

il **m**edico **p**ediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

La Sanità di cui l'infanzia e
l'adolescenza hanno bisogno

Nascere e crescere migrando

Diciamolo con un disegno

Raccomandazioni per la
prevenzione delle mutilazioni
genitali femminili

Influenza: è ora di cambiare

Aromaterapia



in questo numero

4
2016



PACINI
EDITORE
MEDICINA

il **m**edicop **p**ediatra

Periodico della Federazione Italiana Medici Pediatri

4
2016

DIRETTORE ESECUTIVO
Giampietro Chiamenti

DIRETTORE RESPONSABILE
Valdo Flori

COMITATO DIRETTIVO
Giampietro Chiamenti
Paolo Biasci
Luigi Nigri
Adolfo Porto
Costantino Gobbi
Giovanni Semprini
Giovanni Cerimoniale
Domenico Careddu
Giuseppe di Mauro

COMITATO DI REDAZIONE
Mario Marranzini
Michele Fiore
Valdo Flori
Adima Lamborghini

CONTATTI
ilmedicopediatra@fimp.pro

© COPYRIGHT BY
Federazione Italiana
Medici Pediatri
Via Parigi 11
00161 Roma

EDIZIONE
Pacini Editore Srl
Via A. Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.pacinimedicina.it

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

www.fimp.pro

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, segreteria@aidro.org, <http://www.aidro.org>.

I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati. I dati sono utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione. Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare o cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo al Titolare del Trattamento: Pacini Editore Srl - Via A. Gherardesca 1 - 56121 Ospedaletto (Pisa)





editoriale

- 1** **La Sanità di cui l'infanzia e l'adolescenza hanno bisogno**
G. Chimenti
-

news

- 2** **Nascere e crescere migrando: i 1000 giorni della speranza**
M.R. Sisto
-

approfondimenti e notizie

- 5** **Diciamolo con un disegno**
C. Gigli, D. Careddu
-
- 9** **Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle mutilazioni genitali femminili tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio**

attualità

- 26** **Influenza: è ora di cambiare rotta?**
Intervista al dott. Stefano Prandoni
G. Vitali Rosati
-

clinica e management

- 33** **Aromaterapia: conoscerla e impiegarla in pediatria**
A.R. Bilia
-

in ricordo di...

- 39** **Angela Di Monaco**
Direttivo della Fimp Roma e Provincia
-
- 40** **Carlo Marchi**
P.L. Tucci
-



Giampiero Chimenti
Presidente Nazionale FIMP

La Sanità di cui l'Infanzia e l'Adolescenza hanno bisogno



La Sanità di cui l'infanzia e l'adolescenza hanno bisogno è una Area pediatrica territoriale e ospedaliera professionalmente finalizzata alla prevenzione, cura e riabilitazione dell'infanzia e adolescenza, con al centro i bisogni della salute psico-fisica e sociale dell'adulto di domani.

Ogni risorsa dedicata ai bambini non è una spesa ma un investimento sul futuro del Paese.

La Pediatria di libera scelta opera nel rispetto del rapporto fiduciario con le famiglie per soddisfare i principi previsti dalla Legge 833/78, in armonia coi diritti dell'infanzia codificati a livello internazionale.

La Pediatria di famiglia (nome che meglio identifica il ruolo, le funzioni e i compiti dei pediatri operanti sul territorio in regime di convenzione con le Aziende Sanitarie) è disponibile per la realizzazione di un modello che risponda alle esigenze della migliore assistenza pediatrica nel rispetto della continuità col passato. Ma se concorda con l'esigenza di dare al sistema delle Cure primarie nuovi impulsi di efficienza ed efficacia, che tengano conto della scelta legislativa di spostare la centralità dell'assistenza dall'Ospedale al Territorio, con diffuso impegno nella continuità delle cure, non può accettare l'idea che tutto debba cambiare.

Problemi assistenziali connessi alla cronicità, liste di attesa, costi delle cure, integrazione socio-sanitaria, appropriatezza organizzativa e prescrittiva sono più tipici dell'età adulta, che per l'alto indice di sopravvivenza deve affrontare complessità organizzative-prescrittive costose e problematiche.

Per la fascia pediatrica-adolescenziale il vero investimento in salute dovrebbe mirare allo sviluppo della prevenzione, del miglioramento degli stili di vita e al supporto della genitorialità, anche se persistono problemi di cura legati a patologia acuta, cronica e tumorale.

Tuttavia per la pediatria territoriale, che si giova di un rapporto diretto e privilegiato con gli ospedali pediatrici, è più un problema di "care" che di "cure" nella consapevolezza che prevenire in Pediatria significa ridurre la patologia e i relativi costi in età adulta!

La concordanza su questi assiomi dovrebbe facilitare le giuste scelte nella consapevolezza che la Pediatria di libera scelta, per responsabilità professionale e competenze acquisite, ha da tempo intrapreso la strada virtuosa dei progetti Cure primarie e Salute infanzia codificati negli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali. Questo permette l'affermazione che non andrebbe riformata l'organizzazione raggiunta, ma piuttosto portata a regime nell'ambito della nuova organizzazione delle AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale), dell'assegnazione di obiettivi misurabili per processo, del confronto fra pari per la definizione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi con la componente ospedaliera. Senza contare che la specificità acquisita e la disponibilità di strumenti di self-help permettono di esaurire il processo di diagnosi nello studio del Pediatra. La categoria è, infine, pronta e disponibile nell'assunzione di compiti specifici in ambiti definiti come le vaccinazioni, la nutrizione, la diagnosi precoce dei disturbi sensoriali e neuro-cognitivi.

Maria Rosaria Sisto

Responsabile Nazionale Fimp per il Bambino Immigrato

Nascere e crescere migrando: i 1000 giorni della speranza

PREMESSA

Sono a pochi giorni dal Congresso ma non riesco ancora a incominciare l'articolo che avevo proposto alla FIMP per porre l'accento sulla condizione dei neonati e bambini profughi nei loro primi 1.000 giorni di vita. Questo perché mai come oggi la situazione dei rifugiati è in continua escalation e ogni giorno c'è un nuovo bollettino di guerra: la guerra della morte contro la vita che si combatte nelle acque del *mare nostrum* ormai quotidianamente e sotto i nostri occhi atterriti.

I rapporti dell'UNHCR sono sempre più incalzanti e riportano numeri che sembrano impossibili: non ci credo! Più di 65 milioni di rifugiati nel mondo! Più di 6 milioni di bambini in età scolare! Sembra un universo quasi parallelo alla nostra Italia. Questo "popolo" sarà in migrazione forzata per almeno 20 anni come evidenzia l'UNHCR. In questi venti anni i bambini avranno problemi ovviamente ingestibili, salute innanzi tutto, diseguaglianze in ogni settore, almeno la metà non avrà accesso all'istruzione. Che uomini saranno fra 20 anni se saranno riusciti a sopravvivere? E noi come saremo tra 20 anni se non avremo posto una forte tutela alla sopravvivenza e alla salute globale di questi bambini? Corro con la mente a 20 anni fa, quando da pediatri abbiamo visto i flussi dei rifugiati dal Kosovo, dal Burundi e da altri paesi allora in guerra. I numeri erano piccoli nei confronti di quelli odierni, ma bastarono ad accendere le nostre coscienze sulla condizione di chi fugge dalla propria terra e forse non vi potrà fare ritorno. Non si tratta-

va dei soliti flussi migratori che pure avevano attratto il nostro interesse negli anni precedenti. Questa era un'altra "cosa", qui si trattava di persone in fuga, di persecuzioni che riecheggiavano gli orrori del nazismo. Una situazione nuova per noi, generazione di "graziati" dalle guerre, forse la prima generazione nella Storia che non ha dovuto partecipare a un conflitto: abbiamo dovuto allora studiare la nostra storia recente, la Convenzione di Ginevra, il Diritto di Asilo, la legge sulla Cittadinanza Italiana, perfino tornare a leggere con maggiore capacità di analisi la nostra Costituzione. Noi generazione del boom degli anni '60, coccolati dal benessere e dalla facilità con la quale ogni nostro sogno poteva essere realizzato, ogni più utopistica sfida vinta, ogni sentiero di libertà intrapreso, abbiamo avuto un momento di forte disorientamento, una dicotomia generazionale per la quale i fenomeni che creavano rifugiati fuori dal nostro paese erano filtrati da stati d'animo diversi: da una parte l'indifferenza, dall'altra un chiodo fisso! io ho avuto un chiodo fisso nella mente da quando, ormai quasi venti anni fa, ho conosciuto una famiglia di rifugiati politici del Burundi con la loro terribile storia e con la Speranza fatta carne e ossa attraverso la loro bambina Esperance. Da allora il tema del diritto di Asilo e del diritto alla tutela dei minori migranti profughi e irregolari ha dominato i miei interessi culturali e professionali e ho iniziato il mio incarico di Referente Nazionale FIMP per il minore migrante con l'appello "storico" del Documento di Sabaudia che ha innescato un percorso condiviso coronato nel 2012 dal

riconoscimento del diritto all'iscrizione al pediatra di famiglia e al MMG del minore migrante "irregolare". Ma oggi sono annichilita, paralizzata quasi da ciò che quotidianamente vediamo accadere sotto i nostri occhi. Numeri epocali, diaspore, violenze, attentati, bombe, naufragi, bambini con i loro corpicini dilaniati, o come bambole di pezza sulle nostre spiagge e nel mare, nel nostro mare, culla della Cultura dei popoli del Mediterraneo, oggi grande fossa comune di corpi e coscienze.

E l'Europa, l'Europa della Convenzione di Ginevra, della Convenzione di New York, della Conferenza di Budapest, del trattato di Lisbona, dello sviluppo tecnologico, dell'evoluzione sociale, l'Europa alza recinti e muri, sbriciola l'Illuminismo e il Rinascimento con un arretramento culturale e sociale inimmaginabile qualche decennio fa. Un nuovo Medio Evo annienta le conquiste e ricaccia all'angolo la Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo, pur universalmente ratificata. Eppure segnali di risveglio serpeggiano e permettono interventi come quello recentissimo delle Nazioni Unite che ha approvato la Dichiarazione di New York per i migranti e i rifugiati il 19 settembre scorso. Una serie di azioni condivise che prendono in considerazione particolarmente i bambini nei flussi migratori e nelle diaspore, riaffermando fortemente tutte le storiche dichiarazioni sui diritti dell'Uomo e del Bambino. La speranza è che non restino sulla carta.

NASCERE "MIGRANDO"

Quali minacce gravano sui primi 1.000 giorni dei bambini che sono concepiti, nascono e vivono "in migrazione" i primi anni di vita? Nati da profughi, fuggitivi, apolidi? Bambini che sono la speranza dei disperati?

Questi interrogativi nascono spontaneamente considerando il tema di questo Congresso che metterà in evidenza le problematiche che possono minare la salute dei bambini nei loro primi 1.000 giorni di vita, bambini pur concepiti e nati in un sistema di sicurezza garantito dal nostro Sistema Sanitario, bambini Italiani o comunque nati in situazioni di stabilità di domicilio benché in condizioni economiche diverse. Rispetto ai bambini autoctoni i bambini nati sui barco-

ni o comunque salvati a pochi giorni di vita nei naufragi dei profughi che hanno reso cimitero il mare nostrum iniziano la propria vita con molte incertezze e molte disuguaglianze. La salute della madre è spesso minata dal percorso migratorio e la gravidanza portata in migrazione è spesso l'esito di uno stupro e non di un atto di amore. La stessa salute fisica della madre mette a rischio la vitalità del bambino. Malattie quali AIDS e tubercolosi possono essere una minaccia per il neonato. Bisogna considerare l'assenza in migrazione forzata di ogni tipo di tutela della gravidanza e anche delle cure appropriate per il neonato. Ma anche la carenza di cibo, traumi, il pericolo di un naufragio mettono a rischio la mera sopravvivenza del neonato. I quotidiani bollettini rendono numeri di morti troppo grandi, 700 i bambini profughi morti lo scorso anno nel Mediterraneo, quest'anno i dati sono simili, i corpicini dei bimbi riempiono le pagine dei giornali. I numeri massificano le vicende personali di uomini, donne, bambini che non avranno nomi e tombe per essere ricordati. Ma i neonati sopravvissuti da ogni tipo di percorso, da ogni tipo di concepimento sono sempre i benvenuti, accolti da grida gioiose che sembrano dire sempre la stessa parola nelle diverse lingue: Speranza! Esperance! Favour! Questo è il nome dato spesso a bambine nate da profughi! Speranza di sopravvivenza della propria etnia, quando si fugge dai genocidi e dalle guerre, speranza di sopravvivenza dei propri figli, quando si fugge dalla fame, dalla povertà e da una mortalità infantile elevatissima.

Quali tutele esistono e quali possiamo mettere in campo per i minori profughi nei primi anni di vita e per i minori non accompagnati?

Considerando la delicatezza dei primi momenti della vita per lo sviluppo del futuro individuo bisogna garantire ogni forma di recupero delle condizioni psicofisiche della diade madre-bambino nella condizione di una migrazione forzata. Nutrizione, ambiente sereno, accoglienza, integrazione, abitazione, lavoro. Sottrarre il più presto possibile il neonato profugo con i propri genitori dallo stato di emergenza, evitando le lunghe persistenze nei centri di accoglienza o di

identificazione. Attivare l'adozione concreta in tutte le regioni dell'Accordo Stato Regioni sul riconoscimento del diritto all'assistenza sanitaria di base dei minori in condizione di irregolarità. Soprattutto garantire che l'irregolarità a carico di un minore venga "sanata" con rapidità, evitando le lungaggini burocratiche che mettono a rischio la tutela dei minori non accompagnati e ne favoriscono la scomparsa.

La FIMP ha lanciato, in apertura del Congresso Scientifico 2016 dedicato ai primi 1.000 giorni di vita dei bambini presenti sul territorio italiano, un appello per i minori "nati migrando" da madri profughe. In attesa di attivazione delle procedure della Dichiarazione di New York per i profughi e migranti e ai sensi della legge italiana sulla cittadinanza tuttora in vigore (legge n. 91/1992) in corso di revisione, i pediatri della FIMP chiedono **che ogni minore "nato migrando" da madre profuga per guerra o povertà possa ricevere sin dalla nascita la cittadinanza italiana, considerando l'impossibilità di rientro nel proprio paese per conflitti in atto o per condizioni che minaccerebbero lo stato di salute e la vita.**

La legge 91/92 riconosce tale diritto ai figli di genitori dichiaratisi apolidi (art. 1 comma 1, lettera b)

ma il riconoscimento dello stato di apolide in Italia è estremamente complesso e andrebbe superato per azionare adeguatamente i diritti dei minori. Così come pure andrebbero snellite le procedure di riconoscimento dello stato di rifugiato per motivi politici o per protezione umanitaria nel caso almeno dei genitori di nati in migrazione o comunque minori.

Questo appello verrà portato all'attenzione delle Istituzioni dal nostro presidente Chiamenti dopo essere stato sottoposto alla firma di tutte le ONG che si occupano del problema e delle altre società scientifiche quali primariamente la SIPPS, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e altre eminenti società Pediatriche.

Bibliografia

UNICEF. *Dichiarazione di New York su Migranti e Rifugiati*. www.un.org/pga/70/wp-content/uploads/sites/10/2015/08/HLM-on-addressing-large-movements-of-refugees-and-migrants-Draft-Declaration-5-August-2016.pdf.

Epidemiologia della salute della popolazione immigrata in Italia. Evidenze delle indagini multiscopo ISTAT. www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/aggiornamenti.asp.

UNICEF. *La condizione dell'infanzia nel mondo 2016 – La giusta opportunità per ogni bambino*. http://www.unicef.it/Allegati/Condizione_infanzia_nel_mondo_2016.pdf

ERRATA CORRIGE

Utilizzo giudizioso della terapia antibiotica in età evolutiva

Consensus Conference – Il Medico Pediatra 3/2016

Nel capitolo della Rinosinusite a pagina 70 (box sintesi Raccomandazione 7) e nella Flow-chart di pagina 71 il dosaggio dell'amoxicillina/acido clavulanico è erroneamente indicato in 80-90 mg/kg/die **per** due volte al giorno: la dose corretta è 80-90 mg/kg/die **in due** somministrazioni.

Cristina Gigli, Domenico Careddu

Pediatra di libera scelta, Novara

Diciamolo con un disegno

Il Pediatra di famiglia è chiamato sempre di più a intervenire in un contesto di prevenzione globale della salute/benessere del bambino, interfacciandosi sia con la famiglia che con tutti gli "attori" che a vario titolo, intervengono durante il percorso del suo sviluppo psico-fisico. Si è passati da un approccio prettamente curativo a uno preventivo, con interventi che vanno dalla promozione delle vaccinazioni, alla prevenzione degli incidenti, sia domestici che del traffico, alla promozione di corretti stili di vita e della lettura ad alta voce.

Ciò premesso, nei vari incontri per i Bilanci di Salute, i pediatri dedicano parecchie ore al dialogo con le famiglie, al fine di fornire loro tutte le informazioni necessarie sulle diverse tematiche che, a seconda della fascia di età dei bambini, richiedono maggiore condivisione. Nonostante ciò, è nozione comune che le parole non sempre vengono ricordate o comprese pienamente, considerata anche la ormai diffusa multietnicità dei nostri assistiti.

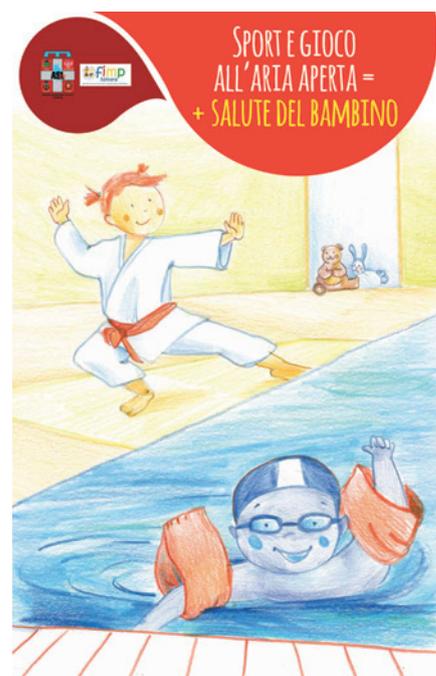
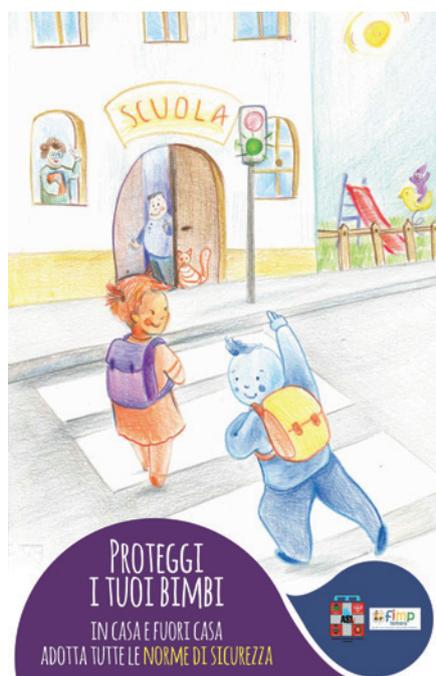
Da questa considerazione è nata l'idea di trasformare e riassumere i messaggi verbali in immagini, certamente più impattanti e immediatamente fruibili.

