

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA
SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E FARMACEUTICHE



Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

TESI DI LAUREA

Mutilazioni genitali femminili: un'indagine nazionale
online per valutare percezione e conoscenza della
tematica tra gli operatori sanitari.

Relatore

Prof. Simone Ferrero

Correlatore

Dott. Fabio Barra

Candidato

Irene Gavini

Anno accademico 2020-2021

Sezione I

<i>Introduzione</i>	4
MGF: definizione e dimensione del fenomeno.....	4
Anatomia del pudendo femminile.....	6
Classificazione delle MGF	8
Aspetti giuridici.....	12
Motivi della pratica.....	16
Epidemiologia	18
Descrizione della pratica.....	20
Impatto sulla salute	22

Sezione II

<i>Obiettivo dello studio</i>	27
<i>Materiali e metodil</i>	27
<i>Risultati</i>	31
<i>Discussione</i>	33
<i>Conclusione</i>	37
<i>Bibliografia</i>	38
<i>Ringraziamenti</i>	41

SEZIONE I

INTRODUZIONE

MGF: DEFINIZIONE e DIMENSIONE DEL FENOMENO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le mutilazioni genitali femminili (MGF) come qualsiasi procedura che comporti la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni, o alcuna modificazione degli organi genitali femminili, compiuta per ragioni non mediche ⁽¹⁾. Oltre a non avere benefici per la salute, la MGF interferisce con le normali funzioni del corpo e può avere un effetto negativo su diversi aspetti della vita di una ragazza o di una donna, inclusa la sua salute fisica, mentale e sessuale e il rapporto con suo marito o partner o con altri familiari stretti ⁽²⁾.

Sebbene siano state internazionalmente riconosciute come una violazione dei diritti umani e sia stata adottata una legislazione che le vieta in molti paesi, la pratica è ancora diffusa in 30 paesi dell'Africa e alcuni paesi dell'Asia (Indonesia) e del Medio Oriente (Iraq e Yemen) ⁽²⁾. Oltre a questi, evidenze sempre maggiori indicano che le MGF esistano anche in molti altri posti nel mondo, come Colombia ⁽³⁾, India ⁽⁴⁾, Malesia ⁽⁵⁾, Oman ⁽⁶⁾, Arabia Saudita ⁽⁷⁾ ed Emirati Arabi ⁽⁸⁾ con grandi variazioni in termini di tipo eseguito, circostanze che circondano la pratica e dimensioni dei gruppi di popolazione colpiti. In questi contesti, tuttavia, le prove disponibili provengono da studi su piccola scala (a volte obsoleti) o da resoconti aneddotici e non ci sono ancora dati rappresentativi sulla prevalenza ⁽⁹⁾.

La prevalenza delle MGF negli ultimi tre decenni è diminuita ma non tutti i paesi hanno fatto gli stessi progressi, per di più, a causa della crescita della popolazione, il numero assoluto di casi di MGF è destinato ad aumentare significativamente nei prossimi 15 anni se non si raggiungeranno ulteriori progressi nell'abbandono della pratica ⁽⁹⁾.

Il numero esatto di donne e bambine che hanno subito una MGF nel mondo rimane ad oggi sconosciuto ma si stima che nei 30 paesi maggiormente coinvolti siano almeno 200 milioni le donne che convivono con una qualche forma di MGF ⁽¹⁰⁾.

Peraltro, ogni anno oltre 3 milioni di bambine sono a rischio di essere sottoposte a questa pratica dolorosa, infatti, anche se sono state documentate importanti differenze nell'età a cui vengono effettuate, la maggior parte le subisce prima dei 15 anni ⁽¹¹⁾.

Herietta Fore e Natalia Kanem, direttori esecutivi rispettivamente di UNICEF e UNFPA, in occasione dell'ultima Giornata internazionale della tolleranza zero per le mutilazioni genitali femminili (6 Febo 2021), hanno rilasciato una dichiarazione congiunta spiegando che nel prossimo decennio potrebbero verificarsi due milioni di casi di MGF in più rispetto alle previsioni, poiché, a causa della pandemia COVID-19, sono state chiuse le scuole e interrotti i programmi che aiutano a proteggere le ragazze da questa pratica dannosa ⁽¹²⁾.

Come conseguenza dei flussi migratori internazionali degli ultimi anni le MGF sono diventate una questione di crescente rilievo anche nei paesi occidentali, tra cui l'Italia. Ad oggi, quindi, le MFG si possono considerare una problematica a livello mondiale.

ANATOMIA DEL PUDENDO FEMMINILE

Il Pudendo femminile o vulva, è rappresentato da quella regione situata nel perineo anteriore che si estende al davanti e sotto la sinfisi pubica fino al limite con il perineo posteriore. Fanno parte dei genitali esterni femminili: il monte di Venere, le grandi e piccole labbra, gli organi erettili (clitoride e bulbi del vestibolo) e il vestibolo della vagina; in quest'ultimo riversano il loro secreto le ghiandole vestibolari maggiori e minori ⁽¹³⁾.

Il *monte di Venere* è quel rilievo cutaneo che sta al davanti della sinfisi pubica: in alto prosegue senza una demarcazione con la regione ipogastrica, lateralmente è delimitato dalle pieghe dell'inguine e inferiormente continua con le grandi labbra ⁽¹³⁾. È irrorato da rami delle arterie pudende esterne; le vene sono tributarie delle vene grandi safene e/o femorali e i vasi linfatici sono drenati dai linfonodi inguinali superficiali del gruppo supero mediale ⁽¹³⁾. L'innervazione sensitiva è fornita da rami dei nervi ileoinguinale e genito femorale ⁽¹³⁾.

Le *grandi labbra* sono due pieghe cutanee tumide dirette dall'avanti all'indietro, dal monte di Venere al perineo posteriore. Convergono con le loro estremità anteriori per continuarsi nel monte di Venere e per congiungersi tra loro, formando la commessura vulvare anteriore; anche posteriormente si uniscono, formando la commessura vulvare posteriore o forchetta ⁽¹³⁾. Vi si distribuiscono rami delle arterie pudende esterne (arterie labiali anteriori) e interne (arterie labiali posteriori), mentre le vene superficiali sono tributarie delle vene grandi safene e/o femorali e profondamente comunicano con i plessi vaginale ed emorroidario e con le vene del legamento rotondo ⁽¹³⁾. I vasi linfatici drenano prevalentemente nel gruppo supero mediale dei linfonodi inguinali superficiali. L'innervazione deriva dai nervi labiali anteriori dei nervi ileoinguinale e genito femorale, e posteriori del nervo pudendo ⁽¹³⁾.

Le *piccole labbra* o *ninfe* sono due pieghe cutanee più brevi e sottili delle grandi labbra ma disposte nella stessa direzione e impiantate sulla faccia mediale di quest'ultime ⁽¹³⁾. L'estremità anteriore di ciascuna delle due labbra si biforca in due laminette: la branca superiore che, congiungendosi con quella dell'altro lato, incappuccia il clitoride e ne

forma il prepuzio e la branca inferiore che si dirige verso il glande del clitoride e vi si inserisce unendosi con la controlaterale per formare il frenulo del clitoride ⁽¹³⁾. L'estremità posteriore, assottigliandosi progressivamente, in genere si perde sulla faccia mediale del grande labbro, più raramente forma il frenulo delle piccole labbra ⁽¹³⁾. La vascolarizzazione sanguigna e linfatica e l'innervazione sono analoghe a quelle delle grandi labbra ⁽¹³⁾.

Le piccole labbra delimitano il *vestibolo della vagina*, spazio comunicante con l'esterno tramite la rima vulvare e il cui tetto presenta, nella parte posteriore, l'orifizio vaginale (ristretto dalla presenza dell'imene nella donna vergine), nella sua parte più anteriore, la pupilla uretrale, alla sommità della quale si trova l'orifizio uretrale ⁽¹³⁾. Ai lati dell'apertura vaginale si aprono, con un dotto escretore, le ghiandole vestibolari maggiori; mentre a breve distanza dal meato uretrale sboccano le ghiandole parauretrali ⁽¹³⁾.

Il *clitoride* è un organo impari e mediano, situato nella porzione anteriore della vulva, subito al di sotto della commessura anteriore delle grandi labbra ⁽¹³⁾. È costituito essenzialmente dai due corpi cavernosi del clitoride, le cui radici aderiscono alla rispettiva branca ischiopubica e, portandosi in alto, in avanti e medialmente convergono a formare il corpo del clitoride ⁽¹³⁾. Questo prosegue in alto per poi incurvarsi bruscamente verso il basso e infine termina con un'estremità smussa, il glande ⁽¹³⁾. Il corpo e il glande del clitoride sono ricoperti dal cappuccio cutaneo derivato dalle piccole labbra ⁽¹³⁾. La vascolarizzazione è assicurata dall'arteria del clitoride, destra e sinistra, originata dalla rispettiva arteria pudenda esterna, mentre le vene del clitoride sono tributarie superficialmente delle vene grandi safene e/o femorali, profondamente della vena pudenda interna ⁽¹³⁾. I vasi linfatici superficiali si portano al gruppo supero mediale dei linfonodi inguinali superficiale, quelli profondi ai linfonodi inguinali profondi e agli iliaci esterni ⁽¹³⁾. L'innervazione sensitiva del clitoride, particolarmente abbondante, è assicurata dai nervi dorsali che provengono dai due nervi pudendi interni ⁽¹³⁾.

I *bulbi del vestibolo* sono due organi formati da tessuto cavernoso rivestito della sua albuginea ⁽¹³⁾. Sono situati ai lati del vestibolo, accolti nella loggia bulboclitoreide, e

ricoperti latero inferiormente dal muscolo bulbocavernoso ⁽¹³⁾. Ciascun bulbo è irrorato dall'omonima arteria originata dalla pudenda interna, le vene sono tributarie della vena pudenda interna, mentre l'innervazione è prevalentemente vasomotoria con i plessi perivascolari ⁽¹³⁾.

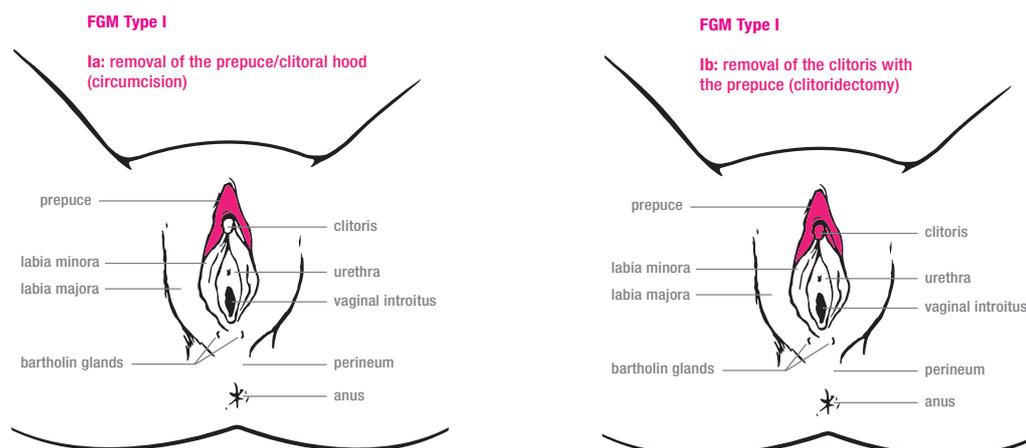
CLASSIFICAZIONE DELLE MGF

Una prima classificazione delle mutilazioni genitali femminili venne fatta nel 1995 in occasione della dichiarazione congiunta OMS/UNICEF/UNFPA. A quella divisione sono state successivamente apportate alcune modifiche per migliorare ambiguità e carenze, riporto quindi la classificazione dell'OMS del 2007.

