



STORIE SANITARIE : AGIRE TRA IL RISCHIO LA DEONTOLOGIA E LA LEGGE

Dr.ssa Angela Venturini
Dr.ssa Cristina Vezzani
Ost Valentina Parotti

U.O. Ostetricia e Ginecologia
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale Santa Maria Nuova



DIMENSIONI DEL FENOMENO

L'OMS afferma che nel mondo siano circa **100-140 milioni** le donne che hanno subito una MGF e che le bambine sottoposte a tali pratiche siano ogni anno circa **3 milioni**.



DIMENSIONI DEL FENOMENO



Non ci sono dati di incidenza ma solo stime
Non è possibile **quantificare** il fenomeno MGF nella nostra realtà ospedaliera.

Il fenomeno risulta largamente **invisibile** alle fonti ufficiali

Nella **cartella** le MGF non hanno una codifica specifica né nella parte anamnestica né nella parte riguardante l'esame obiettivo

Nel **CEDAP** la rilevazione del dato non è prevista

Nella **SDO** (scheda di dimissione ospedaliera) solo recentemente la codifica MGF è stata introdotta

MANCATA SEGNALAZIONE DEL DATO : CAUSE

- Operatore sa riconoscere ma non referta (emotività/forma di rispetto/ rifiuto psicologico/ scarsa importanza)
- Operatore che non sa riconoscere MGF





Spesso la mutilazione viene misconosciuta dagli operatori stessi:



- Scarsa **preparazione** ed esperienza degli operatori
- **mutilazioni lievi**
- **variabilità fisiologica dei genitali esterni**

“The great wall of vagina”



Jamie McCartney 2011 Brighton



rappresentazione della diversità: su 400 donne non ce ne sono due uguali>>>**può essere davvero difficile distinguere MGF dalle varianti normali!!!!**



Nel **2001** la Regione Emilia Romagna ha somministrato ai professionisti un
questionario WHO sul riconoscimento delle MGF.

438 questionari pervenuti

Il **41%** dei **professionisti** ha dichiarato di **non** aver mai riscontrato
MGF durante la propria carriera



Indagine italiana più recente svolta in ospedale di terzo livello (Novara) per valutare le conoscenze dei professionisti sulle MGF

2014 J Obstet Gynaecol

29.5% dei professionisti non ha riscontrato MGF

17% dei ginecologi

25% delle infermiere pediatriche

45% delle ostetriche

50% dei pediatri

50% degli specializzandi in pediatria

72% degli specializzandi in ginecologia

NON conosce
la **legge italiana**
sulle MGF

Peggiori i dati sulla conoscenza delle **linee guida** italiane



NELLA NOSTRA REALTA' OSPEDALIERA



-Il fenomeno MGF **esiste** ed è riscontrabile frequentemente nelle donne provenienti da paesi ad alta prevalenza

-Gli operatori riscontrano in maniera variabile **tutte le tipologie** di MGF



-La maggior parte degli operatori ospedalieri entra in contatto diretto con il fenomeno in occasione di visite effettuate **su donne gravide**

La gravidanza rappresenta il periodo di maggiore possibilità di osservazione.



- frequente richiesta/necessità di **deinfibulazione** al parto
- rare richieste di **reinfibulazione** dopo il parto
- nessun caso di MGF nell'ambulatorio di **ginecologia** **pediatrica**





AUMENTARE LA CAPACITA' DI SORVEGLIANZA
SULLE MGF e MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLE
DONNE

**CONOSCERE PER
RICONOSCERE**



gli operatori devono essere
adeguatamente formati

AUMENTARE LA CAPACITA' DI SORVEGLIANZA
SULLE MGF e MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLE
DONNE

REFERTARE

- **ANAMNESI** (Raccomandazione Royal College)
 - Familiarità
 - Chiedere a tutte le donne se sono state “tagliate”

- **ESAME OBIETTIVO**

- GE di nullipara/pluripara - MGF



AUMENTARE LA CAPACITA' DI SORVEGLIANZA
SULLE MGF e MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLE
DONNE

COMPILARE LA SDO

LG regionali 2014 la deinfibulazione andrebbe adeguatamente codificata

Diagnosi principale : **MGF 629.2**

Intervento principale : lisi di aderenze vulvari 71.01

Altri interventi: altra incisione della vulva e del perineo 71.09

I ginecologi lo sanno?



