l'intervento non è soltanto una semplice apertura della cicatrice dell'infibulazione, ma è il risultato di un lavoro profondo con la paziente in termini di dialogo, conoscenza, informazione, educazione alla salute, alla genitorialità (prevenzione delle MGF nelle figlie), risultato estetico/psicologico/sessuologico/urologico e del rispetto della legge n.7/2006.

Il CRR-MGF si avvale anche della collaborazione di una psicologa formata in MGF per la crescente richiesta di interventi di ricostruzione clitoridea.

In caso di bisogno viene programmata la rieducazione perineale post-partum.

Il CRR-MGF opera in raccordo con gli altri soggetti del percorso tramite le modalità già dettagliate (consulenze, invii concordati).

Centro di Riferimento Regionale per la Violenza e l'abuso sulle donne adulte e minori – AOU Careggi

-
- Servizio Laserchirurgia/colposcopia;
 - SODs Fisiopatologia riproduttiva umana;
 - Servizio fisiopatologia menopausa;
 - Sala parto e reparti di degenza ostetrica;
 - Servizio di patologia vulvare;
 - Servizio multidisciplinare patologia pavimento pelvico.

Nell'ambito della SOD Ginecologia Infanzia Adolescenza dell'AOU-Careggi, afferisce il Centro Regionale di Riferimento per la Violenza e l'abuso sulle donne adulte e minori (**CRRV**).

Il CRRV è attivo H24 per tutte le situazioni di emergenza offrendo accoglienza, valutazione ginecologica, procedure diagnostiche, raccolta di materiale utile a fini forensi e prescrizioni terapeutiche, secondo le linee guida nazionali e regionali in regime ambulatoriale e di ricovero.

La consulenza offerta, secondo le linee guida, si propone di raccogliere elementi anamnestici significativi, materiale utile ai fini forensi e di offrire le procedure necessarie ed eventuali consulenze mirate, in collaborazione con Neuropsichiatria Psichiatria Infantile, Malattie Infettive, Laboratorio di Batteriologia e Microbiologia, Genetica Forense e Tossicologia Forense.

La struttura è strettamente integrata con tutti i servizi del DAIMI e con le altre realtà presenti sul territorio come Servizi Sociali e Centri di Accoglienza ONLUS.

Le consulenze in caso di sospetto abuso su minore, trattandosi prevalentemente di consulenze programmate, vengono effettuate presso il Servizio di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza, dove personale dedicato prende in carico le pazienti.

Il servizio è caratterizzato da una visione interdisciplinare dell'approccio clinico alla bambina e all'adolescente e si occupa di diagnosi e trattamento di patologie della sfera riproduttiva dal periodo neonatale alla post-adolescenza.

La possibilità di offrire tutti i servizi mediante un mediatore culturale costituisce un'altra importante risorsa per le pazienti. Inoltre vi può essere il supporto del servizio di Psicologia Clinica.

Il CRRV opera in raccordo con gli altri soggetti del percorso tramite le modalità già dettagliate (consulenze, invii concordati).

Pronto Soccorso - Codice Rosa

Il percorso del Codice Rosa si attiva nel momento in cui le pazienti arrivano nelle strutture di pronto soccorso a seguito di lesioni causate da maltrattamenti e abusi. La procedure da attivare

nei casi in cui si riscontrino donne e bambine con MGF sono le stesse previste dal presente documento di *“raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione e sorveglianza delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)”*, che il personale di pronto soccorso è tenuto ad adottare. Nel contesto del Pronto soccorso a causa della numerosità e dell'urgenza dei casi trattati, può risultare difficoltoso individuare le donne e le bambine provenienti da paesi a rischio MGF, al fine di assicurare già in quella sede un momento informativo sul tema della prevenzione delle MGF, il personale del PS è comunque invitato a consegnare alle utenti il materiale informativo multilingua che verrà messo a disposizione.

Allegato 4 – Il ruolo della psicologia

Mutilazioni genitali femminili

Nel momento in cui ci troviamo di fronte alla vittima di mutilazione è necessario considerare l'aspetto fisico, sessuale, sociale, legale e anche e soprattutto quello emotivo.

Stiamo tentando un approccio di cura su bambine, ragazze o donne le quali hanno subito la violazione della loro libertà decisionale, con una vagina che non è più la loro, una identità morta e l'autostima completamente mutilata.

