



Servizio Assistenza Distrettuale
Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari
Consultori Familiari



PROGRAMMA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
FINALIZZATO ALLA ATTIVAZIONE, ALLA GESTIONE E
ALLA RIORGANIZZAZIONE DEI CONSULTORI (*legge n. 34/96*
Settore Materno Infantile) finanziamento riferito alle annualità '97-'98

P rogetto n. 9

Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)
nella popolazione immigrata
(dicembre 2000 ■ febbraio 2001)

Risultati dell'indagine regionale



EUROPE

Questa versione *web* non include la seconda parte, bibliografica, e gli allegati. La bibliografia integrale, corredata - per tutti gli studi per cui era disponibile - di un riassunto, è accessibile all'indirizzo: http://www.saperidoc.it/ques_319.html

Il progetto dell'indagine e l'adattamento delle Linee Guida è stato curato da una Commissione di progetto composta da:

Gianfranco Gori - *U.O. Ost. Gin AUSL Forlì*
(Coordinatore)

Valeria Castagnoli - *Salute Donna AUSL Forlì*
Beverley Chalmers - *University of Toronto, Canada, WHO Collaborating Centre*
Paola Dalla Casa - *U.O. Pediatria AUSL Forlì*
Enzo Esposito - *U.O. Ost. Gin. AUSL Ravenna*
Bruna Ferrari - *Centro Famiglie - Comune di Forlì*
Laura Gasperi - *Salute Infanzia AUSL Forlì*
Oriana Gasperoni - *Salute Donna AUSL Ravenna*
Michela Giuliani - *Salute Donna AUSL Ravenna*
Federico Paltrinieri - *U.O. Ost. Gin AUSL Forlì*
Margherita Ricci - *Salute Donna AUSL Forlì*
Rosanna Sestito - *Università di Bologna*
Adele Tonini - *Salute Donna AUSL Parma*
Dirce Vezzani - *Salute Donna AUSL Modena*
Serena Zauli - *Università di Padova*

Con la collaborazione di:

Silvana Borsari *Coordinatrice del programma finalizzato all'attuazione, alla gestione e alla riorganizzazione dei consultori della Regione Emilia-Romagna*

Servizio Assistenza distrettuale pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari – Regione Emilia-Romagna
Elena Castelli, Carla Dazzani, Angela Paganelli, Maria Lazzarato

Traduzione a cura di:

Angela Bartolotti

Elaborazione statistica a cura di:

Laura Fiammenghi

La stesura della relazione finale è stata curata da:

Gianfranco Gori - *Azienda USL di Forlì*
Enzo Esposito - *Azienda USL di Ravenna*

Grafica e stampa

Azienda USL di Ravenna

Copia del volume* può essere richiesta a:

Elena Castelli *Servizio Assistenza distrettuale pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari – Regione Emilia-Romagna – Viale Aldo Moro, 21 – 40127 Bologna – tel. 051/6397314 – fax 051/6397062 - e-mail: ecastelli@regione.emilia-romagna.it*

**Il Progetto 9 ha prodotto due volumi: “Risultati dell'indagine regionale” e “Raccomandazioni per i professionisti”*

INDICE

Prefazione	pag. 4
Ringraziamenti	pag. 5
Nota importante	pag. 5
Introduzione	pag. 6
Obiettivi della ricerca	pag. 8
PRIMA PARTE: La ricerca condotta in Emilia-Romagna:	pag. 9
1. Attitudini dei professionisti al riconoscimento ed al trattamento delle problematiche legate alle MGF	
indagine condotta sui professionisti del SSR in ER	pag. 12
2. Percezioni delle donne immigrate portatrici di MGF rispetto alle cure ricevute dal SSR	
indagine condotta su immigrate somale in ER	pag. 24
3. Conclusioni della ricerca	pag. 42
SECONDA PARTE: Bibliografia:	pag. 43

Ricerca approvata da WHO Europe

Prefazione

Questo libro vuole essere un tentativo di migliorare il servizio sanitario offerto alle donne sottoposte a mutilazione genitale femminile (MGF), attraverso la formazione di coloro che operano nel settore sanitario e sono a contatto con le tematiche relative a tale istanza. L'intenzione non è di rivolgersi esclusivamente a coloro che esercitano la professione di medici, ma a chiunque operi nel campo sanitario e si relazioni con le donne che hanno subito MGF, siano essi ostetriche, infermiere, responsabili dei dipartimenti di salute pubblica, operatori sociali, psicologi e qualunque categoria attinente. Il nostro lavoro non vuole essere, e non si dovrebbe considerare, un compendio autoritario e omnicomprensivo sulla MGF. Si deve infatti riconoscere che da un punto di vista pratico l'informazione epidemiologica affidabile è molto limitata. Gran parte del materiale disponibile è essenzialmente qualitativo, basato su stime e soggetto a revisioni.

Parlare di MGF può voler dire coinvolgere l'emotività, le idee politiche o alimentare controversie. La stesura di questo libro cerca perciò di creare un percorso attraverso i vari punti di vista, posizioni o filosofie. Gli autori hanno cercato di non sostenere in particolare qualcuno, o di non attirare l'attenzione su un determinato punto di vista, gruppo o posizione, se non su chi offre contesti operativi interessanti (vedi sotto). Una delle sfide affrontate è stato trovare un equilibrio fra le questioni impregnate di significati culturali diversi. Ci siamo infatti resi conto della difficoltà di scrivere qualcosa su un'altra cultura, essendo totalmente impregnati della nostra, abbiamo così preso coscienza del potenziale rischio di avere un approccio etnocentrico. Tuttavia, abbiamo anche tenuto in considerazione che esiste il rischio di incorrere in un relativismo culturale che permette l'autodeterminazione culturale anche quando viene perpetrata un'evidente violazione dei diritti umani. Abbiamo cercato di evitare i dibattiti espliciti relativi a questo problema, ma ci siamo limitati a commenti brevi quando erano necessari per i nostri obiettivi principali. Ci siamo resi conto che per tutelare adeguatamente la salute di qualcuno che appartenga a comunità diverse dalla nostra, si rende imprescindibile conoscere i contenuti di tali comunità a livello sanitario, essere sensibili ad essi e comprendere pure il *background* culturale e le aspettative che la tutela della salute può comportare in tali contesti. Inoltre, a causa delle ben note conseguenze sanitarie della MGF, si rende necessario lo sradicamento di tale pratica e la messa in discussione delle credenze, delle strutture e degli ambienti culturali che la sostengono, allo scopo di migliorare nel futuro la salute delle donne e delle bambine.

Ringraziamenti

Si ringrazia per il prezioso contributo ogni membro della commissione di progetto.

Grazie anche a coloro che hanno rivisto il lavoro nelle varie fasi della sua stesura, proponendo le loro impressioni ed i loro suggerimenti sull'opera. Un ringraziamento particolare ad Angela Bartolotti per il lavoro di traduzione e alla Dott.ssa Laura Fiammenghi per il lavoro di elaborazione statistica

Nota importante

Il presente lavoro è stato realizzato con il massimo della cura, tuttavia i lettori sono pregati di usarlo come uno strumento, con tutti i limiti che può avere una pubblicazione basata sull'esperienza circoscritta di alcune persone e sulla traduzione ed adattamento di due linee guida (1,2) da parte della Commissione di progetto.

Perciò l'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna non può essere ritenuto responsabile per eventuali errori o conseguenze derivanti dall'uso delle informazioni contenute in questo libro. Inoltre si declina qualsiasi responsabilità per danni o perdite che si dovessero subire per aver seguito le informazioni riportate all'interno del libro, anche se tali danni sono dovuti a errori compiuti dagli estensori per loro negligenza o ignoranza.

