



UPO

SCUOLA DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

Tesi di Laurea

**MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: DALL'ASPETTO ANTROPOLOGICO
ALLA SALUTE DELLA DONNA. ANALISI DELLE COMPLICANZE OSTETRICO
GINECOLOGICHE E CONSAPEVOLEZZA DEL PERSONALE SANITARIO**

Relatore:

Dr.ssa Libera TROIA

Correlatori:

Prof. Gianpaolo FASSINO

Dr. Alessandro LIBRETTI

**AOU NOVARA
GINECOLOGIA E OSTETRICIA
Dott.ssa Libera Troia
C.F. TROIA LIBERA TROIA**

Candidato:

Gabriele BIANCO

Matricola 20026620

Anno Accademico 2022/2023

Ringrazio il Dr. Alessandro Libretti, per aver creduto fin dall'inizio nella creazione di questo progetto.

Sono grato alla Dr.ssa Libera Troia, per avermi incoraggiato e sostenuto nei momenti più difficili.

Un particolare grazie va al Prof. Gianpaolo Fassino, per la sua costante disponibilità e gentilezza.

Sommario

1	INTRODUZIONE	4
1.1	MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: DEFINIZIONE E DIMENSIONE DEL PROBLEMA	5
1.1.1	DEFINIZIONE SECONDO L'OMS	5
1.1.2	CLASSIFICAZIONE SECONDO L'OMS	5
1.1.3	MGF NEL MONDO	6
1.1.4	IMMIGRAZIONE IN ITALIA	8
1.1.5	MGF IN ITALIA	9
1.2	STORIA	10
1.2.1	PERCHÉ PARLARE DI STORIA	10
1.2.2	MGF NELLA STORIA ¹⁶⁻¹⁸	11
1.2.2.1	Origini	11
1.2.2.2	Dalle origini all'occidente	11
1.2.2.3	Dalla storia antica alla storia medievale	11
1.2.2.4	Dal medioevo alla storia moderna (1492-1789)	11
1.2.2.5	Dalla storia moderna alla storia contemporanea	12
1.2.2.6	Storia delle MGF e punto di vista medico	13
1.2.2.7	Storia contemporanea dal XX secolo	14
1.2.2.8	Classificazione storica	14
1.2.3	CONCEZIONE OCCIDENTALE	15
1.3	L'ASPETTO ANTROPOLOGICO	18
1.3.1	È GIUSTA LA CONDANNA?	18
1.3.2	IL TERMINE MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE	18
1.3.3	MGF E MODIFICAZIONI DEL CORPO	19
1.3.4	MGF NELLE FASI DELLA VITA	20
1.3.5	PRATICA DELLE MGF	21
1.3.6	A QUANTI ANNI VIENE EFFETTUATA LA PRATICA?	22
1.3.7	STRUMENTI PER LE PRATICHE	24
1.3.8	OPERATRICI RITUALI	24
1.3.9	IL DOLORE	24
1.3.10	MODELLO DI DOMINANZA MASCHILE	26
1.3.11	INFIBULAZIONE	28
1.4	LEGGE E PREVENZIONE	30
1.4.1	LEGISLATURA	30
1.4.2	MGF NELLE AULE DI GIUSTIZIA	32
1.4.3	RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI INTERNAZIONALI	33
1.4.4	MGF NEL MONDO DEL LAVORO	34
1.4.5	COMMISSIONE D'INCHIESTA PARLAMENTARE (2021)	34
1.4.6	LEGGI ESTERE	36
1.4.7	GLI EFFETTI DELLA PREVENZIONE	37
1.5	APPROCCIO ALLA DONNA CON MGF	41
1.5.1	REGOLE BASE	41
1.5.2	LINEE GUIDA	41
1.6	COMPLICANZE DELLE MGF	44

1.6.1	COMPLICANZE ACUTE	45
1.6.2	COMPLICANZE CRONICHE	46
1.6.3	COMPLICANZE CRONICHE NELLE METANALISI	50
1.7	ASPETTO SANITARIO NELLE MGF	53
1.7.1	CONSAPEVOLEZZA DEI PROFESSIONISTI SANITARI	54
1.7.2	SISTEMI SANITARI E MGF	56
1.8	MGF E FATTORI ASSOCIATI	59
1.8.1	PERCEZIONE DEGLI UOMINI E DELLE DONNE	59
1.8.2	PERPETUAZIONE DELLA MUTILAZIONE GENITALE NELLE FIGLIE	60
1.8.3	MATRIMONIO, ABITUDINI SESSUALI E MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI	61
1.8.4	PERPETUAZIONE DELLA MUTILAZIONE VS CONDANNA DELLA PRATICA	62
1.8.5	PERPETUAZIONE DELLA MUTILAZIONE VS CONDANNA DELLA PRATICA NELLA LETTERATURA SCIENTIFICA	63
1.9	ERADICAZIONE	65
1.9.1	PREMESSA	65
1.9.2	LINEA GUIDA DELL'OMS	65
1.9.2.1	Deinfibulazione	66
1.9.2.2	Salute mentale	67
1.9.2.3	Salute sessuale	68
1.9.2.4	Informazione ed educazione	69
1.9.3	MEDICALIZZAZIONE	70
1.9.4	LINEA GUIDA ITALIANA	70
2	BACKGROUND E OBIETTIVI	71
3	MATERIALI E METODI	72
3.1	PRIMO OBIETTIVO	72
3.1.1	TIPOLOGIA E DISEGNO DELLO STUDIO	72
3.1.2	MATERIALI E METODI	72
3.2	SECONDO OBIETTIVO	75
3.2.1	SVILUPPO DI UN QUESTIONARIO	75
3.2.2	TIPOLOGIA E DISEGNO DELLO STUDIO	76
3.2.3	GRUPPO DI INTERESSE	76
3.2.4	STRUTTURA DEL QUESTIONARIO	77
3.3	ANALISI STATISTICA	83
4	RISULTATI	84
4.1	PRIMO OBIETTIVO	84
4.1.1	CARATTERISTICHE DELLE PAZIENTI CON MGF	84
4.1.2	CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE, ANAMNESTICHE E OSTETRICHE DEI GRUPPI DI STUDIO	88
4.1.3	PATOLOGIE OSTETRICHE	88
4.1.4	OUTCOME DEL TRAVAGLIO	89
4.1.5	DURATA DEL TRAVAGLIO	92
4.1.6	OUTCOME NEONATALI	93
4.2	SECONDO OBIETTIVO	94
4.2.1	SEZIONE 1	94
4.2.1.1	Variabili sociodemografiche	94

4.2.1.2	Precedente rapporto con le MGF	95
4.2.2	SEZIONE 2	98
4.2.3	SEZIONE 3	100
5	DISCUSSIONE	102
5.1	PRIMO OBIETTIVO	102
5.1.1	PREMESSA	102
5.1.2	LIMITI DELLO STUDIO	103
5.1.3	CARATTERISTICHE DELLE PAZIENTI CON MGF	104
5.1.4	DIFFERENZE TRA LE VARIABILI NEI GRUPPI DI STUDIO	105
5.2	SECONDO OBIETTIVO	109
5.2.1	PREMESSA	109
5.2.2	LIMITI DELLO STUDIO	109
5.2.3	LA CONSAPEVOLEZZA DEGLI SPECIALIZZANDI E IL CONTATTO CON LE MGF	110
5.2.4	LA CONOSCENZA DEGLI SPECIALIZZANDI	112
5.2.5	LE OPINIONI DEGLI SPECIALIZZANDI	115
6	CONCLUSIONI	118
7	BIBLIOGRAFIA	119

1 INTRODUZIONE

Abbiamo scelto di affrontare il tema delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) perché, negli ultimi anni, in Italia come in Europa, il fenomeno migratorio sta diventando sempre più tangibile e presente, sia nella realtà quotidiana che in quella medica. Inevitabilmente, esso si traduce nella sempre maggiore presenza, nel nostro territorio, di temi a noi poco conosciuti, che riguardano società lontane e con pratiche culturali differenti. Il tema delle MGF è importante tutt'oggi, perché persiste nei contesti tradizionali dei Paesi d'origine ed è di conseguenza una realtà in ambito migratorio. Quello delle MGF è un tema molto vasto, che va trattato nella sua totalità se lo si vuole capire a fondo: è un intreccio di aspetti antropologici e medici. Il presente lavoro vuole affrontare la vastità e la complessità di questo argomento, partendo da un background antropologico, fino ad arrivare ad analizzare le complicazioni squisitamente mediche con le quali i professionisti sanitari vengono a confrontarsi. Per MGF si intende, con un'espressione ormai riconosciuta a livello globale, "Mutilazione Genitale Femminile" (in inglese "Female Genital Mutilation/Cutting", FGM/C).

1.1 MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: DEFINIZIONE E DIMENSIONE DEL PROBLEMA

1.1.1 Definizione secondo l'OMS

“Mutilazione Genitale Femminile” è il termine che nel 1995 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha adottato per indicare tutte le procedure che comprendono la parziale o totale rimozione dei genitali femminili esterni, o altre lesioni agli organi genitali femminili per ragioni non mediche¹. Le pratiche di MGF sono, a livello internazionale, riconosciute attualmente come una violazione dei diritti umani della donna, secondo il trattato internazionale della convenzione di Istanbul approvata il 7 aprile 2011, art. 38².

1.1.2 Classificazione secondo l'OMS

Secondo l'OMS¹ le MGF sono suddivise in 4 tipi (figura 1). Si rimanda a due ulteriori pubblicazioni per immagini in vivo^{3,4}):

- Tipo 1: parziale o totale rimozione del glande clitorideo (la porzione esterna e visibile del clitoride, parte erogena dei genitali femminili) e/o del prepuzio (o cappuccio) clitorideo (lo strato di cute che circonda il glande clitorideo);
- Tipo 2: parziale o totale rimozione del glande clitorideo e delle piccole labbra (le pieghe cutanee della vulva interne alle grandi labbra), con o senza la rimozione delle labbra maggiori (le pieghe cutanee esterne alle piccole labbra della vulva);
- Tipo 3: anche chiamato infibulazione, è il restringimento dell'apertura vaginale attraverso la creazione di una chiusura, a volte attraverso una cucitura, creata tagliando e sovrapponendo le piccole e/o le grandi labbra, con o senza la rimozione del prepuzio clitorideo e del glande;
- Tipo 4: include tutte le altre pratiche lesive dell'apparato genitale femminile con finalità non terapeutica. Tra queste rientrano: il pricking (cioè la puntura del clitoride o del tessuto circostante, che non provoca però cambiamenti anatomici rispetto al tipo 1-2-3); il piercing; incisione del clitoride e/o delle labbra; allungamento del clitoride e/o delle labbra; cauterizzazione per ustione del clitoride e dei tessuti circostanti; raschiatura dell'orifizio vaginale (angurya cuts) o taglio della vagina (gishiri cuts); introduzione di sostanze corrosive

nella vagina per causare sanguinamento; immissione di erbe con lo scopo di restringere la vagina.

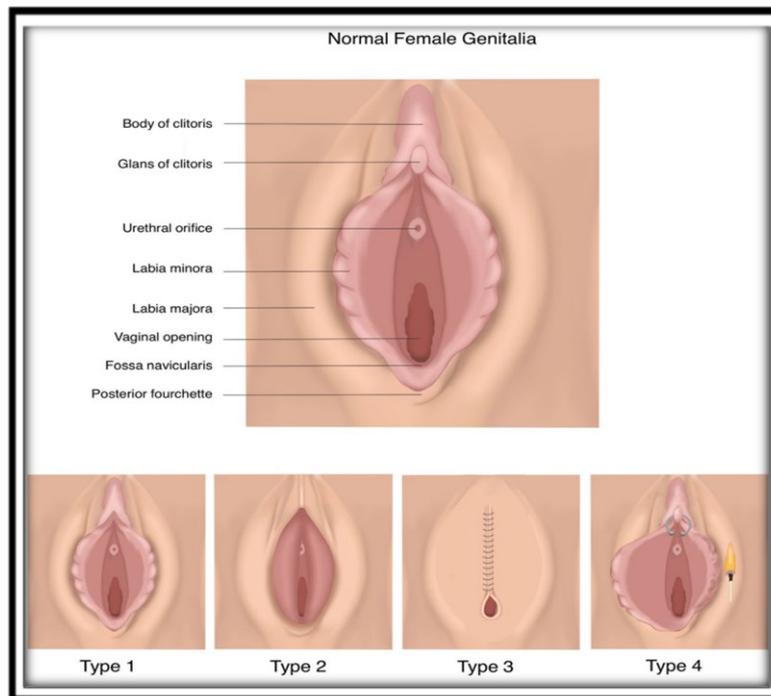


Figura 1: tipi di MGF (immagine presa da: Libretti A, Bianco G, Corsini C, Remorgida V. Female genital mutilation/cutting: going beyond urogynecologic complications and obstetric outcomes. Arch Gynecol Obstet. 2023)

1.1.3 MGF nel mondo

Secondo le stime dell'OMS¹, al 31 gennaio 2023 sono circa 200 milioni le donne e ragazze che hanno subito una forma di MGF. Secondo l'UNICEF sono provenienti da 31 Paesi in Africa, Asia e Medio Oriente; circa un quarto dei soggetti abita in Etiopia, Kenya, Somalia, Tanzania e Uganda⁵. Più di 4 milioni di ragazze sono a rischio di MGF ogni anno⁶. Nel 2015 gli Stati membri delle Nazioni Unite si sono impegnati a eliminare le pratiche di MGF entro il 2030; tuttavia, sulla base dell'andamento attuale del fenomeno, è probabilmente difficile raggiungere l'obiettivo per gran parte dei paesi⁷. Secondo l'UNFPA, (Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione) sebbene la pratica sia in percentuale in declino nella maggior parte dei Paesi in cui è prevalente, la popolazione ivi residente sta anche registrando un elevato tasso di crescita demografica e ciò significa che, come valore assoluto, le ragazze che andranno incontro a MGF potrebbero di conseguenza aumentare, qualora la pratica dovesse continuare a essere perpetuata⁸. Il paese con la prevalenza più alta è la Somalia (99%), in cui è inoltre ampiamente praticata l'infibulazione (MGF tipo 3), la pratica a più elevato tasso di complicanze mediche. Viene mostrata la prevalenza delle MGF tra ragazze e donne con 15-

49 anni, presa da questionari DHS (Demographic Health Surveys)^a e MICS (Multiple Indicators Cluster Surveys, informazioni raccolte ed elaborate da UNICEF) (tabella 1). Sono stati presi, ai fini della creazione di questa tabella, i più recenti dati raccolti per ogni Paese (dal 2004 al 2020). È stata presa come riferimento una metanalisi del 2022 che analizza la prevalenza globale delle MGF⁹. È presente, tra parentesi vicino a ogni Paese, la percentuale delle MGF e il tipo di MGF più frequente.

^a Il DHS è uno studio finanziato dall’Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale (USAID) che fornisce assistenza ai Paesi in via di sviluppo come Africa, Asia, America Latina ed Est Europa per la raccolta, l’analisi e l’uso di dati al fine di monitorare i programmi nei settori della popolazione, della sanità e della nutrizione. È un Progetto nato da più di trent’anni negli Stati Uniti e acquisisce informazioni tramite studi e questionari proposti ai cittadini. I questionari sono stati proposti nel corso degli anni a diverse fette di popolazione, indagando dai 5.000 ai 33.000 soggetti per ogni Paese. Questi dati, benché rimangano comunque limitati, se non altro per la sensibilità delle informazioni da raccogliere e la riluttanza degli individui alle risposte più veritiere, sul piano statistico, risultano essere i più approfonditi e veritieri per quanto riguarda il tema di nostro interesse.

Paesi con un'alta prevalenza di MGF (83%-98%)	Somalia (99%, tipo 3-4), Guinea (95%, tipo 1-2), Gibuti (90%), Sierra Leone (83%, tipo 1-2), Mali (89%, tipo 1-2), Egitto (87%), Sudan (87%, tipo 3) ed Eritrea (83%).
Paesi con una prevalenza abbastanza elevata (19%-76%)	Burkina Faso (76%, tipo 1-2), Gambia (73%, tipo 1-2), Etiopia (65%, tipo 1-2), Mauritania (67%, tipo 1-2), Guinea-Bissau (52%, tipo 1-2), Liberia (38%), Ciad (34%, tipo 1-2), Costa d'Avorio (37%, tipo 1-2), Senegal (25%, tipo 1-2), Repubblica Centrafricana (22%, tipo 3) e Kenya (21%, tipo 1-2), Nigeria (20%, tipo 1-2).
Paesi con una bassa prevalenza (minore di 18.5%)	Yemen (18.5%, tipo 1-2), Maldive (13%), Repubblica Unita della Tanzania (10%, tipo 1-2), Benin (9%, tipo 1-2), Iraq (7.4%, tipo 1-2), Togo (3%, tipo 1-2), Ghana (2%, tipo 1-2), Niger (2%, tipo 1-2), Camerun (1%), Zambia (0.7%) e Uganda (0.3%).
Dati di uno studio del 2010 del Pew Research Center	Botswana (6% delle ragazze), Repubblica Democratica del Congo (8% delle ragazze), Mozambico (12% delle ragazze), Rwanda (3% delle ragazze), Sud Africa (4% delle)
Altri Paesi	Indonesia (51% delle ragazze con 0-14 anni; tuttavia, notare che lo studio non fornisce la dimensione campionaria).

Tabella 1: prevalenza delle MGF tra ragazze e donne con 15-49 anni. Il Pew Research Center è un centro statunitense adibito ai sondaggi, che prende in considerazione le figlie tra 0-14 anni dei soggetti che compilano il questionario. Abbiamo preso questi dati quando non erano disponibili dati del DHS e MICS. Qui c'è, secondo gli autori della metanalisi da noi considerata, un moderato rischio di bias¹⁰. Informazioni che si basano su questionari non alle dirette interessate ma ai genitori e con campioni nei vari Paesi di 1000 individui.

1.1.4 Immigrazione in Italia

Al primo gennaio 2023 la popolazione straniera residente in Italia, secondo dati ISTAT, è 5.050.257, rispetto ai 58.850.717 della popolazione totale (8,58%)¹⁰. Nel ventennio 2003-2023, c'è stato un aumento di più di 3 volte della popolazione straniera residente (al primo gennaio 2003 composta da 1.549.373)¹¹. Nella provincia novarese, al primo gennaio 2023, ci sono 37.222 stranieri, a fronte dei 10.826 del 2003. Una grossa percentuale degli immigrati negli ultimi anni proviene dai Paesi con un'alta prevalenza di MGF. Questo ci fa comprendere come il fenomeno delle MGF sia sempre più presente sul nostro territorio, sebbene si siano ridotti in percentuale numeri delle pratiche anche nei Paesi di origine.

1.1.5 MGF in Italia

Nel 2019, il Dipartimento governativo per le pari opportunità commissiona all'Università Bicocca una stima sulle MGF in Italia¹². Secondo questo lavoro, nel 2019 in Italia le donne portatrici di MGF sarebbero 87.600, di cui 7.600 minorenni, mentre le bambine a rischio sarebbero oltre 5.000¹³. La ricerca si è basata su uno

Provenienza	Totale	Di cui:	
		Maggiorenni	Minorenni
Nigeria	28.037	24.392	3.645
Egitto	19.403	18.354	1.049
Senegal	8.007	7.170	837
Etiopia	6.806	6.670	136
Costa d'Avorio	6.137	5.529	608
Somalia	4.752	4.635	117
Eritrea	3.810	3.731	79
Burkina Faso	3.531	2.894	637
Guinea	1.129	998	131
Mali	805	648	157
Sudan	685	644	41
Altre provenienze	4.498	4.335	163
Totale	87.600	80.000	7.600

* variante media

Fonte: Indagine mutilazioni femminili, Università Milano Bicocca e Dipartimento pari opportunità 2019

Tabella 2: stima delle residenti con MGF in Italia

studio pubblicato nel 2016¹⁴, che propone un metodo per stimare il numero di MGF nel nostro paese, combinando stime dirette (tramite interviste) rivolte a 2.200 migranti provenienti da nove Paesi ad alta prevalenza della pratica (Costa d'Avorio, Burkina Faso, Egitto, Etiopia, Ghana, Nigeria, Senegal, Somalia ed Eritrea) e stime indirette, coinvolgendo migranti da altre comunità con minore prevalenza, secondo dati DHS (Demographic Health Surveys) e indagini MICS (Multiple Indicators Cluster Surveys) (tabella 2).

1.2 STORIA

1.2.1 Perché parlare di storia

Per aiutare il lettore a capire a fondo le motivazioni e gli aspetti medici di queste pratiche, bisognerà partire da un tema più ampio di quello medico e focalizzarsi prima sugli aspetti antropologici socioculturali che stanno dietro a questa pratica. Per questo, analizzeremo velocemente la storia, le motivazioni, le diversità tra le pratiche di modificazione genitale femminile nei vari paesi, cercando di capire il nostro punto di vista e le problematiche associate, l'evoluzione del concetto di "pratica barbara" e di come oggi si presenta ai nostri occhi. Successivamente entreremo nell'aspetto prettamente medico e più specificamente ostetrico e ginecologico.

Per parlare delle MGF, si deve mantenere infatti una visione d'insieme di queste pratiche, tenendo da parte pregiudizi, paternalismo e ambiguità spesso legati ai mezzi di comunicazione di massa. È un tema complicato e sensibile, per il quale bisogna, per trarre alcune conclusioni, conoscere bene le origini. In passato l'approccio alle MGF è stato spesso, proprio dai mezzi di comunicazione di massa, semplificato e superficiale, per ottenere un approccio sensazionalistico del fenomeno. Questo tema è infatti riproposto spesso in relazione a campagne di sensibilizzazione in favore della tutela dei diritti umani e con riferimento alla donna dei soli Paesi africani. In queste circostanze il messaggio è indirizzato a una mobilitazione emergenziale e temporanea, che non tiene conto delle varie dimensioni del problema. Porto qui un esempio: un articolo sul «Messaggero» del 4 aprile 2001, con il titolo "allarme nel mondo. Infibulazione per 130 milioni di donne"¹⁵, commenta la testimonianza di una scrittrice e medico egiziana Nawal El Saadawi, sottoposta alla pratica dell'escissione in giovane età: oggi "Nawal non ha dimenticato quel terribile giorno in cui i genitori affidarono lei e la sorellina a una banda di praticoni che con rozzi strumenti mutilarono loro i genitali. Tutto questo in nome di una cultura integralista e di una fede islamica che affonda le sue radici nell'antico Egitto." In realtà, questa pratica non ha legami con le religioni, e le radici non sono solo egiziane ma più vaste. Inoltre, la bambina non viene solitamente affidata a una banda di persone, ma a una figura importante (di solito l'anziana del villaggio) che si occupa di attuare la pratica. Iniziamo dunque la descrizione delle MGF, partendo dalla storia, per comprendere meglio il fenomeno.

1.2.2 MGF nella storia ¹⁶⁻¹⁸

1.2.2.1 Origini

Le prime notazioni di MGF risalgono a Erodoto (484 a.C.-425 a.C.), che descrive operazioni che avvengono in un'area dai contorni indefiniti, comprendente l'area dell'Egitto Faraonico fino alla Mesopotamia. Le pratiche erano in particolare già presenti tra etiopi, egiziani, successivamente nei siriani e negli abitanti della Palestina che apprendono l'usanza dagli egizi.

1.2.2.2 Dalle origini all'occidente

Strabone (63 a.C.-20 d.C.), Sorano d'Efeso (II sec. d.C.), Ezio di Amida (V/VI sec. d.C.), raccontano che anche in Atene e a Roma veniva praticata l'infibulazione, chiudendo l'apertura vaginale con una spilla (fibula) alle mogli dei soldati che partivano per le campagne militari dell'Impero, allo scopo di impedirne l'adulterio durante la loro assenza. Al medesimo trattamento venivano sottoposte le schiave, per evitare che restassero incinte lavorando meno. Il filosofo Celso nel II secolo d.C. è il primo che descrive l'operazione dell'infibulazione: "si tira il prepuzio e si segna a destra e sinistra con dell'inchiostro il punto in cui lo si vuole trafiggere (...); se il segno si trova troppo vicino al glande (...) occorre fare il segno più in basso, se invece si trova al di sotto del glande, è proprio in quel punto che occorre mettere l'anello. Là occorre trapassare il prepuzio con un ago infilato da un filo. Si fissano poi le due estremità del filo, lo si muove tutti i giorni fino a quando le cicatrici dei buchi si siano consolidate. A quel punto, si toglie il filo e ci si passa l'anello."

1.2.2.3 Dalla storia antica alla storia medievale

Una pratica diversa, ma con un significato che non si discosta molto da quello precedente, verrà riservata nel periodo delle Crociate alle spose dei crociati, in partenza per la Terrasanta, con la cintura di castità.

1.2.2.4 Dal medioevo alla storia moderna (1492-1789)

Dopo ne parlerà Montaigne a fine XVI secolo, che, sebbene viva durante il periodo della colonizzazione in cui queste pratiche sono considerate mostruosità, difende le culture che le attuano, considerando come, se il colonizzato appare strano all'occidentale, lo stesso vale per i soggetti che attuano queste pratiche di fronte alla cultura occidentale. Olfert Dapper (scrittore e medico olandese) a fine XVII secolo fornisce invece indicazioni utili circa le operazioni effettuate sui genitali femminili. Anche Georges Louis Leclerc, conte di Buffon, nella metà del XVIII secolo descrive le MGF: sono secondo lui da ricollegare a un presunto accrescimento sproporzionato degli organi genitali esterni, che avveniva in un'area circoscritta dall'Arabia alla Persia e sino al Mar Rosso. Nello stesso periodo, Alembert e Diderot redigono *encyclopedie, ou dictionnaire raisonné des sciences,*

*des arts et des métiers, par une société de gens de lettres*¹⁹: un'enciclopedia universale opera dell'illuminismo francese, in cui compare la voce "circoncisione" delle donne. Si trova anche la voce "fibula", da cui infibulazione, che consisterebbe in uno "strumento di chirurgia, una sorta di fibbia o anello di cui si servivano gli antichi in un'operazione particolare attraverso la quale essi si proponevano di impedire ai giovani uomini di avere commercio con le donne, poiché ritenevano che questo sarebbe stato contrario alla salute". Sempre nella metà del XVIII secolo, anche Voltaire ne parla nel *dictionnaire philosophique* (1764) nella voce "circoncisione"; partendo dalle considerazioni di Erodoto ricostruisce un percorso storico della pratica. Ne parla anche in *La philosophie de l'Histoire*, dove qui invece confuta la tesi di Erodoto secondo cui gli etiopi avrebbero ripreso la pratica dagli antichi egizi. Fra il 1768 e il 1773 l'esploratore scozzese James Bruce attraversa l'Africa orientale e scrive un diario di viaggio con informazioni molto importanti sulle pratiche escissorie in Etiopia ed Egitto. Egli indica che le pratiche venivano effettuate per "l'escrescenza dei genitali esterni", molto comune in quelle zone.

1.2.2.5 Dalla storia moderna alla storia contemporanea

Nel 1798 l'esploratore francese Sonnini de Mannoncour, al seguito delle truppe napoleoniche in Egitto, descrive l'ablazione della clitoride e delle piccole labbra e riporta la visione di un'escrescenza che nasce al di sopra della commissura delle grandi labbra e che "pendeva di un mezzo pollice di lunghezza". Nel 1800 Browne dice invece di non avere mai visto donne con un'alterazione dei genitali femminili nel suo viaggio in Egitto come le escrescenze precedentemente descritte, ma riporta la testimonianza delle operazioni effettuate di infibulazione. Dice che le pratiche di MGF sono spesso fatte sulle donne in schiavitù, perché il loro valore sarebbe diminuito in caso di gravidanza, ma anche in donne libere. Nel 1803 il medico inglese Winterbottom scrive il primo studio che si possa considerare completo sulle diverse pratiche mutilatorie. Nel 1830 l'esploratore francese René Caillié descrive la pratica delle MGF e racconta il rituale di passaggio in giovani Mandingo (un gruppo etnico originario del Gambia, Mali del sud e nell'est della Guinea). Riportiamo la descrizione del rituale in questa sede, al fine di fare comprendere meglio al lettore come avviene e in quale contesto:

«le ragazze subiscono l'escissione quando sono nubili: sovente l'operazione viene rinviata sino al momento in cui queste non sono promesse in matrimonio. Ho visto poi io stesso una donna sposata, che aveva già un bambino, essere sottoposta a questa operazione, sempre fatta da donne; la si pratica su più giovani alla volta. Per qualche tempo dopo l'operazione esse sono impossibilitate a svolgere qualsiasi tipo di lavoro; vengono curate dalla madre,

che lava la ferita più volte durante il giorno con un preparato caustico indigeno, mentre le altre donne del vicinato vanno a prendere loro l'acqua e la legna di cui hanno bisogno (...). L'indomani e i giorni seguenti, le giovani circonciuse passeggiano per il villaggio accompagnate da una donna anziana e si fermano a ogni porta per chiedere assistenza; è la vecchia che parla; le giovani non escono mai senza una canna che tengono nella mano sinistra, esse portano anche in questa occasione un grande copricapo da uomo sulla testa, la cui punta è sostenuta da un pezzo di legno flessibile, messo dentro per farlo restare diritto: con tale acconciatura queste giovani sembrano grandi come giganti. Ne ho viste alcune che, al posto della canna, tengono in mano una freccia in ferro, simbolo della circoncisione. Le persone alle quali si è domandata ospitalità per le nuove circonciuse si impegnano nel preparare, a turno, un grande piatto o una zuppa in cui mettono del sale e che poi inviano loro; tutti gli amici e i vicini seguono questo esempio, sempre che ne abbiano piacere; non possono però essere dispensati coloro che sono fidanzati, tant'è che devono inviare del cibo fino al completo ristabilimento delle malate, che dura comunemente all'incirca sei settimane. I padri (dal momento che queste non alloggiano mai nella stessa casa) inviano loro delle quantità maggiori del solito: questi grandi piatti di riso (...) vengono distribuiti dalle madri ai vicini e ai parenti».

Nel 1844 l'esploratore tedesco Ignaz Pallme descrive in modo simile il rituale, riguardo all'infibulazione delle bambine nel Kordofan, una regione al centro del Sudan. Secondo antropologi della metà del '900, da questi esploratori può emergere un misto di superiorità, paternalismo e disprezzo nei confronti dei popoli africani, legato a un'ideologia umanitaria per il dovere di assicurare sviluppo nelle colonie, contro l'ignoranza da sconfiggere in nome del progresso e delle scienze. Dal 1853 al 1894 l'esploratore inglese Richard Burton fa numerosi viaggi; è stato uno dei primi esploratori ad addentrarsi nel cuore dell'Africa, ricerca le sorgenti del Nilo e dice che la pratica è diffusa dall'Egitto fino alla Somalia.

1.2.2.6 Storia delle MGF e punto di vista medico

Tutti gli esploratori menzionati in precedenza parlano molto dei rituali e meno delle pratiche mutilatorie dal punto di vista medico. Nel 1859 il chirurgo francese Peney descrive la pratica che avviene in Sudan, in bambine di sette-otto anni. Successivamente, altri medici si occupano della descrizione delle MGF, come Courbon (1861) che descrive l'infibulazione in Etiopia e Ploss (1871) che tenta una prima sistematizzazione delle MGF.

1.2.2.7 Storia contemporanea dal XX secolo

Agli inizi del '900 Maurice Delafosse, amministratore coloniale ed etnografo, pone in evidenza come le pratiche di MGF non siano legate a qualsiasi religione e in particolare all'Islam (questo perché la si riscontra in popoli ribelli all'Islam), e sono anzi antecedenti all'Islam. Come lui, altri due amministratori coloniali-etnografi, Georges Chéron e Harry Labouret, agli inizi degli anni '30, sono stati fondamentali per la descrizione e l'interpretazione delle pratiche escissorie. Grazie a loro, come ad altri etnografi, gli anni '30 sono un punto di svolta, con un passaggio da una visione colonialista a un'analisi antropologica di ricerca. In Europa, tra il XVIII e XIX sec., si praticava la clitoridectomia, definita "mutilazione terapeutica" per prevenire alcune patologie (quali l'epilessia o la pazzia) attribuite alla masturbazione femminile: nel 1882, ad esempio, un chirurgo tedesco, Graefe, afferma di aver curato con successo, mediante clitoridectomia, una ragazza affetta da masturbazione eccessiva e ninfomania. Il più recente caso documentato è del 1927, ma si è a conoscenza di interventi di clitoridectomia negli ospedali psichiatrici fino al 1935.

1.2.2.8 Classificazione storica

Una prima classificazione avviene a partire dalla prima metà del XIX secolo, periodo nel quale alcuni medici tentano di classificare sistematicamente queste operazioni. Nel 1847 Daniell pubblica nella rivista *London Medical Gazette* una prima classificazione di quella che veniva chiamata "circoncisione femminile", che è anche il primo termine con cui vengono chiamate queste pratiche. Negli anni questa classificazione viene mantenuta come quella di riferimento ma continuamente aggiornata. Con questo termine si indicavano le pratiche di escissione del clitoride e delle piccole o grandi labbra, (paragonabili al giorno d'oggi con il tipo 1 e 2 di MGF), e non si faceva riferimento all'infibulazione. Chiamandole "circoncisione femminile" le si voleva mettere sullo stesso piano delle circoncisioni maschili (anch'esse molto comuni negli stessi paesi dove avvengono le MGF), ma è considerato oggi un termine inopportuno (anche se a volte possiamo ancora sentir parlare di circoncisione femminile in articoli scritti da mani poco esperte sull'argomento, oppure per differenziare i tipi 1-2 dal tipo 3, a cui viene dato il termine infibulazione²⁰; la circoncisione maschile è diversa su molti piani, come vedremo più avanti). Nel 1959 l'OMS, sulla base di una richiesta delle Nazioni Unite, risponde che un'eventuale classificazione non sarebbe stata di competenza dell'OMS perché queste pratiche sono il "risultato di concezioni sociali e culturali". Successivamente, nel 1977, l'attivista sociale americana Fran P. Hosken fa conoscere al grande pubblico una prima stima statistica sulle operazioni di MGF diffuse nel mondo e l'OMS decide di iniziare una classificazione. Nel 1979, avviene un seminario internazionale a Khartoum (capitale del Sudan) tra i rappresentanti dei Paesi africani e l'UNICEF: è in questa circostanza che viene esplicitata la condanna alle pratiche

di MGF e vengono delineati alcuni interventi che i paesi avrebbero dovuto attuare contro di esse. A partire da quel momento furono periodicamente organizzati appuntamenti internazionali in paesi differenti, fra cui quello del 1984 nel quale l'OMS e altre organizzazioni internazionali riuscirono a portare a Dakar (capitale del Senegal) le rappresentanze di venti paesi coinvolti nel fenomeno; fu in questa occasione che si creò l'*Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*²¹, con sede proprio a Dakar, il quale prese subito posizione considerando le pratiche un vero e proprio attentato ai diritti delle donne e non solamente un atto nocivo alla loro salute. Nel 1995 la Conferenza delle donne tenutasi a Pechino pose sullo stesso piano le MGF e la violenza sessuale. Solamente nella seconda metà degli anni '90 l'OMS procede a una classificazione definitiva di quelle che ora vengono conosciute come "Mutilazioni Genitali Femminili", sulla base delle sistematizzazioni classificatorie precedenti. L'argomento sta ritrovando spazio recentemente, probabilmente grazie a un interesse maggiore nella letteratura (a cui il nostro dipartimento ha contribuito) e al crescente flusso migratorio. Nel congresso nazionale di ginecologia e ostetrica del prossimo anno, infatti, è già stato annunciato un tavolo rotondo apposito sull'argomento, e analogo interesse è stato riservato allo scorso congresso europeo e a quello mondiale.

1.2.3 Concezione occidentale

Alcuni potrebbero affermare che il voler ridurre l'attuazione delle pratiche di MGF, sia in contesto migratorio che nelle comunità locali africane, possa rappresentare un'acculturazione forzata. Eppure, non pensare a migliorare i contesti di altre culture, vorrebbe dire vivere in una prospettiva multiculturale in cui non c'è scambio tra le culture, vivendo in una bolla fatta di nostre credenze e valori che non si possono quindi né migliorare, né possono contribuire a rendere migliori i valori altrui. Al giorno d'oggi, il concetto di cultura si lega a una società eterogenea e con confini permeabili²². Nel contatto tra culture differenti, come lo sono quelle occidentali e quelle africane, può avvenire, in una prospettiva interculturale, un interscambio di valori e credenze, senza finalità, ma per una prospettiva di umanità che, conservando le proprie culture e tradizioni, sia più giusta per ogni singolo uomo. In questo senso, è giusto fare qualcosa per contrastare le MGF, perché sono nate, come vedremo meglio, come strumento per simboleggiare una dominazione dell'uomo sulla donna; diremmo oggi, uno strumento che lede i diritti umani, che siano anche solo di una singola persona. Se andiamo indietro nella storia, come abbiamo già visto, troveremo che anche in occidente, in passato, era frequente la clitoridectomia (MGF tipo 1) in contesto medico-sanitario,

per due motivi: la cura dell'isteria da una parte, metodo preventivo contro la masturbazione femminile dall'altra;

1. il termine isteria deriva dal greco *hystéra* e significa utero, comparve nel V secolo a. C. per mano di Ippocrate. Ancora nel medioevo, la sindrome dell'isterismo definisce uno stato di eccitazione esagerata, incontrollata e smodata per la donna, che veniva ricollegata a precise cause organiche, o a presunti spostamenti dell'utero, o ad alterazione dei fluidi a carico dell'apparato genitale femminile²³. Nel XIV secolo, per trattare l'isteria, si utilizzavano specifici strumenti che venivano introdotti in vagina, che portassero alla formazione di vapori che andavano nell'utero. Successivamente, sia per l'isteria che per molti altri stati di alterazione, si è iniziato a praticare l'asportazione chirurgica del clitoride. L'invenzione della patologia isterica era senza dubbio dovuta a un pensiero occidentale che vedeva nella donna un soggetto potenzialmente perturbante e dannoso per la società guidata dalla dominazione maschile;
2. la clitoridectomia veniva applicata anche per affrontare la masturbazione della donna, considerata una grave devianza sociale attorno al XIX secolo. L'autoerotismo femminile veniva collegato con l'idea donna-eccesso e quindi condannato: molti medici consigliavano la cauterizzazione del clitoride con un ferro rovente o il taglio con un bisturi. Cesare Lombroso, sempre nello stesso secolo, sosteneva che la donna delinquente presentasse le stesse anomalie antropometriche rispetto all'uomo delinquente e che pertanto bisognasse attuare un intervento chirurgico a livello genitale, per ristabilire un equilibrio psico-fisico²⁴. Anche questo secondo aspetto della clitoridectomia, associata alla masturbazione femminile a "scopo terapeutico", era in realtà legato a un preciso schema ideologico in cui la sessualità femminile doveva seguire precisi rapporti di forza, in una visione androcentrica (in cui è il genere maschile a essere il più importante). Per cui, se veniva percepita come anomala, bisognava correggerla, per consentire alla donna di recuperare una "normalità" e non andare incontro a patologie più gravi, o meglio, per fare tornare la donna al suo ruolo all'interno di una società di dominanza maschile in cui c'è dissimmetria tra i sessi²⁵.

