



Servizio Assistenza Distrettuale
Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari
Consultori Familiari



PROGRAMMA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
FINALIZZATO ALLA ATTIVAZIONE, ALLA GESTIONE E
ALLA RIORGANIZZAZIONE DEI CONSULTORI (*legge n. 34/96*
Settore Materno Infantile) finanziamento riferito alle annualità '97- '98

P rogetto n. 9

Le mutilazioni Genitali Femminili (MGF)
nella popolazione immigrata
(dicembre 2000 ■ febbraio 2001)

Raccomandazioni per i professionisti



EUROPE

Il progetto dell'indagine e l'adattamento delle Linee Guida è stato curato da una Commissione di progetto composta da:

Gianfranco Gori - *U.O. Ost. Gin AUSL Forlì*
(Coordinatore)

Valeria Castagnoli - *Salute Donna AUSL Forlì*
Beverley Chalmers - *University of Toronto, Canada, WHO Collaborating Centre*
Paola Dalla Casa - *U.O. Pediatria AUSL Forlì*
Enzo Esposito - *U.O. Ost. Gin. AUSL Ravenna*
Bruna Ferrari - *Centro Famiglie - Comune di Forlì*
Laura Gasperi - *Salute Infanzia AUSL Forlì*
Oriana Gasperoni - *Salute Donna AUSL Ravenna*
Michela Giuliani - *Salute Donna AUSL Ravenna*
Federico Paltrinieri - *U.O. Ost. Gin AUSL Forlì*
Margherita Ricci - *Salute Donna AUSL Forlì*
Rosanna Sestito - *Università di Bologna*
Adele Tonini - *Salute Donna AUSL Parma*
Dirce Vezzani - *Salute Donna AUSL Modena*
Serena Zauli - *Università di Padova*

Con la collaborazione di:

Silvana Borsari - *Coordinatrice del programma finalizzato all'attuazione, alla gestione e alla riorganizzazione dei consultori della Regione Emilia-Romagna*

Servizio Assistenza distrettuale pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari - Regione Emilia-Romagna
Elena Castelli, Carla Dazzani, Angela Paganelli, Maria Lazzarato

Traduzione a cura di:

Angela Bartolotti

Elaborazione statistica a cura di:

Laura Fiammenghi

La stesura della relazione finale è stata curata da:

Gianfranco Gori - *Azienda USL di Forlì*
Enzo Esposito - *Azienda USL di Ravenna*

Grafica e stampa

Azienda USL di Ravenna

Copia del volume* può essere richiesta a:

Elena Castelli - *Servizio Assistenza distrettuale pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari - Regione Emilia-Romagna - Viale Aldo Moro, 21 - 40127 Bologna - tel. 051/6397314 - fax 051/6397062 - e-mail: ecastelli@regione.emilia-romagna.it*

**Il Progetto 9 ha prodotto due volumi: "Risultati dell'indagine regionale" e "Raccomandazioni per i professionisti"*

INDICE

Prefazione	pag. 5
Ringraziamenti	pag. 6
Nota importante	pag. 6
Introduzione	pag. 7
Obiettivi della ricerca	pag. 9
PRIMA PARTE: Il <i>background</i> ed il contesto:	pag. 11
1. Che cos'è la mutilazione genitale femminile?	pag. 12
2. Aspetti etici e legali della mutilazione genitale femminile	pag. 27
SECONDA PARTE: Tutela della salute:	pag. 31
3. Conseguenze sanitarie della mutilazione genitale femminile	pag. 32
4. Problematiche psicosociali relative alla mutilazione genitale femminile	pag. 36
5. Linee guida	pag. 43
6. La deinfibulazione	pag. 53
7. La gravidanza ed il parto	pag. 60
Conclusioni	pag. 69

Informazioni di background
Protocolli Assistenziali

Ricerca approvata da WHO Europe

Prefazione

Questo libro vuole essere un tentativo di migliorare il servizio sanitario offerto alle donne sottoposte a mutilazione genitale femminile (MGF), attraverso la formazione di coloro che operano nel settore sanitario e sono a contatto con le tematiche relative a tale istanza. L'intenzione non è di rivolgersi esclusivamente a coloro che esercitano la professione di medici, ma a chiunque operi nel campo sanitario e si relazioni con le donne che hanno subito MGF, siano essi ostetriche, infermiere, responsabili dei dipartimenti di salute pubblica, operatori sociali, psicologi e qualunque categoria attinente. Il nostro lavoro non vuole essere, e non si dovrebbe considerare, un compendio autoritario e omnicomprensivo sulla MGF. Si deve infatti riconoscere che da un punto di vista pratico l'informazione epidemiologica affidabile è molto limitata. Gran parte del materiale disponibile è essenzialmente qualitativo, basato su stime e soggetto a revisioni.