Tipo I: rimozione parziale o totale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia) ⁽¹⁾.

Quando è importante distinguere tra le principali varianti delle mutilazioni di Tipo I, vengono proposte le seguenti suddivisioni:

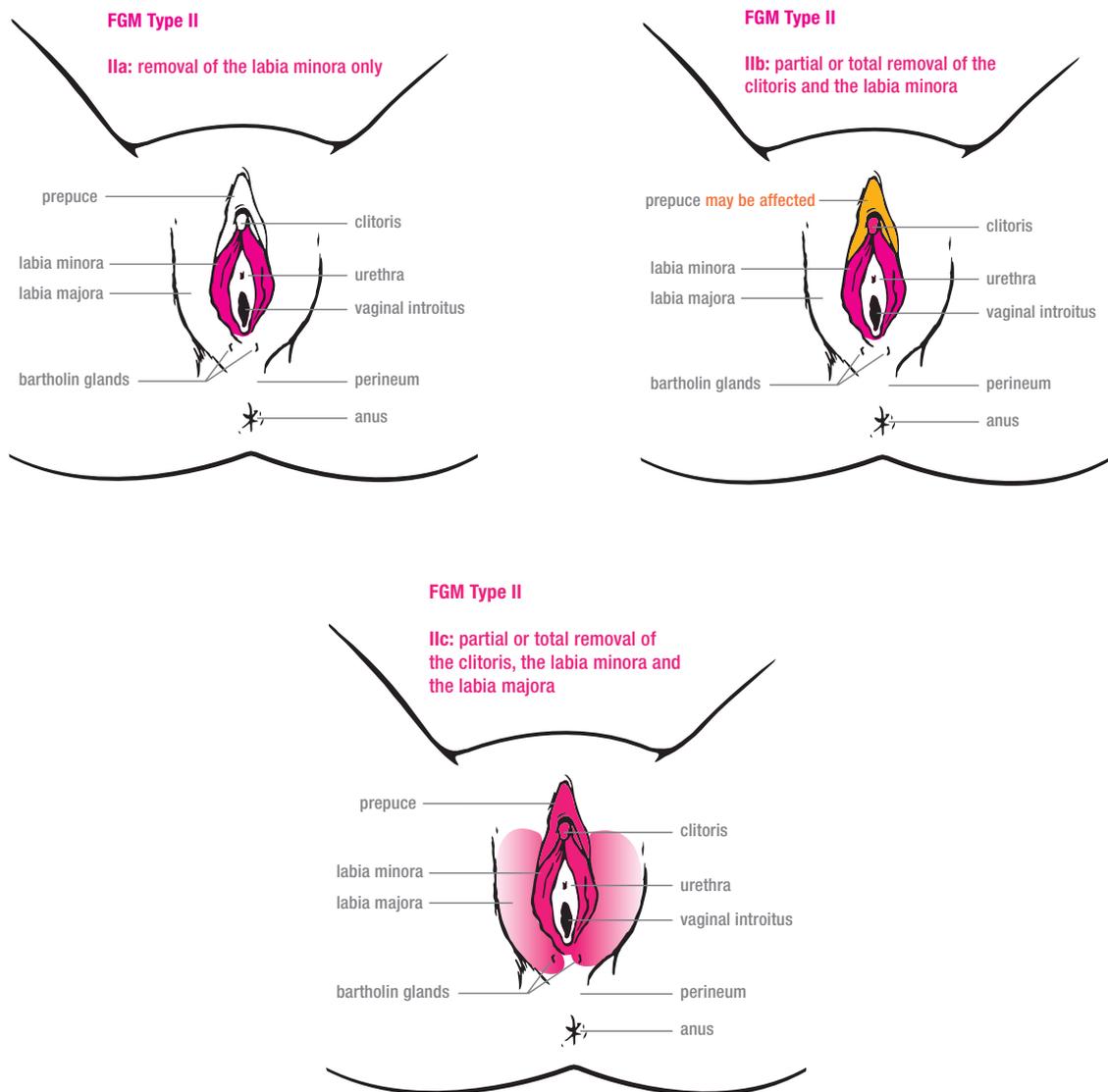
- Tipo I a: rimozione del solo cappuccio clitorideo o del prepuzio;
- Tipo I b: rimozione del clitoride con il prepuzio ⁽¹⁾.



Tipo II: rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra (escissione) ⁽¹⁾.

Quando è importante distinguere tra le principali variazioni documentate, vengono proposte le seguenti suddivisioni:

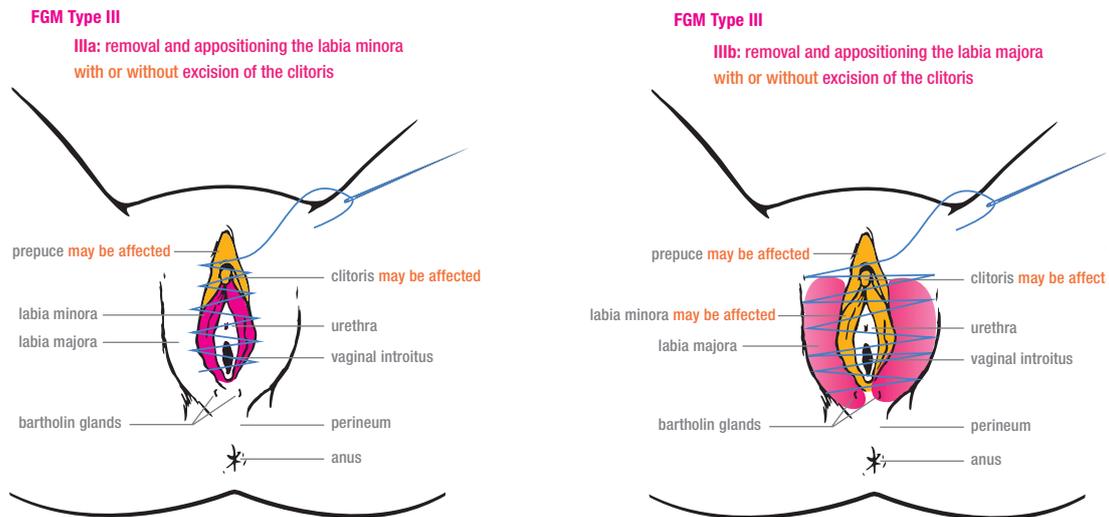
- Tipo II a: rimozione delle sole piccole labbra;
- Tipo II b: rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra;
- Tipo II c: rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole e grandi labbra ⁽¹⁾.



Tipo III: Restringimento dell'orifizio vaginale con creazione di un "sigillo di copertura" tagliando e avvicinando le piccole labbra e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione) ⁽¹⁾.

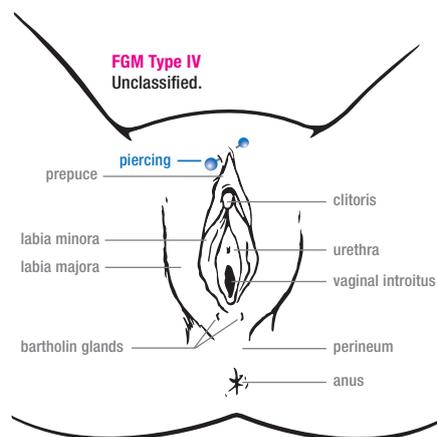
Quando è importante distinguere tra variazioni nelle infibulazioni, vengono proposte le seguenti suddivisioni:

- Tipo III a: rimozione e apposizione delle piccole labbra;
- Tipo III b: rimozione e apposizione delle grandi labbra ⁽¹⁾.



L'adesione delle labbra si traduce in una copertura quasi completa dell'uretra e dell'orifizio vaginale, che deve essere riaperto per i rapporti sessuali e il parto, con una procedura nota come "defibulazione". In alcuni casi, questo è seguito da una reinfibulazione ⁽¹⁾.

Tipo IV: Non classificato; tutte le altre procedure dannose per i genitali femminili per scopi non medici, alcune di esse sono puntura, perforazione, incisione, raschiatura e cauterizzazione ⁽¹⁾.



Puntura, perforazione e incisione comportano un taglio in modo da far sanguinare i genitali, ma nessuna rimozione di tessuto e né alcuna alterazione permanente dei genitali esterni. La pratica della puntura è talvolta chiamata "circoncisione simbolica" e alcune comunità l'hanno descritta come una forma tradizionale di MGF ⁽¹⁾.

La circoncisione simbolica è ancora molto controversa, è persino stata proposta come alternativa a forme più gravi di mutilazioni sia in Africa che in altri paesi in cui vengono eseguite le MGF ⁽¹⁴⁾. Altri, invece, sostengono che questa pratica dovrebbe essere mantenuta nella classificazione delle MGF, sia per consentirne la documentazione e la differenziazione dalle procedure più severe, sia per garantire che non possa essere utilizzata come copertura per procedure più estese, poiché ci sono forti indicazioni che la circoncisione simbolica descritta come una alternativa alle MGF spesso comporti un cambiamento nella terminologia piuttosto che un cambiamento nella pratica effettiva del taglio; il termine può essere usato per legittimare o coprire procedure più invasive ^(15,16). A causa di queste preoccupazioni viene mantenuta quindi all'interno del Tipo IV.

La cauterizzazione è qui intesa come la distruzione di tessuto bruciandolo con un ferro caldo. È stata giustificata come un rimedio per problemi di salute, tra cui emorragie, ascessi, piaghe, ulcere e ferite, o per "contro-irritazione", cioè per causare dolore o irritazione in una parte del corpo per alleviare dolore o infiammazione in un altro ⁽¹⁾.

L'allungamento del clitoride e/o delle piccole labbra è stato documentato in alcune aree, specialmente nell'Africa meridionale. In genere, alle ragazze in età prepuberale viene insegnato come allungare le labbra utilizzando prodotti come oli ed erbe, per un periodo di alcuni mesi ⁽¹⁾. Sono stati documentati dolore e lacerazione durante la trazione, ma non sono state riscontrate conseguenze a lungo termine. La pratica è stata trovata principalmente nelle società in cui le donne godono di uno status sociale relativamente elevato, soprattutto nelle società matrilineari ⁽¹⁾. L'allungamento labiale potrebbe essere definito come una forma di mutilazione genitale femminile perché è una convenzione sociale, e quindi c'è una pressione sociale sulle ragazze affinché modifichino i loro genitali, e perché crea cambiamenti genitali permanenti ^(17,18).