AUMENTARE LA CAPACITA' DI SORVEGLIANZA
SULLE MGF e MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLE
DONNE

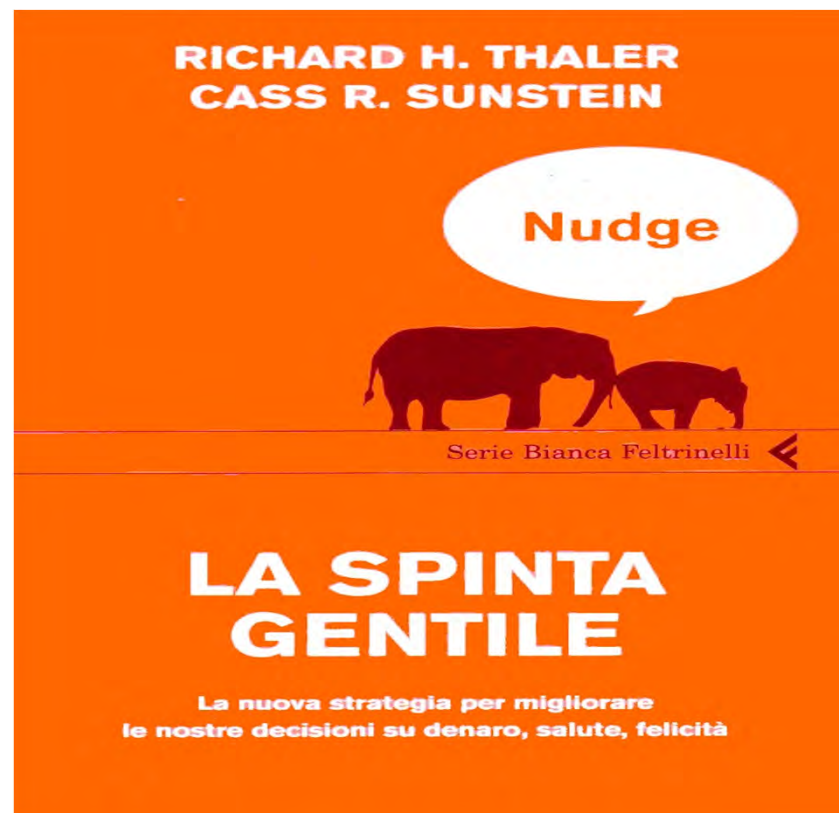
IN FUTURO



- possibile segnalazione sul **CEDAP** o
registro dei parti

- possibile segnalazione sulla scheda
Pap-test





...a volte per fare scelte insolite o difficiliabbiamo bisogno di un “pungolo”, di una spinta gentile che ci indirizzi verso la scelta giusta

ARGOMENTI DI DISCUSSIONE

DEINFIBULAZIONE

RICHIESTA DI REINFIBULAZIONE

MINORI

RITO ALTERNATIVO





DEINFIBULAZIONE

E' la **rimozione chirurgica della infibulazione**

Andrebbe eseguita per le **MGF di tipo III** e per tutte quelle che occludono l'ostio vaginale. (circa 15% di tutte le MGF)

Può essere **richiesta** prima del matrimonio per consentire il rapporto

Può essere **necessaria per consentire visite ginecologiche**

Può essere **necessaria durante la gravidanza**



La mutilazione genitale

NON È INDICAZIONE ASSOLUTA A TC

a meno che la distorsione anatomica
sia tale da rendere
impossibile la defibulazione.



TIMING OTTIMALE DELLA DEINFIBULAZIONE

PRIMA DELLA GRAVIDANZA



ENTRO IL I TRIMESTRE



DOPO LA 20^a SETTIMANA

ENTRO IL II TRIMESTRE



AL PARTO

TUTTAVIA ...

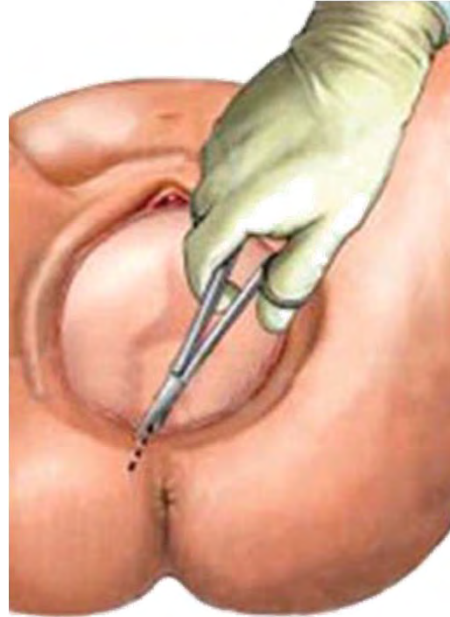


2014 Midwifery . Management of type III fgm in Birmingham, UK: a retrospective audit. Paliwal et al.

Solo il 23% delle donne gravide candidate a deinfibulazione ha

eseguito intervento prima del parto , **77%** al parto





La **deinfibulazione al parto**

si esegue in periodo espulsivo e la sutura si effettua dopo la nascita.

CONSENSO INFORMATO



E' necessario informare la donna

- dei **rischi connessi al parto** in presenza di infibulazione
- dei **rischi** (sanguinamento, infezione, cicatrici) e **benefici** (riduzione delle complicanze ostetriche e fetali) **della deinfibulazione** e delle variazioni della minzione .

Nel caso di una **adolescente** si raccomanda di coinvolgere entrambi i genitori prima di deinfibulare e avere il loro consenso per minimizzare traumi o conflitti familiari.
E' fondamentale spiegare che l'imene non sarà interessato dall'intervento e che non sarà danneggiata in alcun modo la verginità della ragazza
E' comunque possibile ricorrere al giudice tutelare in caso di minorenne.





