



## Le Mutilazioni Genitali Femminili

Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici

  
**Sostegno Donna**  
Cura e prevenzione per donne,  
mamme e bambine

  
*Presidenza del Consiglio dei Ministri*  
Dipartimento per le Pari Opportunità

Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**

**ASST Santi Paolo e Carlo**



Il vademecum è stato realizzato nell'ambito del Programma di interventi da sviluppare per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili (Codice Éupolis Lombardia RES16011), affidato a Éupolis Lombardia della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

Il Programma è stato finanziato con risorse della Convenzione stipulata da Regione Lombardia con il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri per sviluppare interventi per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in base alla legge n.7 del 9 gennaio 2006 recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazioni genitali femminili".

#### Gruppo di lavoro

Maurizio Bersani, Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia  
 Mariella De Biase, Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia  
 Daniela Gregorio, Éupolis Lombardia (coordinatore del progetto)  
 Annalisa Mauriello, Éupolis Lombardia  
 Livia Ortensi, Università degli Studi Milano Bicocca  
 RTI: Cheil, OC&M, InRete



## Le Mutilazioni Genitali Femminili

Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici

### Indice

Presentazione .....	4
Cosa sono le Mutilazioni Genitali Femminili .....	7
Definizione .....	7
La diffusione della pratica nel mondo .....	10
La pratica nell'ambito delle popolazioni immigrate .....	14
Perché vengono praticate le Mutilazioni Genitali Femminili? .....	18
Come si possono trasformare le norme sociali .....	19
La legislazione .....	21
Conseguenze sanitarie delle MGF .....	24
Prevenzione, sostegno e presa in carico per la cura .....	26
La trasmissione intergenerazionale delle MGF .....	27
Assistenza alla donna portatrice di Mutilazioni Genitali Femminili .....	28
Assistenza in gravidanza, al parto e in puerperio .....	30
Assistenza in puerperio .....	30
L'assistenza pediatrica .....	32
Ruolo dei Servizi sociali .....	34
Ruolo delle scuole .....	35
Comunicazione e MGF: alcuni principi di base .....	36
Alcune regole d'oro della comunicazione aderenti alle Linee guida "Comunicazione e MGF" .....	40
Bibliografia, report e materiali reperibili online .....	41
Il Centro Sostegno Donna .....	44

## Le Mutilazioni Genitali Femminili

Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici

### Presentazione

*L'assistenza alle donne vittime di mutilazioni genitali femminili e gli interventi di prevenzione finalizzati alla protezione delle bambine a rischio nell'ambito delle comunità immigrate provenienti da paesi dove la pratica è diffusa è stata indicata come una priorità dal Parlamento Europeo. L'impegno comunitario in tal senso è affermato nelle varie risoluzioni e in particolare nella Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio "Verso l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili" del 2013.*

*Il tema delle mutilazioni genitali femminili è stato inoltre rilanciato dalle Nazioni Unite che nell'ambito degli Obiettivi Sostenibili di sviluppo (Sustainable Development Goals) ha inserito l'eradicazione delle mutilazioni genitali femminili.*

*La grande attenzione è connessa all'enorme diffusione che questa pratica dolorosa continua ad avere nonostante i numerosi programmi di prevenzione e contrasto attivati sia nei paesi di origine che nei paesi ospitanti. Anche se l'esatto numero di bambine e ragazze vittime di mutilazione genitale femminile rimane sconosciuto, i dati esistenti, relativi ai 30 paesi nel mondo per i quali esistono stime a livello nazionale, indicano che al 2016 il fenomeno riguarda almeno 200 milioni di donne e bambine, tra cui 44 milioni in età 0-14 anni.*

*Oltretutto il fenomeno non solo è radicato nei paesi di origine, ma anche tra le comunità di immigrati nel nord America, in Australia e in Europa. In Italia, Secondo un'indagine del 2010 promossa da Regione Lombardia, ammontavano a*

*circa 57mila le donne e ragazze tra i 15 e i 49 anni che hanno subito una qualche forma di mutilazione dei genitali femminile, mentre nella sola Lombardia le vittime erano all'incirca 20mila.*

*Da tempo il contrasto e la prevenzione delle Mutilazioni genitali femminili sono nell'agenda di Regione Lombardia. Oltre ad assicurare l'accesso ai servizi sanitari in grado di prendersi cura delle vittime, ha promosso sia attività di ricerca per comprendere il fenomeno nei diversi aspetti - sanitari, sociali, psicologici sia percorsi formazione e di sensibilizzazione di professionisti impegnati nel settore della sanità, della scuola e dei servizi sociali.*

*Questo breve vademecum è uno dei prodotti realizzati nell'ambito del programma di attività affidato a Éupolis Lombardia dalla Direzione Generale Welfare a seguito della Convenzione stipulata da Regione Lombardia con il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri per sviluppare interventi per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili. In particolare, il vademecum, destinato a operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici, arricchisce e aggiorna le informazioni presentate nell'edizione precedente pubblicata nel 2011.*

*Inoltre rappresenta l'occasione per presentare un'altra delle iniziative realizzate con il contributo di Regione Lombardia e Dipartimento per le Pari Opportunità, il "Centro Sostegno Donna" operante presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo.*

*Ci auguriamo che nell'ambito di questi rinnovati sforzi tesi ad eradicare tale pratica, riconosciuta come una violazione dei diritti umani di bambine e donne, possa rappresentare un valido ausilio per coloro che svolgono quotidianamente attività tese a limitare o prevenire tale pratica.*



## Cosa sono le Mutilazioni Genitali Femminili

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO) definisce mutilazioni genitali femminili (MGF) tutte quelle procedure finalizzate all'asportazione parziale o totale degli organi genitali esterni della donna e/o al danneggiamento di tali organi per ragioni non terapeutiche. Si tratta di procedure dagli effetti irreversibili che non portano alcun beneficio alla salute di donne e bambine. Al contrario, possono comportare gravissimi rischi, incluso quello di morte al momento della pratica – dolorosa e traumatica – e conseguenze fortemente invalidanti nel corso della vita. La rimozione o il danneggiamento dei genitali, infatti, interferisce con le naturali funzioni corporee causando effetti negativi immediati e nel lungo periodo, incluse complicanze al parto e un maggior rischio di morte neonatale.

## Definizione

Classificare organicamente la grande quantità di pratiche sintetizzate nella definizione di MGF è indispensabile per quantificarne la diffusione, indagare le trasformazioni in atto nelle forme di intervento praticate nei diversi contesti e approfondire la conoscenza delle conseguenze a lungo e breve termine delle MGF. La prima proposta di classificazione organica da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità risale al 1995. L'esperienza maturata durante il primo decennio di utilizzo di questa classificazione ha evidenziato la necessità di integrarla con delle sottocategorie più dettagliate in grado di descrivere meglio la grande varietà di pratiche esistenti nel mondo. Tali sottocategorie sono state introdotte dal documento congiunto WHO/UNICEF/UNFPA del 2007 e sono riportate nella Tabella 1.

È necessario rilevare che, nonostante la quantità di tessuto rimosso e l'entità del danno generalmente crescano nel passaggio dal Tipo 1 al 3, possono esserci delle eccezioni. I critici di tale tipologia, infatti, hanno più volte sottolineato che essa non restituisce in modo univoco l'entità del danno. Ad esempio, gli esperti più critici verso la tendenza alla medicalizzazione della pratica hanno

## Le Mutilazioni Genitali Femminili

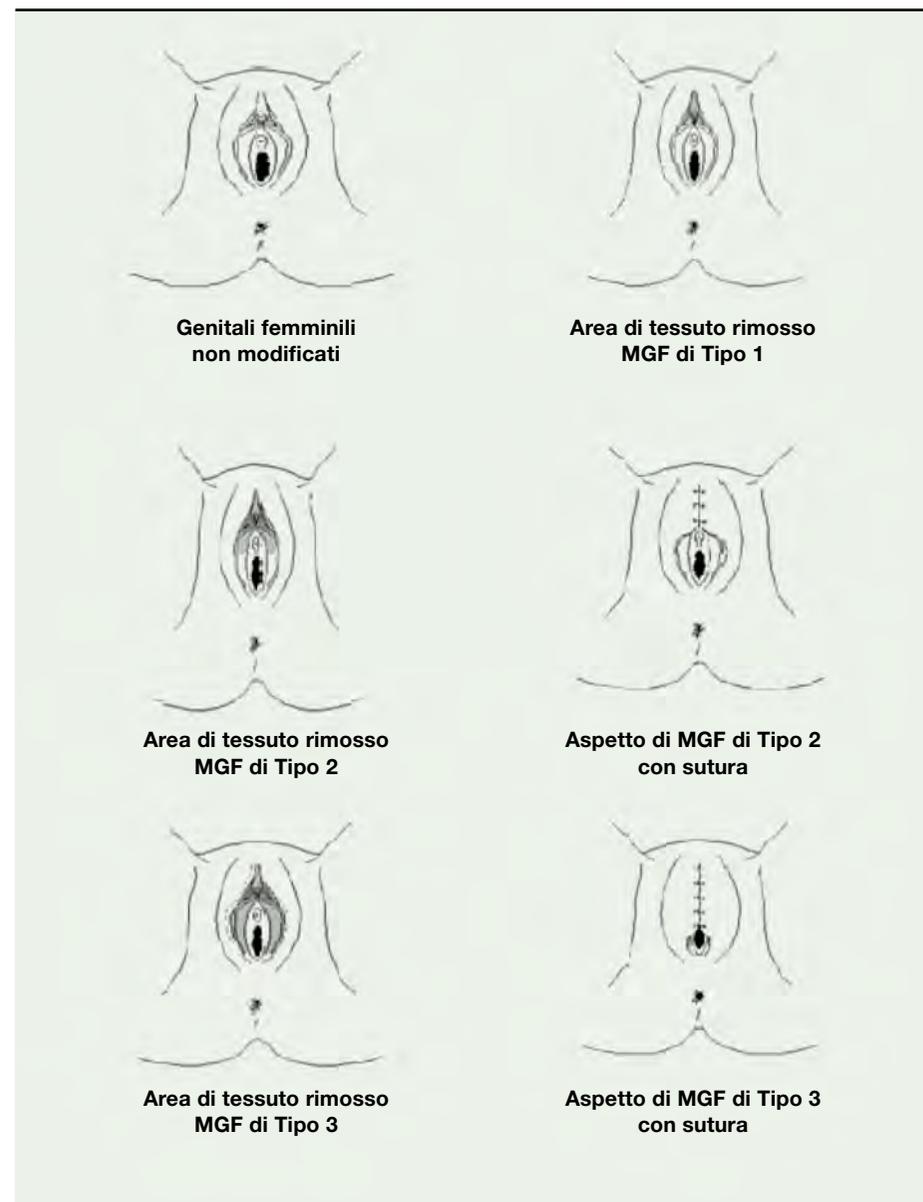
Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici

sottolineato che quando il taglio è eseguito da un medico questo può risultare più invalidante: il medico, infatti, avendo una maggiore consapevolezza della fisiologia rispetto ad un circoncisore tradizionale, è in grado di eseguire interventi più precisi, sui quali è ancora più difficile intervenire in seguito con interventi di chirurgia riparatrice.