Benché questa classificazione offra una descrizione anatomica precisa di varie pratiche, può essere più utile e di facile applicazione nell'osservazione clinica piuttosto che nel colloquio con eventuali pazienti portatrici. P Stanley Yoder e colleghi spiegano che "ogni società ha il proprio linguaggio e modi di classificare i tipi di taglio, che non corrispondono necessariamente alle designazioni dell'OMS. Stabilire l'equivalenza tra questi tipi definiti localmente e quelli proposti come linee guida dall'OMS non è una questione semplice" ⁽¹⁹⁾. Molte donne potrebbero non essere consapevoli delle procedure specifiche eseguite sul proprio corpo, e in molti contesti potrebbe essere culturalmente inadeguato porre domande dettagliate su tali argomenti o mostrare illustrazioni ⁽²⁰⁾. In aggiunta, la definizione del Tipo IV solleva una serie di problematiche irrisolte. Non è sempre chiaro, infatti, quali pratiche genitali dannose debbano essere definite di Tipo IV. Mentre i tipi I-III, in cui il tessuto genitale viene solitamente rimosso da minori, violano chiaramente diversi diritti dell'uomo e sono presi di mira dalla maggior parte delle legislazioni in materia di violenza, lesioni personali e abusi sui minori, la questione non è così semplice per quanto il Tipo IV ⁽¹⁾.

Secondo quanto dichiarato dall'OMS i principi guida per considerare le pratiche genitali come mutilazione genitale femminile dovrebbero essere quelli dei diritti umani, compreso il diritto alla salute, diritti dei bambini e diritto alla non discriminazione in base al sesso. È stato quindi ritenuto importante mantenere un'ampia definizione di mutilazione genitale femminile al fine di evitare scappatoie che potrebbero consentire il proseguimento della pratica ⁽¹⁾.

ASPETTI GIURIDICI

DIRITTI UMANI

L'articolo 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani afferma che "ognuno ha diritto a uno standard di vita adeguato alla salute e al benessere propri e della propria famiglia"⁽²¹⁾. È stato questo il principio utilizzato per sostenere che le MGF violano il diritto alla salute e all'integrità fisica di donne e bambine. Inizialmente, infatti, le campagne globali per eliminare le MGF si sono concentrate sulle conseguenze negative

della pratica sulla salute; questo però non ha comportato una riduzione significativa della loro prevalenza, ma anzi, l'aver posto l'attenzione su questo aspetto potrebbe aver inavvertitamente promosso la medicalizzazione della pratica, fenomeno per cui è sempre viene eseguita da professionisti medici ⁽²²⁾. Le MGF furono quindi riconcettualizzate come una questione di diritti umani durante la Conferenza mondiale sui diritti umani di Vienna del 1993, in cui si sono verificati due importanti sviluppi: in primo luogo, le mutilazioni genitali femminili sono stata classificata come una forma di violenza contro le donne (VAW); in secondo luogo, per la prima volta è stato riconosciuto che la questione della VAW rientra nell'ambito di competenza del diritto internazionale dei diritti umani ⁽²²⁾.

Nel dicembre 2012, gli Stati membri delle Nazioni Unite (ONU) hanno concordato nella risoluzione 67/146 dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite di intensificare gli sforzi per eliminare le MGF, come pratica che è stata definita "un abuso irreparabile e irreversibile che ha un impatto negativo sui diritti umani di donne e ragazze" ⁽²³⁾.

Le MGF violano una serie di principi consolidati sui diritti umani, quali, il principio di uguaglianza e non discriminazione sulla base del sesso, il diritto alla vita (quando provoca la morte) e il diritto alla libertà dalla tortura o trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti, nonché i diritti dell'infanzia quando vengono effettuate su minori ⁽¹⁾. Poiché interferisce con tessuto genitale sano in assenza di necessità mediche e può portare a gravi conseguenze per la salute fisica e mentale di una donna, l'MGF è anche una violazione del diritto di una persona al più alto livello di salute raggiungibile ⁽¹⁾.

Considerando le MGF come una forma di violenza contro le donne, si può invocare la Convenzione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW) ^(1, 24). Allo stesso modo, definirla una forma di tortura la fa rientrare nella Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti ^(1, 25). Inoltre, poiché l'E/MGF è considerata una pratica tradizionale pregiudizievole per la salute dei bambini ed è, nella maggior parte dei casi, eseguita sui minori, viola la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) che riconosce ad ogni bambino e adolescente il diritto alla protezione da ogni tipo di abuso, sfruttamento e violenza ^(1, 26). Per questo, gli organismi di monitoraggio dei trattati sui

diritti umani hanno chiarito che pratiche dannose come le MGF costituiscono una forma di discriminazione fondata sul sesso, genere, età e altri motivi ^(1, 27).

Anche diversi accordi regionali sui diritti umani affrontano la questione, in particolare il Protocollo sui diritti delle donne in Africa ("Protocollo di Maputo") adottato dall'Unione Africana (UA) l'11 luglio 2003 a Maputo, in Mozambico, nel contesto degli accordi definiti dalla *Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli*, che impone il divieto legale di pratiche dannose come la MGF ^(1, 28).

LEGISLAZIONE

Nel settembre 2018 le MGF erano illegali in 22 dei 28 paesi africani a maggior prevalenza di MGF ⁽²⁹⁾: Benin, Burkina Faso, Cameroon, Car, Costa d'avorio, Gibuti, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Sudan del Sud, Tanzania, Togo e Uganda. Il Sudan ha criminalizzato la MGF nell'aprile 2020 ⁽³⁰⁾. Cinque paesi sono attualmente senza leggi che le criminalizzano, e quindi la pratica è ancora effettivamente legale in Mali, Sierra Leone, Liberia, Chad e Somalia ⁽²⁹⁾.

Il dibattito sull'efficacia delle leggi che vietano le MGF è stato superato, si è compreso infatti, che queste dovrebbero essere parte di una serie di interventi per sostenere un movimento sociale verso la loro eliminazione. Un rapporto dell'UNICEF sulla riforma legislativa e le MGF rileva che questa dovrebbe tenere conto del grado di sostegno sociale per la pratica ⁽³¹⁾. In contesti in cui parte della popolazione praticante concorda sul fatto che le ragazze e le donne non dovrebbero subire MGF, le leggi in merito hanno un ruolo importante nel sostenere il cambiamento sociale perché forniscono legittimità ai nuovi comportamenti ^(32, 33). Tuttavia, nelle comunità con ampio sostegno alle MGF, è necessario sviluppare strategie di riforma legislativa che integrino anche campagne di sensibilizzazione sociale per contribuire all'abbandono collettivo della pratica. Senza misure per influenzare tradizioni e aspettative culturali, la legislazione tende ad essere inefficace ⁽³⁴⁾.

In Italia le MFG sono diventate illegali con la Legge del 9 gennaio 2006 n. 7, recante “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”. Questa prevede l’aggravamento della pena se il reato viene commesso a danno di un minore o a fini di lucro, nonché il principio della extraterritorialità, criminalizzando la pratica anche quando commessa all'estero, da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, oppure a danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia ⁽³⁵⁾.

L'Italia ha ratificato diverse convenzioni internazionali che condannano le mutilazioni genitali femminili (MGF), tra cui la Dichiarazione universale dei diritti umani (UDHR), la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW), la Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti (CAT), la Convenzione sui diritti del fanciullo (CRC), la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) e la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (2010/C 83/02) (EIGE, 2013) ⁽³⁶⁾.

Inoltre, nel settembre 2012 il Parlamento italiano ha ratificato la Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (c.d. Convenzione di Lanzarote) ⁽³⁷⁾. Con questo documento i paesi aderenti si impegnano a rafforzare la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, adottando criteri e misure comuni sia per la prevenzione del fenomeno, sia per il perseguimento dei responsabili, nonché per la tutela delle vittime. In relazione al reato di pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili, la Convenzione di Lanzarote ha introdotto la pena accessoria della perdita della potestà genitoriale e l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela, alla curatela e all'amministrazione di sostegno.

Infine, nel 2013 l'Italia ha ratificato la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza sulle donne e la violenza domestica (nota anche come Convenzione di Istanbul) ⁽³⁸⁾. La Convenzione di Istanbul è il primo trattato internazionale legalmente vincolante in materia di prevenzione della violenza nei confronti delle donne omnicomprensivo. Fornisce protezione alle vittime e pone fine

all'impunità dei persecutori, promuovendo sia la prevenzione che il contrasto di tutti i possibili atti di violenza di genere in quanto definisce e criminalizza diverse forme di violenza nei confronti delle donne (incluse le mutilazioni genitali femminili, il matrimonio forzato, lo stalking, oltre alla violenza psicologica, fisica e sessuale) ⁽³⁸⁾.

MOTIVI DELLA PRATICA

Le MGF sono praticate per una varietà di ragioni socioculturali, che possono differire da una regione e da un gruppo etnico all'altro. Laddove ampiamente eseguite si possono considerare una convenzione sociale, ovvero una pratica interdipendente, condizionata dalle percezioni o dalle aspettative di un individuo o della famiglia su ciò che gli altri fanno e pensano: coloro che aderiscono alla pratica possono essere meglio accettati nelle loro comunità, mentre coloro che non lo fanno possono subire condanne, molestie e ostracismo. Le stesse ragazze possono desiderare di sottoporsi alla procedura a causa della pressione sociale dei coetanei e per paura della stigmatizzazione e del rifiuto da parte delle loro comunità se non seguono la tradizione ⁽¹⁾.

