



MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

TOOLKIT
PER LA PRESA IN CARICO
DI DONNE E RAGAZZE

MGF
Un fenomeno globale



Credits

Un prodotto a cura CIDIS

Ideatrice e curatrice dei materiali: Annagrazia Faraca

Grafica: Laura Panella

Il prodotto è realizzato nell'ambito del progetto regionale «MGF un fenomeno globale» coordinato dal CERSAG e finanziato dalla Regione Umbria

Ringraziamenti:

Ringraziamo tutte le persone e i professionisti che a diverso titolo hanno preso parte e partecipato alle attività di progetto.

Un sentito grazie va dunque alla Regione Umbria e all'ASL Umbria 2 per avere promosso e sostenuto il progetto. Un ringraziamento speciale al CERSAG per il prezioso lavoro di squadra, il costante confronto e le ricche riflessioni condivise.

Prefazione

L'importante e stabile presenza straniera in regione rende necessaria per le istituzioni e i servizi presenti sul territorio umbro l'attivazione di servizi inclusivi capaci di rispondere alle istanze della nuova popolazione - residente e non - mettendo in rete saperi e servizi per la prevenzione, la cura e il contrasto delle MGF in un'ottica di multiagency e secondo protocolli d'intervento condivisi e operativi. Tutelare il diritto alla salute (art.32 Costituzione italiana) e garantire l'accesso e la fruizione dei servizi alle donne e ragazze con o a rischio MGF significa applicare i principi di equità senza lasciare indietro nessuna (Agenda 2030).

Il lavoro sul campo svolto da CIDIS è sempre stato accompagnato da una riflessione e da una validazione dei modelli di intervento in una prospettiva di genere, che hanno permesso di maturare una metodologia specifica nello sviluppo di interventi gender oriented e gender sensitive in favore delle donne migranti a partire dall'assunto che ogni donna deve essere considerata protagonista del proprio percorso migratorio e di vita, in grado di mettere in campo capacità relazionali, progettuali, culturali, organizzative e lavorative. Pure nella consapevolezza che ogni donna è portatrice di una propria storia e portatrice di fabbisogni individuali legati a un vissuto unico, esistono degli approcci metodologici fondamentali e comuni che orientano l'agire in favore delle donne migranti nell'erogazione dei servizi e delle molteplici attività poste in essere. Nel nostro lavoro promuoviamo un approccio tridimensionale definito dall'approccio di genere centrato sulla persona, l'approccio intersezionale e l'approccio interculturale. Tali approcci definiscono la dimensione dell'azione a favore delle donne come multidimensionale, si sovrappongono e si rafforzano in quanto fortemente intrecciati tra loro. Contemporaneamente, il lavoro di rete con i servizi del territorio è una dimensione centrale per realizzare interventi significativi e integrati per le donne migranti, per la promozione del benessere e dell'autonomia delle donne. Nella relazione con enti e servizi un ruolo chiave ha l'intensa attività di formazione, informazione e dialogo con gli operatori pubblici e privati indispensabile nell'azione per la parità di genere. Il presente Toolkit si inserisce tra queste azioni.

Il Toolkit MGF per la presa in carico di donne e ragazze nasce in risposta ai bisogni conoscitivi e operativi espressi dai diversi professionisti socio-sanitari incontrati durante la realizzazione dei due progetti "MGF un fenomeno globale" realizzati in Umbria. In particolare, sia durante i due cicli formativi, realizzati rispettivamente nel 2020 e nel 2022, dove uno spazio iniziale è stato dedicato all'ascolto e raccolta delle esperienze e non esperienze rispetto alle MGF, sia durante due focus group realizzati nel 2022.

Questo Toolkit si sviluppa dal lavoro pluriennale con e per le donne migranti con l'obiettivo di chiarire alcuni primi elementi fondamentali per instaurare

un dialogo con le donne sopravvissute alle pratiche di Mutilazione dei Genitali Femminili – MGF e le bambine a rischio di esservi sottoposte al fine di avviare una presa in carico consapevole e scevra da giudizi e stereotipi all'interno dei servizi socio-sanitari.

Il presente strumento non ha certo l'ambizione di essere esaustivo rispetto al tema così complesso e delicato, ma mira a sostenere e accompagnare i professionisti e le professioniste nell'incontro con le pazienti e nell'approcciare il fenomeno delle MGF per attuare reali percorsi di prevenzione, promozione della salute e della cura e di assistenza. Per tale ragione è stato concepito come uno strumento agile e facile da usare composto da schede sintetiche e grafiche per favorirne la consultazione.

Il Toolkit è pensato per tutti i professionisti e le professioniste che nell'ambito delle rispettive attività lavorative e professionali possono entrare in contatto con le comunità interessate alle pratiche di MGF e a rischio di praticarle: professionisti/e socio-sanitari; medici/che; psicologi/ghe; pediatri; operatrici e operatori dei centri di accoglienza per richiedenti asilo (CAS e SAI); assistenti sociali; avvocati/e; mediatori e mediatrici culturali.

L'uguaglianza, con tutta la sua complessità, dimensione culturale e globale, è un tema centrale e in continua trasformazione. È dunque urgente procedere insieme per promuovere opportunità, rimuovere ostacoli e collaborare con partner per innovare e creare cambiamenti significativi.

CIDIS

Nota al lettore e lettrice: per motivi di leggibilità del maschile e del femminile, i nomi delle professioni sono femminilizzati mediante l'uso del trattino o ripetuti.

Indice

Introduzione alle Mutilazioni Genitali Femminili MGF	p.4
La pratica delle MGF	p.6
Le ragioni delle MGF	p.7
La classificazione delle MGF	p.8
Diffusione geografica globale	p.13
Diffusione geografica in Africa	p.16
Diffusione geografica in Europa	p.17
Stime e dati MGF in Umbria	p.18
La presa in carico: il dialogo con la donna con MGF	p.20
Bambine e fattori di rischio	p.23
La mediazione culturale e linguistica	p.24
MGF e diritti umani	p.25
MGF: la normativa in Italia	p.26
Schede Paese	
Nigeria	p.28
Costa d'Avorio	p.30
Etiopia	p.32
Scheda di prima valutazione della donna con MGF	p.34
Scheda di terminologie etnico-locali	p.35
Approfondimenti	p.36
Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) Un fenomeno globale da conoscere e prevenire	p.38

Introduzione alle Mutilazioni Genitali Femminili MGF

Le MGF rappresentano una grave forma di violenza di genere, una palese violazione dei diritti umani della donna e una forma violenta di subordinazione di donne e bambine, in totale contraddizione ai principi di uguaglianza di genere. Le ragazze sopravvissute sono private della capacità di decidere sulla propria salute e di autodeterminare i propri corpi.

Le MGF sono un fenomeno globale che supera i confini geografici, sociali, economici, educativi. Sono diffuse principalmente in 31 Paesi tra Africa, Asia e medio oriente. Ma secondo alcuni recenti studi sono presenti in ben 92 Paesi.

Si stima che 200 milioni di donne e bambine nel mondo vivono con i segni delle MGF, di cui 44 milioni hanno un'età inferiore ai 15 anni (UNICEF). Ogni anno circa 4 milioni di bambine sono a rischio di subirle.

Alcune forme di MGF si verificano anche tra alcuni gruppi etnici nell'America centrale e meridionale e nell'Europa orientale. Con le migrazioni internazionali è aumentato anche il numero delle ragazze e donne con MGF o a rischio di subirla che vivono in Australia, Europa, Nuova Zelanda e Nord America.

Le MGF si configurano come tradizioni che segnano il passaggio dall'infanzia all'età adulta, secondo un rito per cui un'identità di genere, costruita socialmente, darebbe senso ad un'identità biologica, attraverso la manipolazione fisica del corpo.

Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile adottati dalle Nazioni Unite nel settembre 2015 contemplano, fra gli altri, l'eliminazione entro il 2030 di pratiche intollerabili come le MGF e i matrimoni precoci (Obiettivo 5.3)

La Risoluzione n. 67/146 dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite, adottata nel dicembre 2012, sancisce il bando universale delle MGF.

Diverse convenzioni internazionali condannano le MGF, tra cui la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul): il primo trattato regionale vincolante che riconosce l'esistenza delle MGF in Europa e l'esigenza di affrontare questa problematica in maniera sistematica, attraverso la raccolta dati, aumentando ed implementando le misure preventive, di protezione e sostegno alle donne e alle ragazze (come le procedure d'asilo e di accoglienza sensibili alle questioni di genere).

In Italia, il Piano Strategico Nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023 stabilisce come necessarie azioni di contrasto e sensibilizzazione alle MGF, indagini specifiche e mappatura degli interventi attuati sul fenomeno (Priorità 1.4)

Definizione

Per MGF si intende qualsiasi intervento che comprende l'asportazione parziale o totale degli organi genitali esterni della donna e/o la lesione di tali organi per ragioni non terapeutiche.

(Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008)

Terminologia

Mutilazione Genitale Femminile - MGF è il termine condiviso e usato a livello internazionale. Sottolinea la pratica come violazione dei diritti umani delle donne e bambine. È stato usato per la prima volta dalle attiviste africane per denunciarne la gravità e nocività.

Esistono altre terminologie più neutre come modificazione genitale, altre più generiche come taglio o escissione e i diversi termini usati dalle comunità locali (v. scheda). È importante usare una terminologia non giudicante con le comunità interessate alle MGF. Possiamo chiedere alla donna o ragazza quale termine preferisce usare.

Le conseguenze psico-fisiche e sessuali

- ✓ Le MGF hanno un significativo **impatto sulla salute** della donna e ragazza sia sul piano fisico sia su quello psicologico e sessuale con molteplici sintomatologie invalidanti sulla vita e il benessere della donna sopravvissuta a MGF
- ✓ **Immedieate**: emorragia, shock, infezioni, tetano. Queste complicanze possono causare in alcuni casi anche il decesso a seguito dell'avvenuta MGF.
- ✓ **A breve e lungo termine**: ritenzione urinaria acuta, infezioni gravi, fistole, ascessi, infezioni croniche del tratto urinario, cisti, cheloidi, ritenzione di urina, incontinenza urinaria, reinfibulazioni post partum, infertilità, dolori mestruali, difficoltà e dolore nella minzione, rischio di contrarre AIDS ed Epatite B e C.
- ✓ **Complicanze al momento del parto** (specialmente per il Tipo III), rischio di eccessivo sanguinamento dopo il parto, alto rischio di taglio cesareo, alto rischio di mortalità del bambino
- ✓ **Disfunzioni sessuali e difficoltà nei rapporti sessuali**, dispareunia, dismenorrea, frigidity, mancanza di orgasmo
- ✓ **Disturbi psicosomatici e mentali**, stati d'ansia, fobie, depressione, nevrosi, attacchi di panico, sindrome post traumatica da stress, perdita di memoria, bassa autostima, altri disturbi mentali.