Si è quindi dato il via a un progetto denominato "Diciamolo con un disegno" che, coordinato dalla dott.ssa Cristina Gigli, Pediatra di libera scelta a Trecate, ha visto la partecipazione attiva di tutti i colleghi della provincia di Novara, i quali durante le riunioni mensili di équipe, hanno di volta in volta contribuito con suggerimenti e proposte. Il progetto si è concretizzato nella realizzazione di dodici tavole disegnate a mano libera da una artista (sig.na Irene Pessino), inerenti la prevenzione sanitaria, con particolare riguardo alle vaccinazioni, all'educazione alimentare, all'attività nel tempo libero, alla sicurezza stradale, all'importanza della lettura, all'uso e abuso dei dispositivi informatici e all'igiene dentale.

Prendendo in esame i singoli argomenti, troviamo due

tavole nelle quali i bambini vengono rappresentati intenti a fissare i dispositivi (telefono, tablet e TV), soli dentro una stanza, mentre il sole splende all'esterno. Le immagini vogliono stigmatizzare come i bambini anche piccoli passino molto tempo soprattutto da soli, davanti a un dispositivo, piuttosto che in compagnia dei genitori a sfogliare un libro e/o condividere emozioni, fondamentali per rafforzare il legame familiare. Rimanendo in tema, non è purtroppo infrequente nei nostri ambulatori assistere alla scena nella quale la mamma o il papà danno il cellulare in mano ai figli, "perché solo così si calmano" e questi ultimi, come ipnotizzati, lo afferrano e freneticamente si mettono a fissare le immagini senza più agganciare lo sguardo dei presenti, avulsi dalla realtà che li circonda. Questo comportamento, sempre più diffuso, sembra non preoccupare minimamente i genitori che invece apprezzano il lato positivo della storia "il bambino sta zitto e buono". È nostro compito evidenziarne gli aspetti negativi, sia in termini di sviluppo comportamentale/relazionale che di potenziale danno organico, come sembra emergere dagli studi più recenti. Il disegno che invita alla lettura vuole evidenziare il ruolo positivo di questo strumento e ben si integra con il tema precedente, invitando i genitori a usare un libro per attirare l'attenzione dei bambini e stimolarne la fantasia, descrivendo loro le immagini rappresentate e rispondendo ai loro perché senza ricorrere a un cellulare. Leggere una fiaba od un racconto prima di andare a letto, è certamente il modo migliore per augurare la buona notte ai propri figli.

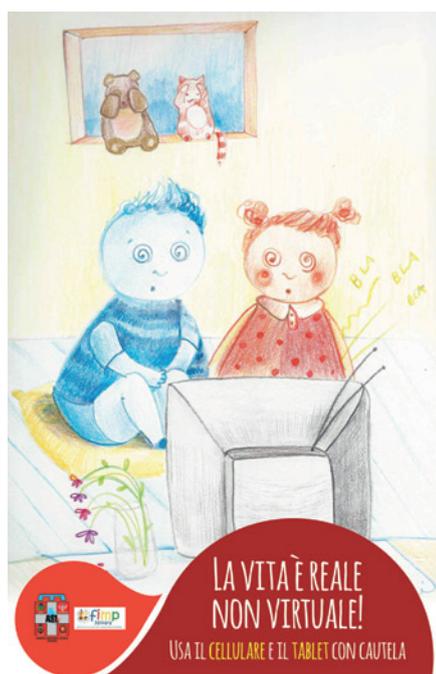
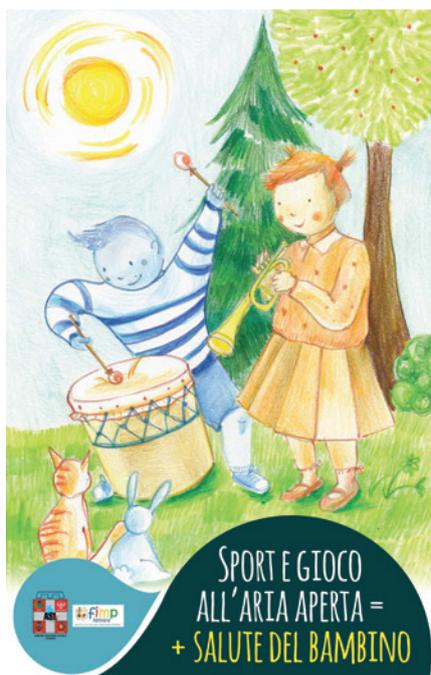
Il tema della sicurezza fuori casa è affrontato sottolineando l'importanza di utilizzare sempre la cintura e



il seggiolino in macchina anche per percorsi brevi, il caschetto in bicicletta, sugli sci e con lo skate, oltre alle protezioni per ginocchia e gomiti, per questi ultimi. È purtroppo relativamente frequente vedere genitori che durante il viaggio in auto, tengono in braccio il bambino perché “legato non vuole stare”, esponendolo così a rischi gravissimi, come sottolineato dai quotidiani fatti di cronaca. Anche gli incidenti domestici sono frequenti e di varia tipologia ed è fondamentale pensarci per poterli prevenire. Il disegno suggerisce che allontanando il pericolo si allontana la possibilità di danno: l’e-

sempio del detersivo posizionato in alto, dove il bambino non può arrivare, è una indicazione applicabile a tutte le altre cause di pericolo (ferri da stiro, fornelli, forni, farmaci, ecc).

L’intervento preventivo per antonomasia, la vaccinazione, viene affrontato in modo diretto con l’immagine di una bambina che corre precedendo la mamma che l’accompagna, mentre l’infermiera le accoglie con un sorriso. Il messaggio, nella sua semplicità, è estremamente chiaro: la bambina esprime il suo diritto alla vaccinazione e va fiduciosa verso l’operatrice sanitaria. In un



contesto sociale nel quale il rifiuto/ritardo vaccinale, sta mettendo a rischio i tassi di copertura, è molto importante fornire messaggi rassicuranti, oltre che, ovviamente, tutte le informazioni necessarie, ricorrendo a ogni strumento comunicativo. Il disegno, può essere uno strumento potente, perché facilmente accolto e compreso anche dai bambini e certamente può contribuire a superare i preconcetti e la scarsa/cattiva informazione; in tale ottica, è un valido alleato del pediatra. La prevenzione delle carie, con un'accurata igiene orale e corrette abitudini alimentari, orientate a ridurre gli

zuccheri a rapido assorbimento, è uno degli aspetti spesso trascurati o quantomeno poco incoraggiati. In questo contesto, il disegno con la bambina che si lava i denti prima di andare a letto, vuole essere un segnale e uno stimolo per le famiglie, affinché almeno una volta alla sera, si dedichino alcuni minuti all'igiene dentale, già dai primi anni di età. È opportuno indirizzare le famiglie nella scelta dello spazzolino e del dentifricio, seguire la dentizione del bambino e inviarlo dal dentista per una visita preventiva e/o in caso di patologie dei denti o ortodontiche.

L'argomento della corretta alimentazione, indubbiamente di grandissima attualità considerata l'epidemia obesità tra i bambini/adolescenti, trova rappresentazione in due distinte tavole. In particolare si è scelto di focalizzare l'attenzione sulla prima colazione che, benché sia un pasto fondamentale, viene spesso "saltata" e di conseguenza, i bambini che vanno all'asilo e/o scuola fanno il loro primo pasto a metà mattina, alcuni invece mangiano tutto il giorno senza sedersi mai a tavola spiluccando qua e là, introducendo soprattutto i carboidrati e zuccheri e bevendo succhi di frutta e bibite zuccherate anziché acqua. Anche la merenda, è abitualmente costituita da merendine confezionate e patatine fritte (ricche di sale). Di fatto, dopo i due anni di età dei figli, alcuni genitori allentano l'attenzione sulla qualità e quantità dei pasti e riforniscono la dispensa di cibi "spazzatura" (è sufficiente controllare nei cestini degli studi per averne conferma).

Il disegno della colazione, evidenzia l'importanza di cibi semplici (pane, marmellata, latte) ma anche di consumare il pasto, laddove possibile, con la famiglia.

Tutti i disegni, sono accompagnati da didascalie brevi e sono realizzati a mano libera, con originalità. I protagonisti delle tavole, maschili e femminili sono equamente rappresentati e non hanno una precisa connotazione etnica, in modo tale che nessuno si senta escluso.

Le tavole sono state esposte sia nelle sale d'attesa degli ambulatori che nelle strutture dell'ASL (consultori e centri vaccinali) in modo da destare curiosità e interesse da parte di bambini e genitori, in considerazione del fatto che le immagini rimangono impresse più di molte parole e discorsi.

È doveroso sottolineare che il progetto è stato realizzato in collaborazione con l'ASL di Novara, attraverso l'interessamento della dott.ssa Arabella Fontana, Direttore Sanitario, e del dott. Lorenzo Brusa. È in corso, inoltre, la produzione di un libretto, che approfondisce gli argomenti trattati nei disegni e che sarà distribuito negli studi dei pediatri.

Coloro che sono interessati a ricevere il pdf delle tavole per stamparle ed esporle, sono invitati a scrivere a novara@fimp.pro.

Programma attuativo della Regione Toscana per le Mutilazioni Genitali Femminili - DGR 619 del 27-06-2016

Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle mutilazioni genitali femminili tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio

PREMESSA

La gestione del progetto "Intesa concernente il sistema di interventi da sviluppare per la prevenzione e il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili (MGF) di cui all'art. 3, comma 1, della legge 9 gennaio 2006, n. 7" finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri è affidato dalla Regione Toscana al Centro di Salute Globale. Il Centro, in collaborazione con l'Associazione Nosotras Onlus, ha elaborato alcune raccomandazioni finalizzate alla prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne e le minori dei Paesi identificati come a rischio. Tali raccomandazioni nascono come risposta a un'esigenza di prevenzione delle pratiche di MGF, contemplata dalla legge 9 gennaio 2006, n. 7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 gennaio 2006¹.

L'art. 4 della sopra citata legge prevede che il Ministero della Salute emani Linee guida² destinate alle figure professionali sanitarie e alle altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile. Scopo principale di tali linee guida è la realizzazione di attività rivolte alla prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine, vittime o potenziali vittime di tale pratica. Le linee guida, inoltre, sono uno strumento attraverso il quale le Regioni possono attivare sul territorio tutte le iniziative volte alla formazione del personale sanitario, e rappresentano una facilitazione per adeguare le conoscenze

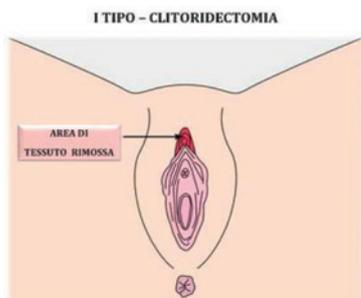
e le modalità di cura per rispondere in modo corretto ed efficace alla domanda di salute proveniente da una specifica fascia di popolazione femminile immigrata. È da tali linee guida che questo lavoro prende corpo. Lo scopo primario della legge 7/2006 è la tutela delle donne e delle bambine che rischiano di esservi sottoposte. Nonostante la sua funzione deterrente, la legge non si è rivelata sufficiente a svolgere l'opera di dissuasione per un progressivo sradicamento di tale pratica. La ragione per cui la tradizione escissoria non perde di imperatività, neppure nelle comunità immigrate, ha ampie e profonde radici. Quando si parla di MGF spesso si ricorre a stereotipi e informazioni parziali, talvolta non corrette, che non rispecchiano la complessità e la diversità delle pratiche. In questo caso la buona informazione e un percorso che coinvolga tutte le figure interessate, si rivela il mezzo più efficace: informazione e prevenzione sono quindi intese come armi per realizzare una tutela effettiva contro le MGF, passando attraverso la consapevolezza delle conseguenze dannose per la salute psico-fisica. Il ricorso alle vie giudiziali e alle sanzioni penali devono rimanere l'*extrema ratio*.

DEFINIZIONE E DIFFUSIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con l'espressione MGF³ fa riferimento (1995) a "tutte le forme di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre modificazioni indotte agli organi genitali femminili, effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche"⁴.

L'OMS (2007) identifica quattro forme di MGF⁵. I primi 3 tipi prevedono dei sottotipi.

Tipo I. Ia: Rimozione del glande clitorideo o del solo prepuzio, paragonabile alla circoncisione maschile.
Ib: Rimozione del clitoride e del prepuzio (clitoridectomia). Fonte immagini: www.forums.studentdoctor.net.



Tipo II. Ila: rimozione delle piccole labbra. **Ilb:** rimozione delle piccole labbra e rimozione parziale o totale del clitoride. **Ilc:** rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra. Fonte immagini: www.forums.studentdoctor.net.

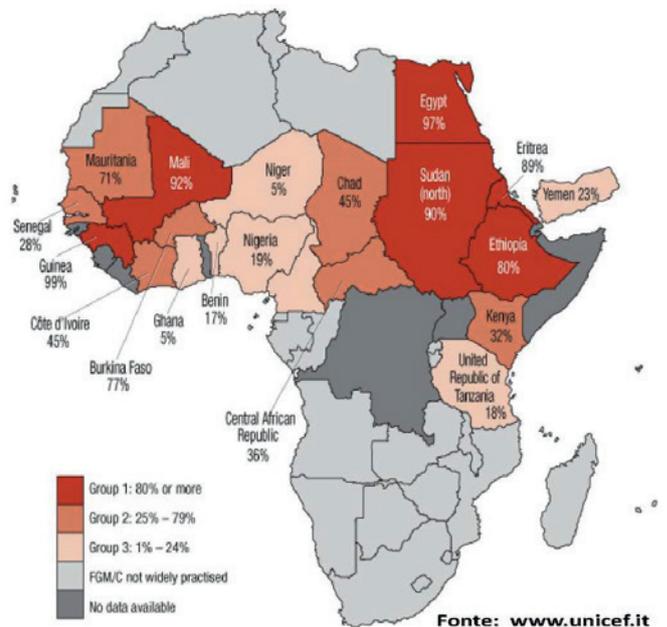


Tipo III. IIIa: rimozione, apposizione e adesione delle sole piccole labbra. **IIIb:** rimozione, apposizione e adesione delle grandi labbra. Fonte immagini: www.forums.studentdoctor.net.



Tipo IV. Tutte le altre procedure lesive praticate sugli organi genitali femminili senza fini terapeutici, quali ad esempio: piercing, incisioni, scarificazioni e la cauterizzazione.

Diffusione sul territorio africano



L'età delle donne sottoposte a tali pratiche varia all'interno delle diverse comunità, ma generalmente è concentrata nel periodo della pre-adolescenza. In alcune comunità la mutilazione può essere praticata anche su donne più adulte, alla vigilia del matrimonio o all'inizio della prima gravidanza, e persino su donne che hanno appena partorito. Queste modalità variano a seconda della cultura di appartenenza. Come l'età anche le modalità di esecuzione variano a seconda dei paesi e delle etnie.

Attualmente, le MGF sono diffuse in almeno 28 paesi africani⁶, in alcuni paesi asiatici (Indonesia, Malesia e alcune regioni dell'India) e in Medio Oriente (Iran, Iraq, Yemen, Oman, Arabia Saudita, Israele)⁷.

Secondo i dati forniti dall'OMS, dal Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) e dal Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA), dai 100 ai 140 milioni di donne e bambine nel mondo hanno subito mutilazioni genitali e ogni anno dai 2 ai 3 milioni di donne sono potenzialmente esposte al rischio di subire tali pratiche; le più frequenti rientrano nel I e II tipo della classificazione sopra esposta⁸.

Il fenomeno dell'immigrazione ha portato a una diffusione delle MGF anche in Europa, ove si calcola che siano circa 500.000 le donne che hanno subito una delle tipologie di MGF. Si stima, inoltre, che ogni anno

TOSCANAPopolazione residente: **3.692.828** • Stranieri residenti: **350.761**Incidenza % stranieri su popolazione: **9,5**

Paesi africani	Area continentale	Maschi	Femmine	Totale	Valore %
Benin (ex Dahomey)	Africa occidentale	34	45	79	0,4
Burkina Faso (ex Alto Volta)	Africa occidentale	84	36	120	0,7
Camerun	Africa centrale	348	309	657	3,6
R.C.A.	Africa centrale	1	4	5	0,0
Ciad	Africa centrale	42	6	48	0,3
Costa d'Avorio	Africa occidentale	377	329	706	3,9
Egitto	Africa settentrionale	1179	673	1852	10,2
Eritrea	Africa orientale	147	247	394	2,2
Etiopia	Africa orientale	154	288	442	2,4
Gambia	Africa occidentale	17	2	19	0,1
Ghana	Africa occidentale	179	73	252	1,4
Gibuti	Africa orientale	–	–	–	–
Guinea	Africa occidentale	67	24	91	0,5
Guinea Bissau	Africa occidentale	9	1	10	0,1
Kenya	Africa orientale	28	42	70	0,4
Liberia	Africa occidentale	20	8	28	0,2
Mali	Africa occidentale	98	7	105	0,6
Mauritania	Africa occidentale	11	5	16	0,1
Niger	Africa occidentale	27	22	49	0,3
Nigeria	Africa occidentale	1518	1788	3306	18,2
Senegal	Africa occidentale	6740	2016	8756	48,3
Sierra Leone	Africa occidentale	17	7	24	0,1
Somalia	Africa orientale	481	279	760	4,2
Sudan	Africa orientale	55	15	70	0,4
Sud Sudan	Africa centrale	2	0	2	0,0
Tanzania	Africa orientale	20	22	42	0,2
Togo	Africa occidentale	137	76	213	1,2
Uganda	Africa orientale	8	8	16	0,1
Zambia	Africa meridionale	1	2	3	0,0
Totale		11.801	6.334	18.135	100,0

circa 180.000 donne emigrate in Europa rischiano di essere sottoposte a MGF⁸.

Per quanto riguarda il nostro Paese, secondo i dati emersi dallo studio effettuato dall'Istituto Piepoli, le donne di età inferiore ai 17 anni, potenziali vittime attuali o future del fenomeno, sono circa 4.600⁷.