Infine, una certa attenzione è da porre anche alle pratiche incluse nel Tipo 4, che non implicano la rimozione di tessuto dai genitali. Nonostante il numero di ricerche su tale tipologia sia limitato, i risultati suggeriscono che queste forme di mutilazione siano meno frequentemente associate a danni e a rischi rispetto ai Tipi 1, 2 e 3, che implicano tutti la rimozione di tessuto dai genitali.

**Tabella 1 - Definizioni di mutilazione genitale femminile riportate nel documento congiunto WHO/UNICEF/UNFPA del 2007.**

	<b>Classificazione generale</b>	<b>Sotto-classificazioni</b>
Tipo 1	Rimozione totale o parziale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia).	I a) rimozione del glande o solo del prepuzio
		I b) rimozione del clitoride con il prepuzio
Tipo 2	Rimozione totale o parziale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra (escissione).	II a) rimozione delle sole piccole labbra
		II b) rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra
		II c) rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra
Tipo 3	Restringimento dell'orifizio vaginale attraverso una chiusura ermetica coprente creata tagliando e avvicinando le piccole e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione).	III a) rimozione e apposizione delle piccole labbra
		III b) rimozione e apposizione delle grandi labbra
Tipo 4	Non classificato: ogni altra procedura pericolosa per i genitali femminili per ragioni non mediche (es. puntura, piercing, incisione, abrasione, cauterizzazione).	



### La diffusione della pratica nel mondo

Anche se l'esatto numero di bambine e ragazze vittime di MGF rimane sconosciuto, i dati esistenti, relativi ai 30 Paesi nel mondo per i quali esistono stime a livello nazionale, permettono di affermare che al 2016 il fenomeno riguarda almeno 200 milioni di donne e bambine, tra cui 44 milioni in età 0-14 anni. Di queste, più della metà sono concentrate in soli tre Paesi contraddistinti da popolazione molto numerosa e da prevalenza medio-alta del fenomeno: Indonesia, Egitto ed Etiopia. Tale valutazione costituisce senza dubbio una sottostima, poiché non include alcuni Paesi in cui l'esistenza della pratica è documentata, ma non esistono stime nazionali. Tra questi, Oman, Giordania, Emirati Arabi, India, Sri Lanka e Colombia. Il fenomeno è inoltre diffuso anche in Europa, Nord America e Australia, nelle comunità di immigrati da Paesi dove la pratica è radicata.

La proporzione di donne con MGF è molto variabile: si passa da Paesi dove la pratica riguarda quasi tutte le donne, come Somalia o Gibuti (97-98%), ad altri, come Niger o Ciad, dove le mutilazioni genitali sono praticate solo nell'ambito di determinati gruppi etnici e dove quindi la proporzione di donne mutilate resta molto bassa a livello nazionale.



**Tabella 2 - Diffusione delle mutilazioni genitali femminili per contesto di residenza e quintile di reddito. Stime più recenti relative ai Paesi dove la pratica è documentata.**

Paese	Prevalenza in età 15-49	Prevalenza per contesto di residenza		Prevalenza per livello di reddito (quintile)		Fonte	
		Urbano	Rurale	il più povero	il più ricco	Anno	Indagine
Benin	9	-	-	-	-	2014	MICS
Burkina Faso	76	69	78	77	69	2010	DHS/MICS
Camerun	1	1	2	1	1	2004	DHS
Ciad	44	46	44	53	43	2010	MICS
Costa d'Avorio	38	38	39	-	-	2011-2012	DHS
Egitto	87	77	93	94	70	2015	DHS
Eritrea	83	80	85	89	75	2010	PHS
Etiopia	74	69	76	73	71	2005	DHS
Gambia	75	72	79	-	-	2013	DHS
Ghana	4	3	5	13	1	2011	MICS
Gibuti	93	93	96	-	-	2006	MICS
Guinea	97	97	97	-	-	2012	DHS/MICS
Guinea-Bissau	45	-	-	-	-	2014	MICS
Iraq	8	9	6	10	4	2011	MICS
Kenya	21	14	26	40	12	2014	DHS
Liberia	50	41	65	70	29	2013	DHS
Mali	89	89	88	84	92	2010	MICS
Mauritania	69	57	81	94	48	2011	MICS
Niger	2	1	2	2	1	2012	DHS
Nigeria	25	32	19	17	31	2013	DHS
Rep. Centrafricana	24	18	29	34	15	2010	MICS
Senegal	25	22	28	38	18	2014	DHS
Sierra Leone	90	81	94	95	77	2013	DHS
Somalia	98	97	98	98	96	2006	MICS
Sudan	87	-	-	-	-	2014	MICS
Tanzania	15	8	17	25	6	2010	DHS
Togo	5	3	6	-	-	2013-2014	DHS
Uganda	1	1	1	2	2	2011	DHS
Yemen	19	17	19	27	14	2013	DHS

Fonte: <http://data.unicef.org/child-protection/fgmc.html> (stime aggiornate a febbraio 2016).

## Le Mutilazioni Genitali Femminili

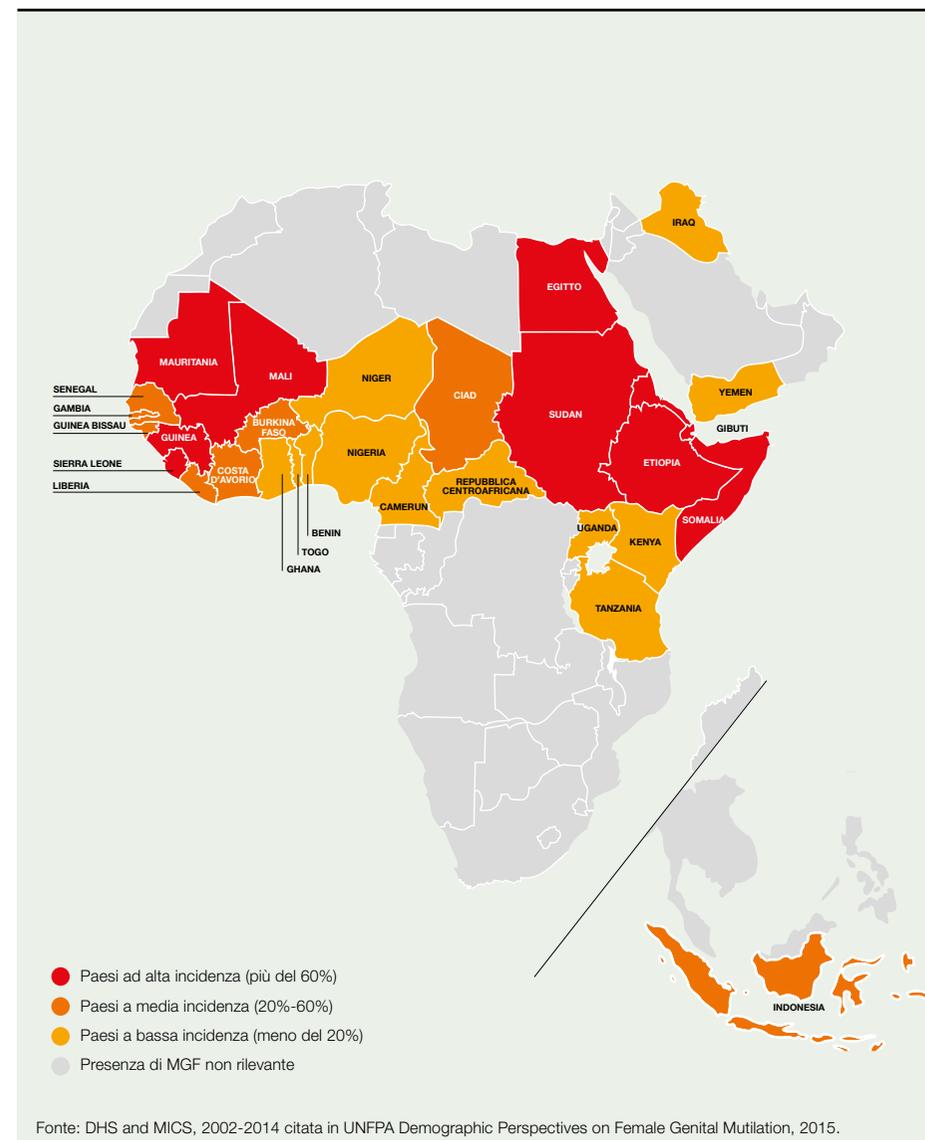
Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici

La diffusione delle MGF è inoltre correlata a caratteristiche socioeconomiche: in generale, è superiore tra i gruppi contraddistinti da livelli di reddito e istruzione più modesti e concentrati nelle aree rurali. Si rilevano eccezioni a tale tendenza: ad esempio in Mali e in Nigeria sono i gruppi caratterizzati da maggior reddito, istruzione e insediati nelle aree urbane a mostrare i livelli più alti di prevalenza e di sostegno alla pratica.

Nonostante la percentuale di donne con MGF e la sua diffusione nelle giovani generazioni mostri da anni un trend discendente, grazie all'effetto di progetti di sensibilizzazione focalizzati sulle singole comunità, a campagne mediatiche e al crescente numero di Paesi che stanno mettendo al bando la pratica, il numero di donne vittime di MGF è destinato comunque a crescere.

Infatti, l'attuale assetto demografico dei Paesi dove sono praticate le MGF – caratterizzato da alta fecondità e dalla prevalenza delle generazioni più giovani – si tradurrà in un numero crescente di donne a rischio di essere sottoposte alla pratica. In una pubblicazione del 2014, UNICEF stima che nel 2050 circa 1 nascita ogni 3 avrà luogo in uno dei 29 Paesi africani e mediorientali dove sono praticate le MGF e che il numero di bambine e donne in questi Paesi sarà di circa 500 milioni superiore a quello attuale. Tale valutazione costituisce sicuramente una sottostima, poiché i dati su cui si basa non includono l'Indonesia, quarto Paese al mondo per popolazione (per il quale la stima dell'incidenza delle MGF è stata fornita solo nel 2016), dove si valuta che circa metà delle donne siano sottoposte a MGF.