"Le parole e la loro connotazione sono potenti e hanno un impatto su come un argomento viene percepito e affrontato".

Rete Europea contro le MGF

La pratica delle MGF

La medicalizzazione delle MGF

È il crescente trend che prevede le mutilazioni genitali femminili praticate da personale medico e sanitario in strutture sanitarie-pubbliche o private. Circa 1 ragazza e donna su 4 che ha subito MGF, ovvero 52 milioni in tutto il mondo, è stata sottoposta alla pratica per mano di personale sanitario. L'OMS ha dichiarato tale pratica contraria all'etica professionale. La mutilazione dei genitali è dannosa per le ragazze e le donne e la medicalizzazione della procedura non elimina questo danno. Inoltre, la medicalizzazione è inopportuna poiché rafforza la continuazione della pratica legittimandola. È illegale per gli operatori sanitari eseguire le MGF. Nelle aree rurali le MGF sono eseguite da Exciseus o Circumciser, levatrici tradizionali, comunemente sono donne anziane e svolgono questa attività remunerativa che garantisce uno status particolare nella comunità.

A quali età è praticata

Le MGF sono effettuate sulle bambine dalla nascita in avanti. L'età in cui le bambine sono sottoposte alle MGF varia a seconda del gruppo etnico e del tipo di operazione. In

alcuni contesti l'età è prestabilita socialmente, in altri è connessa con il verificarsi di specifici eventi come il menarca, lo sviluppo fisico o il matrimonio.

In generale:

Tipo I (clitoridectomia)

Tipo II (escissione) sono praticate dalla primissima infanzia (3°- 40° giorno di vita) e tra i 4 e i 14 anni

Tipo III (infibulazione) varia dai 3 ai 12 anni.

Dove e da chi è praticata

- ✓ Tra tutti gli strati socio-economici della popolazione
- ✓ Nelle aree rurali
- ✓ Nelle aree urbane
- ✓ Da diversi credi religiosi (Cristiani -cattolici, copti, protestanti-, Musulmani, Animisti, Ebrei Falasha, atei)
- ✓ È un fenomeno globale

Perché si pratica

Le ragioni per cui la MGF è praticata sono molteplici e interconnesse tra loro, variano tra regioni e gruppo etnico di appartenenza. Possono essere raggruppate come segue:

- ✓ Ragioni Socio-culturali
- ✓ Ragioni spirituali e magiche
- ✓ Ragioni religiose
- ✓ Ragioni igieniche ed estetiche
- ✓ Ragioni psico-sessuali
- ✓ Ragioni rituali/passaggio

Le MGF, anche se effettuate in ospedale o in qualsiasi altro ambiente sanitario, recano un danno agli organi sani per motivi non terapeutici. Violano il precetto medico di "non nuocere", ed è immorale per qualsiasi standard.

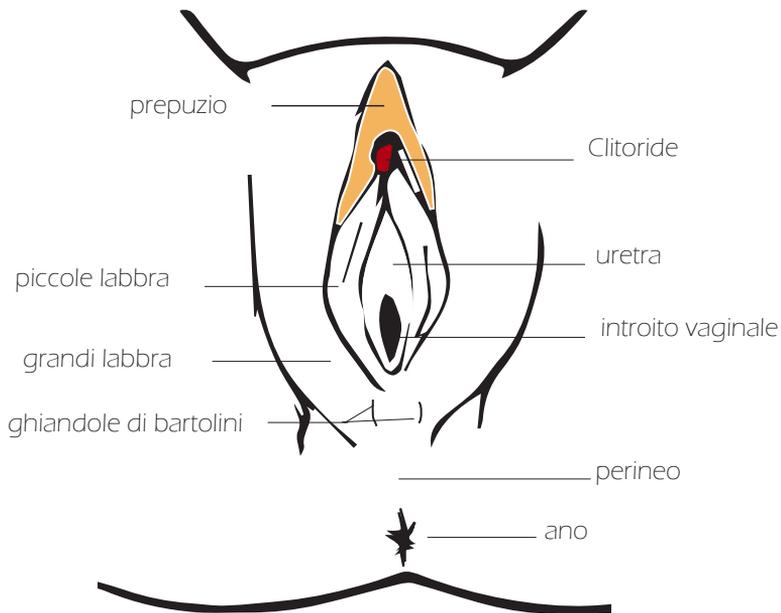
Le ragioni delle MGF

- ✓ **Rito di passaggio** - In molte culture, le MGF costituiscono un importante rito di passaggio all'età adulta per le ragazze. Spesso l'evento è segnato da una cerimonia e/o celebrazione che segna un cambiamento di status. Può essere ritenuto un passo necessario per essere considerata una donna rispettabile e marcare l'appartenenza al gruppo.
- ✓ **Convenzione sociale** - Laddove la MGF è ampiamente praticata, è considerata una norma di comportamento socialmente accolta e attesa, vi è un obbligo sociale di conformarsi alla pratica. Le famiglie che aderiscono alla pratica possono essere meglio accettate nelle loro comunità, mentre coloro che non lo fanno rischiano di dover affrontare vessazioni, esclusione e di essere stigmatizzati.
- ✓ **Aumentare la fertilità** - In alcune comunità praticanti, si ritiene che se una donna non viene sottoposta a MGF non sarà in grado di rimanere incinta o potrebbe incontrare difficoltà durante il travaglio.
- ✓ **Garantire Matrimonio** - In alcune comunità la MGF è un prerequisito per contrarre matrimonio in quanto gli uomini sposerebbero solo donne che hanno subito MGF. Il desiderio e la pressione di sposarsi con la sicurezza economica e sociale che possono derivare dal matrimonio perpetuano la pratica in questi contesti.
- ✓ **Assicurare verginità, castità e fedeltà** - Si ritiene che le MGF salvaguardino la verginità (prerequisito fondamentale) 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.
- ✓ **Attenuazione del desiderio sessuale** - Le MGF consentono di contenere le pulsioni e gli eccessi sessuali, agiscono come controllo della donna e ragazza per evitarne la promiscuità e l'infedeltà.
- ✓ **Pulizia e purezza** - In alcune comunità, le MGF vengono eseguite per rendere le ragazze "pulite" e belle. La pulizia può riferirsi al corpo, i genitali femminili tagliati o chiusi sono talvolta visti come più igienici e attraenti, ma possono anche riferirsi alla purezza spirituale.
- ✓ **Femminilità** - Si ritiene che la rimozione delle parti genitali considerate maschili (cioè la clitoride) renda le ragazze più femminili, rispettabili e belle.
- ✓ **Religione** - Alcune comunità credono che le MGF siano un requisito religioso e alcuni leader religiosi potrebbero promuovere la pratica. Le MGF non sono menzionate in nessuno dei principali testi religiosi e non è una pratica islamica.

Classificazione delle MGF

TIPO I

Tipologia	Sotto-tipologia
Tipo I: asportazione parziale o totale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia)	Tipo Ia: asportazione del solo prepuzio clitorideo Tipo Ib: asportazione del clitoride e del prepuzio



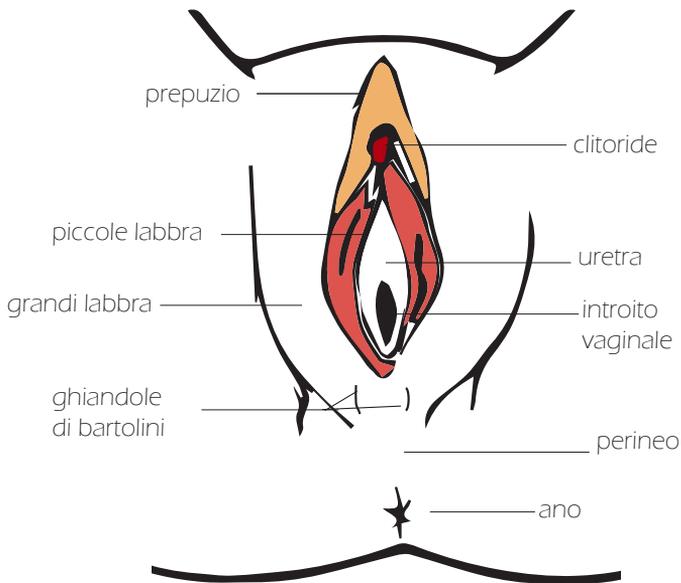
Tipo 1a: rimozione del prepuzio clitorideo (circoncisione)

Tipo 1b: asportazione del clitoride e del prepuzio

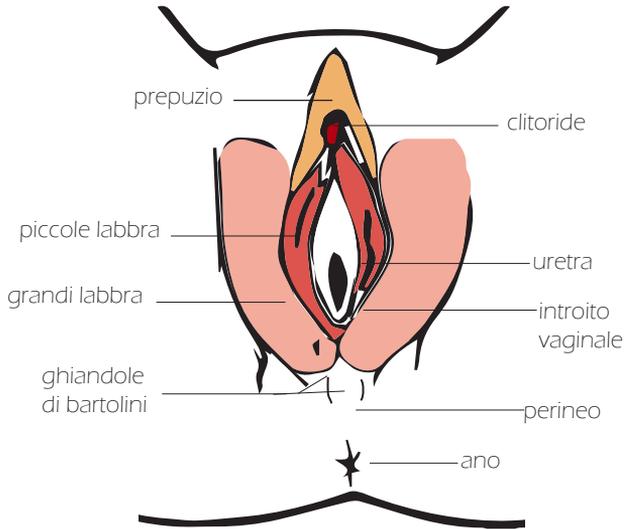
Fonte: OMS 2008, elaborazione e traduzione a cura CIDIS