Come di certo si potrà notare, c'è stata un'importante evoluzione del pensiero occidentale legato alla donna fino ai nostri giorni e percepiamo queste pratiche come qualcosa di profondamente ingiusto. Come si potrebbe pensare quindi che, per mantenere intatta una cultura, bisogna rispettare rigidamente il simbolismo e le pratiche che storicamente hanno, anche in occidente, mantenuto la donna nella sottomissione all'uomo? Si tratta di un'argomentazione insostenibile per cui il rispetto

delle diversità non può tradursi nel loro isolamento e nel nostro distacco²⁶; è giusta una sana comunicabilità tra le società²⁷.

1.3 L'ASPETTO ANTROPOLOGICO

1.3.1 È giusta la condanna?

È un'esigenza morale indubbia e indiscutibile condannare tali operazioni, che ledono l'integrità psico-fisica delle donne che ne sono coinvolte. Eppure, la semplice condanna non è un elemento sufficiente all'abolizione delle MGF: è necessario conoscere e comprendere a fondo i fenomeni socioculturali per non intervenire in modo sterile e poco efficace oppure controproducente. È importante interrogarsi sulle idee che accompagnano queste pratiche e che si associano alle differenti culture. Gli interventi per cui lavorare devono essere pensati in una prospettiva interculturale, cioè un dialogo tra le culture, piuttosto che promuovere un'acculturazione forzata tramite un'imposizione di codici e comportamenti occidentali.

1.3.2 Il termine Mutilazione Genitale Femminile

Secondo il punto di vista dell'antropologa Michela Fusaschi²⁸ sarebbe più corretto parlare di "Modificazioni Genitali Femminili" o "alterazione degli organi genitali femminili con finalità non terapeutiche" rispetto a "Mutilazioni Genitali Femminili", per vari motivi:

- perché alcune pratiche non coinvolgono la mutilazione dei tessuti, come le MGF di tipo 4. Il termine "mutilazione genitale" da una visione parziale dell'insieme degli interventi che possono essere praticati. Inoltre, gli interventi possono essere praticati su tutto il corpo della donna e non solo sugli organi genitali;
- perché per i soggetti su cui avviene la pratica, essa non è intesa molto come una mutilazione ma come un'acquisizione di determinati valori e di un proprio posto all'interno della società. Il termine mutilazione viene spesso criticato soprattutto dalle attrici sociali coinvolte poiché nell'uso del termine è evidente una implicita condanna, o comunque una valutazione negativa, di atti che gli stessi soggetti coinvolti percepiscono non come una mancanza, cioè una mutilazione, ma come eventi "positivi" della vita dell'individuo e della comunità o passaggi necessari e obbligati nel percorso di crescita della persona²⁹;
- perché il fatto che la pratica venga legata esclusivamente all'aspetto della genitalità può essere molto limitativo, tralasciando altri aspetti altrettanto importanti;
- Il termine può erigere un muro quando si parla con le donne direttamente coinvolte (come successo all'antropologa Michela Fusaschi in alcune interviste).

Il termine Mutilazione Genitale Femminile rimane a livello mondiale quello più diffuso per indicare questa pratica, ma trae le sue origini da canoni occidentali che tengono conto del nostro punto di vista e perciò può essere inadeguato a descrivere una pratica che è profondamente radicata nella cultura delle donne coinvolte. Noi useremo in questa tesi il termine Mutilazione Genitale Femminile (MGF) per come viene riconosciuto dalla comunità internazionale, ma vorremmo che si pensasse al termine Modificazione Genitale Femminile, in considerazione di chi ancora vive secondo la tradizione³⁰.

1.3.3 MGF e modificazioni del corpo

Vorremmo, con questo sottocapitolo, brevemente mostrare come le MGF rientrino, in campo antropologico, all'interno delle modificazioni del corpo³¹. L'uomo modella il suo corpo per comunicare valori sociali e la ricerca di questi valori passa attraverso ed è connesso al tentativo di avvicinarsi a un modello estetico ideale, che varia di cultura in cultura; di particolare importanza nell'interpretare tutto ciò è il contributo teorico di Francesco Remotti, che ha elaborato il concetto di "interventi estetici (o modificazioni) sul corpo"³²: questi possono essere reversibili o irreversibili. Quelli reversibili sono l'abbigliamento o la cosmetica (come il trucco, l'acconciatura, l'abbronzatura, la depigmentazione dell'epidermide in Africa). Quelli irreversibili li possiamo a loro volta suddividere in tre sottogruppi: modificazioni a carattere riduttivo, espansivo o di altro tipo.

- Di quelle di tipo riduttivo fanno parte le MGF di tipo 1-2-3. Questo tipo di modificazioni possono avvenire anche negli organi genitali interni, come la rimozione delle ovaie che risale al '500 per la castrazione della donna, oppure la sterilizzazione tramite legatura delle tube uterine che risale al '900. Ci sono anche le modificazioni a carattere riduttivo extragenitali, come l'amputazione del seno in giovani donne aborigene nell'Australia nord-orientale, o nelle giovani donne che vivono sulle sponde del lago Tanganica in Africa (qui a scopo punitivo); come il peeling (rimozione di parti di cute); come la deformazione dei piedi delle donne cinesi, abolita nel 1909; o come l'amputazione di una o più dita del piede delle giovani donne a Lima (Perù) nel XIX secolo.
- Le modificazioni permanenti a carattere espansivo possono nuovamente essere genitali o extragenitali. Quelle genitali sono ad esempio l'allungamento clitorideo-labiale (MGF tipo 4) attraverso massaggi digitali e applicazione di preparati su base vegetale. Questo avviene in Rwanda, Uganda, Tanzania e qui si crede che possano preparare gli organi

genitali al parto, a favorire il coito grazie alla dilatazione vaginale, o semplicemente come simbolo di un organo a fini procreativi. Modifiche extragenitali, invece, sono ad esempio l'applicazione di monili nell'orecchio per dare l'allungamento progressivo del lobo (pratica diffusa in occidente) oppure l'uso di piattini labiali nel labbro inferiore in giovani donne amazzoni.

- Sotto il nome di "altre modificazioni" rientrano le modificazioni che non coinvolgono allargamento o restringimento di un organo. Possono essere genitali come la deflorazione rituale (la lacerazione rituale dell'imene), oppure l'introcizione (MGF tipo 4; negli aborigeni del deserto centrale dell'Australia; è un taglio della vulva, con dilatazione dell'orifizio vaginale e lacerazione della commissura vulvare posteriore). Quelle extragenitali possono essere scarificazioni (cicatrizzazioni che lasciano immagini o segni sulla cute), tatuaggi, limatura rituale dei denti in Africa, allungamento del collo con anelli in Birmania.

1.3.4 MGF nelle fasi della vita

La costruzione e il modellamento del corpo, in senso antropologico, hanno un senso: dare all'individuo un posto all'interno della società. Le MGF sono segni corporali che modificano lo stato naturale del corpo, secondo determinate regole stabilite dalla società. Questi segni hanno una forte valenza identitaria e rivestono anche una funzione di aggregazione sociale. Per le società in cui avvengono, rientrano in regole prestabilite che corrispondono a sistemi di credenze e valori e che riguardano, dunque, l'identità dell'individuo a livello sia privato che pubblico.

L'antropologo francese Arnold Van Gennep³³ dice che, nella vita, ogni individuo passa attraverso più status e la transizione da uno status all'altro avviene tramite diversi rituali, in base alla società in cui si vive. Le MGF fanno parte di uno di questi rituali che è l'iniziazione, divisa a sua volta in tre fasi definite: separazione, margine, aggregazione. Nella prima fase avviene il distacco dell'individuo o del gruppo da un insieme di condizioni culturali o da un punto della struttura sociale fissata precedentemente. Nella seconda fase si arriva ad avere tutti gli individui coinvolti sullo stesso piano e sono ugualmente coinvolti nella condivisione di codici simbolici specifici. In questa fase il soggetto o il gruppo sono in una posizione di ambiguità e passano attraverso un punto in cui non ci sono elementi né dello stato precedente né dello stato futuro. Si arriva così alla terza fase, in cui l'individuo o il gruppo passano in uno stato stabile; grazie a questo, egli ha ora diritti e doveri e ci si

aspetta che si comporti secondo le norme tradizionali e secondo criteri etici. Dopo l'iniziazione, i segni sul corpo non sono senza significato, diventano segni identitari e servono alla costruzione dell'identità sociale dell'individuo. Questo status è diverso dai riti di passaggio che accompagnano nascita, pubertà e morte, perché l'iniziazione costruisce un'identità sociale. Secondo l'antropologa francese Denise Paulme³⁴ si può parlare anche di un "atto di istituzione" in cui, a partire da delle ragazze, si formano delle donne, degli adulti sociali coscienti del ruolo che appartiene loro e che non potevano occupare prima.

Gli obiettivi dell'iniziazione sono due: marcare il passaggio all'età adulta, ma anche separare gli uomini dalle donne. Infatti, con questo passaggio, si viene a riconoscere la differenza sociale tra uomo e donna; da questo momento, il soggetto sa come si deve comportare di conseguenza, acquisisce un ruolo nella società. Uomo e donna passano quindi attraverso riti di passaggio diversi: per l'uomo c'è la circoncisione; questo rito lo aiuta a diventare più virile e più forte; potrà sedersi al tavolo degli uomini. La donna, dopo la pratica di MGF, è più "pulita", pronta per il matrimonio e potrà occuparsi delle faccende delle donne. Il motivo ultimo di questi riti è che, con essi, l'essere è legittimato a esistere, l'esistenza serve a qualcosa³⁵. Per questo motivo queste pratiche, ancora oggi, vengono realizzate. Viene acquisita un'identità e un'appartenenza allo stesso genere, una solidarietà femminile altrimenti inesistente (spesso, sono attuate dietro richiesta esplicita dei soggetti coinvolti). La ragazza coinvolta ha il desiderio di essere come tutte le altre, di avere consapevolezza del proprio ruolo e di capire come rapportarsi con il genere maschile.

Successivamente, dopo che la pratica è avvenuta, ci può essere in alcuni gruppi il ritiro: dura alcune settimane e prevede una grossa solidarietà tra le donne. C'è la preparazione della donna per il suo nuovo ruolo e per il matrimonio. Pressoché in tutte le società in cui avvengono questi riti le pratiche di MGF vengono attuate come una tappa necessaria prima del matrimonio e, allo stesso tempo, preparano la donna per il futuro ruolo di moglie e madre. C'è, infine, l'idea che il rito sia strettamente legato alla fecondità della donna.

1.3.5 Pratica delle MGF

Come abbiamo visto, ci sono 4 tipi di MGF e in concomitanza a queste avviene spesso una cerimonia. Il tipo di cerimonia e di MGF dipendono soprattutto dall'area geografica di appartenenza. L'antropologa Denise Paulme³⁶ descrive come avvengono le pratiche in Guinea in un contesto di festa, ogni 3-4 anni con grossi festeggiamenti e momenti di aggregazione. I genitori in

quell'occasione ricevono regali dagli altri abitanti. Viene preparata una danza dalle donne che vanno incontro alla pratica di MGF. Invece, in altri luoghi come la Mauritania o la Somalia, non ci sono grosse celebrazioni ma c'è una cerimonia intima che si svolge nella casa familiare; assistono solo le donne e solo le parenti o le vicine³⁷. Con il tempo, in generale, il contesto delle cerimonie si è sempre più impoverito e ha una sempre minore complessità. Le pratiche vengono svolte a casa di un'operatrice designata. La ragazza è nella maggior parte dei casi sola. Si sta via via perdendo una concezione di attuazione delle pratiche in un gruppo di ragazze, perché è più semplice svolgere la pratica tra le mura di casa; questo è riscontrabile nei dialoghi con le giovani donne che hanno subito la pratica³⁸. Questo cambiamento sta avvenendo soprattutto in contesto migratorio, dove la pratica diviene sempre più segreta e quindi individuale, a causa soprattutto delle normative emanate nei diversi paesi europei ed extraeuropei, che rendono questa pratica un reato.

1.3.6 A quanti anni viene effettuata la pratica?

È complesso stabilire un nesso univoco tra l'età e l'intervento. In alcuni casi, si possono trovare età prestabilite dalla società e dunque si può associare la pratica a un'età. Altre volte, invece, si può fare solamente un riferimento generico tra età e MGF, in relazione ad esempio al verificarsi di eventi di una certa importanza, come i giorni prima del matrimonio, o i giorni dell'ovulazione per una donna sterile in cui si crede che la pratica rituale possa avere un'influenza positiva, o ancora alla comparsa della prima mestruazione.

In generale, accanto all'aspetto di sempre maggiore segretezza delle pratiche, si sta verificando anche una riduzione progressiva dell'età delle ragazze e bambine coinvolte, poiché operare su soggetti di età relativamente bassa porta a minori rischi di denunce da parte della stessa vittima³⁹. L'eventuale rifiuto, invece, in contesto soprattutto migratorio ma anche tradizionale, si lega soprattutto al processo della scolarizzazione delle ragazze. Queste sono in grado di comprendere meglio i sistemi simbolici tradizionali e hanno la possibilità di gestire diversamente il proprio corpo, in un processo di emancipazione attraverso modelli culturali nuovi.

Un altro fattore da considerare, in relazione all'età, è che in ambito migratorio si trovano difficilmente operatrici rituali disposte ad agire in clandestinità, con i rischi di essere condannate ad alcuni anni di reclusione (approfondiremo l'aspetto legislativo nel capitolo seguente). Le famiglie devono quindi spesso attendere che arrivi un'operatrice disposta ad attuare la pratica oppure approfittare di un viaggio al paese d'origine per effettuare l'operazione.

Nella tabella 3, presa dal libro *I segni sul corpo* di Michela Fusaschi⁴⁰, si può notare la correlazione tra l'età e i diversi gruppi etnici.

Età o periodo	Escissione (MGF tipo 1-2)		Infibulazione (MGF tipo 3)	
	Gruppo etnico (Stato)	Fonte	Gruppo etnico (Stato)	Fonte
3°-8° giorno	Amhara (Etiopia)	Combes e Tamisier 1838		
4° giorno	Dian (Burkina Faso)	Labouret 1931		
4°-8° giorno	Ibo (Nigeria)	Basden 1938		
5°-20° giorno	Amhara (Etiopia)	Leslau 1957		
Entro il 7° giorno	Aden (Yemen)	Saleh 1979		
Entro il 7° giorno	Mauri (Mauritania)	Tauzin 1988		
7° giorno	Ishan, Bino, Ika, Ibo (Nigeria)	Djedomaoh e Faal 1981		
7°-21° giorno	Ibo (Nigeria)	Egwuatu e Agugua 1981		
7°-40° giorno	Amhara (Etiopia)		'Afar (Gibuti)	Signorel 1976, David, 1978
8° giorno	Amhara (Etiopia)	Bruce 1790-92; Parkins 1835; Courbon 1861		
8° giorno	Falasha (Etiopia)	Leslau 1957		
15° giorno	Soninké (Mali)	Daniel 1910		
40° giorno	Amhara (Etiopia)	Mérab 1912; Huber 1966		
1 anno	Gourmantché (Burkina Faso)	Caillié 1979		
2-4 anni	Mauri (Mauritania)	Malcom 1925		
2-4 anni	Ibo (Nigeria)	Schwab 1955		
3-6 anni	Yoruba (Nigeria)	Simmons 1960	Kabâbîsh (Sudan)	Seligman e Seligman 1918
4-6 anni	Ibo (Nigeria)		Gibuti, Darfur, Nubia, Dongola	Fröhlich 1921
4-8 anni	Ibo (Nigeria)	Daniell 1847		
5-8 anni			Kordofan	Pallme 1844
6 anni			Sudan	Worsley 1938
7-8 anni	Egitto	Bruce 1790-92	Somalia	Peney 1859
7-11 anni			Somalia	Lucas 1935; Erlich 1981
8-9 anni	Egitto	Sonnini 1798; Browne 1800		
8-11 anni	Malinké (Mali)	Imperato 1977		
Poco prima della pubertà	Malinké (Mali)	Kanté 1993		
8-14 anni	Manianka (Mali)	Diallo 1980		
9-10 anni	Gurage (Etiopia)	Leslau 1957		
9-10 anni	Basso Egitto	Duhousset 1877		
10 anni	Conibo (Perù)	Grandidier 1861		
10-14 anni	Gusii (Kenya)	Mayer 1953		
10-15 anni	Senoufo (Mali, Burkina Faso, Ghana, Costa d'Avorio)	Holas 1957		
12-15 anni	Bambara (Mali)	Galliéni 1885		
13-15 anni	Malinké (Mali)	Chéron 1933		
15-16 anni	Coniagui (Guinea) Oubi (Costa d'Avorio)	Lestranger 1955; Gessain 1960		
16-18 anni	Kissi (Guinea)	Holas 1957		
16-18 anni	Birifor, Teguessié (Burkina Faso)	Paulme 1952		
17 anni	Birifor, Dian, Teguessié (Burkina Faso)	Labouret 1931		

Prima della comparsa delle mestruazioni	Kikuyu (Kenya)	Kenyatta 1960 (1937)		
Prematrimoniale	Gourmantché (Burkina Faso)	Cartry 1968		
Prima della gravidanza o in caso di presunta sterilità	Senoufo (Mali, Burkina Faso, Ghana, Costa d'Avorio)	Holas 1957		

Tabella 3: l'età alla quale viene effettuata la pratica

1.3.7 Strumenti per le pratiche

Gli strumenti utilizzati sono solitamente lamette da rasoio, bisturi, coltelli di varie dimensioni che possono essere usati quotidianamente o solamente per i rituali, comuni o di varie forme, oppure pezzi di coccio o vetro.

1.3.8 Operatrici rituali

Una figura fondamentale da tenere in considerazione sono le operatrici rituali. Tramite loro, si tramanda e si attua la pratica. Agendo sulla consapevolezza di queste donne, circa gli effetti che possono portare le MGF sulle giovani ragazze, negli ultimi anni si è vista una riduzione delle pratiche in molte zone (grazie soprattutto al lavoro di molte associazioni e ONG africane che creano progetti di informazione e formazione delle operatrici per trovare un impiego alternativo: insegnano vari mestieri⁴¹; concedono prestiti agevolati per l'apertura di piccole attività imprenditoriali⁴²; propongono riti alternativi di passaggio all'età adulta, solamente simulando il rituale^{43,44}). Queste operatrici sono quasi sempre donne anziane che sono state iniziate alla pratica a loro volta; esse tramandano il ruolo generalmente di madre in figlia. Sono generalmente chiamate da varie comunità e vanno per vari villaggi. Talvolta possono essere le madri o le future suocere o le sorelle più anziane.

Come detto, con gli anni, la figura dell'operatrice rituale gradatamente si sta riducendo, grazie anche alla possibile reclusione a cui può andare incontro (in passato, è successo più volte che un'operatrice rituale fosse condannata alla reclusione; un esempio è un'operatrice del Mali condannata a 8 anni nel 1999 dal tribunale di Parigi, dopo essere stata denunciata da una giovane immigrata, per aver circonciso almeno 48 bambine in territorio francese⁴⁵).

1.3.9 IL dolore

Il dolore acuto e cronico legato alle MGF non rappresenta solo una complicanza, ma è talvolta proprio l'intento della pratica. Esso assume vari connotati, a seconda dei gruppi in cui avviene

l'intervento. Michela Fusaschi raccoglie nel suo lavoro *I segni sul corpo*⁴⁶ varie testimonianze sul significato del dolore e su come viene interpretato dalle attrici coinvolte; possiamo qui elencarne alcuni aspetti:

- il dolore è un mezzo per “rivaleggiare con gli uomini del gruppo, dimostrare loro come saranno capaci, per tutta la durata della loro vita, di sopportare prove difficili quanto, se non di più, di quelle che sopporteranno gli uomini”;
- la sopportazione del dolore, in silenzio, rimanda al ruolo della figura materna e alla sua funzione di responsabilità nella casa e alla sua capacità di detenere poteri di fronte agli uomini della casa;
- questo dolore è considerato il riferimento per i dolori fisici che accompagneranno la donna nella vita;
- c'è la descrizione di un dolore ottenebrante legato al momento dell'attuazione dell'operazione. Sono poche le donne che sono in grado di parlarne: a volte, si ha memoria solo di un dolore insopportabile, impossibile da descrivere. Più spesso, le donne si ricordano ciò che avviene dopo il lavoro dell'operatrice: la sensazione del suono particolare degli attrezzi utilizzati, di cui rimane un pensiero ossessivo; i canti delle altre donne che coprono le loro grida; le parole della madre, che le ricorda di essere coraggiosa per l'onore della famiglia (ha qui un significato sociale: l'onore della famiglia di fronte al gruppo).

In verità, attualmente, si sta via via perdendo il significato e i valori pedagogici attribuiti al dolore, anche in contesto tradizionale oltre che migratorio. Non si cerca più, con le MGF, di raggiungere il dolore, ma si protrae la pratica in molti paesi per altri motivi⁴⁷. Per questa ragione, nei paesi di origine, in passato c'è stato un aumento della medicalizzazione della pratica, con l'uso di un anestetico in ambito sanitario che è venuto a sostituire il vecchio “anestetico culturale” dato dalla cerimonia rituale nel suo insieme, che rendeva accettabile il dolore da parte della ragazza. Al dolore, infatti, si contrapponeva l'orgoglio per avere raggiunto un nuovo ruolo che rendeva anche desiderabile l'intervento. Oppure, anziché usare un anestetico, tutt'oggi si può attuare la pratica poco dopo la nascita delle figlie, per non fare ricordare il dolore⁴⁸. Oggi, la pratica viene mantenuta in contesto migratorio non tanto per un motivo ideologico e di dolore, ma soprattutto per conservare un legame con il paese d'origine e per la possibilità di reintegrazione in seguito a un eventuale ritorno; il segno sul corpo diventa un mezzo che dimostra che si è rimasti legati alla

vecchia cultura⁴⁹. Riporto la testimonianza di una donna senegalese, Soninké, che nel 1980 arriva in Francia e viene accusata dal tribunale di Bobigny di aver fatto attuare un'escissione sulla figlia⁵⁰:

«da noi, in Africa, l'escissione è obbligatoria (...). Non l'ho fatto per far soffrire mia figlia (...). Non provo alcun rimorso per aver fatto escindere mia figlia, perché so che un giorno o l'altro - io non sono francese - bisognerà che torni nel mio paese. Laggiù mia figlia verrà fatta escindere dai miei parenti, con o senza il mio accordo».

L'esperienza del dolore, altre volte, si traduce in un completo rifiuto all'operazione di MGF nelle figlie e porta le madri a battersi, creando gruppi per coordinare interventi pratici in ambito scolastico o sociosanitario. Questi progetti, nati dalle persone direttamente coinvolte, risultano tra i migliori contributi al superamento delle pratiche di MGF.

1.3.10 Modello di dominazione maschile

Per capire a fondo le motivazioni delle MGF, è importante affrontare l'aspetto della sessualità femminile rapportata con quella maschile all'interno delle società coinvolte. Questo aspetto, che ci piacerebbe fosse vicino al mestiere del ginecologo, rientra appieno nello scopo del presente lavoro. Nei Paesi africani, in generale, l'organo clitorideo viene considerato come la parte maschile che il sesso femminile si porta dalla nascita, pertanto da eliminare. Invece, per il sesso maschile, il prepuzio costituisce l'elemento femminile da eliminare con la circoncisione. Un esempio è il popolo Dogon del Mali, che ritiene che bisogna eliminare le parti dell'altro sesso, per inserire l'individuo nel giusto ruolo sociale. Durante i primi anni, infatti, il bambino è considerato un insieme di maschio e femmina⁵¹. Deve avvenire, quindi, una "correzione culturale" con la MGF o la circoncisione maschile, percepiti da queste società come l'unico intervento possibile per perfezionare la natura.

Tra le due pratiche di MGF e circoncisione maschile, però, c'è una grossa differenza: la circoncisione maschile non pregiudica in alcun modo il piacere sessuale maschile, mentre la MGF mutila la donna privandola di uno degli organi principali predisposti alla sensibilità sessuale⁵². Infatti, quella che abbiamo detto in precedenza non è l'unica motivazione per l'attuazione delle pratiche: le MGF hanno anche lo scopo di ridurre la sensibilità sessuale femminile, che viene ritenuta, da uomini e donne (specialmente le madri e le nonne), potenzialmente pericolosa, perché si pensa che la donna abbia un ridotto controllo di sé e quindi possa mettere in pericolo il futuro nucleo familiare. Il clitoride dunque «è inadeguato a un'immagine di femminilità e di procreazione»⁵³ e va eliminato.

L'escissione (MGF tipo 1-2), pertanto, ha due caratteristiche: da un lato, la ragazza può diventare donna a tutti gli effetti, non avendo più attributi maschili; dall'altro, la donna potrà procreare e andare in matrimonio.

Oltre a questi aspetti, le MGF sono associate a un'ulteriore particolare interpretazione in alcuni gruppi: il contatto con il clitoride e/o le labbra può portare danno all'uomo durante l'atto sessuale, o al neonato durante il parto, dovendo la donna nuovamente andare incontro a escissione.

Lasciare il clitoride significherebbe, per la società in cui la pratica è frequente, sovrapporre la figura dell'uomo a quella della donna, «provocare l'uomo nella sua autorità» e dare potere alle donne⁵⁴; eliminare l'organo clitorideo significa rimuovere ciò che può ricordare il pene maschile e quindi trasmettere una totale ricettività alla sessualità femminile; questo va di pari passo con il ruolo che si aspetta la donna acquisisca rispetto ai rapporti di autorità con il genere maschile, in cui c'è una repressione, nella realtà quotidiana, del suo ruolo attivo, ispirato a un "modello ideale di dominazione maschile sul femminile"⁵⁵.

Non deve pertanto essere confuso il termine "circoncisione" con "escissione" o "clitoridectomia", perché hanno significati e complicità completamente diverse: in passato è stato usato il termine circoncisione per indicare anche le pratiche femminili (dalla colonizzazione inglese, nell'incontro con i popoli africani, si usava il termine "circumcision" per parlare di MGF). Oggi si rischia, nell'uso di questo termine per le MGF, di rendere accettabili queste pratiche, come lo sono quelle maschili, e di non comprendere a cosa possa andare incontro chi viene operato.

Oltre alle complicità (che vedremo più avanti), anche lo scopo simbolico della circoncisione maschile è diverso rispetto alle MGF. Il prepuzio maschile, oltre a essere percepito come un elemento femminile in alcune realtà, rappresenta in altri gruppi un ostacolo alla virilità⁵⁶ (la virilità viene intesa come la caratteristica principale che deve avere un uomo: la forza, il coraggio, la risolutezza); infatti, al termine dell'operazione, l'organo sessuale maschile assume in apparenza l'aspetto di un pene sempre in erezione, con «un'evidenza ostentatoria della virilità»⁵⁷; il pene assume qui un significato di potere e autorità. Con l'escissione si elimina la virilità dalla donna, l'ablazione del prepuzio invece l'intensifica per l'uomo⁵⁸: questo ha l'obiettivo di ridurre il potere della donna, mentre intensifica quello dell'uomo, facendo della donna un soggetto subordinato rispetto all'uomo. Queste pratiche rappresentano dunque un preciso schema di dominazione maschile: «non è necessario che gli uomini prestino la mano alla pratica delle mutilazioni femminili. È sufficiente lasciar fare alle spose e alle madri. Questa è la ragione per il quale il lavoro di

sensibilizzazione deve necessariamente essere condotto su queste ultime, perché loro ne sono le vittime. Lottare contro l'escissione significa anche lottare contro un sintomo della dominazione»⁵⁹. In molti gruppi, le MGF rimangono una condizione necessaria per potersi sposare, perché non sarebbero altrimenti accettate dal marito; ciò conferma che il lavoro di sensibilizzazione debba essere quindi portato avanti anche negli uomini oltre che nelle donne.

1.3.11 Infibulazione

L'infibulazione (MGF tipo 3) interessa circa il 10% delle donne che sono andate incontro a MGF, in particolare nell'area del Corno d'Africa: Somalia, Eritrea, Etiopia, Gibuti, nord del Sudan^{60,61}. L'infibulazione è molto più complessa delle MGF di tipo 1-2, sia dal punto di vista della pratica sia per le implicazioni sociali e di salute. Viene lasciato libero solo un piccolo orifizio per il deflusso di urine e sangue mestruale e il diametro dell'apertura deve corrispondere a quello di un seme di miglio. L'infibulazione nasce per il controllo della donna, per la preservazione della sua verginità prima del matrimonio; infatti, al matrimonio, avviene l'operazione di "riapertura, deinfibulazione", effettuata dal marito tramite l'utilizzo di uno strumento simile a quello usato per la chiusura, pari a un coltello. In interviste ad alcuni uomini, emerge il fatto che l'infibulazione sia uno strumento per evitare che la donna abbia relazioni al di fuori del matrimonio⁶²; si tratta, inoltre, spesso di matrimoni poligamici. L'infibulazione è, pertanto, una misura protettiva non nei confronti delle donne, ma di coloro che le prenderanno in moglie, come fosse una "garanzia di verginità" che in alcuni paesi si traduce in una valutazione economica della ragazza con il "prezzo della sposa". La famiglia dell'uomo trasferisce beni alla famiglia della sposa come risarcimento per la perdita della donna.

Come seconda motivazione, l'infibulazione avviene perché c'è il pensiero che i genitali femminili siano "sporchi", legato all'idea di umidità dei genitali, caratteristica che viene associata alle donne non sposate o alle prostitute che hanno una sessualità non controllata. Secondo questa interpretazione, l'infibulazione (ma anche gli altri tipi di MGF) viene attuata come "necessità igienica"⁶³. Questo ci dimostra nuovamente come ci sia un una gerarchia e un ordine nella relazione tra i generi⁶⁴. È dimostrata questa idea dei genitali femminili "sporchi" con termini impiegati in vari gruppi per indicare le operazioni di MGF: l'etnia Bambara in malinké dice "bobokoli", cioè "lavarsi le mani"; in soninké viene detto "solende", ossia "rendere pulito"; in guro si dice "lavarsi il viso". C'è poi l'idea che con queste operazioni si eliminino gli odori femminili percepiti come un pericolo sugli

uomini, per il loro potere di richiamo della sessualità⁶⁵; l'olfatto viene considerato un modo per classificare la purezza o l'impurità della donna⁶⁶.

In conclusione, quindi, l'escissione (MGF tipo 1-2 secondo OMS) ha una funzione correttiva sui genitali della donna, che assume il suo ruolo di moglie e madre; ma alla donna sarà impedito di provare piacere sessuale, inteso come l'obiettivo di tenere sotto controllo la sessualità della donna. Con l'infibulazione, ai precedenti aspetti, si associa anche la gestione diretta e totale della sessualità della donna da parte dell'uomo, sessualità già permanentemente pregiudicata dall'eliminazione del piacere sessuale.

1.4 LEGGE E PREVENZIONE

1.4.1 Legislatura

La Svezia, nel 1983, è stato il primo paese europeo a dotarsi di una legislazione specifica, secondo cui una qualsiasi forma di mutilazione dei genitali femminili è punibile con un massimo di due anni di reclusione. Prima del 2006, il nostro paese non prevedeva il ricorso a una normativa specifica: le pratiche di MGF, intese nei termini di una violazione al diritto alla salute e all'integrità fisica, venivano fatte rientrare, senza farne specifica menzione, in quegli articoli del Codice penale riguardanti le lesioni personali gravi e gravissime^b. La legge n. 7 del 9 gennaio 2006⁶⁷, invece, detta 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 (art. 1). L'art. 6 punisce con la reclusione da 4 a 12 anni chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagioni una mutilazione degli organi genitali femminili^c. La pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità. Una specifica aggravante (la pena è aumentata di un terzo) è prevista quando le pratiche siano commesse a danno di un minore o il fatto sia commesso a fini di lucro. La pratica è punibile anche se avviene all'estero^d e se un professionista sanitario attua una MGF avrà l'interdizione dalla professione da tre a dieci anni^e. È un reato perseguibile d'ufficio, avendo sempre l'obbligo di denuncia^f o di referto^g.

La legge ha la componente innovatoria^h di:

1. predisporre campagne informative rivolte agli immigrati provenienti da Paesi in cui sono effettuate le pratiche, al momento della concessione del visto o del loro arrivo alle frontiere italiane. Lo scopo è di diffondere la conoscenza dei diritti fondamentali della persona e del divieto vigente in Italia delle pratiche di mutilazione genitale femminile;

^b Art. 582 e 583 del Codice penale

^c L'articolo 6 introduce nel Codice Penale un'autonoma fattispecie di reato (tramite l'art. 583-bis)

^d Secondo l'art. 583-bis

^e Secondo l'art. 583-ter

^f La denuncia è fatta da parte del personale dipendente o convenzionato

^g Un referto è compilato da parte del dipendente non convenzionato o del libero professionista

^h Secondo gli articoli 3, 4, 5 c.p.p.

2. promuovere iniziative di sensibilizzazione, con la partecipazione delle organizzazioni di volontariato, delle organizzazioni *no profit*, delle strutture sanitarie, e delle comunità di immigrati provenienti dai Paesi dove sono praticate le mutilazioni genitali femminili;
3. organizzare corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza, finalizzati ad una corretta preparazione al parto;
4. promuovere appositi programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo, anche avvalendosi di figure di riconosciuta esperienza nel campo della mediazione culturale, per aiutarli a prevenire le mutilazioni genitali femminili, con il coinvolgimento dei genitori delle bambine e dei bambini immigrati, e per diffondere in classe la conoscenza dei diritti delle donne e delle bambine;
5. promuovere presso le strutture sanitarie e i servizi sociali il monitoraggio dei casi progressi;
6. predisporre linee guida destinate alle figure professionali sanitarie e ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi ad alta incidenza;
7. istituire un numero verde finalizzato a ricevere segnalazioni da parte di chiunque venga a conoscenza della pratica sul territorio italiano (nel 2009 è stato attivato il numero verde 800 300 558, gestito da operatori della Polizia di Stato⁶⁸);
8. finanziare progetti di formazione e informazione diretti a scoraggiare tali pratiche e a creare centri anti violenza che possano eventualmente dare accoglienza alle giovani che intendano sottrarsi a tali pratiche.

Ci sono però alcune criticità: non tutte le regioni hanno ancora attivato iniziative per combattere il fenomeno e per attuare azioni di prevenzione. A tutt'oggi, non esiste un resoconto generale di come è affrontato territorialmente il problema né una mappatura dei risultati ottenuti tramite la formazione prevista.

1.4.2 MGF nelle aule di giustizia

Pur essendo il fenomeno accertato in Italia, le MGF risultano scarsamente rilevate a livello giurisprudenziale. I dati rilevati dal Ministero della giustizia dal 2015 al 2019 mostrano che i procedimenti penali contenenti il reato di MGF non sono mai stati più di cinque all'anno. Le Tabelle 4-5 mostrano come i procedimenti si siano conclusi prevalentemente con un decreto di archiviazioneⁱ. Nella sezione dibattimento (tabella 5), invece, si osserva come solo nel 2019 si sia giunti a sentenze di condanna (2 su 2), mentre negli altri casi il procedimento è stato concluso con una sentenza assolutoria. La motivazione della scarsità di reati commessi sembra, da un lato, legata al fatto che le MGF vengono praticate all'estero nel corso di viaggi per lo più nei periodi di vacanza nei Paesi di origine, con la conseguente difficoltà di conoscenza ex post dell'effettuazione di tale pratica, e, dall'altro, ad evidenti "resistenze" applicative da parte della stessa magistratura, poiché alla condanna si presuppone spesso la perdita della potestà genitoriale.

Tab. 1 - Numero di procedimenti penali iscritti e definiti presso i Tribunali ordinari - sezione gip/gup e dibattimento - contenenti il reato di cui all'art.583 bis c.p. Anni 2015^(a)-2019

Anni	Sezione Gip/Gup		Sezione Dibattimento	
	Iscritti	Definiti	Iscritti	Definiti
2015 ^(a)	1	1	1	1
2016	0	0	1	1
2017	4	1	0	0
2018	3	5	3	1
2019	4	4	4	2

(a) Non sono inclusi i dati del Tribunale di Roma e di Milano; la percentuale di copertura è pari al 92% dei procedimenti trattati per il gip/gup e pari al 90% per il dibattimento.
(b) Non è corretto sommare i procedimenti della sezione gip/gup con quelli del dibattimento (cfr. nota metodologica).
Fonte: Ministero della Giustizia - Direzione Generale di Statistica e Analisi Organizzativa

Tabella 4: procedimenti penali contro le MGF

ⁱ I procedimenti sono mostrati nella tabella 4 nella sezione GIP/GUP (la sezione rispettivamente dei giudici per le indagini preliminari e per l'udienza preliminare)

Tab. 3 - Modalità di definizione nei Tribunali italiani - sezione dibattimento - dei procedimenti contenenti il reato di cui all'art.583 bis c.p. Anni 2015^(a)-2019

Modalità di definizione	2015 ^(a)	2016	2017	2018	2019
Condanna	0	0	0	0	2
Non doversi procedere per prescrizione	0	0	0	1	0
Non doversi procedere diverso da prescrizione	0	1	0	0	0
Altre sentenze	1	0	0	0	0
Totale definiti	1	1	0	1	2

(a) Non sono inclusi i dati del Tribunale di Roma e di Milano; la percentuale di copertura è pari al 90% dei procedimenti trattati dagli uffici giudiziari.

Fonte: Ministero della Giustizia - Direzione Generale di Statistica e Analisi Organizzativa

Tabella 5: sezione dibattimento dei procedimenti penali contro le MGF

Lo scarso numero di casi dimostra che la sola repressione penale rappresenta uno strumento limitato nella politica di contrasto alle mutilazioni genitali, se non accompagnata da interventi finalizzati a informare e sensibilizzare sui rischi psicologico-sanitari connessi all'esecuzione di queste pratiche, argomento che rientra nello scopo del presente lavoro ⁶⁹.

1.4.3 Ruolo delle associazioni internazionali

Un indubbio fattore importante è la prevenzione, tramite soprattutto la formazione, l'informazione e la sensibilizzazione, attraverso il lavoro delle organizzazioni e delle associazioni che operano nel campo della migrazione. Queste portano avanti iniziative volte a favorire l'abbandono della pratica, forti di una esperienza spesso maturata grazie a progetti tenuti nei Paesi di origine. Gli interventi di contrasto si caratterizzano per l'approccio di empowerment e di scelta consapevole, attraverso azioni informative sulle conseguenze sanitarie, su riti di passaggio alternativi e sulla possibilità di cambiamento delle norme sociali. L'attenzione delle associazioni e delle organizzazioni coinvolge anche le "seconde generazioni" che rappresentano un'importante fonte di rinnovamento per le comunità emigrate. Fra le principali associazioni che si occupano di questo tema ci sono Differenza donna, AIDOS (Associazione Italiana DONne per lo Sviluppo), ActionAid Italia, Amref Health Africa-Italia, Save the children, Nostrostras, Laboratorio una donna e UNICEF Italia. Il loro lavoro è molto vasto e prevede la formazione di operatrici di centri anti violenza e case rifugio per l'accoglienza, l'ospitalità e l'accompagnamento alle donne. I progetti mirano a potenziare l'efficacia dei sistemi di emersione e di risposta al fenomeno da parte delle istituzioni e della società civile con una strategia

condivisa a livello politico, legale e sociale. Secondo le varie associazioni e organizzazioni coinvolte, sarebbe opportuno modificare la legge n. 7 del 2006 correggendo il tratto marcatamente penalistico che la caratterizza e aumentando i fondi messi a disposizione. Particolare attenzione va inoltre riservata, in accordo con questi esperti, all'astensione da giudizi poco sensibili che rischiano di non aiutare chi lavora per il contrasto alla pratica; ad esempio «definirle una barbarie, primitive, un'emergenza», rischia di porre chi convive con una mutilazione, in una posizione di subalternità. In altre parole, conservare uno sguardo «coloniale» al problema può ostacolare l'efficacia di politiche e buone pratiche⁶⁹.

