

XXXII Convegno di Medicina della Riproduzione

2017

ABANO

23-24 Febbraio
Hotel Alexander Palace

RIPRODUZIONE E SESSUALITÀ: SPECCHIO DI SALUTE GENERALE NELLA DONNA

Presidenti del convegno
Anna Maria Paoletti
Francesca Vasoin De Prosperi



siams
Società Italiana di Andrologia
e Medicina della Sessualità



FONDAZIONE
FORESTA
ONLUS
per la Ricerca Biomedica

XXXII Convegno di Medicina della Riproduzione

2017

ABANO

24-25 Febbraio
Centro Congressi Pietro d'Abano

Fertilità e Natalità: quale legame

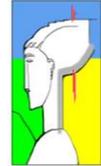
Presidenti del convegno
Carlo Foresta
Andrea Lenzi



siams
Società Italiana di Andrologia
e Medicina della Sessualità



FONDAZIONE
FORESTA
ONLUS
per la Ricerca Biomedica



PREVENZIONE E CONTRASTO DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI IN UNA SOCIETÀ MULTIETNICA: PERCORSI INTERISTITUZIONALI INTEGRATI IN PADOVA - NOSTRA ESPERIENZA 1980-2016.

Angelina Torrisi^{1,2}, Mariagrazia D'Aquino², Rosina Torrisi³, Antonella Agnello⁴, Milvia Boselli⁵, Andrea Garolla⁶, Loris Marin¹, Francesca Vasoin⁷, Lucia Mussolin Merigliano⁸, Giovanni Battista Nardelli¹

¹Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino Clinica Ginecologica e Ostetrica, ²Azienda ULSS n.16 Padova, ³Liceo Artistico Statale "Amedeo Modigliani" Padova, ⁴Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova, ⁵Consigliera comunale con delega alle Pari Opportunità, Padova, ⁶Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Medicina e Servizio per la Patologia della Riproduzione Umana, ⁷Ginecologa Volontaria della Croce Rossa Italiana, ⁸Volontaria della Croce Rossa Italiana

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che tra **100 e 140 milioni di donne** abbiano subito **Mutilazioni Genitali Femminili**¹ (MGF) e che le **bambine** sottoposte ogni anno a tali pratiche siano circa **3 milioni**. La pratica delle MGF è documentata in 28 Paesi africani ma anche nello Yemen, India, Indonesia, Malesia, Iraq ed Emirati Arabi, in alcuni Paesi le donne sottoposte a MGF superano il 90% (Somalia e Guinea). L'emigrazione dall'Africa verso i Paesi industrializzati ha portato alla diffusione delle MGF anche in altri Continenti. Anche se è difficile risalire alle loro origini, sappiamo che si tratta di una pratica molto antica, già in uso nell'antico Egitto, da dove sarebbe approdata nei territori dell'Impero Romano. La parola "infibulazione" deriva dal latino fibula (spilla), usata per controllare la sessualità delle schiave. Di MGF ne parla Erodoto come di una pratica conosciuta tra i Fenici, gli Ittiti, gli Etiopi, gli Egiziani.

La clitoridectomia non è totalmente estranea ai Paesi occidentali, in Inghilterra e in America veniva eseguita nella seconda metà del XIX° secolo. Si sosteneva che la clitoridectomia fosse necessaria per curare le "aberrazioni" sessuali quali la "ninfomania" e anche per prevenire tutti i tipi di malattie e di disordini emotivi, come isteria, masturbazione e altri comportamenti "non conformi". Secondo la classificazione dell'OMS, le **MGF** vengono suddivise in **quattro tipi** in base alle porzioni dei genitali che vengono asportate e modificate e alle modalità di esecuzione della pratica **I tipo**: circoncisione, resezione del prepuzio clitorideo con o senza l'escissione di parte o dell'intero clitoride; **II tipo**: escissione, resezione del prepuzio e del clitoride insieme alla rimozione parziale o



Gloria Franchin
Liceo Artistico "A. Modigliani"

totale delle piccole labbra; **III tipo**: infibulazione o circoncisione faraonica, forma di mutilazione genitale tipica dei paesi del Corno d’Africa che consiste nell’escissione parziale o totale dei genitali esterni. I due lati della vulva vengono poi cuciti con una sutura o con spine, riducendo in tal modo la dimensione dell’orifizio vaginale; **IV tipo**: include varie pratiche quali piercing, incisione del clitoride e/o delle labbra, allungamento del clitoride e/o delle piccole labbra, (per lo più in Indonesia e Malesia). L’uso del termine MGF non è patrimonio condiviso dalla maggior parte delle popolazioni africane che praticano una qualche forma di MGF¹. Le espressioni usate nelle lingue locali africane si riferiscono piuttosto ad altri concetti, quali purezza/purificazione in senso religioso, pulizia nel senso di igiene, il taglio/l’atto del tagliare, il cucire/ridurre. Le **complicanze a breve termine** e a **lungo termine** delle **MGF**: emorragie più o meno gravi, dolore severo provocato dal trauma, ritenzione urinaria, iperpiressia, shock neurogeno, lussazione e fratture alla clavicola e/o al femore; infezioni delle vie urinarie, disuria, dispareunia, disfunzioni sessuali, malattie infettive, fistole vescico-vaginali e vagino-rettali, dismenorrea e cheloidi, disturbi psichici. Le **complicanze ostetriche**: ostacolo alla sorveglianza ostetrica in travaglio di parto e alla progressione fetale, ipossia fetale, PROM, parti pretermine, aumento delle lacerazioni perineali, emorragia post-partum, sepsi.