Riabilitazione in queste situazioni, significa occuparsi del fatto nella sua totalità, poiché la mutilazione riguarda vari ambiti della persona compresa la cultura di appartenenza, certe tradizioni e vari ambiti del sapere psicologico compreso quello psicoterapeutico e quello della psicopatologia forense.

Il tema delle mutilazioni genitali femminili è complesso poiché mette insieme e fa convergere diversi campi del sapere.

Accogliere la narrazione della violenza anche quando è così estrema è possibile, così come è possibile entrare in contatto con l'emozione che c'è dentro a queste storie.

Il risparmio di quei corpi non è avvenuto, utopico sarebbe pensare di poter riuscire a risparmiarne tutte in futuro, ma l'accoglienza di certi racconti può avere un impatto significativo sulla qualità della vita di queste persone.

Per “**trauma psicologico**” intendiamo una reazione psichica causata da un fattore traumatico (*stressor*) che comporta l'esperire da parte del soggetto che ha subito violenza di emozioni angoscianti e soverchianti foriere di una disorganizzazione e disregolazione del sistema psicobiologico della persona; l'entità e la consistenza di una esperienza traumatica dipendono dalla vulnerabilità e dalla resilienza individuale, che trovano nella tipologia delle relazioni primarie (*alias* stili di attaccamento) il fondamento su cui si organizzeranno gli schemi affettivi-ideativi che determineranno lo sviluppo di adeguate o meno capacità di elaborazione dei vissuti stressanti (cfr. Caretti V., Craparo G., “La disregolazione affettiva e la dissociazione nell'esperienza traumatica”, in Caretti V., Craparo G. (a cura di), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma, 2008).

Nel tentativo di preservare l'integrità psichica dagli effetti di un evento traumatico, la persona attiva dei meccanismi di difesa. I meccanismi di difesa si formano nel corso dell'infanzia quando si presenta una minaccia proveniente dal mondo interno e più raramente dalla realtà esterna.

Fra i più noti, la rimozione, il quale come un meccanismo psichico inconscio allontana dalla consapevolezza del soggetto (Vaillant G.E., 1992), nel senso quasi fisico del termine, quei desideri, pensieri o residui mnestici considerati inaccettabili e intollerabili dall'io, e la cui presenza provocherebbe ansia ed angoscia.

Un elemento comune allo sviluppo di quadri psicopatologici correlati ad esperienze traumatiche è rappresentato dalla loro tendenza alla cronicizzazione, con compromissione del funzionamento globale della persona e possibile sviluppo di comportamenti maladattativi secondari (quali, ad esempio, l'abuso di sostanze), per evitare i quali appare di fondamentale importanza una precoce identificazione ed una azione tempestiva caratterizzata da un rapido e corretto approccio di sostegno e di intervento psicoterapeutico.