TIPO II

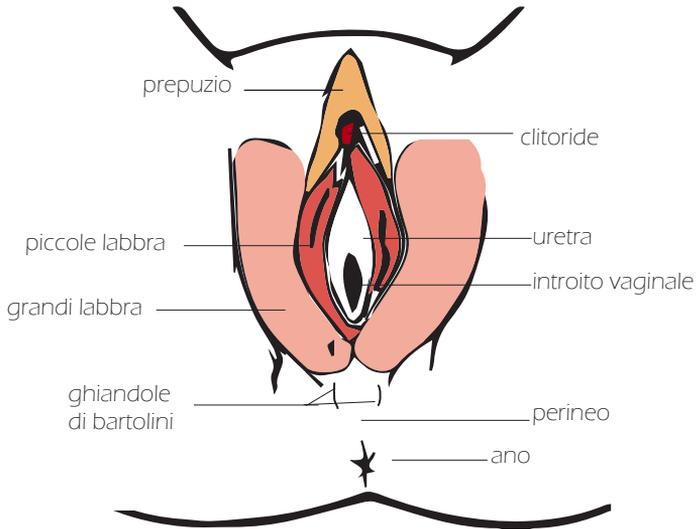
Tipologia	Sotto-tipologia
<p>Tipo II: asportazione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza l'escissione delle grandi labbra (escissione).</p>	<p>Tipo IIa: asportazione delle sole piccole labbra</p> <p>Tipo IIb: asportazione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra.</p> <p>Tipo IIc: asportazione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra.</p>



■ Tipo IIa: asportazione delle sole piccole labbra



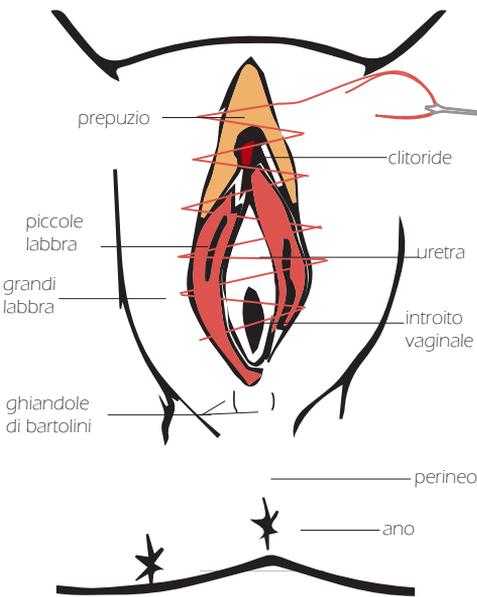
Tipo IIb: asportazione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra.



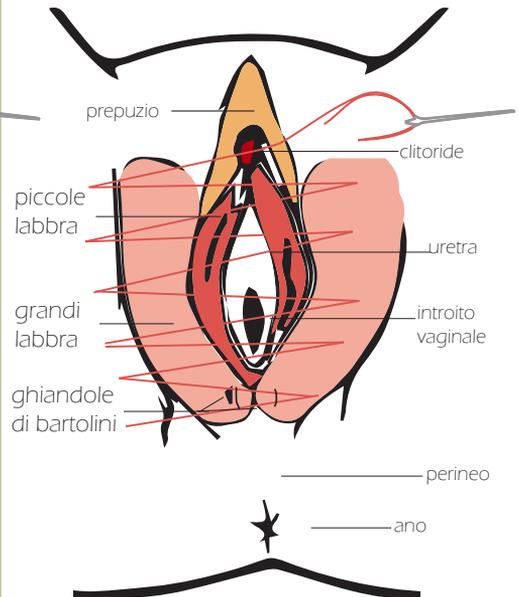
Tipo IIc: asportazione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra.

TIPO III

Tipologia	Sotto-tipologia
<p>Tipo III: Restringimento dell'apertura vaginale attraverso una chiusura ermetica coprente creata tagliando e sovrapponendo le piccole labbra e/o le grandi labbra, con o senza l'escissione del clitoride (infibulazione).</p>	<p>Tipo IIIa: asportazione, apposizione e adesione delle piccole labbra.</p> <p>Tipo IIIb: asportazione, apposizione e adesione delle grandi labbra.</p>



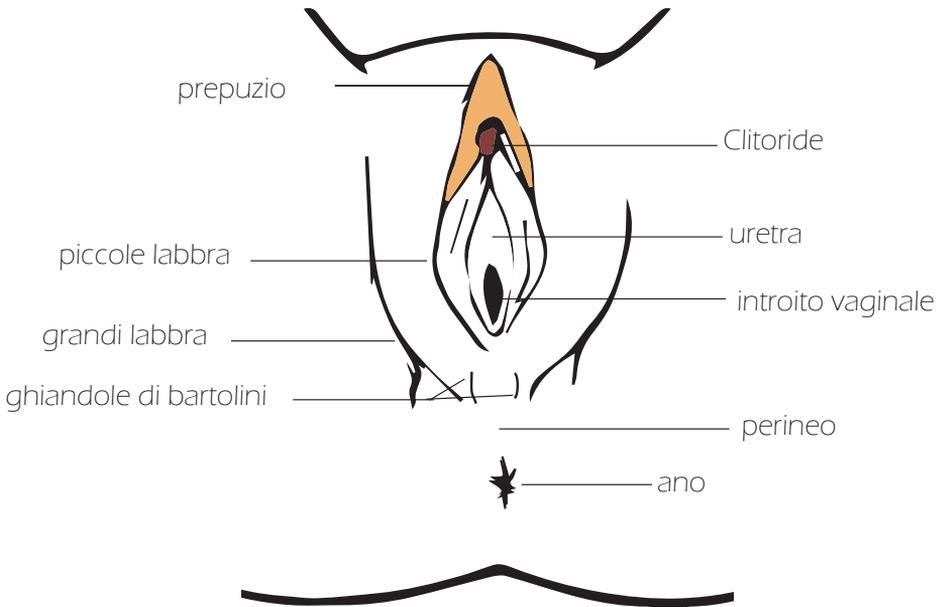
Tipo IIIa: asportazione, apposizione e adesione delle piccole labbra.



Tipo IIIb: asportazione, apposizione e adesione delle grandi labbra.

TIPO IV

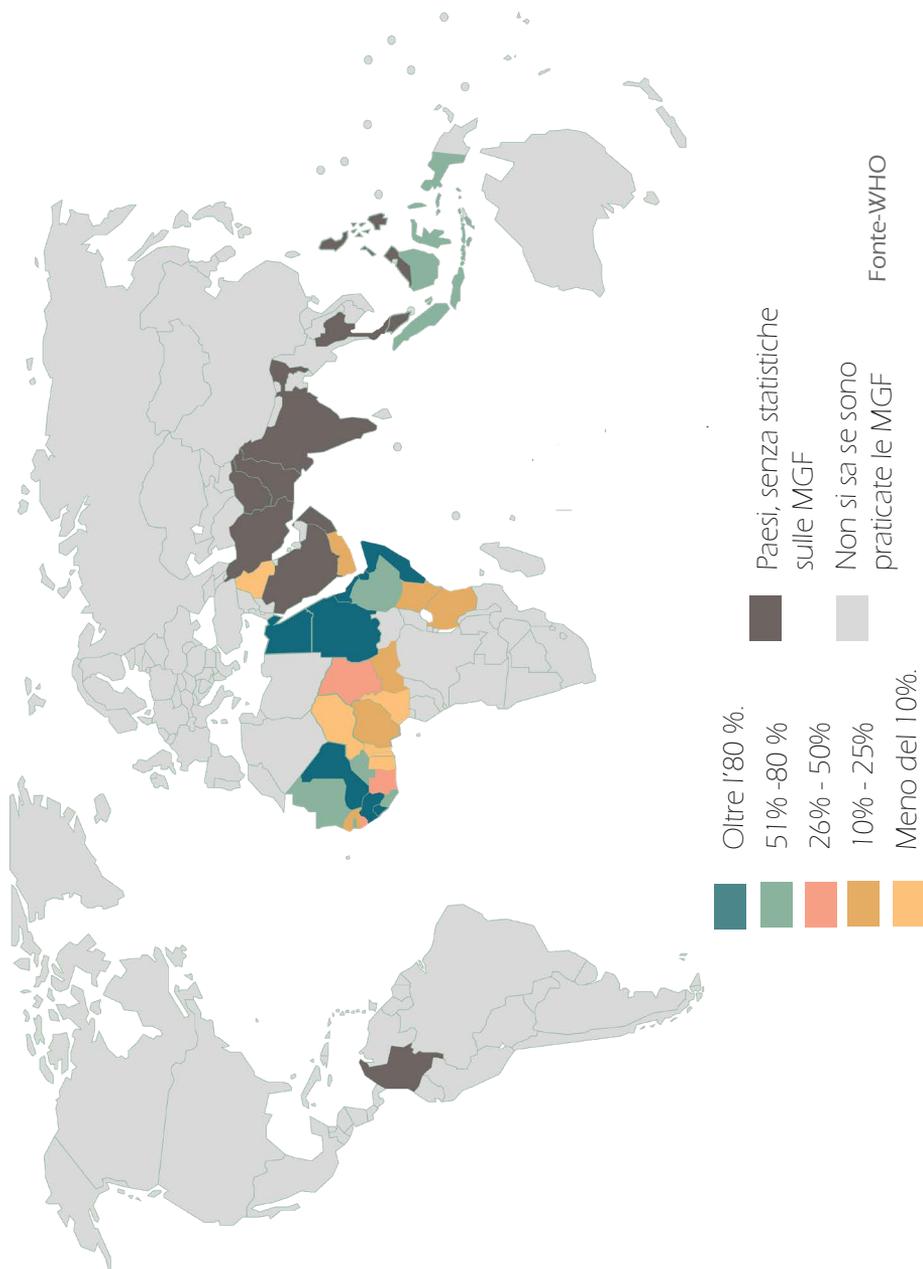
Tipologia	Sotto-tipologia
Tipo IV: non classificato.	Include altre pratiche lesive dell'apparato genitale femminile condotte con finalità non terapeutiche. Tra queste rientrano: il pricking, il piercing, l'incisione, lo stiramento e la cauterizzazione.



Non è corretto presumere che tutte le ragazze e le donne delle comunità che praticano le MGF siano state sottoposte alla procedura o che tutte le donne con MGF abbiano complicazioni di salute dovute alla pratica.