Come è noto è difficile riuscire ad avere dati aggiornati riguardo al fenomeno nei vari territori. È possibile però fare delle stime considerando la popolazione fem-

minile proveniente da un paese a tradizione escissoria residente sul territorio.

I dati sono mancanti o poco attendibili riguardo alla numerosità della popolazione non residente in Italia (cioè soggiornanti senza permesso regolare). L'unica stima che vede concordi più fonti, con riferimento alle ricerche dell'Istituto Piepoli e al Dossier annuale Caritas-Migrantes, è quella di considerare 1 irregolare ogni 5 regolari. Quindi al numero dei regolari andrebbe

aggiunto tendenzialmente un 20% in più di irregolari. L'obiettivo difficoltà nel quantificare e individuare il fenomeno nel nostro territorio attiene al problema di quantificare il reale numero di persone coinvolte, che tenga conto anche del numero di irregolarmente presenti. Un'ulteriore difficoltà è dovuta al reperimento di dati attendibili riguardo al fenomeno e alla sua diffusione tra le minori considerate a rischio.

ORIGINI E MOTIVAZIONI SOCIO-CULTURALI

La pratica della mutilazione sembra avere origini molto antiche. Numerose testimonianze confermano la presenza di tale pratica nell'Egitto dei faraoni, negli scritti dello storico greco Erodoto (V sec. a.C.) e nell'antica Roma. Tuttavia, contrariamente a una diffusa opinione, le MGF non rientrano tra le prescrizioni religiose. In particolare il collegamento con la religione islamica è privo di ogni fondamento, poiché nessuna indicazione in tal senso è contenuta nel Corano e nella dottrina musulmana. La pratica è infatti stata riscontrata trasversalmente in tutte le religioni. Le MGF rientrano fra le pratiche di costruzione sociale e culturale del sesso e del genere⁹. L'uso del corpo si differenzia nelle epoche così come nelle varie culture. Senza entrare nel merito delle varie tipologie e differenziazioni, si può affermare che le MGF sono considerate riti di passaggio, di iniziazione, di "purificazione" del sesso e del genere che avvengono attraverso l'eliminazione, la riduzione o la modificazione di parti del corpo considerate altrimenti ambigue. Secondo i miti Dogon e Bambara, ogni essere umano alla sua nascita è dotato di due sessi, femminile e maschile, il prepuzio sarebbe il principio del femminile nell'uomo e la clitoride sarebbe il pene della donna. Tagliando si pone fine al caos: simbolicamente attraverso questa pratica che si conclude il percorso per diventare donna a tutti gli effetti.

[...] donne o uomini non si nasce, lo si diventa. Fin dalla nascita di un individuo, la definizione del suo sesso non è data per scontata e anzi ha bisogno di essere costruita mediante rituali e imposizioni di marchi simbolici, talvolta impressi nella sua carne, che valgono come segni di appartenenza a quella cultura particolare¹⁰.

Si affianca a questo poi la concezione per cui la pratica escissoria abbia un valore positivo in relazione ai rapporti

sessuali e durante l'espletamento del parto. Il contatto con la clitoride e/o le labbra potrebbe arrecare un danno all'uomo, durante l'atto sessuale, come al neonato¹¹.

Come si è visto, sul piano sociale la pratica è funzionale alla costruzione dell'identità di genere: non sottoporsi a tale rituale è sinonimo di esclusione sociale e di un vero e proprio allontanamento dal nucleo familiare. La ritualità si trasmette di madre in figlia, da una generazione all'altra, con la pressione della collettività che esercita un forte ruolo decisionale.

Nei paesi ospiti l'importanza della pratica è altrettanto forte e la valenza simbolica del rituale non viene meno. Questo spiega la presenza di tale fenomeno anche fuori dai paesi di origine.

Tra i fattori che determinano il rischio, per una bambina o una ragazza, di essere sottoposta a una delle tipologie di MGF, si specificano:

- appartenenza a gruppi in cui vengono praticate nei paesi di origine le MGF;
 - appartenenza a un nucleo familiare in cui la madre e la/le sorella/e sia/siano già state sottoposte a MGF.
- Tra gli elementi concomitanti troviamo, ad esempio:
- prossimità di un viaggio al Paese d'origine, ove sia diffusa la pratica di MGF;
 - assenza prolungata e ingiustificata da scuola.

COMPLICANZE¹²

Ogni operatore sanitario deve conoscere le complicanze legate alla MGF, per diagnosticarle correttamente e trattarle nel modo più efficace. Vengono distinte in: a) immediate, che colpiscono la bambina subito dopo l'intervento; b) a lungo termine, che affliggono la donna per tutta la vita se non trattata.

Dipendono da vari fattori quali quantità di tessuto asportato, modalità di intervento, capacità ed esperienza dell'operatore/trice, condizioni igieniche nelle quali viene praticata, condizioni di salute della bambina (che potrebbe avere già di per sé anemia, una malattia infettiva o essere in condizioni di malnutrizione), contesto emotivo (al momento dell'operazione e nel corso della vita).

Complicanze immediate

Una revisione sistematica della letteratura pubblicata da Berg nel 2014¹³ evidenzia che le complicanze più frequenti sono l'emorragia (5-62%), la ritenzione urinaria

ria (8-53%) e l'edema dei genitali (2-27%) Sono inoltre riportate infezioni, febbre, setticemia.

Dove l'unico strumento usato per più bambini non viene sterilizzato, è facile trasmettere tetano, HIV, epatite^{14 15}. Il lavoro di Berg riporta 3 morti sicuramente riconducibili agli effetti diretti della MGF.

Complicanze a lungo termine

La revisione sistematica di Berg riporta un'associazione costante tra MGF e infezioni del tratto genito-urinario e dispareunia. Di seguito vengono riportate le complicanze più facilmente riscontrabili durante la pratica medica in donne portatrici di MGF.

Cicatrici vulvari e cisti

Dopo una MGF può residuare una cicatrice deturpante e dolorosa, e il 3% di questi casi è rappresentato da cheloidi. Cisti epidermoidi e cisti sebacee legate all'inclusione di annessi cutanei nella cicatrice sono frequenti e vanno trattate chirurgicamente¹⁶.

Abbastanza frequenti e spesso non diagnosticati sono i neurinomi clitoridei, causa di dolori spontanei e durante i rapporti, che diagnosticati e trattati ridanno qualità di vita alla donna che ne è affetta¹⁷⁻¹⁹.

Complicanze del tratto urinario

Le complicanze che interessano il basso tratto urinario sono molto comuni specialmente nelle donne con MGF di tipo II e III²⁰. Il flusso dell'urina risulta ostacolato dalla cicatrice dell'infibulazione con sintomi di ostruzione urinaria e ristagno delle urine, che possono condurre a frequenti infezioni delle basse vie urinarie e alla formazione di calcoli sia vaginali che retrocicatriziali²¹. Questi casi si risolvono con la deinfibulazione. Eventuali danni all'uretra provocati da qualsiasi tipo di MGF possono condurre a stenosi e fistole che richiedono l'intervento di urologi e uroginecologi specializzati. La letteratura riporta casi di vescica iperattiva/urgenza incontinenza²² trattati con successo prima con una deinfibulazione e poi con la rieducazione del pavimento pelvico.

Dispareunia, apareunia e ridotta funzione sessuale

La dispareunia può essere legata alla ristrettezza dell'ostio vaginale e alla presenza di cicatrice con neurinoma o alla presenza di briglie cicatriziali, tutti eventi

da trattare chirurgicamente. Sono stati descritte anche lacerazioni durante i rapporti sessuali e apareunia²³. Le conseguenze negative sulla funzione sessuale sono riportate da vari autori e descritte come dolori, mancanza di desiderio e di eccitazione, mancanza o ridotta frequenza dell'orgasmo, della lubrificazione e della soddisfazione sessuale²⁴⁻²⁶.

Altri studi comunque riportano che non necessariamente tutte le donne con MGF hanno un vissuto sessuale negativo, specialmente se non vi sono gravi complicanze e hanno una relazione con partner premuroso²⁷, e dimostrano che in caso di disfunzione sessuale vi è la possibilità di riabilitare le donne a una vita sessuale completa e appagante.

Sequela psicologiche

Le MGF sono interventi invasivi sul corpo femminile, destinati ad alterarne l'aspetto anatomico originario e a minarlo in quello funzionale. Nonostante nei contesti tradizionali ove vengono praticate esistano meccanismi sociali che garantiscono un forte sostegno emotivo, spesso le possibili conseguenze di tipo fisico sono motivo di gravi problematiche di ordine sociale e psicologico.

Sono stati descritti effetti psicologici come improvvisi ricordi dolorosi (flashback), attacchi d'ansia, stress post-traumatico²⁸. Questi effetti sono ancora più gravi in terra di immigrazione, soprattutto nelle giovani e nelle adulte che si confrontano con modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile completamente diversi dalla cultura di origine. Ci sono donne che attribuiscono all'esperienza mutilatoria sentimenti di umiliazione, di impotenza, e riferiscono di aver vissuto l'operazione come uno stupro e come un tradimento imperdonabile da parte della famiglia.

Viceversa ci sono donne che si dicono fiere e orgogliose della loro MGF, e negano qualsiasi complicanza fisica, psicologica o sessuale arrivando a "normalizzare" alcuni disturbi che solo con il tempo e con il contatto con altre donne vengono riconosciuti come tali^{29 30}. Tra molte ragazze si sono individuati episodi di tipo psicotico con l'avvicinarsi della consumazione del matrimonio³¹ Il quadro che si presenta in taluni casi può essere accompagnato anche da disturbi nell'area dell'affettività e della sessualità.

Difficoltà mestruali

Infezioni vaginali e PID (*pelvic inflammatory disease*)

Le MGF sono state associate a un aumentato rischio di infezioni sia batteriche che virali come l'*Herpes simplex*³³. Non vi sono evidenze epidemiologiche conclusive per sostenere un aumento del rischio di PID legato alle MGF. Uno studio sudanese con casi controllo ha evidenziato la stessa incidenza di infezioni da clamidia, gonorrea e sifilide in donne con e senza MGF³⁴.

Infertilità

Attualmente non vi sono evidenze o studi accurati per confermare se le MGF portino alla sterilità, che potrebbe essere legata alle infezioni ascendenti causate dalla procedura mutilatoria. Uno studio del 2005 ha però trovato una correlazione tra la MGF e la presenza di sterilità primaria³⁵.

Complicanze ostetriche

La ricerca sulle complicanze ostetriche delle MGF è ostacolata da una metodologia non omogenea e rigorosa e dal fatto che in Africa, dove la MGF è in genere praticata, mortalità e morbilità materna e perinatale sono comunque alte a causa di altri fattori. Complicanze ostetriche sono state descritte con tutti i tipi di MGF, tuttavia, i rischi sono maggiori con i tipi II e III.

Complicanze materne associate alla MGF sono state descritte in Africa, Nord America e in Europa.

Un ampio studio prospettico dell'OMS su esiti materni e perinatali in 28.000 donne in sei paesi africani ha riportato esiti negativi in presenza di MGF³⁶.

Una meta-analisi di Berg et al.³⁷ sugli esiti ostetrici materni ha revisionato gli studi condotti in paesi occidentali (USA ed Europa) in donne provenienti dall'Africa. La meta-analisi ha riportato nelle donne con MGF un aumento del rischio di travaglio prolungato, emorragia post-partum, traumi perineali, aumento del rischio di parto cesareo, maggiore necessità di rianimazione neonatale, maggior rischio di morte neonatale, di feto nato morto, e di parto prematuro.

Fino a ora non ci sono stati studi di buona qualità sugli esiti perinatali delle MGF, ma studi epidemiologici sui migranti non europei in Europa hanno evidenziato una maggiore incidenza di aborti e morte neonatale, per

cui donne provenienti da paesi che praticano MGF possono essere considerate a rischio più elevato^{38,39}. Sebbene sia stato associato alle MGF un alto rischio di fistole retto-vaginali o vescico-vaginali, gli studi al riguardo non hanno dimostrato tale correlazione⁴⁰. Altre conseguenze ostetriche legate alla presenza di MGF sono: paura del parto, difficoltà nel monitoraggio *intrapartum* (in caso di applicazione di elettrodi sul cuoio capelluto fetale o pre-prelievo ematico), difficoltà di cateterismo durante il travaglio, infezione della ferita e ritenzione dei lochia³⁶.

LA DISCIPLINA GIURIDICA

Le MGF rappresentano una violazione dei diritti fondamentali della persona. Le donne e bambine che vi sono sottoposte, anche in contrasto con la loro volontà, subiscono una violazione del diritto alla vita, dell'integrità fisica e della salute e possono, in determinate circostanze, assumere forma di tortura e/o di trattamento inumano e degradante⁴¹.

In ambito sovranazionale, le pratiche di MGF, si pongono in contrasto con:

- la *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo* del 1948, che all'art. 3 stabilisce che "Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della propria persona" e all'art. 5 prescrive che "Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizione crudeli, inumani o degradanti";
- la *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza* approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 (CRC);
- la *Convenzione sui diritti del fanciullo*, adottata a New York il 20 novembre 1989 e aperta alla firma dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 44/25 del 20 novembre 1989 che all'art. 24 c. 3 prevede che "Gli Stati parti adottano ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori." e all'art. 37 afferma che nessun bambino deve essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani e degradanti;
- la *Dichiarazione di Pechino*, adottata il 15 settembre 1995 nell'ambito della quarta conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne;
- la *Risoluzione 2003/28* resa dalla Commissione dei Diritti dell'Uomo delle Nazioni Unite il 22 aprile

2003, che istituisce la giornata internazionale della Tolleranza Zero nei confronti delle MGF, il 6 febbraio;

- il Protocollo aggiuntivo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e delle donne in Africa (2003), conosciuto come *Protocollo di Maputo*, in cui gli Stati si impegnano a promuovere la parità di diritti tra uomo e donna, anche sul fronte salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva (artt. 5 e 14).

In ambito europeo, si ricordano:

- la CEDU, Convenzione europea dei diritti dell'Uomo, così come modificata dai Protocolli nn. 11 e 14 e Protocolli nn. 1, 4, 6, 7, 12 e 13;
- la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica – Istanbul⁴², 11 maggio 2011 (art. 38);
- la Risoluzione del Parlamento europeo del 14 giugno 2012⁴³ sull'abolizione delle MGF (2012/2684-RSP);
- la Risoluzione del Parlamento europeo del 24 marzo 2009 sulla lotta contro le mutilazioni sessuali femminili praticate nell'UE;
- la Risoluzione della commissione per le pari opportunità del Consiglio d'Europa sulle MGF del 12 aprile 1999;
- la Relazione sulle MGF, adottata il 3 maggio 2001 dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.

Molte legislazioni di Paesi UE, Belgio, Francia, Germania, Olanda, Austria, Spagna, Svizzera qualificano le MGF come fattispecie criminosa nell'ordinamento giuridico interno. La Svezia, la Gran Bretagna e la Norvegia hanno invece adottato leggi speciali in materia⁴⁴.

In Italia, con Legge 9 gennaio 2006, n.7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", pubblicata nella G.U. n. 14 del 18 gennaio 2006, è stato introdotto l'art. 583 bis cp che sanziona con pene assai afflittive le pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili.

La norma introduce il nuovo reato di pratica di MGF, punendo con la reclusione da quattro a dodici anni "(...) chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione agli organi genitali femminili". Il secondo comma, introduce il delitto di "lesioni genitali", prevedendo la pena della reclusione da tre a sette anni per "(...) chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi

genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo e nella mente". Il bene giuridico tutelato dall'art. 583 bis c.p. è l'integrità fisica e la salute psicofisica della persona, ma anche la sua dignità personale, quali valori costituzionalmente rilevanti e tutelanti dall'ordinamento interno⁴⁵.

È comunque utile ricordare, che anche in molti paesi a tradizione escissoria, vigono norme che formalmente si pongono in contrasto delle MGF, anche se spesso tali pratiche non vengono effettivamente perseguite.

L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE

Quello introdotto con la legge 7/2006, è stato definito da una parte dalla giurisprudenza come un reato "culturalmente orientato". In una società che si è ormai trasformata in realtà multiculturale, in cui le differenze tra il mondo occidentale e le tradizioni dei paesi di origine possono essere stridenti, una condotta rispettosa dei principi tradizionali della comunità di appartenenza, può diventare reato nel paese europeo di ultima residenza.

Sensibilità, conoscenza del fenomeno e della specifica realtà in cui si radica, sono fondamentali per debellare tali pratiche dannose. Quando ci sono dei microsistemi sociali in cui il precetto culturale gode di maggiore effettività rispetto alla norma giuridica, la legge penale rischia di rimanere lettera morta e non ottenere l'obiettivo prefissato: tutela della vita e della salute psicofisica delle donne e delle bambine. Ecco che sul piano giuridico, di fronte a un reato culturalmente orientato la fattispecie penale deve rappresentare l'*extrema ratio*. La legge n. 7/2006 è divisa in due sezioni, e le misure preventive precedono le misure punitive.

Ai fini della prevenzione del fenomeno "criminoso" si individuano alcune buone prassi, quali: promozione di campagne informative, iniziative di sensibilizzazione e informazione, programmi di aggiornamento, predisposizione di linee guida per personale sanitario, istituzione di un numero verde per segnalazioni.

Quindi a oggi non disponiamo di specifiche linee guida sulle procedure da seguire nelle situazioni che sfuggono dalle fattispecie astratte previste dalla normativa⁴⁶.

L'obiettivo della presente procedura è proprio l'individuazione di meccanismi preventivi e di percorsi specifici, all'interno della rete di operatori socio-sanitari che

ne sono più direttamente coinvolti. Gli assunti fondamentali che ne costituiscono l'impianto sono:

- individuazione precoce e il monitoraggio dei casi a rischio;
- informazione rivolta alle comunità;
- formazione e aggiornamento continuo per gli operatori coinvolti.

L'importanza dell'aspetto preventivo e dell'elaborazione di procedure in tal senso è stata sottolineata anche dal Parlamento Europeo nella Risoluzione del 24 marzo 2009, che affronta il tema della lotta contro le MGF nell'UE (2008/2071(INI)). Agli articoli 29 e 30 si invitano gli Stati membri ad "attuare una strategia preventiva di azione sociale per proteggere le minorenni senza stigmatizzare le comunità dei migranti" e a "elaborare orientamenti per gli operatori sanitari, gli educatori e gli assistenti sociali per informare adeguatamente i genitori degli effetti delle MGF e del fatto che queste pratiche sono reati".

L'aspetto cruciale della prevenzione e della predisposizione di procedure specifiche si rintraccia anche nel precedente Protocollo di Istanbul e nella successiva risoluzione 2012/2684(RSP) del 14 giugno 2012⁴⁷ sull'abolizione delle MGF.