**Figura 2 - Paesi dove le mutilazioni genitali femminili sono maggiormente diffuse. Dati più recenti disponibili al 2015.**



### La pratica nell'ambito della popolazione immigrata

La crescita di flussi migratori dai Paesi dove si praticano le MGF, unita al processo di femminilizzazione che vede le donne migrare in numero crescente, sia al seguito del partner, sia in modo indipendente in qualità di primi migranti, ha determinato la comparsa della pratica in aree dove questa era precedentemente sconosciuta. La stima del numero di donne con MGF in situazione di emigrazione è resa complessa dalla scarsità di indagini sul fenomeno, al contrario di quanto accade nei Paesi d'origine. Gran parte delle stime attualmente disponibili per i Paesi di immigrazione vengono ottenute indirettamente, applicando al numero di donne residenti le proporzioni relative al fenomeno osservate nei rispettivi Paesi di provenienza.

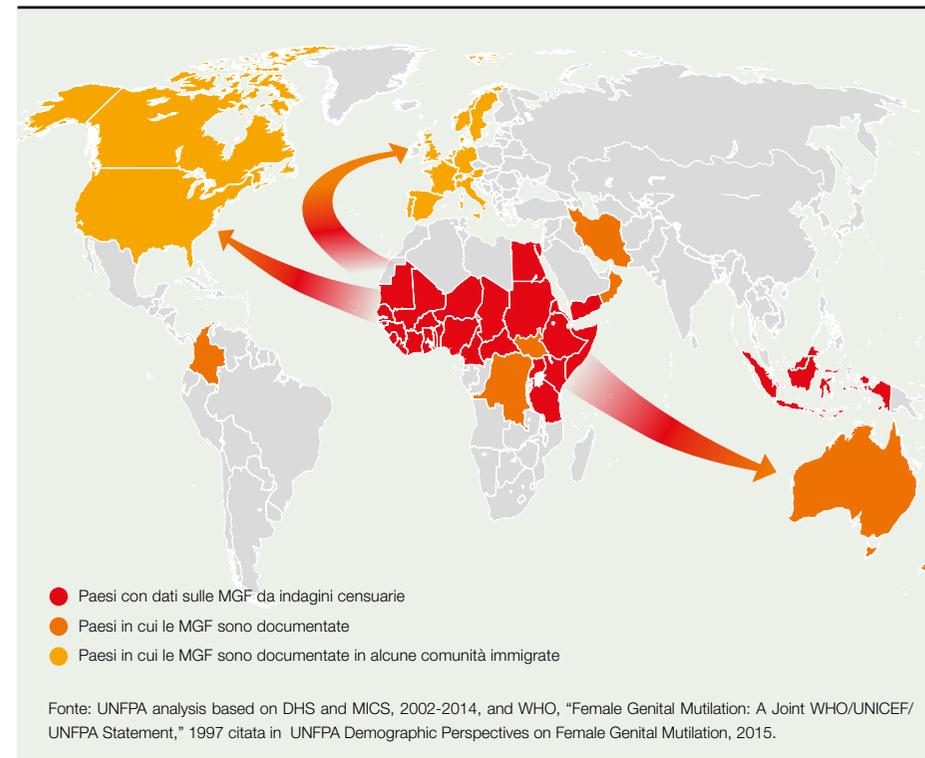
Uno studio in corso di pubblicazione, realizzato nell'ambito del progetto Daphne MGF-Prev finanziato dall'Unione Europea, che applica questo approccio ai dati derivanti dalla più recente tornata censuaria in Europa (2011), mostra come si possa ipotizzare, nei 28 Paesi dell'Unione Europea, la presenza complessiva di oltre 550.000 donne e bambine con almeno 10 anni d'età immigrate di prima generazione vittime di MGF.

L'uso di stime indirette basate sull'incidenza nel Paese d'origine unisce ai molti indiscutibili vantaggi altrettanti limiti a livello metodologico.

I migranti, infatti, pur provenendo da Paesi a basso reddito, sono nella gran parte dei casi un gruppo selezionato rispetto alla società del Paese d'origine. Poiché l'incidenza delle MGF varia molto sulla base di caratteristiche come l'istruzione, il reddito, la zona di provenienza o l'etnia, la prevalenza del fenomeno nelle comunità di immigrati può essere diversa da quella osservata nel Paese d'origine. L'Italia è uno dei pochi Paesi per i quali sono disponibili anche stime più affidabili, basate su un'indagine *ad hoc* realizzata da Éupolis Lombardia, svolta in Lombardia nel 2010. Secondo tali dati – che includono anche il numero stimato di donne immigrate irregolarmente – le donne con MGF in età 15-49 in Italia erano nel 2010 oltre 57.000, in due casi su tre provenienti da Egitto e Nigeria.

È interessante sottolineare che nonostante Egitto e Nigeria, Paesi molto rappresentati in Italia, siano caratterizzati a livello nazionale da una forte incidenza di MGF, le MGF sulle donne provenienti da questi Paesi spesso non vengono rile-

Figura 3 - Diffusione delle mutilazioni genitali femminili attraverso le migrazioni.



vate dagli operatori sanitari poiché si tratta nella grande maggioranza dei casi di mutilazioni di Tipo 1. Le donne provenienti dall'area del Corno d'Africa (Somalia, Etiopia ed Eritrea), circa il 15% del totale, presentano invece incidenza elevata di infibulazione, la variante di MGF associata alle peggiori conseguenze sulla salute. Inoltre, a causa di un effetto di selezione geografica e sociale, il gruppo nigeriano presente in Italia ha una prevalenza di MGF ben più elevata di quella stimata per la Nigeria nel suo insieme.

L'operazione di stima del numero di donne interessate dal fenomeno nell'ambito delle varie comunità non costituisce un mero esercizio statistico, ma è fondamentale per la pianificazione dei servizi sanitari e per la formazione dei medici, i quali devono essere

## Le Mutilazioni Genitali Femminili

Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici

a conoscenza della diffusione della pratica nella comunità a cui le loro pazienti appartengono, come ribadito anche in seguito nelle Linee guida “Comunicazione e MGF”.

**Tabella 3 - Numero di donne con MGF in Italia in età 15-49 (2010).**

Paese	Donne presenti in Italia	Proporzione di donne con MGF	Numero stimato di donne con MGF	% sul totale di donne stimate con MGF in Italia
Benin	1,006	6.2	63	0.1
Burkina Faso	4,330	65.7	2,845	5.0
Camerun	4,324	0.5	20	0.0
Rep. Centrafricana	54	15.9	9	0.0
Ciad	66	31.0	20	0.0
Gibuti	25	90.6	23	0.0
Egitto	24,286	76.7	18,627	32.5
Eritrea	4,156	67.2	2,793	4.9
Etiopia	5,618	56.4	3,169	5.5
Gambia	239	72.0	172	0.3
Ghana	21,617	4.2	908	1.6
Guinea	1,135	89.9	1,020	1.8
Guinea Bissau	166	39.9	66	0.1
Costa d'Avorio	10,205	22.8	2,327	4.1
Kenya	997	15.4	153	0.3
Liberia	355	40.8	145	0.3
Mali	398	92.7	369	0.6
Mauritania	172	64.7	111	0.2
Niger	717	0.0	0	0.0
Nigeria	26,833	75.3	20,205	35.3
Senegal	18,211	5.9	1,074	1.9
Sierra Leone	558	75.2	420	0.7
Somalia	2,536	91.5	2,320	4.0
Sudan	457	78.9	360	0.6
Tanzania	502	6.1	30	0.1
Togo	1,359	1.6	22	0.0
Uganda	234	1.4	3	0.0
Yemen	103	25.6	26	0.0
<b>Totale</b>	<b>130,655</b>	<b>43.9</b>	<b>57,302</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Farina, Ortensi, Menonna, 2016.



### **Perché vengono praticate le Mutilazioni Genitali Femminili?**

Chi cerca di capire perché la pratica delle mutilazioni genitali è così difficile da abbandonare per coloro che la praticano si confronta generalmente con due domande fondamentali: come è possibile che genitori che amano le loro figlie continuino a praticare e approvare una pratica che le espone ad immediato rischio di vita e, a lungo termine, al rischio di incorrere in seri problemi di salute, e che viola i loro diritti fondamentali? E come può questa pratica mantenersi anche in zone dove la maggioranza della popolazione non è ad essa favorevole?

Nel rispondere a tale domanda conviene partire dall'assunto che i genitori amano i loro figli e che desiderano e fanno ciò che ritengono essere il meglio per loro e nel loro interesse. Le famiglie che sottopongono le loro figlie a tale pratica ritengono, infatti, che questo sia il meglio per loro. Il criterio di tale valutazione si radica nelle dinamiche sociali legate a tali pratiche. Vi è infatti un'aspettativa di gruppo del fatto che anche le altre bambine saranno sottoposte a tale pratica e la convinzione che le bambine non sottoposte a MGF verranno esposte alla condanna, alla stigmatizzazione e all'isolamento da parte del gruppo sociale di riferimento, che porterà in particolare all'impossibilità di sposarsi con un membro di tale gruppo. A partire da tale considerazione è più facile comprendere come poi la pratica si intrecci all'identità di genere, al senso di autostima e ai riti di ingresso nella comunità. Le giustificazioni a rinforzo della norma sociale sono numerose e variano secondo i gruppi. Le MGF sono considerate necessarie al passaggio all'età adulta perché assicurano alla bambina che vi è sottoposta lo status di donna; in altri casi sono ritenute necessarie per il matrimonio o capaci di garantire castità, igiene, bellezza e onore familiare. Spesso si ritiene che la norma sia prescritta dalla religione, anche se nessuna religione la prescrive. Si tratta, infatti, di pratiche tradizionali di antichissima origine che precedono la nascita delle grandi religioni monoteiste. Della pratica si rinvergono tracce anche nell'Antico Egitto, come testimonierebbe l'espressione "circoncisione faraonica", e successivamente nell'Antica Roma, periodo al quale potrebbe essere legata la nascita del termine infibulazione, dalla fibula applicata a giovani schiavi di ambo i sessi e a giovani gladiatori, per impedire loro rapporti sessuali e gravidanze. Erodoto

(V secolo a.C.) parla di MGF come di una pratica conosciuta tra i Fenici, gli Ittiti, gli Etiopi e gli Egiziani. Menzione viene fatta anche nella letteratura medica antica: un medico greco (Soranus d'Efeso – prima metà del 2° sec. d. C.) che la praticava ad Alessandria e a Roma, descrive in modo dettagliato gli strumenti utilizzati, mentre un altro medico (Aetius Amidenus – seconda metà del V-prima metà del VI secolo d. C.) descrive le diverse fasi dell'operazione.

