



“Mutilazioni genitali femminili: Ci Tocca, Ti Tocca”

Una storia sul campo

Reggio Emilia, 18 Aprile 2015

Ost Valentina Parotti, Dott.ssa Vezzani Cristina, Dott.ssa Venturini Angela

MGF come conflitto

- ✓ Conflitto culturale: – ORRORE e fuga
 - esaltazione femminilità, ciò che dà integrità
- ✓ Conflitto etico e normativo: difficoltà a rispettare i diritti umani della persona e la sua appartenenza culturale

Divieto MGF in Italia: Legge n. 7/2006



L'ostetrica e le MGF

“L'ostetrica/o riconosce la centralità della donna, della coppia, del neonato, del bambino, della famiglia e della collettività ed attua interventi adeguati ai bisogni di salute, nell'esercizio delle funzioni di sua competenza per la prevenzione, cura, salvaguardia e recupero della salute individuale e collettiva” (Codice Deontologico Ost., 19 Giugno 2010)

“L'ostetrica/o, per quanto di sua competenza, partecipa ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità” (D.M. n.740/1994)





Ostetrica



Ruolo di **PROMOZIONE** della **SALUTE**:

- Prevenzione
- Eradicazione
- Cura

Posizione privilegiata per dare
informazioni



Complicanze ostetrico-ginecologiche a breve e lungo termine

Effetti indelebili anche sulla psiche



Il caso



- K.F.
- 20 anni
- Dal Mali (giunta in Italia a 36 sett. gest., non parla italiano)
- Primigravida a 39 sett. +2 gg
- Prodromi di travaglio



Anamnesi

- Nessuna visita prenatale e nessuna documentazione della gravidanza fino a 36 sett. gest.
- Sospetta patologia dell'arco aortico fetale, sospetto DIV subaortico
- MGF di II tipo (parziale)



Il travaglio di parto

- 29/9 alle h 7 ricovero in Ostetricia
- 22 ore di ricovero con contrazioni preparatorie
- 30/9 h 5.00 amniorexi
- Utilizzo della doccia
- Progressione del travaglio: regolare
- Marito in Sala Parto: molto presente, funge da mediatore



Il periodo espulsivo

- h 14.20 VO: dilatazione completa, pp cef tendente all'impegno. Inizio periodo espulsivo (utilizzo posizioni, massaggio e sgabello da parto)
- Alterazioni del tracciato cardiotocografico + sospetta patologia cardiaca: decisione per episiotomia
- Utilizzato marito come mediatore
- Anestesia locale ed episiotomia: reazione di terrore e chiusura totale



Il parto e il secondamento

- h 14.48 Parto spontaneo sullo sgabello da parto
- Neonato F 2725g, Apgar 9/10, 3 giri di funicolo stretti al collo
- 10 UI di Syntocinon i.m. al parto
- Episiorrafia + sutura lacerazione esiti di MGF: terrore
- Rifiutato il pelle a pelle e primo attacco al seno nel post-partum; neonata in osservazione al Nido



Puerperio e dimissione

- Dimessa con allattamento misto dopo una settimana (trattenuta per neonata)





PUNTI CRITICI





1. Vissuto psicologico dell'episiotomia e della sutura

- ✓ Evitare, se non necessario
- ✓ Importanza di spiegare le procedure alla donna, rassicurandola
- ✓ Importanza counselling in gravidanza e approccio multidisciplinare
- ✓ Utilizzare rispetto, tatto e delicatezza
- ✓ Utilizzo di anestesia





2. Difficoltà nella comunicazione

- ✓ “Il primo aspetto da curare nell’incontro tra paziente e professionista sanitario dovrebbe essere quello della comunicazione interpersonale” (Linee Guida Ministero della Salute, 9 marzo 2007): non solo parole, ma anche linguaggio non verbale. No atteggiamento giudicante

✓ Marito come mediatore?

- ✓ “Sarebbe opportuno avere la collaborazione di interpreti e mediatrici culturali, di solito meglio accettate dalle donne stesse, nel rispetto della loro cultura e tradizione” (Linee Guida Ministero della Salute, 9 marzo 2007)





3. “Da deinfibulare al parto”?