RICHIESTA DI INFIBULAZIONE

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

18 Maggio 2014

Art. 16

Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.

Art. 22

Rifiuto di prestazione professionale

Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione.

Art. 52

Tortura e trattamenti disumani

Il medico in nessun caso collabora, partecipa o presenzia a esecuzioni capitali, ad atti di tortura, violenza o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti.

Il medico non attua mutilazioni o menomazioni non aventi finalità diagnostico-terapeutiche anche su richiesta dell'interessato.



.... **SU MINORI**

Art. 32

Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili

Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita.

Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale.

Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente.

Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.

Segnalare alle Autorità Competenti il riscontro di una MGF





.... SU MINORI

Nel momento in cui il personale sanitario si rifiuta di praticare una MGF è opportuno spiegare ai genitori e alle loro famiglie quali sono i danni per la salute apportati dalla MGF e assicurarsi che dopo il rifiuto la bambina non sia esposta a rischi sulla sua incolumità fisica.

Nel caso in cui sussistano sospetti in merito si consiglia di avvisare subito le autorità competenti.



Progetto n° 9 - MGF
 **Regione Emilia Romagna**
Raccomandazioni per gli operatori





.... SU MINORI

L'operatore dovrebbe informare i genitori delle conseguenze legali a cui potrebbero andare incontro. Tuttavia si raccomanda di non esagerare nei toni, prospettando un eventuale allontanamento dalla famiglia di origine da parte dei servizi sociali, che comunque devono essere immediatamente informati.

L'obbligo non ricorre in caso di maggiore età del soggetto.



Progetto n° 9 - MGF
 **Regione Emilia-Romagna**
Raccomandazioni per gli operatori





DEINFIBULAZIONE E REINFIBULAZIONE

Considerando le circostanze e la legge specifica ciò risulta essere illegale. La sutura può essere considerata una forma di mutilazione (ma si potrebbe obiettare che la mutilazione era già stata fatta in precedenza).

Si è comunque visto che se prima del parto si affronta adeguatamente con la donna il discorso della ulteriore sutura spesso ella opta per non farsi reinfibulare.





RITO ALTERNATIVO (SUNNA LIEVISSIMA)

Omar Abdulacadir

Responsabile Centro di Riferimento MGF Toscana



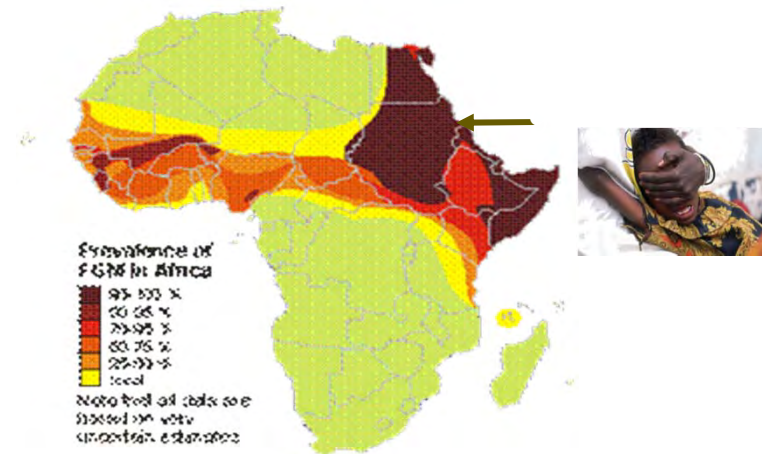
La **guerra di indipendenza eritrea** fu un conflitto che ebbe luogo tra il 1961 e il 1991, sorto a seguito dell'annessione dell'Eritrea da parte del governo etiope



Dopo la Seconda guerra mondiale, le Nazioni Unite avevano stabilito che l'Eritrea (colonia italiana fino al 1941 e poi, fino al 1950, occupata dai britannici) fosse federata con l'Etiopia, mantenendo la propria autonomia. Gradualmente il governo di Addis Abeba trasformò la federazione in una vera e propria annessione, che ebbe effettivamente luogo nel 1962.

L'Eritrea, decisamente più sviluppata dell'Etiopia, si trovò in pratica ad essere oggetto di un Colonialismo perpetrato da un altro paese africano.

Il conflitto vide le truppe etiopi contrapposte dapprima al Fronte di Liberazione Eritreo e successivamente al Fronte Popolare di Liberazione Eritreo.



Donna infibulata ed ostetrico. I protagonisti del parto in Italia

Autore: Grassivaro Gallo Pia - Lineri Stella Anno: 2003

Editore: Unipress

DONNA INFIBULATA ED OSTETRICO



**I protagonisti
del parto
in Italia**

Pia Grassivaro Gallo
Stella Lineri

Unipress

PIA GRASSIVARO GALLO

Figlie d'Africa Mutilate

*Indagini epidemiologiche
sull'escissione in Italia*



L'Harmattan Italia

Collana "Logiche Sociali"

DIARYATOU

**LA
SCHIAVA
BAMBINA**

PIEMME