La **Commissione dei Diritti Umani** sollevò per prima il problema delle MGF nel **1952**, ma solo nel **1984** l’ONU creò un comitato interafricano contro le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute delle donne e dei bambini. Il primo **gruppo di lavoro contro le MGF** venne costituito nel **1977** da **20 Organizzazioni Non Governative** aventi status consultivo per l’ONU. In Europa, l’attenzione verso le MGF emerge agli inizi degli **anni ‘70** fino a concretizzarsi nel **1980** con l’apertura della **Conferenza di Copenaghen** sulla donna. A testimonianza che le MGF non sono una tradizione della religione e della cultura islamica, significativa e importante è la **Dichiarazione di Rabat del 2005**, che invita tutti gli Stati musulmani a “prendere le necessarie misure per eliminare tutte le forme di discriminazione nei confronti delle ragazze e tutte le pratiche tradizionali nocive come le MGF”, sottolineando che queste pratiche sono contro i precetti e le tradizioni dell’Islam.

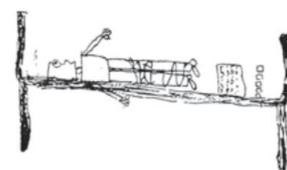
Nella nostra attività consultoriale presso il Consultorio Familiare situato nella zona centrale di Padova (**Consultorio Familiare Padova-Centro**, dott.ssa Angelina Torrisi, dott. Adolfo Zancan), abbiamo riscontrato negli anni ‘80 un accesso di giovani donne africane di età compresa tra i 20 e i 35 anni prevalentemente di nazionalità Somala. Erano venute in Italia per motivi di studio o per lavoro. Le motivazioni per i controlli ginecologici prevalenti erano: assistenza alla gravidanza, vaginiti, algomenorrea, dispareunia, cistiti ricorrenti ed in alcuni casi anche ematocolpo ed ematometra. Alle gravide infibulate si consigliava la deinfibulazione intorno alla 12° settimana gestazionale per permettere le visite ostetriche. In Clinica Ginecologia e Ostetrica Università degli

Studi di Padova, si effettuava la deinfibulazione a lama fredda. Dopo l'intervento si raccomandava massima igiene e una manovra giornaliera di divaricazione dei lembi, per impedire che si richiudessero, con creme anestetiche e antibiotiche. Se la donna non era stata deinfibulata si procedeva alla deinfibulazione in sala parto durante il periodo espulsivo e a episiotomia medio-laterale. In collaborazione con i Colleghi ginecologi e le Ostetriche si cercava di creare un efficace dialogo con la donna e anche con il partner per convincere la coppia a evitare la re-infibulazione dopo il parto (reinfibulazione proibita in Italia). La donna poi tornava in Consultorio per i successivi controlli, la contraccezione e la prevenzione oncologica seguita sempre dalla stessa ginecologa, migliorando così la compliance e la fidelizzazione. Durante la visita ginecologica non si è mai usato il termine mutilazione genitale né quello di sunna (termine che significa "costume" "codice di comportamento"). Si è posta particolare attenzione alla sfera emotiva della donna con una prossemica adeguata, un approccio empatico, non giudicante, tenendo anche presente il significato culturale che hanno le MGF nei paesi d'origine, non sottovalutando l'aspetto antropopoietico, il corpo come veicolo dell'identità sociale ed individuale. Si cercava di instaurare un clima di fiducia, di rispetto reciproco e di collaborazione con la donna e con la coppia, in particolare con le donne in gravidanza, periodo in cui i contenuti antichi del passaggio identitario della donna possono riemergere. Negli anni '80 presso il Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università di Padova è stato attivato un gruppo di lavoro sulle **MGF e l'immigrazione**². Numerosi studi socio-antropologici ed epidemiologici hanno analizzato vari aspetti del fenomeno, di notevole rilevanza quelli dell'antropologa Pia Grassivaro Gallo. Dall'analisi dei disegni effettuati da bambine somale aveva rilevato come, sul piano inconscio, emergevano gli aspetti emotivi traumatici, negati nelle razionalizzazioni che ne enfatizzano invece i vantaggi sociali³. In Italia con l'approvazione della Legge 9 Gennaio 2006 n. 7, praticare MGF è un reato. La Legge si caratterizza per il suo duplice carattere di provvedimento repressivo della illegalità e della violenza contro i diritti umani di ogni donna e di strumento formativo per le donne e le famiglie immigrate nel nostro Paese. Con l'intensificarsi dei flussi migratori l'Azienda ULSS n 16 di Padova, per le donne immigrate irregolari - Straniere Temporaneamente Presenti (STP), ha attivato **nel 2004 l'Ambulatorio Multietnico di Ginecologia e Ostetricia** per meglio attuare interventi sia in ambito preventivo che diagnostico-terapeutico, ricercando percorsi assistenziali integrati tra i **Servizi socio-sanitari**

La circoncisione femminile nei disegni delle bambine



12 anni



11 anni



Non circoncisa

Confronto tra la rappresentazione grafica di una donna circoncisa e di una non circoncisa

Territoriali e quelli dell'**Azienda Ospedaliera**, nell'ottica della tutela della salute del singolo che diventa protezione della collettività⁴.

