

“Dobbiamo essere la voce di quelle donne che non possono parlare per se stesse”

“يجب أن نكون صوتاً لهؤلاء النساء اللواتي لا يستطعن التحدث عن أنفسهن”

Frances Fitzgerald, 2019

INDICE

1. RIASSUNTO.....	IV
2. INTRODUZIONE.....	1
2.1. LA TRASCULTURA	2
2.1.1. Salute ed immigrazione.....	2
2.1.2. Barriere di una comunicazione efficiente in ambito transculturale.....	4
2.1.3. Il mediatore interculturale	8
2.2. MIDWIFERY TRASCULTURALE	9
2.2.1. La formazione universitaria attuale in Italia e la transcultura.....	10
2.3. MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE	10
2.3.1. Definizione, diffusione, epidemiologia	10
2.3.2. Legislazione Italiana	14
2.3.3. Classificazione	16
2.3.4. Ripercussioni sulla donna	19
2.3.5. La deinfibulazione.....	20
2.3.6. L'ostetrica nel sostegno delle mutilazioni genitali femminili.....	22
3. OBIETTIVO DELLO STUDIO	25
4. MATERIALI E METODI	26
5. ANALISI STATISTICA DEI DATI.....	28
6. DISCUSSIONE.....	47
7. CONCLUSIONE.....	53

8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	55
9. ALLEGATI.....	59
10. RINGRAZIAMENTI.....	64

1. RIASSUNTO

Il presente studio è finalizzato all'approfondimento del tema delle mutilazioni genitali femminili.

Il suddetto fenomeno è, infatti, in continua crescita sul suolo italiano, a fronte del sempre crescente flusso migratorio di donne in età fertile, e presenta risvolti sempre maggiori e frequenti in ambito sanitario.

La tesi mira, infatti, a saggiare il grado di conoscenza teorica delle ostetriche in materia e la capacità di intervenire, laddove se ne presenti l'occasione.

A tal fine, ad un campione di ostetriche è stato sottoposto un questionario in forma anonima.

Dalle risposte desunte dal suddetto questionario, si evincono dati poco confortanti.

Nello specifico, in molti casi la conoscenza della materia risulta piuttosto sommaria, complice anche un percorso di formazione che riserva alle mutilazioni genitali femminili poco spazio, con conseguenti scarse capacità di intervento in termini pratici.

A fronte di ciò risulta quanto mai opportuno un maggiore approfondimento didattico dell'argomento in questione, affinché i professionisti siano preparati a trattare episodi di mutilazione con le capacità tecniche necessarie e con la sensibilità che simili situazioni richiedono.

2. INTRODUZIONE

Negli ultimi 25 anni il fenomeno migratorio ha assunto una dimensione sempre più rilevante a causa della crisi economica internazionale. È, infatti, proprio la situazione economica instabile nei paesi di origine, che peraltro sta peggiorando, una delle principali cause che spingono le persone ad emigrare.

In questa cornice l'Italia è uno dei cinque paesi con la più alta concentrazione di popolazione straniera in Europa.

Secondo il recente Rapporto Immigrazione 2022 Caritas Italiana e Fondazione Migrantes, al 1° gennaio 2022 i cittadini stranieri regolarmente residenti in Italia sono 5.193.669, un numero che segna un significativo aumento rispetto all'anno precedente (5.035.643) (*Rapporto Immigrazione 2021 Caritas Italiana e Fondazione Migrantes, 2021*). La Lombardia rimane la regione con il maggior numero di residenti stranieri, seguita da Lazio, Emilia-Romagna e Veneto, mentre la Toscana ha superato il Piemonte al 5° posto.

Gli immigrati presenti sul territorio italiano provengono da più di 200 Paesi diversi. La maggior parte di essi pratica fedi religiose differenti da quella cattolica, che rappresenta la confessione più diffusa in Italia, e aderisce a credenze, usanze e tradizioni tipiche del proprio Paese di provenienza. Il tessuto sociale risulta, quindi, inevitabilmente frammentato in sottogruppi con differenti convinzioni, bisogni, vulnerabilità.

Il suddetto fenomeno migratorio ha, inoltre, contribuito inevitabilmente a sostenere in modo decisivo la crescita demografica degli ultimi anni, rendendo la popolazione italiana

sempre più multi-etnica. Tutto questo comporta un impatto diretto sulla vita dei migranti stessi e della popolazione locale, che non può essere trascurato e dà vita ad un quadro piuttosto complesso per le istituzioni italiane.

2.1. LA TRANSCULTURA

2.1.1. Salute ed immigrazione

L'articolo 32 della Costituzione Italiana postula il diritto di ogni individuo, anche se non cittadino, ad accedere alle cure sanitarie. La salute è, infatti, un diritto universale, ma esistono molteplici ostacoli che impediscono alle persone immigrate di averne un pieno accesso: barriere linguistiche e culturali, che si traducono in problemi di comunicazione con gli operatori sanitari, scarsa conoscenza e diffidenza nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale, spesso assai differente da quello del proprio Paese di origine.

Interagire e comunicare con i migranti è, dunque, una delle principali sfide per il nostro Sistema Sanitario Nazionale. Anche con differenze da regione a regione, la causa principale è rappresentata dall'insufficiente o inadeguato investimento in risorse economiche ed umane nella Sanità Pubblica, che comporta la mancanza di adeguamento dei servizi e la mancanza di formazione del personale.

Proprio in tema di problemi comunicativi, non si dimentichi che nella maggior parte dei casi non esiste una versione multilingue delle norme vigenti per l'accesso ai servizi del Sistema Sanitario Nazionale.

In aggiunta si rammenti che molti gruppi immigrati preferiscono le pratiche di cura legate alla loro cultura d'origine, piuttosto che le cure offerte dal Sistema Sanitario Nazionale e queste pratiche sono spesso incoraggiate dalla famiglia o dalla comunità di appartenenza. Infatti, la cultura e la religione della popolazione immigrata sono elementi che tendono a persistere nel tempo, anche quando le circostanze cambiano, poiché sono fattori identitari, legati alle tradizioni e che rafforzano la coesione.

Un'altra grave preoccupazione è rappresentata dalle pratiche illegali di interventi chirurgici tribali, come circoncisioni e mutilazioni parziali o totali dei genitali femminili, spesso effettuate in casa con strumenti inappropriati e in condizioni igienico-sanitarie precarie. Queste pratiche mettono a rischio la vita e necessitano di un ricorso urgente al Sistema Sanitario Nazionale.

Va poi ricordato che negli ultimi anni le donne migranti hanno acquisito grande importanza all'interno della società italiana. La femminilizzazione dei flussi migratori, che vede una maggiore concentrazione di donne in età fertile, pone le questioni relative alla salute riproduttiva e materno-infantile come priorità assoluta.

L'interesse della disciplina ostetrica per questo fenomeno è, quindi, cresciuto proprio in ragione dell'aumento del numero di donne immigrate in Italia.

Con particolare riguardo alle donne gravide, migrare è un'esperienza notevolmente complessa. Spesso si trovano a dover fronteggiare la gravidanza senza l'aiuto delle donne

della propria famiglia, a cui sono tradizionalmente legate ed abituate, e partoriscono, dunque, in un ambiente completamente nuovo e diverso da quello che conoscevano nel loro Paese, circondate da persone e culture sconosciute, talvolta percepite come minacciose. A ciò si aggiunga che spesso le informazioni ricevute dagli operatori sanitari sono loro incomprensibili. La cultura esterna non è più la stessa e questo fa sì che la donna si senta sempre più fragile ed inadeguata.

Per molte donne, l'esperienza della migrazione è accompagnata da grande solitudine e insicurezza, confondendole circa le questioni pratiche e facendo loro scemare la fiducia nelle proprie capacità di pensiero.

In molte culture si riscontra poi una forte dipendenza da parte delle donne nei confronti del marito in merito all'accesso alle cure mediche. Spesso le donne evitano o riducono il numero di visite per lo screening dei tumori, nonché i controlli in gravidanza, a causa della mancanza di un medico donna. Immigrati provenienti da alcuni paesi musulmani rifiutano, infatti, di essere curati da medici o personale sanitario di sesso opposto. Inoltre, le donne spesso delegano ad accompagnatori maschi (mariti, padri o fratelli) la descrizione dei sintomi o la scelta dei percorsi terapeutici da seguire.

2.1.2. Barriere di una comunicazione efficiente in ambito transculturale

L'aumento della multietnicità crea nuove problematiche relazionali, suscita paure irrazionali e, talora, anche speranze, e implica inevitabilmente una ricerca di modalità per gestire la convivenza interetnica.

Infatti, quando ciascuno incontra una persona proveniente da un'altra cultura, entra in una sorta di situazione in cui i pregiudizi, supposizioni e idee trascendono e mutano la stessa identità.

La comunicazione è fatta non solo di scambi, ma anche di coinvolgimento reciproco e, nello specifico caso oggetto di studio, transculturale. Pertanto, si fa riferimento alla società multiculturale non solo per descrivere la convivenza di culture diverse, ma anche per definire un particolare modo di instaurare relazioni.

Nel dettaglio la comunicazione si configura come uno scambio di informazioni e dati che avviene tra due o più persone. La comunicazione si articola in due sotto tipologie: la comunicazione verbale e la comunicazione di carattere non verbale. La prima si basa sull'utilizzo del linguaggio, sia scritto che parlato, e il suo successo dipende dalla capacità di usare le parole giuste e, per converso, dalla capacità di comprenderle e interpretarle nel modo corretto. Elementi determinanti sono poi il tono della voce e la velocità del parlato, poiché possono determinare anche significati molto differenti a seconda delle culture.

Colasanti e Geraci (1990), studiosi della relazione tra medico e paziente in un contesto transculturale, hanno individuato cinque possibili livelli di incomprensione, che è opportuno conoscere affinché possano essere superati, in modo tale che la comunicazione e l'assistenza ne possano trarre giovamento.

In primo luogo, il livello prelinguistico, che si riferisce alla difficoltà per l'assistito di esprimere le proprie sensazioni interiori. Spesso questo affiora ad un vissuto inconscio o che non trovi possibilità di esternazione verbale.

Spesso ci si trattiene, perché si ritiene che il proprio pensiero non sia rilevante o non possa essere compreso a fondo. In un ambiente transculturale questa difficoltà può risultare acuita per via dell'approccio con la propria interiorità che può essere diverso.

Il secondo livello di incomprensione è quello linguistico, che si sostanzia nella difficoltà più immediata laddove gli interlocutori non comunicano nello stesso idioma.

Altra difficoltà attiene alla semantica, intesa come erronea comprensione del significato delle parole, la quale può presentarsi, in ambito sanitario, ad esempio in fase di raccolta dati dell'anamnesi o durante la formulazione della diagnosi.

Quello metalinguistico trascende, invece, l'aspetto semantico e rappresenta il livello simbolico di una lingua, che trae origine e fondamento dalla cultura, dalle tradizioni, dalle esperienze personali e le emozioni stesse del singolo individuo.

Il livello culturale è, infine, un concetto che esprime l'"imprinting" con cui una persona determina la propria identità come frutto dell'incontro di relazioni personali e familiari, regole sociali, dogmi religiosi e tradizioni storiche. L'identità, dunque, non nasce per definizione come immutabile e risente del contesto socioculturale in cui l'individuo

risulta inserito. L'immigrato, pertanto, vive una sorta di dualismo culturale, che va tenuto in considerazione in sede di relazione interpersonale.

Consci delle succitate difficoltà, risulta chiaro che nei rapporti con gli utenti immigrati, le incomprensioni sono inevitabili, poiché spesso è impossibile decifrare i messaggi che i pazienti vogliono trasmettere. A volte, questo malinteso può derivare proprio dalla difficoltà degli immigrati di esprimere i loro sentimenti interiori.

Le differenze razziali e culturali con i pazienti sono quindi una complicazione di una relazione intrinsecamente complessa che induce gli operatori sanitari a percepire la stessa con disagio e che può determinare una reciproca sensazione di insoddisfazione. Per ovviare a questo problema è necessario avere una conoscenza generale delle problematiche dell'immigrazione, come l'incidenza dei fenomeni migratori, le caratteristiche sociodemografiche, la legislazione vigente e soprattutto gli aspetti comportamentali e culturali.

Da queste considerazioni emerge la necessità di un intermediario professionale tra le culture che traduca non solo il significato letterale delle parole ma anche quello simbolico e faciliti l'integrazione delle popolazioni immigrate, colmando il divario tra l'individuo e la società che lo accoglie.