Comprendere il tipo di convinzioni e di aspettative alla base di queste pratiche è fondamentale per lavorare a progetti finalizzati alla loro eradicazione. Poiché la scelta dei genitori di sottoporre o no una bambina alla pratica dipende largamente dalle scelte che vengono fatte dai loro pari, qualsiasi azione in tal senso non può prescindere dall'assumere come obiettivo il gruppo piuttosto che alcuni individui o singole famiglie.

### **Come si possono trasformare le norme sociali**

Per spiegare come funziona una norma sociale o come possa essere trasformata, si può fare l'esempio di un gruppo che assiste a una proiezione cinematografica. Immaginiamo un gruppo che ha come convenzione che le persone che assistono agli spettacoli debbano stare in piedi invece che sedute. Ciò avviene da sempre, per ogni proiezione. Immaginiamo che arrivi una persona da fuori e dica che nel resto del mondo si assiste agli spettacoli cinematografici stando seduti. Dopo la sorpresa iniziale qualcuno potrebbe iniziare a pensare che effettivamente sedersi sia meglio. Tuttavia se una sola persona si siede non vedrà nulla, perché tutti gli altri rimangono in piedi. La trasformazione può avvenire però se una massa critica di persone, anche minore della maggioranza, si organizza in modo da potersi sedere. Questo gruppo mostrerà che si può guardare lo spettacolo in modo più confortevole, riuscendo a vedere lo schermo, e porterà gli altri a valutare i benefici e a sedersi a loro volta. In modo analogo in comunità dove le MGF sono necessarie per sposarsi, se una sola famiglia abbandona la pratica le giovani di quella famiglia rischiano di non trovare partner matrimoniali. Ma, se un gruppo organizzato di famiglie decide di smettere di praticare le MGF mostrando agli altri i benefici di tale decisione, il cambiamento potrà estendersi su una scala maggiore. All'inizio tali famiglie potranno subire ugualmente una certa pressione

contraria. Tale pressione tenderà a scomparire al crescere del numero di famiglie che aderiscono alla nuova norma, fino a quando un certo punto critico sarà raggiunto. Da questo momento in poi, molti saranno indotti a pensare che i vantaggi in termini di status e onore che la pratica porta alle bambine non compensino più i rischi che tale pratica implica. Ciò porta all'abbandono definitivo della pratica.

Tali considerazioni sono alla base degli studi di Jerry Mackie e dei suoi colleghi e della *Convention Theory* che in termini analoghi spiega l'abbandono dell'antica pratica della legatura dei piedi delle bambine in Cina. Questo approccio è stato utilizzato con successo recentemente nei Paesi dove si praticano le MGF per progettare le campagne finalizzate all'eradicazione della pratica.

L'esperienza sul campo ha messo in risalto sei principali elementi necessari al cambiamento, alcuni dei quali sono utili anche per progettare azioni nel contesto migratorio:

1. Alla base di ogni azione ci deve essere un approccio non coercitivo e non giudicante, il cui focus primario sia il rispetto dei diritti umani e l'*empowerment* di bambine e donne. Le comunità tendono a mettere in discussione le MGF quando accrescono la loro consapevolezza e comprensione dei temi legati ai diritti umani e ai rischi legati alla salute, di cui spesso non sono a conoscenza perché le conseguenze avverse non sono messe in relazione con la pratica delle MGF. La consapevolezza dei rischi per la salute stimola il dibattito e il dibattito aiuta a diffondere la consapevolezza che le donne godrebbero di salute migliore se non fossero sottoposte a MGF.
2. Occorre dunque la consapevolezza dei danni delle MGF. Attraverso un approccio non giudicante i costi a livello di salute delle MGF tendono a diventare più evidenti se le persone condividono la loro esperienza personale.
3. La decisione di abbandonare la pratica deve essere una scelta collettiva del gruppo o dei gruppi, in particolare in quelli entro cui hanno luogo i matrimoni. Il cambiamento tende ad essere definitivo se la decisione è presa da un gruppo reso consapevole e organizzato.
4. È importante che il cambiamento e l'impegno verso l'abbandono della pratica siano sanciti da azioni pubbliche. È importante infatti che i membri del gruppo, in par-

ticolare quelli investiti di autorità, prendano posizione e, meglio ancora, la mettano per iscritto in documenti di rilevanza pubblica.

5. La diffusione organizzata della notizia deve essere rapida, in modo che l'abbandono della pratica sia adottato il più rapidamente possibile e nello stesso momento. È importante che la nuova norma sociale che prescrive che le bambine non siano sottoposte a MGF si consolidi il prima possibile.
6. È importante poter contare su un ambiente che sostenga il cambiamento, a tutti i livelli. È importante il sostegno governativo, legislativo e da parte dei media.

L'uso di approcci di tipo olistico nella campagne per l'abbandono delle MGF ha inoltre evidenziato il legame col tema dell'*empowerment* femminile. La condizione femminile e la discriminazione e violenza di genere sono, infatti, strettamente legate al tema delle MGF. Ovunque si migliori l'accesso all'istruzione e il range di possibilità offerti a donne e bambine, si lavora in modo indiretto per creare un ambiente recettivo alle campagne per l'abbandono delle MGF.

### La legislazione

Diffondere la conoscenza dell'esistenza di leggi contro le MGF nei Paesi di insediamento o nei Paesi di origine ha effetti che trascendono la sfera strettamente giuridica. Per gli individui contrari alla pratica che devono confrontarsi con altri membri della propria famiglia ad essa favorevoli, tali leggi sono strumenti potenti di protezione delle bambine, in particolare quando si trovano ad affrontare viaggi di ritorno al Paese d'origine. Molti operatori in diversi Paesi di immigrazione hanno infatti riferito di madri che hanno potuto opporsi alle pressioni di suocere e nonne obiettando che se le figlie fossero state mutilate loro avrebbero rischiato di essere incarcerate al ritorno in Europa e che le figlie avrebbero potuto essere loro sottratte dai servizi sociali.

## Paesi africani in cui esiste una legge che vieta le MGF per anno di promulgazione.

- Benin (2003)	- Guinea Bissau (2011)
- Burkina Faso (1996)	- Kenya (2001, 2011)
- Rep. Centrafricana (1996, 2006)	- Mauritania (2005)
- Ciad (2003)	- Niger (2003)
- Costa d'Avorio (1998)	- Nigeria (2015)
- Egitto (2008)	- Senegal (1999)
- Eritrea (2007)	- Sudafrica (2000)
- Etiopia (2004)	- Sudan (Sud Kordofan 2008, Gedaref 2009)
- Gambia (2015)	- Tanzania (1998)
- Ghana (1994, 2007)	- Togo (1998)
- Gibuti (1994, 2009)	- Uganda (2010)
- Guinea (1965, 2000)	- Zambia (2005, 2011)

## Presenza di leggi a livello nazionale e sub-nazionale e di politiche nazionali a supporto per l'eradicazione della pratica in alcuni Paesi africani.

	Presenza di una legge nazionale che mette al bando le MGF	Presenza di una legge che mette al bando le MGF a livello sub-nazionale	Politiche nazionali a supporto dell'eliminazione	Politiche sub-nazionali a supporto dell'eliminazione
Burkina Faso	•		•	•
Egitto	•		•	
Eritrea	•		•	
Etiopia	•		•	•
Gambia			•	•
Gibuti	•		•	
Guinea	•		•	
Guinea-Bissau	•		•	
Kenya	•		•	•
Mali			•	•
Mauritania			•	•
Nigeria		al bando in 10 stati	•	
Senegal	•		•	•
Somalia			•	
Sudan		al bando in 10 stati	•	•
Uganda	•		•	•
Yemen			•	•

Fonte: UNFPA-UNICEF – Voices of change, 2015.

## Norme in Paesi di immigrazione per anno di promulgazione.

- Australia (6 stati su 8 1994-2006)	- Lussemburgo (sulle mutilazioni non specificamente genitali, 2008) Nuova Zelanda (1995)
- Austria (2002)	- Norvegia (1995)
- Belgio (2000)	- Portogallo (2007)
- Canada (1997)	- Spagna (2003)
- Cipro (2003)	- Svezia (1982, 1998)
- Colombia (2009)	- Svizzera (2005, norma più severa nel 2012)
- Danimarca (2003)	- Gran Bretagna (1985)
- Francia (Codice penale, 1979)	- USA (1996)
- Italia (2005)	

## Dichiarazioni e Convenzioni internazionali.

- Dichiarazione internazionale dei diritti dell'uomo (1948): sancisce il diritto alla sicurezza e all'integrità personale
- Convenzione di Ginevra sui rifugiati (1951): chi fugge sotto minaccia di MGF può chiedere lo status di rifugiato
- Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (1979)
- Convenzione contro la tortura (1984)
- Convenzione sui diritti dei bambini (1989)
- Dichiarazione di Vienna e programma mondiale di azione della Conferenza mondiale sui diritti umani (1993)
- Conferenza mondiale sulla popolazione e lo sviluppo (1994)
- Piattaforma per l'azione della Quarta Conferenza mondiale sulle donne (1995)
- Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli (1997)
- Dichiarazione di Addis Abeba contro la violenza sulle donne (1998)
- Dichiarazione del meeting regionale di Ouagadougou per la lotta contro le mutilazioni genitali femminili (1999)
- Risoluzione del Parlamento Europeo contro le mutilazioni genitali femminili (2001)
- Protocollo di Maputo (2003)
- Risoluzione per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili della Commissione sullo stato delle donne (2007)
- Risoluzione 54/7 per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili della Commissione sullo stato delle donne (2010)
- Risoluzione del Parlamento Europeo (14 giugno 2012)
- Risoluzione sulle bambine (62/120) dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (2012)
- Inclusione dell'eradicazione delle MGF negli Obiettivi sostenibili (*Sustainable Development Goals* – SDGs-obiettivo 5.3)

### Conseguenze sanitarie delle MGF

Le MGF possono avere serie conseguenze sulla salute fisica e mentale delle bambine e delle donne. I rischi per la salute e le complicanze dipendono dalla gravità della mutilazione, dalle condizioni igieniche, dall'abilità di chi la pratica e dalla resistenza opposta dalla persona durante l'intervento. Le minori che hanno subito la forma più severa delle MGF (l'infibulazione) sono quelle che con maggior probabilità andranno incontro alle complicanze più gravi e durature.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica tali pratiche in:

#### A. Complicazioni immediate

Le complicazioni immediate più frequenti, che avvengono soprattutto nel caso delle infibulazioni, sono: difficoltà a urinare e ritenzione urinaria, emorragie, infezioni, febbre, shock, setticemia, danno ai tessuti adiacenti la vulva, non cicatrizzazione e tetano. Alcune di queste complicazioni possono avere conseguenze tragiche e condurre alla morte.