Le conseguenze a breve e lungo termine

Tra le conseguenze negative derivanti dalle Mutilazioni Genitali Femminili risultano essere maggiormente evidenti quelle fisiche, tra le quali sono annoverati non solo il dolore cronico legato alle pratiche sessuali e alla minzione, ma anche una maggior esposizione allo sviluppo di patologie sessualmente trasmissibili, nonché l'aumento del rischio di infertilità o, nel caso di una gravidanza, di complicazioni che possono condurre all'aborto spontaneo o al decesso della gestante; recentemente, tuttavia, un numero sempre maggiore di studi si è concentrato sulle **conseguenze psicologiche** di tale pratica, tra cui lo sviluppo di una sintomatologia ansiosa, depressiva o di sintomi riferibili al Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) che, inserito dal DSM 5 (APA, 2013) tra i "Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti", consiste in una forma psicopatologica che può insorgere come conseguenza dell'esposizione ad esperienze, dirette o indirette, estremamente traumatiche e violente e si può manifestare, tra l'altro, mediante sintomi intrusivi o dissociativi (quali incubi ricorrenti o frequenti pensieri negativi riguardanti l'evento e flashback), intensa sofferenza psicologica e alterazione del pensiero e dell'emotività. Uno studio del 2015 (Knipscheer, J., 2015), condotto su un campione di 66 donne immigrate vittime di MGF, è stato tra i primi a valutare, mediante strumenti standardizzati quali l'HTQ-30 (Mollica, R. F., et al., 1992), l'esistenza di una correlazione tra la pratica delle Mutilazioni Genitali Femminili e l'insorgenza di un ampio spettro di disturbi mentali nel lungo termine: dai risultati è emerso che 1/6 delle vittime presentava i sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico e ben 1/3 di esse aveva ottenuto punteggi elevati relativi ai sintomi depressivi e ansiosi, con un'incidenza maggiore nelle donne meno integrate a livello sociale, prive di un lavoro stabile e consumatrici abituali di sostanze psicoattive. Tuttavia, benché quasi la metà delle persone prese in esame presentasse dei sintomi psicopatologici, essi assumevano la forma di un disturbo conclamato solo in una ridotta percentuale di vittime. Gli autori hanno ritenuto, tuttavia, che i risultati ottenuti dallo studio tendessero a sottostimare la sintomatologia reale, attribuendo tale risultato sia al tentativo, da parte delle partecipanti, di evitare i ricordi eccessivamente dolorosi, sia all'influenza della loro cultura di appartenenza, che potrebbe indurre le donne da un lato ad essere riluttanti nell'esprimere le proprie emozioni e, dall'altro, a giustificare la pratica cui sono state sottoposte, percepita come una garanzia di bellezza, castità e onore e di un futuro buon matrimonio (Muteshi, J. K., et al., 2016). Un'incidenza sintomatologica ancora più rilevante è quella registrata da una review del 2018 (Lever, H., et al., 2018), relativa a un campione di vittime di MGF richiedenti asilo negli Stati Uniti, secondo la quale la presenza di una sintomatologia ansiosa e/o depressiva è riscontrabile nel 92% dei casi, mentre una sintomatologia post-traumatica è individuabile nella totalità delle pazienti analizzate. Secondo gli autori, tali sintomi non possono essere ricondotti esclusivamente alle Mutilazioni Genitali, ma ad un più ampio spettro di violenze cui le vittime di MGF sono frequentemente sottoposte fin dall'infanzia. I risultati di tali studi sembrano dunque evidenziare la necessità di intervenire non solo sulle conseguenze fisiche, ma anche su quelle psicologiche derivanti dalle Mutilazioni Genitali Femminili.

TABELLA II

II - CONSEGUENZE PSICOSESSUALI, MENTALI E SOCIALI

1. Disturbi sessuali

- – Frigidità dovuta alla dispareunia, alle lesioni prolungate durante i primi rapporti sessuali e all'infezione pelvica.
- – Anorgasmia dovuta all'amputazione del glande clitorideo.
- – Difficoltà coitale o incapacità assoluta di avere rapporti vaginali, a causa della stenosi della vagina.
- – Conflitti coniugali.

2. Disturbi mentali

- – La mutilazione genitale femminile può avere sulla mente delle vittime effetti che durano per tutta la vita.
- – Molte donne mutilate riferiscono: marcata ansia prima dell'intervento, terrore di essere sequestrate e trattenute con forza durante l'operazione, enormi difficoltà durante il parto e perdita di piacere durante il rapporto sessuale.
- – Sono stati descritti: disturbo da stress post-traumatico, disturbi psicosomatici di diverso tipo, disturbi d'ansia variamente classificati, disturbi depressivi, psicosi, suicidio.
- – Tali disturbi sono dovuti alle dolorose procedure della FGM, alle mestruazioni dolorose conseguenti alla mutilazione, ai rapporti sessuali dolorosi, ai ricorrenti episodi di frigidità, alla formazione di cisti dermoidi, all'incontinenza urinaria, alla spiccata conflittualità coniugale secondaria alla disfunzionalità dei rapporti di coppia.
- – Una sindrome di tipo ansioso-depressiva riguardante i genitali, caratterizzata da una costante preoccupazione per lo stato dei genitali, dismenorrea intollerabile e timori di infertilità, è stata descritta in Sudan tra le donne sottoposte a infibulazione.

3. Problematiche socio-relazionali

- – Nelle comunità dove le MGF hanno un alto valore sociale, le bambine e le donne che non sono mutilate possono essere ostracizzate.
- – Le donne mutilate nelle comunità di immigrati possono avere problemi di identità sessuale quando si confrontano con le donne occidentali non mutilate e con l'opposizione culturale alle MGF del paese ospitante.

Gli esiti prodotti a livello psico-sessuale, mentale e sociale sono stati inseriti in un'unica tabella perché, molto spesso, sono reciprocamente collegati da una causalità di tipo circolare (ad es., una disfunzione sessuale nella vittima prova sia un conflitto coniugale, sia un disturbo psichico re-attivo in ambedue i partner, con potenziali riflessi anche sul comportamento sociale; oppure una diversa percezione sociale della propria identità di genere da parte della vittime si ripercuote negativamente sulla vita sessuale ed affettiva sia della vittima stessa, che della coppia, con conseguente sofferenza individuale e conflittualità relazionale).