Scopo ultimo di una politica di prevenzione è una progressiva riduzione della via giudiziale penale o civile, che potrà essere adita solo quando sarà fallito il lavoro informativo e preventivo, ovvero quando l'intervento mutilatorio sia stato praticato, oppure nel caso di un pericolo attuale e concreto accertato che una minore possa esservi sottoposta.

È pertanto essenziale adottare una strategia preventiva di azione sociale che protegga le minori, senza stigmatizzare le comunità di immigrati, attraverso programmi pubblici e servizi sociali volti a prevenire e assistere le vittime che le hanno subite, offrendo loro sostegno psicologico e sanitario.

PRINCIPI GUIDA

Si riassumono i principi che devono fungere da guida ai fini di un'effettiva prevenzione della pratica di MGF e di una corretta applicazione delle procedure proposte.

- Inquadrare le MGF non in un dettato religioso, ma come tradizioni culturali.
- Incentivare l'educazione, l'*empowerment* e i percorsi di autonomia delle donne, strada potenzialmente percorribile al fine di sradicare questa pratica.
- Agire all'interno delle famiglie, con interventi che ne coinvolgano tutti i componenti, siano essi uomini o donne. È fondamentale la partecipazione dell'intero nucleo familiare.
- Appoggiare la famiglia e prendersene carico con un "approccio sensibile" sospendendo il giudizio, per non correre il rischio di provocare un sentimento di repulsione.
- Condannare le MGF, evitando di condannare la persona.
- Garantire un supporto psicologico alle donne sottoposte a MGF e a quelle individuate a rischio.
- Effettuare la visita pediatrica periodica (in modo

APPENDICE

Conoscenza

In questo specifico ambito è fondamentale che il problema delle MGF sia giustamente inquadrato nella sua dimensione etica e non invece relegato a una battaglia di nicchia, una questione marginale riconducibile alle sole difficoltà derivanti dalla multiculturalità, quindi oggetto d'interesse di pochi.

Sostegno

La condanna delle MGF deve procedere insieme a un empowerment delle donne e di tutte le comunità, affinché sia affermato e tutelato il diritto di ciascuno a prendere in mano autonomamente la cura della propria salute, affinché sia dato dalla società il supporto necessario alle donne per il miglioramento delle condizioni di vita e di benessere, miglioramento che non deve in nessun modo essere delegato.

Diritto

Il fenomeno delle MGF deve essere ricondotto nella cerchia generale delle tematiche etiche femminili e non considerato solo un increscioso problema medico, risolvibile nei termini di adeguamento, pur necessario, della normativa o della sola cultura medica. Poiché è un problema riguardante i diritti umani a pieno titolo, deve essere assunto nel complesso dei suoi aspetti socio-culturali.

Le tradizioni antiche non sono verità assolute e come tali possono essere messe in discussione. Oggi i nuovi riferimenti culturali si impongono grazie al pensiero e all'azione delle donne che lottano per lo sradicamento totale della pratica. Alle donne che combattono è necessario dare voce, spazi di intervento e sostegno attivo. Sarebbe una forma particolarmente odiosa di razzismo pensare alle culture e alle tradizioni differenti da quella occidentale, come a culture monolitiche e fisse e non, invece, a forme sociali complesse in perenne evoluzione.

da consentire una verifica costante dell'assenza di MGF), nella quale il pediatra è tenuto al controllo dei genitali, come previsto dai bilanci di salute.

- Segnalare all'insegnante il referente per l'educazione alla salute al fine di censire i minori presenti nelle scuole della provincia nati da genitori provenienti da paesi considerati a rischio MGF. Gli insegnanti dovranno porre una attenzione maggiore sui minori indicati e dovranno rinforzare i messaggi sull'argomento MGF in classe, chiamando anche associazioni e persone preparate in materia, che indicheranno azioni e reti di riferimento in caso di pericolo di MGF.
- Collaborare con le comunità di immigrati per incentivare l'emersione del fenomeno.

RACCOMANDAZIONI

Le seguenti raccomandazioni vogliono affrontare il tema della prevenzione, segnalazione e sorveglianza delle MGF, prendendo in considerazione le strutture e le figure del SSR della Toscana che possono, durante lo svolgimento del loro lavoro, incontrare donne e minori provenienti da paesi a rischio MGF.

Le raccomandazioni sono state strutturate dedicando una breve introduzione a ogni struttura/servizio, alle diverse figure professionali coinvolte e indicando le azioni da eseguire tenendo conto delle quattro possibili categorie individuate:

1. donna in gravidanza senza MGF;
2. donna in gravidanza con MGF;
3. donna non in gravidanza senza MGF;
4. donna non in gravidanza con MGF.

Le raccomandazioni hanno lo scopo di definire ruoli, compiti e attività di ogni figura professionale coinvolta, con il tentativo di costruire dei percorsi di cura e prevenzione e momenti di relazione – comunicazione – contatto per garantire la presa in carico integrata delle donne e delle minori provenienti da paesi considerati a rischio MGF.

Infine, vengono indicate le strutture di riferimento a livello regionale in grado di offrire un supporto completo a operatori e utenti grazie alla presenza di équipe multidisciplinari. Tali strutture sono:

- il Centro di Riferimento Regionale per le MGF dell'A.O.U. Careggi (CRR-MGF);
- il Centro di Riferimento Regionale per la Violenza

e abusi sessuali sulle donne e i minori dell'A.O.U. Careggi (CRRV);

- il Servizio Abusi Infanzia Adolescenza dell'A.O.U. Meyer (GAIA).

Le raccomandazioni consigliano sempre e fortemente, quando necessario, l'affiancamento di un Mediatore Linguistico Culturale (MLC) e la distribuzione di materiale informativo cartaceo e multimediale.

I principali paesi di provenienza a tradizione escissoria e i fattori che sono stati individuati come parametri di rischio MGF sono elencati di seguito.

Paesi interessati

Le MGF sono praticate, con tipologie e percentuali diverse, in Africa (vedi elenco in tabella), e in specifiche aree geografiche di Asia e Medio Oriente come Yemen, Iraq, Kurdistan, Indonesia, Malesia^{5 48-53}. Esperienze professionali riportate da esperti che hanno contribuito alla stesura del presente documento, hanno riscontrato la presenza di MGF anche tra la popolazione Embera di Puerto Rico in Colombia.

Distinguere i paesi e i tipi di MGF è molto importante per la differente gravità delle complicanze a esse legate e per i diversi livelli di assistenza richiesti. Stime recenti indicano che il 90% dei casi di MGF nel mondo è rappresentato dai tipi I, II e IV. Mentre il tipo III (infibulazione) riguarda il 10% del totale delle MGF⁴⁹.

Fattori di rischio⁵⁴

- Provenienza da paese a tradizione escissoria della donna e/o nel caso di minore della madre e/o del padre.
- Madre e/o sorella/e sottoposte a pratica MGF.
- Partner proveniente da paesi a rischio.

Altri elementi concomitanti possono essere:

- assenza prolungata e ingiustificata da scuola;
- prossimità di un viaggio nel paese d'origine a tradizione escissoria.

Strutture/servizi e figure professionali coinvolte

- Consultorio.
- CRR - MGF - AOU Careggi.
- CRRV - AOU Careggi.
- GAIA - AOU Meyer.
- Mediatore Linguistico Culturale (MLC).

Country	Prevalence (%)	Type performed
Most reliable estimates		
Burkina Faso	72	Type II
Central African republic	43	Types I & II
Ivory Coast	43	Type II
Egypt	97	Type I (17%), Type II (72%), Type III (9%)
Eritrea	95	Type I (64%), Type II (4%), Type III (34%)
Guinea	99	Type II
Kenya	38	Type I & II, Type III practiced in eastern regions
Mali	94	Type I (52%), Type II (47%), Type III in southern Mali (1%)
Niger	5	Type II
Nigeria	25	Type I, Type II predominant in south, Type III only in north
Somalia	98-100	Type III
Sudan	89	Type I (15%), Type II (3%), Type III (82%)
Tanzania	18	Type I & II
Togo	12	Type II
Yemen	23	No data
Other estimates		
Benin	50	Type II
Chad	60	Type II & Type III only in the north
Ethiopia	85	Types I & II, Type III in regions bordering Sudan and Somalia
Gambia	80	Type II
Ghana	30	Type II
Liberia	60	Type II
Senegal	20	Type II
Sierra Leone	90	Type II
Questionable estimates		
Cameroon	20	Type I & II
Dem Rep Congo	5	Type II
Djibouti	98	Type II & III
Guinea-Bissau	50	Types I & II
Mauritania	25	Types I & II
Uganda	5	Types I & II

- Medico di medicina generale (MMG).
- Pediatra di libera scelta.
- Punto nascita.
- Servizi sociali/assistente sociale.
- Tribunale per i Minorenni - Procura della Repubblica.

Per eventuali interventi di supporto si può comunque consultare la rete territoriale di riferimento costituita dalle Associazioni coinvolte, con cui sono concordati opportuni percorsi⁵⁵.

Materiale informativo multilingua (dépliant)

A supporto dei momenti di counseling breve⁵⁶ gli operatori dei consultori, dei punti nascita nonché tutti gli operatori coinvolti, avranno a disposizione materiale informativo multilingua (dépliant) contenente informazioni sui rischi sanitari (conseguenze e complicanze MGF) e informazioni sulla Legge n. 7/2006 che sanziona le MGF come reato penale. Il dépliant viene dato a tutte le donne a rischio MGF.

STRUTTURE/SERVIZI E FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Consultorio

Il Consultorio si occupa della tutela della salute della donna, in tutte le fasi della sua vita, delle relazioni di coppia e familiari. È stato pertanto individuato come luogo di incontro privilegiato, di ascolto e aiuto per donne, giovani, famiglie e immigrati; quindi come luogo di incontro/informazione con donne provenienti da paesi a rischio.

All'interno della rete consultoriale in Regione Toscana, le Aziende sanitarie hanno individuato i consultori "principali" ai sensi della DGR 259/2006, all'interno dei quali sono presenti almeno le seguenti figure professionali operanti in équipe: assistente sociale, ginecologo, ostetrica, psicologo e con disponibilità di mediatori culturali.

È opportuno che le Aziende, a seconda del bacino di utenza e in relazione alla provenienza dell'utenza da paesi a tradizione escissoria, individuino nella rete dei consultori, quelli dove è più opportuno concentrare la competenza nel gestire la presa in carico di donne con MGF o a rischio, in rete con gli altri soggetti coinvolti. Tali consultori "dedicati" possono essere pertanto

indicati come punti di riferimento territoriale, con una particolare formazione rivolta allo specifico delle MGF. I consultori dedicati si accosteranno alla famiglia attraverso le figure professionali coinvolte per l'attivazione di un "Percorso di Prevenzione MGF/Educazione alla Salute"⁵⁷ in cui forniranno counseling e indicazioni necessarie per affrontare la problematica MGF, in collaborazione con i mediatori culturali.

L'invio al consultorio "dedicato" (dai punti nascita, dai pediatri e da altri consultori) avverrà tramite appuntamento. Sono diversi i momenti di contatto in cui le donne possono entrare in relazione con i servizi consultoriali, sia in stato di gravidanza che non.

A. DONNE IN GRAVIDANZA provenienti da paesi a rischio

I possibili momenti di contatto sono:

- consegna libretto di gravidanza regionale;
- corsi Accompagnamento alla Nascita (CAN);
- controlli e visite in gravidanza;
- attività in post-partum.

In caso di MGF accertata:

1. si registra il dato (presenza e tipo di MGF, presenza/assenza di complicanze, eventuale pregressa deinfibulazione) sulla cartella di gravidanza (cartacea e informatizzata);
2. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
3. si provvede all'inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF raccordandosi con il consultorio "dedicato";
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con CRR-MGF c/o AOU-Careggi (anche per eventuale deinfibulazione);
5. si provvede con un invio concordato della donna al punto nascita scelto, per un'opportuna gestione del parto (e per eventuale deinfibulazione);
6. si promuove l'assistenza in post-partum tramite l'offerta attiva e proposta di recall;
7. nel post-partum si provvede all'inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, se non effettuato prima;
8. nel post-partum si consulta e si attiva la rete T/H tra-

mite raccordo con consultorio "dedicato" e/o con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati se non effettuato prima;

9. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede a un invio concordato per supporto.

In caso di MGF non accertata:

1. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si provvede a una valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
3. si procede a un eventuale inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, se non effettuato prima;
4. si promuove l'assistenza in post-partum tramite offerta attiva e proposta di recall;
5. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio "dedicato" e/o con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati;
6. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede a un invio concordato per supporto.

B. DONNE NON IN GRAVIDANZA provenienti da paesi a rischio

In caso di MGF accertata:

1. si registra il dato (presenza e tipo di MGF, presenza/assenza di complicanze, eventuale pregressa deinfibulazione) sulla cartella di gravidanza (cartacea e informatizzata);
2. si effettua un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
3. si provvede all'inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF;
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio "dedicato" e/o con CRR-MGF c/o AOU-Careggi;
5. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti cercando di provvedere a un invio concordato per supporto.

In caso di MGF non accertata

In caso di contatto con i servizi consultoriali, per altre tipologie di richiesta, si presta attenzione al paese di provenienza, con consegna di materiale informativo se la donna proviene da un paese a rischio:

1. si registra il dato di provenienza;
2. si procede a una valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
3. si provvede a un eventuale inserimento nel "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF;
4. si consulta ed eventualmente si attiva la rete T/H raccordandosi con consultorio "dedicato" e/o con CRR c/o AOU-Careggi;
5. si consultano le associazioni/comunità di riferimento sul territorio fornendo indicazioni per contatti ed eventualmente si provvede a un invio concordato per supporto.

Punto Nascita

A. DONNE provenienti da paesi a rischio

Si registra all'accettazione sulla cartella (cartacea e informatizzata) il paese di provenienza e alla visita il dato (presenza/assenza MGF e tipo, presenza/assenza di complicanze, eventuale pregressa deinfibulazione).

In caso MGF accertata:

1. durante la degenza/dimissione viene effettuato dal personale ostetrico un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si consulta e si attiva raccordo con CRR c/o AOU-Careggi per un'eventuale presa in carico della donna (v. paragrafo dedicato);
3. si promuove l'assistenza in post-partum all'interno del "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato al consultorio dedicato;
4. in caso di neonato di sesso femminile si consulta e si attiva raccordo con consultorio dedicato. In caso di neonato di sesso maschile, ma con presenza in famiglia di altre bambine a rischio, si provvede all'inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
5. si promuove la scelta del pediatra e nel compilare la cartella di dimissione e il libretto pediatrico si ha cura

di inserire, tra le informazioni richieste, il paese di nascita della madre e del padre e, nella parte relativa ai "problemi sanitari di rilievo nei familiari" si inserisce la presenza di MGF nella madre e/o in eventuali sorelle.

In caso di MGF non accertata:

1. durante la degenza/dimissione viene effettuato dal personale ostetrico un counseling breve con consegna del materiale informativo multilingua;
2. si promuove l'assistenza in post-partum al consultorio al fine di una valutazione per l'eventuale inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
3. in caso di neonato di sesso femminile si consulta e si attiva raccordo con consultorio dedicato. In caso di neonato di sesso maschile, ma con presenza in famiglia di altre bambine a rischio, si provvede all'inserimento nel "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, attraverso invio concordato;
4. si promuove la scelta del pediatra e nel compilare la cartella di dimissione e il libretto pediatrico si ha cura di inserire, tra le informazioni richieste, il paese di nascita della madre e del padre.

Pediatra

Il pediatra di libera scelta svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio anche in relazione al rapporto di fiducia e continuità che nel tempo costruisce con la famiglia.

Nel caso di una neonata con corretta compilazione della cartella di dimissione/libretto pediatrico da cui si evincono le condizioni di rischio della neonata, il pediatra:

1. consegna materiale informativo su MGF alla madre e fa una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
2. si accerta che la madre sia inserita in un percorso di presa in carico post-partum e si raccorda con il consultorio prendendo l'appuntamento in caso di donna con MGF. In ogni caso promuove l'assistenza per le donne in post-partum nel consultorio attraverso consegna dei riferimenti;
3. durante le regolari visite controlla i genitali della minore e particolarmente dopo periodi di assenza prolungata⁵⁸;

4. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) precedentemente individuati e con il Servizio sociale territoriale; in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (v. paragrafo dedicato);
5. se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

In caso di minore non proveniente dal punto nascita

Se la minore non proviene direttamente dal punto nascita o è arrivata tramite ricongiungimento familiare o adozione, il pediatra compila la cartella prestando attenzione al **paese di provenienza della minore e/o dei genitori**:

1. in presenza di fattori di rischio consegna il materiale informativo su MGF ai genitori e procede a una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;
2. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) e con il Servizio sociale territoriale, precedentemente individuati e si raccorda con il consultorio (invio concordato al "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" attivato nel consultorio); in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (v. paragrafo dedicato);
3. durante le regolari visite controlla i genitali della minore e particolarmente dopo periodi di assenze prolungate;
4. se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

Medico di medicina generale

Il medico di famiglia svolge un importante lavoro di prevenzione, segnalazione e monitoraggio anche grazie al rapporto di fiducia e continuità costruito negli anni.

Nel caso di minore gestita dal MMG si rimanda alle raccomandazioni del PLS.

Il MMG compila la cartella prestando attenzione al **paese di provenienza della donna o della minore e/o dei genitori**:

1. in presenza di fattori di rischio consegna il materiale informativo su MGF, accompagnato da un counse-

ling breve, alla ragazza e/o ai genitori e procede a una prima valutazione del rischio rispetto all'anamnesi familiare/culturale;

2. in caso di più fattori di rischio si consulta con i servizi AOU-Careggi (CRR-MGF, CRRV) e AOU-Meyer (GAIA) e con il Servizio sociale territoriale precedentemente individuati e si raccorda con il consultorio (invio concordato al "percorso di prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF);
3. in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni (v. paragrafo dedicato);
4. se, durante le visite, riscontra una MGF procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

GAIA – AOU Meyer

Il servizio GAIA svolge una valutazione sul caso e consulenza. Svolge un lavoro in rete per l'attivazione delle procedure di prevenzione e segnalazione con i Punti nascita, i consultori, i pediatri e i medici di famiglia.

Svolge un ruolo di riferimento per la presa in carico delle bambine segnalate a rischio MGF e interviene previo appuntamento.

Svolge un lavoro di prevenzione/segnalazione ed esegue una visita pediatrica completa, con controllo dei genitali, in équipe con altre figure professionali (assistente sociale, psicologa).