Sono quindi pratiche tradizionali: atti abituali, di uso comune, che sono stati trasmessi dalla generazione passata e che con molta probabilità saranno passati a quella successiva. Le mutilazioni genitali femminili sono però un tipo particolare di pratiche tradizionali ⁽³⁹⁾: alcuni le considerano un rito di passaggio alla femminilità, altri credono che aiutino a preservare la verginità di una ragazza fino al matrimonio. Nella maggior parte dei casi i genitori le considerano essenziali per garantire l'accettazione della figlia nella società. Di seguito i motivi principali per cui le comunità praticano le MGF ⁽¹⁾:

- Rispetto per la tradizione e identità etnica: le MGF sono spesso viste come parte della storia e della tradizione culturale della comunità, i cui i membri, comprese le donne, sostengono e continuano la pratica perché la vedono come un segno di rispetto verso i più anziani ⁽¹⁾;

- Rito di passaggio: in molte culture, la MGF costituisce per le ragazze un importante rito di passaggio all'età adulta (una pratica cerimoniale che guida e regola i mutamenti di status o di ruolo delle persone e così facendo scandisce le varie fasi del ciclo di vita trasformandole in un percorso ordinato che soddisfa i bisogni di identità e di riconoscimento⁽³⁸⁾), spesso l'evento è contrassegnato da una cerimonia e/o celebrazione e può essere considerato un passo necessario per essere considerata una donna adulta rispettabile ⁽¹⁾;
- Matrimonio: spesso ci si aspetta che gli uomini sposino solo donne che hanno subito MGF; il desiderio e la pressione per sposarsi, e la sicurezza economica e sociale che può derivarne, possono perpetuare la pratica in alcuni contesti ⁽¹⁾;
- Fertilità: in alcune comunità praticanti, donne e uomini credono che se una donna non viene tagliata non sarà in grado di rimanere incinta o potrebbe incontrare difficoltà durante il travaglio ⁽¹⁾;
- Assicurare verginità, castità e fedeltà: si ritiene che le MGF salvaguardino la verginità di una ragazza o di una donna prima del matrimonio e garantiscano la fedeltà dopo il matrimonio. Pertanto, le famiglie possono credere che le MGF proteggano l'onore di una ragazza e della sua famiglia ⁽¹⁾;
- Pulizia e bellezza: in alcuni gruppi etnici i genitali femminili esterni sono considerati impuri e sporchi e la loro rimozione è vista come una misura igienica; le MGF vengono eseguite per rendere le ragazze pulite e belle ⁽¹⁾;
- Femminilità: si ritiene che la rimozione delle parti genitali considerate maschili (cioè il clitoride) renda le ragazze più femminili, rispettabili e belle ⁽¹⁾;
- Religione: alcune comunità credono che la MGF sia un requisito religioso, anche se non è menzionata in nessun testo religioso ⁽¹⁾. Le MGF sono antecedenti all'Islam e la maggior parte dei musulmani non le praticano, mentre vengono eseguite in alcune comunità cristiane. È anche vero che la religione islamica si è più integrata con la tradizione indigena: mentre in area cristiana, dove

predomina la clitoridectomia, le percentuali oscillano tra il 20 e il 50%, in area islamica, dove l'infibulazione è di rigore, si toccano punte che vanno dall'80 al 100%. Con il tempo l'identificazione dell'Islam con la tradizione indigena si è rafforzata a tal punto che è stato il maggiore responsabile della loro diffusione al di fuori dell'Africa, esportandole tra l'altro in Indonesia e in Malesia ⁽³⁹⁾.

Qualunque sia la ragione fornita, le MGF rappresentano una manifestazione di disuguaglianza di genere profondamente radicata ⁽¹⁾.

EPIDEMIOLOGIA

Stabilire con esattezza la diffusione e la dimensione di quello che viene definito un fenomeno sommerso è molto difficile. Le bambine e le donne che hanno subito MGF vivono prevalentemente nell'Africa subsahariana e in Medio Oriente dove negli ultimi decenni sono stati raccolti dati affidabili attraverso due importanti indagini: il Demographic and Health Surveys (DHS), supportato dall'Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale (USAID), e il Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), sostenuto da UNICEF ⁽¹¹⁾. Le ricerche maggiori sono state fatte nei paesi africani più coinvolti. Secondo le ultime indagini dell'UNICEF, sarebbero almeno 200 milioni le donne e ragazze portatrici di MGF in questi trenta paesi, di cui 44 milioni ragazze sotto ai 15 anni ⁽⁹⁾. Inoltre, più della metà si concentra in solo tre nazioni: Egitto, Nigeria ed Etiopia.

In realtà negli ultimi tre decenni c'è stato un calo generale della prevalenza delle MGF, ma non tutti i paesi hanno fatto gli stessi progressi e il ritmo è stato irregolare. Si può comunque attestare che, mentre nel 1985 la percentuale di ragazze tra i 15 e i 19 anni con MGF era del 51%, nel 2016 si è abbassata al 37% ⁽⁹⁾. Questi risultati non sono però sufficienti per mantenere il passo con la crescita della popolazione in queste aree, se il trend di diminuzione continuerà a questa velocità il numero assoluto di donne e bambine con MGF aumenterà significativamente nei prossimi anni ⁽⁹⁾.

La prevalenza delle MGF varia molto tra questi paesi, in base agli ultimi aggiornamenti dell'Unicef la percentuale di bambine e donne tra i 15 e i 49 anni che hanno subito una qualche forma di MGF è distribuita come in Tabella 1 ⁽⁴⁰⁾.

Somalia	98%	Mauritania	67%	Yemen	19%
Guinea	95%	Etiopia	65%	Maldive	13%
Gibuti	94%	Guinea-Bissau	45%	Tanzania	10%
Mali	89%	Liberia	44%	Benin	9%
Egitto	87%	Chad	38%	Iraq	7%
Sudan	87%	Costa d'Avorio	37%	Ghana	4%
Sierra Leone	86%	Senegal	24%	Togo	3%
Eritrea	83%	Car	24%	Niger	2%
Burkina Faso	76%	Kenya	21%	Cameroon	1%
Gambia	76%	Nigeria	19%	Uganda	0,3%

Tabella 1: prevalenza MGF nei paesi maggiormente coinvolti.

In alcuni altri paesi, gli studi hanno documentato le MGF, ma non sono state fatte stime nazionali. Questi paesi includono: Indonesia ⁽³⁾, India ⁽⁴⁾, Malesia ⁽⁵⁾, Oman ⁽⁶⁾, Arabia Saudita ⁽⁷⁾, Emirati Arabi Uniti ⁽⁸⁾. Ci sono segnalazioni aneddotiche sulla mutilazione genitale femminile anche in Colombia, Repubblica Democratica del Congo, Oman, Perù e Sri Lanka ⁽¹⁾.

PREVALENZA IN ITALIA

Con i crescenti flussi migratori è sicuramente aumentato il numero di ragazze e donne che vivono fuori dal loro paese di origine, che hanno subito mutilazioni genitali femminili o che potrebbero essere a rischio di essere sottoposte alla pratica, nei paesi occidentali, come Australia, Canada, Stati Uniti, Regno Unito e vari paesi europei.

Anche l'Italia è interessata da questi flussi migratori ed è quindi fondamentale raccogliere e analizzare dati sulle MGF per avere un'organizzazione sanitaria mirata e basta su dati concreti. Nonostante ciò, non si conoscono ancora con esattezza il numero,

né la prevalenza, di ragazze e donne con MGF che vivono nel nostro paese e solo pochi studi sono stati condotti con l'obiettivo di stimare questi dati.

Secondo il rapporto dell'Istituto Europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE), nel 2016 risiedevano in Italia un numero di 76 040 ragazze di età compresa tra 0 e 18 anni provenienti da paesi che praticano la MGF, di cui il 15-24% era a rischio di questa pratica, quindi tra le 18 338 e 11 382 bambine ⁽⁴¹⁾. Le loro principali comunità di appartenenza erano, in ordine decrescente, Egitto, Nigeria, Senegal e Ghana ⁽⁴¹⁾.

È stato invece stimato da Ortensi et al. che nel 2016 in Italia fossero presenti da 60 a 80mila donne nate all'estero (di età pari o superiore a 15 anni) con MGF ⁽⁴²⁾. Questo studio analizza anche altri due importanti aspetti: la provenienza e l'età di queste donne. Più della metà delle straniere con MGF proviene da Nigeria ed Egitto, il 14% dell'Etiopia e il 7% del Senegal ⁽⁴²⁾. Inoltre, in conseguenza dei diversi flussi migratori verso l'Italia, si attestano importanti differenze nella stratificazione per età: le donne di Eritrea, Somalia ed Etiopia furono le prime ad arrivare nel nostro paese e sono quindi le più anziane, con un alto tasso di donne sopra i 65 anni (rispettivamente 47.7%, 45.3% e 23.6%, contro una percentuale totale dell'8.7%) ⁽⁴²⁾.

DESCRIZIONE DELLA PRATICA

Il tipo di mutilazione, l'età e il modo in cui viene eseguita cambiano molto in base a diversi fattori, tra cui il gruppo etnico di appartenenza, il paese, se ci si trova in una zona rurale o urbana e dall'estrazione socioeconomica.

- TIPOLOGIA

La tipologia di intervento mutilatorio imposto varia principalmente a seconda del gruppo etnico di appartenenza. Le stime attuali (da indagini su donne di età superiore ai 15 anni) indicano che circa il 90% delle MGF praticate è di tipo I

(clitoridectomia) o II (escissione), mentre un decimo dei casi si riferisce al tipo III^(9,43). L'infibulazione, che è la forma più grave di MGF, è praticata principalmente nella regione nord-orientale dell'Africa: Gibuti, Eritrea, Etiopia, Somalia e Sudan⁽¹¹⁾. Nell'Africa occidentale (Guinea, Mali, Burkina Faso, ecc.), la tendenza è quella di rimuovere tessuto (clitoridectomia e/o escissione) senza cucire insieme le piccole e/o grandi labbra⁽¹¹⁾.

- PROCEDURA

La procedura può essere attuata a casa della ragazza o di un parente, in un centro sanitario o, specialmente se associato a una iniziazione, in un sito appositamente designato, come un particolare albero o fiume⁽¹¹⁾. Solitamente solo le donne possono essere presenti. Nella maggior parte dei paesi, le MGF vengono eseguite da praticanti tradizionali, da una donna anziana della comunità, da una guaritrice o da un barbiere⁽¹¹⁾. Possono essere impiegati vetri rotti, forbici, una lama, un rasoio o qualche altro strumento da taglio. Quando ha luogo l'infibulazione, vengono usate spine o punti per tenere insieme i due lati delle grandi labbra e le gambe in genere vengono legate insieme fino a 40 giorni, generalmente non vengono utilizzati anestetici⁽⁴⁴⁾.

- MEDICALIZZAZIONE

In alcuni paesi si è notevolmente diffuso il fenomeno della medicalizzazione delle MGF, cioè quando la procedura viene eseguita da una qualsiasi categoria di operatori sanitari, in una clinica pubblica o privata, a casa o altrove. Spesso sono infermieri, ostetriche o altro personale sanitario qualificato a eseguire la procedura, ma in Egitto e Sudan, dove questo fenomeno è molto esteso, quasi l'80% delle ragazze subisce la mutilazione da parte di personale medico⁽¹¹⁾. Secondo l'UNICEF gli operatori sanitari sono artefici delle MGF in un quarto dei casi. L'incremento della medicalizzazione delle MGF deriva dall'errata percezione che i loro rischi siano di natura meramente sanitaria, anziché rappresentare una vera e propria violazione dei diritti umani⁽⁴⁵⁾. Ma medicalizzare la pratica non

elimina il pericolo che essa rappresenta per le donne, poiché rimuove e danneggia tessuti sani e normali e interferisce con le funzioni naturali del corpo femminile ⁽⁴⁵⁾.