OMS

Diffusione geografica globale



I dati globali

Entro il 2030
si prevede che le
bambine a rischio
saranno
4,6 milioni

Almeno
200 milioni
di donne e bambine
nel mondo hanno
subito una qualche
forma di MGF

Circa
**4 milioni
di bambine**
ogni anno sono
a rischio di subirla

600.000
**donne e
bambine**
con MGF
vivono in UE

180.000
minori
a rischio ogni anno
vivono in UE
(13 paesi)

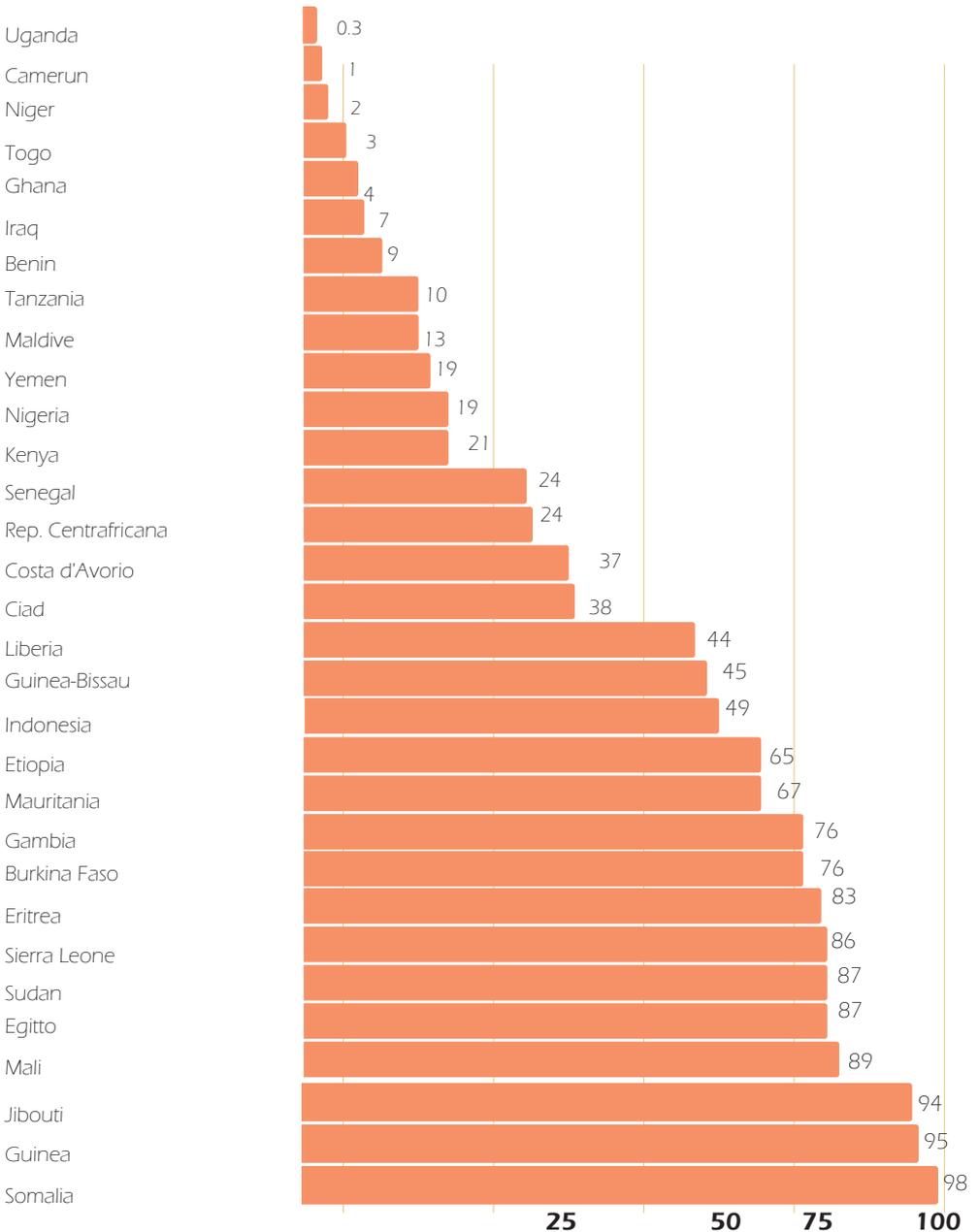
7.600
minori
con MGF
vivono in Italia

80.000
donne
con MGF
vivono in Italia

"Se mi dovessi trovare di fronte a una paziente con MGF non saprei come comportarmi".

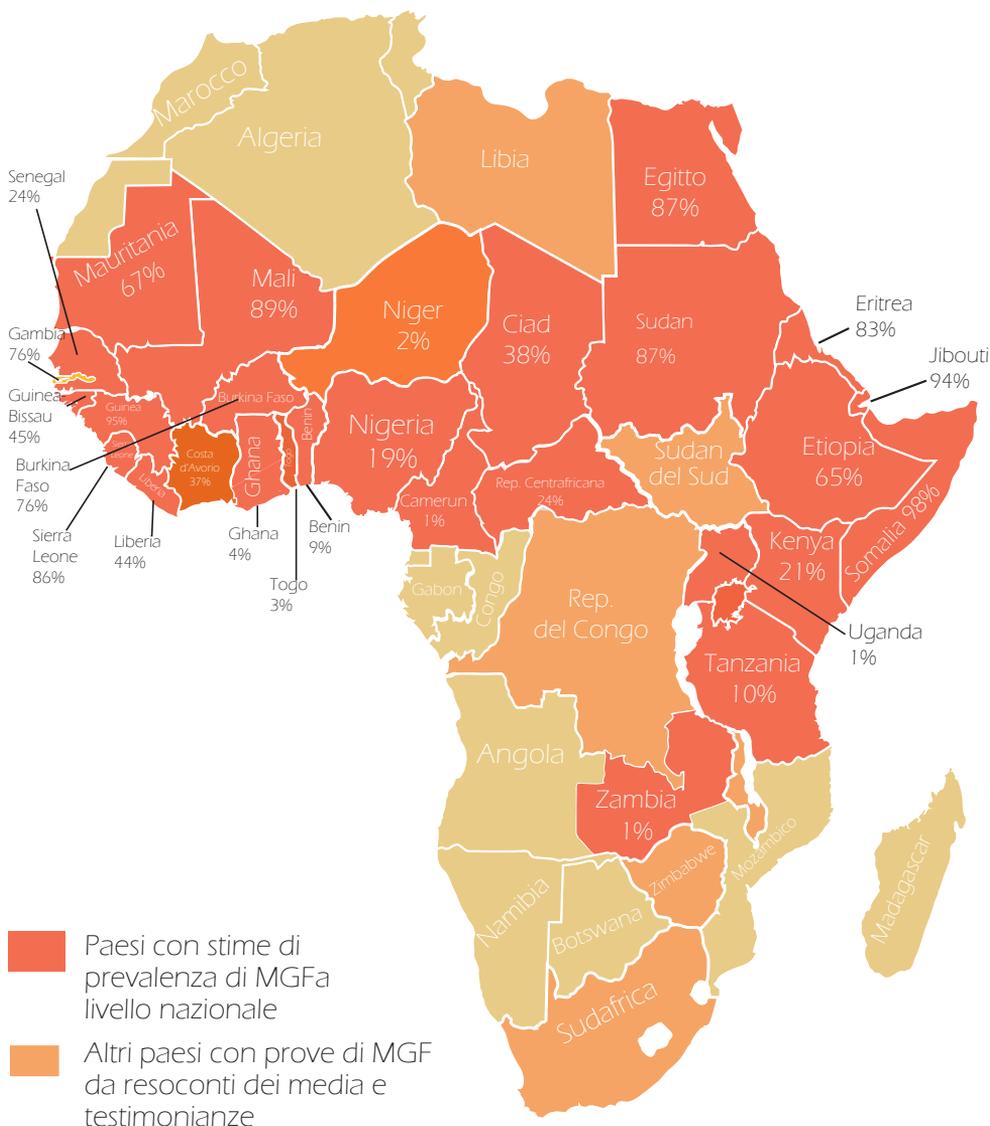
Ostetrica, focus group

Percentuale di ragazze e donne di età compresa tra 15 e 49 anni che hanno subito MGF



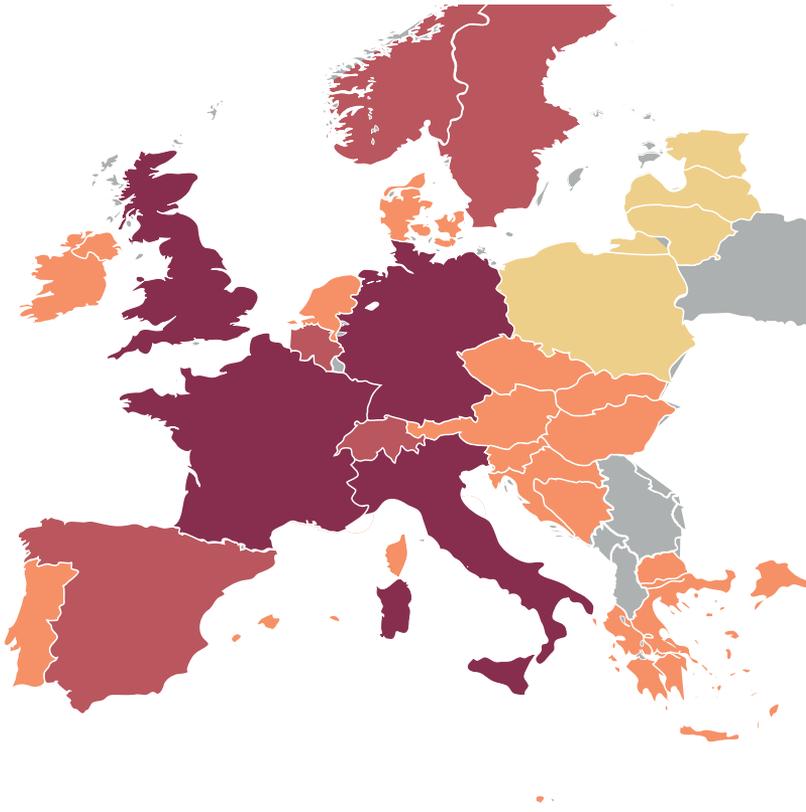
Diffusione geografica in AFRICA

Incidenza per paese delle mutilazioni genitali femminili MGF



Fonte: UNICEF 2020

Diffusione geografica in EUROPA



40.00 a 140.00

Regno Unito 137,000 / 67,300
 Francia 125,000 / 44,106
 Italia 87,500 / 18,339
 Germania 74,899 / 20,182

10.000 a 40.000

Svezia 38,939 / 11,145
 Svizzera 22,000 *
 Belgio 17,575 / 8,342
 Norvegia 17,058
 Spagna 15,907 / 3,652
 Grecia 15,249 / 748
 Finlandia 10,254 / 3,075

301 a 10.000

Austria 7,036 / 1,083
 Danimarca 7,910 / 2,568
 Portogallo 6,576 / 365
 Irlanda 5,790 / 1,632
 Cipro 1,301 / 132
 Malta 565 / 279
 Lussemburgo 379 / 136
 Repubblica Ceca 312

0 a 300

Polonia 207
 Croazia 112
 Romaniaa 79
 Slovenia 69
 Slovacchia 57
 Bulgaria 31
 Estonia 8
 Lettonia 5
 Lituania 0

Fonte:

https://www.endfgm.eu/editor/0/FINAL_EFGM_Annual_Report_page_ppp.pdf

Stime e dati MGF in Umbria

Stima delle bambine e ragazze di 0-14 anni residenti in Umbria al 01/06/2021 a rischio MGF

Paese di provenienza	Residenti	Stima % donne a rischio
Nigeria	336	19 
Costa d'Avorio	80	10 
Egitto	77	14 
Senegal	25	16 
Etiopia	13	3 
Kenya	11	1 
Iraq	9	73 
Mali	9	33 
Eritrea	7	13 
Burkina Faso	6	46 
Gambia	6	39 
Guinea	6	18 
Umbria	592	18 

Dati Unicef e anagrafe umbra.