Parlare di MGF può voler dire coinvolgere l'emotività, le idee politiche o alimentare controversie. La stesura di questo libro cerca perciò di creare un percorso attraverso i vari punti di vista, posizioni o filosofie. Gli autori hanno cercato di non sostenere in particolare qualcuno, o di non attirare l'attenzione su un determinato punto di vista, gruppo o posizione, se non su chi offre contesti operativi interessanti (vedi sotto). Una delle sfide affrontate è stato trovare un equilibrio fra le questioni impregnate di significati culturali diversi. Ci siamo infatti resi conto della difficoltà di scrivere qualcosa su un'altra cultura, essendo totalmente impregnati della nostra, abbiamo così preso coscienza del potenziale rischio di avere un approccio etnocentrico. Tuttavia, abbiamo anche tenuto in considerazione che esiste il rischio di incorrere in un relativismo culturale che permette l'autodeterminazione culturale anche quando viene perpetrata un'evidente violazione dei diritti umani. Abbiamo cercato di evitare i dibattiti espliciti relativi a questo problema, ma ci siamo limitati a commenti brevi quando erano necessari per i nostri obiettivi principali. Ci siamo resi conto che per tutelare adeguatamente la salute di qualcuno che appartenga a comunità diverse dalla nostra, si rende imprescindibile conoscere i contenuti di tali comunità a livello sanitario, essere sensibili ad essi e comprendere pure il *background* culturale e le aspettative che la tutela della salute può comportare in tali contesti. Inoltre, a causa delle ben note conseguenze sanitarie della MGF, si rende necessario lo sradicamento di tale pratica e la messa in discussione delle credenze, delle strutture e degli ambienti culturali che la sostengono, allo scopo di migliorare nel futuro la salute delle donne e delle bambine.

Ringraziamenti

Si ringrazia per il prezioso contributo ogni membro della commissione di progetto.

Grazie anche a coloro che hanno rivisto il lavoro nelle varie fasi della sua stesura, proponendo le loro impressioni ed i loro suggerimenti sull'opera. Un ringraziamento particolare ad Angela Bartolotti per il lavoro di traduzione e alla Dott.ssa Laura Fiammenghi per il lavoro di elaborazione statistica

Nota importante

Il presente lavoro è stato realizzato con il massimo della cura, tuttavia i lettori sono pregati di usarlo come uno strumento, con tutti i limiti che può avere una pubblicazione basata sull'esperienza circoscritta di alcune persone e sulla traduzione ed adattamento di due linee guida (1,2) da parte della Commissione di progetto.

Perciò l'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna non può essere ritenuto responsabile per eventuali errori o conseguenze derivanti dall'uso delle informazioni contenute in questo libro. Inoltre si declina qualsiasi responsabilità per danni o perdite che si dovessero subire per aver seguito le informazioni riportate all'interno del libro, anche se tali danni sono dovuti a errori compiuti dagli estensori per loro negligenza o ignoranza.

Bibliografia

1. WHO World Health Organization Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation Report of a WHO Technical Consultation Geneva, 15-17 October 1997 WHO/FCH/GWH/01.2 WHO/RHR/01.13
2. RACOG - The Royal Australian College of Obstetricians and Gynecologists Female Genital Mutilation - A pamphlet for health professionals The Royal Australian College of Obstetricians and Gynecologists 1997

Introduzione

Il flusso migratorio dai Paesi in via di sviluppo (PVS) all'Italia, fenomeno relativamente recente per il nostro Paese, si è modificato col passare del tempo nei suoi aspetti quantitativi e qualitativi, assumendo caratteristiche che si ripercuotono anche sull'assistenza sanitaria a queste popolazioni. Giovani di sesso maschile agli inizi, negli ultimi anni invece, con il relativo stabilizzarsi di questa prima quota di migrazione, abbiamo assistito in molti casi al ricongiungimento delle famiglie, che ha portato ad un incremento nella presenza di donne in età fertile e di bambine e bambini dei PVS nel nostro Paese. Non bisogna dimenticare, d'altra parte, come l'Italia sia stata protagonista fin dagli inizi di una migrazione tipicamente femminile, che ha interessato soprattutto alcune etnie (filippina, eritrea, latino-americana) ed ha contribuito in misura notevole a caratterizzare i bisogni sanitari.

Se i dati ufficiali sulla presenza delle popolazioni immigrate sottostimano in termini quantitativi la reale incidenza del fenomeno, scarse, e scarsamente monitorate, sono pure le condizioni sanitarie degli "immigrati extracomunitari". Indagini eseguite in altre nazioni europee, come in Francia per l'immigrazione dall'Africa del Nord, in Germania che registra una massiccia presenza turca o in Inghilterra che vede soprattutto immigrati asiatici, mostrano come queste fasce di popolazione vadano incontro ad un "rischio sanitario" elevato e debbano quindi essere oggetto, da parte degli operatori sanitari, "di un'attenzione particolare che tenga conto non solo delle tradizioni, del bagaglio culturale e delle patologie presenti nei paesi d'origine, ma anche della impreparazione che il nostro sistema sanitario e le nostre conoscenze mostrano di fronte al nuovo".

In ambito materno-infantile questi aspetti rivestono sicuramente un'importanza decisiva e vanno sottolineati e tenuti in considerazione quando si pensi a strategie di intervento sanitario rivolte all'assistenza ostetrica e pediatrica: esiste probabilmente per queste popolazioni un rischio sanitario diretto, legato a determinanti socio-economici-ambientali sia del paese d'origine che di quello di arrivo, cui si aggiunge comunque un rischio più strettamente "culturale", legato alle difficoltà linguistiche, alla presenza di tradizioni ed abitudini diverse che influiscono nella comunicazione del disagio e nella possibilità che questo possa essere compreso dagli operatori sanitari.