2.1.3. Il mediatore interculturale

Il Mediatore Interculturale è una professionista, il cui compito è quello di agevolare l'integrazione dei cittadini stranieri nel territorio italiano.

Si tratta di una persona adulta, che abbia almeno un diploma di scuola superiore, che viva in Italia da almeno due anni e che sia di origine straniera. Il Mediatore deve, inoltre, essere dotato di ottime competenze linguistiche nella lingua madre e nell'italiano, oltre a saper comprendere e interpretare i codici culturali del paese d'origine e di quello di accoglienza.

(Consiglio Nazionale dell'economia e del Lavoro, 2009)

Le mansioni del Mediatore Interculturale sono molteplici e comprendono l'intermediazione linguistica, l'accompagnamento nei percorsi individuali e la facilitazione degli scambi tra cittadini immigrati e operatori, servizi e istituzioni. Inoltre, il mediatore è in grado di analizzare i bisogni e le risorse di un singolo utente o di un gruppo, orientare e progettare iniziative e strumenti utili all'integrazione.

Il Mediatore è tenuto a tradurre, comunicare tenendo conto delle differenze culturali, etniche, religiose, di genere e di vissuto; saper ascoltare ed essere empatico; riconoscere e valorizzare le differenze.

Gli ambiti in cui può essere impiegato il Mediatore Interculturale sono molteplici: Educazione, Salute, Giustizia, Pubblica Amministrazione, Sicurezza e Accoglienza, oltre al settore privato no-profit.

I servizi di mediazione interculturale possono variare a seconda delle aree di specializzazione, situazioni e necessità della popolazione straniera

2.2. MIDWIFERY TRANSCULTURALE

In un mondo sempre più multietnico e all'interno di uno scenario caratterizzato dalla fenomenologia dell'intercultura, la midwifery transculturale ha acquisito una notevole importanza.

Si tratta di una nuova disciplina che nasce dall'esigenza di affrontare la realtà con un modello comportamentale adeguato ad ogni cultura, calibrando il sapere scientifico e umanistico in modo da fornire servizi assistenziali universali, ma anche specifici di ogni cultura. Pertanto, è fondamentale esplorare e comprendere i valori culturali, le credenze e le pratiche ostetriche di ogni singola cultura, al fine di offrire un'assistenza che rispetti gli usi e costumi delle persone coinvolte.

L'obiettivo principale della midwifery transculturale è quello di assistere la persona nel suo complesso, utilizzando un approccio integrato alla cura. Per questo motivo, risulta fondamentale che tutte le figure professionali coinvolte nell'ambiente multietnico siano dotate degli strumenti necessari per agire con "competenza culturale" e collaborare con i mediatori. In questo modo, sarà possibile fornire a ciascun utente un'assistenza ostetrica sensibile alle suddette differenze culturali.

La teorica Campinha-Bacote (J. Campinha-Bacote, 2011) ha definito il concetto di competenza culturale per la salute come un processo dinamico in cui l'ostetrica può agire in maniera efficace all'interno del contesto culturale dell'utente. Proprio da questa definizione emerge l'importanza della midwifery transculturale come ambito di studio e pratica professionale in costante evoluzione.

2.2.1. La formazione universitaria attuale in Italia e la transcultura

Nonostante l'importanza della midwifery transculturale, purtroppo in Italia la maggioranza dei corsi di studio di ostetricia non presenta una vera e propria attività didattica inerente alla transcultura.

Argomenti attuali, come la Mutilazione Genitale Femminile, spesso vengono affrontati in maniera poco approfondita durante il corso di alcuni moduli didattici presenti nei vari corsi di laurea di Ostetricia.

2.3. MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE

2.3.1. Definizione, diffusione, epidemiologia

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, con l'espressione "mutilazioni genitali" si intendono "tutte le pratiche di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o [...] altre alterazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche." (*Ministero della Salute, 2023*).

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, si stima che più di 200 milioni di ragazze e donne abbiano subito mutilazioni genitali femminili in paesi in cui la pratica è ancora diffusa (*Ministero della Salute, 2023*).

Inoltre, ogni anno circa 3 milioni di ragazze corrono il rischio di subire questa pratica, nella maggior parte dei casi prima dei 15 anni di età (*Ministero della Salute, 2023*).

Si tratta di un fenomeno preoccupante, considerato che non presenta alcun beneficio ma, al contrario, comporta rischi immediati per la salute, nonché complicazioni a lungo termine per il benessere fisico, mentale e sessuale delle donne.

Conseguentemente le mutilazioni genitali femminili sono state riconosciute anche come una violazione dei diritti umani delle ragazze e delle donne (*Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne, 1993*).

L'età in cui le ragazze subiscono la Mutilazione Genitale Femminile cambia da paese a paese e da gruppo culturale a gruppo culturale. In alcune di esse la Mutilazione Genitale Femminile viene praticata prima dei cinque anni, mentre in altre ad età comprese tra i cinque e i quattordici anni o in prossimità del loro matrimonio.

È proprio perché viene praticata su ragazze molto giovani e, per giunta, senza il loro consenso, che la suddetta pratica viene considerata anche come una violazione dei diritti dei minori (*Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, 1991*)

Nello specifico le mutilazioni genitali femminili sono concentrate in gran parte nell'Africa occidentale, orientale e nord-orientale, nonché in alcuni paesi del Medio Oriente e dell'Asia. Tuttavia, grazie alla crescente migrazione, si sono registrati casi anche in Europa, Australia e Nord America. Pertanto, le mutilazioni genitali femminili rappresentano un problema globale (*OMS, 2018*)

Le ragioni per cui vengono praticate queste mutilazioni variano da regione a regione e da gruppo etnico a gruppo etnico. Le motivazioni principali sono: il rispetto della tradizione, in quanto viene vista come segno di rispetto da parte dei membri più anziani della comunità o come un rito di passaggio obbligatorio verso l'età adulta; le convenzioni sociali, secondo cui coloro che aderiscono alla pratica sono meglio accettate nella comunità, a fronte di condanne per chi, invece, si sottrae; l'aumento della fertilità, in quanto si ritiene che senza la Mutilazione Genitale Femminile una donna non possa rimanere incinta o abbia difficoltà durante il travaglio; la possibilità di sposarsi, poiché si crede che le mutilazioni genitali femminili garantiscano la verginità di una ragazza o di una donna prima del matrimonio e la fedeltà dopo; la pulizia e la bellezza, poiché i genitali femminili tagliati o chiusi sono considerati più igienici e belli; la femminilità, poiché si ritiene che la rimozione delle parti genitali considerate maschili renda le ragazze più femminili e rispettabili; ed infine molte comunità considerano le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) un obbligo religioso. A volte, sono gli stessi leader religiosi che incoraggiano la pratica, anche se nessuno dei principali testi lo menziona (*OMS, 2018*).

In alcuni paesi, le MGF sono addirittura medicalizzate, ovvero praticate da qualsiasi tipo di operatore sanitario, sia in cliniche private che pubbliche, a casa o altrove.

In questo contesto secondo le ultime ricerche condotte dall'Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere, in Italia potrebbero oscillare tra il 15 e il 24% le ragazze che corrono il rischio di subire le mutilazioni genitali femminili, su una popolazione complessiva di 76.040 giovani al di sotto dei 18 anni, provenienti da paesi in cui questa pratica è diffusa. La maggior parte delle ragazze a rischio in Italia ha origini egiziane, ma vi sono anche minoranze provenienti da Senegal, Nigeria, Burkina Faso, Costa d'Avorio, Etiopia e Guinea (*EIGE, 2018*).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma che, a livello globale, negli ultimi tre decenni si è assistito ad un calo generale delle mutilazioni genitali femminili, ma non tutti i paesi hanno compiuto progressi rilevanti e il ritmo del declino è stato, dunque, disomogeneo.

Dal momento che i suddetti progressi non sono da considerarsi idonei per stare al passo con la crescita della popolazione, se le tendenze attuali non dovessero cambiare, il numero di ragazze e donne sottoposte a Mutilazione Genitale Femminile aumenterà in modo significativo nei prossimi 15 anni (*OMS, 2023*)

Per risolvere questa situazione, è importante conoscere ed affrontare le cause profonde delle mutilazioni genitali femminili nei paesi in cui vengono ancora praticate. Questo include l'accrescimento dell'istruzione femminile, la promozione della consapevolezza

dei diritti umani e delle donne, la fornitura di servizi di salute riproduttiva e sostegno economico alle famiglie. Inoltre, le comunità devono promuovere la tolleranza e l'accettazione verso le ragazze che hanno subito mutilazioni genitali femminili, aumentando la consapevolezza e riducendo le disuguaglianze tra i sessi (OMS, 2023).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto l'importanza della figura del personale sanitario, il quale può svolgere un ruolo fondamentale nel contrastare le mutilazioni genitali femminili e nell'aiutare le donne che vivono con la Mutilazione Genitale Femminile (OMS, 2018)

2.3.2. Legislazione Italiana

Il legislatore italiano è intervenuto nel 2006, disciplinando la materia con la Legge n. 7 “*Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di Mutilazione Genitale Femminile*” (cosiddetta Legge Consolo), che vieta le mutilazioni genitali femminili in ogni possibile forma e manifestazione.

Nel dettaglio la summenzionata legge introduce gli art. 583-bis e 583-ter del Codice Penale, i quali stabiliscono pesanti conseguenze penali nei confronti di chiunque pratichi mutilazioni genitali, laddove non sussistano motivazioni di carattere sanitario.

Nel dettaglio il primo prevede al comma 1 la reclusione da quattro a dodici anni per il soggetto che provochi lesioni genitali, attraverso clitoridectomia, escissione, infibulazione e pratiche affini determinanti i medesimi effetti, mentre al comma 2 la reclusione da tre a sette anni nel caso di lesioni agli organi sessuali di natura diversa da quelle predette.

Le pene sono poi inasprite, con l'aumento fino ad un terzo, nel caso in cui i reati siano commessi nei confronti di minorenni o per solo scopo di lucro.

L'art 583-ter contempla invece l'ipotesi in cui la mutilazione genitale sia posta in essere da un professionista sanitario. In questo caso è stabilita la pena accessoria dell'interdizione da tre a dieci anni, con la comunicazione della sentenza di condanna all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

La legge in esame prevede poi, al fianco di misure repressive, strumenti di prevenzione, nonché di sostegno per le vittime.

In particolare, dispone la creazione di un apposito numero verde istituito presso il Ministero dell'Interno, oltre a campagne e iniziative di educazione, informazione e sensibilizzazione.

Ulteriore forma di tutela nei confronti delle mutilazioni genitali femminili può ricavarsi indirettamente dal Codice Civile, che prevede all'art. 330 la rimozione del minore dal nucleo familiare e la sospensione della custodia parentale qualora il comportamento del genitore minacci il benessere del figlio e all'art.333 forme di intervento preventivo in caso di comportamento pregiudizievole dei genitori.

A ciò si aggiunga poi la possibilità, prevista dall'art 7 comma 2 del D. Lgs. 251/2007 di concessione dello status di rifugiato a seguito di domande di asilo che adducano ragioni di violenza fisica e mentale, nelle quali possono a ragion veduta inserirsi proprio le mutilazioni genitali.

2.3.3. Classificazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha distinto quattro principali forme di Mutilazione Genitale Femminile, che producono effetti diversi sui genitali femminili ed hanno gradi di gravità differenti. Si riconoscono anche diverse forme intermedie, in base alle peculiari tradizioni di ogni gruppo etnico.

La **tipologia I** (*Figura 1*) prevede la rimozione parziale o totale del glande clitorideo e/o del prepuzio.

- La **tipologia Ia** (*Figura 1*) prevede l'asportazione parziale o totale del prepuzio clitorideo (circoncisione), mentre la
- La **tipologia Ib** (*Figura 1*) prevede l'asportazione del clitoride e del prepuzio (clitoridectomia).

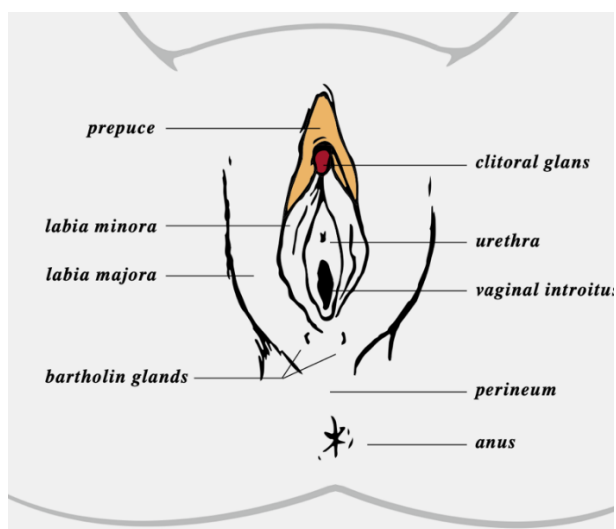


Figura 1- Mutilazione Genitale Femminile di Tipo I tratta da “Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook- © World Health Organization 2018”. La tipologia Ia è rappresentata dal colore giallo. La tipologia Ib è rappresentata dal colore giallo e dal colore rosso.