Bibliografia

1. WHO World Health Organization Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation Report of a WHO Technical Consultation Geneva, 15-17 October 1997 WHO/FCH/GWH/01.2 WHO/RHR/01.13
2. RACOG - The Royal Australian College of Obstetricians and Gynecologists Female Genital Mutilation - A pamphlet for health professionals The Royal Australian College of Obstetricians and Gynecologists 1997

Introduzione

Il flusso migratorio dai Paesi in via di sviluppo (PVS) all'Italia, fenomeno relativamente recente per il nostro Paese, si è modificato col passare del tempo nei suoi aspetti quantitativi e qualitativi, assumendo caratteristiche che si ripercuotono anche sull'assistenza sanitaria a queste popolazioni. Giovani di sesso maschile agli inizi, negli ultimi anni invece, con il relativo stabilizzarsi di questa prima quota di migrazione, abbiamo assistito in molti casi al ricongiungimento delle famiglie, che ha portato ad un incremento nella presenza di donne in età fertile e di bambine e bambini dei PVS nel nostro Paese. Non bisogna dimenticare, d'altra parte, come l'Italia sia stata protagonista fin dagli inizi di una migrazione tipicamente femminile, che ha interessato soprattutto alcune etnie (filippina, eritrea, latino-americana) ed ha contribuito in misura notevole a caratterizzare i bisogni sanitari.

Se i dati ufficiali sulla presenza delle popolazioni immigrate sottostimano in termini quantitativi la reale incidenza del fenomeno, scarse, e scarsamente monitorate, sono pure le condizioni sanitarie degli "immigrati extracomunitari". Indagini eseguite in altre nazioni europee, come in Francia per l'immigrazione dall'Africa del Nord, in Germania che registra una massiccia presenza turca o in Inghilterra che vede soprattutto immigrati asiatici, mostrano come queste fasce di popolazione vadano incontro ad un "rischio sanitario" elevato e debbano quindi essere oggetto, da parte degli operatori sanitari, "di un'attenzione particolare che tenga conto non solo delle tradizioni, del bagaglio culturale e delle patologie presenti nei paesi d'origine, ma anche della impreparazione che il nostro sistema sanitario e le nostre conoscenze mostrano di fronte al nuovo".

In ambito materno-infantile questi aspetti rivestono sicuramente un'importanza decisiva e vanno sottolineati e tenuti in considerazione quando si pensi a strategie di intervento sanitario rivolte all'assistenza ostetrica e pediatrica: esiste probabilmente per queste popolazioni un rischio sanitario diretto, legato a determinanti socio-economici-ambientali sia del paese d'origine che di quello di arrivo, cui si aggiunge comunque un rischio più strettamente "culturale", legato alle difficoltà linguistiche, alla presenza di tradizioni ed abitudini diverse che influiscono nella comunicazione del disagio e nella possibilità che questo possa essere compreso dagli operatori sanitari.

Al momento però la comprensione di questi fenomeni è limitata dalla scarsità di dati disponibili, sulla base dei quali partire con alcune ipotesi interpretative.

In questo ambito le MGF sulle donne e le bambine immigrate rivestono un'importanza unica in quanto a valenza multipla; ma anche in questo ambito le informazioni sono scarse.

Secondo dati recenti (Mutilazione Genitale Femminile, Comunicato ufficiale congiunto di OMS, UNICEF e UNFPA. Ginevra, OMS 1997), nel mondo 130 milioni di donne e ragazze sono state sottoposte a mutilazione genitale femminile (MGF). Tale pratica continua ad esistere perché è legata a una complessa serie di ragioni sociali, culturali ed economiche. Da un punto di vista medico è del tutto inutile e comporta pesanti conseguenze da un punto di vista fisico, sessuale e psicosociale.

Un numero sempre più alto di donne sta migrando verso l'Italia dai paesi in cui tale pratica è ampiamente diffusa. Tuttavia, la gran parte degli operatori sanitari italiani ha una conoscenza minima ed una esperienza molto limitata in merito a questo fenomeno, sia da un punto di vista culturale che sanitario. La presenza di un personale sanitario in grado di far fronte ai bisogni di queste donne si rivela sempre più fondamentale. È perciò innanzitutto necessario considerare i vari aspetti che portano al persistere della MGF nelle comunità colpite, sia da un punto di vista della salute, dell'igiene e della filosofia che sottende tale pratica.

Molti Stati hanno legiferato contro la mutilazione genitale femminile. Tuttavia, la prevenzione alla MGF nel nostro paese deve anche portare a una formazione relativa alle conseguenze negative. Gli operatori sanitari ricoprono un ruolo fondamentale nel contattare le donne e formarle sull'idea di una fisicità che sia in linea con la tutela della salute. Essi devono anche essere consapevoli che un fallimento nell'approccio con le donne, perché mancante di sensibilità rispetto al loro *background* culturale, può rovinare la comunicazione e addirittura creare resistenze verso il sistema sanitario nazionale.

Questa pubblicazione è stata realizzata per migliorare la consapevolezza e la comprensione di alcune tematiche legate alla MGF, e, dove possibile, offrire una guida su come tutelare la salute delle donne sottoposte a MGF, tenendo conto del loro contesto di vita familiare e comunitario. Le informazioni contenute in quest'opera intendono dare una prima informazione a coloro che non hanno mai avuto a che fare con la MGF. Non si ha la pretesa di affrontare tutte le tematiche legate alla MGF, tenuto conto che questo è un argomento sconfinato, che richiede tempo e sforzi per conoscerlo a fondo, soprattutto per entrare in rapporto con le donne che hanno subito tali mutilazioni.

Gli operatori sanitari necessitano di formazione per definire e far fronte ai bisogni sanitari e psicologici delle donne e delle ragazze che sono state sottoposte a mutilazione genitale, arrivando anche ad una comprensione delle basi culturali e delle implicazioni legali ed etiche che

potrebbero fuoriuscire quando si ragiona sull'erogazione di un servizio sanitario.

Si ritiene fondamentale prestare attenzione alla sfera emotiva delle donne e delle ragazze incontrate per riuscire a migliorare il tipo di servizio offerto loro.

E' importante elaborare protocolli e definire procedure da parte di chi eroga i servizi sanitari, in particolare per quanto riguarda la fase prenatale, del parto e post partum, e per ciò che si riferisce alle specifiche procedure di deinfibulazione, alla cura delle donne che presentano complicanze legate a tali pratiche, ad esempio inerenti alla salute fisica e a quella riproduttiva. E' opportuno, inoltre, riconoscere i bisogni psicosociali delle donne che sono state sottoposte a mutilazione genitale femminile e offrire ad esse operatori sanitari formati in modo da identificare e affrontare tali esigenze, riuscendo anche a mettersi in rete, per creare servizi integrati.

In particolare, si identificano come destinatarie di una particolare azione di tutela, le bambine e le adolescenti che hanno subito MGF, per far fronte alle loro specifiche esigenze psicosociali.

Obiettivi della ricerca:

- Indagare le attitudini dei professionisti al riconoscimento, alla presa in carico ed alla erogazione di cure appropriate a donne con MGF; Indagare le percezioni delle donne immigrate portatrici di MGF rispetto alle cure ricevute dal SSR Fornire supporto educativo ai professionisti;
- Partecipare ad una riflessione sulla pratica delle MGF in Emilia Romagna.

L'obiettivo primario era stato configurato essere una conferenza di consenso, ma in ragione della scarsa adesione al progetto da parte delle immigrate somale (vedi oltre), si è deciso in accordo con l'Assessorato di cambiare questo obiettivo in quello di fornire supporto educativo ai professionisti; nell'idea che tale supporto possa migliorare il rapporto professionisti/immigrate somale e quindi facilitare la comunicazione.