L'obiettivo prioritario dell'Ambulatorio Multietnico è quello di individuare un'efficace sistema di integrazione tra Servizi Territoriali ed Ospedalieri in grado di prefigurare percorsi assistenziali efficienti ed appropriati per le donne extracomunitarie irregolari e per i minori, evitando l'accesso inappropriato al Pronto Soccorso. Le donne immigrate irregolari sono state seguite da due ginecologhe, la dott.ssa Angelina Torrisi e la dott.ssa Donatella Drago.⁵ In collaborazione con i Ginecologi e le Ostetriche della Clinica Ginecologica e Ostetrica abbiamo posto particolare attenzione alle condizioni in cui le donne immigrate vivono la gravidanza e il parto, in quanto la tutela della salute della donna e del bambino rappresentano momenti cardine per garantire dignità e sicurezza all'atto di divenire madre anche nelle situazioni culturali più diverse e nelle condizioni socio-economiche più svantaggiate. Nell'Ambulatorio Multietnico sono seguite anche le donne richiedenti asilo provenienti dai CARA regionali (Centri di Accoglienza Richiedenti Asilo). Per realizzare attività di prevenzione, assistenza, riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a MGF, la **Regione del Veneto** ha approvato, con **DGR 4317 del 29/12/2009**, il programma di formazione per operatori socio sanitari sulle pratiche di MGF. Tale problematica, per le implicazioni e la complessità che essa comporta, richiede di potenziare il lavoro multiprofessionale nelle strutture territoriali coinvolte, nei percorsi materno-infantili (Consultori Familiari, Corsi di accompagnamento alla nascita, Ginecologi e Pediatri) e di favorire il coinvolgimento delle comunità immigrate. Ribadiamo che un'efficace prevenzione e contrasto delle MGF richiede programmi comprensivi e multisettoriali, basati sui diritti umani e sull'approccio di genere, che coinvolgano le comunità nel rispetto della loro sensibilità culturale per contrastare una pratica radicata nelle dinamiche sociali tradizionali⁶. Con il dialogo, il confronto, il rispetto delle differenze, l'inclusione, si può avviare un progetto di ricerca e azione basato sull'**empowerment delle comunità dei migranti** e sul **ruolo importante delle donne** come agenti per il cambiamento. È fondamentale quindi per una efficace prevenzione e contrasto delle MGF in una società multietnica una **Rete** interistituzionale tra **Servizi socio-sanitari territoriali, Ospedale, Scuola, Comune, Volontariato, Servizi educativi, Associazioni** che operano nel settore e **Comunità straniere,**



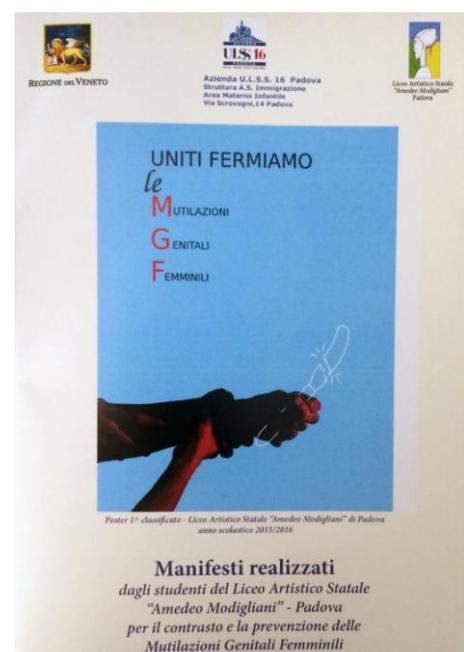
Chiara Carpanese - Carola Pagnin
Liceo Artistico "A. Modigliani"

abbandonando un'ottica esclusivamente clinico-assistenziale, da sola poco risolutiva, per affrontare gli aspetti socio-culturali del fenomeno nella sua complessità. Risulta sempre più importante quindi favorire la **resilienza** delle donne e attraverso il “dialogo”, il sommo bene per Socrate, supportarle nel processo di consapevolezza e di potenziamento delle proprie risorse. “Le parole sono ponti, strutture che uniscono universi differenti, strumenti attraverso cui possiamo comunicare e, comunicando, imparare il rispetto per gli altri. Mai come oggi **c'è bisogno di parole e di ponti**”, afferma Serra Yilmaz. **Il 6 Febbraio** è la “**Giornata Mondiale contro le MGF**”, dedicata dall'ONU alla lotta contro le MGF per diffondere consapevolezza su una pratica tradizionale che, a tutt'oggi, viola i diritti umani di donne e bambine.

IL RUOLO DELLA SCUOLA NELLA PREVENZIONE E IL CONTRASTO DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

La Regione del Veneto nel Decreto n. 245 del 30/12/2014 ha previsto un programma attuativo relativo al “Sistema di interventi da sviluppare per la sensibilizzazione e il contrasto delle **Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)** in collaborazione interistituzionale tra i **Servizi socio-sanitari e la Scuola**”. Per la realizzazione del progetto sulle MGF la dott.ssa Mariagrazia D'Aquino, Responsabile Struttura A.S. Immigrazione/Referente Area Materno – Infantile, Azienda ULSS n. 16, ha affidato al Liceo Artistico “Amedeo Modigliani” di Padova, Dirigente Scolastico Prof. Roberto Borile, l'ideazione e la realizzazione di materiale divulgativo – promozionale per la prevenzione e il contrasto delle MGF.