La **tipologia II** (escissione) (*Figura 2*) prevede l'asportazione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra. Esistono poi tre sotto tipologie principali nella II classe:

- **tipologia IIa** (*Figura 2*) dove vengono asportate solo le piccole labbra, mentre nella
- **tipologia IIb** (*Figura 2*) dove viene asportata anche una parte del clitoride, che può intaccare anche il prepuzio.
- **tipologia IIc** (*Figura 2*) consiste nell'asportazione parziale o totale del glande clitorideo, delle piccole labbra e delle labbra maggiori e, alcuni casi, può essere interessato anche il prepuzio. Tale procedimento può essere effettuato sia con strumenti chirurgici che con l'uso di oggetti appuntiti.

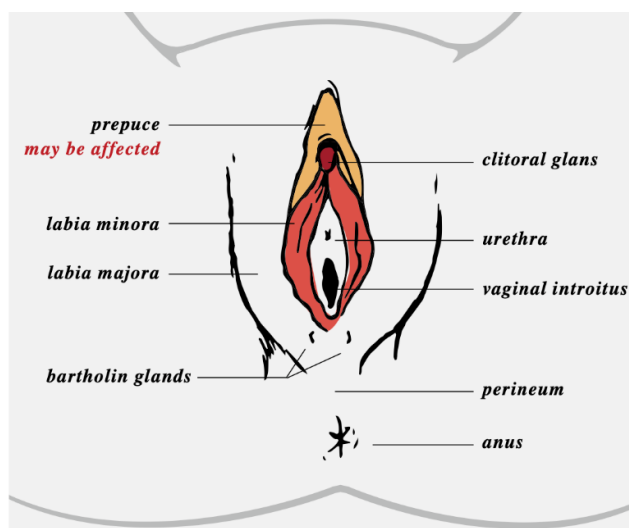


Figura 2 -Mutilazione Genitale Femminile di Tipo II tratta da “Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook- © World Health Organization 2018”. La tipologia IIa è rappresentata dal colore arancione. La tipologia IIb è rappresentata dall’insieme di tutti i colori. Nella tipologia IIc è rappresentata da tutti i colori e dall’interessamento delle grandi labbra.

La **tipologia III** (infibulazione) è una procedura che coinvolge la riduzione della dimensione dell'apertura vaginale. Viene creato un sigillo di copertura che si forma tagliando e riposizionando le piccole o grandi labbra mediante suture, con o senza rimozione del prepuzio clitorideo e del glande.

- **Tipologia IIIa**, (Figura 3) in questo caso vi è l'apposizione delle piccole labbra,
- **Tipologia IIIb** (Figura 4) in questo caso vi è l'apposizione delle piccole e grandi labbra.

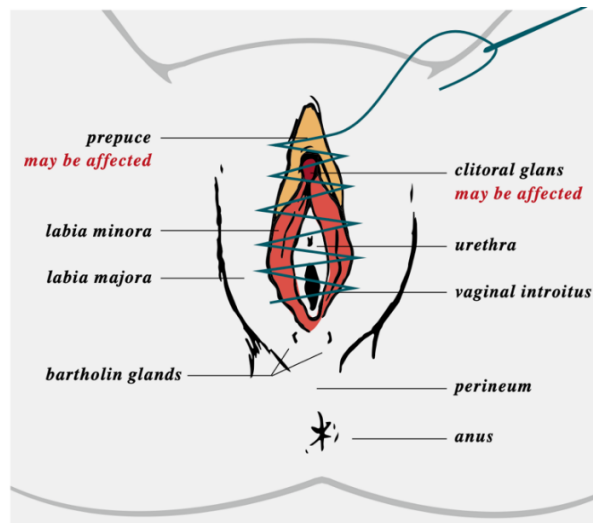


Figura 3- Mutilazione Genitale Femminile di Tipo IIIa tratta da “Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook- © World Health Organization 2018”.

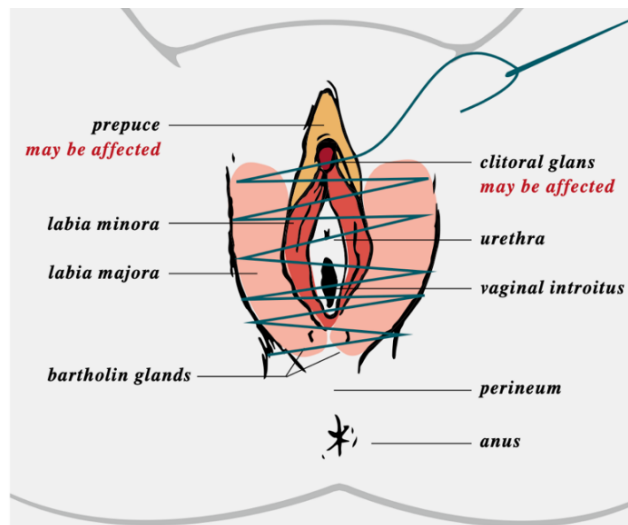


Figura 4 -Mutilazione Genitale Femminile di Tipo IIIb tratta da “Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook- © World Health Organization 2018.”

La **tipologia IV** include altre procedure dannose per i genitali femminili senza indicazione medica, come ad esempio pungere, perforare, incidere, raschiare e cauterizzare l'area genitale.

2.3.4. Ripercussioni sulla donna

Le ragazze e le donne che subiscono la Mutilazione Genitale Femminile sperimentano spesso complicazioni immediate e a breve termine come dolore intenso, emorragia, shock, gonfiore dei tessuti genitali, febbre, infezioni secondarie (ad esempio, da tetano), problemi urinari, lesioni al tessuto genitale circostante, traumi, morte. Tuttavia, è possibile che solo le ragazze e le donne più gravemente colpite chiedano aiuto per queste complicazioni (OMS, 2018)

Le mutilazioni genitali femminili possono causare anche molteplici complicazioni ginecologiche e urologiche a lungo termine come ad esempio: problemi urinari (dolore durante la minzione, infezioni del tratto urinario); problemi vaginali (perdite, prurito, infezioni); problemi mestruali (spesso causati dalla parziale o totale occlusione dell'orifizio vaginale); cicatrici e cheloidi; problemi sessuali (dolore durante i rapporti sessuali, mancanza di piacere); complicazioni durante il parto (*OMS, 2018*)

Durante la gravidanza e il parto, le donne che hanno subito la Mutilazione Genitale Femminile sono maggiormente esposte a delle difficoltà. Il tessuto cicatrizzato che si è formato può impedire la dilatazione del canale del parto. Un parto protratto nel tempo può inoltre portare a una inerzia uterina, con conseguenze come la formazione di fistole e una grave perdita ematica, che potrebbero condurre alla morte fetale (*ISS, 2022*)

Gli operatori sanitari devono essere consapevoli del fatto che queste complicanze possono essere associate a condizioni diverse da quelle causate dalle mutilazioni genitali femminili e devono essere trattate secondo il protocollo locale e le linee guida nazionali (*Ministero della Salute, 2007*).

2.3.5. La deinfibulazione

La deinfibulazione è un intervento chirurgico che permette di invertire l'infibulazione (Mutilazione Genitale Femminile di tipo III) ed ha come scopo principale creare un ostio vaginale normale, ricostruendo, nella misura del possibile, le piccole labbra all'ingresso della vagina. Questo intervento può essere parziale o totale a seconda della quantità di

tessuto cutaneo da rimuovere. La procedura si svolge in anestesia locale o locoregionale, anche se in alcuni casi può essere eseguita in anestesia generale su richiesta della donna. Le tecniche utilizzate sono due: la chirurgia con laser e la chirurgia a lama fredda, entrambe ambulatoriali e praticate in anestesia locale con Carbocaina al 2% (*Ministero della Salute, 2007*).

L'apertura dell'infibulazione è indicata in diversi casi: quando la donna lo desidera, durante il secondo trimestre di gravidanza o durante il travaglio, per facilitare le procedure ginecologiche, per trattare condizioni quali ritenzione urinaria, infezioni ricorrenti del tratto urinario e/o infezioni renali, infezioni ricorrenti del tratto riproduttivo, problemi mestruali, dispareunia o difficoltà durante i rapporti sessuali, aborto incompleto, cancro cervicale e per l'uso di determinati metodi contraccettivi (*OMS, 2018*).

Prima dell'intervento e dopo aver fornito tutte le necessarie informazioni, anche tramite la mediazione linguistico-culturale, ed essersi accertati della comprensione di quanto detto, è molto importante acquisire il consenso informato scritto all'intervento (*Ministero della Salute, 2007*).

Se una donna sceglie di essere deinfibulata durante la gravidanza, è preferibile eseguire la procedura tra la ventesima e la ventottesima settimana di gravidanza, ovvero durante il secondo trimestre (*OMS, 2001*). È meglio evitare di eseguire la procedura durante il primo trimestre di gravidanza poiché aumenta il rischio di aborto spontaneo (*OMS, 2001*).

Prima della deinfibulazione è importante fornire alle donne informazioni e consigli completi, così come ai loro mariti/partner, se la donna lo consente. In caso di tempo insufficiente per discutere l'intervento chirurgico in dettaglio, come ad esempio quando una donna arriva alla struttura sanitaria già in travaglio avanzato, è necessario spiegare brevemente la procedura mentre viene eseguita e poi fornire ulteriori dettagli dopo il parto (*Ministero della Salute, 2007*)

Le controindicazioni sono date dal rifiuto della donna o dall'impossibilità data dal tessuto cicatriziale che non può essere sollevato e tagliato (*OMS, 2018*)

2.3.6. L'ostetrica nel sostegno delle mutilazioni genitali femminili

Stando alle linee guida del Ministero della Salute del 2007, gli operatori sanitari, con particolare riguardo alle ostetriche in funzione del caso di studio in oggetto, devono conoscere nel dettaglio le mutilazioni genitali femminili e le comunità che le praticano, in modo da essere preparate a svolgere al meglio il proprio ruolo e da evitare che la donna si senta trattata come un caso anomalo.

La conoscenza dell'importanza delle Mutilazioni Genitali Femminili, dei rischi per la salute e delle basi culturali su cui sono effettuate, permette loro di instaurare un rapporto di fiducia con le donne, così da soddisfare i loro bisogni ed evitare, laddove possibile, che le suddette mutilazioni vengano ulteriormente perpetrate.

È necessario considerare che spesso le donne tendono a minimizzare l'entità della procedura subita e, per tale ragione, bisogna prestare molta attenzione al senso di pudore. Le visite devono essere limitate a quelle strettamente necessarie; in caso sia opportuno far ricorso a specialisti, è necessario informare adeguatamente la donna (*Ministero della Salute, 2007*).

Durante la consulenza è importante trovare un luogo tranquillo e riservato e, nel caso in cui la donna parli una lingua diversa, si consiglia di contattare una mediatrice interculturale, dietro parere favorevole della donna. Infatti, in alcuni casi le donne preferiscono che sia il marito o un familiare a tradurre (*OMS, 2018*).

Iniziando la sessione di consulenza, l'operatore sanitario deve fornire alla donna informazioni sugli effetti della Mutilazione Genitale Femminile. Nello specifico è buona norma istruirla sull'anatomia e la fisiologia del sistema riproduttivo femminile e renderla consapevole delle differenze. Se la donna acconsente, si può far ricorso a immagini e disegni che aiutino a descriverle (*OMS, 2018*).

Inoltre, è necessario fornire alla donna (e al marito/partner se presente) informazioni dettagliate sui cambiamenti fisiologici che si verificheranno in funzioni come la minzione e i rapporti sessuali (*OMS, 2018*).

È importante anche discutere degli effetti negativi dell'infibulazione e dei benefici della deinfibulazione, nonché informare la donna sulle difficoltà e sulle complicanze associate ai genitali infibulati durante la gravidanza e il parto (*OMS, 2018*).