Tale obiettivo si è esplicitato in un corso di formazione tecnica e interculturale per i professionisti dei servizi tenutosi all'inizio del 2002, in questa pubblicazione che verrà distribuita a tutti i professionisti del SSR e che contiene i risultati della ricerca commentati, una linea guida di comportamento assistenziale ed una bibliografia selezionata, ed in un nuovo corso di formazione previsto per il 2004.

PRIMA PARTE

LA RICERCA CONDOTTA IN EMILIA ROMAGNA

1. ATTITUDINI DEI PROFESSIONISTI AL RICONOSCIMENTO ED AL TRATTAMENTO DELLE PROBLEMATICHE LEGATE ALLE MGF INDAGINE CONDOTTA SUI PROFESSIONISTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (SSR) IN EMILIA-ROMAGNA (ER)

METODO

I dati sono stati raccolti attraverso un questionario preparato dal WHO Collaborating Centre in Woman's Health (Centro per la salute delle donne collegato all'Organizzazione Mondiale della Sanità) dell'Università di Toronto ed opportunamente tradotto e modificato nell'ambito del nostro gruppo (1).

Il questionario, anonimo e senza dati personali, è stato sottoposto a tutti i ginecologi ed alle ostetriche operanti nelle strutture sanitarie pubbliche della regione Emilia-Romagna (ospedali e centri sanitari territoriali).

Per la somministrazione è stata scelta la modalità dell'invio postale; l'indagine è stata svolta nel periodo dicembre 2000 - febbraio 2001.

Esso contiene 28 domande prevalentemente a risposta chiusa, inerenti alle caratteristiche dei rispondenti (professione, sede di lavoro, anni di esperienza), alla loro conoscenza specifica (esperienze avute, tipo di mutilazioni riscontrate, modalità di approccio e di trattamento); alle opinioni in merito (legalità della pratica e rilevanza del problema in Italia); modalità ed argomenti di comunicazione; formazione specialistica a riguardo (v. ALLEGATO A).

RISULTATI

E' stata svolta un'analisi descrittiva.

Medico ostetrico/ginec	Ostetrica	Totale
179	256	438
41%	59%	100%

Sono pervenuti 438 questionari, compilati da 179 ginecologi e da 256 ostetriche: (che rappresentano circa un quarto della popolazione target) di questi il 99% lavora in strutture del SSR come dipendente e lo 1% con contratti libero-professionali,

Dipendenti del S.S.R	Libero Prof.	Totale
433	5	438
99%	1%	100%

Il 56% opera in una struttura ospedaliera, ed il 44% in un centro sanitario territoriale.

Osp. Grande	Osp. Piccolo	Centro Sanit. Territoriale	Totale
65	178	194	438
15%	41%	44%	100%

Il 25% dei professionisti intervistati ha un'esperienza professionale di 0-10 anni, il 45% di 11-20 anni, ed il 30% di oltre 20 anni.

≤10	11-20	>20	Totale
104	190	129	423
25%	45%	30%	100%

I missing (non risposte) sono stati 15 pari al 3% del campione.

Missing
15
3%

Il 27% di essi ha affermato di avere avuto in cura pazienti con mutilazioni genitali durante l'anno precedente (anno 2000).

0	1	>1	Totale
314	43	71	428
73%	10%	17%	100%

I missing (non risposte) sono stati 10 pari al 2% del campione.

Missing
10
2%

Mettendo in relazione con il luogo di lavoro si ottiene la seguente tabella, dall'analisi sembra ragionevole dedurre che i professionisti che lavorano nelle strutture territoriali sono quelli che numericamente entrano più in contatto con donne portatrici di MGF, mentre sono i professionisti degli ospedali medio grandi che proporzionalmente vedono più donne con MGF (oltre il 40% nel 2000).

	0 (%tot)	1 (%tot)	>1 (%tot)	Totale
Osp.grande	36 (58%)	7 (11%)	19 (31%)	62
Osp.piccolo	129 (80%)	12 (7%)	21 (13%)	162
Centro San.Territ.	149 (74%)	24 (12%)	31 (14%)	204

Il 58.7% ha dichiarato di averne visitate durante la propria carriera professionale (il 38.4% fino a 3 e il 20.3% più di 3).

0	1	2	3	>3	Totale
175	85	48	30	86	424
41.3%	20.0%	11.3%	7.1%	20.3%	100%

I missing (non risposte) sono stati 14 pari al 3% del campione.

Missing
14
3%

Mettendo in relazione con il luogo di lavoro si ottiene la seguente tabella, dall'analisi sembra ragionevole dedurre la conferma che i professionisti che lavorano nelle strutture territoriali sono quelli che numericamente entrano più in contatto con donne portatrici di MGF, mentre sono i professionisti degli ospedali medio grandi quelli che proporzionalmente incontrano più MGF (solo 1 su 4 non ne ha mai incontrate).

	0 (%tot ₀)	1 (%tot ₁)	2 (%tot ₂)	3 (%tot ₃)	>3 (%tot _{>3})	Totale
Osp.grande	15 (24%)	10 (16%)	9 (15%)	8 (13%)	20 (32%)	62
Osp.piccolo	68 (42%)	31 (19%)	27 (17%)	9 (7%)	25 (17%)	160
Centro San.Territ.	92 (46%)	44 (22%)	12 (6%)	13 (6%)	41 (20%)	202

Alla domanda sul tipo di mutilazione genitale rilevata nelle pazienti, dei 249 professionisti con esperienza il 41.7% ha dichiarato di avere riscontrato un'infibulazione completa, il 58.3% una mutilazione parziale. Le pazienti si sono rivolte ai professionisti nella maggior parte dei casi per motivi inerenti alla vita riproduttiva

Gravidanza	De-infibulazione	Infezioni urinarie	Disturbi mestruali	Altro	Totale
162	21	23	29	38	273
60%	7%	8%	11%	14%	100%

Tra chi risponde "altro" in 30 casi c'è specificazione:

	N° risposte	%
Dispareunia	2	7
Granuloma	1	3
Pap Test	9	30
Problemi sessuali	4	13
Sterilità	1	3
Visite di controllo	13	44
Totale	30	100

Missing
8
2%

E' importante notare le 21 richieste di interventi di de-infibulazione e come non ci siano richieste di re-infibulazione post-parto.

Per quanto concerne il management ostetrico-ginecologico il 40.6% dei professionisti di fronte ad una donna con infibulazione completa ricorrerebbe al taglio cesareo per l'espletamento del parto; il 59.4% ha dichiarato di non considerare le mutilazioni genitali un deterrente per il parto vaginale, attuabile previa de-infibulazione, o episiotomia, secondo le necessità, eventualmente con adeguati metodi di analgesia. A questa domanda la percentuale di risposte non date è del 12%.

Per interpretare correttamente la tabella si noti che la percentuale si riferisce al totale delle risposte (erano possibili risposte multiple, ciò spiega anche come 150 risposte "taglio cesareo" siano il 41% dei professionisti ed il 25% delle risposte).

Taglio cesareo	Un parto vaginale come scelta preferenziale	La de-infibulazione durante la gravidanza	La de-infibulazione al momento del parto	Una episiotomia sia anteriore che posteriore	Una episiotomia anteriore, e una posteriore solo nel caso sia necessario	L'uso di anestesia epidurale	L'uso di anestesia generale	Totale
150	82	107	115	9	72	82	12	629
25%	13%	17%	18%	1%	11%	13%	2%	100%

Missing
55
12%

La diversa professionalità (medici e ostetriche) non influenza significativamente le risposte fornite, si tratta infatti di 63 medici (42%) ed 87 ostetriche (58%) ed anche il luogo di lavoro non sembra influenzare la risposta tendente ad identificare nel taglio cesareo la soluzione migliore per le donne con MGF.