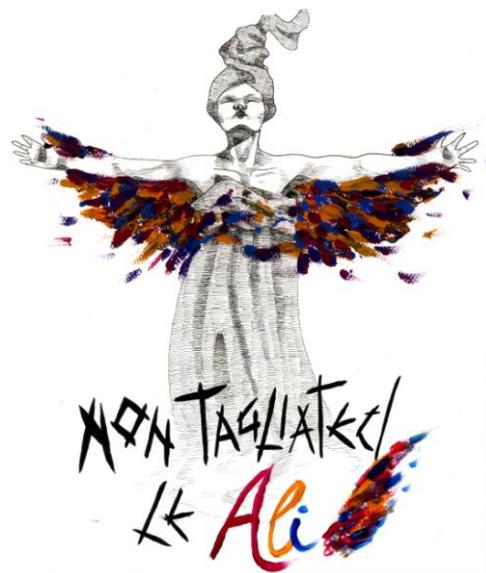
Gli studenti del Liceo (classe 2[^]D, 4[^]D e 5[^]D), coordinati dalla prof.ssa Rosina Torrisi, docente di Storia dell'Arte, in collaborazione con i professori Marisa Nardo e Bruno Lorini di Discipline Pittoriche, hanno realizzato **manifesti** e un **video** contro le MGF. Alla conoscenza delle MGF e dei contesti socio-culturali in cui si praticano ha contribuito la lettura di brani letterari, l'analisi di immagini prodotte dalle più importanti associazioni che si battono contro le MGF. Le studentesse e gli studenti si sono più volte interrogati sulla pratica brutale delle MGF, sull'alto numero di donne, tra 100 e 140 milioni, che nel mondo convivono con una mutilazione genitale, sul concetto di tradizione e le sue trasformazioni nel tempo, per approdare all'elaborazione e alla realizzazione dei manifesti e del video.



Il progetto ha avuto carattere multidisciplinare e laboratoriale, ha messo in relazione diversi strumenti d'indagine in uno spirito di proficua collaborazione e di condivisione di idee. Sono state realizzate diverse tipologie di manifesti: dai più evocativi a quelli più simbolici, mentre l'ideazione del video ha seguito diverse fasi: la stesura di un breve racconto, la scrittura della sceneggiatura, la realizzazione dello storyboard, la ripresa e il montaggio. A conclusione del progetto, **la Regione Veneto** ha scelto come **manifesto** del Corso di Formazione "Prevenzione e contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili 2016" il poster dal titolo "**Uniti fermiamo le Mutilazioni Genitali Femminili**" di Gloria Franchin.

Per tutti è stata un'occasione di confronto e di crescita, supportata dall'interesse e dalla partecipazione degli studenti.

Riteniamo che nell'ambito della collaborazione interistituzionale con i **Servizi socio-sanitari** territoriali, la **Scuola** possa svolgere un ruolo importante di promozione di azioni di sensibilizzazione e di conoscenza delle MGF. Il suo ruolo può essere esteso anche alla prevenzione e al contrasto del fenomeno attraverso l'individuazione di eventuali situazioni a rischio di MGF per le alunne immigrate e alla sensibilizzazione delle famiglie per indurle ad abbandonare una pratica pericolosa per la salute fisica e psichica delle proprie figlie. Una storia emblematica per l'emancipazione delle donne in Africa è quella di Nice Nailantei Leng'ete, giovane donna Maasai diventata una figura di riferimento per le donne africane nella lotta contro le MGF. Rimasta orfana a otto anni riuscì a salvarsi per ben due volte dal "taglio", fuggendo da casa. "Durante la circoncisione, le bambine Maasai devono stare zitte e ferme sulla pietra, senza muovere neppure gli occhi, altrimenti nessuno le sposerà" racconta Nice. In una tribù dominata da uomini, volle continuare a studiare e riuscì, non senza difficoltà, a sensibilizzare gli anziani della tribù e i giovani guerrieri maschi, i Moran, sui pericolosi effetti delle MGF riuscendo a introdurre riti di passaggio alternativi



Denise Biasiolo
Liceo Artistico "A. Modigliani"



Alessia Lorenzi
Liceo Artistico "A. Modigliani"

all'infibulazione. Nice, ora venticinquenne, è diventata educatrice di comunità ed è ormai prossima alla laurea in Management sanitario. Nel 2014 ospite negli Stati Uniti del Clinton Global Initiative affermava "Nel mio futuro mi vedo impegnata a garantire a tutte le ragazze il diritto allo studio, affinché abbiano l'educazione necessaria a diventare ciò che sognano di diventare".

PREVENZIONE E CONTRASTO DELLE MGF: MULTICULTURALISMO E ASPETTI ETICO-DEONTOLOGICI

Il valore fondamentale attorno a cui si è costruita l'etica medica è stato, fino in epoca recente, quello di fare il bene del paziente (beneficenza). Negli ultimi decenni, la domanda che caratterizza questo principio e che il medico si pone è: quale trattamento fa il bene del paziente e lo rispetta nei suoi valori e nella libertà delle sue scelte? Se in una società monoetnica questo è già difficile, ancora più difficile appare l'opera del medico quando la sua consulenza si interfaccia con modi di porsi, credenze, abitudini sociali che differenziano la condizione dell'immigrato da quella del cittadino integrato nella nostra comunità. In una **società multietnica le MGF** rappresentano un fenomeno drammatico e complesso sia sul piano sanitario che sociale, determinante è il ruolo e l'attività degli Operatori Sanitari per la prevenzione e contrasto delle MGF. L'**UNESCO**, nella sua dichiarazione su "**Identità, diversità e pluralismo**", definisce le diversità culturali patrimonio comune dell'umanità e ritiene il pluralismo culturale indissociabile dalla democrazia, considerando la difesa della diversità culturale un imperativo etico inseparabile dal rispetto per la dignità umana. Come si può ben capire, le difficoltà che il medico incontra sono estremamente gravose, perché non si tratta solo di avere massimo rispetto dell'essere umano, indipendentemente dall'appartenenza culturale o etnica.