Le donne che hanno subito la Mutilazione Genitale Femminile presentano condizioni specifiche che aumentano il rischio di sviluppare complicanze durante la gravidanza e il parto. Queste possono includere l'apertura vaginale stretta dovuta a cicatrici nella zona vulvare, infezioni o infiammazioni, aderenze vulvari, cisti e cheloidi (OMS, 2018).

In linea generale, le donne con Mutilazioni Genitali Femminili di tipo I, II e IV senza complicanze e quelle sottoposte a deinfibulazione durante la gravidanza hanno probabilità di avere un parto che richiede una gestione di routine. Tuttavia, le donne con infibulazione intatta o con cicatrici estese dei genitali esterni hanno un rischio più elevato di riscontrare complicanze durante il parto per se stesse e per il bambino (OMS, 2018).

Anche le complicazioni di salute legate alla Mutilazione Genitale Femminile durante il post partum possono essere molteplici. Tra queste, spicca l'emorragia post partum da utero atonico, associata a travagli particolarmente prolungati. Inoltre, le lacerazioni perineali possono essere ulteriormente aggravate da una riparazione non corretta, con conseguenze come la ritenzione urinaria, l'infezione delle ferite suturate e la possibilità di sviluppare fistole vescico-vaginali o retto-vaginali (OMS, 2018)

Per quanto riguarda la gestione del post partum, le donne che hanno subito una deinfibulazione durante la gravidanza, il travaglio o il parto potrebbero aver bisogno di cure aggiuntive e di un adeguato sostegno psicologico. Tuttavia, in generale, l'iter del postpartum è lo stesso per tutte le donne (Ministero della Salute, 2007)

3. OBIETTIVO DELLO STUDIO

Il presente studio ha come obiettivo principale comprendere e valutare il grado di preparazione delle ostetriche in merito al tema delle mutilazioni genitali femminili.

Nel dettaglio lo scopo è quello di ponderare il livello di preparazione che l'iter formativo italiano offre al riguardo e il livello di attenzione riservato al suddetto argomento, al fine di comprendere la preparazione teorica finale dell'ostetrica.

Oltre alla formazione universitaria, lo studio è finalizzato a valutare la conoscenza generale che le ostetriche possiedono, anche derivata dalla loro esperienza lavorativa sul campo.

Nel mondo odierno globalizzato non è raro, infatti, che l'ostetrica si trovi dinanzi a casi di mutilazione genitale e risulta pertanto indispensabile che possieda un bagaglio culturale sufficiente per permetterle di riconoscere la tipologia della stessa e affrontare la problematica in maniera quanto più efficiente ed appropriata possibile per la paziente.

Come premesso, dunque, lo studio punta ad evidenziare la sempre maggior frequenza delle mutilazioni genitali femminili nell'ambito della pratica ostetrica e la necessità di personale adeguatamente formato a gestire simili circostanze

4. MATERIALI E METODI

Per raggiungere l'obiettivo di studio così delineato è stato elaborato un questionario (ALLEGATO 1) sulla piattaforma *GoogleForms*, che è stato sottoposto all'attenzione delle ostetriche a livello nazionale tramite varie piattaforme social, quali Facebook, Instagram, WhatsApp, Gmail e con l'aiuto dell'Ordine della professione di Ostetrica interprovinciale di Bergamo, Cremona, Lodi, Milano, Monza e Brianza.

Nella presentazione del questionario, in ossequio a quanto disposto dal GDPR 679/2016 e dal Codice sulla protezione dei dati personali, che recepisce quanto disposto nel primo, l'ostetrica viene informata circa le modalità del trattamento dei dati.

Nello specifico si esplicita che *“i dati raccolti saranno utilizzati per finalità esclusivamente di ricerca e non commerciali, in forma aggregata ed anonima, nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003), aggiornato con il nuovo decreto legislativo (D.Lgs. 101/2018) di adeguamento della disciplina italiana al regolamento europeo sulla privacy (Reg. UE n. 679/2016, GDPR)”*.

Il consenso al suddetto trattamento si intende reso con la compilazione stessa del questionario.

Il questionario in oggetto si compone di 16 domande; di queste, le prime 5 attengono ai dati generali delle ostetriche: vengono richieste, infatti, informazioni circa la loro fascia

di età, il livello di istruzione, la zona dei propri studi (Nord, Centro o Sud Italia), il settore e il luogo in cui viene esercitata la professione.

Nelle successive tre domande, venendo allo specifico ambito dell'oggetto di studio, le ostetriche sono state chiamate a specificare se abbiano affrontato e approfondito le mutilazioni genitali femminili durante il proprio percorso di formazione e se abbiano mai incontrato simili casi nell'esercizio della professione. In caso di risposta positiva, l'ostetrica si è trovata a dover specificare se sia stata in grado di affrontare le situazioni in esame oppure abbia riscontrato difficoltà.

In conclusione, per analizzare il grado di preparazione generale, sono state formulati otto quesiti di natura prettamente teorica sull'argomento.

Il periodo di tempo durante il quale il questionario è stato diffuso va dal 3 gennaio 2023 al 28 febbraio 2023.

I dati sono stati analizzati ed aggregati utilizzando il software Microsoft Excel del pacchetto Office. Nello specifico, i suddetti dati sono stati elaborati ricorrendo alla funzione "grafici" e "tabelle" che permettono di schematizzare gli stessi in opportuni diagrammi a torta, istogrammi e tabelle, che offrono una proiezione immediata, permettendo di comprenderne la dimensione ed il significato.

5. ANALISI STATISTICA DEI DATI

Al questionario hanno risposto 197 ostetriche.

La fascia di età maggiormente rappresentata è quella dai 31 ai 40 anni con il 37% (n=73), di poco maggiore rispetto alla fascia dei 20-30 anni con il 33% (n=64). Sul gradino immediatamente inferiore si colloca il range di età superiore ai 50 anni (17%, n=34), mentre la fascia di età con minor tasso è quella che va dai 41 ai 50 anni con solo il 13% (n=26) (*Grafico 1*).

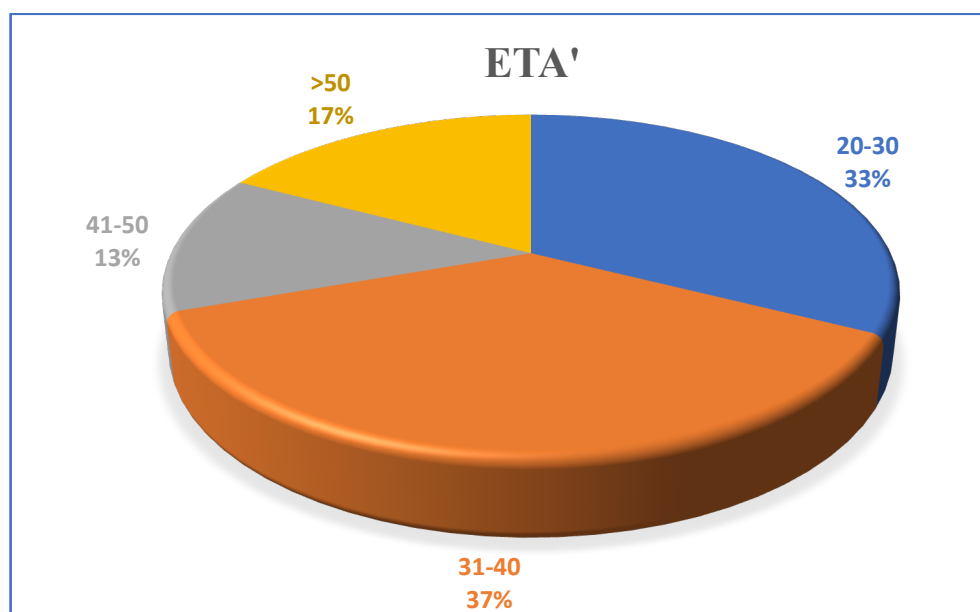


Grafico 1: Fasce di età delle ostetriche intervistate

Delle partecipanti allo studio ben il 56% (n=110) ha studiato in Centro Italia, mentre il 24% (n=47) di esse al Nord e il 20% (n=39) al Sud. Soltanto una ostetrica ha invece compiuto il suo percorso di studi all'Estero (*Grafico 2*).

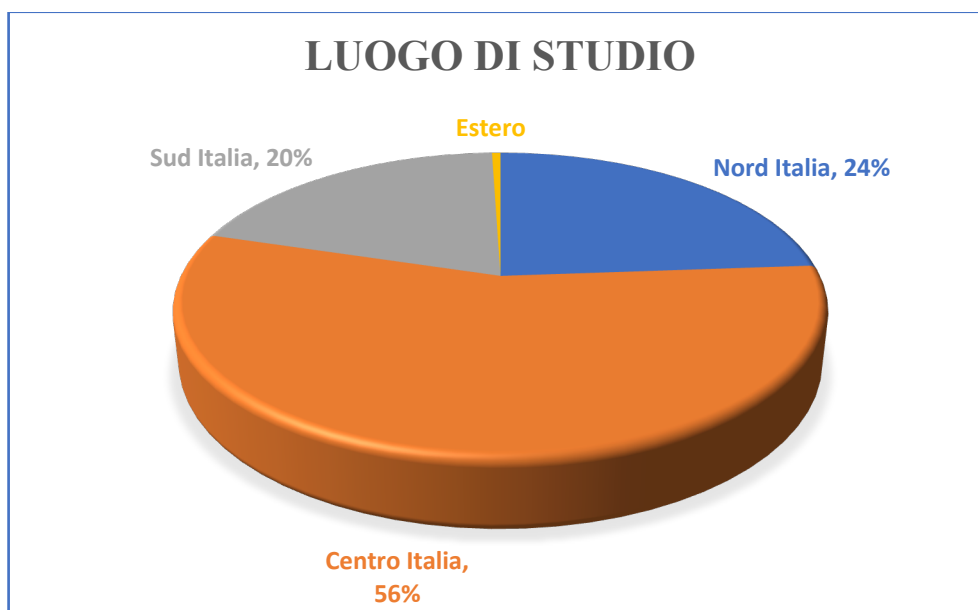


Grafico 2: Luogo di studio delle ostetriche intervistate

Per ciò che concerne il titolo di studio, il 79% (n=155) delle ostetriche ha conseguito la Laurea Triennale, mentre solo il 9% (n=19) ha proseguito con la Laurea Magistrale. Invece, il 12% (n=23) non è in possesso di un titolo di Laurea, bensì di un titolo equipollente (*Grafico 3*).

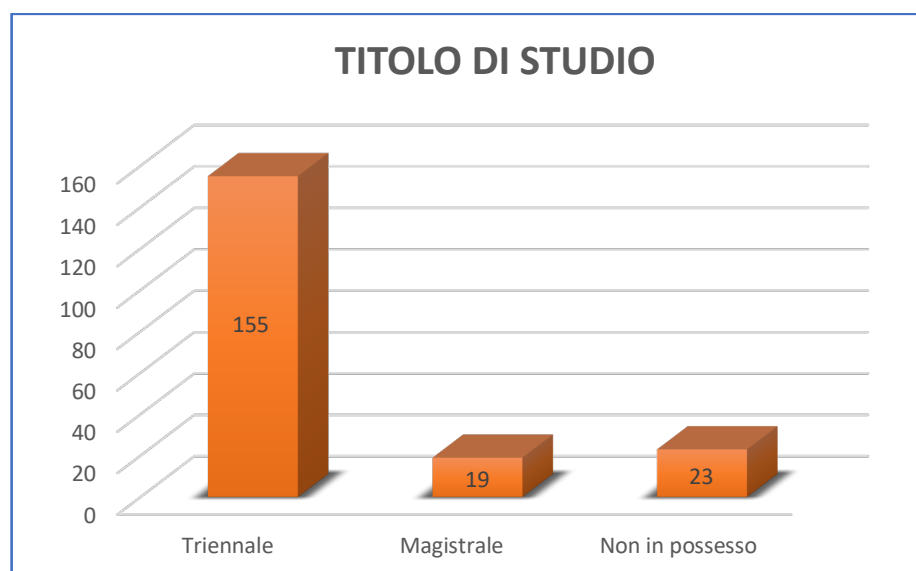


Grafico 3: Titolo di studio delle ostetriche

La grande maggioranza delle ostetriche (85%) (n=168) che hanno aderito al questionario esercita la professione in ospedale. Marginali sono le percentuali delle ostetriche che svolgono il proprio lavoro come Libere professioniste (10%) (n=19) o all'interno dei Consultori Familiari (5%, n= 10) (Tabella1).