Elaborazione dati a cura di Elisa Marceddu e Martina Gradassi, CERSAG - USL Umbria2

In Umbria, al 1 giugno 2021, risultano residenti 592 bambine e ragazze di 0-14 anni provenienti da Paesi a tradizione escissoria di cui si stima che 106 siano sopravvissute a MGF, ovvero il 18%, quasi due su dieci. In Umbria la quota maggiore di bambine e ragazze di 0-14 anni originarie di Paesi a tradizione escissoria proviene da Nigeria (336 di cui si stima 64 sopravvissute ad MGF), Costa d'Avorio (80 di cui si stima 8 sopravvissute ad MGF), Egitto (77 di cui si stima 11 sopravvissute ad MGF), Senegal (25 di cui si stima 4 sopravvissute ad MGF).

Stima delle donne di 15-49 anni residenti in Umbria al 01/06/2021 a rischio MGF

Paese di provenienza	Residenti	Stima % donne a rischio
Costa d'Avorio	388	40 
Nigeria	371	20 
Cameroon	294	1 
Etiopia	112	73 
Egitto	104	95 
Senegal	73	25 
Somalia	32	99 
Kenya	31	30 
Eritrea	27	89 
Iraq	24	7 
Ghana	22	2 
Guinea	19	95 
Burkina Faso	17	74 
Mali	17	89 
Togo	17	4 
Umbria	1.597	35 

Dati Unicef e anagrafe umbra.

Elaborazione dati a cura di Elisa Marceddu e Martina Gradassi, CERSAG - USL Umbria2

In Umbria, al 1 giugno 2021, risultano residenti 1.597 donne di 15-49 anni provenienti da Paesi a tradizione escissoria di cui si stima che 569 siano sopravvissute a MGF, ovvero il 36%, oltre una donna su tre. In Umbria la quota maggiore di donne di 15-49 anni originarie di Paesi a tradizione escissoria proviene da Costa d'Avorio (388 di cui si stima 157 sopravvissute ad MGF), Nigeria (371 di cui si stima 74 sopravvissute ad MGF), Cameroon (294 di cui si stima 3 sopravvissute ad MGF), Etiopia (112 di cui si stima 82 sopravvissute ad MGF), Egitto (104 di cui si stima 98 sopravvissute ad MGF).

La presa in carico

Una presa in carico ottimale richiede il coinvolgimento di diversi professionisti/e secondo un approccio olistico e di messa in rete dei servizi territoriali al fine di rispondere in modo puntuale e precoce alle esigenze e bisogni delle donne e ragazze con o a rischio MGF. Considerando che raramente le donne si rivolgono ai servizi sanitari per questioni legate direttamente alle MGF, ma per altre problematiche o ragioni (visita ginecologica, parto, consulenza psicologica), diviene essenziale la formazione e la conoscenza degli operatori su questo tema per l'adozione di un approccio culturalmente sensibile e non giudicante, scevro da pregiudizi e stereotipi, improntato all'ascolto e all'empatia nelle fasi di accoglienza e incontro con le donne e ragazze. Al fine di attivare una prima presa in carico della donna sopravvissuta o a rischio di Mutilazione Genitale in maniera efficace e attenta, di seguito riportiamo alcuni suggerimenti per aiutarti ad avere un dialogo efficace e una comunicazione rispettosa sulle MGF, per la creazione del giusto setting, per la costruzione della relazione di fiducia indispensabile ad affrontare un tema così complesso e delicato.

Preliminare

- ✓ Realizzare colloqui coordinati tra gli operatori
- ✓ Lavorare in rete in équipe multidisciplinari, coinvolgendo tutti gli attori, istituzionali e non presenti sul territorio, nel campo dei servizi dedicati ai migranti
- ✓ Predisporre locali idonei e accoglienti, poco rumorosi ed esposti a luce naturale, che garantiscano la necessaria riservatezza
- ✓ Coinvolgere un mediatore/mediatrice culturale professionista per garantire la massima comprensione reciproca e mettere la donna nella condizione di esprimersi nella sua lingua

Accesso

- ✓ Fare sempre riferimento alla natura confidenziale del colloquio
- ✓ Iniziare l'incontro discutendo di altre problematiche (es. il motivo dell'appuntamento o i bisogni di salute della donna)
- ✓ Rivelare la conoscenza delle pratiche di MGF nel paese d'origine della donna e delle possibili complicanze psico-fisiche-sessuali
- ✓ Una volta stabilito, in privato, che la donna ha subito MGF, assicurarsi sempre di gestire la consulenza con professionalità e discrezione

"Abbiamo la possibilità di costruire relazioni di fiducia. Possiamo spezzare l'ineluttabilità della mancanza di fiducia verso i servizi".

Ostetrica, focus group

Relazione

- ✓ Adottare un atteggiamento empatico, non giudicante né curioso/voyeuristico
- ✓ Impostare un rapporto disteso, di rispetto e fiducia
- ✓ La paziente deve essere parte attiva del processo terapeutico (o di altro tipo)
- ✓ Importante ascoltare e capire come la donna si sente rispetto alle MGF. Alcune donne sono molto orgogliose della MGF per altre è un evento traumatico e negativo
- ✓ Spiegare chiaramente che le MGF sono illegali e che la legge può essere usata per aiutare la famiglia ad evitare che le figlie subiscano l'intervento
- ✓ Nel caso di colloquio medico non esaminare le MGF se non c'è un buon motivo per farlo e sempre con il consenso della donna
- ✓ Verificare di aver compreso ciò che la donna ti ha detto ponendo domande durante il colloquio. Una tecnica può essere quella della riformulazione (es. Se ho compreso bene hai detto...). Evita di interromperla o di correggere ciò che ha detto
- ✓ Il ruolo del operatore/trice è quello di guidare la discussione ponendo domande e poi ascoltando attentamente, permettendo alla donna di parlare ed esprimersi
- ✓ Ricordare che la MGF è una pratica culturale profondamente radicata e che molti membri della comunità praticanti, sia maschi che femmine, potrebbero non considerarla negativa. È importante accogliere le donne con le loro opinioni, valori e percorso personale senza giudizio
- ✓ Ricordare che la MGF è solo un aspetto della vita della donna/ragazza. Oltre al motivo specifico per cui viene ai servizi sanitari, considerare sempre anche altri motivi fisici, psicologici o bisogni sociali per i quali potrebbe aver bisogno di sostegno e cura
- ✓ Tenere presente che non tutte le donne che vivono con la MGF hanno complicazioni di salute legate alla pratica. È anche possibile che le donne/ragazze con MGF cerchino assistenza per problemi di salute che non sono correlati alla MGF
- ✓ Assicurarsi di avere abbastanza tempo per spiegare le cose con attenzione e rispondere a qualsiasi domanda la ragazza o la donna possa avere
- ✓ Fornire informazioni sulle conseguenze per la salute psico-fisica-sessuale
- ✓ Informare la donna sulle diverse opzioni di trattamento e sviluppare un piano di cura per la donna/bambina
- ✓ Informare la donna sul diritto di presentare una richiesta d'asilo basata sul genere (operatori/trice accoglienza)

Comunicazione (Verbale e Non verbale)

- ✓ Non usare termini come mutilazione
- ✓ Fornire informazioni in modo rispettoso e professionale
- ✓ Fare uso della terminologia usata dalla donna o con la quale è a suo agio
- ✓ Rivolgere domande con termini neutri come «sei stata chiusa?», «sei stata circoncesa/tagliata quando eri bambina?»
- ✓ Evitare di avere reazioni emotive eccessive davanti alla donna
- ✓ Prestare attenzione al linguaggio non verbale: evitare sempre espressioni facciali inappropriate, come shock, disgusto o sgomento
- ✓ Non lasciare trapelare sentimenti di disgusto, shock, rabbia. Le donne devono essere trattate con rispetto e senza (pre)giudizi
- ✓ Evitare uso espressioni come vittima, barbarie, crudeltà
- ✓ Evitare di sussurrare (come se l'argomento fosse vergognoso) ed evitare di esprimere pietà o disapprovazione per la ragazza/donna
- ✓ Usare un linguaggio semplice, con frasi brevi e lentamente
- ✓ Essere consapevole e sensibile alle norme appropriate culturalmente relative alla comunicazione e allo spazio personale. L'appropriata vicinanza fisica tra operatrice/tore e paziente/utente varia da cultura a cultura. In alcuni contesti, sedersi su sedie una di fronte all'altra, piuttosto che rimanere seduti dietro una scrivania, può essere opportuno e può aiutare a ridurre al minimo la sensazione di una barriera tra le parti. Tieni presente che avvicinarsi troppo alla paziente potrebbe essere interpretato come minaccioso in alcuni contesti, mentre essere troppo lontano potrebbe dare l'impressione di essere disinteressato/a
- ✓ Se esistono barriere linguistiche e non è disponibile un modulo per il consenso tradotto, assicurarsi di ottenere il consenso informato alla presenza di una mediatrice culturale-linguistica qualificata

Chiusura

- ✓ Verifica con la donna i punti essenziali emersi durante l'incontro
- ✓ Verifica lo stato emotivo della donna (es. chiedendole come si sente, com'è stato per lei parlarne)
- ✓ Registra le informazioni sulla MGF all'interno della cartella clinica
- ✓ Indirizza la donna verso altri servizi territoriali se necessario
- ✓ Pianifica un follow up con la paziente e/o con i familiari

Il ruolo dell'operatore sanitario è quello di sostenere le ragazze e le donne che cercano assistenza presso la struttura sanitaria. Ogni contatto con una ragazza o una donna che ha subito la MGF rappresenta un'opportunità per fornirle informazioni accurate sul suo corpo e sulla sua salute.