	N°risposte	%
Osp.grande	29	19
Osp.piccolo	54	36
Centro San.Territ.	67	45
Totale	150	100

Dopo un parto vaginale il 99% interverrebbe per ripristinare il più possibile l'anatomia dell'area, lo 1% rifarebbe l'infibulazione come prima dell'episiotomia. Il 17% degli intervistati a tale domanda non ha fornito alcuna risposta.

Re-infibulazione	Ripristino anatomia	Totale
3	358	361
1%	99%	100%

Missing
76
17%

Durante le visite prenatali il 60% degli operatori provverebbe a fare una visita vaginale, il 28% eviterebbe il contatto con l'area perineale ed il 12% durante la visita userebbe qualche metodo per l'analgesia; a tale domanda non hanno risposto 76 operatori (il 17% sul totale).

Visita vaginale	Evita contatto	Visita + analgesia	Totale
217	101	42	364
60%	28%	12%	100%

Missing
76
17%

Confrontando le risposte rispetto alla professione, si rileva che il 76% dei medici affronta la visita vaginale senza particolari accorgimenti, il 16% eviterebbe il contatto con l'area perineale ed il 9% utilizzerebbe un metodo per l'analgesia; le ostetriche non utilizzano accorgimenti durante

la visita nel 49% dei casi, eviterebbero il contatto nel 37%, e usano metodi per l'analgisia nel 14%.

	Visita vaginale (%tot)	Evita contatto (%tot)	Visita + analgesia (%tot)	Totale
Medico	116 (76%)	25 (16%)	14 (9%)	155
Ostetrica	101(49%)	76 (37%)	28 (14%)	205

Rispetto al luogo di lavoro le risposte si distribuiscono nel modo seguente:

	Visita vaginale (%tot)	Evita contatto (%tot)	Visita + analgesia (%tot)	Totale
Osp.grande	33 (59%)	18 (32%)	5 (9%)	56
Osp.piccolo	90 (65%)	36 (26%)	13 (9%)	139
Centro San.Territ.	94 (57%)	47 (29%)	24 (16%)	165

Durante il puerperio non sono ritenute necessarie cure particolari dal 28% dei professionisti;

No	Sì	Totale
111	287	398
28%	72%	100%

Missing
36
8%

Coloro che hanno risposto affermativamente hanno indicato una prolungata degenza in ospedale (22.1%), maggior impiego di analgesici durante (26.5%) e dopo il parto (18,7%), assistenza psicologica (15.3%), astinenza sessuale (10.8%), maggiori controlli (6.8%), una maggiore igiene e cura del perineo (4.8%). A questa domanda non ha risposto l'8,2% degli operatori.

Si rileva una differenza di opinione tra medici ed ostetriche: non sono infatti ritenute necessarie cure particolari dal 36.7% dei ginecologi e dal 22.5% delle ostetriche.

Per quanto concerne la contraccezione, il 67.9% degli intervistati indica la pillola come metodo contraccettivo da consigliare, il 24.3% valuterebbe il singolo caso, il 23% non ha fornito alcuna risposta; i

rimanenti hanno indicato IUD (3.1%), astinenza (1.9%), metodi naturali (1.5%), profilattico (1.2%).

Interrogati in merito alle proprie opinioni sulla pratica, l'87.9% degli intervistati ritiene che sia eseguita nel paese d'origine da bambine che poi giungono in Italia, mentre il 6.3% ritiene che sia effettuata anche in Italia da personale specializzato o da curatori tradizionali ed il 4.8% non ha fornito alcuna risposta.

Alla domanda se la pratica debba essere resa illegale da leggi ad hoc ha risposto affermativamente il 91%, opinione non condivisa dal 9%. Non si è espresso in merito il 4% degli intervistati.

Sì	No	Totale
380	39	419
91%	9%	100%

Missing
19
4%

L'86% ritiene che anche un'eventuale re-infibulazione post-parto da parte del medico curante debba essere illegale (non è d'accordo il 14%, e non risponde il 6%).

No	Sì	Totale
59	353	412
14%	86%	100%

Missing
25
6%

Tra chi ha risposto 'No' prevalgono le ostetriche,

	No	%
Medico	23	39
Ostetrica	36	61
Totale	59	100

Mentre non ci sono differenze significative rispetto al luogo di lavoro

	No	%
Osp.grande	14	24
Osp.piccolo	15	25
Centro San.Territ.	30	51
Totale	59	100

Per quanto concerne la comunicazione con le pazienti, il 55% afferma che lascerebbe la donna libera di scegliere le modalità del parto, dopo aver discusso con lei, il 42% discuterebbe le varie opzioni, specificandone le implicazioni, consigliando quella ritenuta più adatta, e il 3% ritiene giusto limitarsi ad informarla sulle procedure che ritiene più opportune nel suo caso (non risponde lo 8% degli operatori).

Solo informazione	Consiglio	Libertà donna	Totale
12	169	221	402
3%	42%	55%	100%

Missing
37
8%

Dei 12 professionisti che si limiterebbero all'informazione si tratta di 9 medici (75%), e 3 ostetriche (25%). La decisione su quale tipo di intervento riparatorio fare spetta alla donna secondo il 66% degli intervistati, mentre il 18% ritiene debba essere il medico a decidere, il 16% il medico e la donna assieme; non risponde il 5%.

medico	donna	medico e donna assieme	Totale
72	277	67	416
18%	66%	16%	100%

Missing
21
5%

Alla domanda inerente ai possibili contenuti della comunicazione con la paziente si rileva disponibilità ad affrontare la discussione delle modalità del parto (49.9%), del controllo del dolore durante (41.7%) o dopo esso (36.5%), dei metodi di ricostruzione dei tessuti dopo il parto

vaginale (37.9%); solo un 28.8% affronterebbe la discussione in merito all'infibulazione di un'eventuale figlia femmina; la percentuale di non risposte è del 34.1%.

Interrogati sul modo ritenuto migliore per affrontare tale argomento con le pazienti il 48% ha indicato l'ausilio di libretti informativi, il 9% non ha fornito alcuna risposta, ed oltre il 60% ha indicato la comunicazione con medici ed ostetriche, ognuna delle categorie privilegiando se stessa. Il totale non corrisponde a 100 essendo possibili risposte multiple

medico	ostetrica	libretto	Totale
241	264	193	399
60%	66%	48%	

Missing
39
9%

Problemi di lingua sono stati riscontrati o ipotizzati dall'88.7% degli intervistati.

Per quanto concerne la formazione specialistica a riguardo il 55.2% degli intervistati ha ammesso di non aver mai approfondito l'argomento tramite corsi di aggiornamento, conferenze o lettura di pubblicazioni specializzate, il 14.3% ha seguito un corso/conferenza, ed il 30.4% ha ricevuto informazioni da giornali o riviste; il trattamento di pazienti con MGF peraltro non faceva parte del corso di studi nel campo medico (93.9%). Il 91.6% dei professionisti ha affermato di essere interessato a ricevere maggiori informazioni al riguardo.

Discussione

Mentre molto è stato scritto sulle MGF nei paesi africani, poca attenzione è stata rivolta al problema della preparazione dei professionisti in Italia ed in Europa.

Il problema delle mutilazioni genitali è esplosivo, nella sua complessità, solo negli ultimissimi anni, cogliendo impreparati organi politico-amministrativi e servizi, privi degli strumenti idonei per affrontare la situazione. Attualmente si notano ancora notevoli ritardi: nessuno studio specifico è infatti contemplato a livello universitario o post-universitario; non esistono normative cui far riferimento, tranne l'art. 5 del Codice Civile che vieta al soggetto e/o al medico di espletare qualsiasi atto che possa connotarsi come un'amputazione.