1.4.4 MGF nel mondo del lavoro

Il contrasto alle mutilazioni genitali femminili rappresenta un tema di interesse anche per i principali sindacati come UGL, CGIL, CISL e UIL. Attraverso una commissione parlamentare d'inchiesta (2021)⁶⁹, i sindacati espongono alcuni miglioramenti che dovrebbero essere attuati per questo tema in Italia: occorrerebbe mettere a punto percorsi di sensibilizzazione per tutti gli ordini di educazione e istruzione, estendere le Linee Guida sulla formazione a tutti gli operatori e le operatrici che lavorano con i minori, ma soprattutto garantire l'accesso delle donne migranti alle campagne informative e ai servizi per la loro presa in carico, attraverso l'utilizzo della loro lingua di appartenenza e con l'ausilio di mediatrici culturali. Questi percorsi devono essere accompagnati da una qualche forma di riconoscimento a livello sociale del loro status di persone invalide. Anche secondo le associazioni sindacali sarebbe importante intervenire sul quadro normativo vigente al fine di favorire e incoraggiare le azioni di denuncia da parte delle vittime. Determinante è, anche in questo caso, la formazione non solo delle figure professionali che operano con le comunità di migranti provenienti dai Paesi in cui sono attuate le pratiche, ma anche degli operatori della scuola (insegnanti, responsabili della formazione e dell'educazione alla salute).

1.4.5 Commissione d'inchiesta parlamentare (2021)

La commissione parlamentare d'inchiesta del 2021⁶⁹ definisce i cambiamenti che dovrebbero essere apportati in occidente per portare a una riduzione dell'incidenza di questa pratica. L'attività conoscitiva svolta dalla Commissione ha posto in luce la presenza di alcune criticità nella risposta istituzionale del nostro Paese al fenomeno delle mutilazioni genitali. Secondo le nostre considerazioni, e in linea con lo scopo del presente lavoro, in primo luogo, talune carenze sono

ravvisabili proprio con riguardo all'applicazione concreta delle misure preventive predisposte dalla legge n. 7 del 2006. C'è stata una progressiva riduzione delle risorse destinate, accompagnata da carenze sul piano della gestione, che ha di fatto pregiudicato la piena efficacia delle politiche di informazione e prevenzione. Risulta essenziale quindi potenziare nuovamente queste politiche favorendo il coinvolgimento delle comunità di appartenenza e inserendo espressamente le mutilazioni genitali femminili tra le forme di violenza contemplate dal Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne. Occorre in questo processo evitare in ogni modo che le mutilazioni genitali femminili possano trasformarsi in uno dei tanti temi ad alto rischio di stigma sociale verso la popolazione migrante. Ciò finirebbe per nascondere il fenomeno, compromettendo la possibilità per donne e ragazze di accedere ai servizi di supporto, tema centrale nel presente lavoro di tesi. Inoltre, risulta fondamentale costruire un dialogo interculturale che si basi sulla conoscenza delle differenze culturali e che coinvolga donne e ragazze (anche italiane) affinché riconoscano la violenza e diventino agenti attive di cambiamento presso le loro comunità di appartenenza. L'approccio interculturale richiede che siano adottate tecniche di comunicazione appropriate che non utilizzino termini o concetti impropri o classificatori, che possano far sentire a disagio la donna sopravvissuta a queste pratiche o che rischia di subirle. L'interculturalismo non deve però in nessun caso spingersi fino alla giustificazione o alla minimizzazione di queste gravi forme di violenza in ragione di un frainteso senso di libertà culturale. Altrettanto importante in quest'attività di prevenzione è il coinvolgimento degli uomini e in particolare dei leader religiosi. In questo contesto è particolarmente rilevante curare il percorso di presa in carico delle donne che hanno subito questa pratica, un percorso di accompagnamento che deve spingere queste donne a discostarsi dall'accettazione della pratica stessa, così da impedire che le loro figlie possano a loro volta esservi sottoposte. In questo quadro, risulta di primaria importanza portare avanti iniziative volte all'alfabetizzazione delle donne coinvolte con figli. Dalla nostra revisione di letteratura, trattata più avanti, è emerso infatti che donne con un più alto grado di istruzione hanno un minor rischio di perpetuare queste pratiche. L'alfabetizzazione deve sostanziarsi nella conoscenza non solo della lingua, ma anche e soprattutto dei diritti che l'ordinamento riconosce e garantisce alle donne. Ancora, e, di nuovo, fulcro di questo lavoro di tesi, si fa luce sulla necessità di investire nella formazione del personale medico e sociosanitario che entra in contatto con le donne vittime di mutilazione. È innegabile, infatti, che in Italia sono ancora poche le strutture nelle quali operano ginecologi e ostetriche con una specifica formazione in tema di mutilazioni genitali. Come vedremo più avanti, infatti, la consapevolezza del personale sanitario italiano ed europeo sull'argomento è

insufficiente e sommaria. Sempre con riguardo al mondo sanitario appare auspicabile, inoltre, un aggiornamento delle Linee Guida varate dal Ministero della salute all'indomani dell'entrata in vigore della legge n. 7 del 2006. Infine, per una efficace azione di prevenzione, attraverso la precoce emersione del rischio, è necessario investire nella formazione e nell'aggiornamento anche dei medici di base e dei pediatri (emerge dalla letteratura analizzata che la prima linea di cura, composta da pediatri e medici di medicina generale, ignora il problema delle MGF non avendone conoscenza e formazione sufficiente). In ultimo, appare necessario implementare le forme di assistenza sia in gravidanza che nel parto, prevedendo a tal fine anche la figura di una mediatrice culturale che possa favorire non solo l'emersione della violenza, ma anche accompagnare sul piano clinico la sopravvissuta. Benché si tratti di una pratica spesso difficilmente rilevabile in ambito sanitario, si pensi a una rilevazione fattibile al momento del parto, come per i dati da cui attinge il presente lavoro di tesi; manca in Italia un sistema di rilevazione dei dati relativi alle mutilazioni genitali. La comprensione delle dimensioni del fenomeno è essenziale per l'individuazione delle più efficaci linee di intervento.

1.4.6 Leggi estere

Ad oggi in Africa, in Somalia, Sierra Leone, Mali, Camerun, Gambia, Liberia non esiste una legge sulle MGF (figura 2). Peculiare è il caso della Liberia, segnata in figura in rosso, anche se oggi non ha una legge specifica: infatti, nel 2018, l'allora presidente aveva bandito temporaneamente la pratica; nel 2019 il successivo presidente ha invece escluso le MGF dalle leggi contro la violenza sulle donne⁷⁰. A marzo 2020, risultano in tutto il mondo 51 Paesi con una legge contro le MGF, dei quali 28 sono africani⁷¹.

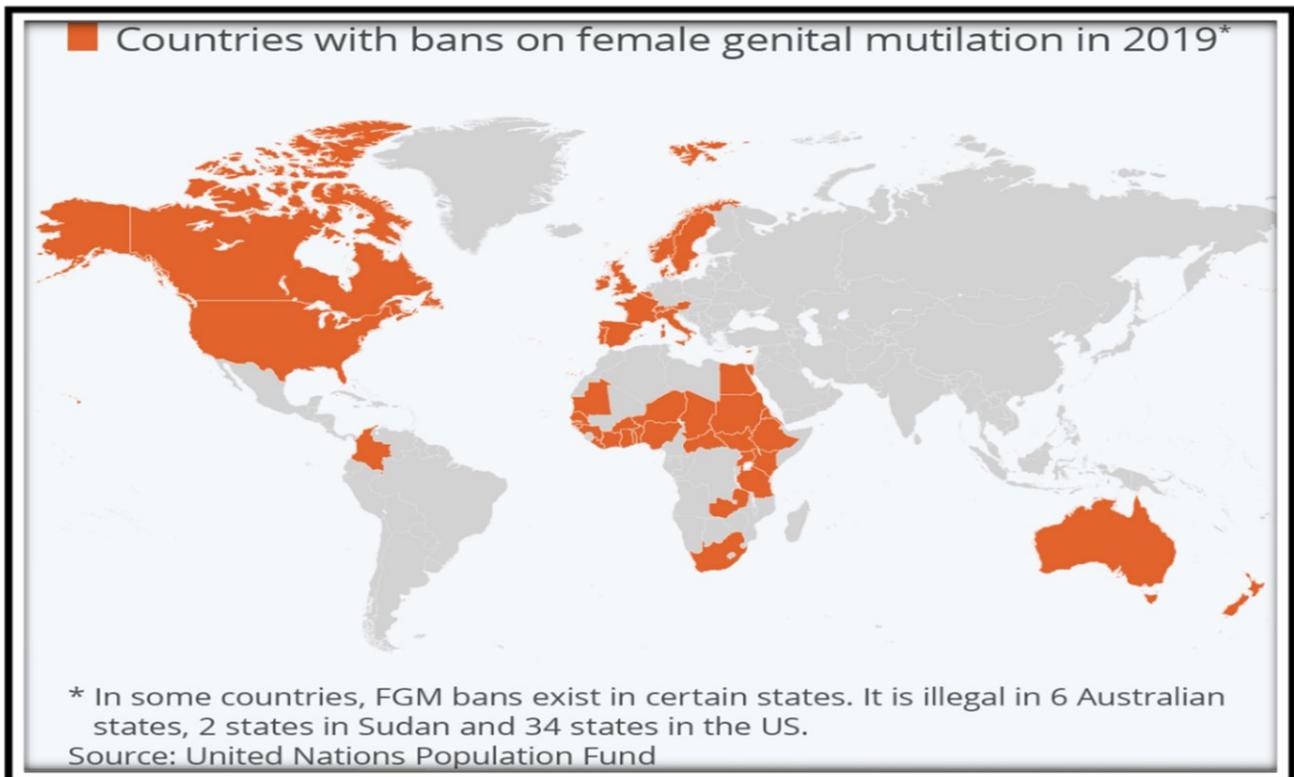


Figura 2: Paesi con una legge contro le MGF

1.4.7 Gli effetti della prevenzione

Si può affermare, dai vari studi analizzati, che il lavoro più utile è quello che viene svolto a livello territoriale. In Senegal, per esempio, l'ONG Tostan, attraverso un programma di educazione e informazione condotto in 282 villaggi, ha portato all'abbandono della pratica di MGF circa 220.000 donne fino al 2001⁷². Nella maggior parte dei Paesi africani si è assistito, negli anni, a una graduale riduzione della prevalenza delle MGF tra le donne, grazie ai numerosi sforzi che sono stati compiuti. Riportiamo le prime e le ultime analisi che il DHS ha pubblicato fino ad oggi, per mostrare il calo che c'è stato del fenomeno delle MGF (tabella 6)^{73,74}.

Paesi dell'Africa sub-sahariana	% delle donne tra 15-49 anni con MGF e anno dello studio	
Benin	16.8 (2001)	7.3 (2012)
Burkina Faso	76.6 (2003)	56.1 (2021)
Cameroon	1.4 (2004)	
Repubblica Centro-africana	43.4 (1994)	
Ciad	44.9 (2004)	38.4 (2014)
Costa d'avorio	44.5 (1998)	38.2 (2021)
Eritrea	94.5 (1995)	88.7 (2005)
Etiopia	79.9 (2000)	65.2 (2016)
Gambia	74.9 (2013)	72.6 (2020)
Ghana	5.4 (2003)	
Guinea	98.6 (1999)	94.5 (2018)
Kenya	37.6 (1998)	14.8 (2022)
Liberia	31.8 (2020)	
Mali	93.7 (1995)	88.6 (2018)
Mauritania	71.3 (2000)	63.9 (2021)
Niger	4.5 (1998)	2.0 (2012)
Nigeria	29.6 (2008)	19.5 (2018)
Senegal	28.2 (2005)	23.3 (2018)
Sierra Leone	91.3 (2008)	83.0 (2019)
Sudan	89.2 (1989)	
Tanzania	17.9 (1996)	8.2 (2022)
Togo	4.7 (2014)	
Uganda	1.4 (2011)	
Paesi del nord Africa		
Egitto	97.0 (1995)	92.3 (2014)
Yemen	22.6 (1997)	18.5 (2013)

Tabella 6: riduzione della prevalenza delle MGF negli anni

È stato proposto in passato da Matilde Callari Galli⁷⁵, come metodo preventivo, che la mutilazione possa essere effettuata solo in soggetti adulti in grado di sapere a quali conseguenze possono andare incontro. La medicalizzazione delle pratiche non ridurrebbe, però, molte delle complicità e non si può motivare con il rispetto per una cultura una pratica che lede irreversibilmente sia lo stato generale psicofisico dell'individuo che (soprattutto) la sua vita sessuale. Può un intervento medico negare il benessere e l'integrità psicofisica della persona? Di certo no. Per l'antropologa francese Françoise Héritier questa situazione di fatto introduce un conflitto e il diritto europeo non può accettare in alcun modo che sul suo suolo vengano realizzate, per ragioni dette «culturali», pratiche che attentino all'integrità della persona umana⁷⁶.

Questo principio giuridico tocca un tema molto difficile da normare, con aspetti per i quali spesso le persone coinvolte non vengono condannate. Può essere interessante riportare il caso di una socio-antropologa, Martine Lefevre-Déotte, che tra il 1989 e il 1994 ha seguito la quasi totalità dei processi per MGF tenutisi in Francia. Riportiamo il suo primo incontro con una imputata⁷⁷:

«il mio incontro con Dalla Fofana, il 20 gennaio 1989, è stato determinante. Nella sua unica stanza di 15 metri quadrati, sistemava sotto i tre letti tutti gli oggetti necessari alla vita di una grande famiglia. All'annuncio della data del processo, che lei stessa aveva appreso dalla bocca di suo marito, si accasciò, tenendosi al letto, guardandoci, esterrefatta. Ricordo ancora il suo sguardo, ho creduto proprio di percepire un grandissimo smarrimento. Restò così, in silenzio. Questo silenzio mi lacerava, com'era possibile costruire una difesa per chi non ha le parole, per coloro che non comprendono l'illegalità e la criminalità del loro atto?».

Spesso gli immigrati, infatti, non sono a conoscenza dell'esistenza della norma e non hanno la conoscenza della lingua, che porta a tutta una serie di problemi di comprensione. La pratica risulta in questi casi socialmente accettabile, ma giuridicamente illegale. Secondo l'antropologa Pitch⁷⁸ «la sanzione della trasgressione della norma consuetudinaria è vissuta come ben più pesante di quella che eventualmente segue la trasgressione della norma ufficiale», perché a volte il rispetto della legge può condurre, nel pensiero dei genitori, all'isolamento delle figlie nei confronti della loro società d'origine.

Nel 2003, secondo l'antropologa Michela Fusaschi⁷⁹, bisogna stare attenti ad una eventuale legge penale per le MGF, perché potrebbe isolare socialmente ancora di più la ragazza coinvolta, soprattutto dai genitori (che attuavano la pratica, secondo il loro punto di vista, per il bene della figlia), ma anche dalla società, che non deve fondarsi su giudizi unilaterali e su una visione

discriminatoria, ma deve agire secondo il bene della ragazza. L'isolamento riguarderebbe inoltre anche la collettività di origine per cui, se un giorno la ragazza decidesse di ritornare, dovrebbe farlo in solitudine e senza la famiglia. La legge deve costituire una forma di dialogo invece, che possa portare a identificare azioni alternative alle MGF, che non ledano i soggetti coinvolti. Nei paesi in cui già nel 2003 esisteva un reato specifico, da un lato non si sono registrate denunce in merito (in Gran Bretagna e Svezia), dall'altro si è poi scelto sempre di non punire comminando condanne piuttosto lievi (in Francia).

Secondo l'antropologa Tamar Pitch⁷⁸, la cosa importante è capire cosa si intende realmente con "interesse della vittima", dal momento che questo «ha a che vedere con l'interpretazione che si dà del rapporto tra individuo e cultura d'origine e individuo e cultura d'accoglienza, nonché naturalmente con le politiche rivolte agli immigrati».

1.5 APPROCCIO ALLA DONNA CON MGF

1.5.1 Regole base

Entrando nel vivo del presente lavoro dopo una doverosa disamina antropologica, storica e culturale sull'argomento, quando il medico entra in contatto con una donna migrante che porta una MGF è importante che sia preparato, in primo luogo, a gestire il rapporto con la propria paziente. Pertanto, bisogna tenere presente il contesto culturale in cui avvengono le pratiche, per poter esprimersi in modo sensibile e cosciente²⁹. In una visita medica, può succedere che ci siano problemi di comunicazione e interpretazione, se viene ignorato o minimizzato il contesto socioculturale della donna, potendo essere fonte di disagio per la stessa⁸⁰. Spesso, il medico cerca di evitare la discussione sull'argomento delle MGF e di parlare delle complicanze che possono verificarsi, il che può risultare frustrante per la paziente²⁹: se ci sono complicanze, bisogna sicuramente affrontare l'argomento senza ignorarne la causa. È importante capire quando considerare l'aiuto del mediatore culturale, ovvero in situazioni in cui, da soli, non si è in grado di agire correttamente di fronte all'aspetto antropologico della donna e della pratica⁸¹.

1.5.2 Linee Guida

Nel 2021 è iniziato un progetto dal titolo *MGF - Un fenomeno globale* finanziato dalla Regione Umbria. Si sviluppa dal lavoro pluriennale con e per le donne migranti con l'obiettivo di chiarire alcuni elementi fondamentali per instaurare un dialogo con le donne che sono andate incontro a MGF e le bambine a rischio di esservi sottoposte, al fine di avviare una presa in carico consapevole e libera da giudizi e stereotipi all'interno dei servizi sociosanitari. È stata quindi sviluppata una Linea Guida su come accogliere queste donne e come comunicare e interagire con loro⁸².

Una presa in carico ottimale della paziente richiede il coinvolgimento di diversi professionisti e secondo un approccio olistico, al fine di rispondere in modo puntuale e precoce ai bisogni delle donne e ragazze con o a rischio di MGF. Considerando che raramente le donne si rivolgono ai servizi sanitari per questioni legate direttamente alle MGF, ma più per altre problematiche (visita ginecologica, parto, consulenza psicologica), risulta essenziale la formazione e la conoscenza degli operatori sanitari su questo tema, per l'adozione di un approccio culturalmente sensibile e non giudicante, improntato all'ascolto e all'empatia nelle fasi di accoglienza e incontro con le donne e ragazze, per la creazione del giusto setting e per la costruzione della relazione di fiducia, indispensabile per affrontare un tema così complesso, personale e delicato.

Riportiamo di seguito le Linee Guida (tabella 7).

<p>1- Preliminare</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realizzare colloqui coordinati tra gli operatori <input type="checkbox"/> Lavorare in rete in équipe multidisciplinari, coinvolgendo tutti gli attori, istituzionali e non presenti sul territorio, nel campo dei servizi dedicati ai migranti <input type="checkbox"/> Predisporre locali idonei e accoglienti, poco rumorosi ed esposti a luce naturale, che garantiscano la necessaria riservatezza <input type="checkbox"/> Coinvolgere un mediatore/mediatrice culturale professionista per garantire la massima comprensione reciproca e mettere la donna nella condizione di esprimersi nella sua lingua
<p>2- Accesso</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fare sempre riferimento alla natura confidenziale del colloquio <input type="checkbox"/> Iniziare l'incontro discutendo di altre problematiche (es. il motivo dell'appuntamento o i bisogni di salute della donna) <input type="checkbox"/> Rivelare la conoscenza delle pratiche di MGF nel paese d'origine della donna e delle possibili complicità psico-fisiche-sessuali <input type="checkbox"/> Una volta stabilito, in privato, che la donna ha subito MGF, assicurarsi sempre di gestire la consulenza con professionalità e discrezione
<p>3- Relazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adottare un atteggiamento empatico, non giudicante né curioso <input type="checkbox"/> Impostare un rapporto disteso, di rispetto e fiducia <input type="checkbox"/> La paziente deve essere parte attiva del processo terapeutico (o di altro tipo) <input type="checkbox"/> Importante ascoltare e capire come la donna si sente rispetto alle MGF. Alcune donne sono molto orgogliose della MGF per altre è un evento traumatico e negativo <input type="checkbox"/> Spiegare chiaramente che le MGF sono illegali e che la legge può essere usata per aiutare la famiglia ad evitare che le figlie subiscano l'intervento <input type="checkbox"/> Nel caso di colloquio medico non esaminare le MGF se non c'è un buon motivo per farlo e sempre con il consenso della donna <input type="checkbox"/> Verificare di aver compreso ciò che la donna ti ha detto ponendo domande durante il colloquio. Una tecnica può essere quella della riformulazione (es. Se ho compreso bene hai detto...). Evita di interromperla o di correggere ciò che ha detto <input type="checkbox"/> Il ruolo dell'operatore/trice è quello di guidare la discussione ponendo domande e poi ascoltando attentamente, permettendo alla donna di parlare ed esprimersi <input type="checkbox"/> Ricordare che la MGF è una pratica culturale profondamente radicata e che molti membri della comunità praticanti, sia maschi che femmine, potrebbero non considerarla negativa. È importante accogliere le donne con le loro opinioni, valori e percorso personale senza giudizio <input type="checkbox"/> Ricordare che la MGF è solo un aspetto della vita della donna/ragazza. Oltre al motivo specifico per cui viene ai servizi sanitari, considerare sempre anche altri motivi fisici, psicologici o bisogni sociali per i quali potrebbe aver bisogno di sostegno e cura <input type="checkbox"/> Tenere presente che non tutte le donne che vivono con la MGF hanno complicazioni di salute legate alla pratica. È anche possibile che le donne/ragazze con MGF cerchino assistenza per problemi di salute che non sono correlati alla MGF <input type="checkbox"/> Assicurarsi di avere abbastanza tempo per spiegare le cose con attenzione e rispondere a qualsiasi domanda la ragazza o la donna possa avere <input type="checkbox"/> Fornire informazioni sulle conseguenze per la salute psico-fisica-sessuale <input type="checkbox"/> Informare la donna sulle diverse opzioni di trattamento e sviluppare un piano di cura per la donna/bambina <input type="checkbox"/> Informare la donna sul diritto di presentare una richiesta d'asilo basata sul genere
<p>4- Comunicazione (Verbale e Non verbale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non usare termini come mutilazione (ma, aggiungo, spostare la questione dal terreno della «mutilazione» a quello della «modificazione», costruendo con le migranti uno spazio "neutro", relativamente libero da pregiudizi (almeno quelli evidenti), a partire dal quale elaborare in seguito un percorso). <input type="checkbox"/> Fornire informazioni in modo rispettoso e professionale <input type="checkbox"/> Fare uso della terminologia usata dalla donna o con la quale è a suo agio <input type="checkbox"/> Rivolgere domande con termini neutri come «sei stata chiusa?», «sei stata circondata/tagliata quando eri bambina?» <input type="checkbox"/> Evitare di avere reazioni emotive eccessive davanti alla donna <input type="checkbox"/> Prestare attenzione al linguaggio non verbale: evitare sempre espressioni facciali inappropriate, come shock, disgusto o sgoamento <input type="checkbox"/> Non lasciare trapelare sentimenti di disgusto, shock, rabbia. Le donne devono essere trattate con rispetto e senza (pre)giudizi <input type="checkbox"/> Evitare l'uso di espressioni come vittima, barbarie, crudeltà <input type="checkbox"/> Evitare di sussurrare (come se l'argomento fosse vergognoso) ed evitare di esprimere pietà o disapprovazione per la ragazza/donna <input type="checkbox"/> Usare un linguaggio semplice, con frasi brevi e lentamente <input type="checkbox"/> Essere consapevole e sensibile alle norme appropriate legate alla cultura relative alla comunicazione e allo spazio personale. L'appropriata vicinanza fisica tra operatrice/tore e paziente/utente varia da cultura a cultura. In alcuni contesti, sedersi su sedie una di fronte all'altra, piuttosto che rimanere seduti dietro una scrivania, può essere opportuno e può aiutare a ridurre al minimo la sensazione di una barriera tra le parti. Tieni presente che avvicinarsi troppo alla paziente

<p>potrebbe essere interpretato come minaccioso in alcuni contesti, mentre essere troppo lontano potrebbe dare l'impressione di essere disinteressato/a.</p> <p><input type="checkbox"/> Se esistono barriere linguistiche e non è disponibile un modulo per il consenso tradotto, assicurarsi di ottenere il consenso informato alla presenza di una mediatrice culturale-linguistica qualificata</p>
<p>5- Chiusura</p> <p><input type="checkbox"/> Verifica con la donna i punti essenziali emersi durante l'incontro</p> <p><input type="checkbox"/> Verifica lo stato emotivo della donna (es. chiedendole come si sente, com'è stato per lei parlarne)</p> <p><input type="checkbox"/> Registra le informazioni sulla MGF all'interno della cartella clinica</p> <p><input type="checkbox"/> Indirizza la donna verso altri servizi territoriali se necessario</p> <p><input type="checkbox"/> Pianifica un follow up con la paziente e/o con i familiari</p>
<p>6- Rapporto con il/la mediatrice culturale</p> <p><input type="checkbox"/> Non chiedere ai familiari di fare da interprete (marito, madre, figli etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> È preferibile lavorare con mediatrici data la delicatezza dell'argomento</p> <p><input type="checkbox"/> Avvalersi solo di mediatrici professioniste e formate sul tema</p> <p><input type="checkbox"/> Fare un briefing iniziale con la mediatrice: le sue percezioni personali o pregiudizi non dovrebbero mai influenzare la conversazione. È importante assicurarsi che la mediatrice non supporti la MGF</p> <p><input type="checkbox"/> La mediatrice deve rispettare e tutelare la riservatezza della donna</p> <p><input type="checkbox"/> Documentare nella cartella clinica della donna l'uso della mediazione</p> <p><input type="checkbox"/> Se l'intervento di persona non è possibile, si può prendere in considerazione l'uso della mediazione telefonica e/o video</p> <p><input type="checkbox"/> Assicurarsi di chiedere alla donna/ragazza se è a suo agio con la mediatrice assegnata (es. se appartenente a stessa comunità)</p> <p><input type="checkbox"/> Fare un de-briefing finale con la mediatrice a chiusura dell'incontro</p>

Tabella 7: Linea Guida

1.6 COMPLICANZE DELLE MGF

Nel corso degli anni, le complicanze urologiche e ginecologico-ostetriche legate alle MGF sono state ampiamente descritte e studiate tramite la pubblicazione di numerosi studi. Queste pubblicazioni sono state con il tempo via via più numerose, per la sempre maggiore consapevolezza nel mondo occidentale delle pratiche di MGF, grazie a numerosi fattori, tra i quali il lavoro di molte Onlus che hanno reso edotta la politica e i media, conferenze e pubblicazioni scientifiche nonché la presa di posizione dell'OMS e di numerosi Stati contro queste pratiche tramite la promulgazione di leggi. Il fenomeno MGF è inoltre diventato noto in occidente a seguito dei sempre maggiori flussi migratori, anche di donne vittime della pratica. Le complicanze sono state riassunte nel corso degli anni dall'OMS¹, che divide le complicanze acute che possono avvenire subito dopo l'attuazione della pratica fino a 10 giorni dopo, e le complicanze croniche che possono verificarsi dai 10 giorni dopo a settimane, mesi o anni⁸³. Le complicanze dipendono in larga misura dal tipo di MGF (per MGF tipo 3 ci sono in generale più complicanze, soprattutto di tipo ostruttivo), dall'età delle bambine al momento della circoncisione, dall'abilità del soggetto che attua la pratica, dalle condizioni dell'operazione, dallo strumento utilizzato, dalla presenza di antisettici e dall'uso di prodotti tradizionali per ridurre il sanguinamento⁸⁴. Si sono riscontrate in due studi complicanze (sia acute che croniche) tra il 32% e il 34% delle donne che sono andate incontro a MGF^{83,85}.

Tuttavia, le complicanze elencate dall'OMS non sono sufficienti per una trattazione specialistica ai fini del nostro studio, essendo indirizzate a un pubblico di più ampio dominio. Per completezza, dunque, integriamo la suddivisione delle complicanze dell'OMS con quelle riscontrate in ulteriori studi. Il principale studio da cui prendiamo informazioni è una revisione sistematica della letteratura che abbiamo portato avanti da giugno 2022 a gennaio 2023 presso il reparto di Ginecologia e Ostetricia di Novara e che ha portato a due pubblicazioni su un giornale tedesco e su uno italiano, entrambi ad alto impatto^{86,87}.

Abbiamo selezionato 20 pubblicazioni di nostro interesse di cui 7 descrivevano le complicanze ostetriche, 11 le complicanze uro-ginecologiche e 2 entrambe.

Lo studio ci ha aiutati nell'implementare la comprensione dell'incidenza delle complicanze per le donne con MGF rispetto alle donne sane, e quindi capirne anche la frequenza per area geografica. Studiare le complicanze legate alle MGF non è facile. Spesso le donne con MGF non sempre sono capaci di associare un determinato disturbo fisico alle MGF, essendo portate a ritenerlo, dalla

società in cui vengono praticate, un elemento normale della sessualità femminile; inoltre, se anche le donne con questi problemi avessero sospettato una correlazione tra la MGF e l'eventuale complicanza uro-ginecologica a essa legata, le stesse donne avrebbero avuto enormi difficoltà nel parlarne. Questo quale retaggio, per quanto anche detto nei capitoli precedenti, legato a un dovere al quale la ragazza decideva di sottostare per il volere della famiglia e della società di origine⁸⁸.

Dunque, nei paragrafi successivi, si riassumono le complicanze, da quelle più frequenti alle più rare, dividendole inoltre in tempo di insorgenza e in tipo di problematiche che si possono presentare (per le immagini si rimanda a un articolo in cui sono presentate varie foto⁸⁹).

1.6.1 Complicanze acute

È raro che un operatore sanitario si trovi a dover curare donne con complicanze immediate in Italia, poiché spesso la pratica di MGF viene svolta nel territorio di origine prima che le donne arrivino nel paese ospitante. È certamente più frequente trovarsi a curare le complicanze croniche. Sebbene ciò, non si può comunque escluderle del tutto, in quanto possono esserci casi di bambine o donne sottoposte alla pratica solo successivamente al viaggio dal loro paese d'origine, oppure casi di donne arrivate in Italia appena pochi giorni dopo che la pratica è stata messa in atto. Vengono illustrate nella tabella 8 le complicanze acute.

Tipo di complicanza e frequenza	Complicanze più specifiche
Dolore intenso: 83% ⁸⁶	
Gonfiore tissutale: 40.4% ⁸⁵ - 48.2% ⁸⁶	
Emorragia (con possibile anemia acuta ⁸³ fino a shock emorragico): 72.7% ⁸⁶ - 88.5 % ⁸⁵	
Problemi urologici:	<ul style="list-style-type: none"> - infezioni del tratto urinario - disuria - ritenzione urinaria acuta: 57.7%⁸⁵
Infezioni (Es: tetano, HIV, HBV e HCV) fino a sepsi 44.2% ^{85,88}	Alcuni tipi di infezioni riscontrate: <ul style="list-style-type: none"> - Staphylococcus aureus^{90,91} - Chlamydia trachomatis - HSV-2
Febbre	
Problemi di guarigione della ferita e lesioni ai tessuti genitali, fino a ulcere e gangrena	
Ematocolpo ed ematometra (soprattutto per MGF tipo 3) ⁸⁹	
Fratture, slogature o ferite causate dalle altre donne che tenevano ferma la bambina durante la pratica di MGF	
Morte	

Tabella 8: complicanze acute

1.6.2 Complicanze croniche

Le complicanze croniche sono (tabella 9):

- **Problemi psicologici**^{86,92,93}: sono tra i principali associati alle complicanze delle MGF secondo vari studi. L'età sembra essere il principale predittore di outcome sfavorevoli: se le pratiche vengono attuate a una maggiore età, la donna avrà più probabilità di andare incontro a queste problematiche. Sono depressione, ansia e disturbo post-traumatico da stress.
- **Problemi urologici e ginecologici**: sono anch'essi tra i più comuni problemi riscontrati. In uno studio che ha preso in considerazione donne con MGF tra il 2004 e il 2015, queste complicanze erano presenti tra il 55% delle donne con MGF tipo 1, 70% delle donne con MGF tipo 2, 87% delle donne con MGF tipo 3⁹⁴. Possono essere: infezioni ricorrenti del tratto urinario, basso o alto, dovute all'ostruzione delle vie urinarie (sono le più frequenti tra i problemi uro-ginecologici)⁹⁵; dispareunia (dolore genitale che si avverte durante il rapporto

sessuale)⁹⁵; disuria⁹⁶; ostruzione urinaria (più frequente per le MGF tipo 3, lo svuotamento della vescica può richiedere fino a 15 minuti con questo tipo di MGF)⁸⁸; incontinenza, per il danno uretrale e/o la formazione di fistole vescicovaginali e retrovaginali; prolasso degli organi pelvici (POP), con una frequenza in ordine decrescente rispettivamente in MGF di tipo 3, tipo 2 e tipo 1⁹⁷.

- **Problemi a livello della vulva:** vulvodinia (frequentemente associato ai dolori delle ferite e delle cicatrici, quindi anch'esso maggiormente frequente con le MGF tipo 3)⁹⁸; cicatrici⁹⁹; cisti da ritenzione e ascessi⁸⁹; atrofia vaginale; neuroma della clitoride (pochi casi riportati in letteratura) in seguito a clitoridectomiaⁱ.
- **Problemi sessuali**^{86,100}: disparità nel raggiungimento del piacere sessuale rispetto al partner; secchezza vaginale per ridotta lubrificazione durante il rapporto sessuale; vaginismo (non consumazione dei rapporti dovuta a ostruzione del canale vaginale); dispareunia per dolore al tessuto cicatriziale o ostruzioni (frequente).
- **Altre complicanze ginecologiche:** problemi vaginali (perdite vaginali, prurito, vaginiti e vaginosi batterica); displasia cervicale (non è stata dimostrata una correlazione tra MGF e maggiore incidenza di displasia cervicale, ma bisogna prestare maggiore attenzione nella prevenzione dei tumori della cervice uterina poiché lo screening (uso dello speculum, tampone cervicale e palpazione bimanuale) nelle pazienti soprattutto con MGF tipo 3 risulta più difficile); problemi mestruali (dismenorrea^k, che avviene soprattutto quando c'è ostruzione del tratto genitale con MGF tipo 3. Nonostante sia stato documentato in alcuni studi^{101,102}, in una metanalisi le MGF non risultano essere associate a un aumentato rischio di dismenorrea⁹⁶).
- **Problemi durante la gravidanza o nel parto:** dolore molto intenso⁹⁶; visite ginecologiche non ottimali che portano a valutazioni non precise⁸⁸; travaglio prolungato^{86,96,103,104}; taglio cesareo^{85,86,103,105,106} (In una metanalisi di dieci anni fa, che si basava su pubblicazioni di 15-

ⁱ Neuroma della clitoride: il nervo della clitoride può essere avvolto dal tessuto fibroso della cicatrice e come conseguenze si ha eccessivo prurito e forte dolore durante il rapporto sessuale, o legato all'attrito con i tessuti (es: biancheria intima)²⁰⁹

^k La dismenorrea è un dolore uterino che si manifesta da qualche giorno prima dell'inizio delle mestruazioni fino a qualche giorno dopo

20 anni fa, non c'era differenza significativa tra controlli e donne con MGF¹⁰⁵; tuttavia, venivano presi in considerazione 15 studi, di cui 8 quasi totalmente con pazienti con MGF tipo 1 e 2, in 5 non venivano specificati i tipi, in 2 studi erano presenti il 30% e 48% di donne con MGF tipo 3^{107,108}; in questi 2 studi è stata invece riscontrata un'associazione significativa tra MGF tipo 3 e taglio cesareo. Questo viene confermato da uno studio rientrato nella nostra revisione sistematica, avvenuto in Sudan, con il 37% delle donne con MGF tipo 3¹⁰³: si riscontra una differenza significativa tra MGF tipo 3 e taglio cesareo e la principale causa del taglio cesareo è il travaglio prolungato. Possiamo quindi concludere dalla nostra revisione che le MGF tipo 3 sono correlate al taglio cesareo. In una metanalisi del 2018¹⁰⁹, però, si considera solo la MGF tipo 3 e risulta un aumento dei parti cesari rispetto alle donne senza MGF, ma questo dato non risulta statisticamente significativo. Allo stesso tempo, uno studio di coorte del 2021 non riscontra correlazioni tra MGF tipo 3 e parti cesarei¹¹⁰. Riguardo alle MGF tipo 1-2, invece, sembra più evidente non esserci una correlazione significativa, data la metanalisi presa in considerazione, anche se abbiamo riscontrato in un solo studio in Burkina Faso un aumento significativo di parti cesarei solamente in donne con MGF tipo 1-2, rispetto a un gruppo di donne senza MGF¹¹¹); emorragia post-partum^{103,112}; lacerazioni perineali^{85,96,104,113} e maggiore necessità di episiotomia, soprattutto con MGF tipo 3, che riduce la probabilità di lacerazioni perineali^{96,112}; necessità di una più prolungata ospedalizzazione¹⁰³; morte perinatale¹ e necessità di rianimare il neonato¹⁰⁶. I risultati dell'OMS indicano che le MGF potrebbero portare a 1 o 2 morti perinatali su 100 nascite da madri con MGF in più rispetto a nascite da madri senza MGF¹⁰⁷.

¹ La morte perinatale è la morte del feto o del neonato dalle 28 settimane di gravidanza fino alla prima settimana di vita

Tipo di complicanza e frequenza	Complicanze più specifiche
Problemi psicologici:	<ul style="list-style-type: none"> - Depressione - Ansia - Disturbo post-traumatico da stress
Problemi urologici e ginecologici:	<ul style="list-style-type: none"> - infezioni ricorrenti del tratto urinario - dispareunia - disuria - ostruzione urinaria - incontinenza urinaria - prolasso degli organi pelvici (POP)
Problemi a livello della vulva:	<ul style="list-style-type: none"> - vulvodinia - cicatrici - cisti da ritenzione e ascessi - atrofia vaginale - neuroma della clitoride
Problemi sessuali:	<ul style="list-style-type: none"> - disparità di piacere sessuale rispetto al partner - secchezza vaginale - vaginismo - dispareunia
Altre complicanze ginecologiche:	<ul style="list-style-type: none"> - perdite vaginali, prurito, vaginiti e vaginosi batterica - displasia cervicale - problemi mestruali
Problemi durante la gravidanza o nel parto:	<ul style="list-style-type: none"> - dolore molto intenso - visite ginecologiche non ottimali - travaglio prolungato - taglio cesareo - emorragia post-partum - lacerazioni perineali e maggiore necessità di episiotomia - morte perinatale e necessità di rianimare il neonato

Tabella 9: complicanze croniche

1.6.3 Complicanze croniche nelle metanalisi

Prendendo in considerazione la nostra revisione sistematica e le più recenti metanalisi pubblicate sulle complicanze croniche (quelle di maggiore interesse, per quanto precedentemente detto), emergono dati che possono giustificare la difficoltà nel comprendere la relazione tra MGF e sequele ostetriche e ginecologiche. Abbiamo analizzato quattro metanalisi presenti in letteratura sulle complicanze ginecologico-ostetriche.