#### B. Complicazioni a medio termine

Le complicazioni che sopraggiungono con maggiore frequenza sono: infezione pelvica, infezione dell'utero e della vagina, cisti e ascessi vulvari, cisti da inclusioni, formazioni di cicatrici detraenti o cheloidi, formazioni di neuroma traumatico – alterazione benigna del tessuto nervoso caratterizzata da forte dolorabilità – e vulvovaginiti. Sono frequenti i casi d'anemia o malnutrizione, legati alla difficoltà di un'alimentazione normale: per trauma, per timore e difficoltà nell'espletamento dei bisogni fisiologici.

#### C. Complicazioni a lungo termine

Un'infibulazione stretta comporta soprattutto: dispareunia (difficoltà o impossibilità per la penetrazione e dolore durante il rapporto sessuale), dismenorrea (mestruazioni dolorose). Sono frequenti anche i casi di difficoltà della minzione (incapacità a svuotare la vescica e difficoltà ad urinare per i danni all'orifizio uretrale), incontinenza, calcoli vaginali, fistole retto-vaginali, formazione di una falsa

vagina, ipersensibilità dell'area genitale ed infertilità. La maggioranza delle donne infibulate o mutilate a causa della tenosi della vulva e della vagina ha difficoltà durante il coito vaginale.

#### Complicazioni ostetriche

In travaglio le donne infibulate possono avere molte difficoltà causate dall'intervento subito e necessitano di particolare assistenza durante il parto, inclusa la necessità di interventi di de-infibulazione. Il tessuto fibroso vulvare non permette la dilatazione necessaria per il normale passaggio del nascituro. Se non si procede alla riapertura dei tessuti, la testa del bambino si ferma nel canale vaginale e la mancanza di ossigeno provoca asfissia a livello cerebrale. In mancanza di una de-infibulazione si riscontrano lacerazioni perineali, uretrali e rettili.

Quando il travaglio si prolunga per molto tempo e il canale del parto è ostruito, da un lato si può andare incontro a rottura dell'utero, con conseguente grave emorragia e possibile morte materna; dall'altro la greve asfissia può portare a morte endouterina fetale o alla nascita di un bambino con handicap. Sono frequenti anche i casi di emorragie, infezioni delle ferite perineali, periodo espulsivo prolungato, infezione puerperale, fistole vescico-vaginali dovute alla prolungata pressione fetale sulla vescica, esecuzione di tagli cesarei non necessari, morte per emorragia o sepsi puerperale.

#### Complicazioni psicologiche e sessuali

Le MGF distruggono gran parte o tutte le terminazioni nervose a livello vulvare ritardando o impedendo l'eccitazione ed il successivo orgasmo. Le implicazioni psicologiche e sessuali sono poco note ma importanti, anche se diverse nel contesto di immigrazione rispetto al contesto tradizionale. La poca letteratura esistente sul contesto tradizionale parla di aspetti altamente valorizzanti e di risvolti positivi di tipo sociale che sostengono l'operanda al momento dell'intervento nei contesti culturali d'origine, dove il non essere mutilata comporta una condizione che può portare all'esclusione dalla vita sociale del gruppo. Esistono tuttavia situazioni estreme in cui le donne soffrono per le gravi conseguenze

## Le Mutilazioni Genitali Femminili

Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici

psicosociali legate molto spesso a complicazioni di tipo fisico, quali ad esempio incontinenza fecale o urinaria a seguito di prolasso, fistole, infezioni, lacerazioni da coito anale o da parto. In tali circostanze si può verificare la separazione dal coniuge, l'emarginazione e nei casi più gravi il suicidio.

Le conclusioni degli studi sugli aspetti sessuali delle MGF sono molto controverse e sono valutate in modo differente a seconda del background culturale degli studiosi. Alcune donne sostengono di riuscire a compensare la compromissione di organi esogeni riuscendo ad avere comunque una vita sessuale soddisfacente; altre invece dichiarano di non essere mai riuscite a provare un orgasmo.

Vengono comunque segnalati episodi di tipo simil-psicotico all'approssimarsi del primo rapporto sessuale, in particolare nei casi di infibulazione in cui l'evento delle nozze è imprescindibilmente legato all'apertura della vulva chiusa, segno tangibile di verginità. Infine si deve sottolineare che non vi è alcuna tecnica chirurgica capace di rimediare a una cliteridectomia o di ripristinare la sensibilità erogena dell'apparato mutilato.

### Prevenzione, sostegno e presa in carico per la cura

Per prevenire la pratica delle MGF sulle bambine è necessario in primo luogo identificare le minori a rischio, in modo da poter approcciare le famiglie con interventi preventivi.

Tali interventi, molto delicati, dovrebbero essere basati sui seguenti principi:

- Ricercare un approccio orientato all'accoglienza e all'integrazione: dove le famiglie sono ben inserite nel nuovo contesto possono sentire meno l'esigenza di ricorrere a pratiche che rinforzano l'appartenenza al proprio gruppo etnico e al Paese d'origine.
- Sottolineare che la condizione di migrante implica l'adozione di atteggiamenti e usanze diverse da quelle del Paese d'origine e che è necessario considerare la necessità per le bambine di essere uguali alle coetanee. Ciò non implica una diminuzione dell'importanza del ruolo dei genitori o dei loro valori.
- Sottolineare che le MGF in terra di emigrazione aggiungono al danno fisico e psicologico uno stigma che può essere motivo di emarginazione. Questo anche perché il

tema diventa spesso il pretesto per violente campagne xenofobe. Inoltre il vantaggio dell'accettazione sociale ottenuto in cambio della menomazione è assente nei Paesi di insediamento.

- Informare che le MGF sono vietate dalla legge italiana, da quella degli altri Paesi europei e da molti Paesi d'origine. È utile far riferimento alle molte campagne per il superamento della pratica nei Paesi d'origine.

Bisogna inoltre mantenere un atteggiamento non giudicante, tenendo presente che, se le MGF vanno combattute con fermezza, non bisogna stigmatizzare le culture di appartenenza, né le donne che hanno subito la pratica. È necessario infatti comprendere che il cambiamento di contesto può generare crisi di identità e disagio nelle donne, che per la prima volta possono percepire l'MGF come una mutilazione che le rende sessualmente handicappate e le addita come vittime di un mondo barbaro e selvaggio.

### La trasmissione intergenerazionale delle MGF

È utile anche conoscere quali caratteristiche siano più legate alla trasmissione intergenerazionale delle MGF. L'indagine effettuata nel 2010 in Lombardia ha infatti sottolineato come il primo fattore di rischio per una bambina originaria da Paesi a rischio è avere una madre che abbia essa stessa subito la pratica. Ciò può sembrare contro-intuitivo se non si ragiona in una logica legata alle norme sociali. Ci si aspetterebbe, infatti, che una donna che abbia subito la pratica delle MGF sia ad essa contraria, avendone subito in prima persona le conseguenze sul piano fisico. Al contrario, invece, capita più spesso che coloro che hanno subito MGF diano particolare peso al meccanismo compensatorio che fa di esse un membro accettato della comunità e tendano per questo a dare particolare importanza ai benefici sociali della pratica e quindi a voler assicurare tali benefici anche alle proprie figlie.

Un altro fattore di rischio è la nascita nei Paesi di origine. Le bambine nate nei Paesi di origine sono, infatti, per più tempo esposte insieme alle loro famiglie ai

meccanismi di reciproca aspettativa che sottendono alle MGF. A parità di ogni altra condizione, i rischi per le bambine nate in Italia sono inferiori. Inoltre alcune caratteristiche delle madri e delle famiglie sono generalmente legate ad un rischio maggiore di trasmissione delle MGF: bassa istruzione, elevata percentuale di matrimoni all'interno di una medesima comunità, elevata proporzione di donne che non lavorano. Più una comunità è chiusa e meno le donne interagiscono con la società (ad esempio attraverso il lavoro), permanendo in una situazione di isolamento, più le pratiche tradizionali rischiano di mantenere – o peggio ancora accrescere – l'importanza che avevano nell'ambito del Paese d'origine.

Inoltre l'indagine lombarda ha sottolineato come tra le comunità incluse nell'indagine il rischio di subire MGF per le bambine fosse maggiore tra le bambine egiziane, nigeriane, somale ed etiopi, a causa di un maggior supporto alla pratica derivante da caratteristiche strutturali come l'altra prevalenza di MGF tra le madri o dall'alta percentuale di bambine nate all'estero nella comunità.

### Assistenza alla donna portatrice di Mutilazioni Genitali Femminili

L'assistenza avviene principalmente in due momenti:

- Visita ginecologica e gestione prenatale
- Assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio

#### Visita ginecologica e gestione prenatale

Una donna proveniente da Paesi a rischio può presentarsi alla visita medica con sintomi che potrebbero essere conseguenze di MGF quali