Al momento però la comprensione di questi fenomeni è limitata dalla scarsità di dati disponibili, sulla base dei quali partire con alcune ipotesi interpretative.

In questo ambito le MGF sulle donne e le bambine immigrate rivestono un'importanza unica in quanto a valenza multipla; ma anche in questo ambito le informazioni sono scarse.

Secondo dati recenti (Mutilazione Genitale Femminile, Comunicato ufficiale congiunto di OMS, UNICEF e UNFPA. Ginevra, OMS 1997), nel mondo 130 milioni di donne e ragazze sono state sottoposte a mutilazione genitale femminile (MGF). Tale pratica continua ad esistere perché è legata a una complessa serie di ragioni sociali, culturali ed economiche. Da un punto di vista medico è del tutto inutile e comporta pesanti conseguenze da un punto di vista fisico, sessuale e psicosociale.

Un numero sempre più alto di donne sta migrando verso l'Italia dai paesi in cui tale pratica è ampiamente diffusa. Tuttavia, la gran parte degli operatori sanitari italiani ha una conoscenza minima ed una esperienza molto limitata in merito a questo fenomeno, sia da un punto di vista culturale che sanitario. La presenza di un personale sanitario in grado di far fronte ai bisogni di queste donne si rivela sempre più fondamentale. È perciò innanzitutto necessario considerare i vari aspetti che portano al persistere della MGF nelle comunità colpite, sia da un punto di vista della salute, dell'igiene e della filosofia che sottende tale pratica.

Molti Stati hanno legiferato contro la mutilazione genitale femminile. Tuttavia, la prevenzione alla MGF nel nostro paese deve anche portare a una formazione relativa alle conseguenze negative. Gli operatori sanitari ricoprono un ruolo fondamentale nel contattare le donne e formarle sull'idea di una fisicità che sia in linea con la tutela della salute. Essi devono anche essere consapevoli che un fallimento nell'approccio con le donne, perché mancante di sensibilità rispetto al loro *background* culturale, può rovinare la comunicazione e addirittura creare resistenze verso il sistema sanitario nazionale.

Questa pubblicazione è stata realizzata per migliorare la consapevolezza e la comprensione di alcune tematiche legate alla MGF, e, dove possibile, offrire una guida su come tutelare la salute delle donne sottoposte a MGF, tenendo conto del loro contesto di vita familiare e comunitario. Le informazioni contenute in quest'opera intendono dare una prima informazione a coloro che non hanno mai avuto a che fare con la MGF. Non si ha la pretesa di affrontare tutte le tematiche legate alla MGF, tenuto conto che questo è un argomento sconfinato, che richiede tempo e sforzi per conoscerlo a fondo, soprattutto per entrare in rapporto con le donne che hanno subito tali mutilazioni.

Gli operatori sanitari necessitano di formazione per definire e far fronte ai bisogni sanitari e psicologici delle donne e delle ragazze che sono state sottoposte a mutilazione genitale, arrivando anche ad una comprensione delle basi culturali e delle implicazioni legali ed etiche che

potrebbero fuoriuscire quando si ragiona sull'erogazione di un servizio sanitario.

Si ritiene fondamentale prestare attenzione alla sfera emotiva delle donne e delle ragazze incontrate per riuscire a migliorare il tipo di servizio offerto loro.

E' importante elaborare protocolli e definire procedure da parte di chi eroga i servizi sanitari, in particolare per quanto riguarda la fase prenatale, del parto e post partum, e per ciò che si riferisce alle specifiche procedure di deinfibulazione, alla cura delle donne che presentano complicanze legate a tali pratiche, ad esempio inerenti alla salute fisica e a quella riproduttiva. E' opportuno, inoltre, riconoscere i bisogni psicosociali delle donne che sono state sottoposte a mutilazione genitale femminile e offrire ad esse operatori sanitari formati in modo da identificare e affrontare tali esigenze, riuscendo anche a mettersi in rete, per creare servizi integrati.

In particolare, si identificano come destinatarie di una particolare azione di tutela, le bambine e le adolescenti che hanno subito MGF, per far fronte alle loro specifiche esigenze psicosociali.

Obiettivi della ricerca:

- Indagare le attitudini dei professionisti al riconoscimento, alla presa in carico ed alla erogazione di cure appropriate a donne con MGF; Indagare le percezioni delle donne immigrate portatrici di MGF rispetto alle cure ricevute dal SSR Fornire supporto educativo ai professionisti;
- Partecipare ad una riflessione sulla pratica delle MGF in Emilia Romagna.

L'obiettivo primario era stato configurato essere una conferenza di consenso, ma in ragione della scarsa adesione al progetto da parte delle immigrate somale (vedi oltre), si è deciso in accordo con l'Assessorato di cambiare questo obiettivo in quello di fornire supporto educativo ai professionisti; nell'idea che tale supporto possa migliorare il rapporto professionisti/immigrate somale e quindi facilitare la comunicazione.

Tale obiettivo si è esplicitato in un corso di formazione tecnica e interculturale per i professionisti dei servizi tenutosi all'inizio del 2002, in questa pubblicazione che verrà distribuita a tutti i professionisti del SSR e che contiene i risultati della ricerca commentati, una linea guida di comportamento assistenziale ed una bibliografia selezionata, ed in un nuovo corso di formazione previsto per il 2004.