TABELLA - Rassegna italiana di criminologia (2011). Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili fra cultura, sessualità e distruttività.

Ferite psicologiche da ricamare

L'amore è satura.

Satura non benda, satura – non scudo

(Oh, non chiedere difesa!).

Satura, con cui il vento è cucito alla terra,

come io a te sono cucita.

(Marina Cvetaeva)

La violenza e l'abuso in tutte le sue forme sono condizioni che comportano ricadute importanti sulla salute e sulla percezione di benessere, è pertanto compito delle strutture sanitarie pianificare percorsi di accoglienza e presa in carico adeguati e qualificati.

Nei casi di violenza è essenziale che chi si rivolge alla struttura sanitaria, incontri operatori competenti e in grado di accogliere, gestire e garantire alle vittime adeguate informazioni sulla presenza di una rete di aiuto territoriale.

Questa rete dovrebbe costituire uno specifico percorso di riabilitazione psicologica, capace di rispondere ai bisogni di tutela e protezione e capace di tradursi in azioni concrete nel rispondere ai bisogni; come fare la denuncia, quale percorso attivare e quali possibilità di cura.

Durante il primo colloquio è necessario fornire tutte le informazioni sull'esistenza di una task force interistituzionale di aiuto e sostegno. La rete dovrebbe operare in stretta sinergia con altri enti, istituzioni, associazioni (anche con i centri antiviolenza?)

Le conseguenze, le reazioni e le emozioni di fronte a eventi come incidenti o violenze, sono svariate. Molte persone potrebbero sentirsi sopraffatte, confuse o non comprendere quanto stia accadendo. Potrebbero sentirsi molto spaventate o ansiose, oppure frastornate e distaccate dalla realtà. Alcune persone potrebbero avere reazioni lievi, mentre altre reazioni più gravi. Nella fase di un primo colloquio l'operatrice o l'operatore dovrà porre attenzione ai modi in cui una persona reagisce, i quali dipendono da molti fattori, tra cui:

- la natura e gravità dell'evento o degli eventi;
- l'esperienza che la persona ha di precedenti eventi critici;
- il supporto che nella vita riceve da altre persone;
- lo stato di salute;
- la storia personale e familiare rispetto a problemi di salute mentale;
- la cultura di appartenenza e le relative tradizioni;
- l'età (ad esempio, la reazione dei bambini varia nelle diverse fasce d'età).

La rete regionale dovrebbe rappresentare una prima risposta umana e di sostegno a un altro essere umano che sta soffrendo e che potrebbe aver bisogno di aiuto e prevedere

- assistenza pratica e supporto,
- raccolta dei primi dati,
- analisi dei bisogni e delle preoccupazioni,
- aiutare a trovare informazioni, servizi e supporto sociale,
- protezione da possibili danni ulteriori.

Quando ci si prende la responsabilità di aiutare in situazioni in cui le persone sono stati colpite da un evento critico, è importante agire rispettando la sicurezza, la dignità e i diritti di coloro che si stanno aiutando, adattando il proprio intervento alla cultura di appartenenza della persona.

Centro di riferimento regionale

Percorso di assistenza sul trauma del vissuto e della costrizione.

Il centro di riferimento dovrebbe seguire un protocollo e rappresentare una metodologia di comportamenti da adottare con tempestività, riservatezza e rispetto della privacy.

La persona necessita di un setting, un luogo dedicato alle cure che vanno prestate in ambiente riservato, in modo da offrire tutta la delicatezza richiesta dagli argomenti in oggetto, dai vissuti e dalle dinamiche in campo; l'operatore si impegna ad umanizzare il più possibile il percorso di sostegno, terapia e cura, cogliendo i segnali e decodificando atteggiamenti di imbarazzo, paura e richieste di aiuto che potrebbero manifestarsi in modi non palesi, trattando con assoluta riservatezza i dati sensibili.