- ✓ Su referto del ps ostetrico riportato “da deinfibulare al parto”
- ✓ “La deinfibulazione andrebbe eseguita per le MGF di tipo III e per tutte quelle che occludono in qualche modo l’ostio vaginale” (Linee Guida Ministero della Salute, 9 Marzo 2007)
- ✓ Questione consenso
- ✓ Rimozione effetti MGF da un punto di vista fisico, ma non ripara i danni psicologici!





4. Formazione del personale e riconoscimento MGF

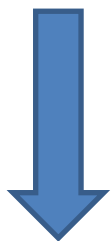
- ✓ MGF spesso non riconosciute
- ✓ Formazione fondamentale per rispondere ai bisogni delle donne
- ✓ Necessario personale specializzato per affrontare le situazioni a rischio
- ✓ Effetti sul rapporto medico-paziente: disteso e di fiducia, no reticenze, imbarazzi e curiosità





5. Tipi di MGF: una classificazione univoca?

Pluralità di forme!!!



Complessità della problematica, eterogeneità, frammentarietà





6. Ampiezza e caratteristiche del fenomeno

✓ No dati precisi, solo stime

✓ Consapevolezza dell'ampiezza e delle caratteristiche del fenomeno → migliore risposta ai bisogni delle donne, stesura di protocolli e linee guida interne → migliore qualità e appropriatezza dell'assistenza offerta e migliore capacità di gestire il fenomeno



Buone pratiche





1. Presa coscienza, riconoscimento, segnalazione

✓ **Le MGF esistono!**

✓ **Importante riconoscerle e segnalarle in cartella clinica**





2. Corsi di formazione

✓ Necessità di corsi di formazione ad hoc per tutti gli operatori, non solo dal punto di vista tecnico, ma anche culturale e relazionale (Legge 7/2006, art. 4)

✓ “Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei vari aspetti che coinvolgono le MGF, quali le caratteristiche etnico-geografiche della popolazione coinvolta, le basi sociali e culturali, al fine di poter attuare nel modo migliore sia la prevenzione che l’assistenza” (Linee Guida Ministero della Salute, 9 Marzo 2007)





3. Assistenza ostetrica

- ✓ Conoscere l'aspetto medico del problema
- ✓ Informarsi e cercare di capire il contesto, la persona e la sua realtà da immigrata
- ✓ Approccio multidisciplinare, non solo tecnico e monosettoriale
- ✓ Riconsiderare in modo critico le proprie pratiche e azioni e riadattarle e adeguarle alla situazione
- ✓ Atteggiamento non giudicante, ma rispettoso ed empatico: parole adeguate, attenzione alla comunicazione non verbale



- ✓ Importanza del counselling in gravidanza e del coinvolgimento del partner
- ✓ Importantissimo il DIALOGO (e relazione donna/ostetrica): tempo e più di una consultazione
- ✓ Importanza della prevenzione (Legge 7/2006, art. 3)
- ✓ Discutere gli aspetti medico-legali





4. Raccolta dati

- ✓ Importante per quantificare e valutare le caratteristiche del fenomeno in modo empirico
- ✓ Pianificare un sistema di raccolta dati sulle MGF all'interno dei servizi
- ✓ Attenzione a non stigmatizzare





5. Inviare a centri specializzati

- ✓ Importanza di collaborazione e rete con i servizi territoriali

- ✓ Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (Fi)





6. Multidisciplinarietà

Ricostruzione del clitoride e relativo percorso
(Dott.ssa Abdulcadir, Ginevra)



BIBLIOGRAFIA

- www.saperidoc.it
- www.fnco.it
- www.camera.it
- www.salute.gov.it
- Richardson S., “L’ostetrica e le mutilazioni genitali femminili” in Donna&Donna, n. 72, Marzo 2011
- United Nations – Economic and Social Council, “Ending female genital Mutilation, March 2012
- Ministero della Salute, “Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare un’attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche”, 2007



Grazie per l'attenzione...