PRIMA PARTE

IL BACKGROUND ED IL CONTESTO

1. CHE COS'È LA MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE?

Riassunto

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la mutilazione genitale femminile come riferita a tutte le pratiche che portano alla rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o ad altri danni agli organi genitali femminili compiuti sulla base di motivazioni culturali o altre motivazioni non terapeutiche (1).

Il termine mutilazione genitale femminile può risultare offensivo ad alcuni ed il suo impiego durante le visite può essere controproducente ed impedire la creazione di una relazione positiva con la paziente.

In parecchi paesi del mondo esistono varie comunità che praticano la MGF, un numero sempre maggiore di persone sta migrando da tali stati in questi anni verso l'Italia.

L'origine delle MGF non è chiara, si sa che è praticata da molti secoli ed è radicata in comunità che praticano le religioni maggiormente diffuse.

La MGF ha una base culturale ed è praticata da credenti di religioni diverse, seppure non tutti i credenti di una religione in particolare la effettuano.

La pratica delle MGF è sostenuta da un sistema complicato e potente di credenze.

La MGF è praticata nell'intenzione di garantire un futuro di prosperità alla ragazza e con la convinzione di migliorare la salute, la castità, l'igiene, la coesione sociale, l'onore familiare, la possibilità di matrimonio, la fertilità e la buona riuscita del parto.

DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE

Definizione

Poiché la definizione che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dato della mutilazione genitale femminile si riferisce a tutte le pratiche che portano alla rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o ad altri danni agli organi genitali femminili compiuti sulla base di motivazioni culturali o di altre motivazioni non terapeutiche (1) essa racchiude una serie di pratiche differenti che vengono applicate da diversi gruppi culturali.

La classificazione delle MGF (vedi Tavola 1) offre una descrizione tecnica dei tipi di pratiche che possono essere svolte, secondo la quantità di tessuto che viene asportata.

Il termine mutilazione genitale femminile verrà usato in questa pubblicazione, facendo sempre riferimento alla definizione proposta

dall'OMS. Molti altri termini sono stati usati per descrivere le MGF, ma essi sono spesso ambigui o eufemistici o riferiti a significati diversi secondo i diversi gruppi culturali. Circoncisione femminile è il termine precedentemente utilizzato, ma esso risulta anatomicamente inadatto in gran parte delle situazioni, perciò si ritiene di volerne scoraggiare l'uso.

USO DELLA TERMINOLOGIA

Il termine mutilazione genitale femminile potrebbe offendere chi la pratica o chi l'ha subita. Sebbene le società occidentali la considerino come una mutilazione, all'interno delle culture che la praticano è diffusa l'intenzione di fare il bene della bambina che la subisce (si veda sotto in *Credenze sulla MGF*). Perciò l'uso del termine mutilazione genitale femminile durante le visite, può essere controproducente e impedire la creazione di una relazione positiva con la paziente, senza la quale risulta impossibile riuscire ad aprirsi e parlare con l'operatore sanitario dei suoi bisogni legati a tale pratica.

Per questa ragione risulta importante capire con quale termine la donna e la sua famiglia desiderano riferirsi alla MGF e utilizzarlo nella conversazione, in modo da non creare un raffreddamento dei rapporti. Quando si ha la possibilità di incontrare la donna personalmente, si consiglia di lasciare che sia lei a descrivere come percepisce la MGF, chiedendole innanzitutto di darne una descrizione. Se si ritiene poi necessario ricorrere ad un termine, le parole più adatte possono essere *chirurgia tradizionale femminile*, *taglio* o *chirurgia rituale femminile*. Anche il termine *circoncisione femminile* è uno di quelli maggiormente condiviso fra le donne. Da un punto di vista ufficiale, si ritiene di doverne scoraggiare l'uso, poiché non descrive adeguatamente la pratica, tuttavia, se si nota che esso porta a una comunicazione efficace, può venire comunque utilizzato.

Le classificazioni riportate da WHO non sono conosciute in maniera diffusa e molto probabilmente durante una visita non si riveleranno particolarmente utili.

E' importante evitare di sostenere la MGF, facendo uso di termini che in qualche modo possano esprimervi un consenso. Un esempio fondamentale è il termine "Sunna". Il Comitato Musulmano per il welfare degli Stati di Victoria (Australia) stabilisce che il termine "Sunna" è il termine usato nell'Islam per esprimere valori e regole religiose. Sebbene alcune donne possano percepire le MGF come un obbligo religioso, tale credenza risulta essere falsa, poiché i principali insegnamenti della Sunna non hanno mai comandato, proibito o consigliato (con forza) la pratica della circoncisione femminile (sic). E' opportuno perciò evitare di usare questo

termine, in quanto rischia notevolmente di rinforzare la percezione di prescrizione religiosa, che è del tutto infondata (2).

E' inoltre opportuno tenere presente che uno stesso termine può essere usato da donne diverse per descrivere pratiche diverse. Ad esempio la parola "sunna" può indicare per alcuni un'incisione ritualistica relativamente piccola del prepuzio clitorideo, mentre per altri può riferirsi ad una clitoridectomia. Perciò si consiglia di stabilire l'estensione di una MGF non basandosi sulla terminologia, ma piuttosto su una visita ginecologica. Per riuscire ad essere chiari e poter avere i punti d'appoggio per fare paragoni, si raccomanda di fare riferimento alla definizione ed alla classificazione proposta dall'OMS (vedi Tavola 1). Tuttavia, allo scopo di descrivere in maniera precisa l'estensione di una MGF, riferita ad un caso particolare, potrebbe essere necessario l'utilizzo di termini anatomici come clitoridectomia ed asportazione.