Una prima metanalisi del 2013¹⁰⁵ (aggiornata nel 2014¹¹⁴), è risultata basarsi su studi molto eterogenei e quindi non assimilabili tra loro. Gli studi inclusi erano 28 (studi osservazionali) e, sebbene ci fosse una grossa eterogeneità tra loro, la metanalisi ha mostrato un aumento del tempo di travaglio, di lacerazioni perineali ed emorragia post-partum nelle pazienti con MGF rispetto a donne che non avevano MGF. Non c'era invece differenza di episiotomia e parto cesareo e lo studio specificava che la mancanza di episiotomia potrebbe portare a maggiori lacerazioni vagino-perineali ed emorragie (si suggeriva un maggiore uso dell'episiotomia con le MGF tipo 2-3). Inoltre, gli autori hanno indicato molte limitazioni nella metanalisi^m, siccome questa si basava solamente su studi osservazionali che hanno un basso livello di evidenza (nella metanalisi veniva specificato che, nello studio delle MGF, non ci possono essere che studi osservazionali, non essendo quindi possibile riscontrare in letteratura studi controllati randomizzati, a causa della natura del fenomeno). La metanalisi ha riportato che la bassa qualità degli studi era anche legata a possibili confondenti, come l'età materna o la parità, ma che non c'era consenso tra i ricercatori su quali fossero i confondenti più importanti nella stima della correlazione tra complicanze e MGF. Veniva affermato che ulteriori studi erano necessari per migliorare la conoscenza sulle complicanze.

In una seconda metanalisi del 2019⁹⁶ sono state studiate le complicanze sia ostetriche che ginecologiche e i risultati hanno dato un aumento statisticamente significativo di dispareunia, disuria, lacerazioni perineali, travaglio prolungato ed episiotomia per le donne con MGF rispetto alle donne senza MGF, sebbene ci fosse ancora ampia variabilità ed eterogeneità tra gli studi. Non c'era invece una correlazione significativa tra pazienti con MGF e dismenorrea, infezioni del tratto urinario, parto operativo (con ventosa) e parto cesareo. Come causa dell'eterogeneità si affermava

^m Secondo uno strumento di valutazione degli studi che ha utilizzato GRADE - Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation approach

che questa fosse legata alla differenza tra i tipi di MGF nelle pazienti dei vari gruppi presi in considerazione, alla differente area geografica (ad esempio l'uso dell'episiotomia può variare in base ai vari contesti medici o culturali) o al contesto dell'intervista alla paziente (ad esempio per la dismenorrea, c'era grossa variabilità tra gli studi per aver preso in considerazione interviste in centri familiari, in cliniche ginecologico-ostetriche, in centri ospedalieri o in contesti non medici). La metanalisi ha preso in considerazione 116 studi (cross-section, di coorte, caso controllo, case report). C'erano, nuovamente, grossi limiti nella metanalisi: si riteneva che molti studi tenuti in considerazione fossero di qualità medio-bassa (verificato tramite strumenti di valutazione degli studi stessi) e che la maggior parte degli studi non teneva adeguatamente conto del tipo di MGF.

Una sola metanalisi del 2018¹⁰⁹ si è soffermata sulle complicanze ostetriche considerando uno specifico tipo di MGF (MGF tipo 3); questa metanalisi si è basata su 6 studi prospettici già considerati nella metanalisi del 2013 e del 2014 analizzata in precedenza. Sebbene si fossero selezionate solo le complicanze legate alle MGF tipo 3, gli autori hanno riportato comunque eterogeneità tra gli studi, che erano ritenuti pochi e di bassa qualità. È stato trovato un aumento significativo dell'emorragia post-partum, di un APGAR score più basso e di necessità di assistenza neonatale nonché un aumento non significativo del parto cesareo e del parto indotto.

Infine, in una metanalisi del 2020¹¹⁵ che ha studiato le complicanze materne e neonatali, si differenziavano le complicanze trovate negli studi secondo area geografica, in Europa e in Africa (riducendo l'eterogeneità creando sottogruppi). Il riscontro di complicanze ostetriche è significativo in Europa solo per rischio di episiotomia durante il parto e solo in centri specializzati sulle complicanze di MGF, in Africa solo per emorragia post-partum e sia in Africa che in Europa per parto cesareo nelle sole primipare. La metanalisi ha concluso che non c'erano sufficienti studi per differenziare le complicanze in base al tipo di MGF. In Europa i centri specializzati in MGF suggeriscono che l'episiotomia vada eseguita durante il parto per ridurre le complicanze ostetriche; tuttavia, esistono solamente raccomandazioni ricavate da opinioni di esperti senza maggiore evidenza¹¹⁶. Riguardo ai tagli cesarei, invece, possono essere eseguiti per ovviare alla complicanza del travaglio prolungato, a cui andrebbe incontro una paziente con MGF (il tessuto fibrotico dell'orifizio vaginale dopo MGF può indurre questa complicanza)¹¹⁷. Gli elevati rischi di emorragia postpartum tra le donne con MGF nei paesi africani potrebbero essere conseguenza di un'assistenza ostetrica insufficiente, come dimostrava il ridotto uso di episiotomia della metanalisi. Infatti, l'emorragia post-partum è la principale causa di mortalità materna in Africa^{105,118}. Secondo la metanalisi non c'era un aumento significativo, rispetto alle donne senza MGF, di basso APGAR score

nel neonato, mortalità perinatale, parto strumentale, parto cesareo, episiotomia, emorragia post-partum e lacerazione perineale. La metanalisi suggeriva che queste complicanze dipendessero altamente dal contesto dello studio (dal luogo dell'ospedale ad esempio) e dai sottogruppi di donne. La metanalisi ha preso in considerazione undici studi (caso controllo, di coorte e cross-section; sono stati presi in considerazione solo studi considerati di qualità media e buona, secondo strumenti di valutazione degli studi stessi) e ha concluso che con la necessità di ulteriori studi sull'argomento, principalmente al fine di valutare i benefici del tipo di parto o di episiotomia in donne con MGF, e per conoscere meglio le complicanze nel post-partum.

1.7 ASPETTO SANITARIO NELLE MGF

Oltre alla revisione sistematica sulle complicanze legate alle MGF⁸⁶, con lo stesso metodo di ricerca si è andati a valutare ulteriori aspetti importanti che possono aiutare nel capire come affrontare, per un medico, le Mutilazioni Genitali Femminili, come trattarle e come possibilmente dare un contributo per prevenirle. Abbiamo quindi studiato aspetti come la percezione delle donne, la consapevolezza delle MGF nella comunità, la conoscenza per il personale sanitario in uno studio successivo⁸⁷.

Per questo ulteriore lavoro di revisione sistematica, è stato usato lo stesso metodo di quello precedentemente riportatoⁿ.

Sono stati inclusi nella revisione sistematica 26 articoli dopo l'analisi indipendente di due autori e si è fatta una sintesi narrativa rispondendo a 6 domande:

- 1- I professionisti sanitari dei paesi occidentali sono consapevoli della pratica delle MGF? Sono ben formati a identificare e trattare le complicanze delle MGF?
- 2- I sistemi sanitari sono adeguati ad affrontare le esigenze delle donne con MGF? È un problema che riguarda solo i Paesi a basso reddito o anche i Paesi occidentali?
- 3- Qual è la percezione delle donne che sono andate incontro a MGF? Qual è la percezione degli uomini e delle donne che invece non hanno subito una MGF?
- 4- Esistono associazioni tra fattori determinanti delle madri e la MGF nelle figlie?
- 5- Lo stato civile, i comportamenti sessuali e l'incidenza di malattie sessualmente trasmissibili sono un predittore di MGF?
- 6- Quali sono i fattori che possono predire la volontà di perpetrazione rispetto alla volontà di cessazione di questa pratica?

ⁿ È stata usata la metodologia sviluppata da Arksey e O'Malley¹⁷⁸, ma con diversi criteri di selezione rispetto alla revisione sulle complicanze, basati sul PICO¹⁷⁹

L'obiettivo di questo secondo lavoro⁸⁷ parte dall'assunto che per i professionisti sanitari occidentali è spesso difficile immaginare che una determinata complicità ostetrico-ginecologica possa essere legata alla MGF. Questo fondamentalmente a causa di una non approfondita conoscenza delle MGF e delle relative complicità, principalmente per una relativamente bassa incidenza nonché per una mancanza nella formazione del ginecologo, tramite corsi ad-hoc.

1.7.1 Consapevolezza dei professionisti sanitari

- 1- I professionisti sanitari dei paesi occidentali sono consapevoli della pratica delle MGF? Sono ben formati a identificare e trattare le complicità delle MGF?

Abbiamo incluso 6 studi che potessero aiutare a rispondere alla domanda.

In un primo studio¹¹⁹ si analizzava un questionario inviato a 54 specialisti in chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico. Secondo le risposte, tutti i partecipanti avevano sentito parlare di MGF, la metà aveva incontrato almeno una paziente con MGF durante la pratica clinica ma solo il 13% aveva ricevuto una formazione durante l'educazione medica; tuttavia, meno del 15% dei partecipanti si sentiva completamente in grado di riconoscere e parlare di MGF e solamente il 24% aveva correttamente identificato i tipi di MGF in rappresentazioni grafiche.

In un secondo studio analizzato¹²⁰, è stato sottoposto un questionario a 548 specialisti in Ginecologia e Ostetricia negli Stati Uniti; il 60% di essi aveva già incontrato almeno una paziente con MGF (11.6% almeno 20) e tra i medici che praticavano in centri urbani si riscontrava una maggiore probabilità di incontro con una donna con MGF negli ultimi 12 mesi, così come tra gli specialisti che praticavano in ostetricia o ostetricia e ginecologia, rispetto a chi praticava nella sola area ginecologica; il 40% dei partecipanti aveva riportato di aver avuto una formazione sul tema delle MGF, soprattutto tra gli specialisti che lavoravano da meno anni e tra le donne, rispetto a specialisti che lavoravano da maggior tempo e uomini. Solo il 9% degli specialisti era a conoscenza dell'esistenza di una linea guida sul tema delle MGF. La mancanza di formazione era citata come il maggiore ostacolo a un riconoscimento e trattamento ottimale delle MGF (sia nello studio precedente¹¹⁹ che in questo¹²⁰).

Un terzo studio¹²¹ inviava un questionario a 363 specialisti in Chirurgia Plastica negli Stati Uniti e mostrava che l'80% di questi non aveva mai ricevuto una formazione sulle MGF, quasi il 90% non aveva mai trattato una paziente con MGF ma l'81.5% di loro riteneva che la chirurgia plastica avesse

un ruolo nel trattamento delle MGF (il 60% si dichiarava interessato a migliorare la sua formazione sull'argomento). Nello stesso studio, queste risposte si sono comparate con quelle date allo stesso questionario da 491 specialisti in Ginecologia e Ostetricia negli Stati Uniti e si è mostrato come gli specialisti in Chirurgia Plastica avessero ricevuto una minore formazione sull'argomento.

Nel quarto studio¹²², condotto in Australia, si è studiata la presenza di percorsi di riferimento per il trattamento delle complicanze legate alle MGF e si è confermato il bisogno di una maggiore formazione, per i ginecologi subspecializzati in Ostetricia, per i ginecologi generici ma anche per i professionisti in Medicina Generale.

Nel quinto studio¹²³, che si è svolto in Guinea, sono stati inviati questionari a medici, ostetriche e infermieri dai quali si hanno avuto 150 risposte (10% professionisti in Ginecologia e Ostetricia, 23% altri medici, 33% ostetriche, 13% infermiere e 20% assistenti di infermieri). Sono quindi state condotte 37 interviste a 11 gruppi di lavoro e 3 gruppi di persone: (1) operatori sanitari e personale direttivo di strutture sanitarie, associazioni professionali o istituti di insegnamento; (2) utenti delle strutture sanitarie e (3) membri della comunità. Come risultati, si evidenzia mancanza di formazione, mancanza di impegno nell'abbandono delle MGF e conoscenze professionali limitate su come gestire le complicanze legate alle MGF.

Nel sesto studio¹²⁴ si è dimostrato un miglioramento della capacità di raccogliere la storia clinica di donne con MGF, di eseguire l'esame genitale, di prestare assistenza ostetrica, di porre le corrette domande per identificare le complicanze delle MGF e trattarle correttamente in 133 operatori sanitari in Liberia (infermieri, assistenti medici e ostetriche), dopo aver ricevuto una formazione specifica sull'assistenza sanitaria rivolta verso le donne che sono andate incontro a questa pratica. Le competenze, sia prima della formazione che dopo, sono state analizzate tramite questionari e sono risultate migliori dopo la formazione.

Sebbene il personale sanitario sia, quindi, in generale consapevole delle pratiche di MGF, c'è bisogno, secondo noi, di una maggiore formazione sull'argomento. C'è bisogno di "un approccio culturalmente sensibile"¹²⁵, cioè l'acquisizione della consapevolezza che la paziente ha un trascorso e una cultura diversa. Questa "sensibilità culturale" deve comprendere conoscenza, comprensione e rispetto per la diversità culturale. Questo aiuta a creare uno spazio neutro, privo di giudizi e che può aiutare gli operatori sanitari a entrare in contatto con queste persone. Inoltre, senza esperienze e competenze sull'argomento, difficilmente l'operatore potrà fare il primo passo nel parlare delle complicanze delle MGF con la donna¹²⁵. La proattività degli operatori sanitari è in generale preferita

dalle donne che hanno subito le MGF, perché spesso in loro c'è disagio e paura per le reazioni e gli atteggiamenti che l'operatore può assumere, oltre che essere considerato un argomento tabù, a causa dei meccanismi sociali e culturali instillati nei Paesi di provenienza, per cui parlarne è molto complicato¹²⁶.

I professionisti sanitari sono la prima linea di contatto per le donne con MGF e possono quindi avere un ruolo fondamentale nel fare comprendere le complicità delle MGF e i diritti delle donne coinvolte. Non solo, ma potrà anche essere utile fare conoscere le motivazioni delle MGF, la loro storia e trasmettere quindi un senso di conoscenza e consapevolezza sull'argomento¹²⁵, lavoro a cui aspira il presente trattato che non poteva quindi prescindere dalla sua introduzione di stampo antropologico, storico e culturale.

Uno studio¹²⁷ consiglia di soffermarsi, quando si sta intervistando una donna con MGF, sulle eventuali complicità sessuali, perché frequentemente ci può essere un difetto nella sfera sessuale, che molto difficilmente viene menzionato per primo dalla donna vittima di MGF. Questo aspetto è anche molto importante perché queste complicità possono avere un impatto negativo sull'autostima. Si è visto che queste donne discutono positivamente della loro salute sessuale quando gli operatori sanitari affrontano l'argomento in modo proattivo¹²⁵.

1.7.2 Sistemi sanitari e MGF

- 2- I sistemi sanitari sono adeguati ad affrontare le esigenze delle donne con MGF? È un problema che riguarda solo i Paesi a basso reddito o anche i Paesi occidentali?

Un'analisi condotta su un campione di 68.775 madri in 12 Paesi sub-sahariani, tramite questionari portati avanti dal 2010 al 2019 dal Demographic and Health Surveys Program (DHS Program), ha esaminato l'associazione tra l'utilizzo dei servizi sanitari materni e le MGF nelle figlie¹²⁸. È emerso che le madri che avevano effettuato quattro o più visite prenatali avevano meno probabilità di far eseguire le MGF sulle loro figlie rispetto a quelle che avevano effettuato da zero a tre visite. Allo stesso tempo, le madri che avevano partorito in una struttura sanitaria hanno avuto meno probabilità di portare le figlie all'attuazione delle MGF rispetto alle donne che hanno partorito in casa.

In uno studio norvegese¹²⁹ sono stati riscontrati ostacoli nell'accesso ai servizi sanitari tramite interviste a 26 donne somale e sudanesi con MGF e tramite 3 gruppi di discussione con 17 ulteriori partecipanti, sempre sullo stesso gruppo. Tra queste difficoltà, le più comuni erano rappresentate dalla ridotta conoscenza delle complicanze delle MGF sia da parte delle pazienti che dei medici di medicina generale, dalla poca conoscenza dell'esistenza di servizi dedicati alle MGF e dall'incapacità di interazione degli operatori sanitari con le pazienti. Ancora una volta, gli autori hanno sottolineato il ruolo centrale dei medici di medicina generale nella gestione delle pazienti e la necessità che si investa nella loro formazione.

Inoltre, in uno studio in Kenya¹³⁰, per l'88,5% delle donne andate incontro a MGF e sottoposte a un questionario, su un gruppo di 360 donne, le infrastrutture per i servizi per la salute sessuale e riproduttiva sono risultate limitate in termini di risorse umane e di conoscenze sulle MGF.

Sebbene ci sia un'alta prevalenza di MGF tra la comunità Izzu in Nigeria, è emerso in uno studio¹³¹, tramite interviste a 38 donne, come la prevenzione, il trattamento delle complicanze e le offerte del sistema sanitario siano subottimali, essendoci in particolare maggiore bisogno di un supporto psicologico da parte dei professionisti sanitari.

In un ulteriore studio¹³², si sono analizzati 27 paesi africani con una maggiore prevalenza di MGF, e si è calcolato che si risparmierebbero in futuro 0.8 miliardi di dollari all'anno dai costi sanitari usati per il trattamento delle complicanze delle MGF, se non venissero più attuate queste pratiche.

Secondo questi studi, un ruolo centrale è rivestito dai medici di Medicina Generale e dagli psicologi; devono essere fatti investimenti nei sistemi sanitari, sia nei Paesi a basso reddito che ad alto reddito, per fornire migliori possibilità di diagnosi e trattamento delle MGF, principalmente migliorando la formazione dei professionisti sanitari e creando linee guida. In uno studio pubblicato nel Regno Unito nel 2016¹³³, sono suggerite delle direttive, rivolte al sistema sanitario, per contrastare le MGF in 3 fasi:

1. formazione degli operatori sanitari
2. educazione delle donne e le ragazze
3. attuazione di un programma di screening prenatale obbligatorio: viene proposto che a tutte le donne, indipendentemente dal paese di origine, venga richiesto se c'è una storia di MGF. Nel caso in cui la donna incinta avesse una MGF riceverebbe supporto, informazioni e consulenza da un'ostetrica. Se la donna darà alla luce una figlia femmina, tutte le discussioni sulla MGF dovranno essere documentate nella scheda di dimissione

e nella cartella clinica del bambino tenuta dai genitori; l'assistente sanitario e il medico di famiglia avranno quindi un ruolo sull'istruzione e garantiranno che vengano forniti assistenza e supporto adeguati.

1.8 MGF E FATTORI ASSOCIATI

1.8.1 Percezione degli uomini e delle donne

- 3- Qual è la percezione delle donne che sono andate incontro a MGF? Qual è la percezione degli uomini e delle donne che invece non hanno subito una MGF?

Donne

La percezione femminile è stata studiata in 43 donne con MGF o che provenivano da Paesi con un'alta incidenza di MGF, reclutate tramite il "Bellevue/New York University Program for Survivors of Torture"¹³⁴. Sono state avviate interviste e studiate le cartelle cliniche: inizialmente l'88.4% delle donne ha dichiarato che non ci sono benefici nella pratica di MGF, ma quando si è riproposta la domanda con una serie di opzioni (come accettazione sociale, approvazione religiosa, migliori prospettive di matrimonio) molte partecipanti hanno affermato che ci potevano essere dei benefici nell'andare incontro alla pratica. Dall'altro lato, quando si è chiesto se la MGF potesse portare benefici rispetto al piacere sessuale, dispareunia, complicanze mediche, la maggioranza delle donne ha risposto negativamente.

In un secondo studio¹³⁵ si sono condotte interviste a 24 donne con MGF (20 dal Senegal, 2 dal Gambia e 2 dalla Nigeria) emigrate in Spagna. I risultati hanno mostrato come il rifiuto delle giustificazioni delle pratiche di MGF fosse maggiore nelle donne che hanno vissuto più tempo in Spagna. In un terzo studio¹³⁶ basato sempre sulle stesse interviste alle 24 donne, si evidenzia come la mancanza di conoscenza delle pratiche da parte dei soggetti coinvolti e la pressione familiare siano fattori che portano alla perpetuazione della pratica; per contro, la consapevolezza delle conseguenze sulla salute, sia tramite l'informazione che tramite la conoscenza di esperienze dirette di MGF raccontate da altre persone, la conoscenza delle leggi e dei diritti, la rottura del tabù e quindi la possibilità di discutere pubblicamente di questo argomento, sono fattori che portano a un maggiore rifiuto delle pratiche. L'informazione è indicata dai soggetti come lo strumento più importante per combattere le MGF.

In un quarto studio¹³⁷ si sono intervistate 9 donne con MGF nel Regno Unito. Pur essendo disposte a non incolpare i genitori per essere state sottoposte alla pratica, le donne hanno sviluppato un crescente senso di appartenenza, particolarmente importante in chi emigra secondo gli autori, ma

allo stesso tempo una maggiore volontà di proteggere le future generazioni di figlie dalle MGF a causa della consapevolezza dell'esperienza negativa pregressa.

Uomini

Nel quinto studio¹³⁸ si è valutata l'opinione di 8.718 uomini in Etiopia, tramite questionari inviati dal DHS Program. Il supporto degli uomini alle MGF è associato alla mancanza di istruzione, alla povertà, all'essere appartenente al gruppo etnico Afar (presente in Etiopia, Eritrea e Gibuti) o al gruppo etnico Somali (presente in Somalia, Etiopia, Yemen e Kenya), al giustificare le percosse alla moglie con almeno una motivazione e all'essere di religione islamica (tuttavia, il fatto che l'essere musulmano porti a un maggiore rischio di MGF non indica necessariamente che una causa di MGF sia la religione; gli autori riportano la possibilità che tra i gruppi etnici Afar e Somali ci sia un più alto numero di persone di religione islamica).

1.8.2 Perpetuazione della Mutilazione Genitale nelle figlie

4- Esistono associazioni tra fattori determinanti delle madri e la MGF nelle figlie?

Per rispondere a questa domanda, si sono analizzati vari studi, il primo dei quali ha usato il DHS Program su un campione di 6.948 donne in Etiopia¹³⁹. I risultati hanno dimostrato che le donne più anziane (età 40-49 anni), rispetto alle donne più giovani (15-24 anni), avevano una probabilità significativamente maggiore di avere almeno una figlia con MGF. Inoltre, le madri provenienti da aree rurali o che già sono andate incontro alla pratica avevano maggiori probabilità di avere almeno una figlia con MGF. D'altra parte, coloro che avevano almeno un'istruzione secondaria o quelle favorevoli all'interruzione delle MGF, avevano una probabilità significativamente inferiore di avere una figlia con MGF.

L'associazione tra basso livello di istruzione delle madri e MGF delle figlie è stata anche riscontrata in un gruppo di 360 donne keniate¹³⁰. Non si è verificata nessuna associazione tra le MGF nella figlia e ricchezza familiare, occupazione dei genitori e accesso ai media.

In un altro studio su un gruppo di 750 donne dall'Etiopia che hanno risposto a un questionario⁸⁵, le donne provenienti dalle aree rurali avevano una probabilità maggiore (di sette volte) di subire MGF rispetto a quelle delle aree urbane. Per quanto riguarda l'appartenenza religiosa e le MGF, le donne di religione islamica e protestante, in questo studio, avevano minori probabilità di subire MGF

rispetto alle altre religioni (gli autori della revisione specificano che le altre religioni non sono state indicate; questo conferma, secondo loro, quanto detto precedentemente cioè che le MGF non hanno come causa la religione).

1.8.3 Matrimonio, abitudini sessuali e malattie sessualmente trasmissibili

5- Lo stato civile, i comportamenti sessuali e l'incidenza di malattie sessualmente trasmissibili sono correlati con le MGF?

In un primo studio nigeriano¹⁴⁰, condotto secondo il DHS Program tra il 2013 e il 2018, 29.724 donne sposate e 8.549 donne non sposate hanno risposto a un questionario in cui erano previste le seguenti variabili: (1) esordio sessuale prima dei 15 anni, (2) partner sessuali multipli o incidenza di malattie sessualmente trasmissibili negli ultimi 12 mesi, (3) numero complessivo di partner sessuali nell'arco della vita (≤ 1 o > 1), (4) sesso prematrimoniale, (5) numero di matrimoni. Nelle donne non sposate non sono state trovate associazioni tra queste variabili e l'incidenza di MGF. Nelle donne sposate, invece, la presenza di MGF è stata correlata positivamente alla maggiore probabilità di contrarre malattie sessualmente trasmissibili negli ultimi 12 mesi e di avere rapporti sessuali prematrimoniali, ma è risultata essere correlata negativamente con l'averne più partner sessuali negli ultimi 12 mesi. Lo studio conclude che le MGF, a differenza delle credenze diffuse in Nigeria, non sono correlate con il comportamento sessuale, come la verginità prematrimoniale, come avere un'età maggiore nel primo rapporto sessuale o come la fedeltà coniugale.

In un secondo studio¹⁴¹, che ha utilizzato nuovamente il DHS Program, la probabilità di avere matrimoni infantili era più bassa tra le donne che non sono state sottoposte a MGF rispetto a quelle che sono andate incontro alla pratica (sono state prese in considerazione le risposte di 14.748 donne da 12 Paesi africani).

Risultati simili si sono ottenuti in uno studio¹³⁰ in cui si sono reclutate 360 donne con MGF in Kenya, il 39% di loro hanno contratto matrimonio tra i 15 e i 19 anni.

Nel quarto studio analizzato⁸⁵ ci si è focalizzati sulla correlazione tra MGF in 750 donne che hanno risposto a un questionario e l'occupazione del marito. Donne sposate con uomini a basso reddito, come commercianti, lavoratori giornalieri, autisti o studenti avevano una maggiore probabilità di

essere andate incontro a MGF rispetto alle donne sposate con uomini che percepivano un reddito più elevato.

1.8.4 Perpetuazione della mutilazione vs condanna della pratica

- 6- Quali sono i fattori che possono predire la volontà di perpetuazione rispetto alla volontà di cessazione di questa pratica?

Uno studio condotto in Etiopia¹⁴², basato su questionari inviati dal DHS Program del 2016, ha ricevuto risposta da 6.984 donne e mostra come le donne che hanno ricevuto almeno un'istruzione secondaria avevano una probabilità quattro volte superiore nell'essere d'accordo con l'interruzione della pratica di MGF rispetto alle donne senza istruzione.

In uno studio che esamina un campione di 2000 ragazze residenti in Nigeria centro-nord (una zona ad alta incidenza di MGF) tramite questionari¹⁴³, emerge come chi avesse visto attuarsi una pratica di MGF fosse più propensa al desiderare la cessazione delle pratiche. Di contro, il supporto di esse avveniva maggiormente in donne provenienti da aree urbane (questo dato è discordante rispetto a quanto trovato in una metanalisi del 2024, che ha analizzato 155 studi riguardanti la prevalenza e/o i fattori associati alle MGF in Africa; in questa metanalisi le donne provenienti da aree rurali avevano una maggiore probabilità di essere sottoposte a MGF rispetto alle donne provenienti da aree urbane¹⁴⁴), in donne con situazioni economiche di maggiore povertà, in donne con l'opinione che le MGF potessero portare a benefici nella donna interessata, nelle donne che erano già state vittime di MGF e per le donne che avessero il desiderio di fare attuare la MGF nella progenie.

Nell'ultimo studio in cui abbiamo identificato una risposta alla nostra domanda¹⁴⁵, la mancanza di una legge specifica contro le MGF, in alcuni Paesi come la Sierra Leone, è stato evidenziato come un fattore che induce alla volontà di cessazione di questa pratica (in questo caso un gruppo per i diritti delle donne, rappresentativo di 35 Paesi, ha fatto appello, tramite una lettera, al governo della Sierra Leone, chiedendo che la pratica fosse criminalizzata).

1.8.5 Perpetuazione della mutilazione vs condanna della pratica nella letteratura scientifica

Ciò che è stato discusso nei precedenti punti è coerente con quanto riportato da una metanalisi del 2024 già menzionata in precedenza, che analizza 155 studi riguardanti la prevalenza e/o i fattori associati alle MGF in Africa¹⁴⁴; in questo recente lavoro emerge che i fattori promuoventi la pratica di MGF in Africa sono la storia familiare di MGF, un alto indice di povertà, avere un'età più elevata (ciò potrebbe essere dovuto al fatto che le donne più anziane sono più radicate nelle pratiche tradizionali, a causa di una mancanza di istruzione e di un'adesione più lunga alle culture in cui le pratiche sono attuate), avere scarsa educazione, provenire da aree rurali ed essere di religione musulmana (lo studio sottolinea come la religione non sia un elemento fondamentale per le pratiche di MGF ma come ci sia un'evidente associazione tra le pratiche religiose dell'Islam e le pratiche culturali della popolazione). La genesi delle MGF non può essere attribuita all'Islam, poiché la pratica era già presente nell'Arabia preislamica, nel Medio Oriente e in Africa¹⁴⁶⁻¹⁴⁸ prima della diffusione dell'Islam. Per spiegare l'associazione tra MGF e Islam bisogna approfondire ancora l'aspetto religioso: le MGF non sono menzionate dal Corano e sono state condannate dalle autorità religiose musulmane. In uno studio¹⁴⁸ viene specificato che il legame tra queste pratiche e la religione è legato a un Hadith (una narrazione relativa ad avvenimenti legati al profeta Maometto) in cui, secondo alcuni, il profeta consigliava a una donna che voleva praticare un taglio ai genitali, secondo la pratica che era già presente prima dell'Islam, di non esagerare con il taglio, affinché la donna potesse essere più bella; secondo altri, diceva di praticare un piccolo taglio (si suppone per esporre il glande della donna), ma di non esagerare; questo ha portato con il tempo, erroneamente, in molti Paesi prevalentemente musulmani a pensare che fosse lecito e doveroso praticare le MGF (tipo 1 e 2). Alcuni Paesi con una forte religione islamica hanno dunque storicamente consentito la perpetuazione e la legittimazione di queste pratiche, impiegandole come elementi di culto; un esempio tra i più recenti è in Egitto, dove nel 1994 fu stata emessa una fatwa^o che affermava che l'escissione era accettata dall'Islam¹⁴⁹ (nel 2008 l'Egitto avrà una legge contro le MGF e nel 2021

^o La fatwa (letteralmente, "editto") è un'opinione data da un esperto in legge islamica, interpellato da un giudice di un tribunale religioso islamico. In genere i rapporti che sono regolati dal diritto musulmano sono principalmente quelli familiari e riguardanti i diritti della persona, corrispondendo grosso modo alle sentenze dei tribunali civili in occidente; la rilevanza del diritto islamico nei vari Paesi che lo adottano è varia, dipendendo soprattutto dall'importanza che ciascuno di essi attribuisce all'Islam.

verrà emanata la prima fatwa contro queste pratiche¹⁵⁰). Nonostante questo, secondo la legge islamica, se una pratica è dannosa per il corpo, non dovrebbe essere praticata: infatti, è vietata dalle maggiori autorità religiose musulmane¹⁵¹ (nel 2012 l'International Federation of Islamic Scholars, che rappresenta a livello mondiale gli esperti dell'Islam, ha pubblicamente dichiarato che questa pratica è estranea alla Sunna (le norme comportamentali essenziali per i musulmani, scritte in base a racconti tramandati sulla vita del profeta Maometto) e che tutti i tipi di MGF sono vietati. Infatti, viene scritto: "la circoncisione non può fondarsi su resoconti, ma piuttosto sul principio fondamentale islamico secondo cui infliggere dolore a un essere umano è illecito a meno che non apporti benefici superiori al dolore stesso"¹⁵²).

Accade quindi che la pratica possa essere effettuata ancora oggi con la scusante di una motivazione religiosa, sebbene l'intera comunità islamica si sia esplicitamente dichiarata contro (un esempio è descritto in una sentenza del tribunale di Torino nel 2018, in cui la vittima di Mutilazione Genitale riferisce che la madre le aveva dato come motivazione che la pratica era "connessa a usanze religiose"¹⁵³).

1.9 ERADICAZIONE

1.9.1 Premessa

Dalla nostra revisione emergono i punti cardine che possono essere seguiti al fine di contrastare le MGF¹⁵⁴: 1) migliorare le conoscenze dei professionisti sanitari e fornire linee guida al sistema sanitario; 2) sensibilizzare la popolazione generale affrontando tutta la complessità del problema delle MGF; 3) informare la politica sui potenziali benefici sulla salute e sui risparmi legati al sistema sanitario grazie alla prevenzione delle MGF.

1.9.2 Linea Guida dell'OMS

L'OMS ha pubblicato nel 2016 le linee guida aggiornate, indirizzate ai professionisti sanitari, ai governi e ai professionisti che lavorano nei Ministeri della Salute^{155,156}. Lo staff dell'OMS e un gruppo esterno di esperti (compresi operatori sanitari, ricercatori, gestori di programmi sanitari, avvocati per i diritti umani e sostenitori dei diritti delle donne) sono stati coinvolti nello sviluppo delle linee guida, basate sull'evidenza scientifica. Ci sono 4 principali obiettivi a cui mirano le linee guida: 1) Al personale sanitario sono date indicazioni da seguire quando ci si confronta con una donna che ha una MGF, per avere un corretto processo decisionale clinico e assicurare una corretta presa in carico; 2) trasmettere il messaggio che la procedura è dannosa per la salute e una violazione dei diritti umani; 3) Servire come base di elaborazione dei programmi di formazione medica, necessari sia nei Paesi ad alta prevalenza di MGF che nei Paesi ad alto reddito con processi di immigrazione dalle regioni in cui viene praticata la MGF; 4) identificare quali lacune sono ancora presenti su questo tema, per indirizzare ulteriori studi. La linea guida si focalizza su due punti base, essenziali per ogni Paese:

- il Ministero della Salute deve garantire risorse economiche disponibili per affrontare la problematica delle MGF; le informazioni sui diritti delle donne e sulla possibilità di ricevere assistenza sanitaria devono essere facilmente identificabili; tutta la comunità deve essere consapevole delle complicanze che possono andare incontro alle MGF.
- Il personale sanitario ha un ruolo fondamentale nel contrastare la pratica delle MGF e deve:
 - Prevenire: non si devono attuare pratiche di MGF medicalizzate, con il pensiero che si possano ridurre le complicanze; non si potrebbero, infatti, annullare le complicanze anche se la pratica venisse effettuata all'interno del sistema sanitario.

- Riconoscere: poiché le tendenze migratorie globali continuano, gli operatori di tutto il mondo devono essere formati a riconoscere le MGF, nonché essere consapevoli di eventuali complicanze immediate o a lungo termine.
- Trattare e/o indirizzare: se le donne con MGF richiedessero o necessitassero assistenza sanitaria, gli operatori sanitari dovrebbero essere sufficientemente formati.

La linea Guida dell'OMS tratta nello specifico quattro argomenti: deinfibulazione, salute mentale, salute sessuale ed informazione/educazione.

1.9.2.1 Deinfibulazione

La deinfibulazione è un intervento chirurgico minore^P effettuato per riaprire l'orifizio vaginale nelle donne che hanno MGF tipo 3. Per raggiungere questo obiettivo, un professionista sanitario qualificato (solitamente uno specialista in ginecologia e ostetricia¹⁵⁷), esegue un'incisione del tessuto cicatriziale che ricopre l'orifizio vaginale fino a che il meato uretrale esterno e il clitoride siano visibili. I bordi tagliati vengono poi suturati, il che consente all'orifizio di rimanere aperto. Questa procedura viene eseguita dunque per migliorare il benessere della donna, consentendo rapporti sessuali e/o facilitando il parto. La deinfibulazione è fortemente raccomandata, oltre che per permettere la penetrazione durante il rapporto sessuale, per ridurre le complicanze soprattutto ostetriche, ma anche urologiche come le infezioni ricorrenti del tratto urinario e la ritenzione urinaria; è una procedura relativamente semplice, che richiede una semplice formazione e un basso costo; tuttavia, spesso non c'è la formazione necessaria per poterla compiere¹⁵⁷. Il personale sanitario deve informare la donna dei possibili cambiamenti anatomici e fisiologici che si possono avere dopo la deinfibulazione: minzione più rapida, aumento delle perdite vaginali. La procedura può essere effettuata sia antepartum che intrapartum, in base a: 1) preferenze della donna (se vuole un risultato estetico migliore, sarà meglio un'operazione antepartum); 2) Accesso alle strutture sanitarie: in contesti in cui le donne possono incontrare ritardi nel raggiungimento delle strutture sanitarie, dovrebbe essere preferita la deinfibulazione antepartum; 3) Luogo del parto: dato che la deinfibulazione deve essere eseguita in un contesto sanitario, nei casi in cui i parti a domicilio sono

^P Intervento chirurgico minore: procedura che non prevede l'apertura di grandi cavità del corpo e in genere non coinvolge gli organi principali, non prevede l'uso di anestesia generale, ha bassi rischi di emorragia severa ²¹⁰

comuni, la deinfibulazione antepartum dovrebbe avere la priorità. Lo stesso vale per le strutture in cui il flusso di pazienti è elevato; 4) Livello di abilità degli operatori sanitari: condizioni come edema tissutale e distocia fetale (un'anormale dimensione o posizione fetale che causa un parto difficoltoso) può creare difficoltà agli operatori sanitari meno esperti ad attuare deinfibulazione intrapartum: in questo caso è preferibile la deinfibulazione antepartum. Se gli operatori sono esperti e ben formati, la deinfibulazione intrapartum è possibile e meno traumatica. Nel Regno Unito c'è la raccomandazione a effettuare la deinfibulazione durante la ventesima settimana di gestazione¹⁵⁸.

Una metanalisi ha mostrato che la deinfubulazione è associata a una riduzione del rischio di parto cesareo e di lacerazioni perineali, e che non ci sono differenze di esito tra deinfibulazione antepartum e intrapartum¹⁵⁹.

Per quanto riguarda la deinfibulazione, dovrebbe essere fornita educazione sanitaria e informazione alle ragazze e donne che vivono con MGF tipo 3. Le informazioni devono contenere: la descrizione della procedura chirurgica; i benefici per la salute; le potenziali complicanze chirurgiche; i cambiamenti anatomici e fisiologici a cui si va incontro; l'adeguata assistenza post-operatoria, soprattutto psicologica; informazioni sulle conseguenze per la salute.

1.9.2.2 Salute mentale

Alle donne con MGF e che manifestano sintomi coerenti con il disturbo d'ansia, depressione o disturbo post traumatico da stress deve essere consigliata una psicoterapia cognitivo-comportamentale (è un trattamento che combina la componente cognitiva e quella comportamentale: la componente cognitiva della psicoterapia insegna ad adottare tecniche di rilassamento e allena a riconoscere i pensieri ricorrenti e gli atteggiamenti distorti che causano le sensazioni negative, il disagio e i comportamenti conseguenti, sostituendoli con pensieri realistici e che migliorano il benessere psico-fisico; la componente comportamentale aiuta il paziente a mettere in atto questi pensieri, attraverso la modificazione del comportamento¹⁶⁰). Una terapia psicologica deve anche essere consigliata a qualsiasi donna che vada incontro a un intervento chirurgico per causa delle MGF, perché questo può ricordare alla donna l'episodio e il trauma della MGF (sebbene non sia ancora stato provato in letteratura quale sia l'intervento psicologico migliore da attuare, in un case report vengono descritte le complicanze psichiatriche legate alla deinfibulazione e il supporto psicologico che viene successivamente effettuato tramite psicoterapia per 4 mesi e un breve uso di benzodiazepine¹⁶¹).