Il numero di donne provenienti da paesi a tradizione escissoria è in continuo aumento, soprattutto dopo la guerra civile in Somalia negli anni '90; secondo i dati più ottimisti si calcola che siano presenti in Italia non

meno di 39000 donne provenienti da paesi in cui si attuano MGF, da cui è stato calcolato un numero reale di donne escisse di almeno 28000 unità, e le bambine a rischio di mutilazione si potrebbero aggirare tra le 1.000 e le 5.000 unità.

Lo studio condotto è territoriale, ed ha risposto un numero consistente di operatori. Si nota l'alta percentuale di operatori che hanno visitato almeno una paziente con MGF durante la propria carriera professionale tale dato può essere spiegato dal fatto che, essendo il questionario a compilazione volontaria, abbiano risposto prevalentemente gli operatori che erano in precedenza venuti a contatto col problema.

Il 59% ha dichiarato di averne visitate durante la propria carriera professionale (il 38% fino a 3 e il 20% più di 3) e ciò è in linea con quanto è risultato in una analoga sorveglianza condotta in Svizzera (8).

Di fatto le mutilazioni genitali femminili nella popolazione immigrata in Emilia Romagna rappresentano un problema reale, anche se non di vaste proporzioni (solo il 13.4% dei professionisti intervistati ha dichiarato di aver visitato più di 5 pazienti con MGF).

E' possibile che nella dinamica dei movimenti migratori tale problema divenga nei prossimi anni più importante.

E' interessante osservare che i motivi inerenti alla vita riproduttiva sono i principali determinanti dell'accesso ai servizi ostetrico-ginecologici, ma non sono irrilevanti anche gli accessi riconducibili alle complicanze a lungo termine dell'infibulazione; solo nel 7% dei casi l'accesso è dovuto a una richiesta specifica di de-infibulazione, mentre non sono stati segnalati casi di richieste di re-infibulazione post-parto.

Il parto vaginale, con adeguati metodi di analgesia, rappresenta l'indicazione di scelta per il 59.4% dei professionisti, tuttavia il ricorso al taglio cesareo è indicato da un'alta percentuale (40.6%): tale fatto può essere riferito alla convinzione che una paziente infibulata sia automaticamente da considerarsi "ad alto rischio", ma anche alla scarsa conoscenza delle tecniche chirurgiche da attuare; si evidenzia a proposito l'alta percentuale di non risposte a tale domanda (12%). In realtà diverse esperienze (2, 3) dimostrano come un parto vaginale sia possibile nella maggioranza dei casi, previa episiotomia anteriore verticale, e successivamente bilaterali, da attuare nel secondo stadio del travaglio, leggermente distante dalla cicatrice primitiva (4) non troppo precocemente (quando le contrazioni sono lievi) per evitare estremo dolore ed eccessivo sanguinamento, né troppo tardi, per evitare inutili lacerazioni perineali e il rischio di sofferenza fetale.

In merito alla ricostruzione dei tessuti dopo il parto vaginale la quasi totalità degli operatori interverrebbe per ripristinare il più possibile l'anatomia dell'area, ma anche a tale domanda la percentuale di non risposte è elevata (17%).

Alla domanda inerente la visita ginecologica prenatale, solo l'12% degli intervistati userebbe qualche metodo per evitare il dolore: la letteratura scientifica dimostra quanto sia importante un approccio differenziato, in considerazione delle profonde alterazioni anatomiche derivanti dalle mutilazioni genitali. Affinché si possa instaurare un buon rapporto medico-paziente risultano indispensabili piccoli ma importanti accorgimenti di tipo comportamentale (dimostrando conoscenza e rispetto della cultura e della pratica), e di tipo operativo, come l'uso di uno speculo pediatrico con adeguata lubrificazione o, in alcuni casi, l'uso del solo dito indice (2) per evitare lacerazioni del tessuto cicatriziale e dolore alla donna. Alcuni studi (5, 6) sottolineano d'altronde come la visita pre-natale sia vissuta con ansietà dalle pazienti, anche per il riscontro di comportamenti giudicati umilianti (espressioni verbali o non verbali di sorpresa, mancato rispetto della loro cultura e della privacy, chiamando altri colleghi ad assistere alla visita).

Sulla necessità di cure particolari dopo il parto, il 28% degli operatori si è espresso negativamente, mentre in letteratura (2, 6) è ormai accertata la presenza di molteplici complicanze nell'immediato post-parto e nei periodi successivi; una cattiva gestione della puerpera l'espone infatti ad una maggior incidenza di emorragie, infezioni urinarie, episodi di infezione pelvica ricorrenti, fistole vescico-vaginali o retto-vaginali.

Non ci sono dubbi per quanto concerne la necessità di leggi che vietino la pratica in Italia, compresa l'eventuale re-infibulazione post-parto; tale dato però contrasta con la libertà di scelta lasciata alla donna soprattutto per quanto riguarda il secondo intervento: la decisione su quale tipo di intervento riparatorio fare infatti spetta alla donna secondo il 66% degli intervistati.

Problemi di comunicazione vengono rilevati dall'alta percentuale di risposte non date alle domande inerenti ai possibili argomenti di discussione con le pazienti (34,1%) ed alle modalità ritenute migliori per affrontarli (8,9%), così come dal fatto che il 13,7% degli operatori delegherebbe tale compito a libretti informativi.

La formazione specialistica risulta spesso inadeguata: solo il 13,9% dei professionisti ha seguito un corso o conferenza sull'argomento, pur avendo avuto in cura pazienti con MGF; è interessante a questo punto rilevare che il 91,6% ha affermato di essere interessato a ricevere maggiori informazioni al riguardo.

Bibliografia

1. Chalmers B, Hashi KO. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth*. 2000 Dec;27(4):227-34.
2. Kowser H.Omer-hash, RM, BA, Midwife: Commentary: Femal Genital Mutilation: Perspectives from a Somalian Midwife *Birth* 21:4 December 1994.
3. De Silva S.: Obstetric sequelae of Female circumcision. *Eur. J. Obst. Gyn. Reprod. bio.*, 32,1988: pp. 233-240.
4. Baker C. A., Gilson G.J. Vill M. D. Curent M.B.: Femal circumcision: Obstetric issues. *Am. J. Obst. and Gyn* 1993; 169: pp.1616-18.
5. Shaw E.: Female circumcision: perception of clients and caregivers. *Journal of Am.College Health* 1985; 33 (5): 1933-197.
6. Beine K. et al.: Conceptions of Pre-natal care among Somali Woman in San Diego. U.S.A. *Journal of Nourse Midwifery* 1995; 40: July-August 376-381.
7. Odoi: Femal genital mutilation in rural Ghana, West Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1997; 56: 179-180.
8. Jager F, Schulze S, Hohlfield P. Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Med Wkly*. 2002 May 18;132(19-20):259-64.

2. PERCEZIONI DELLE DONNE IMMIGRATE PORTATRICI DI MGF RISPETTO ALLE CURE RICEVUTE DAL SSR INDAGINE CONDOTTA SU IMMIGRATE SOMALE IN EMILIA-ROMAGNA

Metodo

I dati sono stati raccolti attraverso un questionario preparato dal WHO Collaborating Centre in Woman's Health (Centro per la salute delle donne collegato all'Organizzazione Mondiale della Sanità) dell'Università di Toronto ed opportunamente tradotto e modificato nell'ambito del nostro gruppo (1).

Il questionario, anonimo e senza dati personali, è stato sottoposto da professionisti addestrati a 44 immigrate somale che si sono rivolte ai servizi del SSR e che hanno accettato di rispondere.

Il questionario contiene 116 domande prevalentemente a risposta chiusa. Sulla base di dati forniti da NGO si era calcolato che il numero di donne somale adulte presenti sul territorio regionale fosse tra le 900 e le 1600 unità, si era quindi calcolato che l'indagine dovesse essere condotta su circa 120 immigrate (circa 12%) del campione totale per raggiungere una significatività statistica con CI 95%.