Tavola 1: Classificazione delle mutilazioni genitali femminili formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1).

Definizione OMS: la mutilazione genitale femminile comprende tutte le pratiche che portano alla rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o ad altri danni agli organi genitali femminili compiuti sulla base di motivazioni culturali o altre motivazioni non terapeutiche (1).

I tipo: asportazione del prepuzio, con o senza l'asportazione di parte o di tutto il clitoride (vedi la figura 2)

Altri termini usati per descrivere le pratiche di I tipo includono circoncisione, circoncisione ritualistica, sunna, clitoridectomia

II tipo: asportazione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra (vedi figura 3 e 4)

Altri termini usati per descrivere le pratiche di II tipo includono clitoridectomia, sunna, asportazione e circoncisione

III tipo: asportazione di parte o della totalità dei genitali esterni e sutura/restringimento del canale vaginale (infibulazione), (vedi figura 5 e 6)

Altri termini usati per descrivere le pratiche di III tipo includono infibulazione, circoncisione faraonica e circoncisione somala

IV tipo: non classificato: include

1 forare, trapassare o incidere il clitoride e/o le labbra;

2 produrre una tensione del clitoride e/o delle labbra;

3 cauterizzare (bruciare) il clitoride ed i tessuti intorno ad esso;

- 4 scorticare i tessuti attorno all'orifizio vaginale (tagli "anguria") o tagliare la vagina (tagli "gishiri");
- 5 introdurre sostanze o erbe corrosive nella vagina per causare un sanguinamento o allo scopo di restringerla;
- 6 ogni altra pratica che possa rientrare nella definizione di mutilazione genitale femminile data sopra.