Le vittime di violenza presentano frequentemente ripercussioni psico(pato)logiche rilevanti, con compromissione del funzionamento socio- relazionale e familiare. Dalla letteratura di settore emerge ormai univocamente l'esistenza di una adattabilità, contesto, integrazione, etc.), possono portare allo sviluppo di numerosi quadri psicopatologici (disturbi dell' umore, disturbi d'ansia, disturbi di somatizzazione, disturbo post- traumatico da stress (PTSD), disturbi di personalità, abuso di sostanze, disturbi dell'alimentazione). Balestrieri M., Hijazi K., Corsaro M., Pera V., Ciano R.P., *op. cit.*; Bramante A., Gimosti E., *op. cit.*; Frances A., Ross R., *DSM-IV-TR. Guida clinica alla diagnosi differenziale*, Masson, Milano, 2006; Grivois

Chi ha subito una violenza chiede, a chi si prende cura di lui, di ricomporre i frammenti, di ricostruire una storia, di dare un senso ai suoi sintomi di oggi alla luce degli eventi di ieri, in modo da ristabilire quei legami fra l'individuo e la comunità che il trauma subito ha interrotto. Il principale strumento che possa compiutamente permettere questa operazione è la possibilità che la vittima, attraverso l'ascolto e la comprensione umana, possa comunicare questa sofferenza e che, in un rapporto empatico-dialogico, nel suo significato più profondamente euristico, possa, attraverso la narrazione, giungere all'elaborazione dell'esperienza, elemento questo irrinunciabile per un compiuto superamento dell'evento traumatico.

Considerazione importante merita l'aspetto della ospedalizzazione e dell'intervento chirurgico

L'ingresso in ospedale e il periodo di ricovero sono per i bambini e gli adolescenti in particolar modo delle situazioni nuove che richiedono un nuovo adattamento, sia da un punto di vista fisico che psicologico. Come riportato da Falck nel 1987 *"l'ospedale è come un paese straniero alle cui abitudini, lingua e orari devono imparare ad adattarsi"*.

Il momento della degenza implica cure e terapie, significa relazioni con persone sconosciute ed alle quali bisogna affidarsi, ma, soprattutto, comporta la separazione dal nucleo familiare e l'ingresso in un ambiente diverso. Tutto ciò influenza lo sviluppo emotivo, cognitivo, affettivo e relazionale, portando, inoltre, a modificazioni dell'immagine di sé e del proprio corpo. Se immaginiamo quindi, lo sviluppo di un bambino come una linea retta dobbiamo pensare all'ospedalizzazione ed all'intervento chirurgico come ad un'interruzione di questa.

Gabriel e colleghi (2018) l'esperienza chirurgica può incidere sul bambino sia da un punto di vista psicologico che comportamentale (es. disturbi del comportamento, disturbo d'ansia da separazione..) e questi a loro volta possono incidere su diversi outcome di tipo medico (es. aumento della percezione del dolore, bassi livelli di benessere generale). È quindi importante considerare tutti questi aspetti ed intervenire precocemente ed in maniera preventiva sullo sviluppo di tali difficoltà.

Inoltre, ciò che emerge dalla letteratura è che gli ospedali pediatrici devono andare oltre l'aspetto medico della cura delle malattie, ma devono migliorare le implicazioni del disagio ospedaliero sui bambini, fornendo comunicazione, sostegno ed empatia.

La complessità del setting ospedaliero in aggiunta al carattere della condizione di "malato" richiede un intervento unificato fra il rigido contesto ospedaliero e la presa in carico da parte dello psicologo.

Dovrebbe essere previsto un percorso attraverso colloqui pre-operatori, durante la degenza e post operatori (incontri post operatori, dopo le dimissioni??)

Fondamentali i momenti di incontro multidisciplinari, dove lo psicologo stabilisce un primo contatto con i medici per raccogliere i dati che consentano di calibrare il primo colloquio in base alla storia clinica della persona presa in carico.

I colloqui preoperatori potrebbero prevedere diversi momenti

- una prima fase di raccolta delle informazioni
- una di contenimento dei vissuti
- elaborazione delle ansie e paure

Altrettanto fondamentale l'intervento psicologico nel post operazione, che può essere seguito da situazioni di forte ansia e /o depressione, con il rischio che stress, difficoltà di adattamento, problemi di sonno ostacolino la collaborazione alle terapie / interventi riabilitativi.

Le mutilazioni genitali si configurano come vere e proprie marche di identità etnica e personale; l'esperienza delle mutilazione, infatti, si imprime nella memoria del soggetto decretando la sua appartenenza al gruppo sociale.