1.9.2.3 Salute sessuale

La salute sessuale è intesa come uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale in relazione alla sessualità e non comprende solo alcuni aspetti della salute riproduttiva - come ad esempio la possibilità della contraccezione e dell'aborto e non avere infezioni sessualmente trasmissibili, disfunzione sessuale o conseguenze dovute alla violenza sessuale o alle MGF - ma anche la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, prive di coercizione, discriminazione e violenza. L'OMS sottolinea che dovrebbero sempre essere supportati il diritto all'informazione, all'educazione e i servizi per la salute sessuale per tutte le donne con MGF. Il primo servizio che deve essere offerto per affrontare le eventuali complicanze della salute sessuale e la disfunzione sessuale (cioè la difficoltà sperimentata durante l'attività sessuale, riguardante il piacere fisico, il desiderio, l'eccitazione o l'orgasmo; per la donna comprende anche vulvodinia e clitoridinia, dispareunia e vaginismo¹⁶²) è un servizio di consulenza sessuale. Esso può essere completato dalla ricostruzione del clitoride e delle labbra e dall'uso di lubrificanti genitali, i quali però non sono stati sufficientemente studiati nelle MGF (alcuni studi sottolineano che i gel non sono accettati da alcune coppie in cui la donna ha MGF, a causa dell'influenza dell'uomo o delle credenze della donna). La ricostruzione del clitoride è una procedura chirurgica che mira a recuperare l'anatomia (tornando a rendere visibile il clitoride) e la funzione del clitoride stesso, a cui si può andare incontro se persiste disfunzione sessuale, e cerca di ridurre la dispareunia, migliorare il piacere sessuale e il desiderio, ridurre il vaginismo e la secchezza vaginale, ridurre il passaggio involontario di urina e i sanguinamenti durante il rapporto sessuale¹⁵⁹. L'OMS specifica che l'operazione chirurgica deve essere portata avanti solamente quando c'è una chiara causa del dolore, come ascessi, cisti, cicatrici, cheloidi o neuroma del clitoride e solamente qualora persistano i sintomi dopo aver provato con procedure meno invasive, come l'uso di lubrificanti durante il rapporto sessuale, l'evitare di fare pressione sulla regione vulvare (come l'andare in bicicletta), l'usare anestetici locali come un gel con lidocaina. L'intervento di ricostruzione clitoridea è invece più complicato della deinfibulazione¹⁶³. Il terzo tipo di chirurgia a cui può andare incontro la donna con MGF è, oltre alla deinfibulazione e alla ricostruzione della clitoride e delle labbra, l'asportazione di cisti nel caso in cui si verifichi la formazione di cisti o cheloidi¹⁶³.

1.9.2.4 Informazione ed educazione

Interventi di informazione ed educazione riguardanti MGF e salute delle donne dovrebbero essere sempre forniti alle ragazze e donne che hanno una MGF o che sono a rischio. Una metanalisi¹⁶⁴ mostra come interventi di formazione ed educazione in Africa portino a ridurre l'attuazione delle pratiche, tramite un cambio di mentalità delle madri verso le figlie, tramite la riduzione della timidezza e del tabù nel parlare di queste pratiche e tramite il rifiuto della pratica delle bambine e delle ragazze. Gli interventi che questa metanalisi identifica come fondamentali e utili sono:

- moduli partecipativi educativi sulle condizioni igieniche di base, sulla salute delle donne, sulla risoluzione di problemi e questioni relative ai Diritti Umani;
- sostegno mirato contro le MGF;
- campagne dei mass media per il dialogo sulle MGF e sulle complicanze associate;
- iniziative di mobilitazione di gruppi al fine di fare dichiarazioni pubbliche contro le MGF;
- incoraggiare le donne e le adolescenti a esercitare i loro diritti e interventi educativi sulla concezione del proprio corpo e delle complicanze associate alle MGF;
- uso di strategie di salute digitale, per diffondere più rapidamente iniziative di educazione e informazione.

Gli interventi educativi devono essere:

- basati sull'evidenza scientifica;
- non giudicanti;
- non pregiudizievoli;
- sensibili e rispettosi;
- non stereotipati;
- basati sull'età degli adolescenti o degli adulti e sulla loro capacità di giudizio.

Gli operatori sanitari hanno la responsabilità di trasmettere informazioni accurate e chiare, con linguaggio e metodi che possano essere facilmente compresi dal paziente (ad esempio, se necessario, con l'assistenza di un interprete). È di primaria importanza l'avvio di programmi regolari di formazione del personale sanitario, sia nei Paesi con alta prevalenza di MGF che in quelli dove c'è un forte flusso migratorio dei soggetti coinvolti nelle MGF. Può essere frainteso, nei programmi di prevenzione, che per evitare le complicanze si possa attuare una MGF medicalizzata: bisogna sempre specificare che la pratica delle MGF, svolta da un operatore sanitario, è illegale.

1.9.3 Medicalizzazione

“Medicalizzazione” delle MGF si riferisce a situazioni in cui le MGF vengono praticate da qualsiasi categoria di operatori sanitari, sia in una clinica pubblica che privata, a casa o altrove. Comprende anche la procedura di reinfibulazione¹⁶⁵. Le MGF non possono mai essere “sicure” e non esiste alcuna giustificazione medica per la pratica. Anche quando la procedura viene eseguita in un ambiente sterile da un operatore sanitario, esiste il rischio di conseguenze sulla salute nell'immediato o a lungo termine¹⁶⁵. In ogni circostanza, la medicalizzazione delle MGF viola il giuramento medico¹⁶⁶ e i diritti umani¹⁶⁷: il diritto alla salute, il diritto alla libertà, il diritto alla vita e all'integrità fisica, il diritto alla non discriminazione e il diritto alla libertà da trattamenti crudeli, inumani o degradanti¹⁶⁵.

Secondo un'analisi dell'UNICEF¹⁶⁸, 52 milioni di ragazze e donne, un quarto dei circa 200 milioni di donne che nel mondo convivono con una MGF, hanno subito la pratica per mano di un operatore sanitario. Questa percentuale è doppia tra le adolescenti, a indicare che la pratica è oggetto di una crescente medicalizzazione: il 34% delle vittime di MGF nella fascia di età 15-19 anni è stata sottoposta a un intervento medico, rispetto al 16% delle vittime di età compresa tra i 45 e i 49 anni. La medicalizzazione delle MGF è molto comune in Egitto e in Sudan, paesi in cui quasi l'80% delle ragazze subiscono la mutilazione da parte di personale medico.

1.9.4 Linea Guida italiana

È presente anche una Linea Guida italiana, creata nel 2007 a seguito della legge 9 gennaio 2006 n.7 e nello specifico in conseguenza dell'articolo 4, il quale attribuisce al Ministero della Salute il compito di emanare Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie. Queste formano l'operatore con un punto di vista a 360°, fornendo informazioni storiche, culturali e antropologiche, sociali e legislative, e soprattutto di carattere sanitario¹⁶⁹.

2 BACKGROUND E OBIETTIVI

Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) rappresentano un fenomeno complesso che necessita di una conoscenza antropologica oltre che medica. Un'approfondita analisi e una visione 'sanitaria' delle MGF potrebbero aiutare, peraltro, a porre le basi per l'eradicazione di tale pratica.

A causa dell'aumento dei flussi migratori nel nostro Paese, la probabilità che un professionista sanitario entri a contatto con una donna sottoposta a MGF è in crescita. Nonostante ciò, continua ad esserci poca consapevolezza e conoscenza sul tema da parte degli specialisti, in particolar modo nell'ambito ginecologico-ostetrico.

Le complicanze delle MGF sono spesso le prime manifestazioni attraverso le quali la donna rende edotto il medico di essere stata sottoposta a mutilazione. Il personale sanitario deve pertanto essere in grado di identificare e classificare le MGF e fornire un servizio il più adeguato possibile per questa categoria di pazienti.

- L'obiettivo primario dello studio è stato quello di analizzare il fenomeno delle MGF nel contesto dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara, attraverso la raccolta delle denunce effettuate da parte del personale sanitario. Successivamente le complicanze ostetrico-ginecologiche associate alle MGF delle pazienti afferenti alla Struttura Complessa di Ginecologia e Ostetricia sono state valutate e confrontate con un gruppo di controllo di donne sane.
- L'obiettivo secondario dello studio è stato quello di valutare la consapevolezza sul tema delle MGF tra i professionisti sanitari, tramite un questionario rivolto ai medici in formazione specialistica in Ginecologia e Ostetricia in Italia e in Europa.

3 MATERIALI E METODI

3.1 PRIMO OBIETTIVO

3.1.1 Tipologia e disegno dello studio

È stato condotto uno studio retrospettivo caso-controllo presso la Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara.

Sono state prese in considerazione tutte le segnalazioni di MGF pervenute alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara dal 2017 al 2023. Tutte le segnalazioni provenivano dalla struttura Complessa di Ginecologia e Ostetricia e corrispondevano a donne gravide che hanno espletato il parto presso questo Ospedale (centro di III livello per l'accettazione e la cura delle gravidanze a rischio e centro di riferimento per il Quadrante Nord-Orientale per la gestione delle gravidanze ad alto rischio o con rischio di parto pretermine).

La segnalazione di MGF avveniva a seguito di:

- visita ginecologica con ispezione dei genitali esterni;
- dichiarazione da parte della paziente interessata;
- segnalazione su documenti sanitari rilasciati in seguito a visita ostetrico-ginecologica avvenuta in consultorio.

Come gruppo di controllo sono state selezionate pazienti Italiane senza MGF, che hanno partorito nello stesso periodo temporale, con età e BMI comparabili con il gruppo dei casi. Le pazienti del gruppo controllo sono state scelte dal registro di Sala Parto, selezionando il numero di registro immediatamente precedente e successivo a quello corrispondente alle pazienti del gruppo dei casi, con un rapporto di 1:2.

3.1.2 Materiali e Metodi

La raccolta dati è avvenuta analizzando le cartelle cliniche delle pazienti ricoverate presso il Reparto di Ostetricia, disponibili on-line tramite il sistema di Archiviazione e Gestione Cartelle Cliniche CSA.

Le donne con età < a 18 anni sono state escluse.

Nella cartella clinica di una donna in gravidanza vengono raccolti il consenso informato, i controlli effettuati in gravidanza, il decorso della gravidanza, l'anamnesi (familiare, personale, chirurgica e ostetrica), i dati sul travaglio e sul parto, le informazioni sul neonato. Vengono allegati vari

documenti come gli esami ematochimici e strumentali, la cartella anestesiologicala, i documenti identificativi e, se è stato riscontrato che la donna ha subito una Mutilazione Genitale, la denuncia per la direzione sanitaria. Nella segnalazione viene richiesto di specificare il tipo di MGF e, se disponibili, informazioni su quando è stata effettuata e da chi.

Le variabili presenti nelle cartelle e confrontate tra il gruppo di interesse e quello di controllo sono state:

- **dati demografici, anamnestici e sulla salute riproduttiva della donna:** età, parità, BMI (kg/m²) pregravidico e BMI al parto;
- **decorso della gravidanza:** insorgenza di patologie ostetriche (quali diabete gestazionale, disordini ipertensivi, restrizione di crescita fetale intrauterina, parto pretermine), infezioni vaginali, dispareunia e/o vaginismo, stato del tampone vagino-rettale per lo Streptococcus Agalactiae di gruppo B,
- **outcome del travaglio:** epoca gestazionale al parto, rottura prematura delle membrane (PROM) al momento del ricovero, induzione del travaglio, modalità del parto (spontaneo, operativo mediante ventosa, taglio cesareo), tipo di lacerazione vagino-perineale⁹, episiotomia, utilizzo di partoanalgesia, qualità del liquido amniotico (limpido o tinto di meconio), tipo di secondamento (spontaneo o manuale), perdite ematiche al parto (in ml), incidenza di emorragia post-partum (definita come perdita di sangue > 500 ml durante un parto spontaneo o > 1000 ml nel corso di Taglio Cesareo);
- **durata del travaglio:** i tempi espressi in minuto del I stadio del travaglio (periodo dilatante), del II stadio (periodo espulsivo) e del III stadio (secondamento);
- **outcome neonatali:** peso alla nascita, sesso, APGAR score al 1° e al 5° minuto, mortalità endouterina e/o perinatale, ricovero in terapia intensiva neonatale.

⁹ Le lacerazioni ostetriche si definiscono di primo grado quando interessano esclusivamente la mucosa vaginale o la cute perineale; di secondo grado quando coinvolgono la mucosa vaginale e i muscoli perineali, ma senza arrivare allo sfintere anale; di terzo grado quando coinvolgono anche lo sfintere anale; di quarto grado se coinvolgono lo sfintere e la mucosa anale.

Solo per il gruppo di donne con MGF, è stato anche studiato:

- **dati sociodemografici e sulla MGF:** nazionalità, stato civile, professione, istruzione, barriera linguistica, tipo di MGF, quando la donna è stata sottoposta alla pratica (e, se noto, da chi), eventuale pratica di deinfibulazione;
- **complicanze nel post-partum (>24 ore dopo il parto):** infezioni delle vie urinarie, ritenzione urinaria, disuria, infezioni vaginali.

Come definizione delle MGF è stata utilizzata la già citata classificazione dell'OMS¹:

- Tipo 1: parziale o totale rimozione del glande clitorideo (la porzione esterna e visibile del clitoride, parte erogena dei genitali femminili) e/o del prepuzio (o cappuccio) clitorideo (lo strato di cute che circonda il glande clitorideo);
- Tipo 2: parziale o totale rimozione del glande clitorideo e delle piccole labbra (le pieghe cutanee della vulva interne alle grandi labbra), con o senza la rimozione delle labbra maggiori (le pieghe cutanee esterne alle piccole labbra della vulva);
- Tipo 3: anche chiamato infibulazione, è il restringimento dell'apertura vaginale attraverso la creazione di una chiusura, a volte attraverso una cucitura, creata tagliando e sovrapponendo le piccole e/o le grandi labbra, con o senza la rimozione del prepuzio clitorideo e del glande;
- Tipo 4: include tutte le altre pratiche lesive dell'apparato genitale femminile con finalità non terapeutica. Tra queste rientrano: il pricking (cioè la puntura del clitoride o del tessuto circostante, che non provoca però cambiamenti anatomici rispetto al tipo 1-2-3); il piercing; incisione del clitoride e/o delle labbra; allungamento del clitoride e/o delle labbra; cauterizzazione per ustione del clitoride e dei tessuti circostanti; raschiatura dell'orifizio vaginale (angurya cuts) o taglio della vagina (gishiri cuts); introduzione di sostanze corrosive nella vagina per causare sanguinamento; immissione di erbe con lo scopo di restringere la vagina.

3.2 SECONDO OBIETTIVO

Abbiamo formulato un questionario rivolto ai medici in formazione specialistica in Ginecologia e Ostetricia, per comprendere quale sia la consapevolezza della futura generazione di specialisti riguardo a questo tema.

3.2.1 Sviluppo di un questionario

Abbiamo rilevato nella letteratura esistente la presenza di questionari rivolti al personale sanitario e che avessero come obiettivo quello di studiare la consapevolezza sul tema delle MGF. Riprendendo domande già incluse in precedenti survey (e quindi già validate) non è stato necessario rivalidare il questionario da noi realizzato, che andava di fatto a comprendere più questionari presenti in diversi articoli^{119,158,170-177}.

Nella ricerca dei questionari presenti in letteratura è stata usata la metodologia sviluppata da Arksey e O'Malley¹⁷⁸: (1) identificazione della domanda di ricerca, che è generalmente di natura ampia; (2) identificazione degli studi rilevanti, un processo che è il più completo possibile; (3) selezione degli studi, con la definizione di criteri di inclusione/esclusione; (4) classificazione dei dati, una fase che comprende il vaglio, la classificazione e il riscontro di informazioni in base a questioni e temi chiave; (5) raccolta, riassunto e report dei risultati, che fornisce una sintesi descrittiva o numerica dei dati; (6) un aggiuntivo esercizio di consultazione parallelo, che approfondisce le principali parti di interesse per convalidare i risultati dello studio. I criteri di selezione (punto 3) degli studi inclusi nella nostra revisione si sono basati sul sistema PICO (Population, phenomenon of Interest, COntext)¹⁷⁹ e sono: Population: professionisti sanitari; phenomenon of Interest: criteri di inclusione: studi che contenessero gli item di questionari nati per valutare opinioni, conoscenza e consapevolezza degli operatori sanitari sulle MGF; criteri di esclusione: complicanze legate alle MGF e trattamento sanitario, consapevolezza e percezione della popolazione riguardo alle MGF, aspetti psico-sociali e informazioni legate alle MGF; Context: le MGF. Si sono presi in considerazione gli articoli pubblicati da gennaio 2010 a luglio 2023 su Pubmed, usando come query i seguenti termini di ricerca: ("Healthcare personnel" OR "healthcare provider*" OR "healthcare worker*" OR "healthcare professional*" OR "healthcare staff" OR "health care personnel" OR "health care professional*" OR "health care provider*" OR "health care worker*" OR "health care staff" OR "health worker*" OR "health provider*" OR "health personnel" OR "health professional*" OR "health staff" OR "trainee*" OR "specialist*" OR "medical personnel" OR "medical professional*" OR "medical worker*" OR

"medical provider*" OR "medical staff" OR "paediatrician*") AND ("FGM" OR "female genital mutilation" OR "female circumcision" OR "female cutting" OR "female mutilation") AND ("Survey" OR "questionnaire*" OR "form" OR "quiz" OR "question sheet" OR "opinion pool") AND ("Awareness" OR "clinical experience" OR "knowledge" OR "attitude*" OR "practice*" OR "consciousness" OR "perception*" OR "acknowledgment" OR "comprehension" OR "understanding" OR "sensitivity" OR "insight").

Si sono ottenuti 60 risultati. È stato escluso un articolo non in lingua inglese, ottenendo 59 studi. Si sono successivamente analizzati i titoli e gli abstract e nel caso in cui non fosse stato chiaro se l'articolo contenesse informazioni rilevanti, si è estratta l'intera pubblicazione. Infine, 17 articoli coerenti con il nostro obiettivo sono stati inclusi nella revisione sistematica. Dopo aver esaminato i 17 articoli, ne sono stati identificati 10 che potessero essere integrati e riassunti. I rimanenti 7 sono stati esclusi perché contenevano questionari con gli stessi item già presenti in altri articoli ritenuti più completi o perché presentavano item creati su misura per la popolazione locale. Dunque, è stato eseguito un processo di aggregazione delle domande (e di conseguenza delle risposte) considerate più adatte ai medici specializzandi in Ginecologia e Ostetricia, destinatari del questionario.

3.2.2 Tipologia e disegno dello studio

È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo in cui, tramite la survey, abbiamo raccolto e analizzato informazioni che potessero rispondere al nostro obiettivo secondario. È stata usata l'applicazione "Moduli Google" per creare il questionario; è stato reso possibile agli utenti, completare il modulo da luglio 2023 a gennaio 2024.

3.2.3 Gruppo di interesse

Il questionario è stato rivolto a tutti gli specializzandi dei reparti di Ginecologia e Ostetricia di varie regioni italiane (tra cui Sicilia, Piemonte, Sardegna, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia), del principale ospedale di Malta (Mater Dei Hospital), di un ospedale in Portogallo (Hospital de Santa Maria), di un ospedale polacco (Szpital Kliniczny - Polna) e di uno svizzero (Ospedale Universitario di Ginevra).

3.2.4 Struttura del questionario

Il questionario è stato diviso in 3 sezioni (tabella 10):

1) sezione che indaga variabili sociodemografiche (come regione o Paese dove si stava prestando servizio, sesso, anno di specializzazione) e il rapporto che lo specializzando ha avuto finora rispetto alle MGF (frequenziazione di corsi di formazione relativi all'argomento, numero indicativo dei precedenti contatti con donne con MGF, difficoltà di relazione con la paziente o la capacità di riferire le pazienti a strutture specializzate);

2) sezione che indaga la conoscenza dello specializzando sul tema (in quale area sono maggiormente frequenti le MGF, le cause principali della pratica, le complicanze più comuni, la corretta classificazione del tipo di MGF);

3) sezione che indaga le opinioni dei partecipanti sul bisogno di formazione del personale sanitario, sull'importanza del suo ruolo rispetto alle MGF, sul bisogno di una legge contro queste pratiche o sulla possibilità di eradicarle.

A ogni domanda poteva corrispondere una sola risposta. La survey è stata scritta in lingua inglese affinché si potesse inviare anche all'estero. All'inizio del questionario è stata scritta una breve introduzione per informare i partecipanti sugli obiettivi dello studio. I dati dei partecipanti sono stati mantenuti anonimi.

1. Introduzione

Dear colleague,

first of all we would like to thank you for participating in this survey dedicated to trainees. We guarantee that it's very short and it will take less than 5 minutes to be completed.

We are trying to investigate the knowledge of the next generation of Ob/Gyn on the topic "Female Genital Mutilation/Cutting".

We believe this is a really important issue, and that this survey could help in improving trainee programs worldwide. If you are interested in the topic, or if you want to learn more, please read: "Libretti A, Bianco G, Corsini C, Remorgida V. Female genital mutilation/cutting: going beyond urogynecologic complications and obstetric outcomes. Arch Gynecol Obstet. 2023 Jan 27. doi:10.1007/s00404-023-06929-6. Epub ahead of print. PMID: 36703012". Please read it only after completing the survey.

Do not hesitate to contact us at libretti.a@gmail.com. Thanks again!

School of Obstetrics and Gynaecology University Hospital Maggiore della Carità, University of Eastern Piedmont, Novara, Italy.

2. Sezione 1

1) Sex:

- Male
- Female
- Gender non-conforming
- Prefer not to answer

2) Country (or region if Italian):

- Sicilia
- Piemonte
- Sardegna
- Lombardia
- Friuli Venezia Giulia
- Altra regione italiana nord
- Altra regione italiana centro
- altra regione italiana sud
- Portugal
- Poland
- Switzerland
- Malta
- Abroad (other)

3) Year of specialization:

- I
- II
- III
- IV
- V
- Another

4) Have you ever heard about Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C)?

- Yes
- No

- 5) If yes, how did you heard about FGM/C?
- Scientific literature
 - Training courses
 - University education
 - Confronting with a patient presenting with FGM/C
 - Brochures
 - Own culture
 - Another
- 6) Have you ever attended training courses about FGM/C?
- Yes
 - No
- 7) The training course was organized by:
- University
 - Hospital
 - Trade association
- 8) Do you need a training course on this topic?
- Yes
 - No
- 9) Have you ever visited a woman with FGM/C?
- Yes
 - No
- 10) If yes, how many?
- Only 1
 - Between 2 and 5
 - Between 6 and 10
 - Between 11 and 30
 - Between 31 and 50
 - >50
- 11) If yes, what was the average age of the woman?
- <25 years
 - Between 25 and 35 years
 - Between 35 and 45 years
 - >45 years
- 12) If yes, were you able to correctly recognize the type of FGM/C?
- Yes
 - No
 - I'm not sure
- 13) What was the reason for the medical examination?
- For gynecological examination (for pregnancy/delivery, for complications of FGM/C, for prevention)
 - For psychiatric disorder
 - For other diseases
 - I have never met a patient with FGM/C in a medical examination

14) Did you experience discomfort/difficulties in dealing with patients with FGM/C?

- Never
- Sometimes
- Often
- Always
- I don't know

15) Did you perceive any discomfort of patients with FGM/C in dealing with you?

- Never
- Sometimes
- Often
- Always
- I don't know

16) Have you been asked to perform deinfibulation?

- Yes
- No

17) Are you able perform the surgical procedure of deinfibulation?

- Yes
- No

18) Were you able to effectively refer the patient to a facility specialized in FGM/C?

- Never
- Sometimes
- Often
- Always
- I don't know

3. Sezione 2

Now we ask you to answer a short questionnaire to understand your knowledge about FGM/C:

19) In which areas of the world is FGM/C most frequently performed?

- Africa
- Middle east
- Asia
- North America
- South America
- Unsure

20) FGM/C is largely performed due to the belief that...

- It keeps an important tradition alive
- It makes a woman more beautiful
- It makes a woman more marriageable
- It keeps a woman from having pleasure during sexual relations
- It is required by their religion
- All of the above
- I don't know

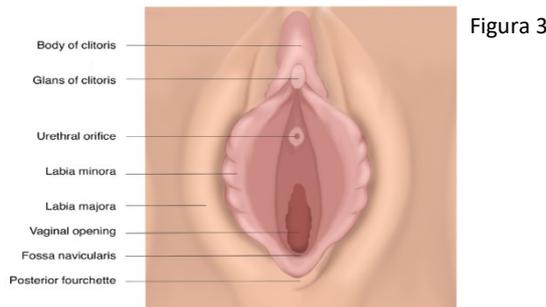
21) How many types of FGM/C are there according to the World Health Organization?

- Three
- Four
- Six
- Seven
- Unsure

The image shows the normal female genitalia (figura 3). Correctly identify the type of FGM/C in the below picture.

(“Libretti A, Bianco G, Corsini C, Remorgida V. Female genital mutilation/cutting: going beyond urogynecologic complications and obstetric outcomes. Arch Gynecol Obstet. 2023 Jan 27 doi: 10.1007/s00404-023-06929-6. PMID: 36703012”):

Normal Female Genitalia



22) The image in figure 1 shows:

- Type 1
- Type 2
- Type 3
- Type 4
- I don't know



Figura 1 (4)

23) The image in figure 2 shows:

- Type 1
- Type 2
- Type 3
- Type 4
- I don't know



Figura 2 (5)

24) The image in figure 3 shows:

- Type 1
- Type 2
- Type 3
- Type 4
- I don't know



Figura 3 (6)

25) The image in figure 4 shows:

- Type 1
- Type 2
- Type 3
- Type 4
- I don't know



Figura 4 (7)

26) Are genital piercings, cosmetic labiaplasty considered a form of FGM/C?

- Yes
- No
- I don't know

27) Which are the most common urologic complications of FGM?

- Recurrent UTIs
- LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)
- Infertility
- Urogenital fistula
- Sexual dysfunction
- Other
- All the answers

4. Sezione 3

Now we ask you to express some of your opinions:

28) Is the FGM/C a huge concern in your country?

- Agree
- Disagree
- I don't know

29) Do you believe that healthcare professionals should be more trained on this issue?

- Agree
- Disagree
- I don't know

30) Do you think that healthcare professionals could play an important role in ending this practice?

- Agree
- Disagree
- I don't know

31) When do you think training regarding FGM/C is most appropriate?

- During the speciality course
- During the university course
- In specific further training courses
- In post-graduate seminars

32) FGM is a violation of human rights:

- Agree
- Disagree
- I don't know

33) There must be a law against FGM:

- Agree
- Disagree
- I don't know

34) It is possible to end the practice of FGM/C by 2030:

- Agree
- Disagree
- I don't know

35) Any comments

Tabella 10: il questionario

3.3 ANALISI STATISTICA

I dati raccolti dalle cartelle cliniche delle pazienti sono stati inseriti in un database computerizzato e sottoposti ad analisi statistica tramite il software Graph Pad Prism 6 e SPSS, versione 22.0 per Windows. I dati continui sono presentati come media \pm deviazione standard (DS), mentre i dati categorici sono riportati come numero e percentuale. Per i dati continui le differenze tra i gruppi sono state analizzate utilizzando il t test di Student per dati non appaiati.

Le variabili categoriche sono state analizzate mediante il test esatto di Fischer. Un valore di $P < 0.05$ è stato considerato statisticamente significativo ed un intervallo di confidenza del 95% è stato adottato.

4 RISULTATI

4.1 PRIMO OBIETTIVO

Un totale di 45 segnalazioni per MGF è stato registrato. Abbiamo eliminato 6 segnalazioni, perché di donne con caratteristiche anagrafiche molto difficilmente riconducibili a MGF (5 italiane e 1 di El Salvador) e solamente dopo il mancato riscontro del foglio di segnalazione in cartella clinica o di una nota scritta in cartella riguardante la Mutilazione Genitale. In un solo caso, per una donna italiana laureata in medicina, è stato riportato in cartella avere una MGF; lo abbiamo ritenuto altamente improbabile e dunque l'abbiamo esclusa. Abbiamo escluso altre 4 pazienti, perché non siamo riusciti a pervenire la cartella clinica. Quindi, il gruppo di casi finali è risultato essere di 35 pazienti. Il gruppo di controllo è invece costituito da 80 pazienti italiane con assenza di MGF.

4.1.1 Caratteristiche delle pazienti con MGF

Le pazienti sottoposte a MGF riportavano un'età media di 29 anni. Nella maggior parte dei casi erano donne coniugate (60%), casalinghe (60%) e con un diploma di scuola media inferiore (71.4%) (tabella 11).

Circa il 46% delle donne erano provenienti dalla Nigeria (il 20% delle donne di questo Paese hanno MGF tipo 1-2), il 17% dalla Costa d'Avorio (il 37% delle donne hanno MGF tipo 1-2), l'11% circa dal Senegal (il 25% delle donne hanno MGF tipo 1-2), il 6% circa dal Mali, Burkina Faso e Gambia (rispettivamente l'89%, il 76% e il 73% delle donne di questi Paesi sono andate incontro a MGF tipo 1-2) (tabella 11, grafico 1).

Per quanto riguarda il tipo di MGF è stato riportato nel 20% dei casi una MGF di tipo I, nel 26% una MGF di tipo 2, nel 23% una MGF di tipo 3. Nessun caso di MGF di tipo 4 è stato segnalato. Tuttavia,

per 11 donne (31%) non è stato specificato il tipo di MGF (tabella 12, grafico 2). Il 13% circa delle pazienti con MGF tipo 3 (1/8) è stata deinfibulata nel nostro reparto^r (tabella 12).

Caratteristiche delle pazienti con MGF	N=35
Età (anni)	29.06 ± 5.75
Stato di Provenienza	
- Nigeria	16 (45.7)
- Costa d'Avorio	6 (17.1)
- Senegal	4 (11.4)
- Burkina Faso	2 (5.7)
- Gambia	2 (5.7)
- Mali	2 (5.7)
- Gabon	1 (2.9)
- Marocco	1 (2.9)
- Perù	1 (2.9)
Stato civile	
- nubile	10 (28.6)
- coniugata	21 (60)
- non noto	4 (11.4)
Professione	
- casalinga	21 (60)
- operaia	3 (8.6)
- disoccupata	3 (8.6)
- non noto	8 (22.8)
Istruzione	
- scuola elementare	4 (11.4)

^r La MGF tipo 3 viene anche detta infibulazione

- scuola media inferiore	25 (71.4)
- scuola media superiore	1 (2.9)
- laurea	2 (5.7)
- non noto	3 (8.6)

Tabella 11: caratteristiche demografiche delle pazienti con MFG. I dati sono riportati come media \pm DS o numero assoluto (percentuale)

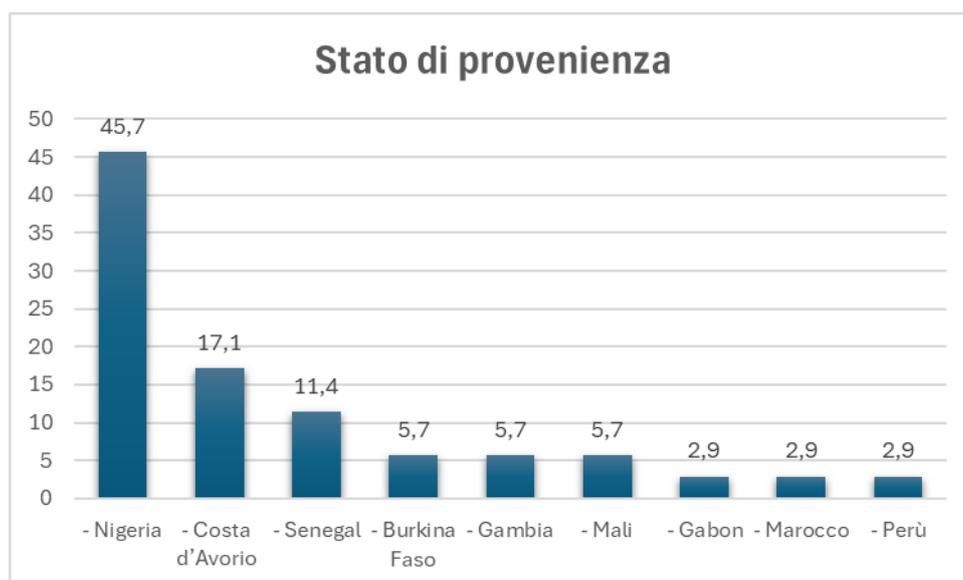


Grafico 1: stato di provenienza delle pazienti con MFG

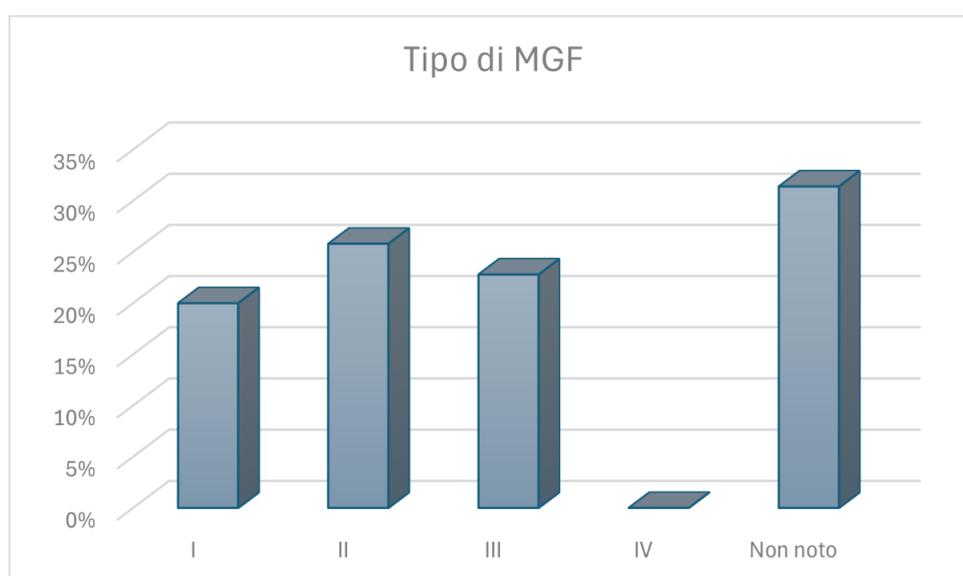


Grafico 2: tipo di MFG

Caratteristiche pazienti con MGF	N=35
Tipo MGF	
- I	7 (20)
- II	9 (25.8)
- III	8 (22.8)
- IV	0
- non noto	11 (31.4)
Lacerazioni vagino-perineali	
- I grado	20 (57.2)
- II grado	4 (11.4)
- OASIS ^s	0
- perineo integro	11 (31.4)
Deinfibulazione	1 (2.9)
Complicanze nel corso della gravidanza	
- IVU	9 (25.8)
- infezioni vaginali	2 (5.7)
- dispareunia/vaginismo	0
Giorni degenza	4.44 ± 1.31

Tabella 12: tipo di MGF riportata, complicanze ostetriche e durata della degenza delle pazienti. I dati sono riportati come media ± DS o numero assoluto (percentuale)

^s OASIS: severe obstetrical anal sphincter injury (lacerazioni vagino-perineali di III-IV grado)

4.1.2 Caratteristiche demografiche, anamnestiche e ostetriche dei gruppi di studio

Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi relativamente all'età media, la parità, il BMI pregravidico e al parto (tabella 13).

	MGF n=35	Controllo n=80	p-value
Età (anni)	29.06 ± 5.75	29.12 ± 4.11	0.9495
Parità			
- Nullipare	16 (45.7)	42 (52.5)	0.5475
- Multipare	19 (54.3)	38 (47.5)	
BMI pregravidico (kg/m²)	24.80 ± 4.94	23.21 ± 4.55	0.0958
BMI al parto (kg/m²)	27.96 ± 4.39	27.54 ± 4.31	0.6335

Tabella 13: caratteristiche demografiche, anamnestiche e ostetriche dei gruppi di studio. I dati sono riportati come media ± DS o numero assoluto (percentuale)

4.1.3 Patologie ostetriche

Non è stata rilevata una differenza statisticamente significativa nell'insorgenza di patologie ostetriche tra i due gruppi dello studio (diabete gestazionale, disordini ipertensivi, ritardo di crescita intrauterina, oligoidramnio, ipotiroidismo o ipertiroidismo gestazionale) (tabella 14).

	MGF n=35	Controllo n=80	p-value
Patologie ostetriche	10 (28.6)	22 (27.5)	1.0000
- Diabete gestazionale	5 (14.3)	9 (11.2)	0.7578
- disordini ipertensivi	1 (2.9)	2 (2.5)	1.0000
- Ritardo di crescita intrauterine	1 (2.9)	3 (3.7)	1.0000

Tabella 14: patologie diagnosticate durante la gravidanza. I dati sono riportati come media ± DS o numero assoluto (percentuale)

4.1.4 Outcome del travaglio

L'epoca gestazionale al parto è risultata essere simile tra i due gruppi (38.97 ± 2.62 vs 38.97 ± 1.26). Il numero di parti pretermine e di gravidanza protratte è tuttavia maggiore nel gruppo di controllo, sebbene questo dato non raggiunga la differenza statisticamente significativa a causa della ridotta numerosità campionaria (rispettivamente 11.4% vs 5% e 14.3% vs 8.7%) (tabella 15).

È risultato un aumento statisticamente significativo di rottura prematura delle membrane (PROM, 48.6% vs 21.2%, p-value: 0.0042), di liquido amniotico tinto di meconio (22.9% vs 6.2%, p-value: 0.0207), di tampone vagino-rettale positivo per *Streptococcus Agalactiae* (48.6% vs 20%, p-value: 0.0032) e del numero di induzioni del travaglio di parto (48.6% vs 21.2%, p-value: 0.0042) tra le donne con MGF rispetto al gruppo di controllo (tabella 15).

Relativamente alla modalità del parto, non è risultata differenza tra i due gruppi, nonostante una più alta percentuale di taglio cesarei nel gruppo di controllo (tabella 15). È interessante notare come, invece, il numero di tagli cesarei eseguiti per sofferenza fetale (alterazioni cardiotocografiche) sia risultato essere maggiore nel gruppo dei casi (5.7% vs 2.5%) (tabella 15).

Se prendiamo in considerazione le lacerazioni vaginali o perineali durante il parto, il 57% delle pazienti ha avuto una lacerazione di I grado e l'11% circa di II grado (tabella 12, grafico 3).

Il 26% circa delle donne con MGF ha avuto un'infezione delle vie urinarie durante la gravidanza, il 6% circa un'infezione vaginale e di nessuna sono state riferite ulteriori complicanze (come dispareunia o vaginismo, disuria, ritenzione urinaria) (tabella 15).

La necessità di praticare l'episiotomia al momento del parto è risultata significativamente maggiore nel gruppo delle donne con MGF rispetto al gruppo di controllo (11.4% vs 1.2%, p-value: 0.0294) (tabella 15).

Non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto riguarda il tasso di emorragia post-partum e le perdite ematiche totali dopo il parto (tabella 15). Nessun caso di morte endouterina fetale né perinatale è stato registrato all'interno dei gruppi di studio.