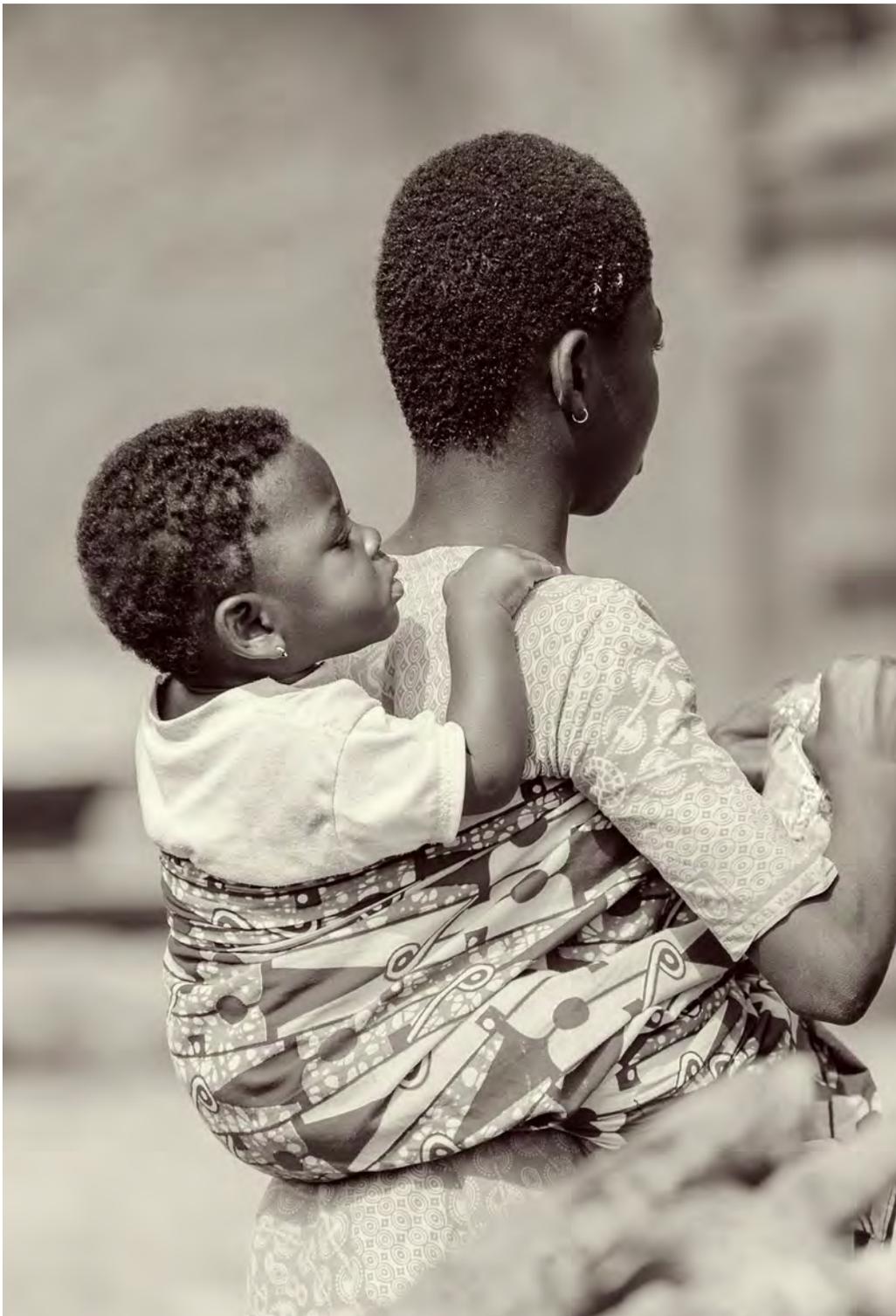
- dolori addominali diffusi;
- dismenorrea persistente;
- infezioni ricorrenti del tratto urinario e genitale;
- difficoltà nei rapporti sessuali.

È importante che il primo impatto con i nostri servizi sanitari, ospedalieri o territoriali, non costituisca un evento drammatico, ma avvenga all'insegna del rispet-

to e dell'accoglienza. In questo senso è necessario:

- Garantire un'adeguata formazione sul tema agli operatori coinvolti al fine di promuovere un atteggiamento di accoglienza, rispetto e accettazione, evitando atteggiamenti di sorpresa, curiosità o orrore.
- Rendere consapevoli gli operatori che la pratica MGF può far scaturire, a livello emotivo, atteggiamenti di "orrore e indignazione", sottolineando la "diversità" della paziente. Gli operatori devono essere in grado di gestire la loro emotività.
- Eseguire delicate manovre semeiotiche e strumentali, previo consenso e aiutare la donna a percepirsi come "corpo attivo" piuttosto che "passivo".
- Evitare di chiamare altri colleghi o specializzandi durante la visita se non dopo aver avuto il consenso dalla donna stessa.
- Far riconoscere le diversità tra la normale anatomia femminile e quella della donna mutilata, secondo i bisogni e i desideri della stessa, illustrando i motivi delle analisi mediche e delle procedure adottate.
- Considerare le MGF una semplice anomalia anatomica evitando atteggiamenti moralistici o critici.
- Gestire con delicatezza e rispetto il rifiuto ad una richiesta di infibulazione o re-infibulazione dopo il parto, evitando motivazioni sminuanti che potrebbero portare la donna a farsi infibulare clandestinamente.
- Utilizzare, se possibile, mediatrici linguistico-culturali.
- Far conoscere agli operatori il ruolo che i mariti potrebbero avere nel prendere le decisioni in merito.
- Proporre gruppi di auto-aiuto.

Una donna che ha subito un'infibulazione dovrebbe essere informata della possibilità di essere de-infibulata ("aperta"), spiegando i vantaggi di questa procedura: meno dolore durante le mestruazioni, meno infezioni vaginali e urinarie, maggior facilità nei rapporti sessuali, maggior facilità a sottoporsi ad esami preventivi, come il pap test, che altrimenti sarebbero impediti.



### **Assistenza in gravidanza, al parto e in puerperio**

Per quanto riguarda la modalità del parto, è opportuno ricordare che, nella donna portatrice di MGF di Tipo 1, 2 e 3 non vi è indicazione elettiva ed assoluta al taglio cesareo. Di questo sarebbe opportuno parlare con la coppia già durante la gravidanza.

Occorrerebbe:

- Eseguire il minor numero possibile di esplorazioni vaginali.
- Effettuare, se possibile, una de-infibulazione a 15-20 settimane, in anestesia generale o spinale
- Al parto, eseguire una episiotomia ventrale sulla cicatrice della infibulazione (de-infibulazione) e, se necessario, fare anche una episiotomia mediana o paramediana.
- Discutere con la paziente e con il marito sulla sutura da effettuare dopo il parto (in caso la paziente chieda di essere “richiusa”, deve essere negata la possibilità di farlo).

Dopo il parto:

- Suturare separatamente i lembi della episiotomia ventrale.
- Controllare altre lacerazioni perineali e vaginali.
- Fornire informazioni riguardanti il miglioramento delle precedenti difficoltà nella minzione, durante le mestruazioni e durante i rapporti sessuali.

### **Assistenza in puerperio**

- Effettuare un’assistenza delicata ai tessuti genitali, dando spiegazioni precise alla donna su tutto ciò che viene fatto.
- Se il neonato è femmina, utilizzare la visita di dimissione neonatale quale occasione per mostrare e far conoscere l’aspetto dei genitali esterni di una neonata femmina alla nascita. Nella stessa sede è opportuno affrontare il problema della contraccezione e della prevenzione (es. Pap test).
- Se si instaura un clima di fiducia con la puerpera, è opportuno proporle la

partecipazione a gruppi di educazione alla salute e sessuale a livello territoriale (es. consultori familiari).

- Ove possibile, attivare “centri dedicati” in cui – accanto a personale sanitario (ginecologi, ostetriche), sociale e psicologico formato sulle tematiche delle MGF – siano presenti mediatrici linguistico-culturali, per affrontare con le famiglie a rischio le tematiche in questione.

### L’assistenza pediatrica

Le occasioni in cui il pediatra può entrare in contatto con le MGF sono:

- In ospedale, durante la degenza della puerpera e della neonata, al momento del riconoscimento della figlia, in occasione delle prime visite di controllo. Il pediatra, in sede di colloquio con i genitori sulla salute della bambina, deve affrontare anche l’argomento delle MGF, chiedendo loro le intenzioni al riguardo.
- Nell’ambulatorio del pediatra di libera scelta o nel consultorio, in occasione di visite di controllo. Nel caso di una bambina proveniente da un Paese a rischio (o di una bambina nata in Italia, ma con madre o padre immigrati da zone dove esiste la pratica delle MGF), è necessario effettuare un’attenta anamnesi familiare per decidere un’eventuale azione preventiva.
- In caso di visita al Pronto Soccorso di una bambina che presenti segni sospetti quali anemia da causa sconosciuta, setticemia, infezione genitale con evidenti lesioni da mutilazione recentemente avvenuta, occorre avvertire le autorità giudiziarie.
- In caso di consulenza specialistica, quando una bambina o adolescente proveniente da un Paese a rischio presenta modificazioni comportamentali da causa apparentemente sconosciuta, specialmente a seguito di vacanze passate nel Paese d’origine. In tal caso, è possibile che abbia subito le MGF durante il soggiorno. Il trauma si può manifestare con ansia, depressione, sogni ricorrenti di oggetti taglienti e/o altri simboli che evocano l’evento mutilatorio, sfiducia nei genitori e negli adulti in genere, accentuazione dei conflitti inter-generazionali, vergogna, imbarazzo, mancanza di autostima, concezione

non valorizzante dell’esser donna, calo improvviso del rendimento scolastico, isolamento dai coetanei o, al contrario, iperattività, esplosioni di rabbia e dolore, paura degli estranei, di essere toccata, terrore delle visite mediche e del personale sanitario, rifiuto dei luoghi di cura.

- Nei casi di visita medica di adolescenti originarie dei Paesi a rischio che presentano problemi di dismenorrea, amenorrea e addome acuto. All’età del menarca, in caso di infibulazione, esiste il rischio di ematocolpo. Studi recenti hanno evidenziato che questa fase della vita è attesa con particolare ansia e timore dalle bambine di alcuni Paesi, spesso consapevoli delle conseguenze negative che essa comporta, aumentandone le complicanze psicologiche.

Occorre, quindi, che il pediatra conosca il problema delle MGF e ne parli con i genitori in modo chiaro e tranquillo. In questa fase di approccio è fondamentale saper trasmettere rispetto dei costumi e della storia personale del nucleo familiare. Il tempo per affrontare l’argomento deve essere sufficiente per approfondire tutti i particolari. La comunicazione, se necessario, deve essere facilitata dalla presenza di un mediatore linguistico-culturale (preferibilmente donna). Il colloquio può iniziare con la madre, ma deve successivamente coinvolgere anche il padre. In seconda battuta può essere opportuno coinvolgere anche i nonni, laddove presenti, o altri membri autorevoli della comunità etnica di appartenenza. Il pediatra, prima di affrontare la problematica, deve essere informato sulla complessità dell’argomento, conoscere le motivazioni e le forme classificate della MGF, i relativi aspetti legali nazionali ed internazionali. Deve spiegare chiaramente che la pratica delle MGF in Italia è illegale e fornire materiale informativo sulla legislazione vigente. Importante è anche sapere esattamente la provenienza del nucleo familiare, perché, a seconda dell’origine, si può programmare un percorso di prevenzione specifico. Deve essere in grado, inoltre, di sviluppare un approccio partecipato e sensibile, che coinvolga i genitori nell’azione di prevenzione e di cambiamento, senza stigmatizzarli e giudicarli. Il pediatra deve sapere che le MGF sono illegali, dannose, impraticabili ed essere consapevole di potersi assumere la responsabilità di un intervento preventivo, curativo e riabilitativo.

### Ruolo dei Servizi sociali

In alcuni casi l'operatore di primo contatto è l'assistente sociale. In queste occasioni dovrebbe programmare ed organizzare, possibilmente in collaborazione con una mediatrice linguistico-culturale, i seguenti interventi:

- Avviare colloqui con i genitori e successivamente con il nucleo familiare allargato, per la ridefinizione delle relazioni inter ed intrafamiliari. È fondamentale informare i genitori dell'esistenza della legge italiana contro le MGF (L. 7/2006).
- Favorire i contatti tra famiglie che hanno scelto di non mutilare le figlie e quelle a rischio e indecise sull'argomento. Promuovere l'accesso ai servizi territoriali e ai programmi elaborati da ASL ed Enti locali.