L'obiettivo psicoterapeutico nei confronti di vittime di violenza è di rinforzare quelle aree dell'identità della persona che sono riuscite a mantenersi integre durante l'esperienza traumatica, aiutando a sviluppare una nuova "prospettiva" onde accompagnare la vittima nel riconoscimento e nel sollievo delle sue "ferite" psichiche.

Suggerimenti: Traduttore - Video - Depliant in tutte le lingue che spieghi il percorso di assistenza.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA), (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM 5); versione italiana a cura di Raffaello Cortina Editore, (2014).

Knipscheer, J., (2015). Mental Health problems associated with female genital mutilation, BJPsych Bulletin, 39, 273-277.

Falck, H. S. (1987). Social and psychological care before and during hospitalization. Social Science & Medicine, 25(6), 711-720.

Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2020/10/bambino-chirurgico/>

Gabriel, M. G., Wakefield, C. E., Vetsch, J., Karpelowsky, J. S., Darlington, A. S. E., Grant, D. M., & Signorelli, C. (2018). The Psychosocial experiences and needs of children undergoing surgery and their parents: A systematic review. Journal of Pediatric Health Care, 32(2), 133-149.

Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture trauma and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees, Journal of Nervous and Mental Disease 180 (2), 111-116.

Muteshi, J. K., Miller, S., & Belizàn, J.M., (2016). The ongoing violence against women: female Genital Mutilation/Cutting. Reprod Health, 13, 44.

Lever, H., Ottenheimer, D., Teysier, J., Singer, E., Atkinson, H.G., (2018). Depression, Anxiety, Post-traumatic Stress Disorder and a History of pervasive gender-based violence about women asylum seekers who have undergone female genital mutilation/cutting: a retrospective case review. Journal of Immigrant and Minority Health.

Rassegna italiana di criminologia (2011). ANNO V n.1 /2011 (Cristiano Barbieri - Alessandra Luzzago) Il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili fra cultura, sessualità e distruttività. Female genital mutilation across culture, sexuality and destructiveness

Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2021/04/mutilazioni-genitali-femminili-psicologia/>
State of mind <https://www.stateofmind.it/2020/10/bambino-chirurgico/>

ALLEGATO 5

Progetto formativo del tavolo regionale sulla problematica delle **MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI**

Il presente progetto formativo si articola su due livelli, coprendo:

A) la formazione nel percorso di pre-laurea dei CdL che formano i professionisti della salute che potranno essere coinvolti nella gestione delle pazienti con mutilazione genitale nella loro futura professione (ad es. medici, infermieri, ostetriche, psicologi...);

B) la formazione nel percorso post-laurea che sarà pertanto rivolto agli operatori sanitari che già operano all'interno dei consultori e nelle aziende sanitarie.

A) PROPOSTE PER IL I LIVELLO DI FORMAZIONE NEL PERCORSO per le pazienti con MUTILAZIONI GENITALI FORMAZIONE PRE-LAUREA

All'interno del corso di laurea (sia CdL Medicina e Chirurgia; CdL Ostetricia, CdL Psicologia; CdL Infermieristica) dovranno essere creati dei corsi dedicati alla tematica delle mutilazioni genitali femminili ad impronta interdisciplinare che permettano di dare gli strumenti basilari ai neo laureati per sapere comprendere il contesto culturale e le problematiche clinico assistenziali delle donne con mutilazioni genitali. Pertanto il Progetto formativo del Tavolo Regionale delinea il seguente obiettivo con le relative Azioni/Indicatori:

Obiettivo: Sensibilizzazione dei CdL Medicina e Chirurgia, CdL Ostetricia, CdL Psicologia, CdL Infermieristica degli Atenei Toscani alla tematica della mutilazione genitale femminile tramite un approccio interdisciplinare. Pertanto si prevedono le seguenti azioni e relative tempistiche:

Azione 1.1: (entro 3 mesi) Lettera ai singoli Presidenti dei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia CdL Ostetricia, CdL Psicologia CdL Infermieristica degli Atenei Toscani per richiedere che vengano attivati degli insegnamenti che garantiscano l'apprendimento delle suddette tematiche in modo interdisciplinare toccando temi di carattere antropologico e culturale, nonché quelli inerenti alle problematiche clinico-assistenziali delle pazienti con mutilazioni genitali. Si propone pertanto la creazione di una ADE interAteneo (da effettuarsi anche con modalità telematica) in modo da ampliare la partecipazione e rendere omogenea la preparazione sulle tematiche (vedi schema di attivazione ADE).