Lacerazioni vagino-perineali di donne con MGF

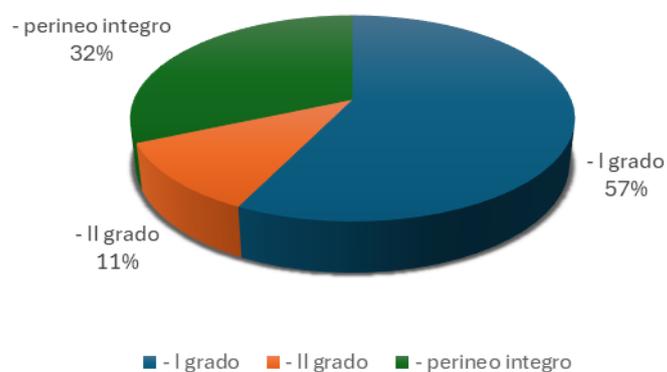


Grafico 3: lacerazioni vagino-perineali di donne con MGF

	MGF n=35	Controllo n=80	p-value
Età gestazionale al parto (settimane+giorni)	38.97 ±2.62	38.97 ± 1.26	1.0000
- Parto pretermine (24+0-36+6 settimane)	4 (11.4)	4 (5)	0.2437
- Gravidanza a termine (37+0-40+6 settimane)	26 (74.3)	69 (86.2)	0.1794
- Gravidanza protratta (41+0-41+6 settimane)	5 (14.3)	7 (8.7)	0.5077
PROM^t	17 (48.6)	17 (21.2)	0.0042
Liquido amniotico tinto di meconio	8 (22.9)	5 (6.2)	0.0207
Tampone vagino-rettale positivo per GBS^u	17 (48.6)	16 (20)	0.0032
Induzione del travaglio	17 (48.6)	17 (21.2)	0.0042

^t PROM: Premature Rupture of Membranes

^u GBS: Streptococcus beta emolitico di Gruppo B (Streptococcus Agalactiae)

Modalità del parto			
- Parto spontaneo vaginale	28 (80)	54 (67.5)	0.1886
- Indotto con ventosa	2 (5.7)	0	1.0000
- Parto cesareo	5 (14.3)	26 (32.5)	0.0662
Parto cesareo			
- Elettivo	2 (5.7)	15 (18.7)	0.0891
- D'emergenza	3 (8.6)	11 (13.7)	0.5463
Indicazioni per il parto cesario d'emergenza:			
- Distocia dinamica o meccanica	1 (2.9)	6 (7.5)	1.0000
- Sofferenza fetale	2 (5.7)	2 (2.5)	0.1117
- Fallimento dell'induzione	0	1 (1.2)	1.0000
- Altro	0	2 (2.5)	1.0000
Epidurale	8 (22.9)	21 (26,3)	1.0000
Trauma perineale			
- Episiotomia	4 (11.4)	1 (1.2)	0.0294
- OASIS ^v	0	0	
Rimozione manuale della placenta	2 (5.7)	4 (5)	1.0000
Perdite ematiche al parto (in ml)	382.06 ± 364.49	450.62 ± 331.04	0.3239
Emorragia post-partum	5 (14.3)	15 (18.7)	0.7897
MEF^w	0	0	1.0000

Tabella 15: Outcome del travaglio. I dati sono riportati come media ± DS o numero assoluto (percentuale)

^v OASIS: severe obstetrical anal sphincter injury (lacerazioni vagino-perineali di III-IV grado)

^w MEF: Morte Endouterina Fetale

4.1.5 Durata del travaglio

I tempi del travaglio sono stati registrati. Nello specifico abbiamo analizzato l'intervallo di tempo tra l'inizio del travaglio attivo (definito da una dilatazione cervicale > 4-5 cm e presenza di contrazioni regolari) e la dilatazione completa pari a 10 cm (periodo dilatante o I stadio del travaglio); il tempo tra l'inizio delle spinte e la nascita del bambino (periodo espulsivo o II stadio del travaglio) e il tempo tra la nascita e l'espulsione della placenta (secondamento o III stadio del travaglio). I tempi sono stati espressi in minuti e nessuna differenza statisticamente significativa è emersa tra i due gruppi, anche differenziando per la parità (tabella 16).

Tutti	MGF n=35	Controllo n=80	p-value
Durata del periodo dilatante (1° stadio del travaglio)	154.83 ± 119.61	147.20 ± 12.86	0.7646
Durata del periodo espulsivo (2° stadio del travaglio)	33.86 ± 27,22	28.58 ± 37.28	0.4525
Durata del secondamento (3° stadio del travaglio)	13.04 ± 8.04	12.09 ± 10.38	0.6311

Tabella 16: durata del travaglio. I dati sono riportati come media ± DS o numero assoluto (percentuale)

4.1.6 Outcome neonatali

Non sono risultate differenze statisticamente significative per quanto riguarda il sesso, il peso del neonato alla nascita, l'APGAR score al 1° e al 5° minuto e il ricovero in terapia intensiva neonatale (tabella 17).

	MGF n=35	Controllo n=80	p-value
Sesso del neonato			
- Maschio	14 (40)	45 (56.3)	0.1554
- Femmina	21 (60)	35 (43.7)	
Peso alla nascita (in gr)	3155.42 ± 830.46	3192.75 ± 451.15	0.7560
APGAR score al 1° minuto	8.47 ± 0.86	8.55 ± 1.05	0.6928
APGAR score al 1° minuto <7	2 (5.7)	4 (5)	1.0000
APGAR score al 5° minuto	8.97 ± 0.39	9 ± 0.76	0.8257
APGAR score al 5° minuto <7	0	2 (2.5)	1.0000
Accesso alla terapia intensiva neonatale	0	3 (3.7)	0.5521

Tabella 17: outcome neonatali. I dati sono riportati come media ± DS o numero assoluto (percentuale)

4.2 SECONDO OBIETTIVO

4.2.1 Sezione 1

4.2.1.1 Variabili sociodemografiche

Sono stati 51 gli specializzandi che hanno risposto al questionario:

- il 22% maschi (11/51) e il 78% femmine (40/51) (grafico 4).
- Il 35% ha risposto dal Piemonte (18/51), il 16% dalla Lombardia (8/51), il 6% dalla Sardegna (3/51), il 2% dalla Sicilia (1/51), l'8% da un'altra regione italiana al nord (4/51), il 12% da un'altra regione italiana al centro (6/51), il 16% da un'altra regione italiana al sud (8/51), il 4% da Malta (2/51) e il 2% da un altro Paese; nessuno ha risposto dal Friuli Venezia Giulia, dal Portogallo, dalla Polonia e dalla Svizzera (grafico 5).
- Il 12% erano al 1° anno di specializzazione (6/51), il 16% al 2° (8/51), il 24% al 3° (12/51), il 18% al 4° (9/51), il 18% al 5°, il 14% (7/51) in un altro anno (grafico 6).

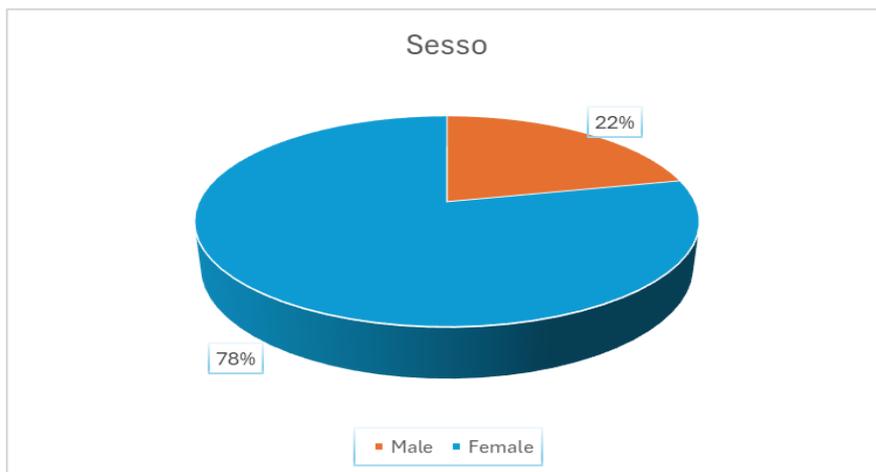


Grafico 4: sesso

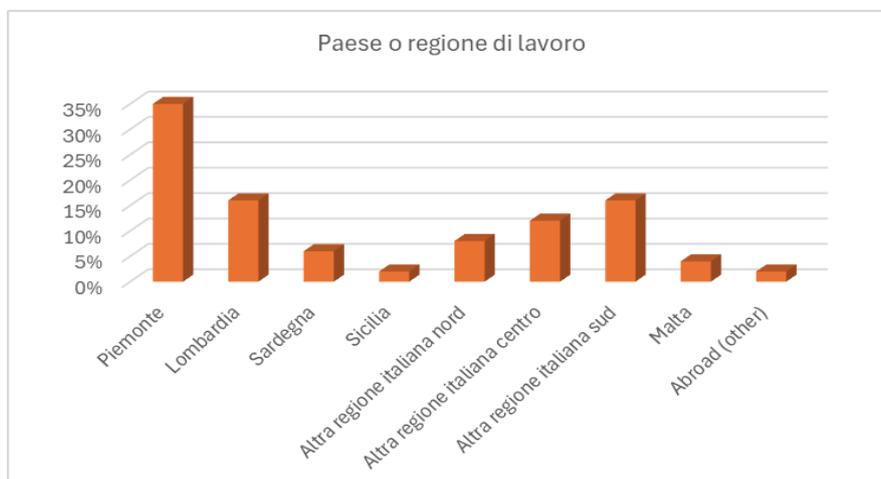


Grafico 5: Paese o regione di lavoro

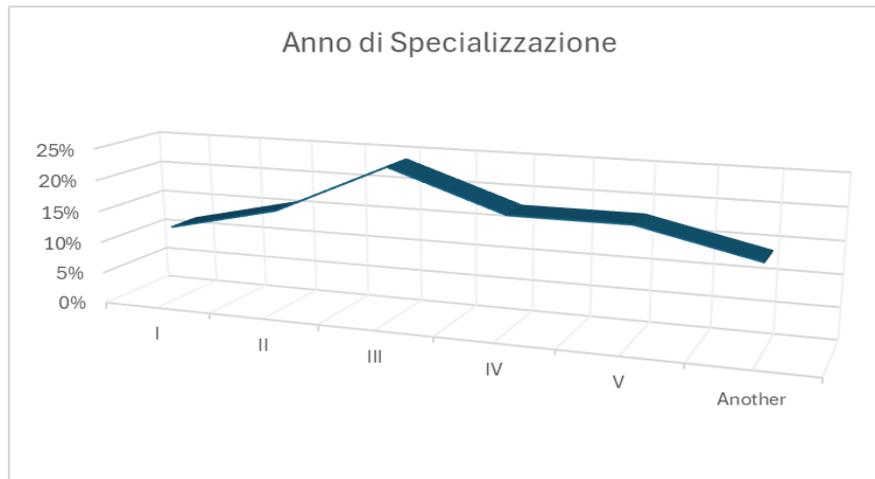


Grafico 6: anno di specializzazione

4.2.1.2 Precedente rapporto con le MGF

- Il 100% ha sentito parlare, in precedenza, di MGF (grafico 7): il 33% era a conoscenza dell'argomento per cultura personale (17), il 25% grazie alla formazione universitaria (13/51), il 22% per essere venuto a contatto con una paziente con MGF (11/51), l'8% per la letteratura scientifica (4/51), il 2% da corsi di formazione (1/51), il 10% da un'altra fonte (5/51) e nessuno da brochures.
- Il 94% non ha mai partecipato a corsi di formazione su questo tema (48/51) (grafico 7); i corsi di formazione ai quali hanno partecipato il 6% dei partecipanti erano con il 40% di probabilità corsi organizzati dall'università, il 40% da un'associazione di categoria in ambito sanitario e il 20% da ospedali.
- Il 92% dei partecipanti ha affermato di aver bisogno di un corso di formazione sull'argomento (47/51) (grafico 7).
- Il 63% dei partecipanti ha visitato almeno una donna con MGF in passato (32/51) (grafico 7); nel 28% dei casi hanno visitato solo una donna con MGF (9/32), nel 47% da 2 a 5 donne (15/32), nel 16% da 6 a 10 donne (5/32), nel 6% da 11 a 30 donne (2/32), nel 3% da 31 a 50 donne (1/32) e nessuno ha visitato oltre 50 donne; le donne coinvolte avevano nel 25% dei casi meno di 25 anni, nel 72% tra 25 e 35 anni, nel 3% tra 35 e 45 anni e nessuna aveva più di 45 anni.
- Del 63% dei partecipanti che ha visitato una donna con MGF, il 26% ha affermato di essere stato in grado di riconoscere il tipo di MGF (8/31), il 16% di non esserne stato in grado (5/31) e il 58% non era sicuro di aver riconosciuto correttamente la tipologia di MGF (18/31) (grafico 8). La quasi totalità di essi (il 97%, 32/33) ha riportato, come motivazione della visita medica,

una gravidanza, complicanze legate alle MGF oppure prevenzione, mentre il 3% (1/33) riporta di aver condotto la visita medica per causa di altre malattie non specificate; nessuno ha condotto la visita a causa di disturbi psichiatrici.

- Nel momento trascorso durante la visita, il 20% ha affermato di non aver provato difficoltà o disagio nel rapporto con le donne con MGF (7/31), il 58% qualche volta (21/31), il 6% spesso (2/31), l'8% sempre (3/31), l'8% non ha saputo rispondere (3/31). Invece, riguardo al disagio provato dalla paziente con MGF, il 22% non ne ha mai avuto percezione (8/36), il 50% qualche volta (19/36), l'11% spesso (4/36), il 6% sempre (2/36), l'8% non ha saputo rispondere (3/36).
- All'8% è stato chiesto di attuare una deinfibulazione in passato (4/51); invece, solamente il 4% dei partecipanti ha affermato di saper effettuare l'operazione di deinfibulazione (2/51) (grafico 9).
- Di tutti i partecipanti, il 41% non ha mai fatto presente a una paziente con MGF l'esistenza di un centro di riferimento specializzato in MGF (21/51), il 16% lo ha riferito qualche volta alla paziente (8/51), l'8% spesso (4/51), il 6% sempre (3/51) e il 29% non ha saputo rispondere alla domanda (15/51) (grafico 10).

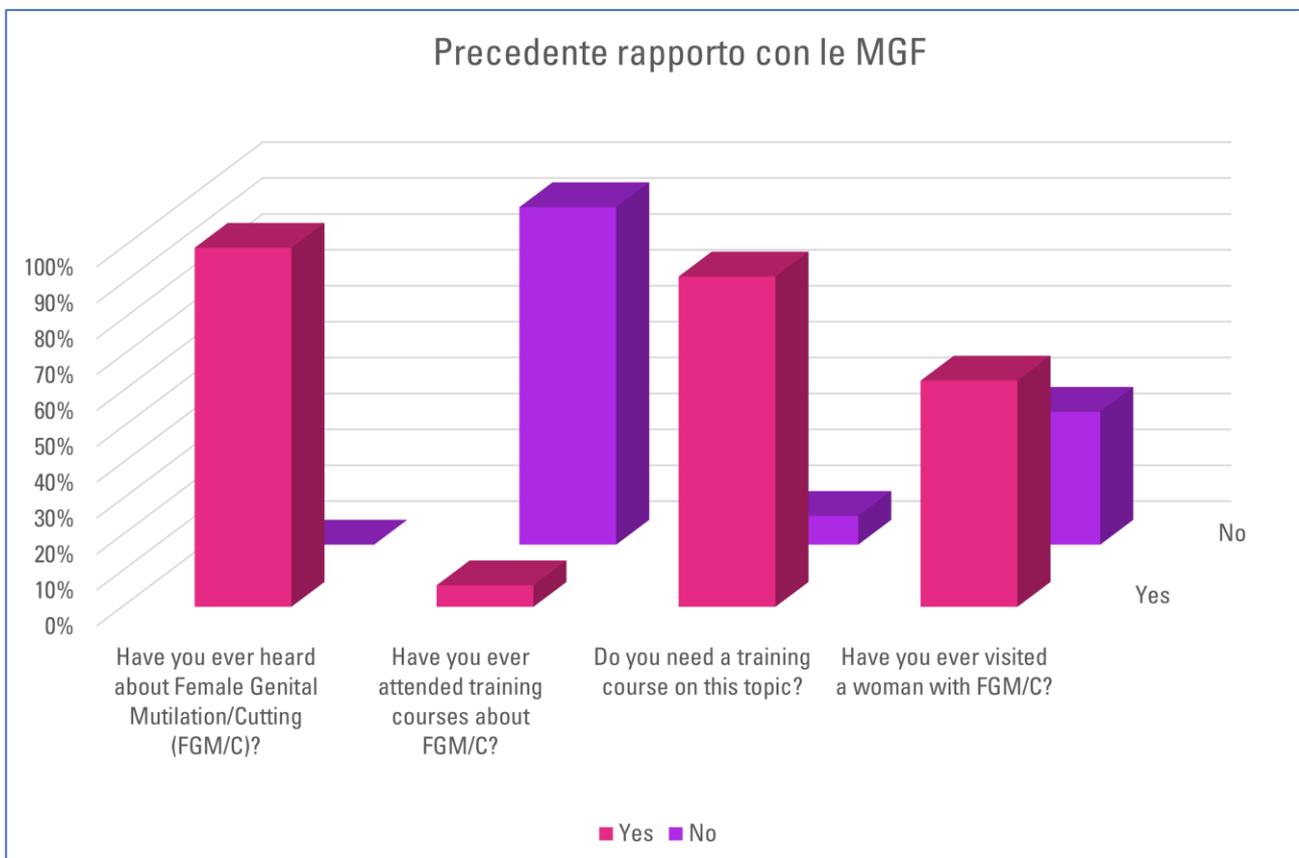


Grafico 7: precedente rapporto con le MGF

Sei stato in grado di riconoscere il tipo di MGF?

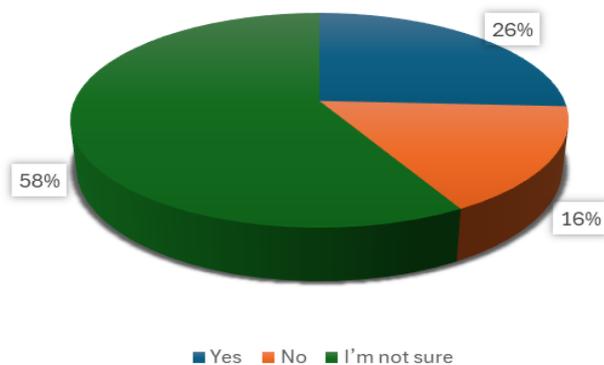


Grafico 8: sei stato in grado di riconoscere il tipo di MGF?

Sei in grado di effettuare la deinfibulazione?

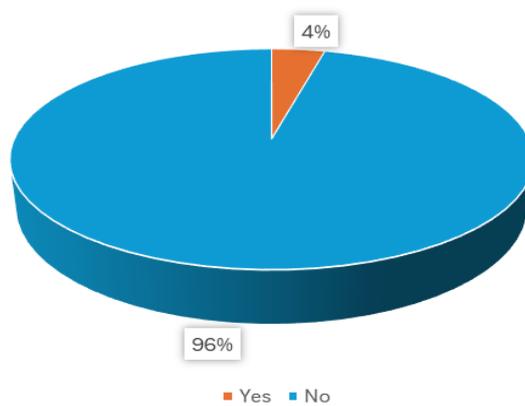


Grafico 9: Sei in grado di effettuare la deinfibulazione?

Sei stato/a in grado di indirizzare la paziente a un centro specializzato?

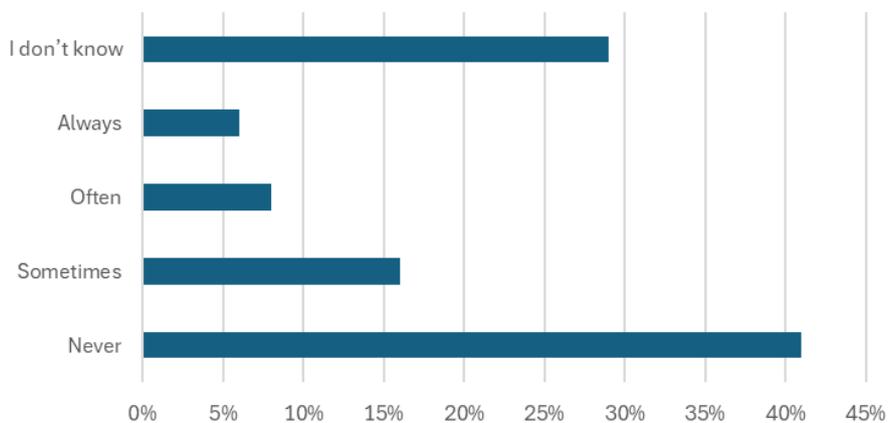


Grafico 10: sei stato/a in grado di indirizzare la paziente a un centro specializzato?

4.2.2 Sezione 2

La seconda sezione del questionario chiedeva di rispondere a domande finalizzate a comprendere la conoscenza dei partecipanti sulle MGF, con una sola risposta corretta (grafico 11).

Alle nove domande presenti, queste sono state le risposte:

1. Alla domanda “in quali aree del mondo le MGF sono maggiormente effettuate?”, il 94% (48/51) ha risposto Africa (risposta corretta), mentre solo 1 ha risposto Medio Oriente, 1 il Nord America e 1 non era sicuro della risposta.
2. Alla domanda “le MGF sono attuate in larga parte perché si crede che”, il 10% (5/51) ha risposto che è perché mantiene viva un’importante tradizione; il 12% (6/51) ha risposto che aiuta una donna a sposarsi più facilmente; il 14% (7/51) ha risposto che è legato al fatto che impedisca a una donna di provare piacere durante un rapporto sessuale; il 12% (6/51) ha risposto che è richiesto dalla loro religione; il 51% ha risposto tutte le precedenti (risposta corretta); il 2% (1/51) non ha saputo rispondere alla domanda e nessuno ha risposto che è perché rende una donna più bella.
3. Alla domanda “quanti tipi di MGF ci sono secondo l’OMS”, il 76% (39/51) ha risposto 4 (risposta corretta), il 6% (3/51) ha risposto 3, il 18% (9/51) ha risposto che non sapeva riconoscere il tipo, nessuno ha risposto 6 o 7.
4. Alla domanda “l’immagine in figura 1 mostra”, il 71% (36/51) ha risposto che è il tipo 1 (risposta corretta), il 2% (1/51) tipo 2, il 27% (14/51) non era sicuro della risposta.
5. Alla domanda “l’immagine in figura 2 mostra”, il 41% (21/51) ha risposto che è il tipo 3 (risposta corretta), il 33% (17/51) tipo 4, il 2% (1/51) tipo 2, il 24% (12/51) ha affermato di non sapere la risposta.
6. Alla domanda “l’immagine in figura 3 mostra”, il 33% (17/51) ha risposto il tipo 4 (risposta corretta), il 14% (7/51) tipo 2, il 4% (2/51) tipo 1, un altro 4% il tipo 3, il 45% (23/51) ha affermato di non saper rispondere.
7. Nella domanda successiva “l’immagine in figura 4 mostra”, il 35% (18/51) ha risposto il tipo 2 (risposta corretta), il 22% (11/51) il tipo 3, il 4% (2/51) il tipo 4, il 2% (1/51) il tipo 1 e il 37% (19/51) non ha saputo rispondere.
8. Alla domanda “i piercing genitali e la labioplastica sono considerate una forma di MGF”, il 37% (19/51) ha risposto sì, il 33% (17/51) ha risposto no, il 29% (15/51) ha risposto di non saperlo (risposta corretta).

9. Alla domanda “quali sono le complicanze più comuni delle MGF”, il 12% (6/51) ha risposto infezioni ricorrenti delle vie urinarie, l’8% (4/51) sintomi delle basse vie urinarie (in inglese LUTS - Lower Urinary Tract Symptoms), il 6% (3/51) disfunzioni sessuali, il 2% (1/51) fistola urogenitale, il 2% (1/51) ha risposto “altro”, il 71% (36/51) ha risposto tutte le precedenti (risposta corretta) e nessuno ha risposto infertilità.

In media i partecipanti hanno risposto a 5 risposte corrette su 9 (grafico 11).

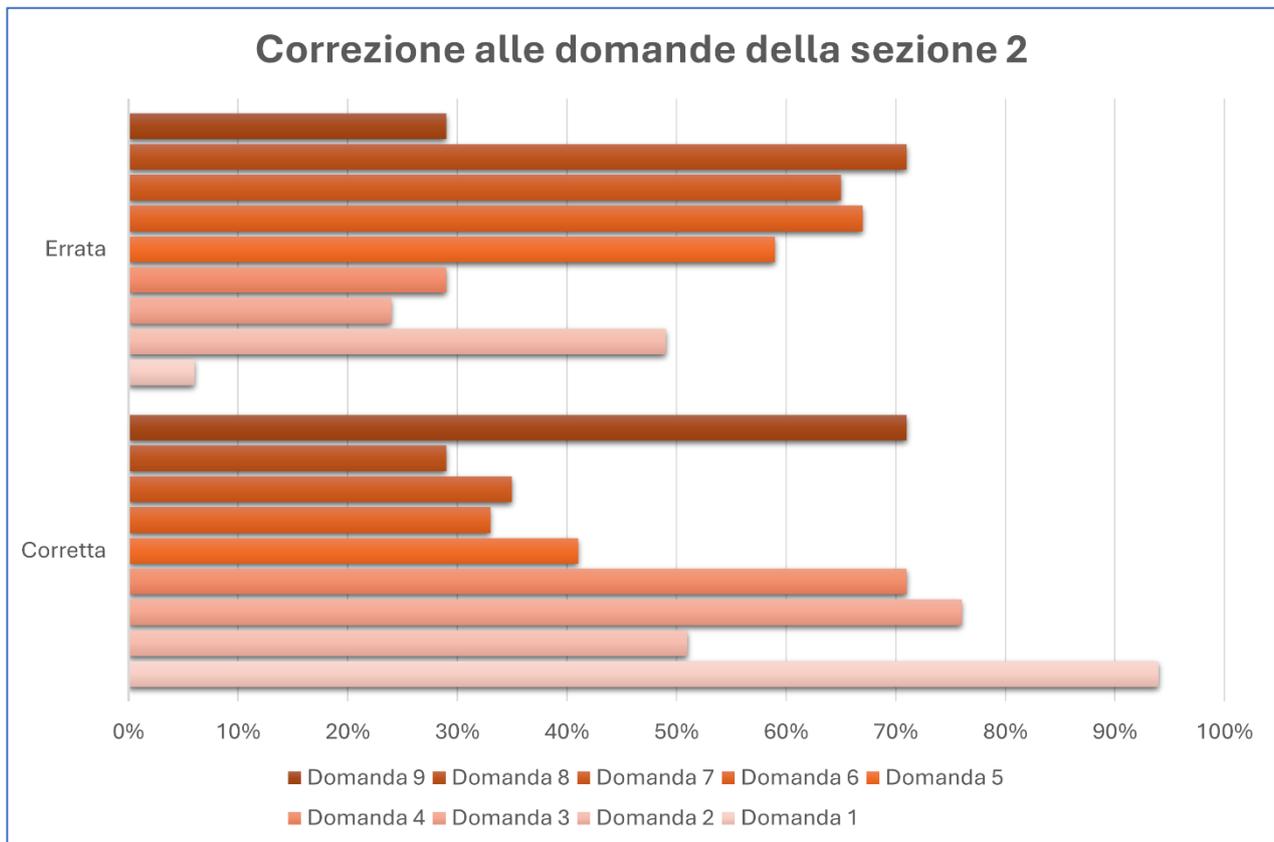


Grafico 11. Domanda 1: “in quali aree del mondo le MGF sono maggiormente effettuate?”; domanda 2: “le MGF sono attuate in larga parte perché si crede che”; domanda 3: “quanti tipi di MGF ci sono secondo l’OMS”; domanda 4: “l’immagine in figura 1 mostra”; domanda 5: “l’immagine in figura 2 mostra”; domanda 6: “l’immagine in figura 3 mostra”; domanda 7: “l’immagine in figura 4 mostra”; domanda 8: “i piercing genitali e la labioplastica sono considerate una forma di MGF”; domanda 9: “quali sono le complicanze più comuni delle MGF”.

4.2.3 Sezione 3

In questa sezione veniva richiesto di esprimere alcune opinioni personali sull'argomento.

Erano presenti 7 domande, alle quali veniva richiesto di dare una risposta (grafico 12):

- Alla domanda "le MGF sono un grosso problema nel tuo paese", il 20% (10/51) ha concordato, il 59% (30/51) non ha concordato, il 21% (11/51) non ha saputo rispondere.
- Alla domanda "credi che il personale sanitario debba ricevere più formazione sull'argomento" il 100% dei partecipanti era d'accordo.
- Alla domanda "pensi che il personale sanitario potrebbe avere un importante ruolo nel far finire questa pratica", l'86% (44/51) ha concordato, il 4% (2/51) non ha concordato, il 10% (5/51) non ha saputo rispondere.
- Alla domanda "quando pensi sia meglio formare il personale sanitario sul tema delle MGF", il 71% (36/51) ha risposto durante il corso di specialità, il 29% (15/51) durante il corso universitario, nessuno ha risposto in seminari post-laurea o in specifici ulteriori corsi di formazione.
- All'affermazione "le MGF sono una violazione dei Diritti Umani", il 100% dei partecipanti ha concordato.
- All'affermazione "ci deve essere una legge contro le MGF", la quasi totalità dei partecipanti ha concordato (98%, 50/51) mentre il 2% di loro (1/51) non ha saputo rispondere.
- All'affermazione "è possibile porre fine all'attuazione delle pratiche di MGF entro il 2030", il 39% (20/51) ha concordato, il 26% (13/51) non ha concordato e il 35% (18/51) non ha saputo rispondere.

Nessuno ha aggiunto eventuali commenti alla fine del questionario.

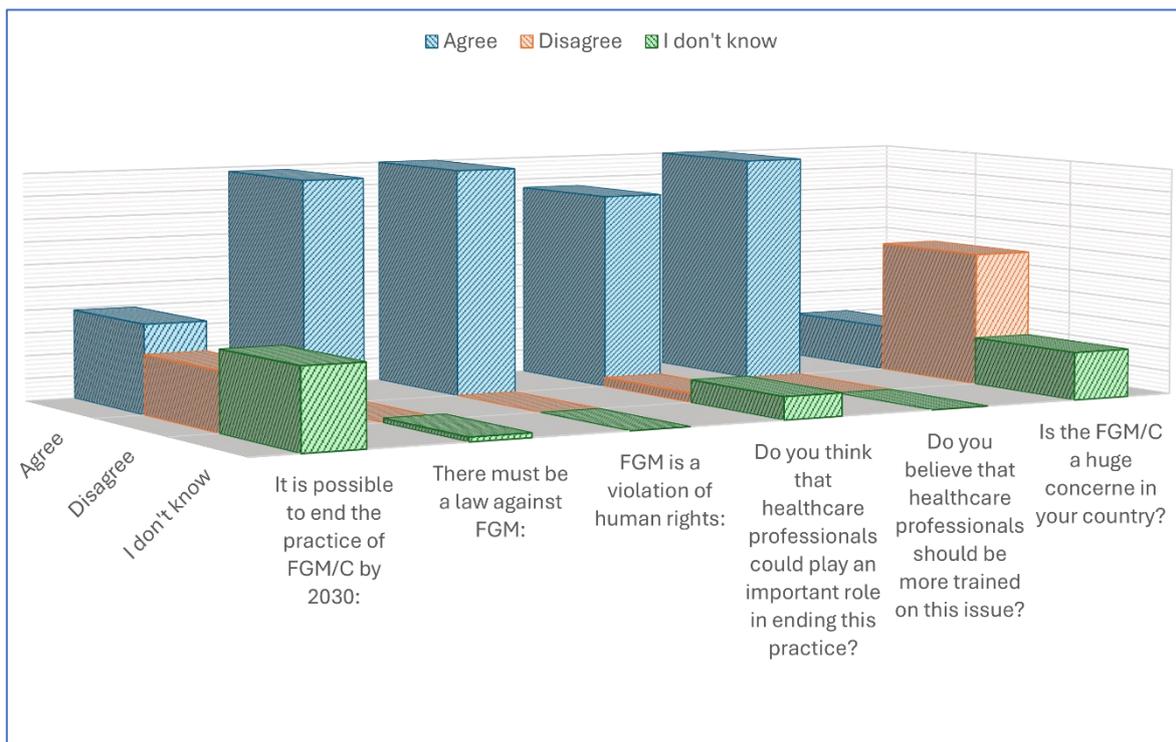


Grafico 12: opinioni dei partecipanti

5 DISCUSSIONE

5.1 PRIMO OBIETTIVO

5.1.1 Premessa

L'ospedale di Novara dal 2017 ha dato luogo a una campagna di sensibilizzazione per il personale sanitario circa il tema delle MGF, raccomandandone la denuncia agli uffici competenti.

Tutte le segnalazioni ricevute provengono dal Reparto di Ostetricia e pertanto il nostro obiettivo primario è stato quello di analizzare le complicanze ostetriche di donne con MGF che hanno partorito presso il nostro ospedale.

In letteratura, altri studi si sono proposti simili obiettivi, come lo studio osservazionale prospettico italiano che ha ricercato le complicanze ostetriche legate alle MGF tipo 3, confrontandole con altri tipi di MGF¹¹². Vari altri studi osservazionali, sia retrospettivi che prospettivi, sono già stati condotti in Europa sull'argomento¹¹⁵.

Il maggior numero di studi in letteratura sulle complicanze delle MGF si focalizzano sulle complicanze ostetriche a lungo termine; questo, probabilmente perché c'è una maggiore facilità di accesso ai dati legati alla gravidanza e al parto delle donne con MGF, rispetto a dati ginecologici, e perché questo tipo di complicanze possono essere più facilmente diagnosticate e riportate in cartella.

Tuttavia, le metanalisi finora condotte sulle complicanze ostetriche concludono dicendo che vi è la necessità di ulteriori ricerche, a causa del basso numero di studi osservazionali riscontrabili in letteratura e di possibili confondenti negli studi (come parità ed età)^{96,114,115}.

Tenendo in considerazione quanto precedentemente detto, abbiamo deciso di contribuire alla conoscenza delle complicanze delle MGF con uno studio osservazionale (caso-controllo).

5.1.2 Limiti dello studio

Il presente studio è caratterizzato dall'aver i seguenti limiti:

- il primo è l'aver ottenuto una numerosità campionaria scarsa (35 soggetti con MGF) rispetto ad altri studi caso-controllo di qualità medio-alta su questa tematica riscontrati in letteratura (uno studio del 2018 nel Regno Unito¹⁸⁰ con 121 donne con MGF, uno in Svizzera nel 2009¹⁰⁸ con 122 donne con MGF). Questo può essere legato al basso numero di pazienti con MGF tra la popolazione afferente all'Ospedale di Novara (analizzeremo più avanti alcuni dati sull'immigrazione), oppure, alla possibile incapacità del medico ginecologo (di fatto, queste segnalazioni sono state tutte fatte da ginecologi) di diagnosticare la MGF. La bassa numerosità del campione è anche associata alla natura dello studio, solamente retrospettiva e non prospettiva. Inoltre, è stato possibile accedere alle cartelle cliniche delle pazienti segnalate soltanto dal 2018, perché non disponibili sul sistema CSA le cartelle cliniche dell'anno 2017 (di conseguenza, non abbiamo potuto raccogliere i dati di 10 pazienti segnalate per MGF);
- il secondo è la mancanza di dati riguardanti le complicanze uro-ginecologiche nel corso della gravidanza e dopo il parto, come infezioni uro-genitali, ritenzione urinaria, dispareunia e vaginismo, infezioni vaginali, disuria. È probabile che questo sia legato al fatto che gli operatori sanitari, da un lato, non indagano a fondo le complicanze ostetrico-ginecologiche legate alle MGF durante la presa in carico della donna nel reparto di ostetricia intorno alla 36°/37° settimana di gestazione. Dall'altro lato, è possibile che non vengano riportate in maniera adeguata in cartella clinica tali complicanze;
- il terzo limite è la difficoltà nel reperire le informazioni legate al tipo di MGF nelle cartelle cliniche: spesso, non viene allegato alla cartella il foglio di segnalazione e non viene specificato in cartella il tipo di MGF (nel 31.4% dei casi). Ciò non ha reso possibile mettere a confronto i vari tipi di MGF tra loro. Il foglio della segnalazione (e, quindi, di denuncia) contiene il tipo di MGF che si è diagnosticato, quando è stata effettuata la Mutilazione Genitale e da chi; tuttavia, solo 2 volte su 35 è stato riportato che la pratica è stata attuata nell'infanzia e non è mai stato riportato da chi è stata effettuata. È possibile che ci sia reticenza da parte della donna di raccontare determinati eventi e questo può anche essere favorito dalla barriera linguistica.

5.1.3 Caratteristiche delle pazienti con MGF

L'età delle pazienti con MGF è risultata in linea con la media di altri studi¹¹⁵.

In Italia, l'immigrazione dai Paesi africani, soprattutto delle donne, è aumentata con gli anni¹⁸¹. La nazionalità più rappresentata nel nostro studio è la Nigeria (16 pazienti), seguita da Costa d'Avorio, Senegal, Burkina Faso, Gambia, Mali, Gabon, Marocco e Perù. È interessante notare come al 1° gennaio 2018 gli stranieri^x a Novara sono il 15% dei residenti, con una percentuale maggiore rispetto al resto d'Italia (8.5% degli stranieri sui residenti)¹⁸². Nella provincia di Novara, la percentuale invece si abbassa al 10.3% della popolazione residente al 1° gennaio 2018. Nella provincia di Novara al 1° gennaio 2023 ci sono 37.831 stranieri, di cui 700 sono donne dalla Nigeria, 606 donne dal Senegal, 412 donne dall'Egitto, 175 dalla Costa d'Avorio e la numerosità si abbassa fino a 12 donne dal Gambia, 10 dal Mali e 9 dal Burkina Faso¹⁸³. Si può notare come la proporzione di Donne con MGF del nostro studio rispecchi la proporzione di donne straniere con MGF. Infatti, se facciamo una breve proporzione, usando le percentuali di MGF nella tabella 1 al sottocapitolo 1.1.3, noteremo che la stima di donne con MGF nella provincia di Novara è approssimativamente in linea con le nazionalità del gruppo di interesse del nostro studio (tabella 22). Non sono invece state diagnosticate donne con MGF provenienti dall'Egitto, mentre è stata diagnosticata una donna dal Perù e una dal Marocco, sebbene non siano Paesi in cui avvengono le MGF; una spiegazione può essere una precedente emigrazione da un Paese ad alta prevalenza di MGF.

Nigeria	Senegal	Costa d'Avorio	Gambia	Mali	Burkina Faso
140	151	65	9	9	7

Tabella 22: stima di donne con MGF nella provincia di Novara per Nazionalità

Le pazienti con MGF tipo 3 sono risultate essere 8/35 e di una è stata descritta in cartella clinica la deinfibulazione. La deinfibulazione viene di solito effettuata nelle primipare, in un momento sia ante-partum che intra-partum); qui, c'erano due primipare tra le donne con MGF tipo 3, ma solo per una di esse viene descritta in cartella la deinfibulazione. La procedura è avvenuta dopo riscontro di un'ampia area cicatriziale tra le labbra ed ha avuto luogo a livello intra-partum. È stato inserito un catetere vescicale a intermittenza ed è stata effettuata un'incisione della zona infibulata.

^x Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.

Successivamente, si è eseguita una episiotomia medio-laterale e 20 minuti dopo si è assistito alla nascita del bambino.