1. Stabilisce un rapporto con la famiglia e consegna materiale informativo su MGF (rischi sanitari e legislazione in Italia), procede a una valutazione del rischio ed eventualmente attiva il "percorso prevenzione MGF/educazione alla salute" con uno specifico counseling per MGF, presso i servizi consultoriali.
2. Se riscontra un effettivo rischio di MGF procede alla presa in carico della famiglia; in caso di volontà manifesta segnala alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale dei minorenni.
3. Se riscontra un caso di MGF in una minore procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale Ordinario.

Servizio Sociale/Assistente Sociale

Nello svolgimento del ruolo e con riferimento alla tipo-

logia dei diversi livelli organizzativi e alla distribuzione delle attività sociali che la legge prevede, emergono tre funzioni proprie del Servizio Sociale:

- segretariato di servizio;
- management sociale del caso (*case management*);
- osservazione, programmazione, pianificazione, attuazione e coordinamento dell'intervento sociale.

Nello specifico ambito di tutela di soggetti minori i compiti dell'assistente sociale si possono così riassumere: funzione di assistenza, sostegno e aiuto alla genitorialità in famiglie con minori; vigilanza, protezione e tutela dei minori di fronte a difficoltà e carenze nella gestione del ruolo genitoriale, da attivare in presenza di fattori di rischio evolutivo del minore (artt. 9 e 23, legge 184/83) anche in assenza di una richiesta diretta della famiglia (CNOAS Dicembre 2013).

- Nel caso di avvenuta MGF in una minore, segnalata e qualificata come intervento lesivo e mutilante dell'integrità psico-fisica della minore da parte di consultori, pediatri e medici di famiglia, il servizio sociale procede alla segnalazione alla Procura della Repubblica c/o il Tribunale ordinario.

In caso di avvenuta MGF in danno di una minore, occorre valutare ed effettuare una segnalazione alla Procura della Repubblica per i minorenni (oltre ovviamente a quella ordinaria), poiché in tal caso il pregiudizio si è determinato e dovrà verificarsi se lo stesso sia significativo di una inidoneità dei genitori e quindi occorra una limitazione della responsabilità genitoriale.

Tribunale per i Minorenni (TM) – Procura della Repubblica

Il Tribunale per i Minorenni (TM) è competente, per quanto riguarda la materia penale, per i reati commessi da minori degli anni 18 e, per quanto attiene la materia civile, negli ambiti di attribuzione dell'art. 38 Disp. Att. cc., tra l'altro, per gli interventi limitativi o ablativi della "responsabilità genitoriale", quando la condotta degli esercenti la predetta responsabilità (di regola i genitori) non sia idonea o adeguata per i minori (i loro figli) o possa comunque provocare disagio o pregiudizio per gli stessi. Il legislatore non ha "tipizzato" le ipotesi di intervento, che debbono quindi essere valutate nelle singole situazioni concrete e ciò può determinare qualche incertezza. La competenza civile del TM in ordine alla "limitazione" della responsabilità

genitoriale, viene tuttavia meno quando vi sia in corso un giudizio dinanzi al Tribunale Civile ordinario, di separazione o divorzio o ai sensi dell'art. 316 cc.

In considerazione del fatto che il TM è un organo giurisdizionale, esso non può prendere iniziative di "ufficio". L'art. 336 del codice civile prevede in particolare che, legittimato a presentare ricorsi al TM – con richieste che incidano sulla responsabilità genitoriale – oltre ai genitori e parenti, possa essere il pubblico ministero. La Procura della Repubblica presso il TM ha quindi compiti in questa materia. I due uffici (Procura e TM) sono tuttavia autonomi e separati, quindi eventuali segnalazioni dovranno essere inviate alla Procura della Repubblica presso il TM, sino a quando non sia stata aperta una procedura in Tribunale. Qualora invece la segnalazione dovesse giungere al Tribunale per i Minorenni, il Tribunale dovrà poi trasmetterli comunque alla Procura.

Sebbene le segnalazioni possano pervenire alla Procura della Repubblica da "tutti", nella pratica sono i servizi, le forze dell'ordine, sanitari e insegnanti, associazioni di volontariato a procedere. A tal fine è opportuno che le segnalazioni siano più complete possibile. La Procura dopo aver effettuato eventuali accertamenti, può presentare ricorso al Tribunale con richieste limitative della responsabilità genitoriale.

In caso di avvenuta MGF in danno di una minore, occorre effettuare una segnalazione alla Procura della Repubblica per i Minorenni (oltre ovviamente a quella ordinaria), poiché in tal caso il pregiudizio si è determinato e dovrà verificarsi se lo stesso sia significativo di una inidoneità dei genitori e quindi occorra una limitazione della responsabilità genitoriale.

Centro di Riferimento Regionale per le MGF – AOU Careggi

La Regione Toscana, nel 2003, ha costituito il Centro di Riferimento Regionale per la Cura e la Prevenzione delle conseguenze legate alle MGF (CRR-MGF) e a oggi esso svolge un ruolo importante anche nella promozione della salute delle donne immigrate in genere. Nel CRR-MGF vengono programmati ed eseguiti gli interventi chirurgici della deinfibulazione dal 2003, da quando è stato istituito dalla Regione Toscana. Gli interventi vengono abitualmente eseguiti nella saletta chirurgica del DAIMI.

Il Centro, inoltre, fornisce visite specialistiche e consulenze: colloqui per la preparazione degli interventi chirurgico-riparativi, controlli post-intervento di deinfibulazione, ecografie e flussimetrie sulle cicatrici spesse o in presenza di complicanze (tipo cisti); ricerca e lavoro con testisti di varie branche specialistiche.

Per un primo contatto con il Centro non è richiesto appuntamento: le pazienti arrivano direttamente in orario di servizio. Si procede con un primo colloquio per conoscere la donna, il suo stato di salute e le motivazioni che l'hanno portata al Centro di Riferimento. Seguono l'anamnesi e una prima visita ostetrico-ginecologica con registrazione dei dati della donna. Non tutte le pazienti presentano problemi di salute. Molte volte hanno solo bisogno di risposte alle loro domande, questo compito è parte integrante dell'attività del CRR.

In un secondo momento la paziente è indirizzata nei vari ambulatori del Dipartimento DAIMI materno-infantile⁵⁹ a seconda delle sue necessità e/o verso i consultori familiari di appartenenza.

In caso di gravidanza è predisposto un protocollo per la deinfibulazione che viene attuato entro la dodicesima-sedicesima settimana. Oltre la sedicesima settimana non viene più eseguita la deinfibulazione, che verrà eseguita all'espletamento del parto. Pertanto, dalla trentaseiesima settimana della gestazione fisiologica il CRR-MGF invia la paziente agli ambulatori della SODs di medicina prenatale, dove un team formato sulle MGF seguirà la donna fino al termine. Il CRR-MGF si avvale della collaborazione con la nursery, per i controlli post-partum. Questi sono momenti fondamentali per trasmettere informazioni e fare prevenzione.

La deinfibulazione viene eseguita anche al di fuori della gravidanza per ridurre o prevenire infezioni urinarie e vaginali, per consentire i primi rapporti sessuali o per trattare la dispareunia, per consentire visite ginecologiche e strumentali. Negli ultimi anni giovani donne infibulate richiedono l'intervento anche se non hanno un partner e non soffrono di complicanze mediche.

Prima della deinfibulazione alle pazienti viene spiegata la procedura e fatto firmare un consenso informato già predisposto. Si ribadisce, che l'intervento non è soltanto una semplice apertura della cicatrice dell'infibulazione, ma è il risultato di un lavoro profondo con la paziente in termini di dialogo, conoscenza, informa-

zione, educazione alla salute, alla genitorialità (prevenzione delle MGF nelle figlie), risultato estetico/psicologico/sessuologico/urologico e del rispetto della legge n. 7/2006.

Il CRR-MGF si avvale anche della collaborazione di una psicologa formata in MGF per la crescente richiesta di interventi di ricostruzione clitoridea.

In caso di bisogno viene programmata la rieducazione perineale post-partum.

Il CRR-MGF opera in raccordo con gli altri soggetti del percorso tramite le modalità già dettagliate (consulenze, invii concordati).

Centro di Riferimento Regionale per la Violenza e l'abuso sulle donne adulte e minori – AOU Careggi

Nell'ambito della SOD ginecologia infanzia adolescenza dell'AOU-Careggi, afferisce il Centro Regionale di Riferimento per la Violenza e l'abuso sulle donne adulte e minori (CRRV).

Il CRRV è attivo H24 per tutte le situazioni di emergenza offrendo accoglienza, valutazione ginecologica, procedure diagnostiche, raccolta di materiale utile a fini forensi e prescrizioni terapeutiche, secondo le linee guida nazionali e regionali in regime ambulatoriale e di ricovero. La consulenza offerta, secondo le linee guida, si propone di raccogliere elementi anamnestici significativi, materiale utile ai fini forensi e di offrire le procedure necessarie ed eventuali consulenze mirate, in collaborazione con neuropsichiatria psichiatria infantile, malattie infettive, laboratorio di batteriologia e microbiologia, genetica forense e tossicologia forense.

La struttura è strettamente integrata con tutti i servizi del DAIMI e con le altre realtà presenti sul territorio come Servizi Sociali e Centri di Accoglienza ONLUS.

Le consulenze in caso di sospetto abuso su minore, trattandosi prevalentemente di consulenze programmate, vengono effettuate presso il Servizio di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza, dove personale dedicato prende in carico le pazienti.

Il servizio è caratterizzato da una visione interdisciplinare dell'approccio clinico alla bambina e all'adolescente e si occupa di diagnosi e trattamento di patologie della sfera riproduttiva dal periodo neonatale alla post-adolescenza.

La possibilità di offrire tutti i servizi mediante un *medica-*

tore culturale costituisce un'altra importante risorsa per le pazienti. Inoltre vi può essere il supporto del servizio di *psicologia clinica*.

Il CRRV opera in raccordo con gli altri soggetti del percorso tramite le modalità già dettagliate (consulenze, invii concordati).

Pronto Soccorso – Codice Rosa

Il percorso del Codice Rosa si attiva nel momento in cui le pazienti arrivano nelle strutture di pronto soccorso a seguito di lesioni causate da maltrattamenti e abusi. La procedura da attivare nei casi in cui si riscontrino donne e bambine con MGF sono le stesse previste dal presente documento di "raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione e sorveglianza delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)", che il personale di pronto soccorso è tenuto ad adottare. Nel contesto del Pronto soccorso a causa della numerosità e dell'urgenza dei casi trattati, può risultare difficoltoso individuare le donne e le bambine provenienti da paesi a rischio MGF, al fine di assicurare già in quella sede un momento informativo sul tema della prevenzione delle MGF, il personale del PS è comunque invitato a consegnare alle utenti il materiale informativo multilingua che verrà messo a disposizione.

Bibliografia

- 1 www.camera.it/parlam/leggi/060071.htm.
- 2 www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf.
- 3 Il termine mutilazione viene utilizzato dagli anni '70 in sostituzione del termine "circoncisione femminile". La parola è stata scelta e utilizzata dalla comunità internazionale per rafforzare la connotazione negativa associata alla pratica.
- 4 World Health Organization (WHO). *Female genital mutilation*. Fact sheet n. 241, febbraio, 2010.
- 5 World Health Organization (WHO). *Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement*. Geneva: OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO 2008.
- 6 I Paesi in cui è più diffusa attualmente sono: Somalia, Eritrea, Etiopia, Gibuti, Egitto, Sudan.
- 7 Istituto Piepoli S.p.a. *Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia*. Ricerca 117-01-2009 (www.pariopportunita.gov.it/images/stories/documenti_vari/UserFiles/Il_Dipartimento/report_mgf_piepoli.pdf).
- 8 www.dhsprogram.com.
- 9 È importante sottolineare che i termini "genere" e "sesso" non sono sinonimi. Il *genere* si basa sull'identità, lo status e il ruolo; è qualcosa che si impara e si costruisce in un percorso di apprendimento sociale e culturale. Il *sesso* è biologicamente determinato.
- 10 Rivera A. *La bella, la bestia e l'umano*. Roma: Ediesse, 2010.
- 11 Fusaschi M. *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*. Torino: Bollati Boringhieri 2003.
- 12 RCOG. *Female Genital Mutilation and its Management*. Green-top Guideline No. 53, July 2015.
- 13 Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, et al. *Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open* 2014;4:e006316.
- 14 Molti dei paesi a tradizione escissoria hanno un'alta incidenza di epatite B e di HIV. Hwang EW, Cheung R. *Global epidemiology of hepatitis B virus (HBV) infection*. *N Am J Med Sci (Boston)* 2011;4:7-13.
- 15 L'uso di strumentario non sterile per più bambini può spiegare l'alta incidenza di queste infezioni in presenza di MGF. Duri K, Stray-Pedersen B. *HIV/AIDS in Africa: trends, missing links and the way forward*. *J Virol Antivir Res* 2013;2. doi:10.4172/2324-8955.1000107).
- 16 Asante A, Omurtag K, Roberts C. *Epidermal inclusion cyst of the clitoris 30 years after female genital mutilation*. *Fertil Steril* 2010;94:1097.e1-3.
- 17 Abdulcadir J, Pusztaszeri M, Vilarino R, et al. *Clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting: a rare but possible event*. *J Sex Med* 2012;9:1220-5.
- 18 Fernández-Aguilar S, Noël JC. *Neuroma of the clitoris after female genital cutting*. *Obstet Gynecol* 2003;101:1053-4.
- 19 Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, et al. *Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn*. *Int J Womens Health* 2013;5:323-31.
- 20 Amin MM, Rasheed S, Salem E. *Lower urinary tract symptoms following female genital mutilation*. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;123:21-3.
- 21 Yusuf L, Negash S. *Vaginal calculus following severe form of female genital mutilation: a case report*. *Ethiop Med J* 2008;46:185-8.
- 22 Abdulcadir J, Dällenbach P. *Overactive bladder after female genital mutilation/cutting (FGM/C) type III*. *BMJ Case Rep* 2013. Doi:19.1136/bcr-2012-008155.
- 23 Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, et al. *Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open* 2014;4:e006316.
- 24 Berg RC, Denison E. *Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C*. *Sex Res Social Policy* 2012;9:41-56.
- 25 Alsibiani SA, Rouzi AA. *Sexual function in women with female genital mutilation*. *Fertil Steril* 2010;93:722-4.
- 26 Andersson SH, Rymer J, Joyce DW, et al. *Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study*. *BJOG* 2012;119:1606-11.
- 27 Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, et al. *Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation*. *J Sex Med* 2007;4:1666-78.
- 28 Behrendt A, Moritz S. *Postramatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation*. *Am J Psychiatry* 2005;162:1000-2.
- 29 Catania L., Abdulcadir OH. *Ferite per sempre*. Roma: Ed. Deriveapprodi 2005.

- ³⁰ Altomare E, editor. *Le mutilazioni genitali femminili tra teoria ed esperienza. Atti Seminari Progetto MGF 2014*. Bari: Regione Puglia, Asl Bari, Dedalo Litostampa 2015.
- ³¹ Fondazione Albero della Vita. *Il diritto di essere bambine*. Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili. Dicembre 2011.
- ³² Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, et al. *Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn*. Int J Womens Health 2013;5:323-31.
- ³³ Morison L, Scherf C, Ekpo G, et al. *The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey*. Trop Med Int Health 2001;6:643-53.
- ³⁴ Elmusharaf S, Elkhidir I, Hoffmann S, et al. *A case-control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan*. BJOG 2006;113:469-74.
- ³⁵ Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, et al. *Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study*. Lancet 2005;366:385-91.
- ³⁶ World Health Organization. *Management of Pregnancy, Childbirth and Postpartum Period in the Presence of Female Genital Mutilation*. Geneva: WHO 2001. www.who.int/reproductive-health/publications/mngt_pregnancy_childbirth_fgm/text.pdf.
- ³⁷ Rouzi AA, Aljhadali EA, Amarin ZO, et al. *The use of intra-partum defibulation in women with female genital mutilation*. BJOG 2001;108:949-51.
- ³⁸ *Hospitals and clinics in the UK offering specialist FGM (female genital mutilation) services*. www.forwarduk.org.uk/resources/support/well-woman-clinics.
- ³⁹ McCaffrey M, Jankowska A, Gordon H. *Management of female genital mutilation: the Northwick Park Hospital Experience*. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:787-90.
- ⁴⁰ Momoh C, Ladhani S, Lochrie DP, et al. *Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a southeast London specialist clinic*. BJOG 2001;108:186-91.
- ⁴¹ *Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti*. Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 10 dicembre 1984.
- ⁴² www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/8_marzo_2014/convenzione_istanbul_violenza_donne.pdf.
- ⁴³ [www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684\(RSP\)&l=EN](http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684(RSP)&l=EN).
- ⁴⁴ Fra i paesi occidentali extra UE che perseguono tali pratiche si ricordano: Canada, Stati Uniti, Australia e Nuova Zelanda.
- ⁴⁵ Nell'ambito dell'esercizio della professione medica, il nuovo Codice di Deontologia Medica - FNOMCeO, del 16 dicembre 2006, all'art. 52, dispone che "Il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare a esecuzioni capitali o ad atti di tortura o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti. Il medico non deve praticare, per finalità diversa da quelle diagnostiche e terapeutiche, alcuna forma di mutilazione o menomazione, né trattamenti crudeli, disumani o degradanti".
- ⁴⁶ www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf.
- ⁴⁷ [www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684\(RSP\)&l=EN](http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?reference=2012/2684(RSP)&l=EN).
- ⁴⁸ Royal College of Obstetrics and Gynaecologists. *Green-top Guideline No. 53 May 2009*.
- ⁴⁹ UNICEF. *Female Genital Mutilation/Cutting A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. July 2013. www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf.
- ⁵⁰ Lovel H, McGettigan C, Mohammed Z. *A systematic review of the health complications of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth*. Geneva: WHO 2000. www.who.int/reproductive-health/docs/systematic_review_health_complications_fgm.pdf.
- ⁵¹ United Nations Children's Found, *Female Genital Mutilation/Cutting. A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF 2013.
- ⁵² *Le mutilazioni genitali femminili tra teoria ed esperienza*. Atti Seminari Progetto MGF 2014.
- ⁵³ Yoder PS, Khan S. *Numbers of women circumcised in Africa. The production of a total*. Calverton: Micro International Inc. 2008.
- ⁵⁴ Si allega Questionario di valutazione di rischio MGF.
- ⁵⁵ In allegato 2.
- ⁵⁶ Le raccomandazioni per il counseling in ambito di MGF consistono in:
- dare informazioni sui rischi connessi alla pratica, sia dal punto di vista sanitario che psicofisico per le donne e le bambine;
 - dare informazioni sulla legislazione italiana in materia;
 - fornire supporto per implementare la capacità di scelta della donna e della coppia;
 - sostenere la scelta consapevole di abbandono della pratica.
- ⁵⁷ Si intende per "Percorso di Prevenzione MGF/Educazione alla Salute" l'apertura di uno spazio consulenziale dedicato ai percorsi di informazione ed educazione definiti all'interno del presente progetto. Questi spazi sono da aprirsi durante l'incontro fra l'utente e l'operatore sanitario – opportunamente formato – e possono esaurirsi in una o più occasioni, in base alla complessità del bisogno. La risposta a tale bisogno verrà valutato dall'operatore sanitario e consiste in un ventaglio di opportunità che vanno dalla consegna del materiale informativo, fino all'attivazione di percorsi più complessi descritti nel presente documento.
- ⁵⁸ Si invitano i professionisti a consegnare il materiale informativo messo a disposizione accompagnato da opportuno counseling, come specificato in nota 4.
- ⁵⁹ Il CRR-MGF si colloca in una posizione strategica perché inserito all'interno del DAIMI, un percorso pensato per la donna nella sua globalità. Le strutture all'interno del DAIMI sono:
- CRR Violenza e abuso sessuale adulte e minori;
 - SODs Medicina prenatale;
 - SODs Ginecologia Infanzia Adolescenza;
 - servizio Laserchirurgia/colposcopia;
 - SODs Fisiopatologia riproduttiva umana;
 - servizio fisiopatologia menopausa;
 - sala parto e reparti di degenza ostetrica;
 - servizio di patologia vulvare;
 - servizio multidisciplinare patologia pavimento pelvico.