Indicatore: Invio della lettera di richiesta ai singoli Presidenti dei CdL.

Azione 1.2: (entro 12 mesi; già nel prossimo anno Accademico) si richiede la creazione di ADE (Attività Didattiche Elettive) al V-VI anno su argomenti inerenti le MGF in modo da fornire agli studenti di più corsi di laurea di sapere comprendere il contesto culturale e le problematiche clinico assistenziali delle donne con mutilazioni genitali. **Indicatore:** Monitoraggio del numero di Ade attivati sull'argomento con titolo, programma delle lezioni, numero di CFU erogati e numero di studenti iscritti.

Anno di corso per il quale la ADE viene proposta: 5° e 6°	ADE n. (il numero della ADE viene assegnato dal sistema)		
Docente di riferimento: Prof. FELICE PETRAGLIA		E-mail di riferimento:	
Titolo dell'ADE:	Corso Interateneo sulle problematiche socio-sanitarie delle donne con mutilazioni genitali		
Docenti impegnati:	,.....		
Prerequisiti:	Esame di Ginecologia e Ostetricia		
SSD: (facoltativo)	Crediti formativi Universitari	(CFU) 0.5	
		Min: 3	Max: 50
		Ore di didattica frontale: 3 Ore di Studio individuale:1	
Tipologia Corso monografico (1 CFU = 8 ore)			
Obiettivi :	Comprendere la fisiopatologia della vulvodinia ed eventuali approcci diagnostici e terapeutici.		
Programma:	Data: 14.00-15.00: Le MGF e il loro contesto socio-culturale 15.00-16.00: Le MGF: le problematiche ginecologiche e ostetriche 16.00-17.00: Le MGF: le problematiche infermieristiche		
Valutazione :	Frequenza del corso		

B) FORMAZIONE POST-LAUREA

La formazione nel percorso post-laurea che sarà rivolta agli operatori sanitari che già operano all'interno dei consultori e nelle aziende sanitarie.

OBIETTIVO: Implementare le conoscenze sulle MGF e sulle condizioni ad esse connesse tra gli operatori sanitari già in servizio negli ambulatori dei Consultori della AUSL Toscane tramite eventi di formazioni mirati

all'aggiornamento sulle MGF e sulla loro gestione clinico assistenziale, ivi compreso il percorso diagnostico terapeutico e l'approccio multidisciplinare alla condizione.

Azione: Organizzazione del Corso di Formazione all'interno delle AUSL TOSCANE

Indicatore: Realizzazione del Corso di Formazione, Programma, numero di iscritti e partecipanti

Breve introduzione all'evento formativo:

Le MGF alterano la qualità di vita e provocano un'importante sofferenza e distress alle pazienti. Una fonte di ulteriore sofferenza è data dal cercare un aiuto medico e sanitario che non viene accolto per mancanza di formazione delle/degli operatrici/tori sanitari territoriali che spesso si trovano impreparate/i alla gestione di questi casi. Molte persone con MGF, soprattutto in giovane età, si rivolgono sia ai servizi territoriali (Consultori, UFSMIA e UFSMA) per un sostegno psicologico o per disturbi clinici che ai servizi ospedalieri per trattamenti medici.

L'evento formativo si svolgerà come corso con la partecipazione in qualità di docenti delle/degli operatrici/operatori consultoriali che lavorano su questi temi e docenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi e di Pisa che hanno esperienza nella gestione delle persone con MGF.

L'evento formativo si articola in 1 giornata formativa di ore n. 6 per un totale di n. 6 ore e ripetibile in diverse sedi del territorio regionale.

Destinatari dell'attività formativa (profili professionali):

Numero partecipanti	Profilo professionale
50	Psicologhe e psicologi
50	Psichiatre/i
50	Ginecologhe/i
50	Urologhe/i
50	Neurologhe/i
50	Anestesiste/i, Terapiste/i del dolore
50	Endocrinologhe/endocrinologi
50	Ostetriche dei Consultori
20	Assistenti sociali
10	Educatrici/educatori
10	Infermiere/i
10	Assistenti sanitari

ALLEGATO 6

Il Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e la Cura delle complicanze legate alla MGF di Careggi (2003-2019)

Lucrezia Catania

Regione Toscana ed OMCEO-FI sono stati sempre sensibili riguardo le problematiche delle MGF e la formazione di professionisti della salute di donne e bambine a rischio (Toscana Medica –Archivio, L.CATANIA - M.A. PATA Referenti OMCEO-FI).