Nel **2007 nel Manifesto di Padova sul multiculturalismo e sanità** come **Ordine dei Medici** affermavamo: Dovere del medico è il riconoscimento della diversità delle specificità culturali di ciascun paziente adattando ogni singolo intervento sanitario agli specifici bisogni, culturalmente con notati privilegiando il dialogo per conciliare libertà comune e appartenenza specifica; tutto ciò con la finalità di garantire uguaglianza dei diritti a chi è differente. Il principio generale bioetico è individuabile nella **tutela della salute**, dove **la salute va riconosciuta come valore primario e diritto universale**: è il bene inalienabile affermato da dichiarazioni, convenzioni, patti e documenti internazionali e dalla stessa Costituzione italiana. Nel confronto con gli immigrati si evidenziano però alcune differenze sia sul piano etico-filosofico-culturale che sul piano dei comportamenti inerenti a usi, costumi e tradizioni che mettono alla prova la consistenza dei principi di uguaglianza e di diversità. **Le MGF** rappresentano una **grave violazione dell'integrità fisica, psichica e morale** delle donne, una grave violazione di uno dei diritti umani fondamentali che è il diritto alla salute. Le culture d'origine rivestono una considerevole importanza nel guidare e condizionare le

condotte individuali e collettive, al pari delle religioni, delle richieste di cure, della disponibilità a determinate terapie. Dinanzi a tali esigenze i medici si trovano non di rado in difficoltà nell'applicare i principi che guidano la prassi sanitaria nel mondo occidentale e i problemi aumentano quando si tratta di affrontare questioni bioetiche: basti pensare allo statuto dell'embrione nelle religioni monoteiste. Ad esempio nella morale cattolica l'embrione è persona fin dal suo concepimento; nella dottrina ebraica l'essere vivente consegue capacità giuridica al momento della nascita. L'immigrazione costituisce un fenomeno sociale che va sempre più acquisendo una configurazione rilevante, permanente e strutturale, caratterizzando anche la realtà italiana di questi ultimi anni, e la professione medica è chiamata in causa per diversi aspetti : sul piano bioetico , sul piano professionale –conoscitivo- relazionale , sul piano formativo e della qualità dell'assistenza. Per il superamento delle problematiche è fondamentale dunque la formazione dei medici e in particolare dei giovani medici. Dal **Manifesto di Padova**: La formazione del medico deve essere improntata al superamento delle concezioni dogmatiche e riduttive in medicina.

Il medico in formazione deve acquisire nozioni di ordine psicologico, antropologico, etnologico e le conoscenze relative alle concezioni di vita e della morte, della salute e della malattia che gli permettono un efficace dialogo con il paziente. Tutto ciò è particolarmente rilevante in una società multietnica, in particolare nella prevenzione e contrasto delle MGF.

PREVENZIONE E CONTRASTO DELLE MGF: TRATTATI INTERNAZIONALI E NORMATIVA NAZIONALE

Le **Mutilazioni Genitali femminili** (MGF) costituiscono una gravissima violazione dei diritti umani a danno di milioni di donne e bambine in tutto il mondo. Si tratta di un fenomeno drammatico e complesso, di grande rilevanza sul piano sanitario e sociale e di enormi proporzioni, presente sia nelle aree urbane sia in quelle rurali di ventotto Paesi dell'Africa e, negli ultimi anni, con il crescere dell'immigrazione, anche in altri Paesi, compresa l'Italia. Secondo l'OMS, sono 140 milioni le donne sottoposte a escissione o infibulazione, 500 mila quelle residenti nell'UE e 35mila in Italia. **La lotta per l'eliminazione di questa pratica**, dalle origini secolari, ha una lunga storia. **Inizia, a livello internazionale, nel 1952**, su impulso delle organizzazioni che si battono per l'affermazione dei diritti umani, quando la Commissione sui Diritti Umani delle Nazioni Unite deliberò di "intraprendere uno studio sulla persistenza dei costumi tradizionali che sottopongono le giovani donne a operazioni rituali per porre fine a tali pratiche". In seguito alla **Prima Conferenza Mondiale sulla condizione delle donne**, organizzata dall'ONU a **Città del Messico nel 1975**, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite approvò, nel 1979, la Convenzione Internazionale contro ogni forma di discriminazione verso le donne