- ETÀ

L'età a cui donne o bambine vengono sottoposte all'atto è molto disparata, andando da poco dopo la nascita a durante la prima gravidanza. In Yemen l'85% delle bambine subisce MGF entro la prima settimana di vita ⁽⁹⁾. Almeno l'80% delle ragazze tagliate in Somalia, Egitto, Ciad e Repubblica Centrafricana vi è stata sottoposta quando aveva tra i 5 e 14 anni, mentre in paesi come Nigeria, Mali, Eritrea, Ghana e Mauritania, a più dell'80% delle ragazze tagliate è successo prima del quinto compleanno ⁽¹¹⁾. In Kenya, il 46% delle ragazze non è stato tagliato fino all'età di 9 anni, mentre in Guinea-Bissau, circa il 18% ha subito MGF dopo i 15 anni ⁽¹¹⁾. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'età media sta diminuendo. Ciò indica che la pratica è sempre meno associata all'iniziazione all'età adulta, soprattutto nelle aree urbane.

IMPATTO SULLA SALUTE

Le MGF non hanno benefici noti per la salute, inoltre, le ragazze e donne che le hanno subite sono a grande rischio di soffrire delle sue complicazioni per tutta la vita. La procedura è dolorosa e traumatica ed è spesso eseguita in condizioni non sterili da un praticante tradizionale che ha poca conoscenza dell'anatomia femminile ⁽²⁾. Inoltre, la rimozione o il danneggiamento del tessuto genitale sano interferisce con il naturale funzionamento del corpo e può causare diverse complicazioni di salute immediate e a lungo termine ⁽²⁾. Queste conseguenze negative per la salute colpiscono prevalentemente, anche se non esclusivamente, il sistema genito-urinario femminile. L'evidenza indica che potrebbe esserci un rischio maggiore di danni con la MGF di tipo III, rispetto ai tipi I e II, e che questi eventi tendono ad essere considerevolmente sottostimati ⁽⁴⁶⁾.

Tra le complicanze a breve termine ci sono:

- Forte dolore: il clitoride e i tessuti genitali circostanti hanno una innervazione molto rappresentata e quindi sono particolarmente sensibili, per di più, le MGF vengono solitamente eseguite senza anestesia ⁽⁴⁷⁾;
- Lesioni dei tessuti adiacenti: scarsa conoscenza anatomica, condizioni non sterili e il dimenarsi della vittima possono portare a una lesione di uretra, vagina, perineo o più frequentemente dell'orifizio anale e del retto ⁽⁴⁷⁾;
- Emorragia: l'asportazione del clitoride può comportare una lacerazione dell'arteria clitoridea, così come il taglio delle labbra provoca danni ai vasi sanguigni. Il sanguinamento di solito si verifica durante o immediatamente dopo la procedura. Se incontrollata, l'emorragia può portare a shock emorragico ⁽⁴⁷⁾;
- Infezioni: dovute alle scarse condizioni igieniche in cui di solito avviene la pratica, con uso di strumenti non sterili, senza antisettici e antibiotici ⁽⁴⁷⁾. Infezioni da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), Chlamydia trachomatis, Clostridium tetani, virus dell'herpes simplex 2 (HSV2) sono significativamente più comuni tra le donne che hanno subito una mutilazione di tipo III rispetto ad altre categorie ⁽⁴⁸⁾;
- Gonfiore dei tessuti genitali ⁽⁴⁷⁾;
- Ritenzione urinaria acuta: può essere talvolta il risultato del dolore, della paura di urinare, di una lesione o dell'occlusione dell'uretra in caso di infibulazione; più comunemente si verifica ritenzione acuta di urina a causa del gonfiore e dell'infiammazione dei tessuti genitali intorno alla ferita ⁽⁴⁷⁾.

Quando si manifestano le complicanze a breve termine il rischio di mortalità aumenta, soprattutto in caso di scarsa assistenza sanitaria. Sebbene i dati sulla mortalità delle

ragazze sottoposte a MGF siano sconosciuti e difficili da reperire, si stima che una su cinquecento provochi la morte ⁽⁴⁹⁾.

Le MGF provocano però anche complicanze a lungo termine, come:

- Dolore vulvare cronico: si può manifestare durante i rapporti sessuali ma anche durante le attività quotidiane ⁽⁴⁷⁾ e può essere aggravato dai disturbi della salute mentale, tra cui ansia, depressione e stress post-traumatico, condizioni correlate alle MGF ⁽⁵⁰⁾;
- Neuroma clitorideo: si può sviluppare se il nervo dorsale del clitoride viene lesa durante la rimozione della porzione esterna del clitoride (glande clitorideo); può essere asintomatico o causare allodinia e generare scariche elettriche interpretate come dolore ⁽⁴⁷⁾;
- Infezioni del tratto riproduttivo: le donne con MGF hanno un rischio maggiore di contrarle, specialmente in caso di infibulazione. Possono essere ricorrenti e, se non trattate, possono diventare persistenti e portare a malattia infiammatoria pelvica (PID) ⁽⁴⁷⁾;
- Problemi durante la mestruazione: l'infibulazione stretta o le gravi cicatrici che portano a restringimento dell'apertura vaginale possono causare dismenorrea, ematocolpo o ematometra ⁽⁴⁷⁾;
- Infezioni del tratto urinario: le ragazze e le donne che hanno subito la MGF, specialmente tra coloro che hanno la MGF di tipo III, a causa dell'ostruzione e della stasi delle urine, hanno un rischio maggiore di sviluppare infezioni del tratto urinario, comprese le IVU ricorrenti ^(47,48);

- Minzione dolorosa o difficile: può essere causata da un'infezione delle vie urinarie, da difficoltà nel passaggio dell'urina per danni o ostruzione parziale dell'apertura uretrale (dovuta al tessuto cicatriziale o all'infibulazione) ⁽⁴⁷⁾;
- Cisti da inclusione: talvolta la ferita guarisce in modo anomalo con l'intrappolamento di una porzione di epidermide negli strati più profondi e la formazione di una cisti che può aumentare di volume, infiammarsi o infettarsi ⁽⁴⁷⁾;
- Cheloidi nell'area genitale: sono una delle complicanze a lungo termine più comuni dopo MGF e spesso fonte di ansia e vergogna ⁽⁵¹⁾.

Tra le conseguenze delle MGF bisogna considerare anche le complicanze ostetriche che ne derivano; secondo un gruppo di studio dell'OMS che ha condotto un'analisi in merito, le donne che vivono con MGF hanno una probabilità significativamente maggiore rispetto a coloro che non hanno avuto MGF di avere esiti ostetrici avversi, e questo rischio sembra essere maggiore con forme più estese della procedura ⁽⁵²⁾.

Le donne che hanno subito la MGF hanno un rischio maggiore di ^(52, 53):

- taglio cesareo;
- emorragia postpartum;
- episiotomia;
- travaglio prolungato o difficile;
- lacerazioni ostetriche;
- parto strumentale;
- prolungata degenza materna.

I bambini nati da donne che hanno subito la MGF hanno un rischio aumentato di ^(52, 53):

- nati morti e morte neonatale precoce;
- asfissia e rianimazione alla nascita.

Come riportato nella meta-analisi di Berg e colleghi le complicanze immediate delle MGF più comuni sono: sanguinamento eccessivo, ritenzione di urina e gonfiore dei tessuti genitali; inoltre le associazioni più valide e statisticamente significative per le

conseguenze sulla salute fisica sono state osservate su infezioni del tratto urinario (RR = 3.01), vaginosi batterica (AOR = 1.68), dispareunia (RR = 1.53), travaglio prolungato (AOR = 1,49), taglio cesareo (AOR = 1,60) e parto difficile (AOR = 1,88) ⁽⁴⁶⁾.

Non bisogna poi dimenticare le conseguenze sulla salute mentale: subire una MGF, essendo un evento spesso traumatico, può avere conseguenze psicologiche negative sia immediate che prolungate. Diversi studi hanno riscontrato che tra le ragazze e le donne che sono incorse in una MGF ci sono tassi più elevati di disturbi di salute mentale ^(50, 54), in particolare di:

- depressione;
- disturbi d'ansia;
- disturbo da stress post-traumatico;
- disturbo da sintomi somatici.

Dato che la maggior parte dei tipi di MGF comporta la rimozione di strutture sessualmente sensibili, alcune donne riferiscono anche una riduzione della risposta sessuale e una diminuzione della soddisfazione sessuale, mentre altre, a causa della cicatrizzazione dell'area vulvare, riportano dispareunia ⁽⁴⁹⁾.

Oltre a questi rischi per la salute, molte procedure e attività quotidiane possono essere ostacolate dalle distorsioni anatomiche provocate dalle MGF, come ad esempio esami ginecologici, test citologici, evacuazione dell'utero post-aborto, posizionamento di dispositivi intrauterini (IUD) e utilizzo di tamponi, soprattutto nel caso di MGF di tipo III ⁽²⁾.

SEZIONE II

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Gli operatori sanitari svolgono un ruolo cruciale nell'assistenza e nella tutela delle donne che soffrono di complicanze legate alle MFG. Ci si aspetta quindi, che siano consapevoli di come identificare e gestire le conseguenze delle MGF, per garantire che le persone colpite dalla pratica ricevano le cure opportune. La letteratura a proposito di questo argomento è scarsa, in particolare anche nel nostro paese. Pertanto, in questo studio abbiamo analizzato la conoscenza, la percezione e l'esperienza degli operatori sanitari italiani rispetto alle MGF.

Gli obiettivi che lo studio si è proposto di investigare tra gli operatori sanitari sono:

1. Il livello di conoscenza e di competenza riguardo le MGF;
2. L'impressione personale sull'argomento;
3. L'associazione tra questi parametri e le caratteristiche demografiche degli intervistati (sesso, tipo di professione, esperienza lavorativa).

MATERIALI E METODI

Non esiste un sondaggio convalidato per valutare l'esperienza e la conoscenza degli operatori sanitari in merito alle MGF. Perciò, per raggiungere l'obiettivo dello studio, è stato utilizzato un questionario elettronico realizzato mediante MailChimp Survey© (The Rocket Science Group, Atlanta, USA) ⁽⁵⁴⁾.

La tesanda ha contribuito personalmente a distribuire il sondaggio online, dando indicazioni di massima per la compilazione (senza per altro suggerire le possibili risposte) e spiegando con una breve introduzione lo scopo a tutti i partecipanti. Prima di iniziare è stato richiesto di firmare un consenso sulla privacy.

Tutti i partecipanti sono stati informati che i risultati dell'indagine sarebbero stati utilizzati per ulteriori valutazioni statistiche e pubblicazioni scientifiche. L'anonimato è stato garantito dal disegno dello studio. La partecipazione al sondaggio è stata completamente volontaria, non sono stati offerti incentivi.

L'indagine era composta da quattro diverse sezioni. La prima sezione comprendeva domande sui dati sociodemografici (sesso, età, nazionalità, titolo di studio) e informazioni sull'attività lavorativa (tipo, specialità, periodi all'estero). La seconda valutava il background generale degli intervistati sulle MGF: conoscenza dei tipi di MGF, dell'epidemiologia, delle ragioni fornite per l'esecuzione di questa pratica, sulla sua correlazione con la religione e su come viene eseguita. La terza sezione si è concentrata sull'esperienza lavorativa dei partecipanti con le MGF (quantità di donne con MFG incontrate, livello di competenza nel gestirle), mentre l'ultima sul loro atteggiamento personale nei confronti dell'argomento (interesse, accettazione, posizione nel contrasto).