L'indagine è iniziata nel dicembre 2001 e sospesa febbraio 2003 per difficoltà di reclutamento al raggiungimento di 44 questionari compilati.

Risultati

E' stata eseguita un'analisi descrittiva,

Il campione risulta composto per il 55% da donne immigrate nel nostro paese da più di cinque anni,

≤2	2-5	>5	Totale
5	15	24	44
11%	34%	55%	100%

che vivono in prevalenza in città

Centro città	Periferia	Comuni limitrofi	Totale
20	15	5	40
50%	37.5%	12.5%	100%

Missing
4
9%

Le immigrate somale comprese nella nostra indagine risultano avere una istruzione medio/alta nel 65% dei casi,

≤6 elementare	7-9 media	≥10 superiore o universitaria	Totale
14	10	16	40
35%	25%	40%	100%

Missing
4
9%

La distribuzione per stato civile è la seguente

Sposata	Divorziata	Single	Separata	Totale
19	10	14	1	44
43%	23%	32%	2%	100%

E quella per età

<20	20-29	30-39	40-49	≥50	Totale
3	13	16	9	3	44
7%	30%	36%	20%	7%	100%

oltre il 50% ha un lavoro,

Casalinga	Badante Domestica	Impiegata operaia	Agenzia turistica	Insegnante	Totale
28	9	5	1	1	44
45%	30%	15%	5%	5%	100%

La vita riproduttiva è descritta nelle tabelle seguenti, la prima mostra il numero di gravidanze:

0	1	2	>2	Totale
17	6	7	14	44
38%	14%	16%	32%	100%

La seguente il numero di aborti spontanei

0	1	2	3	Totale
31	5	7	1	44
70%	11%	16%	2%	100%

E la seguente il numero di figli nati morti

0	1	Totale
40	4	44
91%	9%	100%

il 90% è stato circonciso prima degli 8 anni di età

4	5	6	7	8	9	10	Totale
1	8	13	13	4	2	2	43
2%	19%	30%	30%	9%	5%	5%	100%

Missing
1
2%

Prevalentemente con una infibulazione completa

Sunna	Infibulazione	Totale
1	43	44
2%	98%	100%

L'iniziazione, l'organizzazione ed il supporto emotivo durante la pratica per una larga parte delle bambine è stato fatto dalla madre o dalla nonna.

Chi l'ha iniziata (risposte multiple)

Lei stessa	Madre	Nonna	Altri	Totale
2	36	15	5	58
3%	62%	26%	9%	100%

Chi ha organizzato (risposte multiple)

Madre	Nonna	Altri	Totale
37	10	3	50
74%	20%	6%	100%

La madre era presente

Si	No	Totale
34	10	44
77%	23%	100%

In oltre il 66% dei casi la circoncisione è stata fatta da personale sanitario, nei restanti casi da donne anziane, in ogni caso è sempre stata eseguita in Somalia.

Chi ha fatto la circoncisione

Personale Sanitario	Donna anziana	Totale
29	15	44
66%	34%	100%

Dove si è operata

Somalia	Totale
44	100%

Le tabelle che seguono descrivono come è stato eseguito l'intervento:

Strumento

Lama di rasoio	Forbici	Coltello	Non sa	Totale
4	36	2	2	44
9%	82%	4.5%	4.5%	100%

Strumenti sterili

Sì	No	Non sa	Totale
20	10	14	44
46%	23%	31%	100%

Pulizia a fine circoncisione

Disinfettante	Erbe	Altro	Non sa	Totale
31	8	1	4	44
72%	18%	2%	8%	100%

Come è stata fatta la sutura (risposte multiple)

Ago e filo di sutura	Spine	Erbe	Uova	Gambe legate	Altro	Totale
30	28	6	11	23	4	102
30%	27%	6%	11%	22%	4%	100%

Missing
1
2%

Farmaci durante l'operazione (risposte multiple)

Anestetici	Analgesici	Antibiotici	Non sa	Totale
14	17	15	17	63
22%	27%	24%	27%	100%

Missing
3
7%

Alla domanda sui problemi avuti subito dopo l'infibulazione e di che durata le risposte che potevano essere multiple sono state le seguenti:

	Giorni	Settimane	Mesi	Anni	Totale
Sanguinamento	3		1		4
Shock	5				5
Dolore forte	30	4	3		37
Infezione sutura	2	3			5
Ritenzione urinaria	20	3		1	24
Gonfiore genitale	2	3	1		6
Incubi	1	3	1		5
Insonnia	4	3			7
Paura	6	6	2		14
Infelicità		3	3	1	7
Totale	73	28	11	2	114

L'immobilità post intervento è stata di settimane per il 59% del campione

Giorni	Settimane	Mesi	Totale
18	26	0	44
41%	59%	0%	100%

Ed in larga misura nel postoperatorio le bambine sono state sottoposte a restrizioni dietetiche (risposta multipla)

Restrizione dieta	Restrizione liquidi	Altro	Totale
21	37	4	62
34%	60%	6%	100%

Durante tale periodo è stata accudita dalla famiglia, sostenuta con feste e regali e con visite:

Chi l'ha curata in convalescenza (risposte multiple)

Madre	Nonna	Zii	Donne di famiglia	Domestici	Altro	Totale
39	11	6	6	5	2	69
56%	16%	9%	9%	7%	3%	100%

Feste o regali

Sì	No	Totale
36	8	44
82%	18%	100%

Visite ricevute (risposte multiple)

Donne di famiglia	Amiche	Uomini di famiglia	Altri	Totale
42	33	15	9	99
43%	33%	15%	9%	100%

Tale impegno familiare ha fatto sentire sostenute il 98% delle bambine

Molto	Abbastanza	No, sola	Totale
19	24	1	44
43%	55%	2%	

Alla domanda "Come si sentita prima della circoncisione" oltre 40% delle intervistate riferisce sentimenti positivi;

Come si è sentita prima (risposte multiple)

Impaurita	No farlo	Eccitata	Contenta	Gelosa delle altre donne	No idea No conto	Totale
23	5	5	7	15	10	65
35%	8%	8%	11%	23%	15%	100%

Immediatamente dopo i sentimenti positivi scendono al 20% e prevale il dolore;

Come si è sentita dopo (risposte multiple)

Dolorante, indisposta	Infelice	Paura	Orgogliosa	Felice	Speciale	Totale
40	9	10	5	6	3	73
54%	12%	14%	7%	8%	5%	100%

Ma alla domanda "Come si sente ora" oltre il 50% riferisce attitudini positive (orgoglio, purezza, fedeltà) e ciò malgrado la totalità delle intervistate abbia avuto problemi a breve e lungo termine più o meno gravi e quattro donne abbiano dovuto ripetere la circoncisione perché la cicatrice non si era chiusa bene.

Come si sente ora (risposte multiple)

Dispiaciuta, rabbia, tradita	Contenta x marito	Orgoglio	+ bella	Purezza, fedeltà protetta	Totale
27	6	14	3	6	56
48%	11%	25%	5%	11%	

Problemi a lungo termine (risposte multiple)

Infez vie urinarie	Ritenz. urinaria	Dolore fisico	Dolore sex	Laceraz. sex	Cicatrici	Infez pelvica	Altro	Totale
8	14	7	15	4	1	2	3	54
15%	26%	13%	28%	7%	2%	4%	5%	100%

Missing
14
32%

La circoncisione è stata aperta dopo il matrimonio dal marito. In queste domande sulle abitudini sessuali sono costanti 14 missing (non risposte) da parte delle 14 donne non sposate.

