

Mutilazioni genitali femminili in bambine: una serie di casi di un ambulatorio dei servizi di protezione a Londra

Hodes D, Armitage A, Robinson K, Creighton SM.

Female genital mutilation in children presenting to a London safeguarding clinic: a case series

Arch Dis Child. 2016 Mar;101(3):212-6

Metodo

Obiettivo (con tipo studio)

Descrivere la presentazione e la gestione di bambine con sospetto di mutilazione genitale arrivate a un ambulatorio dei servizi di protezione femminile. Una serie di casi (**Glossario**).

Popolazione

Tutte le bambine al di sotto dei 18 anni valutate presso un ambulatorio dei servizi di protezione di III livello di un ospedale centrale di Londra dal giugno 2006 al maggio 2014 per il sospetto di mutilazione genitale femminile. Vengono registrati i dettagli dell'invio, della storia, dell'esame clinico e dei risultati a breve termine. Tutte le bambine e le ragazze sono state valutate in un ambiente appropriato per l'età da un professionista con esperienza specifica su maltrattamento ed abuso dei bambini. Dopo consenso scritto, le pazienti venivano esaminate in colposcopia per la valutazione e per la documentazione fotografica. Dopo la consultazione veniva fornita una completa spiegazione ai genitori e alla bambina (età permettendo), agli assistenti sociali e alla polizia se presente. Venivano seguite le linee guida locali per la protezione del bambino.

Tempo




Casi valutati dal giugno 2006 al maggio 2014.

Risultati principali

I casi descritti sono stati 47, con un netto incremento dal 2013 (17 casi). Sono state esaminate 41 ragazze, mentre 6 si sono rifiutate. Per 27 (57%) c'è stata la conferma di mutilazione genitale (FGM) dall'esame clinico e/o dalle testimonianze. 2 presentavano una mutilazione di tipo 1, 8 di tipo 2 e 11 di tipo 4. Nessuna ha presentato infibulazione (tipo 3) (**Figura 1**). Le circostanze della FGM erano note in 17 casi: 12 di esse erano state già riconosciute da personale medico o in un ambiente clinico. 10 casi erano potenzialmente proibiti dalla legge ma, nonostante il coinvolgimento della polizia, non c'era stata nessuna azione legale. Nelle 20 bambine rimanenti non c'era storia di FGM e i genitali risultavano normali all'esame clinico. L'invio è avvenuto per parentela con un caso indice (12 casi), nell'ambito di interventi di protezione del bambino (11 casi), per preoccupazioni scolastiche (8 casi), per conflitti familiari (7 casi) e per contatti occasionali con uno staff medico (5 casi); parec-

chi casi rientravano in più d'una di queste categorie. 18 ragazze erano somale. Per 8 ragazze il paese dove era stata effettuata la FGM era diverso dal paese d'origine (**Figura 2**). La FGM per la maggior parte delle ragazze era stata effettuata prima dei 10 anni e per 4 (15%) al di sotto dell'anno di età. Delle 27 ragazze con FGM, 8 (30%) riportano uno o più sintomi: dolore (2), sanguinamento (2), tensione (2), disuria (2), enuresi notturna (3), aderenze (3), sintomi da stress post-traumatico (2), infezioni urinarie ricorrenti (1) e flusso urinario debole (1). I test sierologici per la ricerca di virus sono sempre risultati negativi. Delle 11 ragazze con FGM di tipo 4, 6 avevano un'evidenza clinica, mentre per 5 la FGM era confermata solo dalle testimonianze.

Figura 1. Classificazione delle mutilazioni genitali femminili
(Da Quaderni acp 2014; 21(3):132-135)

Tipo I	Asportazione del prepuzio, con o senza l'asportazione di parte o di tutto il clitoride	 In evidenza l'area di tessuto rimosso
Tipo II	Parziale o totale rimozione del clitoride e delle piccole labbra con o senza escissione delle grandi labbra	 In evidenza l'area di tessuto rimosso e dopo sutura
Tipo III	Riduzione del canale vaginale con taglio e avvicinamento delle piccole e/o grandi labbra fino a sigillarle anche mediante sutura (infibulazione), con o senza escissione del clitoride.	 In evidenza l'area di tessuto rimosso e dopo sutura
Tipo IV	Operazioni, non specificamente classificate, che includono: perforazione, penetrazione o incisione del clitoride e/o labbra, stiramento del clitoride e/o labbra, cauterizzazione mediante ustione del clitoride e del tessuto circostante, raschiamento del tessuto circostante l'orifizio vaginale o incisione della vagina, introduzione di sostanze corrosive o erbe in vagina per causare emorragia o allo scopo di serrarla o restringerla	

Conclusioni

La FGM riscontrata con maggior frequenza è quella di tipo 4, che è quella con nessun danno e minime cicatrici. Le FGM vengono praticate in giovane età con un 15% al di sotto dell'anno, spesso con un intervento medico. Il tipo 4 praticato nell'infanzia sfugge facilmente all'esame clinico e così diventa essenziale la vigilanza per accertare i casi sospetti.