Sezione 1 – Dati Generali

Genere	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Età	<input type="checkbox"/> <20 anni <input type="checkbox"/> 20-25 anni <input type="checkbox"/> 25-30 anni <input type="checkbox"/> 30-40 anni <input type="checkbox"/> 40-50 anni <input type="checkbox"/> 50-60 anni <input type="checkbox"/> > 60 anni
Nazionalità	...
Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Licenza media inferiore <input type="checkbox"/> Licenza media superiore <input type="checkbox"/> Laurea o dottorato
Attività lavorativa	<input type="checkbox"/> Studente/essa delle professioni sanitarie o di ostetricia <input type="checkbox"/> Studente/essa di medicina <input type="checkbox"/> Operatore socio-sanitario (OSS) <input type="checkbox"/> Infermiere/a professionale <input type="checkbox"/> Medico-chirurgo <input type="checkbox"/> Ostetrica/o <input type="checkbox"/> Specializzando/a <input type="checkbox"/> Psicologo/a <input type="checkbox"/> Altro
Specialità	...
Dove svolgi la tua attività lavorativa?	<input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Altro
Hai lavorato o studiato almeno un mese all'estero?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se sì, dove?	<input type="checkbox"/> Altro stato europeo <input type="checkbox"/> Africa <input type="checkbox"/> Stati Uniti <input type="checkbox"/> Asia e Medio Oriente <input type="checkbox"/> Sud America <input type="checkbox"/> Oceania
Se sì, hai mai incontrato pazienti con MGF?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Sezione 2 – Background Generale

Sapevi che esiste una classificazione della WHO che prevede più di un tipo di MGF?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Quale tra queste pratiche è più diffusa nel mondo?	<input type="checkbox"/> Clitoridectomia <input type="checkbox"/> Escissione <input type="checkbox"/> Infibulazione <input type="checkbox"/> Altre
Il trend di incidenza delle MGF negli ultimi anni è:	<input type="checkbox"/> In aumento <input type="checkbox"/> In diminuzione <input type="checkbox"/> Stabile
Quante donne al mondo sono colpite ogni anno?	<input type="checkbox"/> < 50 milioni <input type="checkbox"/> 50-100 milioni <input type="checkbox"/> >100 milioni
La Somalia è uno dei paesi al mondo in cui si praticano maggiormente le MGF. In questo paese, secondo te, qual è la percentuale di donne che sono sottoposte a tali pratiche?	<input type="checkbox"/> >95% <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25%
Quali di queste motivazioni sono alla base delle MGF?	<input type="checkbox"/> Motivazioni igieniche <input type="checkbox"/> Motivazioni sociali <input type="checkbox"/> Motivazioni religiose <input type="checkbox"/> Tutte le precedenti
Qual è la religione maggiormente correlata alle pratiche di MGF?	<input type="checkbox"/> Riti antropologici <input type="checkbox"/> Cristiana <input type="checkbox"/> Induista <input type="checkbox"/> Ebraica <input type="checkbox"/> Musulmana <input type="checkbox"/> Non c'è differenza tra le varie religioni
Qual è l'età media delle donne che subiscono MGF?	<input type="checkbox"/> < 5 anni <input type="checkbox"/> 10 anni <input type="checkbox"/> 15 anni <input type="checkbox"/> 20 anni <input type="checkbox"/> >20 anni
Chi effettua più frequentemente sulle donne interventi di MGF?	<input type="checkbox"/> Donne non medici <input type="checkbox"/> Donne medici <input type="checkbox"/> Uomini non medici <input type="checkbox"/> Uomini medici

Sezione 3 – Ambito Lavorativo

Quante donne ti è capitato di vedere con MGF?	<input type="checkbox"/> < 5 pazienti <input type="checkbox"/> 5 – 15 pazienti <input type="checkbox"/> 15-50 pazienti <input type="checkbox"/> più di 50
Ti sentiresti a tuo agio ad occuparti di una donna con MGF?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Avresti le competenze per occuparti di una donna con MGF?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Conosci le leggi internazionali che regolamentano la gestione delle donne con MGF?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Conosci le leggi nazionali che regolamentano la gestione delle donne con MGF?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
In Italia, le MGF sono procedure:	<input type="checkbox"/> Legali <input type="checkbox"/> Non legali

Sezione 4 – Pensiero Personale

Qual è la tua posizione nei confronti delle MGF?	<input type="checkbox"/> Sono attivo/a nel contrastarle <input type="checkbox"/> L'argomento mi è indifferente <input type="checkbox"/> Rispetto questa usanza
Ritieni che le MGF siano un argomento sociosanitario di rilievo?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> L'argomento mi è indifferente

Secondo te le donne che subiscono MGF sono sempre contrarie ad esserne sottoposte?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se queste procedure venissero “legalizzate” e praticate in sicurezza in ambiente idoneo, le accetteresti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Trovi sia utile divulgare l’argomento?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il questionario ti ha incuriosito e vorresti sapere di più a riguardo delle MGF per tua cultura personale?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Pensi che gli approfondimenti specialistici su questo argomento potrebbero essere utili per la tua professione?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> L’argomento mi è indifferente

Tabella 2- Survey dello studio

Lo studio è stato promosso online dal 1° aprile 2021, sia con mailing list che con servizi di messaggistica istantanea, a personale sanitario o in formazione prevalentemente ligure. Sono stati inclusi: medici specialistici o MMG, medici in formazione specialistica, infermieri, ostetriche e studenti di medicina. Un reminder di partecipazione allo studio è stato inviato una volta al mese fino al termine dell’arruolamento. Il termine ultimo per la presentazione del questionario era il 10 giugno 2021.

Dopo la data di chiusura per l'invio del questionario, i risultati sono stati gestiti e analizzati mediante Microsoft Excel (versione 16.39; Microsoft Corporation, Redmond, USA). Tutte le risposte raccolte e incluse nello studio sono state elaborate e i risultati sono stati riassunti come numeri (n) e percentuali (%), separatamente per ciascuna domanda. Tutte le analisi sono state eseguite con il software SPSS (Statistics Package for Social Sciences, version 24.0 Chicago, IL, USA). Anche l'analisi dell'associazione tra le risposte alle domande di interesse e variabile demografica è stata valutata e testata, prima, con l’analisi della varianza a una via (ANOVA), e poi con un’analisi post-hoc. I valori di P-values con $p < 0,05$ sono stati considerati statisticamente significativi.

RISULTATI

Durante il periodo in cui si è svolto lo studio, il questionario è stato inviato a circa 2000 persone, e l'hanno completata un totale di 462 partecipanti di cui 378 femmine (81,8%) e 84 maschi (18,2%). Dunque, si stima un'adesione del 20-25% delle persone invitate. Gli intervalli d'età più rappresentati erano quello di 20-25 anni (27,1%) e quello di 25-30 anni (22,5%).

In base alla professione, gli intervistati si dividevano come di seguito:

- 170 Medici Specialisti o Medici di Medicina Generale (36,8%);
- 68 Specializzandi (14,7%);
- 40 Ostetrici (8,7%);
- 20 Infermieri di professione (4,3%);
- 148 Studenti di medicina (32%);
- 16 altri tipi di operatori sanitari (3,5%).

La maggior parte (62,8%) svolgeva la propria attività in ospedale mentre il resto in consultorio (5,2%) o in altra sede (32,0%). Il 39,6% dei partecipanti aveva lavorato o studiato almeno un mese all'estero, ma di questi solo il 13% si era rapportato con pazienti con MGF. Il tasso di completamento è stato del 100%.

CONOSCENZA SULLE MGF

Il 41,1% dei partecipanti non conosceva la classificazione ufficiale dell'OMS sui tipi di MGF. In più il 71,6% degli intervistati credeva che il tipo più praticato nel mondo fosse l'infibulazione e il 43,7% che il trend di incidenza fosse stabile. La quasi totalità (93,9%) dei rispondenti sapeva che la zona in cui più si praticano le MGF è l'Africa ma il 70,8% pensava che la prevalenza in Somalia (uno dei paesi maggiormente coinvolti) fosse inferiore al 95%. L'età media delle donne/bambine che subiscono MGF secondo il 47% degli operatori sanitari che hanno partecipato allo studio, era di 10 anni, per il 42,6% inferiore a 5 anni e per l'8,9% di 15 anni.

Per valutare la conoscenza dell'argomento da parte degli intervistati abbiamo quindi calcolato uno score in base al numero di risposte corrette date nella seconda sezione del questionario (10 domande totali). Per ogni risposta corretta veniva assegnato un punto, ogni risposta errata valeva zero, non era possibile non rispondere ad alcuna domanda per poter inviare il questionario.

Il punteggio medio (\pm SD) ottenuto nella sezione sulla conoscenza delle MGF è stato di $4,40 \pm 1,54$.

Nell'analisi univariata, i fattori associati a una miglior conoscenza sulle MGF erano:

- Sesso femminile ($4,5 \pm 1,5$ vs $3,9 \pm 2,0$; $p < 0,001$);
- Età maggiore di 30 anni: risultati minori nella fascia 20-25 anni e tutte le altre fasce di età, tranne 25-30 anni ($p=0,09$; $p=0,011$; $p=0,024$; $p=0,039$);
- Professione:
 - o Gli studenti di medicina hanno raggiunto un punteggio minore rispetto a medici e ostetriche ($p=0,016$; $p=0,001$);
 - o Ostetrici e specializzandi in Ginecologia e Ostetricia hanno totalizzato un punteggio più alto rispetto agli altri partecipanti ($4,7 \pm 1,5$; $p < 0,001$).
 - o Medici specialisti in Ginecologia e Ostetricia hanno fatto un punteggio maggiore rispetto agli altri medici;
- Esperienza di almeno un mese in Africa ($p < 0,001$);

Nell'analisi multivariata è emerso che la probabilità di fare meno della metà delle domande corrette era:

- 1,2 volte ($p=0,001$) più alta se rispondeva un partecipante di 20-25 anni;
- 2 volte ($p=0,001$) e 1,4 volte ($p=0,025$) più alta se rispondeva un partecipante che aveva incontrato meno di 5 e 15 donne con MGF.

Le altre variabili non influenzavano significativamente tale probabilità.

ESPERIENZA LAVORATIVA

Per quanto riguarda l'esperienza pratica con donne o ragazze portatrici di MGF, la maggior parte degli operatori sanitari che hanno risposto, l'80,5%, era venuta in contatto con meno di 5 di queste pazienti, l'11% con 5-15 pazienti, il 5,2% con 15-50 pazienti e solo in 15 (3,2%) con più di 50 pazienti.

Inoltre, in 321 avevano asserito che si sarebbero sentiti a proprio agio nel prendersi cura di pazienti con MFG, ma solo in 79 di avere le competenze adeguate a farlo.