Quando è stata aperta la circoncisione

Prima del matrimonio	Dopo il matrimonio	Totale
2	28	30
7%	93%	100%

Missing
14
32%

Da chi

Dal marito	Dall'ostetrica	Totale
29	1	30
97%	3%	100%

Missing
14
32%

Abbiamo poi interrogato le donne rispetto alle sensazioni sessuali durante la prima notte di nozze:

Paura la prima notte di nozze

No	Un po'	Abbastanza	Molto	Totale
1	7	13	9	30
3%	24%	43%	30%	100%

Missing
14
32%

Usato antidolorifici la prima notte

Sì	No	Totale
10	20	30
33%	67%	100%

Missing
14
32%

Il dolore, la prima notte di nozze è stato peggio o meglio di quanto si aspettasse

Meglio	Peggio	+/- atteso	Totale
3	12	15	30
10%	40%	50%	100%

Missing
14
32%

La descrizione che viene fatta della prima esperienza è traumatica, il 60% ha molta paura, un terzo usa antidolorifici ed il 40% lo ricorda come peggiore dell'atteso; inoltre in 10 casi durante la prima notte vi furono danni dei tessuti, anche se l'aiuto venne richiesto ad un medico solo in un caso.

Tessuto danneggiato durante la prima notte

Sì	No	Totale
10	20	30
33%	67%	100%

Missing
14
32%

A chi la richiesta di aiuto

Medico	Amica	Nessuno	Totale
1	2	7	10
10%	20%	70%	100%

Malgrado l'esperienza traumatica della prima notte di nozze, attualmente oltre il 60% ha un buon rapporto con il sesso

Rapporto col sesso ora

Piace molto	Piace abbastanza	Non piace	Non piace x niente	Indifferente	Totale
9	10	1	2	8	30
30%	34%	3%	6%	27%	100%

Missing
14
32%

Quali parole esprimono il rapporto col sesso ora (risposte multiple)

Agio	Piace	Timida	Sopporta	Paura	Male	Evita	Altro	Totale
10	18	5	3	2	4	2	1	45
22%	40%	11%	7%	4.5%	9%	4.5%	2%	100%

Missing
17
39%

Abbiamo poi investigato le conoscenze delle intervistate rispetto all'infibulazione: una larga maggioranza ritiene che l'usanza nasca in Egitto,

Dove nasce l'usanza

Egitto	Somalia	Totale
34	4	38
89%	11%	100%

Missing
6
14%

E che sia stata importata in Somalia,

Come è iniziata in Somalia

Importata	Sempre presente	Altro	Totale
25	11	2	38
66%	29%	5%	100%

Missing
6
14%

Le ragioni che vengono addotte per il perdurare della pratica sono le seguenti:

Perché si fa in Somalia (risposte multiple)

Tradizionale	Religione	Protezione verginità	> piacere uomini	< piacere donne	Controllo sex femminile	Totale
32	1	8	5	3	10	59
54%	2%	14%	8%	5%	17%	100%

Missing
6
14%

Alla domanda se circonciderebbe una figlia il 32% risponde di sì

Circonciderebbe sua figlia

Sì	No	Totale
12	26	38
32%	68%	100%

Missing
6
14%

Abbiamo verificato l'età delle persone che hanno risposto "Sì" a questa domanda, calcolando le percentuali in relazione al numero di persone presenti in ogni classe e come si può vedere dalla tabella, le ultracinquantenni rispondono sempre di sì, mentre tra le donne più giovani solo l'8%.

20-29	30-39	40-49	≥50
1	4	4	3
8%	25%	44%	100%

Abbiamo chiesto alle 12 donne che circonciderebbero la figlia su che tipo di infibulazione praticerebbero e le risposte sono state le seguenti:

Che tipo

Sunna	Infibulazione	Non risponde	Totale
9	2	1	12
75%	16.6%	8.3%	100%

Abbiamo poi verificato a quali conseguenze penserebbero di essere esposte le 26 donne che non circonciderebbero una figlia femmina.

Criticata dalla comunità	Sentimenti contrastanti	Apprezzata	Totale
15	10	1	26
58%	38%	4%	100%

Come si può notare la maggioranza ritiene che tale decisione non sarebbe apprezzata ed interrogate su cosa pensano i mariti, le intervistate nel 41% dei casi affermano che il marito sarebbe favorevole alla circoncisione di una figlia.

Suo marito lo farebbe

Sì	No	Totale
12	17	29
41%	59%	100%

Missing
15
34%

Abbiamo poi interrogato le donne del nostro campione rispetto alla reinfibulazione, il 21% vorrebbe essere richiusa (reinfibulata) dopo un parto

Richiusa	Aperta	Totale
8	30	38
21%	79%	100%

Missing
6
14%

Percentuale analoga al desiderio dei mariti,

Suo marito cosa vorrebbe

Richiusa	Aperta	Totale
6	22	28
21%	79%	100%

Missing
16
36%

La maggioranza delle donne ritiene di dover essere lei stessa a decidere

Chi deve decidere

Lei	Medico	Totale
32	4	36
89%	11%	100%

Missing
8
18%

Anche se solo una minoranza ritiene di poter avere problemi col marito se non reinfibulata

Sì	No	Non sa	Totale
3	20	10	33
9%	61%	30%	100%

Missing
11
25%

Abbiamo infine chiesto alle intervistate se erano a conoscenza di altre donne infibulate con problemi a causa di ciò:

Sa di donne con problemi per infibulazione

Sì	No	Totale
28	10	38
74%	26%	100%

Missing
16
36%

Da questo punto in poi i risultati si riferiscono solo al campione delle 16 donne che hanno partorito nella nostra regione,
 Oltre il 68% delle intervistate si è dichiarata impaurita nel cercare assistenza ginecologica ed ostetrica nella nostra Regione, in ragione della paura di non essere compresa ed aiutata.

Impaurita nel cercare assistenza

Molto	Abbastanza	Non molto	Per niente	Totale
4	7	1	4	16
25%	43.75%	6.25%	25%	100%

Di seguito vengono mostrate le risposte rispetto al tempo della prima visita in gravidanza:

Quando la prima visita nell'ultima gravidanza (in settimane)

≤12	>12	Mai	Totale
12	2	2	16
75%	12,5%	12,5%	100%

Ed a chi si è rivolta per l'assistenza

Medico di famiglia	Consultorio	Specialista	Pronto Soccorso	Ostetrica	No visite	Totale
4	5	4	1	1	2	16
25%	31,25%	25%	6,25%	6,25%	12,5%	100%

Tale paura rispetto ai servizi forse non è senza ragione, delle 16 donne che hanno partorito nella nostra Regione, 8 (50%) sono state sottoposte a Taglio Cesareo, 8 hanno partorito per via vaginale, ma solo in due casi sembrano essere state messe in atto pratiche appropriate (deinfibulazione ed uso di anestetici).

Procedure usate al parto (risposte multiple)

Vaginale no antidolorifici	Cesareo	De-infibulazione	Episiotomia	Forcipe	Totale
4	8	2	5	1	20
20%	40%	10%	25%	5%	100%

Antidolorifici durante il parto (risposte multiple)

Anestesia generale	Epidurale	Anestesia perineale	Non sa	Totale
7	1	4	1	13
54%	8%	30%	8%	100%

Qualcuno ha discusso la possibilità del loro uso

	Prima del parto	%	Dopo il parto	%
Nessuno	13	93%	10	91%
Medico	1	7%	1	9%
Totale	14	100%	11	100%

Quanto è durato il travaglio (ore)

≤6	7-12	>12	Totale
3	10	1	14
21%	71%	8%	100%

Il che comunque fa concludere solo ad un quarto delle intervistate che la infibulazione ha effetti sul parto.