(CEDAW). Di grande importanza nella lotta contro le MGF la **Terza Conferenza Mondiale sulla condizione delle donne**, tenutasi a **Nairobi nel 1985**, che riconobbe il grave danno arrecato dalle pratiche tradizionali alla salute delle donne e che approvò un piano strategico per potenziare le attività del Comitato Interafricano per il superamento di tali pratiche, pregiudizievoli per la salute delle donne e dei bambini. Ma è solo **negli anni '90** che le **MGF** vengono dichiarate una grave violazione dei diritti delle donne e delle bambine con l'approvazione, da parte dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, della **Dichiarazione** sulla eliminazione della violenza contro le donne (1993) e dalla Conferenza Mondiale sui diritti umani a Vienna (1995). Nel **2003**, nel quadro della Campagna Stop MGF, fu approvata la Dichiarazione **del Cairo per l'eliminazione delle MGF** che impegnava 28 Paesi africani e arabi, con la collaborazione delle Ong e delle Organizzazioni Internazionali, a integrare e coordinare le rispettive legislazioni relative alle politiche sociali e sanitarie e istituire programmi di aiuto e cooperazione tra gli Stati firmatari per la lotta alle MGF. Successivamente, nel **dicembre 2012**, l'**ONU** approvò una Risoluzione contenente un divieto globale nei riguardi delle mutilazioni genitali femminili in tutte le diverse forme in cui essa può realizzarsi. Anche l'Unione Europea si è interessata al fenomeno delle MGF, quando i flussi migratori, che hanno interessato i suoi Stati membri, lo hanno fatto emergere. La posizione dell'Unione Europea (Risoluzioni del Parlamento Europeo del 24 marzo 2009 e del 14 giugno 2012) è stata di severa condanna contro ogni tipo di rito, anche simbolico. Viene adottato il **programma DAPHNE** (Developing National Plans of Action to Eliminate FGM in UE), con lo scopo di sostenere gli Stati membri ad adottare piani di azione nazionale per l'eliminazione delle MGF, coinvolgendo tutti gli attori coinvolti nel fenomeno a livello nazionale. **Nel 2011**, Il Consiglio d'Europa approvò la **Convenzione di Istanbul** sulla lotta e la prevenzione contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, ratificata dal Parlamento Italiano con la legge 27 giugno 2013, n.77. All'art. 38, le MGF sono perseguite penalmente. In Italia, fino all'approvazione della **legge 9 gennaio 2006**, n.7, i riferimenti normativi per la lotta contro le MGF, sono stati l'art.32 della Costituzione (tutela salute), gli artt. 582 e 583 (norme penali in materia di lesioni personali) e l'art. 572 (abusi e maltrattamenti nei confronti di minori) del Codice Penale. Con **la legge n.7 del 2006**, recante "Disposizione concernenti il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", si è introdotto il reato di "pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili. Per la prevenzione, la legge n.7, all'art.3, prevede una serie di campagne informative, iniziative di sensibilizzazione e l'istituzione del numero verde. In attuazione della legge nazionale, **la Regione del Veneto** ha approvato, con **DGR n.4317 del 29/12/2009**, il programma di formazione per operatori socio sanitari sulle pratiche di mutilazione genitali femminili, con l'obiettivo di promuoverne la conoscenza dal punto di vista dei diritti umani, della identità di genere, della salute e delle normative di riferimento nonché degli strumenti a

disposizione degli operatori per contrastare tali pratiche, incluse le linee guida nazionali emanate dal Ministero della Salute nel 2008.

A Padova, il Comune di Padova, l'Università, la Provincia di Padova, la Commissione Pari Opportunità e il Progetto Immigrazione del Comune di Padova, l'Azienda ULSS 16, l'Azienda Ospedaliera e il Mondo Associativo (AIDOS, ADUSU, Federazione delle Donne per la Pace, AVO, Psicologi Senza Frontiere onlus) hanno promosso molte importanti iniziative di informazione e sensibilizzazione. Ne ricordo alcune tra le più significative: “**MGF e diritti umani nelle comunità migranti**” (2009), “**MGF: percorsi di abbandono della pratica in Africa e in Italia**” (2010), “**Culture diverse in ospedale**” (2011), **Progetto “Speak Out!- Empowerment delle donne migranti, rifugiate e appartenenti a minoranze etniche contro la violenza di genere in Europa”** nell'ambito del Programma Daphne III della Commissione Europea (2011), “**Strada facendo: iniziative di sensibilizzazione per prevenire le mutilazioni dei genitali femminili**”(2012) “**Vincere l'infibulazione si può**” (2012). Occorre continuare questo **lavoro di rete** per aprire uno spazio d'informazione e dialogo con le donne e le comunità che vengono da Paesi in cui la pratica è la norma, favorendo l'empowerment delle donne e delle ragazze.

LA PREVENZIONE ANDROLOGICA NELLE SCUOLE IN UNA SOCIETA' MULTIETNICA

La **Società Italiana di Andrologia (SIA)** e l'**Associazione Italiana per il Diritto alla Salute Sessuale (AIDASS)** continuano a sottolineare l'importanza della prevenzione andrologica nei giovani dai 14 ai 20 anni. Questo perché le anomalie e le patologie dell'apparato genitale negli adolescenti e nel giovane adulto, per motivi storici e culturali, spesso vengono diagnosticate tardivamente. Il problema del ritardo diagnostico è ulteriormente aumentato in Italia a seguito dell'abolizione della leva militare obbligatoria, occasione in cui i giovani erano sottoposti a una visita medica che riguardava anche i genitali. Dal 2004 la **Fondazione Foresta Onlus** propone agli studenti dell'ultimo anno delle scuole superiori un programma di prevenzione andrologica per illustrare i fattori di rischio delle patologie andrologiche riguardanti la prevenzione oncologica, la fertilità, la riproduzione. Vengono anche prese in considerazione le problematiche sessuali, la contraccezione e le MST. Dai dati epidemiologici nazionali si rileva che in Italia ● un maschio su 3 è a rischio di