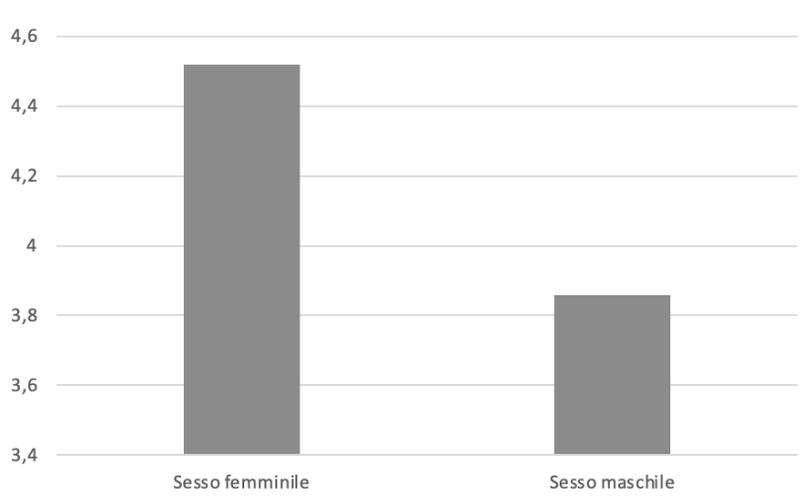
Infine, sebbene in 453 (98,1%) sapessero che le MGF sono procedure illegali in Italia, solo il 14,7% e il 21,6% conoscevano, rispettivamente, le leggi internazionali e nazionali al riguardo.

PERCEZIONE PERSONALE

Il 96,8% dei partecipanti concordava sul fatto che le MGF siano un argomento sociosanitario di rilievo. Il 93,7% degli intervistati aveva chiarito che sarebbero utili approfondimenti specialistici per l'esercizio della propria professione e si erano dichiarati attivi nel contrasto delle MGF 424 partecipanti (91,8%).

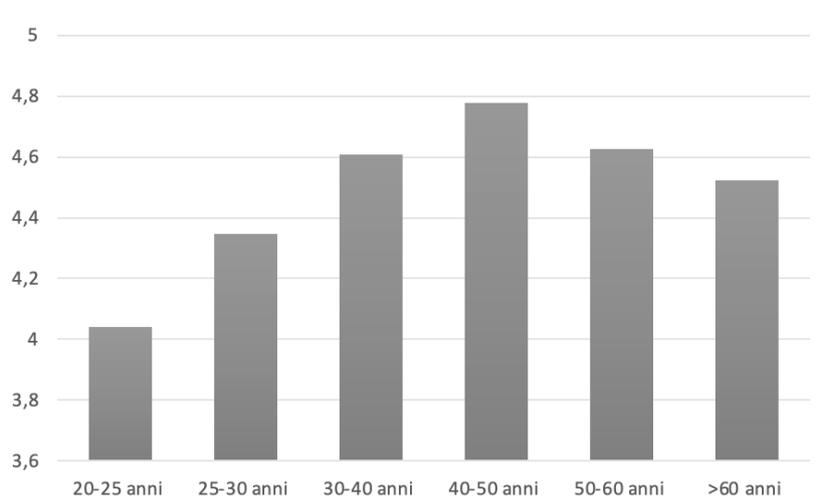
DISCUSSIONE

Analizzando i dati ottenuti dal questionario abbiamo notato che le donne hanno una maggiore conoscenza sull'argomento delle MGF, infatti, la popolazione di sesso femminile ha ottenuto un punteggio medio significativamente più alto rispetto a quella maschile ($4,5 \pm 1,5$ vs $3,9 \pm 2,0$; $p < 0,001$).



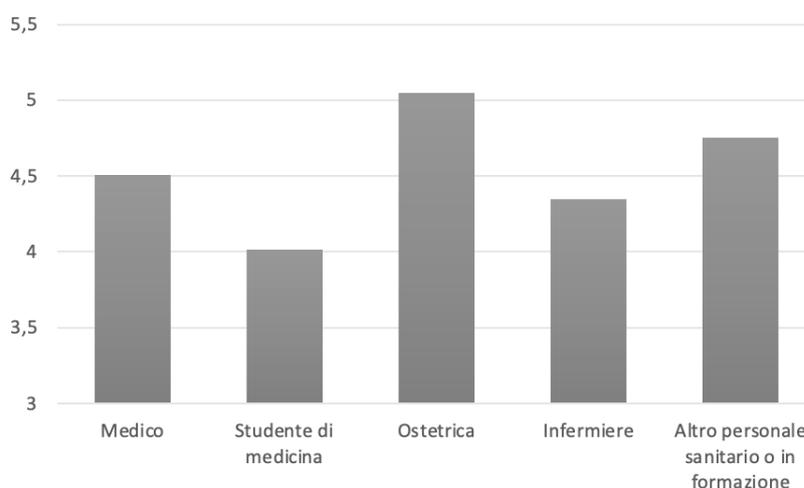
Inoltre, con ANOVA a una via, sono emerse delle differenze significative anche stratificando in base alla fascia d'età ($p=0,032$) e al tipo di professione ($p=0,001$); in particolare, con un'analisi a posteriori, abbiamo riscontrato un divario tra:

- 20-25 anni e tutte le altre fasce di età, tranne 25-30 anni ($p=0,09$; $p=0,011$; $p=0,024$; $p=0,039$);

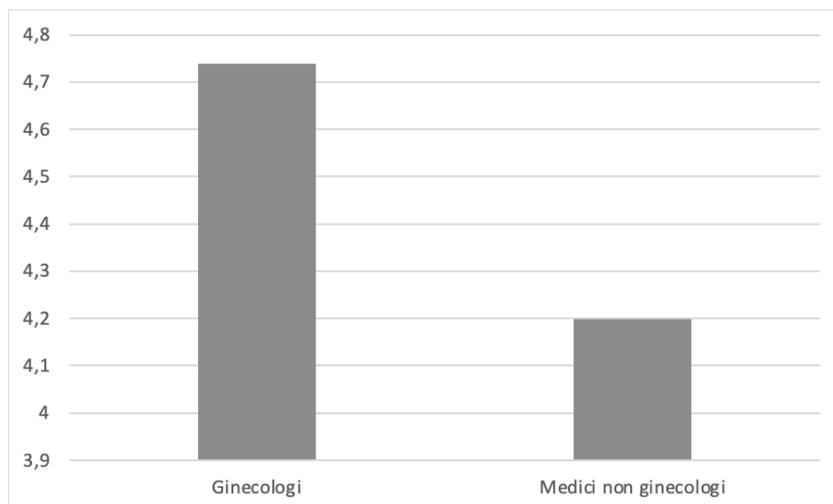


- medici e studenti di medicina ($p=0,016$);
- studenti di medicina e ostetriche ($p=0,001$);

Ostetrici e specializzandi in Ginecologia e Ostetricia hanno totalizzato un punteggio più alto rispetto agli altri partecipanti ($4,7 \pm 1,5$; $p < 0,001$).

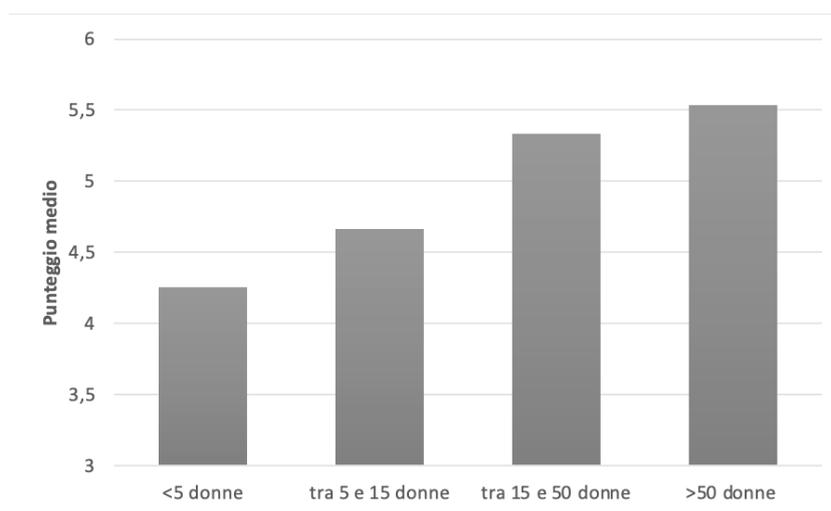


La differenza fra i punteggi medi ottenuti da medici specialisti e da MMG non si è rilevata significativa ($p=0,125$), al contrario fra ginecologi e medici non ginecologi si è ($p=0,001$).



La popolazione che aveva passato almeno 1 mese di esperienza in Africa ha ottenuto un punteggio significativamente superiore di chi non l'avevo mai fatto ($p=0,019$) e, in base al numero di donne con MGF incontrate, è risultata una differenza significativa tra i gruppi "Aver incontrato un certo numero di donne con MGF" ($P<0,001$; ANOVA a una via); con un'analisi post-hoc (T test per campioni indipendenti), sono emerse differenze significative tra:

- < 5 donne vs fra 15 e 50 e >50 donne ($p<0,001$; $p<0,001$);
- fra 5 e 15 donne e 15 e 50 donne ($p=0.051$).



È stata infine eseguita un'analisi multivariata considerando età, sesso, professione, numero di pazienti con MGF incontrate, considerare le MGF come un argomento di rilievo, ritenere di avere competenze per trattare le donne con MGF.

La probabilità di fare meno della metà delle domande corrette era:

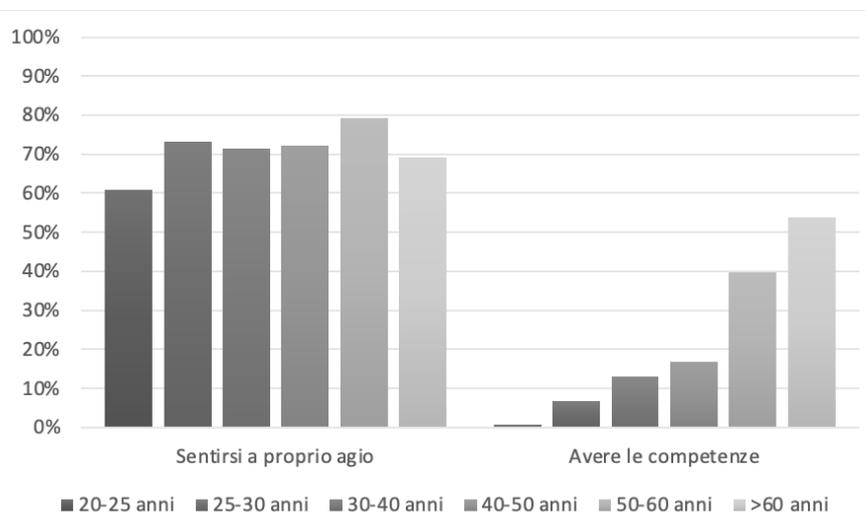
- 1,2 volte ($p=0,001$) più alta se rispondeva un partecipante di 20-25 anni;
- 2 volte ($p=0,001$) e 1,4 volte ($p=0,025$) più alta se rispondeva un partecipante che aveva incontrato meno di 5 e 15 donne con MGF.

Le altre variabili non influenzavano significativamente tale probabilità.