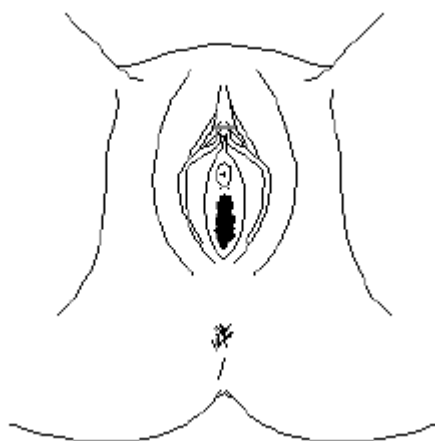


Figura 1: genitali femminili non modificati

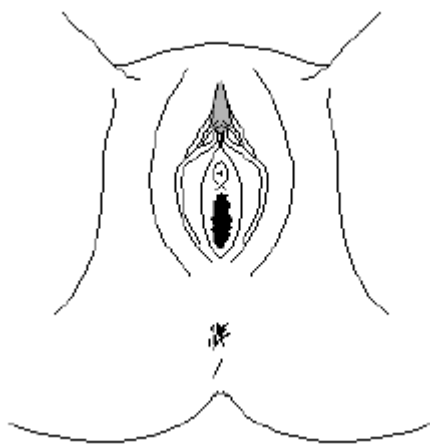


Figura 2: area di tessuto rimosso - MGF di I tipo

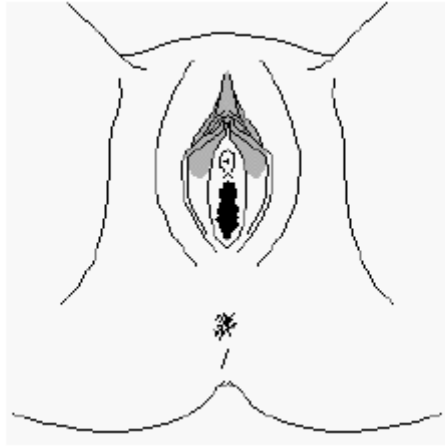


Figura 3: area di tessuto rimosso - MGF di II tipo

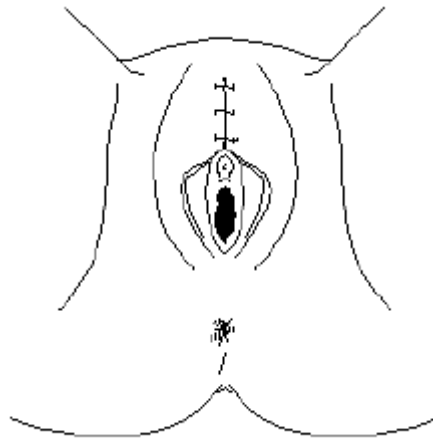


Figura 4: aspetto di MGF di II tipo dopo la sutura

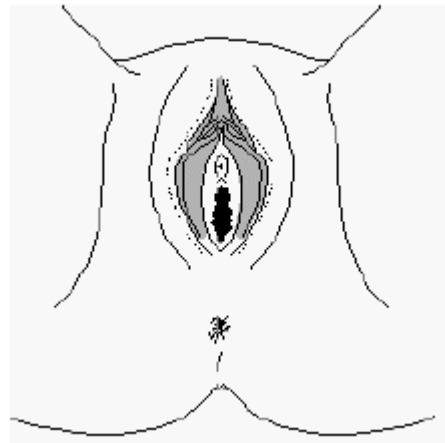


Figura 5: area di tessuto rimosso - MGF di III tipo

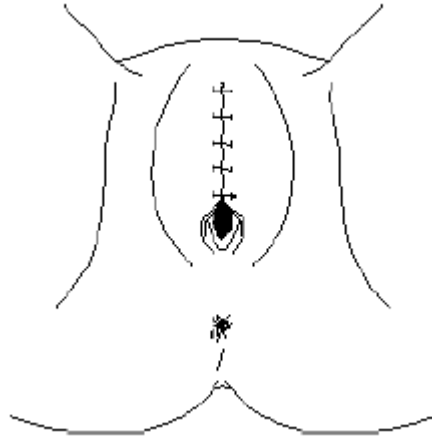


Figura 6: aspetto del III tipo dopo la sutura

N.B. Queste figure sono solo esempi, i vari tipi di MGF presentano molteplici varietà a tali rappresentazioni.

COMUNITÀ CHE PRATICANO LA MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE

Mentre non esiste una prova oggettiva che le MGF siano praticate in Italia, si registra un numero sempre maggiore di immigrati provenienti da gruppi etnici che praticano la MGF e, perciò, sempre più donne che hanno subito una MGF si rivolgono al servizio sanitario nazionale.

Si sa che molte delle comunità immigrate praticano la MGF, ma è possibile che anche altre la pratichino e non se ne abbia ancora informazione. La tavola 2 include una lista di paesi di origine delle comunità in cui è diffusa la MGF. Se un operatore sanitario sa riconoscere tali paesi è certamente in possesso di un importante strumento di lavoro per relazionarsi nella maniera più adeguata con le utenti che potrebbero presentare una MGF. Comunque non bisogna arrivare a pensare automaticamente che, se una donna viene da un determinato stato, allora sia stata sottoposta a MGF. Si consulti la tabella seguente per una stima della proporzione di persone che si ritiene abbiano subito MGF.

Ogni donna deve essere accolta tenendo conto della sua unicità, senza dimenticare che l'area da cui proviene la espone ad un rischio maggiore di MGF, ma considerando che tale dato deve essere verificato direttamente parlando con lei.

Tavola 2: paesi in cui esistono comunità che praticano la MGF

<i>Regione</i>	<i>Paesi</i>	<i>Stime diffusione* (3, 4, 5, 6, 7)</i>
Asia	<i>Indonesia, Malaysia</i>	<i>no dati disponibili</i>
	<i>India</i>	<i>meno del 10%</i>
Africa	<i>Gibuti, Sierra Leone, Somalia, Egitto</i>	<i>90% e oltre</i>
	<i>Eritrea, Etiopia, Gambia, Sudan</i>	<i>80-89%</i>
	<i>Burkina Faso, Ciad, Guinea, Liberia, Mali</i>	<i>60-79%</i>
	<i>Costa d'Avorio, Repubblica Centrafricana, Ghana, Benin, Guinea Bissau, Kenya, Nigeria, Togo</i>	<i>0-59%</i>
	<i>Senegal, Niger, Mauritania, Camerun</i>	<i>10-29%</i>
	<i>Congo, Tanzania, Uganda, Zaire</i>	<i>meno del 10%</i>
Medio Oriente	<i>Oman, Emirati Arabi, Yemen</i>	<i>no dati disponibili</i>

** la ricerca sulla diffusione della MGF è molto limitata e le stime sono generalmente l'unico dato disponibile, esse sono un compendio delle varie fonti relative all'argomento. Tuttavia, tali dati descrivono in maniera imprecisa la realtà, per cui si consiglia di prenderli con la dovuta cautela. Al momento non esiste una ricerca complessiva della diffusione della MGF in Italia, per cui si raccomanda di evitare le generalizzazioni banali partendo dai dati sopradescritti. Le cifre qui riportate sono quelle maggiormente esaustive, in mancanza di informazioni più esatte.*

IL BACKGROUND

Origine

L'origine esatta della mutilazione genitale femminile è sconosciuta. Esistono molte teorie sulla sua origine, i primi documenti su tale pratica risalgono a seimila anni fa (8). È credenza diffusa che l'infibulazione (MGF di III tipo) fosse praticata durante il periodo dei Faraoni egiziani (9,10), mentre la clitoridectomia era usata nella medicina occidentale fino ai tardi anni 50 per curare la ninfomania, la promiscuità e la masturbazione (8, 11).

Diffusione

È difficile determinare la diffusione esatta della MGF, in quanto finora le ricerche svolte sono estremamente limitate. L'OMS stima che 130 milioni di donne nel mondo siano state sottoposte a una forma di MGF, con una incidenza annua di 2 milioni di casi (12).

I tipi più comuni di MGF sono quelle di I ed il II tipo (vedi tavola 1) che costituiscono oltre l'80% dei casi. Le MGF di III tipo, la forma più estrema di MGF (generalmente conosciuta come infibulazione) costituiscono approssimativamente il 15% di tutte le pratiche (10).

Pratica

Come si è visto, esistono diversi tipi di MGF e le varie comunità presentano modalità di praticare uno stesso tipo di MGF in maniere difformi tra esse, esiste perciò una grande varietà di procedure.