Le raccomandazioni per gli operatori sociali delle linee guida ministeriali sottolineano inoltre alcune questioni:

- La vicinanza alla vita delle famiglie e delle comunità da parte delle assistenti sociali, il supporto che danno alla tutela della salute dei minori e all'inserimento scolastico consentono loro di costruire quei legami di fiducia e di confidenza con ogni famiglia che possono far emergere anche gli aspetti più celati della propria cultura.
- Le assistenti sociali sono anche il tramite per coinvolgere non solo le donne, ma anche i loro mariti e le comunità in programmi di prevenzione e di tutela della salute che costituiscono il contesto all'interno del quale possono maturare posizioni di abbandono e di contrasto della tradizione delle MGF.
- Il coinvolgimento degli uomini, da parte degli operatori, nel percorso di revisione di valori, norme e tradizioni che governano i rapporti uomo-donna, il ruolo della donna nella famiglia, la figura femminile nella società potrà favorire più efficacemente il cambiamento di comportamento rispetto alle MGF.
- Pretesti per allacciare rapporti possono essere rappresentati dai momenti di socializzazione che valorizzano tradizioni o solennità della comunità e che offrono l'occasione per aprire il dialogo, promuovere la conoscenza reciproca, aprire la comunità al mondo esterno.
- Il coinvolgimento della comunità può avvenire più agevolmente attraverso

contatti con leader riconosciuti (religiosi, persone di successo, anziani), il cui comportamento genera un processo imitativo da parte di altri membri della comunità.

- Importante è l'individuazione, nel contesto locale, di casi di rifiuto della tradizione della MGF, che possono costituire non solo un esempio da imitare, ma un precedente che dà sicurezza rispetto alle scelte che potrebbero essere compiute.

### Ruolo delle scuole

Si suggeriscono buone prassi atte a:

- Acquisire un buon livello di conoscenza delle MGF e delle possibili conseguenze sul comportamento delle bambine.
- Acquisire una conoscenza delle altre culture in modo da stimolare, rafforzare o mantenere comportamenti positivi.
- Introdurre il discorso delle MGF alle famiglie interessate, in occasione dei colloqui individuali, informandoli:
  - > sulle complicità negative della pratica MGF
  - > sulla legislazione italiana ed internazionale in materia di MGF
  - > sui cambiamenti sociali e legislativi dei Paesi d'origine.

Nel caso in cui la bambina sia già stata sottoposta alla pratica MGF, l'insegnante dovrebbe essere in grado di cogliere eventuali "segnali di allarme" dai comportamenti anomali della minore ed affrontare il problema, per la parte che le compete, facendosi supportare e consigliare da personale esperto.

Come si evidenzia nelle raccomandazioni delle Linee guida ministeriali: "La bambina o la ragazza potrebbe impiegare molto tempo per urinare; potrebbe non partecipare ad attività di educazione fisica a causa dei dolori provocati dalle cicatrici, potrebbe subire cambiamenti nell'andatura e nei movimenti; la ragazza potrebbe soffrire di forti dolori mestruali e assentarsi dalle lezioni uno o due

giorni al mese e/o presentare cambiamenti dell'umore e del comportamento, potrebbe parlare meno, tendere ad isolarsi, percepire la propria diversità, vivere con disagio la partecipazione ad attività di gruppo.

In questi casi è importante attivare nell'ambito scolastico un programma di sostegno psicologico e sanitario. Le alunne appartenenti a comunità con tradizione escissoria potrebbero essere contattate direttamente da un'insegnante, con la quale sia stato stabilito un rapporto privilegiato, per sondare, in colloqui privati, se il tema delle MGF sia un argomento presente nella vita della minore nell'ambito familiare, e in caso affermativo, per affrontare questo argomento con la ragazza, con la famiglia e la comunità. In caso di rischio, l'insegnante potrebbe interessare, attraverso il docente referente provinciale per l'educazione alla salute, esperti (psicologi e assistenti sociali operanti nell'ambito scolastico) o strutture specializzate (distretto sanitario, servizi per la promozione della salute in età evolutiva nella comunità, consultori familiari) che possano verificare il rischio, offrire ascolto, ma anche l'assistenza necessaria alla scuola, alle bambine, alle famiglie per innescare un processo culturale di revisione e messa in discussione delle proprie tradizioni in nome della dignità della persona e di diritti universali". Esperienze in altri Paesi europei (Gran Bretagna, Svezia, Danimarca, Svizzera) mostrano che l'abbandono delle MGF in un contesto immigratorio è più veloce, anche in presenza di ostacoli culturali nelle comunità e/o nella propria famiglia. Tramite metodologie di *capacity building*, *focus group*, autopromozione e sistemi simili, le comunità immigrate target sono stimolate a partecipare attivamente al superamento di consuetudini tradizionali dannose e degradanti per la persona.

### Comunicazione e MGF: alcuni principi di base

La comunicazione con pazienti e famiglie affette o potenzialmente a rischio di MGF è un aspetto molto delicato. Nella precedente edizione di questo Vademecum si approfondivano i risultati di un'indagine basata su interviste a testimoni privilegiati, che qui si riassume nei punti principali più utili agli operatori.

Parlando di comunicazione, sono due gli aspetti che devono essere presi anzi-

tutto in considerazione:

- 1) come trattare le pazienti che vengono in ambulatorio;
- 2) come portarle in ambulatorio.

In genere, le donne si sottopongono ad una visita specialistica perché sono in gravidanza oppure mandate da medici di famiglia perché hanno problemi o difficoltà nei rapporti sessuali o perché vogliono essere de-infibulate. Se si vuole attivare un ambulatorio o un centro per il trattamento e la prevenzione delle MGF, è importante farlo conoscere, fornendo informazioni su ciò che può offrire, attraverso la diffusione di volantini nelle zone a rischio, l'uso di internet e l'informazione alle organizzazioni che si occupano di questo problema. Brochure, volantini, manifesti vanno tradotti nelle lingue delle etnie interessate. La chiave della comunicazione è il rispetto, che permette alle donne di aprono e raccontare. Durante una visita medica, se ci si mostra neutrali e non giudicanti, si riesce ad entrare in rapporto stretto con queste pazienti. Raccontano la loro situazione, le loro paure: alcune mamme dicono che devono praticare le MGF alle figlie perché se tornassero nei Paesi di origine le ragazze potrebbero avere problemi nelle comunità. Con un atteggiamento rispettoso e non giudicante si devono illustrare i severi problemi sanitari connessi alla pratica.

È sconsigliabile usare l'espressione "mutilazioni genitali femminili" o il termine "mutilazioni", perché hanno una connotazione negativa e molte donne non sanno cosa vogliono dire.

Bisogna stare attenti a non utilizzare un linguaggio peggiorativo e ad usare una terminologia che sia comprensibile per le donne o che sia neutra.

Si possono usare espressioni quali "pratica", "tradizione", "operazione", "sei stata tagliata". Per relazionarsi nel modo migliore con le donne si può chiedere loro come chiamano la pratica e poi utilizzare il termine da loro indicato. Ogni Paese, ogni cultura ha le sue parole. È utile semplificare i concetti e aiutarsi con disegni che illustrino in modo semplificato l'apparato femminile. Si possono utilizzare storie di altre donne mutilate (*case histories*), per spiegare gli effetti negativi delle MGF. Nel caso si renda possibile o necessaria l'assistenza di un mediatore cultu-

## Le Mutilazioni Genitali Femminili

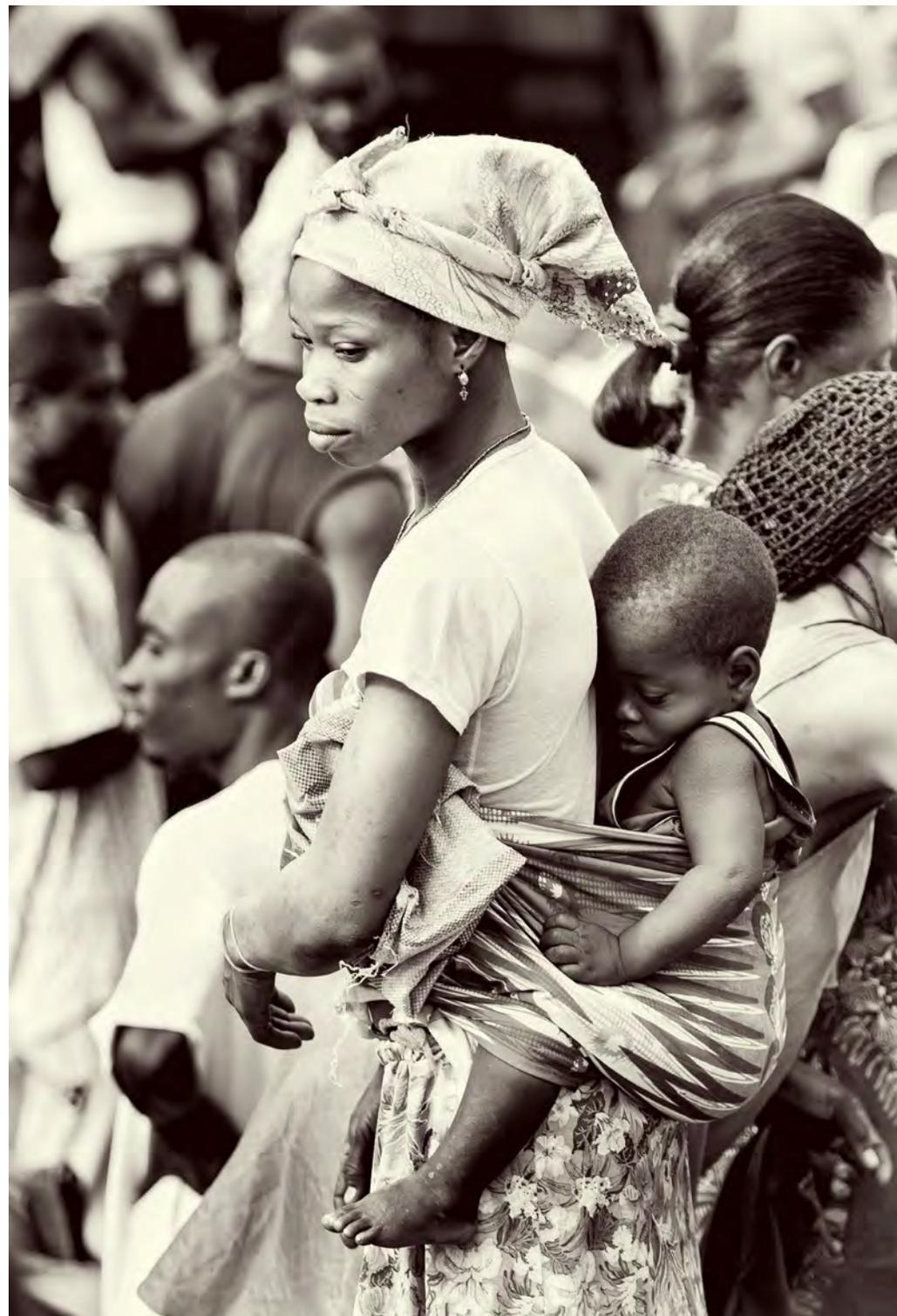
Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici

rale è utile che questi non conosca personalmente la paziente, perché la donna potrebbe sentirsi condizionata e non libera di esprimersi.