Che effetti ha la circoncisione sul parto

	Quasi nessuno	Lieve differenza	Molta differenza	Totale
6	2	4	4	16
37,5%	12,5%	25%	25%	100%

In larga maggioranza i mariti non sembrano partecipare al travaglio parto

Il marito era presente al travaglio/parto

Sì	No	Totale
6	10	16
37,5%	62,5%	100%

Le donne intervistate si lamentano dell'alto numero di commenti per i quali si sono sentite ferite.

Sì	No	Totale
5	11	16
31%	69%	100%

In molti casi il medico che assiste al parto non sembra sapere dell'infibulazione

Medico sapeva che lei era circoncesa

Sì	No	Totale
4	10	14
29%	71%	100%

E le pazienti non sembrano essere particolarmente coinvolte nella presa di decisioni, è importante sottolineare come oltre il 43% delle intervistate riferisca di non essere stata in alcun modo coinvolta rispetto alle decisioni su come partorire, tant'è che:

Non se ne è parlato	Medico ha spiegato cosa avrebbe fatto, ma lei non ha scelto	Medico ha spiegato varie opzioni e lei ha scelto	Totale
7	3	6	16
43.75%	18.75%	37.5%	100%

E la metà delle intervistate riferisce di non aver ricevuto attenzioni particolari in puerperio

Molte	Non molte	Per niente	Totale
7	2	7	10
43.75%	12,5%	43.75%	100%

Tale dato di scarsa sensibilità del personale del servizio sanitario regionale viene riconfermato alla domanda "Chi vorrebbe si occupasse di lei in una prossima gravidanza o per un prossimo consulto ginecologico " in cui oltre l'80% vorrebbe una donna (ginecologa o ostetrica), oltre il 35 vorrebbe fosse musulmana e circa il 25% vorrebbe fosse somala, solo il 12% delle donne immigrate somale vorrebbe un medico maggiormente informato.

Chi si dovrebbe prendere cura di lei in una prossima gravidanza?

	Gravidanza	%	Parto	%
Ostetrica somala	4	25%	3	18.75%
Ostetrica	1	6.25%	2	12.5%
Dr.ssa	3	18.75%	2	12.5%
Dr.ssa musulmana	6	37.5%	6	37.5%
Dr. informato	2	12.5%	3	18.75%
Totale	16	100%	16	100%

Dello stesso tenore le risposte rispetto al luogo ed al paese.

Rispetto al luogo:

Casa	Ospedale	Totale
3	13	16
18.75%	81.25%	100%

Rispetto al paese:

Italia	Somalia	Totale
8	8	16
50%	50%	100%

Malgrado ciò il giudizio complessivo rispetto alle cure ricevute è sostanzialmente positivo.

Per quanto riguarda le cure ricevute:

	Gravidanza	%	Parto	%
Con molta attenzione	9	64%	10	62.5
Con abbastanza attenzione	2	14%	3	18.75%
Con relativa attenzione	2	14%	2	12.5%
Con scarsa sensibilità	1	8%	1	6.25%
Totale	14	100%	16	100%

Anche se poi il 46% delle intervistate afferma di non essere tornata dal ginecologo per la visita di controllo.

Dopo il parto è tornata dal ginecologo?

Sì	No	Totale
7	6	13
54%	46%	100%

Mentre nel 43% dei casi c'è tornata dopo oltre 5 settimane:

≤5	>5	Totale
4	3	7
57%	43%	100%

Per quanto riguarda "chi" debba far loro il check-up dopo il parto le donne intervistate identificano, in larga maggioranza, il consultorio come il luogo adatto:

Medico di famiglia	Consultorio	Ostetrica	Totale
1	11	1	13
8%	84%	8%	100%

Rispetto alla ripresa della vita sessuale il campione di donne intervistate che rappresenta quelle che hanno partorito nella nostra regione non utilizza contraccettivi:

No	Totale
16	16
100%	100%

Inoltre esse sembrano avere un miglioramento della vita sessuale,

Anche se subito dopo il parto il rapporto col sesso è stato:

Più doloroso	Meno doloroso	Doloroso come al solito	Totale
1	10	4	15
7%	67%	26%	100%

Per quanto riguarda le condizioni di salute dei neonati nati nella nostra regione le cose sembrano essere incoraggianti.

Riguardo la salute di suo figlio, egli:

è nato sano	aveva problemi alla nascita, ma ora non più	Totale
15	1	16
94%	6%	100%

Confortanti, d'altro canto, sono i dati sull'allattamento. Infatti nel primo mese di vita l'allattamento è stato nell'81% dei casi solo con latte materno.

Come ha nutrito il figlio:

solo latte materno	latte materno + artificiale	Totale
13	3	16
81%	19%	100%

DISCUSSIONE

I dati in nostro possesso, in ragione anche della non significatività statistica, non possono essere sottoposti ad una analisi molto dettagliata e ad esaustivi commenti, anche se i nostri risultati sembrano essere concordi con quelli di Chalmers e Hashi (1) da cui è derivata la nostra ricerca e di cui riportiamo i risultati e le conclusioni.

“RESULTS: Findings suggested that women's needs are not always adequately met during their pregnancy and birth care. Women reported unhappiness with both clinical practice and quality of care.

CONCLUSIONS: Changes in clinical obstetric practice are necessary to incorporate women's perceptions and needs, to use fewer interventions, and to demonstrate greater sensitivity for cross-cultural practices and more respectful treatment than is currently available in the present system of care.”

Le mutilazioni genitali femminili rappresentano quindi un importante ostacolo ad un soddisfacente rapporto medico/paziente.

Riteniamo che l'apporto conoscitivo reso disponibile ai professionisti (attraverso i corsi di formazione ed il materiale documentale contenuto nelle “Raccomandazioni per i professionisti”) potrà fornire la base di conoscenze adeguate per fornire assistenza appropriata alle immigrate somale che si rivolgono ai servizi del SSR ed in qualche misura rappresentare un primo piccolo ma importante “step” nell'eradicazione della pratica.

3. CONCLUSIONI DELLA RICERCA

Le mutilazioni genitali femminili rappresentano un problema delicato e controverso, con pesanti ripercussioni sulla salute riproduttiva ed implicazioni profonde a livello culturale e psicologico: richiedono pertanto conoscenza e competenze specifiche, spesso carenti nella formazione specialistica degli operatori dei servizi ostetrico-ginecologici.

I risultati della nostra indagine riflettono tale situazione.

Una migliore conoscenza del fenomeno da parte del personale sanitario permetterebbe di meglio informare le pazienti sulle possibili complicanze a lungo termine legate alla pratica, e attuare, quindi una prevenzione secondaria con benefici per la salute della paziente e del nascituro. A lungo termine tale prevenzione, assieme al concorso di altre figure, potrà configurarsi come primaria, volta quindi ad evitare che la pratica venga perpetrata anche sulla prole, e ciò anche tenendo conto dei dati di distribuzione della propensione ad infibulare la prole che decrescono con il diminuire dell'età delle donne.

Vista la complessità del problema sarebbe auspicabile ed utile una collaborazione congiunta fra diversi specialisti e altre figure sociali e sanitarie, quali psicologi, ostetriche, ostetrici, assistenti sociali, educatori e mediatrici culturali le cui funzioni vanno ben oltre il superamento delle barriere linguistiche.

Tutto questo nell'interesse della salute e del benessere delle donne migranti, ma anche della crescita professionale e culturale dei professionisti.

Bibliografia

1. Chalmers B, Hashi KO. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth*. 2000 Dec;27(4):227-34.

SECONDA PARTE



BIBLIOGRAFIA

Questa versione *web* non include la seconda parte, bibliografica, e gli allegati. La bibliografia integrale, corredata - per tutti gli studi per cui era disponibile - di un riassunto, è accessibile all'indirizzo:
http://www.saperidoc.it/ques_319.html