Giovanni Vitali Rosati

Influenza: è ora di cambiare rotta?

Da tempo seguo la tua pagina Facebook “L’influenza questa sconosciuta”, è molto interessante, molto seguita e contiene notizie sia sull’influenza che su l’andamento di molte malattie infettive. Come è nata la voglia di dedicarci tanto tempo?

L’interesse per l’influenza e per le malattie emergenti è nato con gli eventi relativi alla pandemia, che ho iniziato a seguire con crescente interesse durante l’estate del 2009. Dopo il clamore e le preoccupazioni certamente eccessive che hanno contraddistinto le fasi iniziali, l’attenzione sulla vicenda è andata via via scemando, in parte perché non si verificavano gli scenari catastrofici paventati, in parte per il fatto che in quei primi mesi venivano coinvolti paesi lontani, nell’altra metà del pianeta, le cui cronache avevano scarsa risonanza da noi. Ricordo che gli unici messaggi che ricevevo dalla mia ASL si riferivano agli allarmi climatici. Nei siti scientifici e istituzionali si leggevano solo scarni comunicati ufficiali sull’andamento e generiche indicazioni di prevenzione. Ho trovato invece abbondanza di informazioni, anche se non sempre coerenti e attendibili, nei numerosi blog e forum di discussione, quasi tutti americani. La partecipazione ad essi mi ha dato lo spunto per approfondire le conoscenze sull’argomento. È stato allora che ho aperto

Intervista a
Stefano Prandoni

gli occhi su una realtà per me prima inimmaginabile: in un tempo di massima circolazione delle conoscenze, esistono aree del sapere che non sono condivise in maniera uniforme. È questo il caso dell’influenza. Negli ultimi 30-40 anni, grazie agli studi compiuti soprattutto da parte di autori anglosassoni, si sono fatti grandi passi nella comprensione delle molteplici ricadute e implicazioni della malattia, ma queste conoscenze non si sono tradotte in un’uguale consapevolezza e sembrano essere appannaggio di alcune “élite” culturali o di certi paesi ma non di altri, con la conseguenza di un diverso atteggiamento tra chi ritiene l’influenza una delle principali emergenze di salute pubblica e chi invece un problema limitato ad alcuni settori circoscritti della popolazione. L’Italia non rientra tra i paesi più illuminati in questo campo e, a dispetto della nostra storia che ci ha visti pagare uno dei tributi più alti durante le pandemie del passato, si è fatta trovare impreparata all’arrivo, nell’autunno del 2009, della prima ondata pan-

dott. Stefano Prandoni
Laurea nel 1989
Specializzazione
in Pediatria nel 1993
Esercita come Pediatra
di famiglia a Valdagno
in provincia di Vicenza

demica. Se l'impatto non è stato pesante lo si deve solo alla relativa benignità del virus e non alla risposta dei vertici politici e sanitari, preoccupati più di minimizzare la portata dell'epidemia che di rendere la popolazione consapevole dei rischi reali. Non ci si può meravigliare se alla fine hanno prevalso le voci di complotti e di false pandemie che hanno portato al fallimento della campagna di vaccinazione e alla perdita di credibilità delle nostre istituzioni.

L'esperienza vissuta in quel periodo mi ha convinto della necessità di fare opera divulgativa per far crescere anche in Italia la conoscenza sulla patologia influenzale.

Come sono i dati epidemiologici relativi alle ultime stagioni influenzali?

Il 2009 fa necessariamente da spartiacque tra le stagioni epidemiche che hanno preceduto l'arrivo della pandemia e quelle che sono seguite. Purtroppo l'OMS, azzoppata dalle numerose critiche che le sono piovute addosso per la gestione dell'emergenza, si è affrettata a dichiarare conclusa la pandemia nell'estate del 2010, anche se ha messo in guardia da possibili recrudescenze del virus a livello locale. È stato un errore, perché non si è tenuto conto delle caratteristiche peculiari dei virus influenzali e dei precedenti storici che avrebbero dovuto suggerire una maggiore cautela. Come hanno messo in luce gli studi epidemiologici sulle pandemie del ventesimo secolo, possono passare fino a 10 anni prima che un nuovo virus perda le sue connotazioni distintive e segua l'andamento tipico dei virus stagionali¹.

La stagione successiva a quella dell'esordio del virus pandemico è stata presentata dalle nostre autorità come la stagione del ritorno alla normalità e si sono abbandonate le già scarse misure di sorveglianza e di contrasto dell'anno precedente. A dispetto di ciò, il virus è tornato a colpire con una seconda robusta ondata prima la Gran Bretagna, patria del politico Paul Flynn tra i principali accusatori dell'OMS, che a fine stagione ha contato più di 600 vittime, seguita da diversi paesi europei tra cui l'Italia. Da noi l'impatto è stato non meno severo rispetto al 2009, come hanno documentato purtroppo solo le cronache

dei giornali, perché non sono stati resi pubblici bollettini ufficiali.

Nel 2011-12 si è assistito ad un ritorno del virus H3N2 che, dopo 2 anni di assenza, ha determinato un impatto severo sulla popolazione anziana, testimoniato dall'aumento degli accessi al pronto soccorso e dei ricoveri e dall'impennarsi delle curve di mortalità, che sono un importante strumento di sorveglianza di cui noi purtroppo non disponiamo.

I due anni successivi hanno avuto un carattere interlocutorio, con una prevalenza nel primo del virus B (con bassi livelli del virus H1N1) e nel secondo del virus H3N2. Nel 2013-14 prima l'America del Sud e poi quella del Nord e, per quanto riguarda l'Europa, la Spagna, sono state spettatrici di un'ondata severa di influenza H1N1, che avrebbe dovuto essere un monito anche per noi. Ciò nonostante ci siamo fatti cogliere di sorpresa da un ritorno del virus pandemico nel 2014-15, alla sua terza ondata in Italia, con nuovi picchi nei ricoveri e purtroppo diversi decessi concentrati nella fascia di età compresa tra i 50 e i 70 anni. Nel corso di quella stagione si è verificato anche uno degli innalzamenti più significativi degli ultimi 20 anni nella mortalità generale, con un eccesso dell'ordine di 15-20000 morti, che può essere spiegato non solo dalla presenza del virus H1N1 ma anche, come avvenuto in altri paesi dell'Europa e del mondo, da una variante driftata del virus H3N2, non coperta dal vaccino in distribuzione quell'anno.

L'ultima stagione, come era forse prevedibile che avvenisse dopo un anno drammatico, è stata molto più tranquilla, con una minore circolazione di virus influenzali, appartenenti in prevalenza alle varianti H3N2 e B.

Il dato più significativo di questi ultimi anni è stato l'impatto severo del virus pandemico sulle persone di mezza età, fascia generalmente risparmiata dai virus stagionali. La caratteristica peculiare di un virus pandemico è infatti l'"age shift"², che sta ad indicare un cambiamento delle età maggiormente coinvolte, con i più giovani che diventano il bersaglio principale della malattia. Di questo aspetto si sarebbe dovuto tener conto nel pianificare le campagne di informazione e di prevenzione, ma purtroppo così non è stato.

Ho letto delle morti improvvise di diversi bambini che possono essere attribuite al virus influenzale cosa ne pensi?

Nel corso della stagione 2010-11, quella successiva alla prima stagione pandemica, l'Italia (per la verità non solo il nostro paese) ha abbassato notevolmente la guardia nei confronti del virus H1N1, declassato a "semplice" virus stagionale. In realtà nei mesi di gennaio e febbraio 2011 si è abbattuta sul nostro paese una nuova ondata del virus, da cui sono derivate non poche vittime e numerosi ricoveri in terapia intensiva di adulti di età non avanzata, con frequente ricorso a terapie estreme come l'ECMO. In quel periodo tali notizie non venivano dettagliate nei bollettini ufficiali (la pandemia era finita!) ma si potevano leggere nelle pagine di cronaca. In queste stesse ho iniziato a notare un numero, che mi è sembrato insolito, di bambini e giovani adulti in precedenza sani, morti in maniera improvvisa o a breve distanza dall'insorgenza di quadri infettivi anche di modesta entità. Senza avere all'epoca elementi per poterli ricondurre all'epidemia in corso, ho iniziato a raccogliermi e, a fine stagione, ero arrivato ad enumerare quasi 90 casi, di cui 29 con meno di 18 anni⁴. Nei mesi successivi mi sono capitati tra le mani prima alcuni articoli di giornali inglesi, che riferivano di casi analoghi in cui le indagini avevano accertato la responsabilità del virus pandemico e poi lavori di letteratura, relativi a casistiche giapponesi, inglesi e americane, che documentavano numeri importanti di decessi pediatrici con queste caratteristiche nel corso del primo anno della pandemia.

In realtà anche altri virus influenzali sono responsabili di morti fulminanti, come messo in evidenza in un articolo pubblicato nella rivista *Pediatrics*⁵ nel 2013, da cui risulta che 1/3 delle morti pediatriche negli USA dal 2004 al 2012, con una netta prevalenza di bambini sani, ha avuto tale caratteristica.

In Italia, nonostante che situazioni di questo tipo siano state documentate e un caso anche pubblicato⁶, non esiste ancora consapevolezza di questo fenomeno e la conseguenza è che spesso non venga neppure sospettata la possibile origine influenzale.

Secondo te nella fascia di età di nostra competenza l'influenza costituisce un rischio serio? O può essere considerata una malattia banale?

In Italia l'influenza viene percepita come un problema che interessa quasi esclusivamente determinate categorie, anziani e portatori di rischio, mentre la ricerca degli ultimi anni ha messo in luce le importanti ricadute sull'intera collettività, con un impatto rilevante non solo sotto il profilo sanitario ma anche sociale ed economico. I bambini rappresentano un elemento chiave nella diffusione della malattia, in quanto si ammalano con percentuali elevate (fino al 30%), diffondono il virus in misura maggiore e per tempi più prolungati rispetto agli adulti, sono a stretto contatto tra di loro e osservano meno le regole igieniche. Ma i bambini non hanno solo un ruolo di "untori" nei confronti delle altre classi sociali, perché sono loro stessi vittime di complicazioni e anche di morte, soprattutto i più piccoli, in percentuali non irrilevanti.

I tassi di ospedalizzazione dei bambini sotto i 5 anni sono elevati quanto quelli degli adulti di età 50-65 anni e sotto i 2 anni si raggiungono valori non molto inferiori e, sotto i 6 mesi, anche sovrapponibili rispetto agli anziani⁷.

Diverse possono essere le complicazioni, dalle comuni otiti e sinusiti alle temibili polmoniti primarie o con sovrapposizione batterica, con non infrequenti segnalazioni di miocarditi, encefaliti e sepsi.

Le morti per influenza in ambito pediatrico sono un evento fortunatamente raro, ma caratterizzato da un impatto devastante sulle famiglie e sull'ambiente sociale di riferimento. Deve far riflettere che un esito così drammatico può essere evitato con un vaccino del costo di pochi euro. Negli USA esiste ormai da più di 10 anni un programma di sorveglianza attivo che rende le morti di bambini per influenza soggette a notifica obbligatoria e sottopone ad un protocollo di indagini approfondite i casi a cui non è stato possibile fare la diagnosi prima della morte. Il programma è partito nel 2003, dopo una stagione che è stata segnata da 153 decessi con diagnosi confermata ($0,88 \times 100000$), la metà erano bambini precedentemente sani. Tra il 2004 e il 2012 si sono verificati 830 casi fatali, il 43% sani⁵.

L'impatto dell'influenza nei bambini va al di là della malattia clinica, comprende anche i costi socioeconomici correlati, come quelli dovuti ai farmaci, alle visite ambulatoriali, alle ospedalizzazioni nonché costi indiretti come assenze da scuola e perdita di giornate lavorative da parte dei familiari, sia per le necessità di assistenza al minore sia per malattie secondarie degli stessi familiari. In uno studio finlandese il costo complessivo dell'influenza nei bambini da 6 mesi a 13 anni, con un tasso medio di attacco del 16%, è risultato pari a 39 milioni di euro, senza considerare i bambini con meno di 6 mesi. Più di due terzi di questo costo dipende dalle perdite lavorative dei familiari⁸.

Nelle altre nazioni come ci si sta comportando in merito alla vaccinazione?

I programmi di vaccinazione tradizionali messi in atto dalla maggior parte delle nazioni stanno segnando il passo e in certi paesi, come in Italia, registrano significativi arretramenti rispetto agli obiettivi. Alcune nazioni più avanzate hanno capito che l'influenza, alla pari di altre malattie per le quali si sono raggiunti traguardi importanti, si combatte efficacemente solo con un coinvolgimento dell'intero corpo sociale. Un elemento basilare è la vaccinazione dei bambini dai 6 mesi in su, con il duplice scopo di ridurre l'impatto dell'influenza su questa classe di età e di contenere la diffusione del virus che vede nei bambini il serbatoio principale della malattia. Gli USA già da diversi anni propongono la vaccinazione a tutta la popolazione, indipendentemente dall'appartenenza alle categorie a rischio per le quali rimane comunque un'indicazione forte. In Europa la situazione è a macchia di leopardo, con la maggioranza dei paesi che si attengono alle classiche raccomandazioni, mentre Austria, Slovacchia e Sassonia offrono una vaccinazione estesa a tutti i bambini e Finlandia, Romania, Estonia e Slovenia ai più piccoli. Per quanto riguarda gli adulti, sarebbe un passo importante, come già avviene in alcuni paesi, abbassare la soglia di età perlomeno a 50 anni per comprendere soggetti che sono a rischio aumentato, in particolare con il virus H1N1.

Qual è la politica adottata in UK?

L'Inghilterra ha dato il via nella stagione 2013-14 ad un ambizioso programma che si ripropone nel giro di pochi anni di estendere la vaccinazione con il LAIV (vaccino vivo nasale) a tutti i bambini sani di età 2-16 anni⁹.

Si è iniziato nel 2013 con la vaccinazione dei bambini di 2 e 3 anni e, in alcune aree pilota, di tutti i bambini di età 2-10. Nella stagione successiva l'offerta è stata estesa a tutti i bambini fino a 4 anni e, per le aree pilota, fino a 13 anni. Nella prossima stagione l'offerta verrà allargata ai bambini del primo e secondo anno della scuola elementare. La percentuale di soggetti vaccinati è stata superiore al 50% e, per quanto riguarda le aree pilota, su tutta una serie di parametri (incidenza di ILI, tamponi positivi, accessi al pronto soccorso, ospedalizzazioni) si è ottenuto un miglioramento sensibile sia nei soggetti vaccinati che in quelli non vaccinati sia nel primo¹⁰ che nel secondo¹¹ anno (nonostante la presenza in quest'ultimo di ceppi driftati del virus H3N2).

Cosa ci dici del nuovo vaccino vivo attenuato spray nasale?

Un vaccino attenuato è stato introdotto in Russia nel 1936 ed è stato utilizzato per circa 50 anni ma poi è stato abbandonato per problemi di instabilità, rischi di ricombinazione con ceppi selvaggi e problemi con la preesistente immunità.

Il primo vaccino a base di virus vivi attenuati da somministrare per via nasale è stato autorizzato negli USA dal 2003. Il suo uso è stato approvato per i soggetti sani di età dai 2 ai 49 anni. È controindicato in bambini con asma e altre patologie croniche e donne incinta. Una revisione di studi clinici del 2012 ha dimostrato un'efficacia pari all'83% nei bambini di età 6 mesi-7 anni¹².

La Sassonia-Anhalt è un *länder* della ex Germania dell'Est. Durante la stagione 2013-14 è stato fatto uno studio di effectiveness confrontando il vaccino a virus vivo (LAIV) appena introdotto con quello inattivato (TIV). La stagione è stata piuttosto severa e hanno circolato i virus H3N2, H1N1 e B. Il LAIV ha battuto nettamente il TIV con un effectiveness dell'84% rispetto al 37%.

Nei bambini tra 2 e i 6 anni l'effectiveness è stata del 90%¹³.

Aggiungiamo che, per modalità di assunzione, questo vaccino si presta particolarmente ad essere utilizzato e anche accettato dalla popolazione pediatrica e questo lo rende un candidato ideale per una proposta vaccinale allargata alla popolazione pediatrica sana, così come sta avvenendo in Inghilterra.

Purtroppo negli USA, nelle ultime tre stagioni, si è misurata una scarsa resa di tale vaccino, che ha indotto le autorità di quel paese a passare da una raccomandazione preferenziale, ad un'indicazione indifferente e, nell'ultimo rapporto della scorsa primavera, ad una sua stroncatura¹⁴. A mio avviso questo non significa che si debba abbandonare questa scelta, ma è necessario cercare di capire i motivi del fallimento (comunque segnalato solo negli USA) e trovare soluzioni che portino al rilancio di questo vaccino. Intanto è appena uscito uno studio randomizzato in cieco basato su numeri importanti e relativi a tre stagioni consecutive che dimostra la non inferiorità del vaccino LAIV rispetto all'IIV¹⁵.

Pensi che in futuro tutti i vaccini diventeranno quadrivalenti? Al momento il nuovo vaccino come si colloca nella possibilità preventiva attuale?

I ceppi di tipo B sono stati a lungo considerati meno severi e meno soggetti a variazioni significative, ma i dati di sorveglianza hanno mostrato che non è così. Inoltre, se è vero che questo tipo di virus non è mai risultato essere all'origine di eventi pandemici, in alcune stagioni sono risultati essere i virus prevalenti, come è avvenuto durante l'inverno 2005-06 in Europa¹⁶.