Questi dati sono coerenti tra loro, infatti nella fascia 20-25 anni avremo prevalentemente studenti di medicina che, non affrontando questo argomento durante il loro percorso di studio, e non avendo probabilmente avuto l'occasione di fare esperienze in Africa né di vedere pazienti con MGF, sono meno edotti sull'argomento.

Per quanto riguarda l'esperienza lavorativa con donne o ragazze portatrici di MGF, una correlazione positiva molto forte è stata riscontrata fra sentirsi a proprio agio ed avere le competenze per occuparsi di una donna con MGF ($R\ 0,913$; $p<0,001$).

La proporzione di personale che si sente a proprio agio non aumenta con l'aumentare dell'età ($p=0,187$), mentre quella che ritiene di avere le competenze sì ($p<0,001$).



La proporzione di personale che si sente a proprio agio ($p=0,009$) o ha competenze ($p<0,001$) aumenta all'aumentare delle pazienti con MFG incontrate.

Quasi la totalità dei partecipanti concorda sul fatto che le MGF siano un argomento di rilievo. La risposta non è più frequente in relazione al tipo di professione ($p=0,101$), né

all'aumentare dell'età ($p=0,452$), né al numero di pazienti con MGF incontrate ($p=0,636$).

Si sono dichiarati attivi nel contrasto delle MGF 424 partecipanti (91,8%) e la proporzione aumenta in base al numero di pazienti con MGF incontrate ($p=0,050$). La percentuale di personale che è attivo nel contrare il fenomeno è significativamente maggiore nei ginecologi (95,9%; $p=0,029$), negli operatori che si ritengono competenti nel trattarle (98,7%; $p=0,013$) ed in quelli che pensano che sia un argomento di rilievo sociosanitario (97,9%; $p<0,001$).

Il 94,8% della popolazione in studio si è detta incuriosita dal questionario e il 93,7% ha dichiarato che sarebbero utili approfondimenti specialistici su questo argomento per l'esercizio della propria professione. Con analisi a posteriori abbiamo inoltre evidenziato che il personale che vorrebbe essere maggiormente informato per cultura personale più frequentemente pensa che un approfondimento specialistico possa essere utile per la propria professione ($p<0,001$).

CONCLUSIONI

Questa indagine ha fornito una panoramica sulle conoscenze e le prospettive degli operatori sanitari relative alle MGF. Globalmente ne sono risultate una buona conoscenza dell'argomento da parte della popolazione in studio e una diffusa consapevolezza dell'importanza di contrastare queste procedure da parte degli operatori sanitari aderenti allo studio. Si può però anche evidenziare una carenza nelle competenze per assistere adeguatamente le donne o bambine con MGF, per cui potrebbe essere utile un'opportuna formazione del personale sanitario.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement; OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNIFEM, WHO. Geneva, 2008.
2. World Health Organization. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva: World Health Organization; 2016. (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm>).
3. United Nations Population Fund, Project Embera-wera. An experience of culture change to eradicate female genital mutilation in Colombia –Latin America, UNFPA; 2011.
4. Ghadially R. Update on Female Genital Mutilation in India, Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter, January–March 1992.
5. Rashid AK, Patil SS and Valimalar AS. The Practice of Female Genital Mutilation among the Rural Malays in North Malaysia, The Internet Journal of Third World Medicine. 2010; 9 (1).
6. Al-Hinai H. Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman, January 2014.
7. Alsibiani SA and Rouzi AA. Sexual Function in Women with Female Genital Mutilation, Fertility and Sterility. 2010; 93 (3):722–724.
8. W Al Marzouqi. Fatal Traditions: Female circumcision in the U.A.E., *Desert Dawn*. 2011; 22(1): 6–11.
9. UNICEF. Female genital mutilation/ cutting: a global concern. 2016 https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
10. UNICEF. Female Genital Mutilation Statistics. UNICEF DATA. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
11. UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change, 2013. UNICEF DATA. <https://data.unicef.org/resources/fgm-statistical-overview-and-dynamics-of-change/>
12. UNICEF. 2 million additional cases of female genital mutilation likely to occur over next decade due to COVID-19. <https://www.unicef.org/press-releases/2-million-additional-cases-female-genital-mutilation-likely-occur-over-next-decade>
13. Anastasi G, Capitani S, Carnazza ML, Cinti S, De caro R, Donato RS, Ferrario VF, Fonzi L, Franzi AT, Gaudio E, Geremia R, Giordano Lanza G, Grossi E, Gulisano M, Manzoli FA, Mazzotti G, Michetti F, Miscia S, Mitolo V, Montella A, Orlandini G, Paparelli A, Renda T, Ribatti D, Ruggeri A, Sirigu P, Soscia A, Tredici G, Vitale M, Zaccheo D, Zauli G, Zecchi S. Trattato di anatomia umana – Volume secondo, ed. quarta, Capitolo 12.
14. Catania L, Hussen AO. Ferite per sempre. Le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo. *Derive Approdi*, 2005.
15. WHO. Female genital cutting in Somalia. Reasons for continuation and strategies for eradication. Hargeisa, Somalia, World Health Organization. 2002.
16. Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L. Reliability of self-reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *BMJ*. 2006 Jul 15; 333(7559):124.
17. Bagnol B, Esmeralda M. Closing the vagina through elongation of the labia minora and use of vaginal products to enhance eroticism: Can these practices be considered FGM? *Finnish Journal of Ethnicity and Migration (FJEM)*. 2008; 3(2): 42-53.
18. Mwenda KK. Labia elongation under African customary law: a violation of women's rights? *International Journal of Human Rights*. 2006; 10:341–357.
19. Yoder, Stanley P, Abderrahim N and Zhuzhuni A. Female genital cutting in the demographic and health surveys: a critical and comparative analysis. *DHS Comparative Reports*. 2004; No. 7. Available at <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/CR7/CR7.pdf>.
20. Johnson CE, Ali SA, Shipp MP. Building community-based participatory research partnerships with a Somali refugee community. *Am J Prev Med*. 2009 Dec;37(6 Suppl 1):S230-6.
21. United Nations General Assembly, *The Universal Declaration of Human Rights*, 10 December 1948.
22. Shell-Duncan B. From Health to Human Rights: Female genital cutting and the politics of intervention, *American Anthropologist*. 2008; 110 (2): 225-236.

23. United Nations, Resolution 67/146. Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations. Sixty-seventh session of the General Assembly, 20 December 2012. New York (NY): United Nations; 2013.
24. United Nations General Assembly, *Convention on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW)*, 18 December 1979, <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>>
25. United Nations General Assembly, *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, 10 December 1984, http://untreaty.un.org/cod/avl/pdf/ha/catcidtp/catcidtp_e.pdf.
26. United Nations General Assembly, *Convention on the Rights of the Child*, 20 November 1989, www.unicef.org/magic/media/crc_word_format_english.doc.
27. Joint General Recommendation/General Comment No. of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women and No. of the Committee on the Rights of the Child on harmful practices. New York (NY): United Nations; 2014.
28. African Commission on Human and Peoples' Rights. Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa. Article: Elimination of harmful practices.
29. 28 Too Many "The law and FGM. An overview of 28 African "countries" September 2018. p. 22. Retrieved 2 May 2020.
30. Walsh D. In a Victory for Women in Sudan, Female Genital Mutilation Is Outlawed. The New York Times.
31. UNICEF, Legislative Reform to Support the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting.
32. Shell-Duncan B., et al. 'Legislating Change? Responses to criminalizing female genital cutting in Senegal', in press at Law and Society Review, 2013.
33. Platteau, J. P. Institutions, Social Norms and Economic Development, Harwood Academic Publisher, London, 2000.
34. Rahman A, Toubia N. Female Genital Mutilation: A practical guide to laws and policies worldwide, Zed Books, London, 2000.
35. "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" Legge n. 7 del 09/01/2006; pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 gennaio 2006. <https://www.camera.it/parlam/leggi/06007l.htm>.
36. AIDOS, https://www.aidos.it/wp-content/uploads/2017/02/COUNTRY-INFO-PAGES_ITALY_ITALIAN-FINAL.pdf
37. "Ratifica della Convenzione del Consiglio d'Europa del 2007 per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale (Convenzione di Lanzarote)". Legge n.172 del 1/10/2012.
38. UNICEF, <https://www.datocms-assets.com/30196/1607935052-mgfschedadati2014.pdf>
39. Pasquinelli C. Antropologia delle mutilazioni genitali femminili, una ricerca in Italia, edito da AIDOS. 2000.
40. <https://data.unicef.org/resources/dataset/fgm/>
41. European Institute for Gender Equality. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Report. 2018. Available at: <https://eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-report-0>.
42. Ortensi LE, Farina P, Leye E. Female genital mutilation/cutting in Italy: an enhanced estimation for first generation migrant women based on 2016 survey data. BMC Public Health, 2018, 18(1), p.129.
43. <https://www.unicef.it/media/mutilazioni-genitali-femminili-ancora-lafrica-la-patria-del-fenomeno/>
44. Amnesty, What is female genital mutilation?, AI Index: ACT 77/06/97, Longon 1997
45. unicef.it/media/mutilazioni-genitali-la-medicalizzazione-non-riduce-il-danno
46. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2014 Nov 21;4(11): e006316.
47. WHO, Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook, Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

48. Ivazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 287, no. 6, pp. 1137–1149, 2013.
49. Reyners M. Health consequences of female genital mutilation, *Reviews in Gynaecological Practice*, vol. 4, no. 4, pp. 242–251, 2004
50. Berg RC, Denison E, Fretheim A. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review on quantitative studies. Report from Kunnskapssenteret no. 13–2010. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2010.
51. Toubia N. Female circumcision as a public health issue, *New England Journal of Medicine*, vol. 331, no. 11, pp. 712– 716, 1994.
52. 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*. 2006;367(9525):1835–41.
53. Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/ cutting. *Obstet Gynecol Int*. 2014:542859.
54. Smith H, Stein K. Psychological and counselling interventions for female genital mutilation. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;136(Suppl 1):60–4.
55. <https://mailchimp.com/>

RINGRAZAMENTI

Vorrei dedicare questo spazio a coloro che mi sono stati accanto in questi sei anni di Università, senza i quali non avrei raggiunto questo traguardo.

Innanzitutto, desidero ringraziare il mio relatore, il Professor Simone Ferrero, il mio correlatore, il Dottor Fabio Barra e la Dottoressa Antonella Ferraiolo per avermi coinvolta in questo progetto e per la loro disponibilità.

Ringrazio infinitamente i miei genitori e mio fratello Luca. Grazie per la vostra premura, per avermi sempre sostenuta, capendo e rispettando il mio impegno. Senza il vostro amore non ce l'avrei mai fatta.

A Kevin, sei stato sempre presente, supportandomi e sopportandomi durante questo percorso. Grazie per non esserti mai fermato all'apparenza e aver sempre creduto in me.

Grazie alle mie amiche e compagne di avventura, per aver condiviso con me questi anni e per esserci aiutate a coronare questo sogno.