Certe volte le pazienti si presentano alle visite ginecologiche con i mariti/com-pagni, più spesso quando si tratta di donne in gravidanza. Durante la visita è opportuno chiedere alla donna di decidere se l'uomo può rimanere nella stanza. La presenza degli uomini può essere utile per l'educazione della coppia, perché si può spiegare che le MGF sono contro la legge e illustrare i problemi sanitari e psicologici in cui si può incorrere.

In certi casi le donne non hanno mai parlato con il marito di questo problema, per cui la sua presenza può complicare l'andamento dell'incontro. Può essere utile d'altra parte condividere con gli uomini alcune informazioni, perché spesso sono loro a convincere le donne a far mutilare le bambine. L'ideale è avere un incontro preliminare con l'uomo e la donna, un secondo momento senza l'uomo e un momento finale con entrambi.

È improbabile che la presenza del marito possa essere uno strumento per trasferire alle comunità informazioni contro la pratica. A questo scopo esistono altri strumenti, come incontri e conferenze presso le comunità, in cui la questione può essere trattata da molti punti di vista.



### Alcune regole d'oro della comunicazione aderenti alle Linee guida "Comunicazione e MGF"

- Sapere molto bene di cosa si sta parlando: essere preparati. Conoscere bene la pratica, la legge (n. 7 del 9 gennaio 2006), le linee guida nazionali (art. 4, legge n. 7 del 2006), le prassi e i protocolli da seguire. È necessario conoscere i numeri del fenomeno e le sue caratteristiche in ambito territoriale.
- Acquisire competenze nell'ambito delle relazioni e della comunicazione interculturale. Utilizzare nella comunicazione materiali bilingui, immagini e *case histories*.
- Ascoltare.
- Essere neutrali e rispettosi, delicati. Mostrarsi a proprio agio con quello di cui si sta parlando.
- Verificare le conoscenze degli utenti e fornirle in caso di carenza.
- Non giudicare, non accusare, non stigmatizzare. Non definire a priori il proprio interlocutore.
- Ricordarsi che il piano legislativo non è sufficiente, seppur necessario, per l'abbandono della pratica e che diversi sono i motivi a sostegno o a contrasto delle singole scelte di riproduzione della pratica nella situazione di migrazione.
- Limitare il numero di persone che assistono alla visita.
- Fare attenzione al linguaggio non-verbale: non bisogna avere espressioni spaventate o stupite, che possono mettere in imbarazzo e umiliare le donne.

### Bibliografia, report e materiali reperibili online

- United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern, New York, UNICEF, 2016. [http://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf)
- UNICEF Female Genital Mutilation/Cutting: What might the future hold?, 2013. <http://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-cutting-what-might-the-future-hold-.html>
- UNFPA Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation, 2015. <http://www.unfpa.org/publications/demographic-perspectives-female-genital-mutilation>
- UNFPA Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions, 2015. <http://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions>
- Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change, New York, UNICEF, 2013. [http://www.unicef.org/publications/index\\_69875.html](http://www.unicef.org/publications/index_69875.html)
- UNFPA-UNICEF Voices of change. 2014 Annual Report of the UNFPA-UNICEF joint programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change, 2015. <http://www.unfpa.org/publications/2014-annual-report-unfpa-unicef-joint-programme-female-genital-mutilationcutting>
- Implementation of the International and Regional Human Rights Framework for the Elimination of Female Genital Mutilation, New York, UNFPA, 2014. <http://www.unfpa.org/publications/implementation-international-and-regional-human-rights-framework-elimination-female>
- Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement, WHO, 1997.
- Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement, WHO, 2008. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/>
- Global Strategy to Stop health-care providers from performing FGM, WHO, 2010. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr\\_10\\_9/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_10_9/en/)
- Toubia N., Caring for women with circumcision. A technical manual for health-care providers, New York, Rainbo, 1995.

- Leye E., Roelens K., Temmerman M., Medical aspects of female genital mutilation, Ghent, International Center for Reproductive Health – University of Ghent, 1998.
- UN Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, General Recommendations No. 14, Female circumcision, 1990; No. 19, Violence against women, 1992; No. 24, Women and health, 1999.
- UN General Assembly document A/C.3/54/C.13, Traditional or customary practices affecting the health of women and girls, 2003.
- UN Human Rights Committee, General Comments No. 20, Prohibition of torture and cruel treatment or punishment; No. 28, Equality of rights between men and women, CCPR/C/21/rev.1/Add.10, 2000.
- UN Commission on the Status of Women – Resources on FGM. <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-esc-csw.htm>
- EIGE – Female genital mutilation in the European Union – Report, 2013. <http://eige.europa.eu/rdc/eige-publications/female-genital-mutilation-european-union-report>
- EIGE – Study to map the current situation and trends on FGM – Country reports, 2013. <http://eige.europa.eu/rdc/eige-publications/study-map-current-situation-andtrends-fgm-country-reports>
- EIGE – Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union – Report, 2015. <http://eige.europa.eu/gender-based-violence/eiges-studies-gender-based-violence/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union>
- Ortensi L.E., Farina P., Menonna A., “Improving estimates of the prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting among migrants in Western countries”, Demographic Research, volume 32, article 18, pp, 543-562, 2015. <http://www.demographic-research.org/volumes/vol32/18/32-18.pdf>
- Farina P., Ortensi L.E., “The mother to daughter transmission of Female Genital Cutting in emigration as evidenced by Italian survey data”, Genus, LXX (No. 2-3), pp. 111-137, 2014. <http://scistat.cilea.it/index.php/genus/article/view/570>
- Farina P., Ortensi L.E., Menonna A., “Estimating the number of foreign women with female genital mutilation/cutting in Italy”, The European Journal of Public Health, Vol. 26, Issue 4, pp. 656-661, 2016. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2016/03/22/eurpub.ckw015.abstract>
- Farina P., Indagine sulla presenza nel territorio lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili, Milano, IReR, 2010. [http://ods.ars.marche.it/Portals/0/documenti/ricerca\\_IReR.pdf](http://ods.ars.marche.it/Portals/0/documenti/ricerca_IReR.pdf)
- UNICEF – No Time To Lose: Female Genital Mutilation/Cutting, 2014. <http://data.unicef.org/resources/no-time-to-lose-female-genital-mutilation-cutting.html>
- Innocenti Digest – Changing a harmful social convention: female genital mutilation/ cutting, UNICEF, 2005. [https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm\\_eng.pdf](https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_eng.pdf)
- LeJeune J., Mackie G., Social dynamics of abandonment of harmful practices: a new look at the theory, Innocenti Working Paper, 2009. [https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp\\_2009\\_06.pdf](https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/iwp_2009_06.pdf)
- Johnsdotter S., Mestre i Mestre R.M., Female Genital Mutilation in Europe: An analysis of court cases EU Commission, 2015. [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/documents/160205\\_fgm\\_europe\\_enege\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/documents/160205_fgm_europe_enege_report_en.pdf)
- UNICEF – Mutilazioni Genitali Femminili. <http://www.unicef.it/doc/371/mutilazioni-genitali-femminili.htm>

## Il Centro Sostegno Donna

*Il "Centro sostegno donna" dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo nasce dall'esperienza congiunta dei Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini degli Ospedali San Carlo Borromeo e San Paolo a Milano. I singoli Centri nascono nel 1999 con la connotazione di un servizio multidisciplinare all'interno dei rispettivi Dipartimenti Materno Infantili, per offrire un'assistenza integrata alle donne migranti e ai loro bambini, mediante un approccio transculturale, nel rispetto delle differenze linguistico – culturali.*

*Entrambi i Centri negli anni maturano una consolidata esperienza nel riconoscimento del fenomeno mutilazioni genitali femminili (MGF), nel loro trattamento, e prevenzione delle complicanze.*

*Da quest'esperienza, e grazie al contributo di Regione Lombardia e del Ministero per la Pari Opportunità, nasce il "Centro sostegno donna", che integra i servizi offerti dai due presidi ospedalieri riguardo la tematica MGF, per facilitare l'accesso e la presa in carico delle donne migranti con questo tipo di problematica.*

*Il modello di lavoro già sperimentato da entrambi i centri, prevede la contemporanea presenza di differenti operatrici, una ginecologa, un'ostetrica, una pediatra, un'assistente sociale, una psicologa e un gruppo di Mediatrici linguistico – culturali, e rappresenta una delle caratteristiche innovative di questo progetto.*

*La donna portatrice di mutilazione genitale femminile che si rivolge Centro è presa in carico congiuntamente dalle diverse figure professionali, che identificano e rispondono ai suoi specifici bisogni di salute e prevenzione degli effetti a lungo termine.*

*La presenza di una pediatra nell'equipe multidisciplinare permette un'azione di pre-*

*venzione del fenomeno nelle bambine di queste donne. L'intervento delle psicologhe permette un sostegno delle donne che decidono di affrontare un percorso di de-infibulazione. La collaborazione con i Servizi socio-assistenziali del territorio, il Comune di Milano, i Centri di accoglienza, il privato sociale, facilita l'accessibilità al servizio delle donne affette da MGF.*

*La collaborazione con la facoltà di Medicina e Chirurgia e la Scuola di Specialità di Ostetricia e Ginecologia dell'università Statale di Milano, permette la sensibilizzazione e formazione dei giovani medici e specialisti rispetto la tematica MGF.*

*L'accesso è mediante appuntamento, che può essere prenotato direttamente al Centro negli orari di apertura, o telefonando al numero 02/405317 o inviando una e-mail all'indirizzo di posta elettronica [info@centrosostegnodonna.it](mailto:info@centrosostegnodonna.it)*

*La prima valutazione multidisciplinare e la presa in carico vengono effettuate negli ambulatori dedicati di entrambi i Presidi Ospedalieri, gli interventi di de-infibulazione vengono invece effettuati presso il Reparto di Ginecologia e Ostetricia del Presidio Ospedaliero San Paolo.*



Per saperne di più  
vai sul sito  
**[www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it)**

 **02 405317**



**You** 



**Regione  
Lombardia**