Molte delle descrizioni disponibili parlano di pratiche primitive ed effettuate in condizioni igieniche non sterili (4, 9, 13), esse sono tradizionalmente svolte da donne che non possiedono una formazione ufficiale, le cosiddette assistenti tradizionali del parto, che in genere usano strumenti primitivi, lame di rasoio e pezzi di vetro. Gli anestetici non vengono generalmente utilizzati e, spesso, durante l'intervento le donne vengono tenute ferme dalle anziane in modo che non sfuggano alla pratica. Ciò porta spesso a causare danni fisici maggiori alla persona rispetto a quanto si volesse effettivamente realizzare. Nei casi di infibulazione, la pratica più estrema (MGF di III tipo), le estremità infiammate delle grandi labbra vengono suturate utilizzando catgut o più frequentemente spine, le gambe sono poi legate insieme per facilitare la guarigione.

Tuttavia, mentre alcune comunità ancora praticano le MGF negli ambienti sopradescritti, esistono anche comunità più avanzate che utilizzano

personale medico formato in luoghi sterili adatti a trattamenti clinici (6, 13, 14).

Età

L'età nella quale le persone di sesso femminile sono sottoposte a MGF varia all'interno delle diverse comunità. Ad esempio, in alcune di esse la MGF viene vista come un passaggio per diventare donna ed è perciò praticata alle fanciulle di otto o nove anni, come parte della cerimonia di "iniziazione" (6, 14). In altre comunità la MGF si svolge appena prima del matrimonio, in altre ancora quando la bambina ha solo pochi giorni di vita (4, 15). Si ritiene che si stia abbassando l'età in cui viene praticata la MGF e che stia diminuendo il legame fra iniziazione ed età adulta (8).

Credenze sulla mutilazione genitale femminile

Un operatore sanitario non può non tener conto della complessità e del potere del sistema di credenze che sostiene la pratica delle MGF. Qualsiasi iniziativa di tipo sanitario, ivi compresa la formazione sulle conseguenze a livello della salute della persona, mirante a sradicare la pratica deve avere ben presente il contesto in cui si muove la donna e la sua famiglia, e la rete complessa di convinzioni che stanno alla base di tale sistema.

Le mutilazioni genitali femminili sono praticate in molte comunità estremamente diversificate fra di loro. Tuttavia, esiste fra esse un tratto comune, ovvero esse sono sia patrilineari che patriarcali. Paradossalmente, la pratica delle MGF viene sostenuta ed effettuata dalle donne, essendo considerata come vitale per il mantenimento delle strutture sociali fondamentali, quali la struttura patrilineare della società, l'onore della famiglia e la posizione sociale. La MGF è sostenuta nella convinzione che essa sia nel miglior interesse della bambina, in modo da assicurarle un futuro felice come moglie e madre. Non praticare la MGF equivale perciò ad esporre una giovane donna a un rischio enorme. Alcune delle ragioni che in genere vengono addotte per una MGF sono elencate nella lista qui sotto, con la quale si intende solo dare un'idea delle motivazioni che spingono coloro che praticano le MGF a farlo, si deve comunque tenere conto del fatto che ogni comunità ha la sua specificità nel concepirle, e, all'interno di esse, ogni individuo deve essere considerato come unico.

È importante rendersi conto che se un membro di una comunità in cui la MGF è diffusa rifiuta di praticarla, allontanandosi quindi dalle tradizioni del suo gruppo di appartenenza, rischia di andare incontro ad ostracismo da parte degli altri o di essere visto come vittima di agenti esterni. Allo

stesso modo, un operatore sanitario che manifesti chiaramente di opporsi alla MGF rischia di essere considerato come razzista da parte della comunità. E' inoltre interessante capire che, sia chi sostiene la MGF, che chi si oppone ad essa, lo fa per lo stesso motivo, ovvero avendo a cuore il futuro della ragazza o della donna interessata.

Tradizione

La tradizione è una delle motivazioni più comuni per giustificare una MGF. Per molte persone, la MGF è una fase normale della vita di una donna, che fa parte del vissuto di tutte le donne. E' un passo atteso e già conosciuto dello sviluppo di una ragazza verso l'età matura. La pratica può poi essere associata con celebrazioni tradizionali per l'ingresso nel pieno della femminilità, spesso accompagnate da regali e festeggiamenti solenni. Tale tradizione è sostenuta dalla pressione sociale che tiene coesa una comunità, si devono perciò tenere in considerazione le stigmatizzazioni a cui potrebbe andare incontro una ragazza che non vi si adeguasse, mancando di accettare la MGF.

Coesione sociale

La tradizione delle MGF è anche collegata all'importanza dell'onore familiare, una componente vitale della posizione all'interno della comunità e della sua coesione. L'onore viene gelosamente conservato in una famiglia poiché lo si può perdere a causa delle azioni di uno dei suoi membri, in particolare di quelli di sesso femminile (10). La MGF viene considerata come una normale precauzione per assicurare la morigeratezza delle ragazze e la conservazione della verginità (13) e, in tempo di guerra, è stata considerata come un modo per proteggere le ragazze dalla violenza sessuale. La pratica delle MGF si perpetua all'interno del sistema sociale, poiché la deviazione dalle norme implica immoralità e perciò può causare la perdita di onore ("figlio di madre non circoncesa" è una delle offese più terribili in alcune comunità). Ciò risulterebbe particolarmente dannoso per le persone di sesso femminile in quanto la possibilità di sposarsi spesso risulta essere l'unica opportunità per assicurare un supporto economico e sociale alla famiglia d'origine.