Bambine e fattori di rischio

L'età della MGF cambia a seconda della comunità di appartenenza, del tipo di mutilazione e del significato simbolico attribuito alla pratica. In alcune realtà la MGF è praticata sulle bambine con meno di un anno di vita o neonate di pochi giorni (Ibo e Ishan in Nigeria; Amhara in Etiopia). Molte comunità praticano le MGF nei primi anni di vita delle bambine, principalmente tra i 4 e i 14 anni di età. Nella maggior parte dei paesi interessati la maggioranza delle bambine ha subito la pratica prima dei 9 anni.

In alcuni paesi è stato registrato anche un abbassamento dell'età media in cui una ragazza subisce l'intervento di MGF: paradossalmente, ciò può a volte essere un effetto delle nuove leggi in materia, che proibendo le MGF inducono i genitori a praticarle su figlie sempre più giovani (minore è l'età, più facile diventa eludere i controlli). Al contempo però in alcuni contesti le ragazze più giovani tendono a sottrarsi alla pratica con maggiore efficacia rispetto a quanto riuscissero a fare le loro coetanee in epoche precedenti. Inoltre cresce in molti paesi lo scarto tra la percentuale di donne che hanno subito le mutilazioni genitali e quelle che a loro volta sottopongono le proprie figlie a questa pratica. Di seguito si riportano alcuni fattori di rischio a cui prestare attenzione e tenere in considerazione:

- ✓ Quando ci si prende cura di ragazze che hanno subito o sono a rischio di MGF, è importante prestare attenzione agli atteggiamenti dei genitori e valutare se hanno opinioni simili o diverse sulle MGF e quali sono tali opinioni
- ✓ Considerare se la provenienza e la comunità di appartenenza della famiglia è tra quelle che praticano le MGF
- ✓ Considerare l'età della bambina
- ✓ Se una donna che ha partorito di recente una bambina (e/o suo marito o un altro membro della famiglia) chiede di essere reinfibulata dopo il parto, anche la sua bambina potrebbe essere a rischio di MGF
- ✓ Se la bambina presenta difficoltà nella minzione e passa molto tempo in bagno; mestruazioni dolorose (in caso di infibulazione). Se presenta dolore, cicatrici, paura del movimento, rifiuto di fare sport
- ✓ Cambiamento di postura, diminuzione della concentrazione e dei risultati scolastici
- ✓ Scomparsa di una studentessa dopo la vacanza o assenza inspiegabile di lunga durata
- ✓ Se la bambina riferisce che deve sottoporsi a una "procedura speciale" o deve essere "riconosciuta come donna" o deve "diventare come mia sorella o mia madre»
- ✓ Sua sorella, madre o cugina di età simile hanno subito la MGF
- ✓ Ha chiesto aiuto o consiglio ma non è stata esplicita riguardo alle MGF a causa dell'imbarazzo o della paura

"È importante saper approcciarsi, interagire con queste donne usando le parole giuste, il modo giusto e non offenderle" Ostetrica, focus group

La mediazione culturale e linguistica

La mediazione culturale-linguistica è uno strumento finalizzato a favorire le pari opportunità, la tutela dei diritti riconosciuti dallo Stato e l'accesso e fruizione ai servizi pubblici. La scelta di utilizzare il dispositivo di mediazione nasce dalla necessità di favorire una corretta comunicazione tra due soggetti (in particolare tra l'operatore e l'utente straniero) con lingua e cultura diversa laddove incomprensioni linguistiche e mancanza di conoscenza dei riferimenti culturali (valoriali e simbolici) di ognuno, possono condurre a fraintendimenti ed ambiguità nella comunicazione e di conseguenza nella relazione tra le parti. La mediazione è strumento efficace di supporto per la presa in carico della donna per la decodifica dei codici socioculturali espliciti e soprattutto impliciti. La mediazione culturale non solo costituisce un concreto canale di accesso a significati e opportunità altrimenti sommersi, invisibili o male-intesi, ma rappresenta anche uno spazio di libertà e di vicinanza in cui realizzare un dialogo autentico tra le parti coinvolte. Quando si presta assistenza a donne/ragazze sopravvissute o a rischio MGF, il ricorso a mediatrici, opportunamente formate, consente di costruire rapporti empatici e di fiducia dove promuovere auto-consapevolezza, capacità di valutazione e di scelta autonome delle donne accolte. Inoltre, la conoscenza di base della lingua potrebbe non essere sufficiente per comprendere appieno i dettagli della consulenza sulle MGF o per consentire alla donna di porre domande ed esprimere ciò che vorrebbe con serenità. Per il successo del confronto interculturale, gli operatori devono essere consapevoli delle proprie cornici culturali di riferimento grazie all'autoconsapevolezza e capacità di analisi della propria società di appartenenza. Di seguito si riportano alcuni suggerimenti:

- ✓ Non chiedere ai familiari di fare da interprete (marito, madre, figli etc.)
- ✓ È preferibile lavorare con mediatrici data la delicatezza dell'argomento
- ✓ Avvalersi solo di mediatrici professioniste e formate sul tema
- ✓ Fare un briefing iniziale con la mediatrice: le sue percezioni personali o pregiudizi non dovrebbero mai influenzare la conversazione. È importante assicurarsi che la mediatrice non supporti la MGF
- ✓ La mediatrice deve rispettare e tutelare la riservatezza della donna
- ✓ Documentare nella cartella clinica della donna l'uso della mediazione
- ✓ Se l'intervento di persona non è possibile, si può prendere in considerazione l'uso della mediazione telefonica e/o video
- ✓ Assicurarsi di chiedere alla donna/ragazza se è a suo agio con la mediatrice assegnata (es. se appartenente a stessa comunità)
- ✓ Fare un de-briefing finale con la mediatrice a chiusura dell'incontro

"La cultura non fa le persone. Sono le persone che fanno la cultura".

Chimamanda Ngozi Adichie

MGF e Diritti Umani

Le Mutilazioni dei Genitali Femminili costituiscono una forma di violenza di genere e sono riconosciute a livello internazionale e regionale come una violazione dei diritti umani fondamentali:

- ✓ il diritto alla vita e alla salute
- ✓ il diritto all'integrità fisica, alla libertà e alla sicurezza della propria persona
- ✓ il diritto alla protezione da trattamenti crudeli, disumani e degradanti
- ✓ il diritto alla protezione contro ogni forma di discriminazione basata sul sesso

Le Nazioni Unite all'unanimità hanno dichiarato la MGF una violazione dei diritti umani di ragazze e donne, compreso il diritto di ogni persona al più alto livello di salute possibile (Res. 67/146, 2012). La Convenzione di Istanbul è uno strumento giuridicamente vincolante per i paesi aderenti (tra cui l'Italia) volto a combattere la violenza contro le donne, comprese le mutilazioni genitali femminili (art. 38)

MGF e PROTEZIONE INTERNAZIONALE

Le MGF sono riconosciute come forma di persecuzione basata sul genere inteso come appartenenza a «un determinato gruppo sociale» individuato dalla caratteristica immutabile dell'essere donna ai sensi della Convenzione di Ginevra sui rifugiati (1951) e del successivo Protocollo (1967).

Pertanto, una persona può chiedere asilo e qualificarsi per lo status di rifugiato se:

- ✓ rischia di essere sottoposta a MGF (anche minore non accompagnata)
- ✓ se è stata costretta a sottoporsi alla procedura
- ✓ un genitore che chiede asilo per la figlia a rischio di MGF
- ✓ attivisti (sia donne che uomini) perseguitati per le loro opinioni e il loro impegno a porre fine alle MGF nei loro paesi di origine

La Commissione Territoriale per richiedenti protezione internazionale, autorità che gestisce le domande, potrebbe richiedere un certificato medico relativo alle MGF in cui sono indicate il tipo di MGF secondo la classificazione dell'OMS (v. pag. 8), altri segni e cicatrici sui genitali esterni, eventuali complicazioni per la salute legate alle MGF. Il certificato medico è una prova medica di valenza fondamentale per la procedura di asilo.

A supporto potrebbe essere opportuno produrre, a cura dei relativi professionisti, un certificato psicologico in cui descrivere le conseguenze psicologiche della MGF e una relazione sul percorso di consultazione antropologica e mediazione etno-clinica che raccoglie il racconto e l'esperienza della donna con o a rischio MGF e un'analisi socio-culturale del contesto d'origine.

MGF: la normativa in Italia

Nel 2006 l'Italia ha emanato una legge specifica che criminalizza le MGF: la Legge n. 7/2006 - "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" che introduce due nuovi reati nel Codice Penale, il reato di mutilazione genitale femminile e il reato di lesioni genitali (Art. 583 bis e 583 ter c.p.). La normativa prevede:

- ✓ da 4 a 12 anni di reclusione per chiunque procuri o spinga qualcun altro a fare una MGF
- ✓ La pena è applicata a tutti i tipi di MGF (clitoridectomia, escissione, infibulazione)
- ✓ Da 3 a 7 anni di reclusione in caso di lesioni dei genitali femminili, di tipo diverso da quelli citati, effettuate con l'intenzione di danneggiarne le funzioni sessuali provocando un danno
- ✓ Le pene aumentano di un terzo se è una bambina a subire MGF, o è praticata per fini di lucro
- ✓ Extraterritorialità: la norma si applica anche se MGF è commessa all'estero da cittadino italiano o straniero oppure viene commesso all'estero contro una cittadina italiana o straniera residente in Italia
- ✓ Perdita responsabilità genitoriale per i genitori responsabili del reato di MGF su minore
- ✓ I professionisti sanitari che praticano una MGF rischiano la pena accessoria di sospensione dall'esercizio della professione da 3 a 10 anni

"(l'importanza di) accogliere e curare, con attenzione e professionalità, le donne che hanno subito mutilazioni genitali, senza manifestazioni di imbarazzo, di sorpresa o di curiosità, come è stato a volte denunciato, perché possa essere instaurato quel rapporto di fiducia medico-paziente, che è il primo passo da parte delle donne per una diversa presa di coscienza del proprio corpo e del proprio benessere, ma anche avviare un dialogo finalizzato a prevenire che le figlie di queste stesse donne possano a loro volta essere sottoposte a mutilazioni".