OSPEDALE		CONSULTORIO FAMILIARE		LIBERO PROFESSIONISTA	
N	%	N	%	N	%
168	85%	10	5%	19	10%

Tabella 1: Ambito lavorativo delle ostetriche intervistate

Quanto all'area geografica del luogo di lavoro delle ostetriche partecipanti allo studio, dall'analisi dei dati raccolti emerge che il 49% (n=97) esercita la pratica ostetrica in Centro Italia, il 36% (n=97) in Nord Italia, mentre solo il restante 15% (n=71) al Sud (Tabella 2).

NORD		CENTRO		SUD	
N	%	N	%	N	%
71	36%	97	49%	29	10%

Tabella 2: Area geografica di competenza lavorativa delle ostetriche

Delle partecipanti all'indagine la parte maggioritaria, pari al 55% (n=109), non ha approfondito l'argomento delle mutilazioni genitali femminili in ambito universitario. Per contro, il restante 45% (n= 88) ha invece studiato il suddetto argomento (Grafico 4).

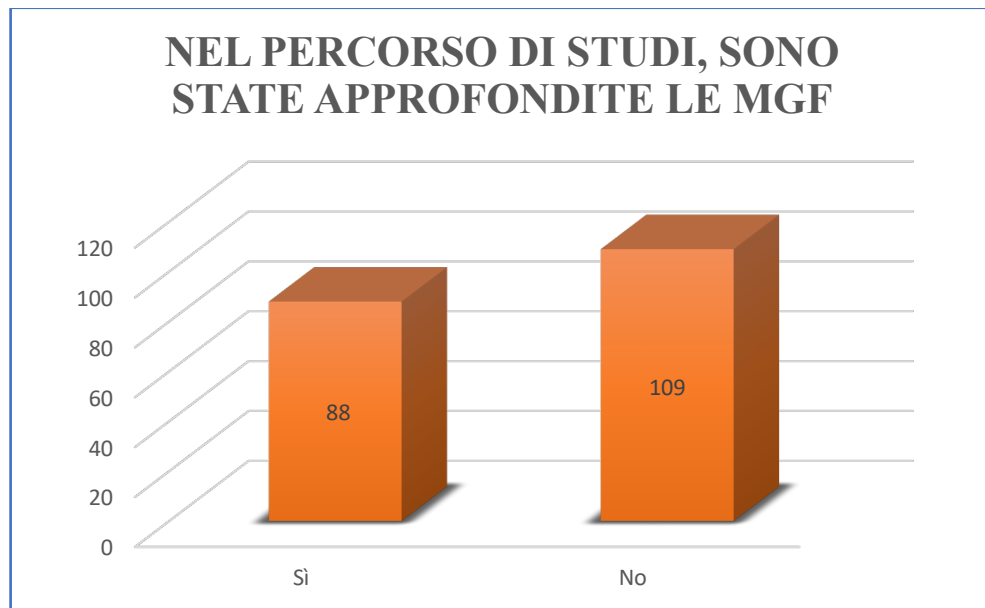


Grafico 4: Approfondimento MGF durante il percorso di studi

La maggioranza delle ostetriche interrogate, nella misura del 61% (n=120), dichiara di aver dovuto relazionarsi con casi di mutilazione genitale in ambito lavorativo, a dimostrazione del sempre maggiore impatto sociale delle stesse. Una minoranza, pari al 39% (n=77), non ha invece riscontrato casi simili.



Grafico 5: Riscontro casi di MGF in ambito lavorativo

Di coloro che si sono relazionate con casi di mutilazione genitale, soltanto il 46% (n=55) dichiara di essere stato in grado di intervenire con cognizione e senza particolari problematiche, mentre ben il 54% (n=65) ha riscontrato difficoltà nel risolvere simili situazioni (*Grafico 6*).



Grafico 6: Difficoltà riscontrate nell'intervento in caso di riscontro di MGF

Sono stati poi sottoposti alle ostetriche quesiti di stampo teorico, al fine di comprendere il grado di conoscenza e preparazione.

La quasi totalità di esse (99%, n=196) è a conoscenza delle motivazioni socioculturali che animano le mutilazioni genitali.

Soltanto l'1% (n=1) crede che le stesse derivino da motivi igienici, mentre nessuno che siano dovute a questioni prettamente mediche (*Grafico 7*).



Grafico 7: Motivi di esecuzione delle MGF

Quanto alle tipologie di mutilazioni riconosciute dall'OMS, una piccola maggioranza del 47% (n=92) dichiara di saperle riconoscere, a fronte di un sostanzioso 53% (n=105) che afferma invece di esserne all'oscuro (*Grafico 8*).

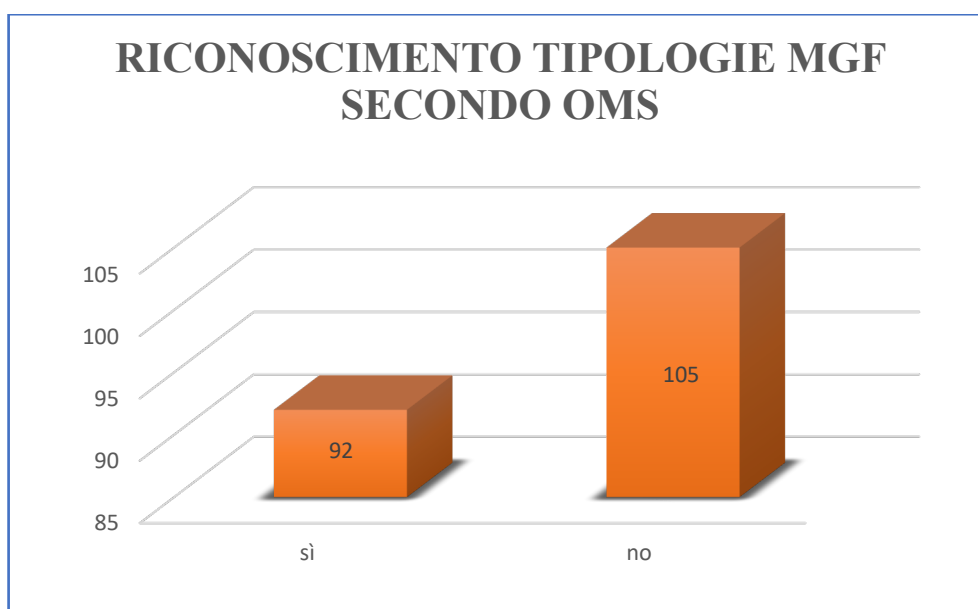


Grafico 8: Riconoscimento delle tipologie di MGF secondo la classificazione OMS da parte delle Ostetriche

A conferma di ciò, infatti, soltanto il 53% (n=104) sa che le tipologie riconosciute dall'OMS sono quattro, mentre sono tre secondo il 33% (n=66) e due secondo il restante 14% (n=27) (*Grafico 9*).

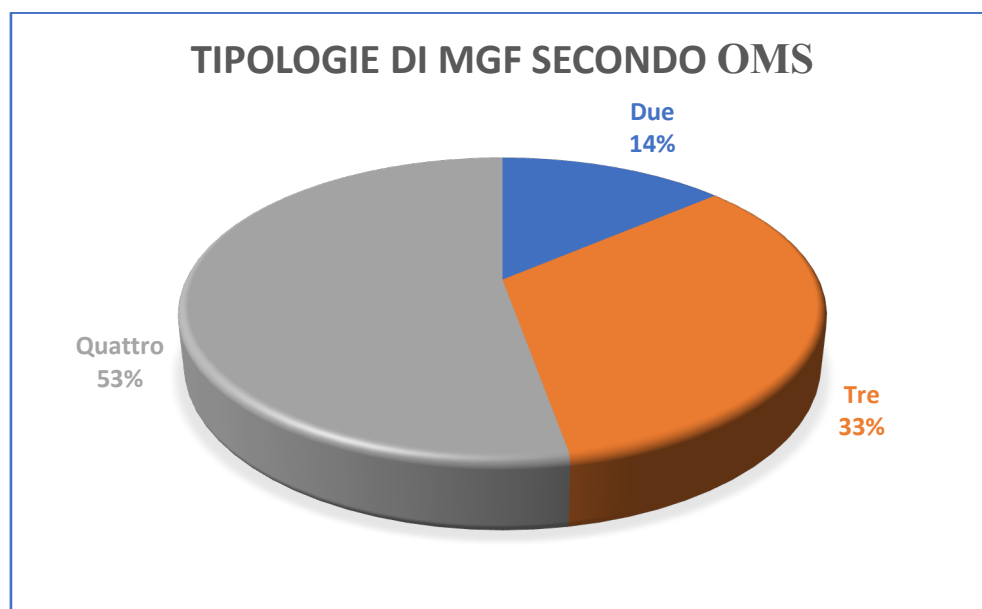


Grafico 9: Conoscenza del numero di tipologie di MGF, secondo la classificazione dell'OMS, da parte delle ostetriche

Ciononostante, la ragguardevole percentuale del 75% (n=148) si dichiara a conoscenza della distinzione intercorrente tra infibulazione ed escissione, mentre il restante 25% (n=49) non è a conoscenza della differenza (*Grafico 10*).

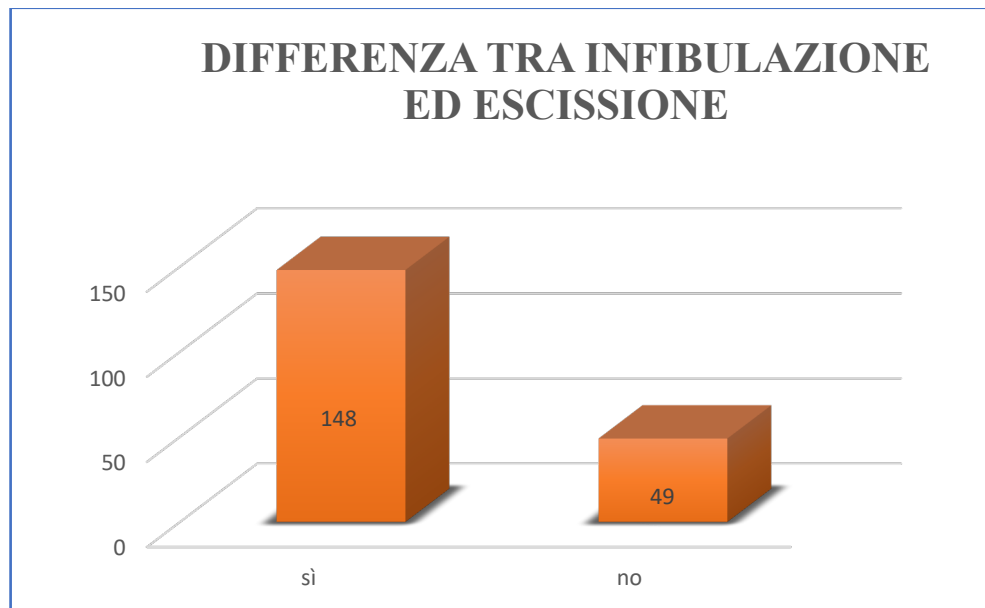


Grafico 10: Conoscenza della differenza tra infibulazione ed escissione da parte delle ostetriche

Entrando nello specifico, il 70% (n=138) ritiene, che in caso di mutilazione genitale, la gravidanza può essere considerata ad alto rischio in funzione della tipologia stessa di mutilazione.

Il 18% (n=36) ritiene la gravidanza a rischio in senso assoluto, mentre il 12% (n=23) non la ritiene affatto come tale (*Grafico 11*).