La RT con delibera n.599/2003 istituisce il Centro di Riferimento Regionale (CRR-MGF) per la Prevenzione e Cura delle complicanze legate alle MGF, riconoscendo il lavoro pionieristico fino ad allora svolto su base volontaria dal ginecologo italiano di origine somala Omar Abdulcadir e da molti colleghi che lo supportano. Il CRR nasce ancor prima della legge nazionale n. 7/2006 alla quale dà impulso, e rappresenta un vero prototipo a cui fare riferimento per il nuovo centro di riferimento pisano. (vedi delibera 599/2003 e libro FERITE PER SEMPRE ed. DeriveApprodi 2005).

Disponibili e consultabili sono moltissime Tesi di Laurea e Specializzazione (in medicina, ostetricia, psicologia, scienze sociali e umanistiche e giurisprudenza) curate presso il CRR-MGF.

Per la compilazione di 2 tesi da segnalare la revisione di 708 cartelle cliniche dal 1° gennaio 2000 al 1° marzo 2005 delle U.O. di Ginecologia e Ostetricia di Prato, Pistoia e Pescia, e la revisione di circa 200 cartelle cliniche di donne con MGF ricoverate nei reparti di ginecologia ed ostetricia dell'ospedale Careggi Firenze dal 1 gennaio 1998 al 13 novembre 2004, e la costruzione di un Questionario anonimo sulle MGF destinato a tutti gli operatori sanitari delle U.O. prese in esame e diffuso dall'OMCEO-Firenze. Possibile pure consultare o reperire le pubblicazioni con HF su riviste scientifiche nazionali ed internazionali.

Il CRR-MGF di Careggi è stato protagonista nella revisione di articoli scientifici sull'argomento pubblicati a livello internazionale e provenienti anche da colleghi dei paesi a tradizione escissoria (Iraq e Egitto).

Il CRR ha svolto docenza nelle attività didattiche elettive (ADE) e il corso di Bioetica organizzati nel corso di medicina e dalle associazioni di studenti di medicina (SIM) di Firenze, Siena e fuori Toscana.

Durante la stesura delle Linee Guida Nazionali per il contrasto delle MGF ha partecipato attivamente ai tavoli di lavoro coordinati dal Ministero della Salute a Roma, portando la propria esperienza nella descrizione dell'intervento di deinfibulazione (intervento fatto accettare culturalmente dalle comunità con il coinvolgimento maschile).

Una delle più importanti iniziative del CRR-MGF è stata la diffusione e l'esecuzione dell'intervento di deinfibulazione anche in collaborazione col servizio di colposcopia in un contesto completamente privo di punti di riferimento con unico scopo la promozione alla salute di donne infibulate con gravi complicanze.

Numerosi corsi di formazione regionali e nazionali per operatori sanitari (ginecologi, ostetrici, infermieri), antropologi, mediatori linguistico culturali, personale scolastico sono stati condotti al CRR-MGF organizzati da varie Associazioni e ASL in Toscana e in tutta Italia alcuni anche con esercitazioni e tirocinii pratici presso il centro stesso.

Altri corsi sono stati condotti con varie associazioni (Nosotras, Avo) in Piemonte, Liguria, Lazio, Abruzzo, Sicilia, Trentino Alto Adige, Veneto, Sardegna, Calabria e Marche, e con il Centro di Salute Globale.

Molto importante è stata la partecipazione ad eventi internazionali in Africa (Consensus ad Alessandria di Egitto con esperti internazionali organizzato da INTACT international network to analyze communicate and transformer the campaign against female genital cutting mutilation, circumcision) in USA, Europa (Germania, Francia, Belgio, Olanda), UK, Svizzera.

Il CRR-MGF ha collaborato con WHO nella stesura degli atlanti per la diagnosi corretta di MGF, la descrizione dei tempi dell'intervento di deinfibulazione e, con la partecipazione dei ginecologi dell'infanzia internazionali alla pubblicazione del primo testo atlante per il riconoscimento delle MGF e altre patologie genitali nelle bambine.

Per la presentazione del manuale in italiano, curato da NOSOTRAS, OMCEO-FI ha dato il suo patrocinio, ha messo a disposizione i locali e lo ha pubblicato rendendolo disponibile sul sito istituzionale, gratuitamente, a tutti gli iscritti.

Tutto questo lavoro verrà messo a disposizione del nuovo CRR-MGF di Pisa con spirito collaborativo.