infertilità • il 10-15% della popolazione in età riproduttiva (13-55 anni) presenta fattori di rischio per l'apparato riproduttivo • il 20% delle coppie stabili ha difficoltà a concepire • il 50% delle coppie infertili presenta problematiche di origine maschile. Il progetto prevede l'incontro assembleare di circa 1 ora per un approfondimento collegiale delle tematiche, seguito dalla somministrazione di un questionario per raccogliere informazioni sugli stili di vita. La Fondazione propone inoltre ai giovani, su base volontaria, un approfondimento clinico da prenotare attraverso il numero verde **800.122.123**. Dall'analisi dei dati si evidenzia una scarsa cultura di prevenzione andrologica, una limitata informazione sulla sessualità e sulle MST. Dai colloqui è emerso che l'informazione è affidata spesso ad Internet, non sempre fonte attendibile, spesso fuorviante. Il 90% dei giovani utilizza Internet anche per collegarsi a siti pornografici e il 45% naviga in tali siti almeno una volta a settimana con una permanenza media di 16 minuti a sessione. L'abitudine alla frequentazione di siti web pornografici ha una rilevante influenza sul desiderio sessuale dei giovani italiani, nel 25% dei frequentatori ha determinato comportamenti sessuali negativi ed il 3% dei ragazzi riconosce di avere una dipendenza verso l'utilizzo di tali siti. Si rileva negli ultimi anni un notevole aumento del bullismo e del cyberbullismo, l'abitudine di "dialogare" virtualmente spesso non coincide con la prudenza. Il **7 febbraio 2017** si è celebrata la prima **Giornata Nazionale contro il Bullismo e il Cyberbullismo a Scuola**. Un'iniziativa lanciata dal **Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca** nell'ambito del Piano nazionale per la prevenzione degli abusi tra i giovanissimi. L'evento è collegato al **Safer Internet Day 2017 (#SID2017)**, la **Giornata Mondiale per la Sicurezza in Rete** istituita e promossa dalla **Commissione Europea** che, giunta alla sua XIV edizione, quest'anno si celebra in contemporanea in oltre 100 Paesi per far riflettere le ragazze e i ragazzi non solo sull'uso consapevole della Rete, ma anche sul ruolo attivo e responsabile di ciascuna e ciascuno nella realizzazione di Internet come luogo positivo e sicuro. La dipendenza compulsiva dalla rete (**Internet Addiction Disorder**) può provocare danni al cervello come altre dipendenze (alcol, droghe quali cocaina e cannabis). Lo scarso desiderio sessuale e l'eiaculazione precoce sono tra le problematiche a maggiore incidenza lamentata dai giovani, soprattutto se questi utilizzano droghe leggere a scopo ricreativo. Dagli esami andrologici sono state diagnosticate neoplasie testicolari (6 casi dal 2004 al 2013), varicocele (29.4% degli arruolati dal 2004 al 2013). Statisticamente si rileva che il 50% della popolazione maschile e femminile sessualmente attiva contrae l'infezione da HPV in qualche momento della vita. Sottolineiamo che la prevenzione non va intesa come un episodio sporadico, ma deve diventare un concetto culturale radicato nei comportamenti abituali di giovani,



“Domande?”

adulti e anziani. E' iniziata a Padova una collaborazione "Andrologo e Ginecologo a Scuola" nelle scuole per meglio informare e attuare così una prevenzione primaria sia per le ragazze che per i ragazzi. Con il loro coinvolgimento abbiamo anche affrontato il tema delle MGF e della Circoncisione Rituale Maschile (CRM) realizzando un confronto proficuo su un tema sensibile e di attualità in una società multi-etnica. Riteniamo sempre più importante e attuale la contemporanea presenza di Andrologo e Ginecologo nelle scuole per riuscire ad affrontare le problematiche di coppia, in particolare contraccezione, MST, rispetto di genere. È fondamentale "dialogare" con i ragazzi perché come afferma Vittorino Andreoli "Occorre che tutti ritornino a pensieri nuovi, adeguati al tempo e alla storia, occorre che tutti i pensieri attivino i pensieri"... "vengono alla mente i **Dialoghi** di Platone: uno stare insieme attorno ai pensieri, non agli oggetti. La capacità di pensare è tuttora (anche in epoca digitale) la ricchezza più grande e la prima qualità di ogni essere umano. Quella che distingue l'essere umano dal robot".

**Andrologo
e
Ginecologo
a Scuola**

"Pari Opportunità"

LA CROCE ROSSA ITALIANA E LA SALUTE DELLE DONNE IN UNA SOCIETA' MULTIETNICA

La Croce Rossa Italiana, Ente di diritto pubblico non economico con prerogative di carattere internazionale, avente come scopo l'assistenza sanitaria e sociale, ha istituito dei Centri di assistenza per le donne immigrate e per le richiedenti asilo a seguito dell'aumentare dei flussi migratori. La Federazione Internazionale della Società di Croce Rossa e la Croce Rossa Italiana forniscono, nell'ambito dei compiti istituzionali, lo studio e la realizzazione di obiettivi strategici ben definiti, in particolare per i soggetti più deboli. L'analisi delle necessità di popolazioni immigrate e non, mette sempre più in evidenza in questi ultimi anni varie forme di vulnerabilità. Due sono i principi ispiratori di **CRI**: **prevenire** e **alleviare** la sofferenza umana e promuovere la **cultura della non violenza**. In quest'ottica si inserisce il Ruolo dei **Medici Volontari** della Croce Rossa, tra i quali la figura del ginecologo gioca un ruolo importante. Negli ultimi anni abbiamo assistito a un aumento dei flussi migratori che hanno visto il Veneto una delle regioni maggiormente interessate. Per ciò che attiene ai riflessi in ambito ginecologico-ostetrico, si è osservato un aumento del tasso di natalità da madri straniere. Alta è quindi la richiesta e l'utilizzo dei Servizi Sanitari, nonché di prestazioni mediche da parte della popolazione immigrata che presenta nuove richieste tanto da poter parlare di una vera e propria "*medicina delle immigrazioni*". È quindi importante considerare e comprendere gli aspetti culturali e psico-sociali che stanno alla