IN CASO DI MGF LA GRAVIDANZA E' CONSIDERATA AD ALTO RISCHIO

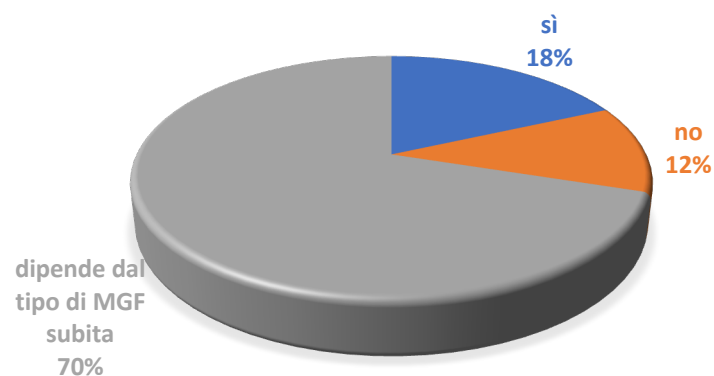


Grafico 11: Rischio della Gravidanza in caso di MGF secondo le ostetriche

In virtù della presenza di mutilazioni, il 72% (n=142) delle ostetriche pensa che l'eventualità di un parto vaginale sia dipendente dalla tipologia di mutilazione subita, il 26% (n=52) lo considera possibile a prescindere, mentre solo il 2% (n=3) lo ritiene una ipotesi non perseguibile (Grafico 12)

IN CASO DI MGF E' POSSIBILE ESEGUIRE UN PARTO VAGINALE

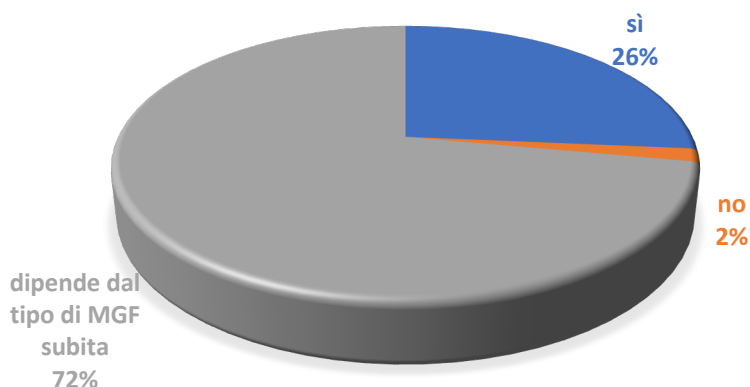


Grafico 12: Possibilità di parto vaginale in caso di MGF secondo le Ostetriche

In caso si presenti il problema della barriera linguistica, l'ipotesi risolutiva cui opterebbe il 76% (n=149) è farsi assistere da un mediatore o interprete; il 23% (n=46) delle ostetriche farebbe scegliere alla donna, mentre il residuo 2% (n=2) opterebbe affinché la donna si facesse assistere dal proprio marito o da un familiare (*Grafico 13*).

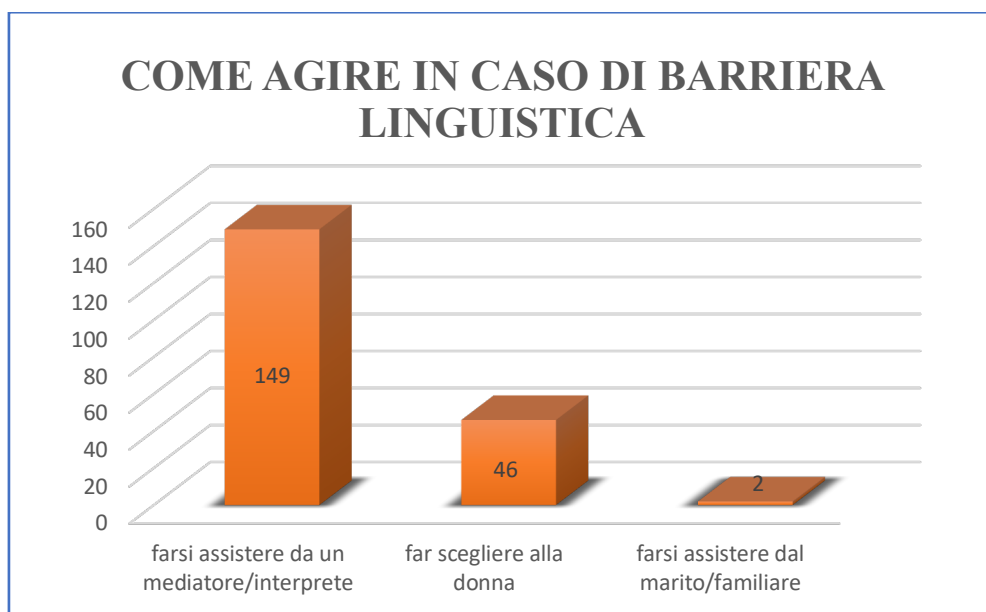


Grafico 13: Come agire in caso di barriera linguistica secondo le ostetriche

Inoltre, laddove necessario, ben l'86% (n=170) delle ostetriche intervistate riterrebbe di intervenire con l'inserimento dello speculum vaginale, solo nel qual caso lo specifico tipo di mutilazione lo consentisse.

L'11% (n=22) di esse considera lo stesso utilizzo dello speculum come impossibile, al contrario del restante 3% (n=5) che lo reputa, invece, sempre possibile (*Grafico 14*).

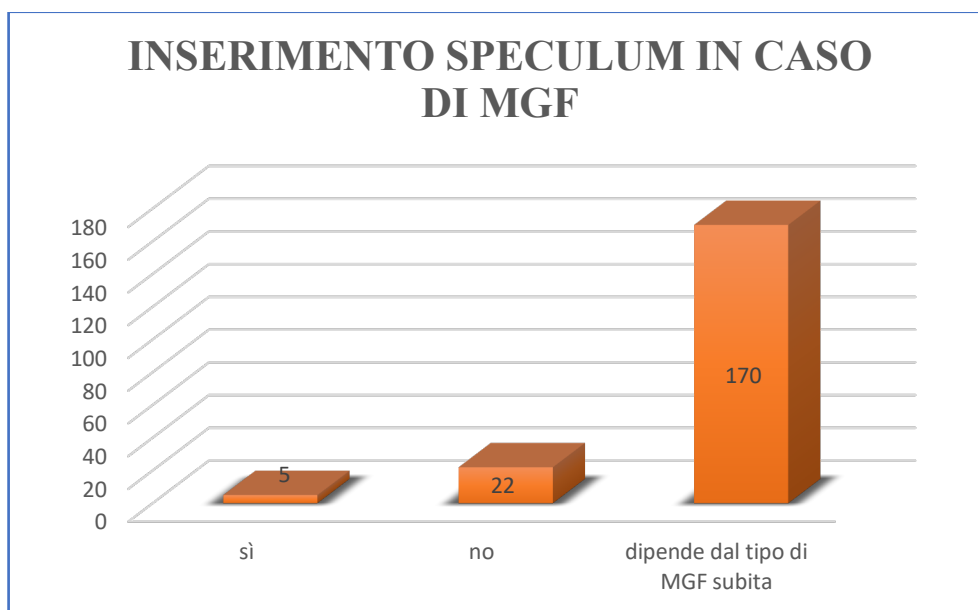


Grafico 14: Possibilità di inserimento dello speculum secondo le ostetriche intervistate

Vagliando i dati raccolti, si evince la mancanza di approfondimento della materia nelle fasce di età più alte.

Nello specifico il 63% (n=46) di ostetriche dai 31 ai 40 anni non ha affrontato l'argomento, contro il 37% (n=27) che lo ha approfondito, il 77% (n= 20) nel range dai 41 ai 50 (contro il 23%, n=6) e il 61.7% (n= 21) nel range che include professioniste con età superiore ai 50 anni (contro il 38.3%, n=13)

Diversa è, invece, la situazione delle ostetriche più giovani che, al contrario, risultano essersi addentrate nell'argomento in esame in larga parte, in misura pari al 65.6% (n= 42), contro il 34.4% (n=22) (*Tabella 3*).

FASCIA DI ETA'	NUMERO OSTETRICHE PER FASCIA DI ETA'	NESSUN APPROFONDIMENTO NEL CORSO DI STUDIO	APPROFONDIMENTO NEL CORSO DI STUDIO
	% (N)	% (N)	% (N)
22-30 aa	32.5% (N= 64)	34.4% (N= 22)	65.6% (N= 42)
31-40 aa	37% (N= 73)	63% (N= 46)	37% (N= 27)
41-50 aa	13.2% (N= 26)	77% (N= 20)	23% (N= 6)
>51 aa	17.3% (N= 34)	61.7% (N= 21)	38.3% (N= 13)
TOTALE	100% (N= 197)	55.3% (N=109)	44.7% (N= 88)

Tabella 3: Presenza di approfondimento sulle MGF nel percorso di studi per fascia di età delle ostetriche

Per converso, la maggioranza delle ostetriche che cadono nella fascia dai 21 ai 30 anni, pari al 65.6% (n= 42) non ha avuto a che fare con episodi di mutilazione genitale.

Al contrario le professioniste di età più avanzata si sono imbattute in casi simili con maggior frequenza.

Nel dettaglio il 67.1% (n= 49) delle ostetriche dai 31 ai 40 anni, che rappresentano la maggioranza del campione esaminato (37%, n= 73), hanno avuto modo di relazionarsi con donne vittime di mutilazioni. Hanno avuto un simile riscontro, nella misura del 73% (n=19) le ostetriche della fascia di età dai 41 ai 50 anni, mentre ancor maggiore (88.2%, n= 30) nel caso delle ostetriche con età superiore ai 50 anni (*Tabella 4*).

FASCIA DI ETA'	NUMERO OSTETRICHE PER FASCIA DI ETA'	NESSUN RISCONTRO DI MGF	RISCONTRO DI MGF
	% (N)	% (N)	% (N)
21-30 aa	32.5% (N= 64)	65.6% (N= 42)	34.4% (N= 22)
31-40 aa	37% (N= 73)	32.9% (N=24)	67.1% (N= 49)
41-50 aa	13.2% (N= 26)	27% (N= 7)	73% (N= 19)
>51 aa	17.3% (N= 34)	11.8% (N= 4)	88.2% (N= 30)
TOTALE	100% (N= 197)	39% (N = 77)	61% (N = 120)

Tabella 4: Tasso di riscontro nella pratica operativa delle MGF per fascia di età delle ostetriche

Quanto al titolo di studi, coloro che abbiano conseguito una Laurea Triennale, le quali sono rappresentate da una larga maggioranza delle intervistate, nella misura del 78.7% (n=155), risultano aver approfondito l'ambito oggetto di studi solo nel 52.3% dei casi (n=81).

Di contro le persone con una Laurea Magistrale, che costituiscono l'1% del campione (n=19), risultano aver approfondito le mutilazioni genitali in misura più dettagliata durante il percorso formativo (73.7%, n=14).

Infine, chi è in possesso di un titolo equipollente, pari all'11.7% (n=23) di quanti hanno risposto al questionario, non ha approfondito nella misura del 69.5% (n=16) (*Tabella 5*).

TITOLO DI STUDIO	NUMERO OSTETRICHE PER FASCIA DI ETA'	NESSUN APPROFONDIMENTO NEL CORSO DI STUDIO	APPROFONDIMENTO NEL CORSO DI STUDIO
	% (N)	% (N)	% (N)
Titolo equipollente	11.7% (N= 23)	69.5% (N= 16)	30.5% (N= 7)
Laurea Triennale	78.7 % (N= 155)	47.7% (N=74)	52.3% (N=81)
Laurea Magistrale	1% (N= 19)	26.3% (N= 5)	73.7% (N= 14)
TOTALE	100% (N= 197)	48.2% (N = 95)	51.8% (N = 102)

Tabella 5: Presenza di approfondimento sulle MGF nel percorso di studi per titolo di studio conseguito dalle ostetriche

Sempre in tema di approfondimento delle mutilazioni genitali femminili durante il corso di studi, l'argomento risulta studiato più a fondo al Nord Italia, nel 66% dei casi (n=31). Al Centro e al Sud Italia l'argomento risulta affrontato in misura decisamente inferiore, rispettivamente nel 38.2% (n= 42) e nel 38.5% dei casi (n= 15) (Tabella 6)

AREA GEOGRAFICA DI CONSEGUIM DEL TITOLO DI STUDIO	NUMERO OSTETRICHE	NESSUN APPROFONDIMENTO NEL CORSO DI STUDIO	APPROFONDIMENTO NEL CORSO DI STUDIO
	% (N)	% (N)	% (N)
NORD	23.9% (N= 47)	34% (N= 16)	66% (N= 31)
CENTRO	55.8% (N= 110)	61.8% (N= 68)	38.2% (N= 42)
SUD	19.8% (N= 39)	61.5% (N= 24)	38.5% (N= 15)
ESTERO	0.5% (N= 1)	--	--
TOTALE	100% (N= 197)	54.8% (N = 108)	44.8% (N = 88)

Tabella 6: Presenza di approfondimento sulle MGF nel corso di studio acquisito suddiviso per area geografica di conseguimento del titolo

Nello specifico, le ostetriche in possesso di una Laurea Triennale conseguita al Nord Italia risultano aver approfondito la materia nel 62.5% dei casi (n=25), mentre nel caso del Centro e Sud Italia lo studio delle mutilazioni genitali risulta minore con il 42.7% (n=35) nel primo caso e con il 42.4% (n=14) nel secondo (*Tabella 7*)

AREA GEOGRAFICA DI CONSEGUIM. DELLA LAUREA TRIENNALE	NUMERO OSTETRICHE	NESSUN APPROFONDIMENTO NEL CORSO DI STUDIO	APPROFONDIMENTO NEL CORSO DI STUDIO
	% (N)	% (N)	% (N)
NORD	26% (N= 40)	37.5% (N= 15)	62.5% (N=25)
CENTRO	53% (N= 82)	57.3% (N=47)	42.7% (N=35)
SUD	21% (N= 33)	57.5% (N= 19)	42.4% (N= 14)
TOTALE	100% (N= 155)	52.3% (N = 81)	47.7% (N = 74)

Tabella 7: Presenza di approfondimento sulle MGF nella Laurea Triennale suddiviso per area geografica di conseguimento del titolo

Del 44.7 % (n=88) delle ostetriche che hanno approfondito la mutilazione genitale il 70.4% (n=62) afferma di saper riconoscere le tipologie di MGF, contro il 29.6 % (n=26) che non ne è in grado.