Durante gli ultimi 25 anni si sono affermate due distinte linee di influenza B. Nel 1987 ha fatto la sua comparsa il virus B/Victoria/2/87 che ha dominato fino al 1990 quando, per la prima volta, si è manifestato il virus B/Yamagata/16/88. Da allora si è verificata una sostanziale co-circolazione dei due virus, talvolta con una prevalenza dell'uno rispetto all'altro, talvolta con una simultanea circolazione, rendendo difficile e spesso erronea la previsione del ceppo da inserire nel vaccino. Negli USA tra il 1999 e il 2010 c'è stata corrispondenza solo in 5 anni¹⁷.

L stagione 2015-16 ha visto una circolazione prepon-

derante del ceppo Victoria, non presente nel vaccino trivalente, che ha causato casi gravi soprattutto nelle fasce giovanili. L'impatto dell'influenza B tende ad essere maggiore nei bambini e nei giovani adulti, categorie nelle quali viene descritto un rischio significativo e, secondo alcuni studi, anche superiore rispetto all'influenza di tipo A sia di complicazioni che di morte¹⁸.

Questi dati costituiscono la premessa alla proposta del vaccino quadrivalente, che è stato di recente approvato negli Stati Uniti e in Europa e che l'OMS indica come scelta preferenziale nelle sue raccomandazioni annuali fin dal 2013. Sono ormai innumerevoli gli studi che dimostrano l'efficacia, la sicurezza e i risparmi che si possono conseguire in termini di costi sanitari ed economici¹⁹.

I dati relativi alla copertura vaccinale in Italia sono molto deludenti e in riduzione come spieghi tale fenomeno e cosa proporresti per modificarlo.

Se guardiamo la copertura vaccinale negli anziani negli anni dal 2002 ad oggi si vede che c'è stato un aumento progressivo fino al 2007, una tenuta fino al 2009 e poi una flessione inesorabile negli anni successivi. I livelli di copertura dell'intera popolazione, già di per se molto bassi, sono scesi nella stessa misura. Deve preoccupare in particolare la situazione nei soggetti con patologie croniche al di sotto dei 65 anni, in quanto appena 1 su 5 risulta vaccinato.

La causa principale di questo andamento va a mio avviso ricercata nella convinzione diffusa che l'influenza sia una malattia banale. È questo un sentimento condiviso non solo nella popolazione generale ma, purtroppo, anche in larga parte della classe medica. Tale atteggiamento si è rafforzato con la sconsiderata campagna di vaccinazione condotta nel periodo della pandemia, quando il massimo sforzo messo in atto per raggiungere un elevato livello di copertura è stato vanificato dai messaggi che si proponevano solo di minimizzare il pericolo e di negare che ci fossero rischi superiori rispetto agli anni precedenti. Lo scopo era di evitare allarmi eccessivi nella popolazione ma non ci si è resi conto che, così facendo, si è dato forza alle voci di complotti e alle accuse di frode e di interessi sottobanco che hanno minato fortemente la fiducia nelle

autorità e in quell'importante strumento di prevenzione che è il vaccino.

Per invertire questo trend è necessario fare ammenda degli errori del passato, rovesciare completamente la prospettiva e mettere l'influenza ai primi posti nell'agenda delle emergenze sanitarie. Basta con le informazioni reticenti ed elusive e si dia inizio a campagne di sensibilizzazione adeguate che rendano la gente (e i medici!) consapevoli della reale portata della malattia. Smettiamola di considerare l'influenza un problema solo di alcuni "ghetti" sociali (gli appartenenti alle categorie a rischio) e non, come dovrebbe essere, una questione che investe l'intera collettività. Con la rosolia in passato e, recentemente, con l'HPV, si è capito che a considerare unico target le donne, che sono quelle che oggettivamente rischiano di più, non si ottengono risultati soddisfacenti. Il motivo non è solo che i maschi rappresentano un serbatoio del virus ma anche che il successo di una campagna è dato dal fatto di coinvolgere l'intera popolazione e non solo una sua componente. Uno delle strategie comunicative più persuasive nel campo della vaccinazione è proprio il richiamo alla solidarietà dei più forti (quelli che rischiano meno) nei confronti dei più deboli (quelli che rischiano di più), in cui la "condivisione" porta un beneficio all'intero corpo sociale. Fintanto che l'influenza viene percepita come un problema di "altri", ci sarà sempre qualcuno più fragile di noi o che rischia di più e non ci si deve meravigliare del fallimento delle attuali campagne. È ora di far capire che l'influenza è un problema di "tutti" e che "tutti" sono chiamati a fare la loro parte per ridurre gli ingenti costi in termini di vite umane e di spese sanitarie e sociali che gravano sull'intera collettività. La strada è quella intrapresa da paesi come gli Stati Uniti e l'Inghilterra, con una proposta di vaccinazione allargata anche alle fasce sane della popolazione, in particolare bambini e adolescenti che rappresentano il principale serbatoio del virus. Mi rendo conto che si tratta di un obiettivo di non facile realizzazione, ma se sostenuto con convinzione da parte degli organi istituzionali e con un coinvolgimento attivo dei medici territoriali, può essere raggiunto. Uno slogan potrebbe essere quello del patto tra generazioni, con i nonni che si prendono cura dei nipoti senza paura che questi

possano trasmettere loro una malattia potenzialmente fatale. In Giappone, negli anni '70, i bambini erano vaccinati in maniera estesa ma poi il programma è stato abbandonato per problemi di costi. Ebbene, uno studio rigoroso che ha confrontato i dati giapponesi con quelli americani relativi allo stesso periodo ha dimostrato che si sono risparmiate migliaia di vite²⁰.

Un esempio più recente ci illustra i benefici immediati di una proposta allargata: in Inghilterra, con l'attuale programma di vaccinazione esteso a tutti i bambini, si è ottenuto un aumento del 50% (dal 40 al 60%) dei bambini a rischio che si sono vaccinati²¹.

È proprio il caso di dire: solo uniti si vince.

Prova a immaginare per un momento di essere designato a far parte della Commissione Nazionale Vaccini, cosa proporresti di innovativo per cambiare la situazione italiana?

I messaggi forti, a mio avviso sono quelli di una offerta vaccinale omogenea e senza il vincolo dell'obbligatorietà in tutto il paese e una sottolineatura dell'importanza di tutte le vaccinazioni, perché non esistono vaccini di serie A e di serie B. In questo quadro una campagna di vaccinazione universale dell'influenza potrebbe diventare uno stimolo al rilancio anche di altre vaccinazioni.

Bibliografia

- 1 Simonsen L, Clarke MG, Schonberger LB, et al. *Pandemic versus epidemic influenza mortality: a pattern of changing age distribution.* J Infect Dis 1998;178:53-60.
- 2 Miller MA, Viboud C, Balinska M, et al. *The Signature Features of Influenza Pandemics – Implications for Policy.* N Engl J Med 2009;360:2595-8.
- 3 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMx120004.
- 4 *Influenza global Update – 270 base on data up to 07 August, 2016.* www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/.
- 5 Prandoni S. *Sudden and fulminant deaths of healthy children in Italy during the 2010-11 and 2011-12 seasons: results of an online study.* J Public Health Res 2012;1:184-91.
- 6 Wong KK, Seema J, Blanton L, et al. *Pediatrics: Influenza-Associated Pediatric Deaths in the United States, 2004-2012.* Pediatrics 2013 doi: 10.1542/peds.2013-1493.
- 7 Puzelli S, Buonaguro FM, Facchini M, et al. *The Campania H1N1 Task Force. Cardiac tamponade and heart failure due to myopericarditis as a presentation of infection with the pandemic H1N1 2009 influenza A virus.* J Clin Microbiol 2010;48:2298-300.

- ⁸ Poehling KA, Edwards KM, Weinberg GA, et al. *The under-recognized burden of influenza in young children* N Engl J Med 2006;355:31-40.
- ⁹ Osterholm MT, Kelley NS, Sommer A, et al. *Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis*. Lancet 2012;12:36-44.
- ¹⁰ Department of Health (DoH). *Joint Committee on Vaccination and Immunisation. Minute of the meeting held on Friday 13 April 2012*. London: DoH. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130402145952/http://media.dh.gov.uk/network/261/files/2012/05/jcvi-minutes-13-april-2012-meeting.pdf> (accessed 5 Jun 2014).
- ¹¹ Pebody RG et al. *Uptake and impact of a new live attenuated influenza vaccine programme in England: early results of a pilot in primary school-age children, 2013/14 influenza season*. Euro Surveill 2014;19(22). pii: 20823.
- ¹² Salo H, Kilpi T, Sintonen H, et al. *Cost-effectiveness of influenza vaccination of healthy children*. Vaccine 2006;24:4934-41.
- ¹³ Pebody RG, Green HK, Andrews N, et al. *Uptake and impact of vaccinating school age children against influenza during a season with circulation of drifted influenza A and B strains, England, 2014/15*. Euro Surveill 2015;20(39). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2015.20.39.30029.
- ¹⁴ Helmeke C, Gräfe L, Irmischer H-M, et al. *Effectiveness of the 2012/13 Trivalent Live and Inactivated Influenza Vaccines in children and adolescents in Saxony-Anhalt, Germany: a test-negative case-control Study*. PLoS One 2015;10:e0122910.
- ¹⁵ ACIP votes down use of LAIV for 2016-2017 flu season. www.cdc.gov/media/releases/2016/s0622-laiv-flu.html.
- ¹⁶ Loeb M, Russell ML, Manning V, et al. *Live attenuated versus inactivated influenza vaccine in Hutterite children: a cluster randomized blinded trial*. Ann Int Med 2016;65:617-24.
- ¹⁷ Meijer A, Meerhoff TJ, Meuwissen LE, et al. *Epidemiological and virological assessment of influenza activity in Europe during the winter 2005-2006*. Euro Surveill 2007;12:E111-2.
- ¹⁸ Ambrose C. *The rationale for quadrivalent influenza vaccines*. Hum Vacc Immunother 2012;8:81-8.
- ¹⁹ Tran D, Vaudry W, Moore D, et al. *Hospitalization for influenza A versus B*. Pediatrics 2016;138(3). pii: e20154643.
- ²⁰ Health Technology Assessment del vaccino antinfluenzale quadrivalente FLU-QIV (Fluarix TetrA®). www.ijph.it/pdf/101/088.pdf.
- ²¹ Charu V, Viboud C, Simonsen L, et al. *Influenza-related mortality trends in Japanese and American Seniors: evidence for the indirect mortality benefits of vaccinating schoolchildren*. PLoS One 2011;6:e26282.

Anna Rita Bilia

Presidente, Società Italiana di Fitochimica e delle Scienze delle Piante Medicinali, Alimentari e da Profumo e Professore associato presso l'Università di Firenze, Dipartimento di Chimica

Aromaterapia: conoscerla e impiegarla in pediatria

PREMESSA

L'aromaterapia è una branca della fitoterapia che sfrutta le proprietà degli oli essenziali ottenuti da piante aromatiche e spezie. In questo articolo verranno presi in considerazione i diversi utilizzi per il mantenimento dello stato di benessere, per prevenire le malattie o per curare alcune affezioni morbose.

In un successivo articolo, sarà affrontato il tema delle nuove prospettive terapeutiche e di impiego per la cura e il benessere anche in ambito pediatrico.

INTRODUZIONE

L'aromaterapia è una pratica ben nota fin dall'antichità e la sua forma più primitiva era rappresentata dalla aspirazione dei fumi prodotti dalla combustione di gomme, legni e resine come incenso o erbe, sparse sul fuoco durante i riti religiosi in onore degli dei o per cacciare gli spiriti maligni dal corpo della persona malata. La dea Pietas, personificazione di una caratteristica e fondamentale virtù tipicamente romana, era di solito rappresentata nell'atto di bruciare delle sostanze odorose su un'ara; questa azione, che veniva indicata con l'espressione *pro fumo tribuere*, ovvero offrire mediante fumo, spiega l'originario significato sacro della parola, un rito che ancora oggi è usato nelle cerimonie religiose cristiane. Numerose erano le piante aromatiche e le spezie conosciute e utilizzate per il loro profumo, le proprietà conservanti e per la loro capacità di conferire aroma e sapore al cibo. Diverse sono anche le testimonianze dell'utiliz-

zo di spezie e piante aromatiche in campo salutistico e medico. Ippocrate, il padre della medicina, prescriveva fumigazioni e massaggi con oli aromatici. La trementina era conosciuta dai Greci e dai Romani per le sue proprietà contro le patologie polmonari e la litiasi biliare. Anche Plinio, Ippocrate e Galeno descrissero le proprietà medicinali di numerose piante aromatiche e spezie¹.

Nello stesso periodo in Oriente (India e Persia) fu scoperta la prima distillazione degli oli essenziali (OE), ovvero l'ottenimento della frazione volatile oleosa profumata dei costituenti responsabili delle proprietà salutistiche e medicinali¹. Il processo è stato poi migliorato nel IX secolo dagli arabi², tuttavia il primo resoconto scritto ufficiale della distillazione di un olio essenziale è attribuita al medico catalano Villanova nel XIII secolo¹. Gli OE sono stati successivamente preparati nelle farmacie e i loro effetti farmacologici sono stati descritti nelle farmacopee². L'uso degli OE tuttavia non è stato molto diffuso in Europa fino al XVI secolo quando trementina e olio essenziale di legno di ginepro, rosmarino, lavanda, chiodi di garofano, macis, noce moscata, anice e cannella divennero piuttosto comuni (Fig. 1). In quel secolo il termine "olio essenziale" è stato utilizzato per la prima volta da Paracelso von Hohenheim, che ha chiamato la componente efficace di una droga vegetale, "Quinta Essenza"¹. Entro la metà del XX secolo, il ruolo degli OE si era ridotto quasi interamente al loro impiego nei profumi, cosmetici e come aromi alimentari, ma a oggi il loro utilizzo nelle preparazioni farmaceutiche

Figura 1.



rappresenta una parte importante della medicina e diverse monografie di OE sono riportate nelle farmacopee ufficiali, inclusa quella europea. Allo stato attuale sono noti circa 3.000 OE e il 10% di questi hanno importanza commerciale per le industrie che operano in campo farmaceutico, erboristico, agronomico, alimentare, sanitario, cosmetico e per la preparazione dei profumi³.

L'olio essenziale di ginger è risultato efficace nella nausea e nel vomito.



COMPOSIZIONE CHIMICA DEGLI OLII ESSENZIALI E LORO QUALITÀ

Gli OE sono liquidi volatili, limpidi e raramente colorati, solubili nei lipidi e nei solventi organici, con densità generalmente inferiore a quella dell'acqua. Essi possono essere ottenuti da tutti gli organi della pianta (germogli, fiori, foglie, steli, rametti, semi, frutti, radici, legno o corteccia) e si trovano immagazzinati in cellule secretorie, cavità, canali, cellule epidermiche o peli ghiandolari. Sono miscele molto complesse di costituenti, con un peso molecolare inferiore a 300 u.m.a., che possono essere separati con mezzi fisici dagli altri componenti vegetali⁴.

I costituenti principali sono terpeni (mono e sesquiterpeni, rispettivamente molecole organiche costituite da 10 o 15 atomi di carbonio, come mentolo e canfora), ma talvolta sono presenti anche semplici polifenoli (es. timolo in timo) e alcuni componenti azotati o solforati quali glucosinolati o derivati dell'isotiocianato (come in aglio e senape)^{1 5}.

Generalmente in un olio essenziale sono presenti 20-60 componenti, ma talvolta sono più di 100. In genere i componenti principali sono due o tre, in concentrazioni piuttosto elevate (20-70%) rispetto agli altri costituenti rilevabili in tracce⁵.

La composizione di un OE in una certa specie vegetale può variare in termini di qualità, quantità e costituenti a seconda del clima, della composizione del terreno, dell'organo della pianta impiegato per ottenerlo, dell'età e della fase del ciclo vegetativo, ma anche del metodo estrattivo⁶.

Infatti gli OE, o essenze, come definiti dalla farmacopea europea, "sono prodotti odorosi, generalmente di composizione complessa, ottenuti a partire da materie prime vegetali ben definite botanicamente, mediante distillazione a vapore, distillazione a secco o con un appropriato processo meccanico senza riscaldamento"⁷.

Oggi, in aggiunta alla classica distillazione in corrente di vapore o alla spremitura, ci sono diversi metodi per l'estrazione, tra cui l'anidride carbonica supercritica, l'uso delle microonde, la distillazione ad alta pressione⁸.

IMPIEGO DEGLI OE E MECCANISMI DI ASSORBIMENTO

I costituenti degli OE sono molecole molto piccole e con caratteristiche lipofile; per questo sono facilmente assorbiti da mucose e da membrane biologiche inclusa la barriera ematoencefalica, con possibili effetti terapeutici a livello del SNC. Nella pratica medica gli OE vengono impiegati utilizzando diverse vie di somministrazione: la via aerea tramite inalazione, la via transcutanea per applicazione diretta sulla cute e la via orale, magari diluendo l'OE in un alimento liquido come il latte⁸⁻⁹.

Dopo somministrazione, gli OE possono avere un effetto locale, ad esempio un'azione antibatterica in caso di rinosinusite se inalati, un'azione revulsiva e antinfiammatoria dopo applicazione topica e un'azione antispasmodica nel caso di ingestione orale.

Gli OE sono anche impiegati per ottenere un'azione di tipo sistemica. Questa è dovuta alla permeazione dei costituenti dell'olio attraverso le membrane, con conseguente accesso al circolo sanguigno e distribuzione nei diversi distretti del corpo, raggiungendo anche il SNC, in quanto la maggior parte di queste molecole sono in grado di attraversare la barriera ematoencefalica⁸.

Tra queste diverse vie di somministrazione degli OE, il metodo più rapido, sicuro e semplice, grazie anche all'estrema volatilità dei componenti, è l'inalazione⁹. L'assorbimento sistemico dei principi attivi contenuti negli OE, attraverso questa via, è estremamente facilitato dalla elevata lipofilia e dalle ridotte dimensioni molecolari dei suoi componenti, che riescono ad attraversare facilmente le membrane cellulari (Fig. 2). A seguito dell'inalazione, gli OE vengono assorbiti e si distribuiscono nell'organismo mediante tre diverse modalità¹⁰⁻¹³:

- 1) passaggio attraverso la mucosa olfattiva e ingresso diretto nel torrente circolatorio;
- 2) passaggio attraverso il sistema olfattivo e il nervo trigemino al liquido cerebrospinale, con conseguente ingresso diretto al SNC;
- 3) passaggio attraverso la mucosa degli alveoli polmonari al torrente circolatorio.