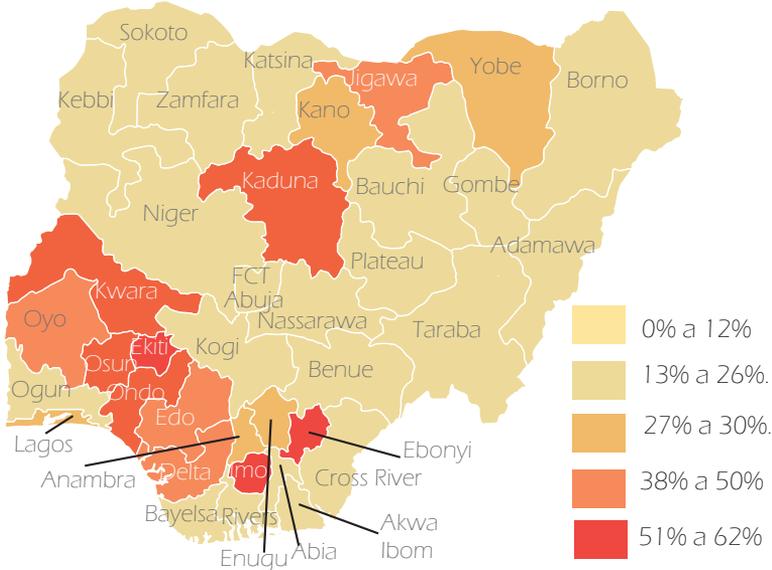
Ministero della Salute

Schede paese

Nigeria

- ✓ **Incidenza** nazionale donne di età compresa tra i **15 e 49 anni**: 20% (in calo) - le donne sopravvissute a MGF sono circa 20 milioni
- ✓ **Incidenza** nazionale ragazze di età compresa tra 0 e 14 anni: **19,2%** (in aumento)
- ✓ I dati disponibili indicano una **tendenza generale verso una riduzione** della prevalenza delle MGF
- ✓ Si stima che l'**86% delle donne** abbia subito mutilazioni genitali **prima dei 5 anni**, mentre l'8% fra i 5 e i 14 anni
- ✓ La **Nigeria** registra il **terzo numero più elevato** di donne che sono state sottoposte a mutilazioni genitali femminili **nel mondo**
- ✓ La diffusione negli stati varia molto: dal **62% di Imo** a meno dell'**1% di Adamawa e Gombe**.
- ✓ La percentuale di MGF è più alta nel **Sud-Est (35%)** e nel **Sud-Ovest (30%)** e più bassa nel **Nord-Est (6%)** (v. mappa)
- ✓ **Religioni interessate**: Cristianesimo (19,4%), Islam (18,7%), Animismo (11,9%). È principalmente diffusa tra i Cattolici (24,8%)
- ✓ **Aree geografiche in cui si pratica**: in tutto il paese e in tutti i gruppi etnici, (Tipo III nel Nord; Tipo I e Tipo II diffuse nel Sud)
- ✓ **Tipi di MGF praticate**: tipo I (10%), tipo II (41%) e tipo III (6%)
- ✓ **Età**: da pochi giorni dopo la nascita a pochi giorni dal decesso prima della sepoltura (in alcune comunità tradizionali). Al 7° mese di gravidanza, prima del matrimonio
- ✓ **Principali gruppi etnici interessati** (su 250): Yoruba (34,7%, Tipo I e II); Hausa (20%, tipo III), Igbo (30,7%, Tipo I e II), Ijaw/Izon (6,9%, tipo I e II); Kanuri/Berberi (5,6%, tipo III).

Percentuale di donne di età compresa tra 15 e 49 anni che sono state sottoposte a MGF per Stato



Fonte:

<https://www.gov.uk/government/publications/nigeria-country-policy-and-information-notes/country-policy-and-information-note-female-genital-mutilation-fgm-nigeria-july-2022-accessible>

Principali gruppi linguistici



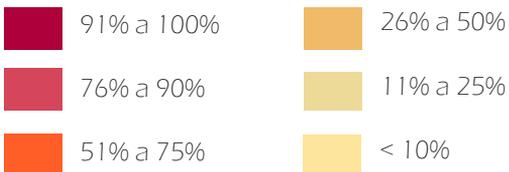
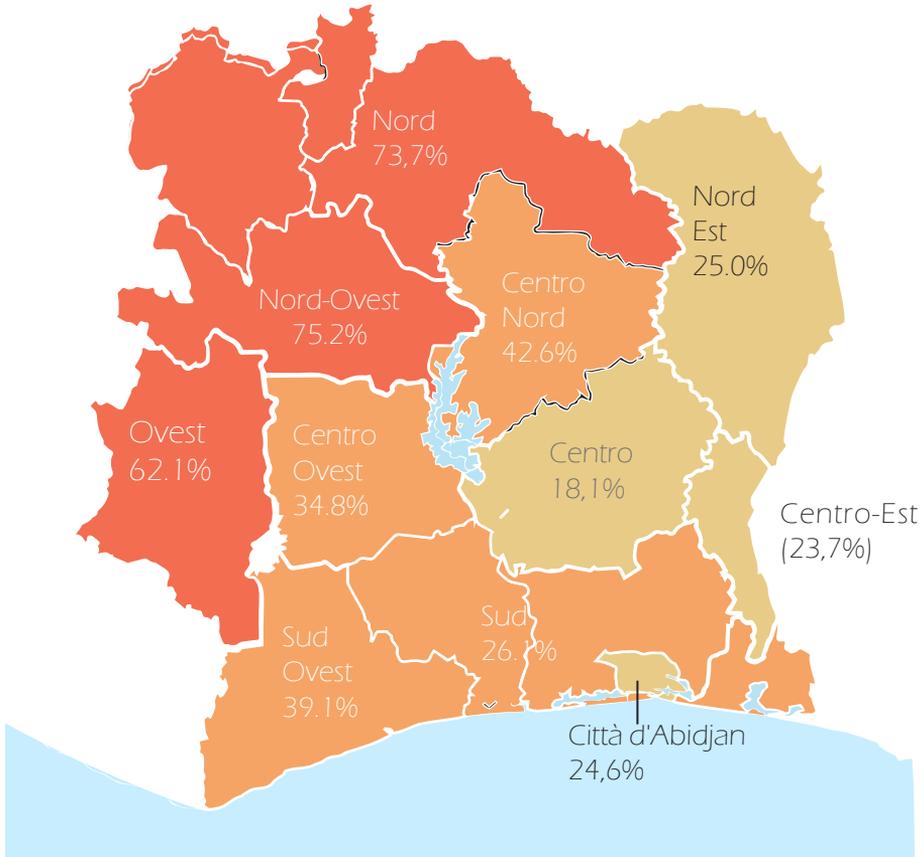
La mappa mostra che i gruppi più grandi sono Hausa e Fulani, Kanuri e Yoruba.

Fonte: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/51/Nigeria_linguistical_map_197

Costa d'Avorio

- ✓ **Incidenza** nazionale **donne** di età compresa tra i 15 e 49 anni: **36,7%**
- ✓ **Incidenza** nazionale **ragazze** di età compresa tra 0 e 14 anni: **10%**
- ✓ Le regioni con la prevalenza più alta sono nel **nord (73,7%)** e nell'**ovest (75,2%)**; le regioni con i valori più bassi sono quelle del **centro (18,1%)** e del **centro-est (23,7%)**
- ✓ **Età**: si stima che circa la metà (54%) delle ragazze ha subito MGF prima dei cinque anni mentre il 26% in un'età compresa tra 5 e 9 anni
- ✓ Il **79,4% delle donne** di età compresa tra i 15 e 49 anni ritiene che **le MGF devono cessare** di essere praticate
- ✓ Sono maggiormente diffuse nelle **zone urbane (43,8%)** rispetto a quelle rurali (30,8%)
- ✓ **Aree geografiche** in cui si pratica: in tutto il paese e in tutti i gruppi etnici
- ✓ **Tipi di MGF** praticate : tipo I (5%), tipo II (71%) e tipo III (8,7%), non definito (15,6%)
- ✓ **Religioni** interessate : Cristianesimo (12%), Islam (62%), Animismo (49%), altre confessioni (13%)
- ✓ Principali **gruppi etnici** interessati: Mande del Nord che comprende Malinke, Foula, Bambara, Dioula (60,7%), Gur (59,1%), Akan (2,7%), Krou (14,1%)

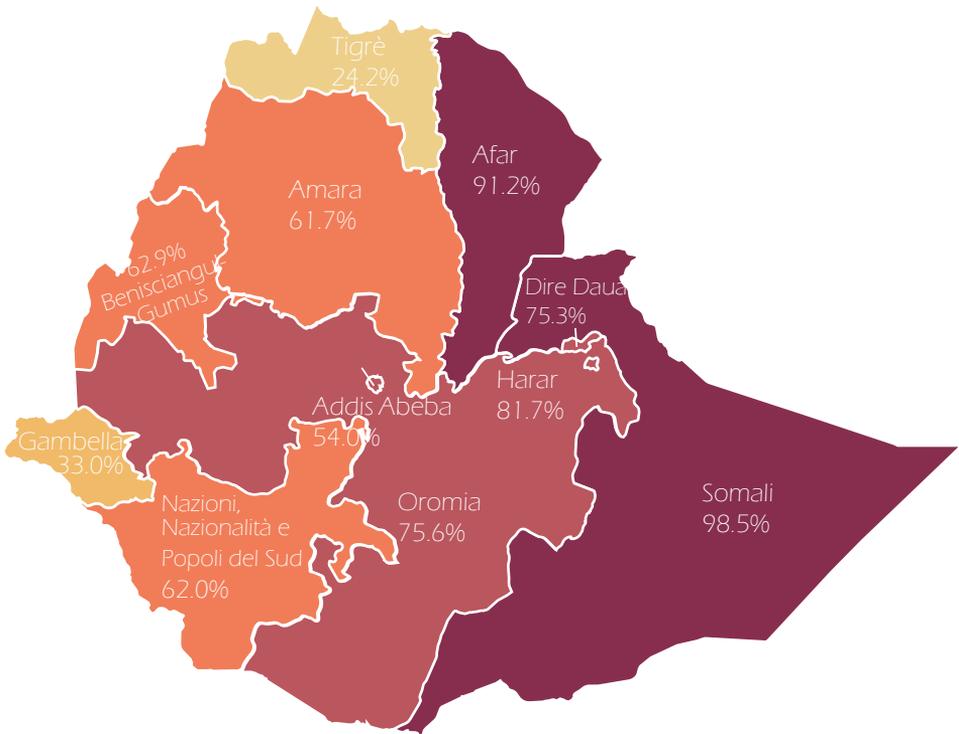
Prevalenza delle MGF in Costa d'Avorio per regione