5.1.4 Differenze tra le variabili nei gruppi di studio

Tra le pazienti con MGF non sono risultate lacerazioni vagino-perineali di III-IV grado (OASIS^y), mentre per la maggior parte delle donne c'è stata una lacerazione di I grado (57%) e per l'11% di II grado. Questo è in linea con una revisione sistematica del 2023⁸⁶ in cui le lacerazioni perineali sono maggiori per le donne con MGF rispetto a donne senza MGF anche se si discosta da altri studi, in cui le lacerazioni di I-II grado sono minori o uguali tra le donne con MGF rispetto a donne senza MGF^{103,108,180}. Per le OASIS ci sono risultati contrastanti, potendo essere uguali o aumentate per il gruppo di pazienti con MGF^{86,110,184}. Questo perché le OASIS dipendono anche dall'episiotomia, effettuata soprattutto per ridurre le complicanze ostetriche e le lacerazioni vagino-perineali. Infatti, con una MGF soprattutto di tipo 3, si crea una zona fibrotica, che può dare più difficoltà del parto potendo restringere la vagina e rendere necessaria un'episiotomia^{117,184}. Nel nostro studio abbiamo riscontrato un aumento statisticamente significativo di episiotomia tra le donne con MGF: 2 di loro avevano una MGF tipo 3 (di cui una era nullipara) mentre altre due avevano una MGF tipo 1-2 ed erano nullipare. Nel gruppo di controllo solo l'1.2% è andato incontro a episiotomia (rispetto all'11.4% del gruppo di interesse), anche se la percentuale di nullipare era maggiore rispetto al gruppo di donne con MGF (il 53% vs il 47% di donne con MGF): questo elimina quindi il confondente della parità per quanto riguarda l'episiotomia (l'episiotomia viene maggiormente effettuata nelle nullipare per ridurre le OASIS rispetto alle multipare¹⁸⁵). Questo dato è in linea con una metanalisi del 2020 che riscontra solamente in Europa e solo in centri specializzati in MGF un aumento significativo di episiotomia¹¹⁵. Questi centri, infatti, suggeriscono che l'episiotomia debba essere effettuata durante il parto, per ridurre le complicanze ostetriche nelle donne con MGF, ma sono raccomandazioni ricavate da opinioni di esperti senza maggiore evidenza¹¹⁶.

Nel nostro studio non abbiamo, inoltre, riscontrato una differenza significativa nell'incidenza di emorragia post-partum tra i due gruppi, in linea con la metanalisi citata in precedenza¹¹⁵; nella stessa metanalisi solo studi condotti in Paesi africani hanno riportato un aumento di emorragia post-

^y Severe obstetrical anal sphincter injury

partum. L'emorragia post-partum è la principale causa di mortalità materna in Africa^{105,118} e potrebbe essere conseguenza di un'assistenza non adeguata al parto;

Abbiamo constatato che c'è un aumento tra la percentuale di parti pretermine rispetto al gruppo di controllo (11.4% vs 5%), anche se non è risultato statisticamente significativo. In una metanalisi¹⁸⁶, le infezioni del tratto urinario (IVU) durante la gravidanza vengono indicate come uno dei fattori di rischio per il parto pretermine e, in una revisione sistematica del 2019, vengono analizzati studi che descrivono le infezioni del tratto urinario come conseguenza a breve e lungo termine delle MGF¹⁸⁷. L'urina, le perdite vaginali e il sangue che si trattengono dietro il tessuto cicatriziale nel tipo 2 e 3 possano creare un ambiente favorente la crescita di batteri che portano a infezioni del tratto urinario¹⁸⁸. Raccogliere dati affidabili per studiare la correlazione tra MGF e infezioni delle vie urinarie è spesso difficile, come riportato dalla revisione sistematica del 2019. Negli studi che ha preso in considerazione, la percentuale di IVU variava dal 9% al 39% nelle donne con MGF, e solo in uno studio prospettico¹⁸⁹ c'era un aumento significativo, con il 31% di IVU ricorrenti rispetto al 6% nel gruppo di donne senza MGF. Negli altri due studi prospettici non c'era differenza significativa. Anche una metanalisi del 2014¹⁹⁰ mostra, basandosi su 5 studi, una differenza significativa tra MGF e infezioni del tratto urinario/infezioni vaginali. Sembra esserci dunque correlazione tra MGF, infezioni ricorrenti delle vie urinarie e parto pretermine, anche se ci sono risultati contrastanti in letteratura.

Le donne con MGF del nostro studio che hanno avuto diagnosi di IVU in gravidanza sono state il 25.8%, mentre uno studio americano riporta una prevalenza complessiva delle infezioni delle vie urinarie in gravidanza dall'11% al 26% tra i centri di studio¹⁹¹.

Tuttavia, non possiamo stabilire una correlazione forte tra MGF e infezioni delle vie urinarie per la scarsità dei dati del nostro studio e per la mancanza di tale informazione in molte delle donne studiate all'interno delle cartelle cliniche.

Dall'altro lato, viene sempre segnato in cartella la presenza di PROM^z, liquido amniotico tinto di meconio^{aa} e positività al tampone per lo Streptococcus Agalactiae di gruppo B: tutte queste

^z Prelabor rupture of membranes

^{aa} Il meconio è materiale fecale di colore verde scuro che viene prodotto nell'intestino del feto prima della nascita²¹¹.

condizioni potrebbero sottintendere come causa infezioni vaginali e urinarie e abbiamo riscontrato un aumento significativo di queste tre variabili rispetto al gruppo di controllo.

Il meconio è presente normalmente tra il 7% e il 22% delle gravidanze ed è associato a infezioni perinatali¹⁹². Un solo studio in letteratura¹⁹³ ha valutato il liquido amniotico tinto di meconio in donne con MGF a Gibuti, ma ha confrontato un gruppo di donne con la MGF tipo 3 con un gruppo di donne con MGF tipo 1-2 e si differenzia quindi dal nostro studio. Il nostro è il primo studio che valuta la differenza di liquido amniotico tinto di meconio tra donne senza MGF e donne con MGF; ulteriori studi che si concentrino su questa correlazione dovrebbero essere effettuati.

La percentuale di donne che hanno avuto PROM è nettamente più alta rispetto alla media internazionale e africana¹⁹⁴ (5-15%, ma ci sono zone in cui la differenza è maggiore variando dal 4% al 24%); questa percentuale (48.6%) può essere legata alle infezioni durante la gravidanza che possono aumentare la PROM, oppure a fattori a noi ignoti. Anche questo dato non è mai stato associato alle MGF in letteratura, richiedendo che venga analizzato in ulteriori studi.

La positività al tampone per lo Streptococcus Agalactiae di gruppo B si rileva nel 48.6% delle donne, più del doppio rispetto al gruppo di controllo (il 20%); esiste in letteratura un solo altro studio¹⁹⁵ che ha analizzato questa variabile e i risultati sono sovrapponibili ai nostri: riscontra il 44% di donne con MGF con positività del tampone allo Streptococcus gruppo B rispetto al 23% nel gruppo di donne senza MGF. Lo studio suggerisce che ci possa essere come confondente, tra le donne africane, la maggiore frequenza di lavande vaginali per credenze locali (es. evitare la gravidanza, evitare il prurito vulvare e vaginale, far scomparire gli odori e sentirsi fresca, evacuare il flusso mestruale...). Questo ha come conseguenza infezioni del tratto genitale, tra cui una maggior probabilità di infezioni per Streptococcus agalactiae¹⁹⁶; ciò potrebbe anche spiegare l'aumento di PROM e di liquido amniotico tinto di meconio. Potrebbe essere utile realizzare uno studio prospettico in futuro, per chiarire meglio il legame tra MGF e positività del tampone allo Streptococcus di gruppo B/PROM/liquido amniotico, tenendo in considerazione l'igiene intima delle pazienti.

Prendendo in considerazione un'ulteriore variabile, l'induzione del travaglio è avvenuta più frequentemente nel gruppo MGF rispetto ai controlli. Solo tre studi in letteratura hanno preso in considerazione l'induzione del travaglio e donne con diagnosi di MGF e rispetto a questi abbiamo notato lo stesso risultato. Uno è lo studio belga che abbiamo considerato sopra¹⁹⁵ (in cui c'è un aumento ma non viene riportato se significativo), gli altri due sono studi di coorte in Iran¹⁹⁷ e in Burkina Faso¹¹¹ in cui c'è un aumento statisticamente significativo. Nella maggior parte dei casi viene

somministrata l'ossitocina durante la seconda fase del travaglio, per un prolungamento del periodo espulsivo: questo può essere legato alla ridotta elasticità del tessuto perineale e alla fibrosi che ostruisce il canale vaginale¹⁹⁷, ma potrebbe anche essere legato a un impatto psicologico delle MGF sulla paura del parto¹⁹⁵. Ulteriori studi che tengano in considerazione le conseguenze psicologiche delle MGF durante la gravidanza potrebbero aiutarci a comprendere meglio l'associazione con l'induzione del travaglio.

Rispetto al parto cesareo, le metanalisi riscontrate in letteratura non rilevano una differenza statisticamente significativa tra donne con MGF e donne senza ^{96,105,109,115} e ciò è concorde con quanto analizzato con il nostro studio. C'è stata una riduzione di parti cesarei rispetto ai controlli (14.3% vs 32.5%), sebbene si sia osservato un aumento di parti cesarei d'emergenza per sofferenza fetale nel gruppo di interesse (5.7% vs 2.5%). Il parto cesareo legato a sofferenza fetale è quindi il doppio rispetto al gruppo di controllo mentre i parti cesarei sono la metà: questo dato è esattamente sovrapponibile a quello trovato in uno studio di coorte in Norvegia¹¹⁰, in cui donne nullipare di nazionalità somala (con principalmente MGF tipo 3) hanno la metà del rischio di avere parti cesarei rispetto alle donne somale senza MGF, ma nel doppio dei casi rispetto alla popolazione generale i parti cesarei d'emergenza sono legati a sofferenza fetale. Non c'era differenza di parto cesareo dovuto a sofferenza fetale tra donne somale con MGF e donne somale senza MGF, ma la percentuale era il doppio se si paragonavano queste donne con la popolazione generale. Questo può indicare che le donne africane vanno più incontro a complicanze intra-partum legate a sofferenza fetale rispetto alla popolazione generale, anche se le donne con MGF vanno incontro a un minor rischio di parto cesareo.

In linea con precedenti studi condotti in Paesi ad alto reddito, non abbiamo riscontrato associazione tra MGF e outcome neonatali^{108,180,198}.

Invece, a differenza di quanto trovato in una revisione sistematica del 2023 del nostro reparto di Novara⁸⁶ e da due metanalisi^{96,114} non abbiamo riscontrato una differenza significativa nella durata di tutti e tre gli stadi del travaglio tra i due gruppi.

5.2 SECONDO OBIETTIVO

5.2.1 Premessa

Questo è il primo studio a livello internazionale che si pone come obiettivo quello di valutare la consapevolezza e conoscenza delle MGF per i medici in formazione specialistica in Ostetricia e Ginecologia.

Il questionario è stato indirizzato ai soli specializzandi perché, essendo l'immigrazione un fenomeno in evidente crescita in Italia e quindi anche a Novara, ed essendo il fenomeno migratorio riguardante anche i Paesi con alta prevalenza di MGF, ci si è posti come obiettivo quello di comprendere come la futura generazione di Ostetrici e Ginecologi sarà in grado di accogliere le donne che hanno subito una Mutilazione Genitale.

5.2.2 Limiti dello studio

Il presente lavoro ha analizzato coscienza, conoscenza e opinioni degli specializzandi in Ginecologia e Ostetricia in Italia e in altri Paesi europei da luglio 2023 a gennaio 2024. La presente ricerca fornisce però spunti parziali per un'approfondita analisi dei temi di cui sopra, per vari motivi:

- una prima ragione è l'esiguo numero di soggetti che hanno partecipato al questionario, se si confrontano ulteriori studi in cui sono stati valutati gli stessi contenuti (ad esempio, gli specialisti in Ginecologia e Ostetricia in un'intera Nazione¹⁵⁸ oppure i Pediatri e altri specialisti che lavorano con bambini e adolescenti in una Nazione¹⁷¹). L'esiguo numero di partecipanti può essere giustificato dal fatto che abbiamo indirizzato la survey ad un ristretto gruppo di professionisti sanitari; infatti, se prendiamo come confronto studi che esaminano variabili simili alle nostre e per i quali è stato creato un questionario rivolto a una popolazione meno cospicua, la numerosità dei partecipanti si abbassa e raggiunge numeri simili ai nostri (ne è esempio un questionario inviato negli Stati Uniti rivolto solamente a specialisti membri della società di *urodinamica, medicina pelvica femminile e ricostruzione urogenitale*¹¹⁹). Bisogna anche prendere in considerazione l'eventuale mancanza di interesse dei destinatari del questionario, oppure che non siano state raggiunte tutte le scuole di specializzazione d'Italia e che il questionario sia pervenuto a un basso numero di specializzandi. Quest'ultima opzione è ritenuta poco probabile, siccome le risposte sono pervenute da ogni parte d'Italia, risultando il tema della mancanza d'interesse quello più

limitante ai fini del presente lavoro. Dato l'esiguo numero di soggetti che hanno risposto dall'estero (solo 3/51) non abbiamo potuto fare un confronto, per le variabili prese in considerazione, tra l'Italia e gli altri Stati europei.

- una seconda ragione risiede nella limitatezza delle variabili che abbiamo impiegato nel questionario, che possono analizzare soltanto una parte della consapevolezza, conoscenza e opinioni dei partecipanti. Avremmo infatti potuto inserire ulteriori variabili come domande sulle relazioni con le pazienti, sulla conoscenza delle Linee Guida, sulla consapevolezza dell'esistenza di operatori specializzati sulle MGF nel proprio reparto, sul metodo di denuncia della pratica e su altre complicità. Tuttavia, abbiamo cercato di fare un riassunto quanto più obiettivo e completo degli studi precedentemente pubblicati e di riportarlo alla nostra popolazione di interesse, al fine di creare un questionario che potesse studiare nel miglior modo possibile la coscienza, la conoscenza e le opinioni dei partecipanti. Un'ulteriore ragione per la quale si sono scelte variabili limitate è che si è cercato di rendere il questionario velocemente compilabile (in meno di 5 minuti) per invogliare il destinatario a portarlo a termine; per fare ciò, si è ovviamente reso necessario eliminare alcune domande.
- La terza ragione è che non c'è (come in tutte le survey) certezza sulla veridicità delle risposte che i partecipanti hanno sottomesso, essendo possibile che alcuni di essi abbiano risposto casualmente; può esserci stata, inoltre, la possibilità che qualche partecipante abbia ricercato alcune risposte, soprattutto per le domande che indagavano la conoscenza.

5.2.3 La consapevolezza degli specializzandi e il contatto con le MGF

Vari studi precedenti hanno dimostrato come il personale sanitario entri frequentemente a contatto con donne che sono state sottoposte a una Mutilazione Genitale: se prendiamo in considerazione uno studio del 2016 svolto in Australia che ha analizzato la conoscenza e l'atteggiamento dei soli pediatri, il 10.3% di 497 partecipanti era entrato a contatto con una bambina o un'adolescente con MGF¹⁷⁷. In un precedente studio, svolto in Italia nel 2015 nel nostro stesso reparto di Ginecologia e Ostetricia, sono stati inviati questionari volti a valutare la conoscenza delle MGF a ostetriche, ginecologi, infermiere pediatriche e pediatri di un ospedale terziario; in media, il 71.5% di 102 partecipanti era entrato in relazione con almeno una donna con MGF in passato¹⁷². In un altro studio del 2013, 607 ginecologi del Regno Unito hanno risposto a un questionario sulla conoscenza delle MGF e delle linee guida; in media, l'87% dei partecipanti aveva incontrato almeno una donna con

MGF durante l'attività clinica¹⁵⁸. Nel nostro studio, il 59% degli specializzandi ha visitato almeno una volta una donna con Mutilazione Genitale.

La coscienza dell'esistenza del fenomeno, della propria formazione sull'argomento e dello stato d'animo della paziente durante la visita sono state indagate nella sezione 1 della nostra survey. Questo è il primo passo da affrontare, poiché dalla consapevolezza derivano la conoscenza valutata nella sezione 2 e le opinioni della sezione 3. Abbiamo riscontrato una buona consapevolezza degli specializzandi, in quanto tutti hanno sentito parlare in precedenza di MGF. Uno studio ha riportato che i professionisti che lavoravano da più anni erano maggiormente venuti a conoscenza delle MGF per mezzo dell'esperienza clinica, mentre il personale che lavorava da meno anni tramite corsi di formazione¹⁷²; nel nostro studio, invece, i giovani specializzandi sono raramente venuti a conoscenza della tematica tramite corsi di formazione (il 2%), mentre la maggior parte tramite cultura personale e insegnamenti già durante l'università (il 59%). Tra i partecipanti, solo il 6.3% ha partecipato a corsi di formazione; infatti, il 92% riferisce di aver bisogno di un corso su questa tematica. Questo si discosta da due studi precedenti in cui nel primo studio¹⁷² i professionisti sanitari che hanno partecipato ad almeno un corso di formazione sono stati il 45%, mentre nel secondo il 44.3%¹⁵⁸: i partecipanti avevano molti più anni di esperienza rispetto agli specializzandi nel nostro studio e questo suggerisce che ci sia più bisogno di corsi di formazione già dai primi anni di specializzazione. Tuttavia, sembra migliorata l'educazione all'interno dell'università sulle MGF negli ultimi anni rispetto a uno studio precedente¹⁷². Per migliorare la conoscenza del personale sanitario uno studio suggerisce che sarebbe utile rendere disponibili linee guida e farne conoscere l'esistenza, fornire corsi post-laurea facilmente accessibili, includere una formazione sulle MGF anche nei programmi delle scuole di medicina e di altre professioni sanitarie¹⁹⁹. È bene che i corsi non riguardino solamente la diagnosi e il trattamento, ma anche la relazione, l'accoglienza, l'accompagnamento e l'indirizzamento. Nel 2022 sono state pubblicate dall'OMS due Linee Guida per aiutare nella creazione di un corso di formazione per i professionisti sanitari che possa affrontare tutti gli aspetti delle MGF, attraverso anche lavori di gruppo ed esercitazioni²⁰⁰: questo potrebbe effettivamente aiutare nella pianificazione dei corsi di formazione.

La maggioranza degli specializzandi ha provato difficoltà o disagio almeno una volta nel rapporto con la paziente (il 72%), mentre la stessa percentuale circa riferisce di aver percepito un disagio nella donna con MGF durante la visita. Queste difficoltà di relazione, come riportato anche in un altro studio, possono e devono essere affrontate anche grazie all'aiuto di Linee Guida¹¹⁹.

Riguardo alla consapevolezza della propria capacità di effettuare la deinfibulazione, sono il 98% gli specializzandi che dichiarano di non averne le abilità, mentre riguardo all'abilità nell'indirizzare la paziente verso strutture di riferimento, solo la metà riferisce di esserne stato capace. Ci sono varie strutture di riferimento per le pazienti con MGF in Italia e in Europa. In Italia, il *Settore Assistenza Territoriale della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia Romagna*²⁰¹ fornisce i dettagli dei servizi dedicati alle MGF in tutta Italia (ed Europa). In Lombardia, ci sono servizi dedicati dell'Ospedale San Paolo e dell'Ospedale San Carlo di Milano, in cui ci sono specifiche equipe composte da ginecologhe, ostetriche, psicologhe, assistenti sociali e mediatrici linguistico-culturali. I due Poli offrono servizi di presa in carico sanitaria e psicologica delle donne con MGF, eventuale trattamento chirurgico deinfibulatorio, prevenzione di MGF nelle giovani generazioni, formazione degli operatori. In Piemonte, alla fine del 2021 è stato creato un ambulatorio dedicato, presso il Centro Multidisciplinare per la Salute Sessuale (Ce.Mu.S.S.) di Torino; qui è presente un ginecologo, un medico legale e un'ostetrica che, in collaborazione con medici, psicologi, infermieri e mediatori culturali già presenti presso il centro, forniscono assistenza nella prevenzione, cura ed educazione alla salute sessuale e alle MGF. La presenza di questi centri specializzati non deve comunque condizionare un'attività clinica di alto livello per le donne con MGF anche negli altri centri ospedalieri; il personale qui presente deve essere in grado di indirizzare le donne a ulteriori centri per fornire una migliore prevenzione, accompagnamento e trattamento solamente qualora non ci siano le competenze necessarie nel proprio ambito lavorativo. Nella nostra area geografica, oltre a poter indirizzare a centri in Lombardia e Piemonte, è utile tenere in considerazione anche il centro di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Universitario di Ginevra, in Svizzera, che ha una vasta esperienza nella prevenzione, cura e gestione delle complicanze legate alle MGF (con servizi specializzati nella prevenzione di queste pratiche, nella deinfibulazione o nella chirurgia ricostruttiva del clitoride).

5.2.4 La conoscenza degli specializzandi

Dai risultati del questionario è emerso come ci sia una conoscenza non ottimale, tra gli specializzandi, sulle MGF. In media, sono state 5 le risposte corrette per le 9 domande della seconda sezione; non si è verificata una differenza di punteggio tra maschi e femmine. Non si è trovata una correlazione né con l'anno di specializzazione né con la regione o il Paese di lavoro.

La maggior parte delle domande sulla conoscenza sono state formulate sulla base di un precedente studio pubblicato negli Stati Uniti, volto a valutare la coscienza, la conoscenza e l'esperienza di una categoria di professionisti sanitari riguardo le MGF¹¹⁹; le domande di questo studio erano a risposta multipla con più risposte possibili e noi abbiamo apportato varie modifiche dando come possibilità una sola risposta, siccome ci sembrava più immediato per la compilazione del questionario e dunque più accurato nel valutare la conoscenza del partecipante. Abbiamo inoltre reso le domande di questa sezione obbligatorie.

La conoscenza degli specializzandi può essere confrontata con lo studio da cui abbiamo preso spunto,: per le 5 domande che sono state mantenute simili (la prima, la terza, la quarta, la quinta e la sesta della sezione *Knowledge of FGM/C Among FPMRS Specialists* dello studio a cui abbiamo fatto riferimento¹¹⁹ rispettivamente confrontate con le domande 19, 21, 23, 26 e 27 della sezione 2 del nostro questionario) risulta che la conoscenza degli specializzandi in Ginecologia e Ostetricia che hanno aderito al nostro studio è maggiore, essendoci una risposta corretta nel 62,2% dei casi, rispetto al 50% circa di risposte corrette nello studio di partenza, che ha inviato il questionario principalmente a urologi, ma anche ginecologi. In questo studio si considera una bassa conoscenza sull'argomento. Dai nostri risultati, emerge come la conoscenza degli specializzandi sia comunque bassa, anche se leggermente più alta del precedente studio, essendoci, tra le 9 domande totali della sezione 2, solamente il 56% di risposte corrette (quindi non un risultato tale da raggiungere la sufficienza). È inoltre da considerare che possiamo avere facilitato i partecipanti al questionario, inserendo una sola risposta possibile anziché più risposte.

I partecipanti hanno risposto molto meglio alle domande di cultura generale (domande 19, 20, 21, 26 e 27) con un punteggio del 64% di risposte corrette, rispetto a quelle di carattere clinico, in cui si è richiesto di indicare il tipo di MGF (domande 22, 23, 24 e 25), con un punteggio corretto nel 45% dei casi. Abbiamo notato una correlazione tra la capacità "clinica" di identificare il corretto tipo di MGF dalle immagini, con il numero di visite di precedenti donne con MGF. Infatti, da un punteggio del 40% di risposte corrette per chi non ha mai visitato una donna con una Mutilazione Genitale (19/51), si sale al 48% per gli operatori che hanno visitato almeno una volta una donna con una Mutilazione Genitale (32/51); se, invece, prendiamo in considerazione solamente gli specializzandi che hanno visitato almeno 6 donne (8/51), troveremo che il 72% di loro ha dato una risposta corretta. Se volessimo fare un ulteriore paragone tra consapevolezza degli specializzandi e la loro conoscenza "clinica", chi ha affermato di aver saputo riconoscere correttamente i tipi di MGF durante le visite precedenti (8/51) ha nel 69% dei casi identificato correttamente il tipo di MGF,

rispetto al 41% di chi ha affermato di non aver saputo correttamente identificare il tipo di MGF o di non sapere se fosse corretto (43/51).

Abbiamo identificato un buon livello di conoscenza delle complicità tra i partecipanti, in linea con altri studi^{119,158}.

La domanda 20 *“le MGF sono attuate in larga parte perché si crede che...”* si focalizza sulle motivazioni che inducono alla pratica di MGF e il 51% dei partecipanti ha risposto correttamente. Nell’articolo a cui abbiamo fatto riferimento per la creazione di questa domanda tutte le risposte erano giuste tranne *“è richiesto dalla propria religione”*. Noi abbiamo ritenuto opportuno considerare giusta anche questa risposta, poiché la domanda chiede di identificare quali sono le credenze dei soggetti coinvolti, non i motivi reali (storici e culturali) per le quali vengono attuate le pratiche. Il confine è sottile, ma se la domanda fosse stata *quali sono le cause di MGF*, come risposta non avremmo dovuto considerare corretta la risposta legata alle religioni, perché, come visto nell’introduzione del presente lavoro, le pratiche erano già presenti in epoca preislamica e perché le autorità religiose islamiche si sono pubblicamente dichiarate contro^{148,151,152}. Tuttavia, tra le autorità islamiche del passato (fino a circa il 1995), si considerava accettabile la Mutilazione Genitale²⁰² e, oggi, possono esserci ancora soggetti che ritengono di effettuare la pratica secondo credenze religiose (un esempio in Italia è una testimonianza durante un processo per Mutilazioni Genitali¹⁵³; è stato confermato da uno studio del 2013 in Gambia, in cui l’Islam è la religione predominante: un consistente numero di professionisti sanitari credeva che la pratica fosse obbligatoria secondo la religione¹⁷⁵. Anche in uno studio pubblicato nel 2023 in Egitto, tra 223 professionisti sanitari (medici e infermieri) di due ospedali pubblici, il 60% circa supportava la pratica di MGF e sempre il 60% credeva che fosse obbligatoria per l’Islam²⁰³). Per questo motivo, abbiamo considerato corretta anche la risposta *“è richiesto dalla propria religione”*. Eppure, questo pensiero è errato, perché nella religione islamica (così come nelle altre religioni del mondo) non è mai stata incentivata la MGF.

Riguardo alla domanda 26 *“i piercing genitali e la labioplastica sono considerate una forma di MGF”*, i piercing genitali sono considerati una forma di MGF (e inclusi nelle MGF tipo 4) invece, riguardo alla labioplastica, ci sono varie opinioni in letteratura. Tutt’oggi, l’OMS non include la labioplastica tra le pratiche di MGF; tuttavia, ci sono pubblicazioni che sostengono che la labioplastica debba essere trattata congiuntamente alle MGF, avendone molti aspetti in comune²⁰⁴.

5.2.5 Le opinioni degli specializzandi

Le opinioni degli specializzandi sono state affrontate nella sezione 3. Gli studi che abbiamo analizzato per elaborare il nostro questionario avevano una sezione dedicata alla consapevolezza dei futuri ginecologi soprattutto quando lo studio proveniva da Paesi dove c'è un'alta prevalenza di MGF (come uno studio in Egitto²⁰³, due in Gambia^{175,176}, uno in Guinea¹⁷⁰, uno in Somalia¹⁷³), non escludendo comunque che l'opinione dei sanitari possa essere studiata anche in Paesi a bassa prevalenza di MGF (come in Australia¹⁷⁷ o in Iran²⁰⁵). Nei Paesi occidentali viene studiata meno l'opinione del personale, soffermandosi più sulla conoscenza e la consapevolezza del problema, perché agli occhi degli occidentali la pratica delle MGF è ormai da decenni considerata qualcosa che viola i diritti umani e che quindi deve ovviamente essere fermata. Questo invece non accade, ancora oggi, tra molti Paesi ad alta prevalenza di MGF.

Abbiamo riscontrato che il 60% circa dei partecipanti crede che le MGF non siano un grosso problema nel nostro Paese; questo si discosta da uno studio effettuato in Guinea, dove il 94% dei professionisti sanitari crede invece che le MGF costituiscano un problema; se prendiamo in considerazione le percentuali di MGF tra le donne in Guinea (95%) e in Italia (0.003%, calcolato prendendo come denominatore le donne residenti in Italia al 1° gennaio 2019 secondo dati Istat²⁰⁶ e come numeratore la stima delle residenti con MGF in Italia al 1° gennaio 2018^{12,13}) noteremo che la percezione degli specializzandi può essere giustificata dalla bassa prevalenza nel contesto italiano (anche se stiamo prendendo in considerazione una stima e i numeri potrebbero essere più alti).

Nonostante solo il 20% degli specializzandi creda che sia un grosso problema in Italia, il 100% dei partecipanti crede che il personale sanitario debba ricevere più formazione sull'argomento (e, nello specifico, il 70% circa identifica gli anni della specialità come il miglior periodo per la formazione) e la maggior parte (l'86%) crede che il personale sanitario abbia un ruolo fondamentale nell'eradicazione della pratica. Questo è giustificabile dai dati che abbiamo analizzato nella sezione 1, che dimostrano come durante tutta la carriera lavorativa sia molto probabile, per uno specialista in Ginecologia e Ostetricia, venire a contatto con una donna con MGF. Infatti, già tra gli specializzandi il 63% di loro ha visitato una donna con MGF. Da queste variabili si desume come, sebbene in prevalenza il fenomeno delle MGF sia basso in Italia, il personale sanitario non può (e, dalle opinioni riscontrate, non vuole) esimersi dal dovere di conoscere queste pratiche, ai fini di una diagnosi e una cura adeguate.

È interessante analizzare anche le risposte per le domande 32 e 33, nelle quali la totalità dei partecipanti concorda con il fatto che le MGF siano una violazione dei diritti umani e la quasi totalità (il 98%) crede che debba esserci una legge contro di esse. Questo è in linea con le risposte date da Professionisti sanitari di uno studio in un altro Paese occidentale^{bb} a bassa prevalenza di MGF che è l’Australia. Si discosta invece completamente da altri studi in Paesi ad alta prevalenza, come in Somalia, dove nel 2019 la quasi totalità dei professionisti sanitari (il 90% circa, tutti facenti parte del principale ospedale universitario della capitale) credeva che non dovesse esserci una legge contro le MGF¹⁷³, sebbene il 73% conoscesse le complicanze (in Somalia, tra tutti i Paesi africani, c’è la prevalenza più alta di MGF tipo 3, che porta a una maggiore incidenza di complicanze). Se invece consideriamo l’Egitto, da uno studio del 2023 il 63% dei professionisti sanitari di due ospedali pubblici credeva che la pratica dovesse continuare (il 30% circa residente in area urbana e il 90% circa in area rurale), sebbene il 40% circa conoscesse le complicanze. Anche in altri Paesi ad alta prevalenza le opinioni erano profondamente divergenti tra professionisti di aree rurali e aree urbane: in uno studio eseguito in Gambia nel 2009¹⁷⁵, il 43% circa del personale sanitario (infermiere e ostetriche) di aree rurali credeva che la pratica dovesse continuare, mentre sempre uno studio in Gambia del 2012-2014, che aveva come popolazione sia ostetriche e infermiere che studenti di medicina, provenienti nel 55% dei casi da aree urbane e nel 45% da aree rurali¹⁷⁶, riscontrava come solo il 25% di essi credeva che questa pratica dovesse continuare. In un altro studio condotto in Guinea nel 2021, si prende in considerazione l’opinione di medici, infermiere e ostetriche che lavorano solamente in un’area urbana (Conakry, la capitale)¹⁷⁰: il 90% circa sostiene che le MGF sono una violazione dei diritti umani e l’80% che dovrebbe esserci una legge contro di esse. Nelle regioni rurali di molti Paesi con un’alta prevalenza di MGF, quindi, c’è un maggiore sostegno al protrarsi di queste pratiche rispetto alle zone urbane, mentre nei Paesi a bassa prevalenza è assodato il pensiero comune che queste pratiche violino i diritti umani e debbano concludersi.

Infine, alla domanda 34 “è possibile far terminare l’attuazione delle pratiche entro il 2030”, il 39% dei partecipanti era concorde, mentre il 35% non aveva un’opinione in merito. Nel 2015 l’Assemblea

^{bb} Con il termine “Paese occidentale” facciamo riferimento a tutti i Paesi europei ed extraeuropei che presentano tratti culturali, economici, politici, commerciali riconducibili ai principi filosofici greco-romano-cristiano-rinascimentale-illuministico²¹².

Generale delle Nazioni Unite ha adottato “la nuova agenda per lo sviluppo entro il 2030”²⁰⁷, composta da 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (che sostituiscono gli 8 obiettivi di sviluppo del millennio enunciati nel 2000); tra questi, nel 5° obiettivo, che si intitola *raggiungere l’uguaglianza di genere e l’emancipazione di tutte le donne e ragazze*, nel punto 3 è specificato che bisogna eliminare tutte le pratiche dannose, come i matrimoni (precoci, forzati e infantili) e la Mutilazione Genitale Femminile. In uno studio del 2020 che ha considerato l’andamento del fenomeno delle MGF in 24 Paesi e la riduzione della prevalenza negli anni, è risultato come l’obiettivo 5.3 fosse fuori portata se non ci fosse stato un radicale cambiamento in molti Paesi; ad esempio, in Gambia, Guinea-Bissau, Mali e Guinea non si era fatto nessun passo avanti nella riduzione delle MGF durante gli anni²⁰⁸. Secondo uno studio del 2023, per raggiungere l’eliminazione delle pratiche entro il 2030, i progressi devono essere fatti 15 volte più velocemente rispetto al declino della pratica osservato negli ultimi 15 anni²⁰³. Non abbiamo riscontrato in nessun altro studio la formulazione di questa domanda e abbiamo introdotto questo quesito di nostra iniziativa; nell’unico studio (del 2021, in Guinea) in cui c’è una domanda simile, viene chiesto ai professionisti sanitari di dare un’opinione circa la possibilità che nel mondo possa finire l’attuazione della pratica entro una generazione (il 91% dei professionisti sanitari si è mostrato d’accordo)¹⁷⁰.

6 CONCLUSIONI

Il tema delle MGF non può essere affrontato solamente da un punto di vista sanitario: è un tema legato ai diritti umani, all'identità culturale e alla violenza di genere, alla storia e alla geografia dei popoli; è intrecciato alla capacità degli operatori non solo di comprendere e conoscere le pratiche che le donne portano nel loro vissuto, ma di farsi carico di queste pazienti, mettendo da parte eventuali pregiudizi e disapprovazioni e mantenendo allo stesso tempo una capacità critica che permetta di proteggersi psicologicamente.

Abbiamo riscontrato che i medici in formazione specialistica in Ostetricia e Ginecologia hanno una consapevolezza superficiale sulle pratiche di MGF e una bassa capacità di diagnosticarle; sono richiesti maggiori corsi di formazione e maggiore disponibilità di linee guida. Da studi precedenti, anche altri professionisti sanitari che vengono a contatto con le MGF sono impreparati: medici di medicina generale, pediatri, urologi, ostetriche e infermieri. Corsi universitari, post-laurea e linee guida: questi sono i principali strumenti, che possono aiutare nella relazione, l'accoglienza, la diagnosi, l'accompagnamento, il trattamento e l'indirizzamento delle donne che hanno complicanze legate alle MGF.

La comprensione delle dimensioni del fenomeno può anche aiutare nella cura delle pazienti: suggeriamo l'istituzione di registri nazionali o europei, in cui vengano annotate le complicanze riscontrate. Nel reparto di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale di Novara dovrebbe inoltre essere messo a disposizione dei professionisti un foglio preimpostato, per indagare le complicanze delle MGF nelle donne; dev'essere utilizzato durante la presa in carico per gravidanza delle donne provenienti da un Paese ad alta prevalenza di MGF e dev'essere inserito in cartella clinica.

C'è bisogno di maggiore conoscenza sulle complicanze ostetriche: abbiamo riscontrato un legame significativo tra donne con MGF e positività del tampone vagino-rettale allo Streptococcus di gruppo B, PROM e Liquido amniotico tinto di meconio; la nostra ipotesi è che siano tutti riconducibili a un aumentato numero di infezioni delle vie urinarie durante la gravidanza, ma c'è bisogno di ulteriori studi. Allo stesso modo, abbiamo riscontrato un aumento significativo di induzione al travaglio per il gruppo di donne con MGF e ipotizziamo che ciò possa essere legato a cause psicologiche o a cambiamenti anatomici conseguenti alle Mutilazioni Genitali, ma c'è bisogno di ulteriori approfondimenti. Maggiori studi ci aiuterebbero a realizzare strategie preventive nel corso della gravidanza.

7 BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). Female genital mutilation. Published January 2023. Accessed February 15, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
2. Consiglio d'Europa. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Published May 2011. Accessed February 15, 2024. <https://rm.coe.int/16806b0686>
3. Abdulcadir J, Guedj NS, Yaron M, et al. Pictures with FGM/C. In: *Female Genital Mutilation/Cutting in Children and Adolescents*. Springer International Publishing; 2022:59-88. doi:10.1007/978-3-030-81736-7_5
4. Abdulcadir J, Catania L, Hindin MJ, Say L, Petignat P, Abdulcadir O. Female Genital Mutilation. *Obstetrics & Gynecology*. 2016;128(5):958-963. doi:10.1097/AOG.0000000000001686
5. UNICEF. Vision 2030 won't be achieved unless we address cross-border female genital mutilation in Eastern and Southern Africa. Published 2022. Accessed February 28, 2024. <https://www.unicef.org/esa/press-releases/vision-2030-wont-be-achieved-unless-we-address-cross-border-female-genital#:~:text=Ending%20FGM%20by%202030%20is,inclusive%20societies%2C%20and%20economic%20growth>.
6. UNICEF. What is female genital mutilation? Accessed February 15, 2024. <https://www.unicef.org/protection/female-genital-mutilation>
7. Weny K, Silva R, Snow R, Legesse B, Diop N. Towards the elimination of FGM by 2030: A statistical assessment. *PLoS One*. 2020;15(10):e0238782. doi:10.1371/journal.pone.0238782
8. UNFPA. Female Genital Mutilation. Accessed February 15, 2024. <https://www.unfpa.org/female-genital-mutilation>
9. Farouki L, El-Dirani Z, Abdulrahim S, Akl C, Akik C, McCall SJ. The global prevalence of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis of national, regional, facility, and school-based studies. *PLoS Med*. 2022;19(9). doi:10.1371/journal.pmed.1004061
10. ISTAT. Stranieri residenti al 1° gennaio. Published January 2024. Accessed February 15, 2024. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPSTRRES1
11. ISTAT. La presenza straniera in Italia: caratteristiche sociodemografiche. 10. Published 2007. Accessed February 15, 2024. https://ebiblio.istat.it/digibib/Presenza%20straniera%20/IST0009010_La_presenza_straniera_italia_2003_2005.pdf,
12. Dipartimento per le pari opportunità. Mutilazioni genitali femminili e matrimoni forzati. Published 2019. Accessed February 15, 2024. <https://www.pariopportunita.gov.it/it/politiche-e-attivita/mutilazioni-genitali-femminili-e-matrimoni-forzati>
13. Università Bicocca. Le mutilazioni genitali femminili in Italia: un aggiornamento. Published 2021. Accessed February 15, 2024. <https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/280487/411349/mpdf.pdf>

14. Farina P, Ortensi LE, Menonna A. Estimating the number of foreign women with female genital mutilation/cutting in Italy. *The European Journal of Public Health*. 2016;26(4):656-661. doi:10.1093/eurpub/ckw015
15. Fusaschi M. I segni sul corpo. In: Bollati Boringhieri, Torino; 2003:22.
16. Fusaschi M. I segni sul corpo. In: Bollati Boringhieri, Torino; 2003:50-73.
17. AMREF. Mutilazione genitale femminile: che cos'è davvero. Published 2024. Accessed February 15, 2024. <https://www.amref.it/news-e-press/news-e-storie/2020-06-12-mutilazione-genitale-femminile-che-cos-davvero/>
18. Pasquinelli C. Antropologia delle mutilazioni genitali femminili, una ricerca in Italia. AIDOS (Associazione italiana donne per lo sviluppo). Published 2000. Accessed February 15, 2024. http://dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_1_temi/g_indice_per_temi/mutilaz_genitali_femm/a_aspetti_antropologici/e_antropol_mfg_pasquinelli.html
19. Diderot D. e d'Alembert J. Circoncision, Femme, Fibula, voci dell'Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers. In: *(Rist. in Facsimile Della 1ª Ed. Del 1751- 1780, Voll. 3 e 6), Bad Cannstatt, Stuttgart. ; 1988.*
20. Gruenbaum E. The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective. In: Philadelphia: University of Pennsylvania Press.; 2001.
21. IAC. About Inter-African Committee on Traditional Practices (IAC). Accessed March 4, 2024. <https://iac-ciaf.net/about-iac/>
22. Breidenbach J. e Zukrigl I. Danza delle culture. L'identità culturale in un mondo globalizzato. In: Bollati Boringhieri, Torino (ed. or. Tanz der Kulturen. Kulturelle Identität in einer globalisierten Welt, Kunstmann, München 1998); 2000:67.
23. Fusaschi M., I segni sul corpo, 2003, Bollati Boringhieri, Torino, p. 132.
24. Fusaschi M., I segni sul corpo, 2003, Bollati Boringhieri, Torino, p. 134.
25. Sindzingre N., Un excès par défaut. Excision et représentations de la féminité, 1979, in «L'Homme», XIX, nn. 3-4, p. 182.
26. Fusaschi M., I segni sul corpo, 2003, Bollati Boringhieri, Torino, p. 135.
27. Heritiér F., Masculin/Féminin II. Dessoudre la hiérarchie, 2002, Odile Jacob, Parigi, p. 157.
28. Fusaschi M., I segni sul corpo, 2003, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 30-34.
29. Hearst AA, Molnar AM. Female Genital Cutting: An Evidence-Based Approach to Clinical Management for the Primary Care Physician. *Mayo Clin Proc*. 2013;88(6):618-629. doi:10.1016/j.mayocp.2013.04.004
30. Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Linee Guida per il riconoscimento precoce delle vittime di Mutilazioni Genitali Femminili o altre pratiche dannose . Accessed February 15, 2024. https://www.simmweb.it/attachments/article/909/riconoscimento_precoce_vittime_MGF.pdf
31. Fusaschi M., I segni sul corpo, 2003, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 34-41.
32. Remotti F., Fare umanità. I drammi dell'antropo-poiesi, maggio 2013, Editori Laterza, Roma-Bari.