base dello stato di salute del migrante per migliorare la compliance. Nel panorama delle migrazioni attuali la scelta dell'immigrazione non è solo motivata dai cosiddetti fattori d'attrazione del Paese di destinazione, ma è fortemente accompagnata da fattori di espulsione del Paese di partenza (guerre, crisi socio-economiche, devastazioni ambientali), aggravati da situazioni di disagio durante gli spostamenti (viaggi in condizioni disumane in assenza di condizioni igieniche minime, traffico di persone) e al momento dell'arrivo (mancanza di sistemazione, reddito e supporto). Attivando una vasta **Rete** di servizi ambulatoriali, il mondo del volontariato ha cercato di rispondere ai bisogni di salute dei soggetti più deboli. Così, diversi organismi del privato sociale gestiscono attualmente ambulatori di medicina generale e specialistica (CARITAS, CRI, Comunità di S. Egidio et al.). È stato realizzato a Padova nel 2003 un Ambulatorio Ginecologico-Ostetrico inserito in un progetto più ampio di Ambulatorio Multidisciplinare-Multispecialistico a titolo gratuito, sostenuto dal personale volontario sanitario e non, di Croce Rossa e da Medici volontari. Sono sempre presenti almeno due medici specialisti: Medici Internisti, Chirurghi, Pediatri, Ginecologi, Endocrinologi, Cardiologi, Odontoiatri, secondo un calendario predeterminato. Ciò permette di rispondere al meglio alle necessità sanitarie delle persone che si rivolgono al Poliambulatorio. L'utenza è per lo più composta da immigrati irregolari di varie etnie, anche se in questi ultimi anni si è osservata una richiesta di accesso anche da parte di persone italiane. Per quanto riguarda l'Ambulatorio Ginecologico Ostetrico, vengono seguite prevalentemente donne immigrate irregolari di varie etnie e le richiedenti asilo provenienti dai CARA regionali. L'ambulatorio ginecologico registra un andamento costante di crescita, l'utenza è maggiormente rappresentata da donne tra i 18 e i 54 anni, con prevalenza di donne in età fertile. Negli anni l'accesso è decisamente cambiato: dall'epoca dell'"Osservatorio" di via Anelli in Padova con donne provenienti soprattutto dalla Nigeria, Marocco, Tunisia di età compresa tra i 20 e i 35 anni, si è passati al grande esodo dell'Est Europa, il cosiddetto "effetto badanti", con nazionalità a prevalenza moldava, rumena, ex Jugoslavia, russa, con un'età compresa tra i 30 e i 54 anni. La recente crisi economica ha registrato un nuovo trend: un aumento di accessi di nostre connazionali in stato di indigenza e quindi in difficoltà nell'affrontare anche solo il pagamento del ticket. Il fenomeno migratorio vede presenti nel nostro territorio anche donne provenienti dal Corno d'Africa dove le MGF sono praticate. I **Medici Volontari** della Croce Rossa possono avere un ruolo importante per la **prevenzione e contrasto delle MGF** per evitare che bambine e ragazze vengano private della loro integrità e dignità di persone. Gli effetti fisici e psicologici di tali pratiche sono spesso molto pesanti con ricadute sulla salute, sul benessere sessuale, riproduttivo e mentale. In materia di MGF determinante è il ruolo e l'attività degli operatori sanitari sia nella prevenzione che nell'assistenza alle donne che le hanno subite. Occorre quindi continuare a lavorare per il futuro, coordinare le diverse realtà che agiscono sul territorio, creare partnership, "la Croce Rossa Italiana parteciperà attraverso il convinto e generoso impegno

di tutte le sue componenti“ afferma il prof. Filippo Maria Boscia, ginecologo e andrologo, Referente per la Regione Puglia per le MGF. La Conferenza Internazionale della **Croce Rossa** e della **Mezzaluna Rossa** nel **1865** ha proclamato i sette **Principi**

Fondamentali, aventi carattere obbligatorio e vincolante per le

Società Nazionali: ●Umanità ●Imparzialità

●Neutralità ●Indipendenza ●Volontariato ●Unità

●Universalità



BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM). Geneva: World Health Organization; 2008
2. Torrisi A. et al Il Consultorio Familiare e la Salute delle Donne: Percorsi Interdisciplinari Integrati Territorio-Ospedale in Padova – Nostra Esperienza 1980-2015
3. Grassivaro Gallo P. La circoncisione femminile in Somalia: una ricerca sul campo Angeli, Milano, 1986.
4. Torrisi A. et al Percorsi diagnostico-terapeutici integrati Territorio-Ospedale per le donne immigrate in Padova: nostra esperienza 1999-2004. La Colposcopia in Italia, 2005, XX n.2:26-29
5. Torrisi A. et al. Percorsi Integrati Territorio-Ospedale per la Salute della Donna - Ambulatorio Multietnico di Ginecologia e Ostetricia, 2010
<http://sdb.unipd.it/sites/sdb.unipd.it/files/Ambul%20multietnico-2.pdf>
6. Torrisi A. et al. Medicina di Genere e Società multietnica, aspetti socio-culturali, percorsi multidisciplinari integrati Territorio-Ospedale. III Convegno Nazionale sulla Medicina di Genere. Padova 10-11 Ottobre 2013