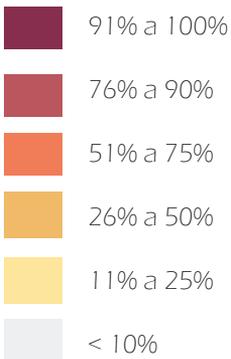
Etiopia

- ✓ **Incidenza** nazionale **donne** di età compresa tra i 15 e 49 anni: **65,2%**
- ✓ **Incidenza** nazionale **ragazze** di età compresa tra 0 e 14 anni: **16%**
- ✓ L'Etiopia registra il **secondo numero più elevato** di donne che sono state sottoposte a mutilazioni genitali femminili **nel mondo**
- ✓ **Aree geografiche** in cui si pratica: in tutto il paese e in tutti i gruppi etnici
- ✓ La **prevalenza più alta** si riscontra nella regione dei Somali (98,5%), Afar (91,2%), Oromia (75,6%), la regione degli Amara (61,7%); le regioni con i valori più bassi sono Gambella (33%) e la regione del Tigrè (24,2%)
- ✓ Sono maggiormente diffuse nelle **zone rurali (68,4%)** rispetto a quelle urbane (53,9%)
- ✓ Età: si stima che circa la metà (**49%**) **delle ragazze** ha subito MGF **prima dei cinque anni** mentre il 22% in un'età compresa tra 5 e 9 anni e il 18% tra i 10 e 14 anni
- ✓ Nelle **regioni settentrionali** del paese (Tigrè, Amara, Afar), la MGF viene solitamente eseguita nei **primi giorni dopo la nascita**. Nel sud (Somali, Sidama), la MGF è principalmente legata al matrimonio
- ✓ **Religioni** interessate: Cristiani ortodossi (54,2%), Islam (82,2%), Protestanti (65,8%), cattolici (58,2%)
- ✓ **Tipi di MGF** praticate : tipo I e tipo II (73%) e tipo III (7%)
- ✓ Principali **gruppi etnici** interessati : Somali (99%, Tipo III); Afar (98,4%, tipo III), Tigrini (24%, Tipo I e II), Sidama (87,6%, Tipo II), Oromo (77,1%, Tipo II), Amara (60,5%, Tipo II), Hadiya (92,3%, Tipo II e Tipo III), Welaita (92,3%, Tipo II), Gurage (78,3%, Tipo I e Tipo II)

Prevalenza delle MGF in Etiopia per regione



Fonte: 28toomany



Scheda di prima valutazione della donna con MGF

Data __/__/____ Valutazione: Iniziale/ in corso

Operatore _____

	SI	NO	FORSE	
La paziente appartiene a una comunità che pratica MGF?				
Sente dolore o disagio durante i rapporti sessuali, la minzione, le mestruazioni?				
Riporta problematiche psico-sociali				
So che in...(menzionare paese origine) si pratica il taglio/escissione/circoncisione dei genitali. Tu cosa ne pensi?				
Qualche donna della tua famiglia è stata tagliata/escissa/circoncisa?				
Puoi dirmi se a te è successo?				
È necessario intervento mediatrice culturale-linguistica				
È necessario coinvolgere altri servizi territoriali (sociali, sanitari,...)				
Pianificare follow up				

Scheda di terminologie etnico-locali

Paese	Termini usati	Lingua
Costa d'Avorio	L'excision Excision	Francese Inglese
Gambia	Niaka; Kuyango; Musolula Karoola	Mandingo
Guinea Bissau	Fanadu di Mindjer	Creolo
Egitto	Thara; Khitan; Khifad	Arabo
Etiopia	Megrez	Amarico
Eritrea	Mekhnishab	Tigrino
Iran	Xatna	Farsi
	Khatana	Curdo sorani
Indonesia	Sunat	Malese
Kenya	Kutairi; Kutairi was ichana	Swahili
Mali	Selidjili; Bolokoli; Sunna	Bambara
Nigeria	Ibi/Ugwu	Igbo
	Isa aru	Ibo
	Sunna	Mandingo
	didabe fun omobirin/ ila kiko fun omobirin	Yoruba
Sierra Leone	Sunna	Sousou
	Bondo	Temne; Mandinka; Limba
	Bondo/Sonde	Mende
Somalia	Gudiniin; Halalays; Oodiin	Somalo
Sudan	Khifad; Tahoor	Arabo
Turchia	Kadin Sunneti	Turco

Fonte: National FGM Centre

<http://nationalfgmcentre.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/FGM-Terminology-for-Website.pdf>

Approfondimenti

Bibliografia

Le linee guida per le figure professionali sanitarie Ministero della Salute (2007) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf

Linee guida per l'assistenza ai rifugiati vittime di torture, stupri o altre forme gravi di violenza (2017) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf

Female Genital Mutilation/Cutting: a call for a global response. Equality Now, End FGM European Network, US End FGM/C Network (2020) https://www.endfgm.eu/editor/files/2020/04/FGM_Global_-_ONLINE_PDF_VERSION_-_07_1.pdf

Come parlare di MGF, Rete Europea contro le MGF (2016), https://www.endfgm.eu/editor/files/2019/07/EFG_004-16_position_paper_A_ITA.pdf

Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook, OMS (2018), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272429>

Nigeria Demographic and Health Surveys- NDHS (2018), <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR359/FR359.pdf>

Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) Nigeria, NBS/UNICEF (2022), <https://www.unicef.org/nigeria/media/6316/file/2021%20MICS%20full%20report%20.pdf>

Enquête par grappes à indicateurs multiples, (MICS): Institut National de la Statistique (INS), Rapport des Résultats clés (2017) https://mics-surveysprod.s3.amazonaws.com/MICS5/West%20and%20Central%20Africa/Côte%20d%27Ivoire/2016/Final/Cote%20d%27Ivoire%202016%20MICS_French.pdf

Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012, INS et ICF International (2012) <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR272/FR272.pdf>

Ethiopia Demographic and Health Survey 2016: Key Indicators Report, CSA and ICF (2016), <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR328/FR328.pdf>

Ethiopia Demographic and Health Survey 2016, CSA and ICF (2017), <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR328/FR328.pdf>

UNICEF, Female Genital Mutilation, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/#data>

UNFPA, FGM dashboard, <https://www.unfpa.org/data/dashboard/fgm>

28toomany, Female Genital Mutilation - Countries Profiles, <https://www.28toomany.org/research-resources/>

National FGM Centre, <http://nationalfgmcentre.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/FGM-Terminology-for-Website.pdf>

EIGE, https://eige.europa.eu/gender-based-violence/female-genital-mutilation?language_content_entity=en

Filmografia e documentari

“Mooladé” 2004, Ousmane Sembène

“De retour au pays” 2018 – AIDOS

“Uncut” 2016, Emanuela Zuccalà e Simona Ghizzon

“Fiore del deserto” 2009, Sherry Hormann

“Cut: exposing FGM worldwide”, 2017 John Chua

“The bush school ” 2020, Emanuela Zuccalà

“My FGM story ” 2020, Halimatou Ceesay

“My Body, My Rights – Female Genital Mutilation”, Sarian Karim Kamara at Fuuse Forum

“My mother’s strange definition of empowerment”, Ted Conference by Khadija Gbla

“Questo tema (MGF) deve trovare finalmente un suo riconoscimento e una sua visibilità. Se non se ne parla non esistono. Silenzio e omertà sono i campi in cui si muovono questi fenomeni”.

Psicologa – focus group 2021

Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)

Un fenomeno globale da conoscere e prevenire

È un progetto finanziato dalla Regione Umbria, promosso dalla USL Umbria 2 e realizzato in partnership dal Centro di Salute Globale (CERSAG) e CIDIS, avviato a settembre 2021.

Il progetto si propone di migliorare l'accoglienza e la gestione del fenomeno delle MGF in Umbria, rafforzando le capacità dei professionisti in ambito socio-sanitario di rispondere alle richieste e ai fabbisogni delle donne sopravvissute alle MGF e bambine a rischio aumentando la conoscenza delle problematiche connesse alle MGF finalizzate alla costruzione di relazioni di sostegno fondate sul rispetto dell'autonomia delle donne nelle scelte di salute.

Le numerose attività progettuali hanno mirato a raggiungere diversi obiettivi:

- ✓ Favorire la sensibilizzazione sul tema della violenza di genere, delle disuguaglianze di genere ed, in particolare, su alcune pratiche culturalmente influenzate, quali le MGF, perché diventi sempre più un fenomeno all'attenzione dei sistemi sanitari, sociali ed educativi.
- ✓ Potenziare le capacità di accoglienza e di gestione delle MGF nel sistema di cura regionale mediante la sensibilizzazione sul tema delle MGF violenza di genere, delle disuguaglianze di genere ed, in particolare, su alcune pratiche culturalmente influenzate.
- ✓ Costruire le basi per un lavoro di rete tra operatori di Enti ed istituzioni diverse, non solo di area sanitaria, di respiro nazionale e internazionale (AMREF Comitato Collaborazione Medica, Centro Salute Globale Regione Toscana, ISS).
- ✓ Comprendere l'efficacia del progetto mediante uno studio ad hoc per valutarne l'impatto sui destinatari (target: studenti delle professioni sanitarie al 2° e 3° anno di infermieristica e ostetricia dell'Università degli Studi di Perugia, Foligno e Terni).

MGF
Un fenomeno globale



USL Umbria 2 Regione Umbria

Il Toolkit MGF per la presa in carico di donne e ragazze è uno strumento utile e agevole per gli operatori pubblici e privati per prevenire e contrastare il fenomeno delle Mutilazioni dei Genitali Femminili e per promuovere un approccio sensibile al genere.