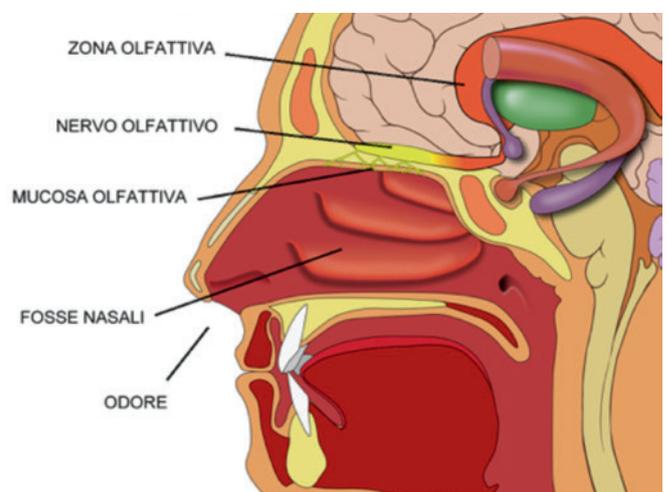
La somministrazione intranasale rappresenta un approccio terapeutico di tipo sistemico molto interessante e attuale nella moderna pratica terapeutica, poiché presenta molti vantaggi: garantisce una rapida insorgenza degli effetti medicamentosi, non produce effetti di primo passaggio epatico, non subisce degradazione gastrointestinale a opera di enzimi e acidità dell'ambiente.

La somministrazione non è invasiva e l'applicazione è indolore, di facile utilizzo da parte del paziente ed è quindi particolarmente indicata nel paziente pediatrico, nel quale comporta una elevata compliance.

Diverse sono le applicazioni dei farmaci attraverso la via nasale per ottenere un rapido effetto sistemico, basti ricordare l'impiego della calcitonina e del sumatriptan. Per lo stesso motivo, la somministrazione intranasale è utilizzata anche per droghe di abuso, come la cocaina¹⁴.

Infatti, grazie alla particolare anatomia della parte interna del naso, la superficie totale della cavità nasale in un adulto umano è di circa 150 cm² e il volume totale è di circa 15 ml. La regione respiratoria contiene tre turbinati nasali (superiore, medio e inferiore) che sporgono dalla parete laterale di ciascuna cavità nasale. La presenza di questi turbinati crea un flusso d'aria turbolento attraverso il naso, garantendo un miglior contatto tra l'aria inalata e la superficie della mucosa, favorendo l'assorbimento delle molecole.

Figura 2.



le volatili dell'olio essenziale. La membrana epiteliale nasale in genere rappresenta una barriera alla libera diffusione di sostanze. La presenza di *tight junction* tra cellule epiteliali vicine impedisce che molecole idrofile diffondano liberamente attraverso l'epitelio tramite percorsi paracellulari. Le molecole presenti negli OE sono invece molto lipofile e piccole, di conseguenza possono facilmente permeare attraverso un meccanismo trans-cellulare. Inoltre, grazie alla elevata superficie di assorbimento ed estrema vascolarizzazione della mucosa nasale, presentano un assorbimento veloce, con pronto ingresso nel torrente circolatorio e conseguente rapida insorgenza dell'effetto ed elevata biodisponibilità^{14 15}.

Un'ulteriore e molto importante via di accesso diretta al SNC, è rappresentata dalla regione olfattiva e trigeminale del naso, una regione di circa 10 cm² situata nel tetto della cavità nasale, attraverso la quale i farmaci possono essere trasportati direttamente al cervello; per questo è una via molto studiata in questi ultimi anni per la somministrazione di medicinali per la cura della malattia di Alzheimer, di tumori cerebrali, dell'epilessia, del dolore e dei disturbi del sonno¹⁶.

L'importanza di questa via di accesso diretta al SNC nella pratica clinica è stata dimostrata da numerosi studi in modelli animali. In particolare, immediatamente dopo la somministrazione nasale di cocaina, la concentrazione di cocaina nel cervello era più immediata e alta che dopo un'iniezione endovenosa della stessa, confermando in tal modo l'esistenza di una via di comunicazione diretta tra naso e SNC¹⁷.

Anche la somministrazione tramite il neuroepitelio olfattivo può coinvolgere meccanismi paracellulari (spazi intercellulari e *tight junction*), trans-cellulari (diffusione passiva, trasporto attivo e transitosi) e il trasporto neuronale. L'epitelio olfattivo è infatti innervato dai nervi olfattivi che sono responsabili del trasporto di farmaci dalla cavità nasale al SNC, attraverso la regione di passaggio intra/extraneuronale.

Dopo inalazione, gli OE passano attraverso le vie respiratorie superiori, arrivano ai bronchi, bronchioli e infine a livello alveolare, punto più profondo dell'apparato respiratorio.

Gli alveoli sono a stretto contatto con l'endotelio dei

capillari sanguigni, consentendo il passaggio delle molecole di olio essenziale attraverso transitosi, con conseguente assorbimento del principio attivo nel torrente circolatorio e distribuzione sistemica. Questo passaggio è legato all'elevata superficie di scambio aria/sangue (90-140 m²), alla presenza di membrane sottili tra alveoli e vasi (200 nm), all'elevato flusso sanguigno e alla mancanza della clearance mucociliare¹⁸.

LA PERCEZIONE OLFATTIVA DELL'OLIO ESSENZIALE INFLUENZA IL TONO DELL'UMORE, IL COMPORTAMENTO E IL BENESSERE

Un elemento molto importante dell'olio essenziale è il suo profumo, che può raggiungere l'epitelio nasale anche attraverso la bocca. Il profumo è percepito dall'olfatto e determina una serie di reazioni psicoemotive.

Tra i cinque sensi il sistema olfattivo è il più antico e in alcune specie è il senso maggiormente sviluppato per quel che riguarda i meccanismi di comunicazione, di sopravvivenza, di riproduzione e di orientamento. Tanto nel regno animale quanto nell'uomo, l'atto dell'annusare è uno strumento cognitivo prezioso e incomparabile, collettore e veicolo di informazioni funzionali all'adattamento. In tutti gli animali, dagli insetti ai mammiferi, la percezione olfattiva è uno strumento indispensabile per la sopravvivenza: fornisce indicazioni sulla disponibilità e sulla qualità delle risorse alimentari, guida le interazioni sociali e parentali.

A seguito dell'inalazione degli OE, le molecole odorose interagiscono con i recettori che trasformano lo stimolo chimico in impulsi elettrici che vanno a stimolare il bulbo olfattivo e di conseguenza altre regioni cerebrali anatomicamente vicine. Queste sono deputate alla codificazione delle informazioni affettive e delle emozioni in aree filogeneticamente antiche del cervello (il sistema limbico che comprende talamo, ipotalamo, amigdala, ippocampo, corteccia orbitofrontale, corteccia insulare) che supportano svariate funzioni psichiche come emotività, comportamento, memoria a breve termine^{19 20}.

Di conseguenza gli odori, e nello specifico alcune molecole attive contenute negli OE, possono influenzare gli stati cognitivi e il comportamento. Vari studi hanno



È importante ricordare che la percezione dell'odore dell'olio essenziale è immagazzinata nella memoria come esperienza associata a eventi.

dimostrato gli effetti ansiolitici degli OE di rosa, lavanda, limone e menta piperita²¹⁻²². Il ginger è risultato efficace nel trattamento della nausea e del vomito in pazienti oncologici²³⁻²⁴, anche pediatrici²⁵.

Altri studi in pazienti pediatrici hanno mostrato interessanti attività a livello del SNC dell'olio essenziale di arancia: nei bambini sottoposti a trattamenti dentali, riduce la quantità di cortisolo nella saliva e rallenta il battito cardiaco, quindi può essere utile per ridurre gli stati di ansia²⁶. L'olio essenziale di lavanda è utilizzato per ridurre il dolore a seguito di interventi di tonsillectomia in pazienti pediatrici²⁷.

È importante ricordare che la percezione dell'odore dell'olio essenziale è immagazzinata nella memoria come esperienza associata a eventi. Si pensa che attraverso l'olfatto, gli OE esercitino la loro azione

soprattutto sulle funzioni psichiche, come memoria e apprendimento, sull'umore, sulle emozioni, sulla componente neurovegetativa del sistema nervoso, cioè sulla relazione esistente tra gli stati psicoemotivi e il funzionamento degli organi.

Secondo gli scienziati l'esperienza delle emozioni legata all'odore è alla base del processo di apprendimento degli organismi viventi dotati di olfatto. È così importante per la sopravvivenza, che le memorie olfattive sono tramandate per via genetica, di generazione in generazione.

L'olfatto è uno dei sensi che il neonato sviluppa in epoca embrionale: il primo incontro con il mondo degli odori ha inizio nella fase di gestazione, quando cominciano a formarsi i recettori olfattivi che consentono di discernere le varie fragranze attraverso il liquido amniotico

della madre. Nello specifico, tra la quinta e l'undicesima settimana si sviluppano nel feto i recettori olfattivi, mentre entro la quindicesima si formano le narici. In questo modo, il neonato immagazzina tutta una serie di stimoli che formeranno la sua "memoria olfattiva" e che, una volta nato, lo aiuteranno a conoscere il mondo esterno. Alla nascita, il bambino riconosce tutti gli odori del suo "mondo prenatale" che gli permetteranno di orientarsi nel mondo extrauterino e lo rassicureranno in momenti di tensione.

Il neonato ha una buona acuità olfattiva, come è stato stabilito da numerose ricerche sia in campo medico che etologico: anche nel buio riesce a voltarsi verso la madre che lo allatta. Così forte è l'olfatto nel neonato che anche i prematuri possono distinguere con facilità diverse sostanze. L'esperienza degli odori e dei profumi percepiti nell'infanzia e nella giovinezza influenzeranno il comportamento anche dell'età adulta ²⁸.

Bibliografia

- 1 Guenther E. *The Essential Oils*. Malabar, FL, USA: Krieger Publishing 1972.
- 2 Bauer K, Garbe D, Surburg H. *Common fragrance and flavor materials: preparation, properties and uses*. Weinheim, Germany: Wiley-VCH 2001.
- 3 FAO. *Flavours and Fragrances of Plant Origin*. Rome, Italy: FAO 1995.
- 4 Sell C. *Chemistry of essential oils*. In: *Handbook of essential oils. Science, technology, and applications*. Boca Raton, FL, USA: CRC Press 2010.
- 5 Pichersky E, Noel JP, Dudareva N. *Biosynthesis of plant volatiles: nature's diversity and ingenuity*. *Science* 2006;311:808-11.
- 6 Angioni A, Barra A, Coroneo V, et al. *Chemical composition, seasonal variability, and antifungal activity of Lavandula stoechas L. ssp. stoechas essential oils from stem/leaves and flowers*. *J Agric Food Chem* 2006;54:4364-70.
- 7 *Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana*. XII Ed, pp. 834, 2008.
- 8 Bilia AR, Guccione C, Isacchi B, et al. *Essential oils loaded in nanosystems: a developing strategy for a successful therapeutic approach*. *Evid Based Complement Alternat Med* 2014;2014:651593.
- 9 Woronuk G, Demissie Z, Rheault M, et al. *Biosynthesis and therapeutic properties of Lavandula essential oil constituents*. *Planta Med* 2011;77:7-15.
- 10 Mirkarimi S, Najafi L, Ghiasi M, et al. *Studying the effect of aromatherapy inhalation on female students' anxiety living in dormitory complex of Tehran University of Medical Sciences*. *INT J Pharmacol Science Health Care* 2011;1(3).
- 11 Faturi CB, Leite JR, Alves PB, et al. *Anxiolytic-like effect of sweet orange aroma in Wistar rats*. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010;34:605-9.
- 12 Hanson LR, Frey WH II. *Intranasal delivery bypasses the blood-brain barrier to target therapeutic agents to the central nervous system and treat neurodegenerative disease*. *BMC Neurosci* 2008;9(Suppl 3):S5.
- 13 Kagawa D, Jokura H, Ochiai R, et al. *The sedative effects and mechanism of action of cedrol inhalation with behavioral pharmacological evaluation*. *Planta Med* 2003;69:637-41.
- 14 Globig S, Hunter WJr, editors. *Current Research in Pharmaceutical Technology*. Toronto, Canada: CRC Press 2012.
- 15 Illum L. *Nasal drug delivery - possibilities, problem and solutions*. *J Control Rel* 2003;87:187-98.
- 16 Illum L. *Transport of drugs from the nasal cavity to the central nervous system*. *Eur J Pharm Sci* 2000;11:1-18.
- 17 Chow H, Chen Z, Matsuura GT. *Direct transport of cocaine from the nasal cavity to brain following intranasal cocaine administration in rats*. *J Pharm Sci* 1999;88:754-8.
- 18 Patton JS, Byron PR. *Inhaling medicines: delivering drugs to the body through the lungs*. *Nat Rev Drug Discov* 2007;6:67-74.
- 19 Araneda RC, Kini AD, Firestein S. *The molecular receptive range of an odorant receptor*. *Nat Neurosci* 2000;3:1248-55.
- 20 Bushdid C, Magnusco MO, Vosshall LB, et al. *Humans can discriminate more than 1 trillion olfactory stimuli*. *Science* 2014;343:1370-2.
- 21 Lehrner J, Marwinski G, Lehr S, et al. *Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office*. *Physiol Behav* 2005;86:92-5.
- 22 Bradley BF, Starkey NJ, Brown SL, et al. *The effects of prolonged rose odor inhalation in two animal models of anxiety*. *Physiol Behav* 2007;92:931-8.
- 23 Ryan JL, Heckler CE, Roscoe JA, et al. *Ginger (Zingiber officinale) reduces acute chemotherapy-induced nausea: a URCC CCOP study of 576 patients*. *Support Care Cancer* 2012;20:1479-89.
- 24 Panahi Y, Saadat A, Sahebkar A, et al. *Effect of ginger on acute and delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting: a pilot, randomized, open-label clinical trial*. *Integr Cancer Ther* 2012;11:204-11.
- 25 Ladas EJ, Post-White J, Hawks R, et al. *Evidence for symptom management in the child with cancer*. *J Pediatr Hematol Oncol* 2006;28:601-15.
- 26 Jafarzadeh M, Arman S, Pour FF. *Effect of aromatherapy with orange essential oil on salivary cortisol and pulse rate in children during dental treatment: a randomized controlled clinical trial*. *Adv Biomed Res* 2013;2:10.
- 27 Soltani R, Soheilipour S, Hajhashemi V, et al. *Evaluation of the effect of aromatherapy with lavender essential oil on post-tonsillectomy pain in pediatric patients: a randomized controlled trial*. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013;77:1579-81.
- 28 Doty RL. *Olfactory function in neonates*. In: Laing DG, Doty RL, Breipohl W, editors. *The human sense of smell*. Berlin, Germany: Springer 1991, pp. 155-65.

Angela Di Monaco

Pediatria di Famiglia, Roma

Direttivo della Fimp Roma e Provincia

Carissimi Colleghi,
la scomparsa della collega e amica Angela Di Monaco della Fimp Roma e Provincia, ci ha lasciato attoniti e increduli.

Ancora ci sembra impossibile che non sia più tra noi. Angela è stata Referente della Rete Vaccini del Lazio, per questo conosciuta per le sue doti umane e professionali dai colleghi di tutta Italia.

Ha ricoperto la carica di Vice-Segretario del Direttivo della Fimp Roma e provincia per due mandati e, attualmente, oltre a essere Consigliere del Direttivo era anche Responsabile del Comitato Scientifico.

Era un punto di riferimento della Fimp di Roma: preparatissima, ha organizzato numerosi convegni scientifici a cui hanno partecipato tanti colleghi.

Per questo un po' tutti i pediatri di Roma conoscevano Angela.

Nell'attività sindacale non si risparmiava ed era sempre disponibile nei momenti di necessità.

Noi sapevamo che in qualsiasi momento potevamo contare su di lei e sui suoi preziosi consigli.



Per noi tutti Angela era "unica".

Non dimenticheremo mai il suo sorriso, i suoi grandi occhi neri, il suo sguardo profondo, la sua intelligenza, la sua generosità e soprattutto la sua onestà.

Ci mancherai tanto cara amica ...

Carlo Marchi

Pier Luigi Tucci



Il giorno 11 giugno 2016 è mancato all'affetto dei suoi cari Carlo Marchi, all'età di 82 anni.

Per i pediatri più giovani Carlo è un illustre sconosciuto, ma è stato uno dei padri fondatori della Fimp nella quale ha ricoperto vari incarichi di responsabilità. Lo ricordo in particolare Segretario Regionale dell'Emilia Romagna e Direttore dal gennaio 1992 al 1994 del nuovo periodico della FIMP "Il Medico Pediatra", dove ha potuto esprimere al meglio il suo carisma di opinionista. Già nell'editoriale del primo numero il proponimento espresso era "di voler fare opinione, in quanto la FIMP è un'organizzazione 'politica' e deve avere uno strumento che ne proietti l'immagine all'esterno, pena l'anonimato e la sopraffazione da parte di altri sindacati medici solo numericamente più forti. Qui non conterà più il numero bruto degli iscritti, ma la forza delle idee. E in questo campo sappiamo di poter essere vincenti".

E riguardando con un po' di tristezza i primi numeri del periodico vi ho ritrovato nei contenuti suoi e dei vari collaboratori coerenza col progetto ed entusiasmo nel proporre nuovi scenari assistenziali legati a una visione moderna del nostro ruolo.

Legato a lui da profonda stima e affetto, non posso non ricordare come mi abbia più volte invitato a presentare all'estero il modello italiano di pediatria,

e soprattutto invitato e sollecitato a essere presente e attivo in ambiti pediatrici più ampi della dimensione prettamente sindacale: penso in particolare ai Simposi di Saint Vincent organizzati dall'OMS Euro sui temi dell'applicazione della Convenzione dei Diritti dell'Infanzia e sulla Bioetica, concorrendo grandemente alla mia formazione sindacale e professionale.

Come pediatra ha aggiunto al suo ruolo principale di pediatra di famiglia a Formigine (Modena) esperienze all'estero sia in Zimbabwe come Esperto Pediatra per il Ministero degli Affari Esteri, sia in Brasile quale Visiting Professor presso l'Università Potiguar a Natal RN.

L'amore per il Brasile lo ha portato anche a scrivere un romanzo, *Maria Beatriz do Mar, la ragazza che parlava con i delfini*, ispirato dalla profonda conoscenza della gente semplice nei piccoli paesi del Brasile, dove il mondo magico si fonde con quello reale, romanzo che gli ha fatto vincere nel 2015 il primo premio nella sezione narrativa Cesare Pavese, dell'AMSI.

In pensione anticipata per malattia, si era allontanato dalla Fimp negli ultimi anni della sua attività professionale.

Alla moglie Laura Malmusi – anche lei pediatra di famiglia – le nostre più sentite condoglianze.