33. Van Gennep A., *I riti di passaggio*, 1985, Bollati Boringhieri, Torino (ed. or. *Les Rites de passage*, Nourry, Paris 1909).
34. Paulme D. *L'initiation des filles en Pays Kissi (Haute-Guinée)*, 1952, in *Atti della II Conferencia internacional dos africanistas ocidentais em Bissau*, Ministério das Colonias, Junta de investigações coloniais, vol. 5, p. 329.
35. Bourdieu P., *I riti come atti di istituzione*, 1990, in «*problemi del socialismo*», n. 6, p. 154.
36. Paulme D., *L'initiation des filles en Pays Kissi (Haute-Guinée)*, 1952, in *Atti della II Conferencia internacional dos africanistas ocidentais em Bissau*, Ministério das Colonias, Junta de investigações coloniais, vol. 5, pp. 303-312.
37. Villeneuve A. De, *Étude sur une coutume somalie: les femmes cousues*, 1937, in «*Journal de la Société des Africanistes*», VII, n. 1, p. 17.
38. Raulin A., *Femme en cause: mutilations sexuelles des fillettes africaines en France aujourd'hui*, 1987, Centre Fédérale FEN, Parigi, p. 52.
39. Fusaschi M., *I segni sul corpo*, 2003, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 94-98.
40. Fusaschi M., *I segni sul corpo*, 2003, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 96-97.
41. Progetto Aurora. *Strategie per il contrasto delle MGF*. GLNBM (Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della società italiana di pediatria). Published 2006. Accessed February 15, 2024. <http://www.glnbi.org/documenti/e2c757538661f3cb1bb05fb9550245a3.pdf>
42. Maiga Aoudon Sidibe K., *L'expérience de l'AMSOPT - Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles*, 2001, in Gillette-Faye e Toubon (a cura di), p. 43.
43. Università degli studi di Enna Kore, *Mutilazioni Genitali Femminili*, 2015, p. 21. Accessed February 15, 2024. <https://iris.unipa.it/bitstream/10447/182094/4/MGF%20Mutilazioni.pdf>
44. Chiara Nardinocchi. *Kenya, una penna al posto del coltello. Il rito alternativo contro le mutilazioni genitali*. La Repubblica. Accessed February 15, 2024. https://www.repubblica.it/solidarieta/diritti-umani/2015/08/27/news/kenya_una_penna_al_posto_del_coltello_il_rito_alternativo_per_salvare_le_donne_dalla_mutilazione_genitale-121743224/
45. Grosjean B. *Excision: deux ans ferme pour la mère de Mariatou. L'exciseuse, elle, a été condamnée à huit ans d'emprisonnement*. Libération, Parigi. Published 1999. Accessed February 15, 2024. https://www.liberation.fr/societe/1999/02/17/excision-deux-ans-ferme-pour-la-mere-de-mariatou-l-exciseuse-elle-a-ete-condamnee-a-huit-ans-d-empri_265190/
46. Fusaschi M., *I segni sul corpo*, 2003, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 105-109.
47. Raulin A., *Femme en cause: mutilations sexuelles des fillettes africaines en France aujourd'hui*, 1987, Centre Fédérale FEN, Parigi, p. 45.
48. Lefevre-Déotte M., *L'Excision en procès: un different culturel?*, 1997, L'Harmattan, Parigi, p. 63.
49. Gillette-Frenoy I., *L'excision et sa présence en France*, 1992, in «*l'Ethnographie*», n. 88, p. 31.
50. Lefevre-Déotte M., *L'Excision en procès: un different culturel?*, 1997, L'Harmattan, Parigi, p. 52.
51. Griaule M., *Dio d'acqua. Incontri con Ogotemmel*, 2002, Bollati Boringhieri, Torino (ed. or. *Dieu d'eau*, Editions du Chêne, Paris 1948).

52. Sindzingre N., Un excès par défaut. Excision et représentations de la féminité, 1979, in «L'Homme», XIX, nn. 3-4, p. 180.
53. Sindzingre N., Le plus et le moins à propos de l'excision, 1977, in «Cahiers d'Études Africaines», XVII, n. 65, p. 66.
54. Fainzang S., Circoncision, excision et rapports de domination, 1985, in «Anthropologie et Société», IX, n. 1, p. 118.
55. Heritiér F., Masculin/Féminin II. Dessoudre la hiérarchie, 2002, Odile Jacob, Parigi, p. 172.
56. Muller J.-C., Les deux fois circoncis et les presque excisées. Les cas des Dii de l'Adamaoua (Nord Cameroun), 1993, in «Cahiers d'Études Africaines», XXXIII, n. 132, pp. 531. .
57. Heritiér F., Masculin/Féminin II. Dessoudre la hiérarchie, 2002, Odile Jacob, Parigi, p. 173.
58. Fainzang S., Circoncision, excision et rapports de domination, 1985, in «Anthropologie et Société», IX, n. 1, p. 124.
59. Heritiér F., Masculin/Féminin II. Dessoudre la hiérarchie, 2002, Odile Jacob, Parigi, p. 173.
60. World Health Organization (WHO). Prevalence of female genital mutilation. Published 2024. Accessed February 15, 2024. [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/female-genital-mutilation/prevalence-of-female-genital-mutilation](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/female-genital-mutilation/prevalence-of-female-genital-mutilation)
61. UNFPA. Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions. Accessed February 15, 2024. <https://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions>
62. Fusaschi M., I segni sul corpo, 2003, Bollati Boringhieri, Torino, p. 119-120.
63. Couchard F., Emprise et violence maternelles, 1991, Dunod, Parigi, p. 183.
64. Douglas M., Purezza e pericolo, 1975, il Mulino, Bologna (ed. or. Purity and Danger, Penguin Books, Harmondsworth 1970), p. 25.
65. Fusaschi M., I segni sul corpo, 2003, Bollati Boringhieri, Torino, p. 121-122.
66. Diasio N., Il vaso di Pandora, ovvero della chiusura del corpo femminile. Aspetti storico-antropologici, 2000, in Mazzetti (a cura di), pp. 23-39.
67. Legge 9 gennaio 2006 n. 7. Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile. Accessed February 15, 2024. <https://www.parlamento.it/parlam/leggi/06007l.htm>
68. Dipartimento per le Pari Opportunità. 800 300 558: un numero verde contro la pratica delle mutilazioni genitali femminili in Italia. Accessed February 15, 2024. [https://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stampa/notizie/pari_opportunita/0104_2009_11_06_Numero_verde_800_300_558.html#:~:text=09.11.2009-,800%20300%20558%3A%20un%20numero%20verde%20contro%20la%20pratica,mutilazioni%20genitali%20femminili%20in%20Italia&text=Parte%20oggi%20l%27attivazione%20del,mutilazione%20genitale%20femminile%20\(MGF\)](https://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stampa/notizie/pari_opportunita/0104_2009_11_06_Numero_verde_800_300_558.html#:~:text=09.11.2009-,800%20300%20558%3A%20un%20numero%20verde%20contro%20la%20pratica,mutilazioni%20genitali%20femminili%20in%20Italia&text=Parte%20oggi%20l%27attivazione%20del,mutilazione%20genitale%20femminile%20(MGF))
69. *Relazione Sulle Mutilazioni Genitali Femminili*. Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere; 2021. Accessed February 15, 2024. <https://www.pariopportunita.gov.it/media/2341/doc-xxii-bis-n-6-relazione-sulle-mutilazioni-genitali-femminili22-approvata-dalla-commissione-nella-seduta-del-27-ottobre-2021.pdf>

70. Stefania Ragusa. Liberia, dove le mutilazioni genitali sono protette dallo Stato. Published January 2021. Accessed February 15, 2024. <https://www.africarivista.it/liberia-mutilazioni-genitali-di-stato/179751/>
71. Associations Equality Now / End FGM European Network / US End FGM/C Network. FEMALE GENITAL MUTILATION/CUTTING: A call for a global response. Published online March 2020.
72. Kane N., L'abandon de l'excision au Sénégal vu par TOSTAN, 2001, in Gillette-Faye e Toubon (a cura di), pp. 41 sg.
73. The DHS Program. Gender Indicator Data. Accessed February 15, 2024. <https://dhsprogram.com/topics/gender/index.cfm>
74. The DHS Program. Female Genital Cutting: the interpretation of recent DHS data. Published 2013. Accessed February 15, 2024. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/cr33/cr33.pdf>
75. Callari Galli M. Antropologia per insegnare. Teorie e pratiche dell'analisi culturale. In: Bruno Mondadori, Milano; 2000.
76. Heritiér F. Masculin/Féminin II. Dessoudre la hiérarchie. In: Odile Jacob, Parigi; 2002.
77. Lefevre-Déotte M. L'Excision en procès: un différent culturel? In: L'Harmattan, Parigi; 1997:14.
78. Pitch T. La legge giusta. Il trattamento giuridico delle mutilazioni genitali femminili. *AIDOS (Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo)*, Roma. Published online 2000.
79. Fusaschi M. I segni sul corpo. In: Bollati Boringhieri, Torino; 2003:153.
80. Cicourel A. W. Le raisonnement medical. Une approche socio-cognitive, a cura di P. Bourdieu e Y. Winkin, Seuil, Paris, 2001, p. 30 .
81. Fusaschi M., I segni sul corpo, 2003, Bollati Boringhieri, Torino, p. 139.
82. CIDIS Onlus. Mutilazioni Genitali Femminili - Toolkit per la presa in carico di donne e ragazze. Published 2023. Accessed February 15, 2024. <https://cidisonlus.org/wp-content/uploads/2023/06/TOOLKIT-MGF-OK.pdf>
83. Kaplan A, Hechavarría S, Martín M, Bonhoure I. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reprod Health*. 2011;8(1). doi:10.1186/1742-4755-8-26
84. Reyners M. Health consequences of female genital mutilation. *Reviews in Gynaecological Practice*. 2004;4(4):242-251. doi:10.1016/j.rigp.2004.06.001
85. Gudeta TA, Regassa TM, Gamtessa LC. Female genital mutilation: prevalence, associated factors and health consequences among reproductive age group women in Keffa Zone, Southwest, Ethiopia. *Reprod Health*. 2022;19(1). doi:10.1186/s12978-022-01364-3
86. LIBRETTI A, CORSINI C, REMORGIDA V. What's new on female genital mutilation/cutting? Recent findings about urogynecologic complications, psychological issues, and obstetric outcomes. *Minerva Obstetrics and Gynecology*. Published online August 2023. doi:10.23736/S2724-606X.23.05344-7
87. Libretti A, Bianco G, Corsini C, Remorgida V. Female genital mutilation/cutting: going beyond urogynecologic complications and obstetric outcomes. *Arch Gynecol Obstet*. 2023;308(4):1067-1074. doi:10.1007/s00404-023-06929-6

88. PROGRAMMA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA FINALIZZATO ALLA ATTIVAZIONE AGEARDC. Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) nella popolazione immigrata. progetto n. 9. Published 2001. Accessed February 5, 2024. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/linee-di-indirizzo/archivio-documenti-tecnici/linee-guida/le-mutilazioni-genitali-femminili-mgf-nella-popolazione-immigrata-raccomandazioni-per-i-professionisti>
89. Abdulcadir J, Guedj NS, Yaron M, et al. FGM/C Complications. In: *Female Genital Mutilation/Cutting in Children and Adolescents*. Springer International Publishing; 2022:89-112. doi:10.1007/978-3-030-81736-7_6
90. Iavazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287(6):1137-1149. doi:10.1007/s00404-012-2708-5
91. Klein E, Helzner E, Shayowitz M, Kohlhoff S, Smith-Norowitz TA. Female Genital Mutilation: Health Consequences and Complications—A Short Literature Review. *Obstet Gynecol Int*. 2018;2018:1-7. doi:10.1155/2018/7365715
92. Wood R, Richens Y, Lavender T. The experiences and psychological outcomes for pregnant women who have had FGM: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2021;29:100639. doi:10.1016/j.srh.2021.100639
93. Chen VH, Caron J, Goddard B, Eng SM, Ades V. Polyvictimization and Psychiatric Sequelae Associated with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *J Immigr Minor Health*. 2022;24(4):1020-1028. doi:10.1007/s10903-022-01343-7
94. Taraldsen S, Owe KM, Bødtker AS, et al. Female genital cutting in women living in Norway – consequences and treatment. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Published online 2021. doi:10.4045/tidsskr.21.0509
95. Shahawy S, Nour NM. Female Genital Cutting: An Evidence-based Review for the OBGYN of Long-term Sequelae and Management Options. *Clin Obstet Gynecol*. 2021;64(3):519-527. doi:10.1097/GRF.0000000000000644
96. Lurie JM, Weidman A, Huynh S, Delgado D, Easthausen I, Kaur G. Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/ cutting: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(3). doi:10.1371/JOURNAL.PMED.1003088
97. Birge Ö, Serin AN, Bakır MS. Female genital mutilation/cutting in sudan and subsequent pelvic floor dysfunction. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):430. doi:10.1186/s12905-021-01576-y
98. Bazzoun Y, Aerts L, Abdulcadir J. Chronic Vulvar Pain After Female Genital Mutilation/Cutting: A Retrospective Study. *Sex Med*. 2021;9(5):1-1. doi:10.1016/j.esxm.2021.100425
99. Dilbaz B, İflazoğlu N, Tanın SA. An overview of female genital mutilation. *Turk J Obstet Gynecol*. 2019;16(2):129-132. doi:10.4274/tjod.galenos.2019.77854
100. Komboigo BE, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané Y, Kaboré X, Zoundi M, Ouédraogo A, Thiéba B. Evaluation of sexual dysfunctions among women living with a partner in Ouagadougou, Burkina. Published online August 1, 2019. doi:https://doi.org/10.1684/mst.2019.0932
101. González-Timoneda A, González-Timoneda M, Cano Sánchez A, Ruiz Ros V. Female genital mutilation consequences and healthcare received among migrant women: A phenomenological qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13). doi:10.3390/ijerph18137195

102. Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, 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(1):323-331. doi:10.2147/IJWH.S42064
103. Akpak YK, Yilmaz I. The impact of female genital mutilation/cutting on obstetric outcomes and its management. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2022;35(5):927-932. doi:10.1080/14767058.2020.1734925
104. Sarayloo K, Latifnejad R, 2* R, Elhadi A, Roudsari RL. Health Consequences of the Female Genital Mutilation: A Systematic Review GMJ. Published online 2018. doi:10.22086/gmj.v8i0.1336
105. Berg RC, Underland V. The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstet Gynecol Int*. 2013;2013:1-15. doi:10.1155/2013/496564
106. Idoko P, Armitage A, Nyassi MT, et al. Obstetric outcome of female genital mutilation in the Gambia-an observational study. *Afri Health Sci*. 2022;22(4):386. doi:10.4314/ahs
107. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*. 2006;367(9525):1835-1841. doi:10.1016/S0140-6736(06)68805-3
108. Wuest S, Raio L, Wyssmueller D, et al. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG*. 2009;116(9):1204-1209. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02215.x
109. Indraccolo U, Indraccolo SR, Greco P, Fedeli P. Correlations between the proportion of type III female genital mutilations in the series and adverse obstetric outcomes: a short meta-analysis. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2020;33(5):880-882. doi:10.1080/14767058.2018.1503246
110. Taraldsen S, Vangen S, Øian P, Sørbye IK. Female genital mutilation/cutting, timing of deinfibulation, and risk of cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(4):587-595. doi:10.1111/aogs.14111
111. Frega A, Puzio G, Maniglio P, et al. Obstetric and neonatal outcomes of women with FGM i and II in San Camillo Hospital, Burkina Faso. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;288(3):513-519. doi:10.1007/s00404-013-2779-y
112. Bonavina G, Kaltoud R, Ruffolo AF, Candiani M, Salvatore S. Female Genital Mutilation and Cutting and Obstetric Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*. 2022;140(1):87-90. doi:10.1097/AOG.0000000000004830
113. Kulaksiz D, Abdi Nor I, Erin R, Baki Erin K, Toprak T. A prospective cohort study of the relationship of female genital mutilation with birth outcomes in Somalia. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):202. doi:10.1186/s12905-022-01790-2
114. Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting. *Obstet Gynecol Int*. 2014;2014:1-8. doi:10.1155/2014/542859
115. Sylla F, Moreau C, Andro A. A systematic review and meta-analysis of the consequences of female genital mutilation on maternal and perinatal health outcomes in European and African countries. *BMJ Glob Health*. 2020;5(12). doi:10.1136/bmjgh-2020-003307
116. Abdulkadir J, Rodriguez MI, Say L. Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG* 2015;122:294–303. doi:10.1111/1471-0528.13217.

117. WHO. *A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation Including Sequelae in Childbirth.*; 2000.
118. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-e333. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X
119. Thomas HS, Mmonu NA, Amend G, et al. Awareness, Clinical Experience and Knowledge of Female Genital Mutilation/Cutting Among Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgeons in the United States. *Urology*. 2022;159:59-65. doi:10.1016/j.urology.2021.10.023
120. Fay KE, Snead CM, Huennekens K, O'Brian CA, Tom L, Simon MA. United States' Obstetrician/Gynecologists' Readiness to Care for Women Affected by Female Genital Cutting. *J Womens Health*. 2022;31(3):431-438. doi:10.1089/jwh.2020.8622
121. Chappell AG, Ascha M, Sood R, et al. Plastic Surgeon Familiarity with Female Genital Mutilation and Cutting in the United States. *Plast Reconstr Surg*. 2022;149(5):1050e-1052e. doi:10.1097/PRS.00000000000009009
122. Njue C, Ameyaw EK, Ahinkorah BO, Seidu AA, Kimani S. Commentary: What should referral pathways have to improve healthcare experiences of women with female genital mutilation in Australia? *Reprod Health*. 2021;18(1):223. doi:10.1186/s12978-021-01274-w
123. Balde MD, Soumah AM, Diallo A, et al. Involving the health sector in the prevention and care of female genital mutilation: results from formative research in Guinea. *Reprod Health*. 2022;19(1):156. doi:10.1186/s12978-022-01428-4
124. Nordmann K, Subirón-Valera AB, King M, Küpper T, Martínez-Pérez GZ. Management of Female Genital Mutilation/Cutting-Related Obstetric Complications: A Training Evaluation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15). doi:10.3390/ijerph19159209
125. Järvinen J. *Challenges in Addressing Female Genital Mutilation in Primary Health Care.*; 2022. Accessed March 4, 2024. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/752779/Jarvinen_Johanna.pdf?sequence=2&isAllowed=y
126. Simpson J, Robinson K, Creighton SM, Hodes D. Female genital mutilation: the role of health professionals in prevention, assessment, and management. *BMJ*. 2012;344(mar14 1):e1361-e1361. doi:10.1136/bmj.e1361
127. Johnsdotter S, Essén B. Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016;32:15-25. doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.10.012
128. Ahinkorah BO, Ameyaw EK, Seidu AA, Njue C. Effects of antenatal care visits and health facility delivery on women's choice to circumcise their daughters in sub-Saharan Africa: evidence from demographic and health surveys. *Int Health*. 2022;14(5):519-529. doi:10.1093/inthealth/ihab066
129. Ziyada MM, Elise R. Barriers and facilitators to the access to specialized female genital cutting healthcare services: Experiences of Somali and Sudanese women in Norway. *PLoS One*. 2021;16(9 September). doi:10.1371/journal.pone.0257588
130. Kimani S, Okondo C, Muteshi-Strachan J, Guyo J. Quality of services offered to women with female genital mutilation across health facilities in a Kenyan County. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):614. doi:10.1186/s12913-022-07979-3

131. Omigbodun O, Bella-Awusah T, Emma-Echiegu N, et al. Escaping social rejection, gaining total capital: the complex psychological experience of female genital mutilation/cutting (FGM/C) among the Izzi in Southeast Nigeria. *Reprod Health*. 2022;19(1):41. doi:10.1186/s12978-022-01348-3
132. Tordrup D, Bishop C, Green N, et al. Economic burden of female genital mutilation in 27 high-prevalence countries. *BMJ Glob Health*. 2022;7(2). doi:10.1136/bmjgh-2020-004512
133. Amasanti ML, Imcha M, Momoh C. Compassionate and Proactive Interventions by Health Workers in the United Kingdom: A Better Approach to Prevent and Respond to Female Genital Mutilation? *PLoS Med*. 2016;13(3). doi:10.1371/journal.pmed.1001982
134. Martell S, Schoenholz R, Chen VH, Jun I, Bach SC, Ades V. Perceptions of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) among Asylum Seekers in New York City. *J Immigr Minor Health*. 2021;23(6):1241-1248. doi:10.1007/s10903-020-01103-5
135. Pastor-Bravo M del M, Almansa-Martínez P, Jiménez-Ruiz I. Postmigratory Perceptions of Female Genital Mutilation: Qualitative Life History Research. *Journal of Transcultural Nursing*. 2021;32(5):530-538. doi:10.1177/1043659620962570
136. Pastor-Bravo M del M, Almansa-Martínez P, Jiménez-Ruiz I. Factors contributing to the perpetuation and eradication of female genital mutilation/cutting in sub-Saharan women living in Spain. *Midwifery*. 2022;105:103207. doi:10.1016/j.midw.2021.103207
137. Newton RJ, Glover J. "I Can't Blame Mum": A Qualitative Exploration of Relational Dynamics in Women With Female Genital Mutilation (FGM) in the United Kingdom. *Violence Against Women*. 2022;28(1):3-25. doi:10.1177/1077801221994913
138. Sara BA, Rubin SE, Haile ZT, Alemu DG, Azulay Chertok IR. Factors associated with men's opinion about female genital mutilation in Ethiopia. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2022;32. doi:10.1016/j.srhc.2022.100721
139. Alemu DG, Haile ZT. Association between maternal attitude towards female circumcision and daughter's circumcision status. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2022;156(3):546-551. doi:10.1002/ijgo.13772
140. Adelekan B, Kareem YO, Abubakar Z, et al. Female genital mutilation and sexual behaviour by marital status among a nationally representative sample of Nigerian women. *Reprod Health*. 2022;19(1). doi:10.1186/s12978-022-01379-w
141. Ahinkorah BO, Hagan JE, Seidu AA, et al. Association between female genital mutilation and girl-child marriage in sub-Saharan Africa. *J Biosoc Sci*. Published online 2022. doi:10.1017/S0021932021000687
142. Alemu DG, Haile ZT, Conserve DF. Attitude towards female circumcision among women in Ethiopia. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2021;29. doi:10.1016/j.srhc.2021.100647
143. Ezeoke GG, Adeniran AS, Adesina KT, Fawole AA, Ijaiya MA, Olarinoye AO. Female adolescents and the future of female genital mutilation/cutting: a report from an endemic area. *Afr Health Sci*. 2021;21(4):1808-1816. doi:10.4314/ahs.v21i4.38
144. Ayenew AA, Mol BW, Bradford B, Abeje G. Prevalence of female genital mutilation and associated factors among women and girls in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2024;13(1):26. doi:10.1186/s13643-023-02428-6

145. Mahase E. Women's rights groups call on Sierra Leone to criminalise FGM after recent death and complications. *BMJ*. Published online February 2, 2022:o284. doi:10.1136/bmj.o284
146. Giladi A. *Normative Islam versus Local Tradition: Some Observations on Female Circumcision with Special Reference to Egypt*. Vol 44.; 1997.
147. Barstow DG. Female genital mutilation: the penultimate gender abuse. *Child Abuse Negl*. 1999;23(5):501-510. doi:10.1016/S0145-2134(99)00017-4
148. Rouzi AA. Facts and controversies on female genital mutilation and Islam. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2013;18(1):10-14. doi:10.3109/13625187.2012.749982
149. Moore K, Randolph K, Toubia N, Kirberger E. The Synergistic Relationship between Health and Human Rights: A Case Study Using Female Genital Mutilation. *Health Hum Rights*. 1997;2(2):137. doi:10.2307/4065277
150. Monica Ricci Sargentini. Corriere della Sera - In Egitto una fatwa contro le mutilazioni genitali femminili.<https://lepersoneeladignita.corriere.it/2021/02/09/in-egitto-una-fatwa-contro-le-mutilazioni-genitali-femminili/>. Published February 9, 2021. Accessed February 27, 2024.
151. Al-Sabbagh ML. The right path to health. Health education through religion –Islamic ruling on male and female circumcision. . World Health Organization. Published 1996. Accessed February 27, 2024. <https://applications.emro.who.int/dsaf/dsa54.pdf>
152. Selim Al-Awa M. *FGM In the Context of Islam*.; 2012. Accessed February 25, 2024. <https://www.undp.org/egypt/publications/fgm-context-islam>
153. Tribunale di Torino - Sezione dei giudici per le indagini preliminari. sentenza. Published online 2018.
154. Libretti A, Bianco G, Corsini C, Remorgida V. Female genital mutilation/cutting: an urgent call to action. *Acta Biomedica*. 2023;94(2). doi:10.23750/abm.v94i2.14205
155. World Health Organization (WHO). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206442/WHO_RHR_16.04_eng.pdf?sequence=1.
156. World Health Organization (WHO). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646_eng.pdf?sequence=1.
157. Smith H, Stein K. Surgical or medical interventions for female genital mutilation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2017;136(S1):43-46. doi:10.1002/ijgo.12053
158. Purchase TCD, Lamoudi M, Colman S, Allen S, Latthe P, Jolly K. A survey on knowledge of female genital mutilation guidelines. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(7):858-861. doi:10.1111/aogs.12144
159. Berg R, Taraldsen S, Said M, Sørbye I, Vangen S. The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *BJOG*. 2018;125(3):278-287. doi:10.1111/1471-0528.14839
160. Ospedale Psichiatrico Maria Luigia. <https://www.ospedalemarialuigia.it/psicologia-applicata/psicoterapia-cognitivo-comportamentale/>.
161. Taraschi G, Manin E, Bianchi De Micheli F, Abdulcadir J. Defibulation can recall the trauma of female genital mutilation/cutting: a case report. *J Med Case Rep*. 2022;16(1). doi:10.1186/s13256-022-03445-0

162. Allison Conn, Kelly R. Hodges. Panoramica sulla disfunzione sessuale femminile. Accessed February 9, 2024. <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-delle-donne/disfunzione-sessuale-femminile/panoramica-sulla-disfunzione-sessuale-femminile>
163. Auricchio V, Garzon S, Pomini P, et al. Clitoral reconstructive surgery after female genital mutilation: A systematic review. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2021;29. doi:10.1016/j.srhc.2021.100619
164. Esu E, Okoye I, Arikpo I, Ejemot-Nwadiaro R, Meremikwu MM. Providing information to improve body image and care-seeking behavior of women and girls living with female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2017;136(S1):72-78. doi:10.1002/ijgo.12058
165. UNFPA. Brief on the medicalization of female genital mutilation. Published June 2018. Accessed February 10, 2024. <https://www.unfpa.org/resources/brief-medicalization-female-genital-mutilation>
166. Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Novara. Giuramento Professionale. Accessed February 10, 2024. <https://ordinemedicinovara.com/ordine/deontologia-e-normativa/giuramento-professionale#:~:text=In%20qualsiasi%20casa%20andr%C3%B2%20io,degli%20uomini%20%20li%20e%20schiavi.>
167. Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Dichiarazione Universale dei Diritti Umani. Accessed February 10, 2024. https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/DICHIARAZIONE_diritti_umani_4lingue.pdf
168. UNICEF. Mutilazioni genitali, la medicalizzazione non riduce il danno: 52 milioni vittime per mano di un dottore. Published February 6, 2020. Accessed February 10, 2024. <https://www.unicef.it/media/mutilazioni-genitali-la-medicalizzazione-non-riduce-il-danno/>
169. *Ministro Della Salute - Linee Guida Destinate Alle Figure Professionali Sanitarie Nonché Ad Altre Figure Professionali Che Operano Con Le Comunità Di Immigrati Provenienti Da Paesi Dove Sono Effettuate Le Pratiche Di Mutilazione Genitale Femminile*. Accessed February 26, 2024. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf
170. Balde MD, O'Neill S, Sall AO, et al. Attitudes of health care providers regarding female genital mutilation and its medicalization in Guinea. *PLoS One*. 2021;16(5 May). doi:10.1371/journal.pone.0249998
171. Zurynski Y, Phu A, Sureshkumar P, Cherian S, Deverell M, Elliott EJ. Female genital mutilation in children presenting to Australian paediatricians. *Arch Dis Child*. 2017;102(6):509-515. doi:10.1136/archdischild-2016-311540
172. Surico D, Amadori R, Gastaldo LB, Tinelli R, Surico N. Female genital cutting: A survey among healthcare professionals in Italy. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2015;35(4):393-396. doi:10.3109/01443615.2014.960826
173. Mehriban N, Zafar Ullah AN, Haque MI, et al. Knowledge, attitudes, and practices of female health care service providers on female genital mutilation in Somalia: A cross-sectional study. *Women's Health*. 2023;19. doi:10.1177/17455057231199032

174. González-Timoneda A, Ruiz Ros V, González-Timoneda M, Cano Sánchez A. Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):579. doi:10.1186/s12913-018-3396-z
175. Kaplan A, Hechavarría S, Bernal M, Bonhoure I. Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in the Gambia: A multiethnic study. *BMC Public Health*. 2013;13(1). doi:10.1186/1471-2458-13-851
176. Marcusán AK, Singla LR, Laye M, Secka DM, Utzet M, Le Charles MA. Female genital mutilation/cutting: Changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among health care professionals in the Gambia. *Int J Womens Health*. 2016;8:103-117. doi:10.2147/IJWH.S102201
177. Sureshkumar P, Zurynski Y, Moloney S, Raman S, Varol N, Elliott EJ. Female genital mutilation: Survey of paediatricians' knowledge, attitudes and practice. *Child Abuse Negl*. 2016;55:1-9. doi:10.1016/j.chiabu.2016.03.005
178. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
179. Richardson WS WMNJHR. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. . Published online 1995.
180. Balachandran AA, Duvalla S, Sultan AH, Thakar R. Are obstetric outcomes affected by female genital mutilation? *Int Urogynecol J*. 2018;29(3):339-344. doi:10.1007/s00192-017-3466-5
181. Sebastiano Ceschi DFGG. Cespi - Centro Studi di Politica Internazionale - Progetto WMIDA - Migrant Women for Development. Published 2009. Accessed March 1, 2024. https://www.cespi.it/sites/default/files/documenti/wp_53-midadonne.pdf
182. Carla Ferrario. Immigrazione e territorio a Novara: dall'accoglienza alla stabilizzazione abitativa. *Università del Piemonte Orientale, Dipartimento di studi per l'economia e l'impresa*. Published online 2020.
183. Tuttitalia. Cittadini stranieri 2023 - provincia di Novara. Published 2023. Accessed March 1, 2024. <https://www.tuttitalia.it/piemonte/provincia-di-novara/statistiche/cittadini-stranieri-2023/>
184. Eshraghi B, Hermansson J, Berggren V, Marions L. Risk of obstetric anal sphincter tear among primiparous women with a history of female genital mutilation, giving birth in Sweden. *PLoS One*. 2022;17(12):e0279295. doi:10.1371/journal.pone.0279295
185. RÄISÄNEN SH, VEHVILÄINEN-JULKUNEN K, GISSLER M, HEINONEN S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(12):1365-1372. doi:10.3109/00016340903295626
186. Laelago T, Yohannes T, Tsige G. Determinants of preterm birth among mothers who gave birth in East Africa: Systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2020;46(1). doi:10.1186/s13052-020-0772-1
187. Millet P, Vinchant M, Sharifzadehgan S, Vieillefosse S, Hatem-Gantzer G, Deffieux X. Troubles fonctionnels du bas appareil urinaire après mutilation sexuelle féminine : revue de la littérature. *Progrès en Urologie*. 2019;29(4):209-215. doi:10.1016/j.purol.2019.01.001
188. Gayle C, Rymer J. Female genital mutilation and pregnancy: associated risks. *British Journal of Nursing*. 2016;25(17):978-983. doi:10.12968/bjon.2016.25.17.978

189. De Silva S. Obstetric sequelae of female circumcision. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1989;32(3):233-240. doi:10.1016/0028-2243(89)90041-5
190. 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(11):e006316. doi:10.1136/bmjopen-2014-006316
191. Johnson CY, Rocheleau CM, Howley MM, Chiu SK, Arnold KE, Ailes EC. Characteristics of Women with Urinary Tract Infection in Pregnancy. *J Womens Health*. 2021;30(11):1556-1564. doi:10.1089/jwh.2020.8946
192. Siriwachirachai T, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Antibiotics for meconium-stained amniotic fluid in labour for preventing maternal and neonatal infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;2014(11). doi:10.1002/14651858.CD007772.pub3
193. Minsart AF, N'guyen TS, Ali Hadji R, Caillet M. Maternal infibulation and obstetrical outcome in Djibouti. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2015;28(14):1741-1746. doi:10.3109/14767058.2014.967676
194. Tiruye G, Shiferaw K, Tura AK, Debella A, Musa A. Prevalence of premature rupture of membrane and its associated factors among pregnant women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Med*. 2021;9. doi:10.1177/205031212111053912
195. Swenen L, Brichant G, Kaluanga A, Masson V, Nisolle M. Les mutilations génitales féminines : le point sur la situation au Centre Hospitalier Régional de la Citadelle [Female Genital Mutilations : the condition in Liege]. *Rev Med Liege*. 2017 Jan;72(1):25-31. French. PMID: 28387074.
196. Sakru N, Inceboz T, Inceboz U, Zeren I, Karakus M, Kirca U. Does vaginal douching affect the risk of vaginal infections in pregnant women? *Saudi Med J*. 2006 Feb;27(2):215-8. PMID: 16501679.
197. Rabiepour S, Ahmadi Z. The effect of female circumcision on maternal and neonatal outcomes after childbirth: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1). doi:10.1186/s12884-022-05316-4
198. Essé B, Bö B, Sjö NO, Gudmundsson S, Langhoff-Roos J. *Is There an Association between Female Circumcision and Perinatal Death?*
199. Jger F, Schulze S. Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Med Wkly*. Published online May 18, 2002. doi:10.4414/smw.2002.09912
200. WHO. Supporting health-care providers to make positive change: WHO launches new training tools on female genital mutilation prevention and care. Published 2022. Accessed February 26, 2024. <https://www.who.int/news/item/03-02-2022-supporting-health-care-providers-to-make-positive-change-who-launches-new-training-tools-on-female-genital-mutilation-prevention-and-care>
201. Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare - Servizi dedicati alle MGF. Published 2023. Accessed February 26, 2024. <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/864>
202. Moore K, Randolph K, Toubia N, Kirberger E. The Synergistic Relationship between Health and Human Rights: A Case Study Using Female Genital Mutilation. *Health Hum Rights*. 1997;2(2):137. doi:10.2307/4065277
203. Hamdy A, Aboushady AT, Abd El Moty HI, ELShobary MOM, Bassiouny Y, Hegazy AA. Knowledge, attitudes, and practices of Female Genital Mutilation / Cutting among healthcare providers in two

- public hospitals in Egypt: A cross-sectional study. *PLOS Global Public Health*. 2023;3(12):e0002724. doi:10.1371/journal.pgph.0002724
204. Shahvisi A. "FGM" vs. female "cosmetic" surgeries: why do they continue to be treated separately? *Int J Impot Res*. 2023;35(3):187-191. doi:10.1038/s41443-021-00514-8
205. Bostani khalesi Z, Pirdadeh Beiranvand S, Ebtekar F. Iranian midwives' knowledge of and attitudes toward female genital mutilation/cutting (FGM/C). *Electron Physician*. 2017;9(2):3828-3832. doi:10.19082/3828
206. Istat. Popolazione residente al 1° gennaio. Published 2023. Accessed February 28, 2024. <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869>
207. Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Draft outcome document of the United Nations summit for the adoption of the post-2015 development agenda. Published 2015. Accessed February 28, 2024. <https://archive.unescwa.org/draft-outcome-document-united-nations-summit-adoption-post-2015-development-agenda>
208. Weny K, Silva R, Snow R, Legesse B, Diop N. Towards the elimination of FGM by 2030: A statistical assessment. *PLoS One*. 2020;15(10):e0238782. doi:10.1371/journal.pone.0238782
209. Abdulkadir J, Pusztaszeri M, Vilarino R, Dubuisson J, Vlastos A. Clitoral Neuroma after Female Genital Mutilation/Cutting: A Rare but Possible Event. *J Sex Med*. 2012;9(4):1220-1225. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02558.x
210. Newsome K, McKenny M, Elkbuli A. Major and minor surgery: Terms used for hundreds of years that have yet to be defined. *Annals of Medicine and Surgery*. 2021;66. doi:10.1016/j.amsu.2021.102409
211. Arcangela Lattari Balest. University of Pittsburgh, School of Medicine - Sindrome da inalazione di meconio. Published 2021. Accessed March 2, 2024. <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-dei-bambini/problemi-polmonari-e-respiratori-dei-neonati/sindrome-da-inalazione-di-meconio>
212. Samuel P. Huntington. *The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order*. Simon & Schuster; 2011.

Vorrei dedicare questo lavoro alle persone coinvolte nelle modificazioni degli organi genitali femminili con finalità non terapeutiche