Mentre del 55.3% (n=109) delle ostetriche che non ha approfondito l'argomento durante il percorso di studi, il 27.5% (n=30) afferma di saper riconoscere le tipologie di MGF, contro il 72.5% (n=79) che non le sa riconoscere (*Tabella 8*).

APPROFONDIMENTO NEL CORSO DI STUDIO	NUMERO OSTETRICHE	CAPACITA' DI RICONOSCERE LE MGF	NESSUNA CAPACITA' DI RICONOSCERE LE MGF
	% (N)	% (N)	% (N)
SI	44.7% (N= 88)	70.4% (N= 62)	29.6% (N= 26)
NO	55.3% (N= 109)	27.5% (N= 30)	72.5% (N= 79)
TOTALE	100% (N= 197)	46.7% (N= 92)	53.3% (N= 105)

Tabella 8: Capacità di riconoscere le MGF in relazione all'approfondimento o al mancato approfondimento nel corso di studio

Delle ostetriche che affermano di saper riconoscere le tipologie di mutilazioni genitali femminili (46.7%, n=92), il 70.6% (n=65) ha risposto correttamente alla domanda inerente al numero di tipologie di MGF annoverate dall'OMS, contro il 29.4% (n= 27) che non hanno saputo rispondere correttamente.

Diversamente, delle ostetriche che si ritengono non capaci di distinguere le tipologie di MGF, il 62.9% (n=66) non ha risposto correttamente, contro un 37.1% (n=39) che ha risposto correttamente (*Tabella 9*)

CAPACITA' DI RICONOSCERE LE MGF	NUMERO OSTETRICHE	CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLE MGF	NON CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLE MGF
	% (N)	% (N)	% (N)
SI	46.7% (N= 92)	70.6% (N= 65)	29.4% (N= 27)
NO	53.3% (N= 105)	37.1% (N= 39)	62.9% (N= 66)
TOTALE	100% (N= 197)	52.8% (N= 104)	47.2% (N= 93)

Tabella 9: Corretta identificazione delle tipologie delle MGF in relazione alla capacità di riconoscerle

Le ostetriche impiegate nel Nord Italia hanno riscontrato casi di mutilazione nel 63.4% (n=45), a fronte del restante 36.6% (n=26) che non si è, invece, imbattuto in episodi simili. Affine è il caso del Centro Italia, dove le suddette mutilazioni sono state affrontate nel 67% dei casi, contro il 33% rimanente in cui le professioniste non ne hanno riscontrate. All'inverso al Sud Italia maggiore è la percentuale del campione che non ha mai dovuto relazionarsi con le mutilazioni genitali, nella misura del 34.5% (n=10). Più consistente è, infatti, la misura delle professioniste che non ha mai incontrato le suddette ipotesi (65.5%, n=19). (Tabella 10)

AREA GEOGRAFICA DELLA SEDE LAVORATIVA	NUMERO OSTETRICHE	RISCONTRO DELLE MGF SUL LAVORO	MANCATO RISCONTRO DELLE MGF SUL LAVORO
	% (N)	% (N)	% (N)
NORD	36% (N= 71)	63.4% (N= 45)	36.6% (N=26)
CENTRO	49.2% (N= 97)	67% (N=65)	33% (N=32)
SUD	14.8% (N= 29)	34.5% (N= 10)	65.5% (N= 19)
TOTALE	100% (N= 197)	61% (N = 120)	39% (N = 77)

Tabella 10: riscontro delle MGF in relazione all'area geografica della sede lavorativa

Delle ostetriche che hanno studiato approfonditamente le mutilazioni genitali femminili durante il percorso di studi, il 15.9% (n=14) ritiene la gravidanza a rischio nel caso delle suddette pratiche, il 13.6% (n=12) come non a rischio, a fronte di una maggioranza del 70.5% (n=62) che ritiene il grado di rischio dipendere dalla tipologia di mutilazione stessa.

Di coloro che non hanno studiato le mutilazioni genitali, invece, il 20.2% (n=22) reputa la gravidanza a rischio, il 10.1% (n=11) come non soggetta a rischi, a fronte del restante 69.7% (n=76) che considera la gravidanza a rischio ma in funzione del tipo di mutilazione che la donna abbia subito. (Tabella 11)

APPROF. NEL CORSO DI STUDIO	NUMERO OSTETRICHE	GRAV A RISCHIO “SI”	GRAV A RISCHIO “NO”	GRAV A RISCHIO “DIPENDE”
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
SI	44.7% (N= 88)	15.9% (N= 14)	13.6% (N= 12)	70.5% (N= 62)
NO	55.3% (N= 109)	20.2% (N= 22)	10.1% (N= 11)	69.7% (N= 76)
TOTALE	100% (N= 197)	18.3% (N= 36)	11.7% (N= 23)	70% (N= 138)

Tabella 11: capacità di distinguere se la gravidanza sia a rischio in funzione di MGF, in relazione all'approfondimento.

6. DISCUSSIONE

Il questionario è stato volutamente sottoposto ad una platea di ostetriche anagraficamente molto varia. La maggiore partecipazione si è, però, riscontrata tra le più giovani di esse, con particolare riferimento alla fascia di età compresa tra i 31 e i 40 anni.

Tra queste si è riscontrato una maggiore preparazione didattica in tema di mutilazioni genitali femminili, sebbene un minor riscontro sul piano pratico, complice, probabilmente, la breve esperienza lavorativa. Al contrario le professioniste in età più avanzata mostrano minor conoscenza sotto il profilo prettamente teorico, ma maggior confidenza dal punto di vista operativo, avendo riscontrato più spesso ipotesi di mutilazione.

Quanto al percorso di studio, si evince una chiara prevalenza di coloro che hanno studiato nel Centro Italia, seguite da coloro che hanno studiato al Nord e al Sud.

La medesima situazione si riflette sulla zona in cui le ostetriche lavorano, con una maggiore rappresentanza di professioniste impiegate nel Centro Italia.

A tal proposito, purtroppo, è importante sottolineare il basso riscontro ottenuto da parte delle ostetriche che hanno studiato e/o che lavorano nel Sud Italia.

Quanto all'ambito lavorativo in cui esercitano la professione, la grande maggioranza di esse lavora in Ospedale, mentre poche sono le ostetriche aderenti al sondaggio operanti come Libere professioniste o inserite all'interno di Consultori familiari.

Tra queste il titolo di studio di gran lunga prevalente è la Laurea triennale; poche delle partecipanti, invece, hanno conseguito un titolo equipollente o proseguito gli studi con una Laurea Magistrale.

Proprio il titolo di studio conseguito offre una chiara rappresentazione del grado di preparazione delle ostetriche.

Infatti, chi in possesso di Laurea Magistrale risulta aver approfondito l'ambito delle mutilazioni genitali femminili con maggiore frequenza rispetto a chi abbia conseguito una Laurea Triennale o a chi disponga di un titolo equipollente.

Nello specifico quanto al luogo di conseguimento del titolo di studio, le professioniste formatesi al Nord risultano più preparate in materia di quante abbiano invece studiato al Centro o al Sud, dove il grado di approfondimento risulta pressoché identico.

Per ciò che attiene, nel dettaglio alla Laurea Triennale, egualmente al Nord Italia si registra un tasso di preparazione universitario maggiore.

A fronte di una minoranza complessiva del 45% delle ostetriche partecipanti che dichiara di aver approfondito l'argomento durante il proprio percorso formativo, una maggioranza del 60% si è imbattuto in casi simili durante l'esperienza lavorativa.

Il dato conferma una chiara e tendenziale crescita del fenomeno in Italia, grazie ai citati fenomeni migratori, e la necessità di un maggiore riguardo alla preparazione in materia di Mutilazioni Genitali Femminili.

Proprio a riprova di ciò, di queste solo una minoranza è stata infatti in grado di affrontare in maniera opportuna e senza difficoltà la situazione.

Risulta, pertanto, lampante come la formazione universitaria rivesta un carattere di primaria importanza affinché le future professioniste accumulino un bagaglio culturale imprescindibile, da poter poi spendere nel fronteggiare casi pratici di mutilazione genitale.

Dai dati appresi, la preparazione delle ostetriche è ancora lontana dai livelli necessari a garantire alla donna un servizio efficiente e che la possa mettere a proprio agio.

Infatti, seppur la quasi totalità delle ostetriche è a conoscenza delle motivazioni di natura socio-culturale che sono alla base delle Mutilazioni Genitali Femminili, che accomunano, seppur con sottili differenze, i vari gruppi etnici e le varie zone del mondo, la maggioranza di esse ammette di non sapere riconoscere le varie tipologie.

A conferma di ciò, solo il 53% di esse è a conoscenza del numero di tipologie esistenti secondo l'OMS, che ne individua 4 (*OMS, 2018*).

L'analisi descrittiva delle informazioni raccolte permette di cogliere la maggiore conoscenza del fenomeno da parte di coloro che hanno approfondito le mutilazioni in sede di studio.

Dato positivo è poi rappresentato dalla conoscenza della differenza tra infibulazione ed escissione, imputabile al 75% delle ostetriche rispondenti al questionario.

Saper riconoscere le due diverse pratiche è, difatti, molto importante per sapere come agire davanti a codeste situazioni. Ricordiamo, che con escissione si intende la recisione del prepuzio e l'asportazione, oltre che del clitoride, di parte o di tutte le piccole labbra (Tipologia II) (*OMS, 2018*).

Mentre con infibulazione si intende l'escissione del clitoride e l'asportazione delle piccole labbra e parzialmente o totalmente quella delle grandi labbra e nella successiva cucitura dell'apertura vaginale ridotta a una piccola fessura per permettere la fuoriuscita dell'urina e del sangue mestruale (Tipologia III) (OMS, 2018).

La differenza tra le due pratiche è fondamentale, poiché in caso di infibulazione i rischi e le complicazioni sono maggiori. (OMS, 2018). Sempre in caso di quest'ultima, l'operatore deve essere preparato a spiegare in maniera dettagliata alla paziente la possibilità di eseguire la deinfibulazione, spiegando ciò che comporta e, in caso di gravidanza, il timing adatto.

È stato, inoltre, chiesto alle ostetriche se, secondo le loro conoscenze, una gravidanza sia sempre considerata ad alto rischio in caso di MGF, e il 70% ritiene che il rischio dipenda dalla mutilazione genitale subita. Le ostetriche che hanno approfondito e le professioniste che non hanno studiato in maniera dettagliata l'argomento, sono infatti concordi con l'opzione sopra menzionata. L'OMS sottolinea che le donne che hanno subito MGF hanno una probabilità significativamente maggiore di sfociare in taglio cesareo, emorragia post partum, episiotomia, degenza ospedaliera prolungata della madre, ed altre complicazioni per il feto/neonato (OMS, 2006).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, afferma inoltre che, nonostante si possano individuare complicazioni associate alle Mutilazioni Genitali Femminili, se queste non sussistono, si può procedere con il management di routine. Ciò vale per le donne che hanno subito MGF di tutti i tipi, escluso il terzo, a meno che non abbiano fatto ricorso a

deinfibulazione. In caso di mutilazione genitale di terzo tipo integra, la gravidanza necessita di maggior riguardo. *(OMS, 2018)*

È sempre opportuno considerare il parto vaginale come opzione principale, ma in caso di donne sottoposte a infibulazione (MGF di tipo III) il rischio di complicanze ostetriche durante il parto è maggiore a causa dell'ostruzione che copre l'apertura vaginale. Queste donne possono avere gradi di chiusura variabili e dimensione variabile dell'apertura vaginale. Per sviluppare un piano di nascita appropriato è importante valutare adeguatamente una donna con MGF il prima possibile durante l'assistenza prenatale, possibilmente alla prima visita. *(Ministero della Salute, 2007)*

In caso di infibulazione integra, è necessario illustrare alla donna la possibilità di eseguire la deinfibulazione e le conseguenze che essa apporta *(OMS, 2018)*.