Altri studi sull'argomento

Gli stessi autori hanno successivamente pubblicato una serie di 38 casi raccolti in modo prospettico per un anno da settembre 2014 dal primo centro di riferimento pediatrico per FGM nel Regno Unito; nei 18 casi confermati erano presenti 4 casi di FGM tipo 3 (tutti provenienti dalla Somalia), assenti nel report precedente. Il 74% dei casi è stato inviato dai servizi sociali e dalla polizia, nessun caso in fase acuta. Dei 3 casi eseguiti dopo l'ingresso nel Regno Unito, 2 sono stati praticati durante un soggiorno nel paese d'origine [1]. Una revisione sistematica della letteratura sulle conoscenze e attitudini degli operatori sanitari che ha incluso 18 studi di scarsa qualità metodologica, ha rilevato, nonostante la consapevolezza del problema, scarsa conoscenza della classificazione OMS e degli aspetti legislativi [2]. I dati italiani rilevati da un'indagine tra gli operatori sanitari dedicati ai centri per richiedenti asilo hanno evidenziato come solo il 7,3% riferisca di conoscere bene il problema FGM, e il 70,7% dichiara di non aver mai avuto esperienza di casi di FGM [3]. Da uno studio australiano è emerso che solo una minoranza dei pediatri ha avuto diretta esperienza o adeguata formazione sull'argomento FGM [4]. Una revisione della letteratura sugli aspetti legislativi in 27 Paesi africani e nello Yemen ha evidenziato come le leggi anti-FGM abbiano avuto un impatto sulla riduzione del fenomeno solo se accompagnate da importanti interventi di sostegno nella comunità [5]. La descrizione di un caso clinico con una aggiornata revisione della letteratura sull'argomento è recentemente apparsa su Quaderni acp [6].

Che cosa aggiunge questo studio

Lo studio offre uno spaccato della FGM nella popolazione pediatrica britannica.

Commento

Validità interna

Lo studio descrive una serie di casi afferenti a un centro dedicato, mostrando un quadro parziale e probabilmente non completamente rappresentativo della realtà.

Trasferibilità

Anche in Italia la visione del problema è molto parziale, emergendo probabilmente in situazioni di maltrattamento/abuso che giungono all'osservazione dei Pronto Soccorso o dei centri specializzati. Nonostante la pubblicazione nel 2007 delle "Linee guida ministeriali per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a FGM" e l'istituzione di un numero verde gestito dalla Polizia di Stato, non abbiamo una visione precisa del problema. Aumentare le conoscenze dei pediatri è fondamentale per accrescere la consapevolezza su questo problema culturale allo scopo di proteggere l'integrità delle bambine.

1. Creighton SM, Dear J, de Campos C, et al. Multidisciplinary approach to the management of children with female genital mutilation (FGM) or suspected FGM: service description and case series. *BMJ Open*. 2016;6(2):e010311
2. Zurynski Y, Sureshkumar P, Phu A, et al. Female genital mutilation and cutting: a systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015 Dec 10;15:32
3. Caroppo E, Almadori A, Giannuzzi V, et al. Health care for immigrant women in Italy: are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation. *Ann Ist Super Sanita*. 2014;50(1):49-53
4. Sureshkumar P, Zurynski Y, Moloney S, et al. Female genital mutilation: Survey of paediatricians' knowledge, attitudes and practice. *Child Abuse Negl*. 2016;55:1-9
5. Muthumbi J, Svanemyr J, Scolaro E, et al. Female Genital Mutilation: A Literature Review of the Current Status of Legislation and Policies in 27 African Countries and Yemen. *Afr J Reprod Health*. 2015;19(3):32-40
6. Venturi V, Fanelli T, Valletta E. Le mutilazioni genitali femminili: basta una storia per svelare un mondo. *Quaderni acp* 2014; 21(3): 132-135

Scheda redatta dal gruppo di lettura di Verona:

M. Agostini, D. Bennati, P. Brutti, F. Carraro, C. Chiamenti, P. Fortunati, M. Iuliano, D. Merlin, F. Raimo, N. Sansotta, M. Tommasi.

Glossario

Serie di casi: una raccolta di pazienti con caratteristiche comuni utilizzata per descrivere alcuni aspetti clinici, patofisiologici od operativi della malattia, del trattamento o delle procedure diagnostiche. Alcuni sono simili ai case report che raccolgono più casi e condividono lo stile del disegno. Il numero dei soggetti non attenua la limitazione del disegno. Una serie di casi non include un gruppo di confronto ed è spesso basato sui casi prevalenti di un campione di convenienza. Bias di selezione e di confondimento limitano in modo importante la potenza dello studio nel caso ci sia l'intenzione di valutare una inferenza causale.

Da: *A Dictionary of Epidemiology 5th edition Oxford University Press, 2008*

Figura 2. Percentuali di ragazze e donne di 15-49 anni sottoposte a mutilazioni genitali, per nazione (Da UNICEF, 2016)