In caso di barriera linguistica, la stragrande maggioranza delle ostetriche ritiene si debba convocare un mediatore culturale. Secondo l'OMS, nonostante sia la scelta più opportuna per una comunicazione efficiente, è sempre importante far scegliere alla donna, perché quest'ultima potrebbe non sentirsi a proprio agio con la presenza di un estraneo *(OMS, 2018)*.

Anche in questo caso si evidenzia la scarsa padronanza della materia da parte delle professioniste, che non risultano adeguatamente preparate ad affrontare casi di mutilazione genitale femminile anche per quanto attiene all'aspetto più prettamente relazionale ed intersoggettivo.

È bene aggiungere che in caso di assenso dell'interessata, il ruolo di mediatore sia ricoperto da una donna, in modo tale da creare un ambiente percepito come sicuro dalla stessa, che molto spesso nella propria cultura non dovrebbe interfacciarsi con uomini che non siano parte del proprio nucleo familiare.

In ultima analisi, correttamente, ben l'86% delle ostetriche concorda con il fatto che l'inserimento dello speculum non sia sempre possibile, dipendendo dal tipo di mutilazione subita e dalle conseguenze che la donna ha riportato. Infatti, può risultare difficile, se non impossibile in caso di apertura vaginale stretta e/o in caso di aderenze che possono risultare molto dolorose (*Ministero della Salute, 2007*).

7. CONCLUSIONE

Lo studio compiuto dimostra che le ostetriche non sono adeguatamente preparate da parte delle università ad affrontare casi di Mutilazione Genitale Femminile, nonostante gli stessi siano in aumento vista la situazione migratoria in Italia.

Ci si trova spesso davanti a situazioni dove non si sa come agire, rischiando di creare dei danni, di non avere la piena fiducia della donna e di non affrontare la situazione nel modo migliore possibile.

Oltre alla gestione pratica della Mutilazione Genitale Femminile, è opportuno che vi sia un'educazione di base che permetta alle professioniste di affrontare la questione senza pregiudizi e senza giudicare le pazienti, oltre che senza sentirsi colte di sorpresa.

Molte donne che hanno subito mutilazione genitale, non sanno di aver subito una violenza, spesso credono che sia un passaggio obbligatorio per essere considerate donne con una dignità. Parte del percorso terapeutico, quindi, è quello di spiegar loro di aver subito una lesione della propria integrità fisica, nonché dei propri diritti, in modo da permettere alle donne di acquisire autocoscienza, liberando loro e le generazioni future dal giogo culturale del quale sono succubi.

L'invito è rivolto alle varie università, alle quali si richiede di approfondire le Mutilazioni Genitali Femminili in modo più appropriato, anche con l'intervento di etnopsicologi, così

da permettere una preparazione più ampia nel post-laurea, quando si subentra nel mondo del lavoro.

Sarebbe opportuno anche creare dei corsi di approfondimento che affrontino la tematica per formare le persone che non hanno avuto modo di farlo nel passato, e aggiornare chi invece ha avuto l'opportunità di approfondirla già.

L'augurio è che queste pratiche possano diminuire, anche per merito dell'apporto delle ostetriche che nella quotidianità si possono imbattere in esse, grazie ad un'adeguata formazione e alla competenza che ne consegue.

8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Analisi descrittiva e informativa della salute delle persone migranti in ottica di genere. Raccomandazioni per il personale sanitario -ISS- Online all'URL <https://www.iss.it/documents/20126/6744472/Analisi+descrittiva+e+informativa+della+salute+delle+persone+migranti+in+ottica+di+genere.+Raccomandazioni+per+il+personale+sanitario.pdf/90f7539d-0130-e1aa-0f7b-e42bb2ac38f0?t=1662034602526> (03/2023)

Art. 32 Costituzione Italiana, 1° gennaio 1948, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 298, edizione straordinaria del 27/12/1947

Campinha-Bacote J- The process of cultural competence in the delivery of healthcare services model - Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society - 2002, 13(3):181-4

Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO – Online all'URL <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (03/2023)

Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne, risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993, Assemblea Generale delle Nazioni Unite - Online all'URL <https://unipd->

centrodirittiumani.it/it/strumenti_internazionali/Dichiarazione-sulleeliminazione-della-
violenza-contro-le-donne-1993/27 (03/2023)

Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale
femminile. Legge n. 7 del 09 gennaio 2006, pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 18 gennaio
2006- Online all'URL <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2006/01/18/005G0307/sg>
(03/2023)

Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Report -
EIGE- 09 Novembre 2018 – Online all 'URL
https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/20182889_mh0418456enn_pdf.pdf
(03/2023)

Female genital mutilation- WHO- 31 Gennaio 2023- Online all'URL
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (03/2023)

Guana M, Cappadona R, Di Paola A M, Pellegrini M G, Piga M D, Vicario M - La
disciplina ostetrica - Teoria, pratica e organizzazione della professione. 2th ed. Italia.
McGraw-Hill Italia. 2011: 904

L'immigrazione in Italia: tra dati reali, (dis)informazione e percezione- Raffaele Saso- 18
novembre 2019- Online all' URL [https://www.leurispes.it/limmigrazione-in-italia-tra-
dati-reali-disinformazione-e-percezione/](https://www.leurispes.it/limmigrazione-in-italia-tra-dati-reali-disinformazione-e-percezione/) (03/2023)

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 per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche -Ministero della salute. Commissione per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile - 9 marzo 2007 – Online all’ URL http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf (03/2023)

Mutilazione genitale femminile (MGF)- ISS- 05 Maggio 2022- Online all’URL <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/m/mutilazione-genitale-femminile-mgf#complicazioni-e-danni> (03/2023)

Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989. Legge n. 176 del 27 maggio 1991 - pubblicata in Gazzetta Ufficiale l’11 giugno 1991, n. 35

Mutilazioni Genitali femminili - Ministero della salute - 02 Marzo 2023 - Online all’URL <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?area=Salute%20donna&id=4499&menu=societa> (03/2023)

Mutilazioni genitali femminili: in quali paesi vengono praticate? Perché? Quali sono le conseguenze? - 11 febbraio 2020- Online all’URL

<https://www.europarl.europa.eu/news/it/headlines/society/20200206STO72031/mutilazioni-genitali-femminili-dove-e-perche-vengono-ancora-praticate> (03/2023)

Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989. Legge n. 176 del 27 maggio 1991 - pubblicata in Gazzetta Ufficiale l'11 giugno 1991, n. 35

WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries - Lancet- 006 - 367(9525):1835-41- Disponibile sul sito <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2806%2968805-3> (03/2023)

XXXI Rapporto Immigrazione 2021 Caritas Italiana e Fondazione Migrantes. - Sintesi- Online all'URL <https://www.migrantes.it/wp-content/uploads/sites/50/2021/10/Sintesi-XXX-Rapporto-Immigrazione.pdf> (03/2023)

XXXI Rapporto Immigrazione 2022 Caritas Italiana e Fondazione Migrantes. - Sintesi- Online all'URL <https://www.migrantes.it/wp-content/uploads/sites/50/2022/10/Sintesi-XXXI-Rapporto-Immigrazione-2022.pdf> (03/2023)

9. ALLEGATI

(ALLEGATO 1)

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI E L'OSTETRICA: TRA FORMAZIONE
E COMPETENZA

Gentili ostetriche ed ostetrici, sono Chaymae Ahnou, laureanda in Ostetricia presso l'Università politecnica delle Marche. Sto elaborando la tesi di laurea sul grado di formazione del personale ostetrico con riguardo alla mutilazione genitale femminile.

Sono pertanto a chiedere la vostra collaborazione tramite la compilazione del seguente questionario.

I dati raccolti saranno utilizzati per finalità esclusivamente di ricerca e non commerciali, in forma aggregata ed anonima, nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003), aggiornato con il nuovo decreto legislativo (D.Lgs. 101/2018) di adeguamento della disciplina italiana al regolamento europeo sulla privacy (Reg. UE n. 679/2016, GDPR).

La compilazione del questionario equivale a consenso al trattamento dei dati forniti.

1. Qual è la sua età?

- Tra 20 e 30
- Tra 31 e 40
- Tra 41 a 50

Da 51 in su

2. Dove ha svolto il suo percorso di studi?

Nord Italia

Centro Italia

Sud Italia

Estero

3. Qual è il suo titolo di studio?

Laurea triennale

Laurea magistrale

Non sono in possesso di una laurea

4. Dove esercita la sua professione?

Ospedale

Consultorio familiare

Libero professionista

5. In che zona dell'Italia esercita la sua professione?

Nord Italia

Centro Italia

Sud Italia

6. Nel suo percorso di studi, ha avuto modo di approfondire la “mutilazione genitale femminile”?

Sì

No

7. Ha mai riscontrato casi di mutilazione genitale femminile durante la sua esperienza lavorativa?

Sì

No

8. Se sì, ha saputo intervenire senza difficoltà?

Sì

No

9. Perché vengono eseguite le mutilazioni genitali femminili?

Motivi medici

Motivi igienici

Motivi socio-culturali

10. Sa riconoscere le varie tipologie di mutilazione genitale femminile?

Sì

No

11. Quante tipologie di mutilazioni genitali femminili si possono distinguere secondo l'OMS?

2

3

4

12. Sa qual è la differenza tra infibulazione ed escissione?

Si

No

13. Una gravidanza può essere considerata ad alto rischio se la donna ha subito una mutilazione genitale femminile?

Si

No

Dipende dal tipo di mutilazione subita

14. È possibile eseguire un parto vaginale dopo aver subito la mutilazione genitale femminile?

Si

No

Dipende dal tipo di mutilazione subita

15. Stando alle indicazioni delle linee guida, laddove con la paziente che ha subito mutilazione genitale femminile sussista una barriera linguistica, è consigliabile:

- Farsi assistere da un interprete/mediatore culturale
- Farsi assistere dal marito/familiari
- Far scegliere alla donna

16. L'inserimento dello speculum è sempre possibile in caso di mutilazione genitale femminile?

- Sì
- No
- Dipende dal tipo di mutilazione subita

10. RINGRAZIAMENTI

In Primis, un infinito ringraziamento va alla mia Cara Relatrice, la Professoressa Rosanna De Serio, per la sua disponibilità, la sua gentilezza, il suo appoggio e per aver reso possibile la trasformazione di un'idea scritta in una frase in una tesi di 70 pagine.

Al termine del mio percorso, è d'obbligo ringraziare tutte quelle persone che ho incontrato durante il mio iter formativo, che mi hanno aiutata a raggiungere il mio obiettivo, sia dal punto di vista professionale che emotivo. Alle Ostetriche e i Medici del Presidio Ospedaliero G. Salesi, del Consultorio Familiare di Ancona e dell'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto, che mi hanno formata e sostenuta, regalandomi il privilegio di apprendere dalla loro esperienza.

Alla Professoressa Ferrini, che è sempre stata pronta a prendermi per mano mentre stavo scivolando.

Alla Direttrice, la Dottoressa Fermani, e alle Tutor, la Dottoressa Cerioni e la Dottoressa Bolletta per avermi fatta crescere su vari aspetti.

Alle mie colleghe, in particolare Marianna, Ylenia e Iamyla, per il loro sostegno e per la loro amicizia.

Un altro enorme ringraziamento va a chi nella vita di tutti i giorni mi ha sostenuta e aiutata direttamente ed indirettamente, anche a chi non è più tra di noi.

Alla mia Mamma e a mio Fratello che mi hanno dato sempre la forza per affrontare qualunque ostacolo la vita mi abbia riservato. Tutto questo non sarebbe esistito senza di Voi.

A tutte le mie Amicizie, vicine e lontane, che non citerò singolarmente, per non sfiorare un ipotetico limite di lunghezza.

Ai miei Zii, Sergio, Loredana, Nadira e Patrizia, per essere stati ottimi consiglieri e per l'amore dimostrato nei miei confronti.

A Sauro, Silvana e Costantina per l'affetto e la stima riservatimi.

شكرا جزيلا لك جدتي ولك أيضا خالي زكرياء لإهتمامكما بمساري الدراسي و لدعواتكما لي بالنجاح

E per ultimo, ma non per importanza, al Dottor Melonari, compagno di Avventura e di Vita.