Si pensa inoltre che la mutilazione genitale femminile porti ad aumentare la coesione sociale nei gruppi delle ragazze che la subiscono nello stesso periodo, poiché esse in genere si sentiranno maggiormente unite, avendo affrontato contemporaneamente la medesima esperienza (5).

Religione

La mutilazione genitale femminile risulta essere diffusa e praticata (5, 14) sia fra i cristiani (protestanti, cattolici e copti), che fra i musulmani, gli ebrei, gli animisti e gli atei. Spesso accade che le persone riconducano una valenza religiosa alla MGF. Tuttavia, la MGF non viene contemplata in nessuna delle religioni considerate. Si ritiene, perciò che il collegamento fra il credo religioso e l'obbligo di praticare la MGF scaturisca da una concorrenza di fattori che si sono intersecati nella storia quali gli insegnamenti non esatti e la comprensione errata dei testi religiosi.

La mutilazione genitale femminile precede molte religioni moderne, fra cui il Cristianesimo e l'Islam.

Un concetto sbagliato comunemente diffuso riguarda il fatto che la MGF sia prescritta dalla religione musulmana. Esistono infatti nel mondo molti popoli islamici che non praticano la MGF, soprattutto nei paesi del Medio Oriente, come ad esempio l'Arabia Saudita. Alcune donne considerano la MGF come sunna, una regola religiosa prescritta all'interno degli insegnamenti del Profeta Maometto. Tuttavia è in corso un esteso dibattito su questa affermazione all'interno della religione islamica (v. USO DELLA TERMINOLOGIA)

Possibilità di matrimonio

La mutilazione genitale femminile è praticata nelle comunità in cui, generalmente, le donne hanno un accesso limitato alle risorse economiche o sociali e devono avere buone prospettive di matrimonio per assicurarsi un mezzo di sostentamento futuro (14). La MGF è considerata come un modo per aumentare la possibilità di matrimonio assicurando la verginità, che è quasi sempre vista come un prerequisito fondamentale per il matrimonio. Si pensa inoltre che la MGF assicuri la dinastia di ogni figlia, limitandone le esperienze sessuali prima del matrimonio ed incoraggiandone la fedeltà durante esso (poiché le MGF portano a una diminuzione del desiderio sessuale). Altri credono che la MGF aumenti la fertilità e/o accresca il piacere sessuale maschile, componenti ugualmente importanti perché una donna sia considerata maggiormente interessante come futura moglie (17).

Economia

In alcune società la pratica delle MGF conferisce potere, prestigio sociale e denaro alle assistenti tradizionali del parto, ponendole in una posizione molto inusuale per una donna al di fuori della sua sfera

domestica privata (6, 16). Le assistenti tradizionali del parto, o asportatrici, tradizionalmente non praticano solo le operazioni di MGF, ma si occupano anche dell'apertura del canale vaginale per preparare la donna al matrimonio, al parto e alla ripetizione della pratica dopo la nascita del figlio. Ogni fase rappresenta una forma di guadagno.

Inoltre, in alcune comunità la MGF è uno dei punti considerati nella contrattazione del prezzo della sposa e perciò contribuisce notevolmente all'economia locale (6).

Si ha anche notizia di MGF praticate in ambienti moderni e igienicamente consoni ad un intervento chirurgico, fra cui cliniche private, tutto ciò contribuisce ad incoraggiare la continuazione della MGF poiché fornisce una consistente fonte di guadagno. Il personale medico che si occupa delle MGF spesso ritiene che, poiché comunque si farà ricorso a tale pratica, almeno è importante che il tutto si svolga sotto anestesia, con le tecniche chirurgiche più adatte e in un ambiente sterile. Tale medicalizzazione è un ulteriore fattore che potenzialmente contribuisce alla perpetuazione delle pratiche.

Si ritiene utile segnalare che, poiché nei paesi occidentali le MGF sono illegali, viene spontaneo pensare che si sia creata una organizzazione clandestina che offre a chi è interessato la possibilità di praticare MGF senza ritornare nei paesi d'origine (18).

Ruoli di genere e sessualità

In alcuni gruppi la MGF funziona come un modo per marcare la ragazza in modo che sia capace di svolgere il suo compito di donna, moglie e madre. La pratica può essere concepita come il fattore determinante l'identità di genere (17), che si ricollega strettamente ai concetti di castità, salvaguardia della purezza delle donne e controllo della sessualità femminile, ognuno dei quali possono essere considerati come pre-condizioni per essere in grado di sposarsi e di avere figli (6).

In alcune culture si crede che il clitoride sia un elemento maschile, che deve perciò essere asportato per creare una femminilità vera e propria (19), altri credono che il clitoride sia un piccolo pene, la cui crescita deve essere prevenuta chirurgicamente (13). Le donne che non sono state sottoposte a MGF sono considerate come portatrici di caratteristiche tipiche del maschio, come il desiderio sessuale, un comportamento aggressivo e la promiscuità.

Il movimento femminista ha identificato le MGF come uno dei modi con cui le donne vengono tuttora oppresse. La rimozione del clitoride è vista come un tentativo di controllare le attività sessuali delle donne, tramite la negazione della libertà di desiderio e di espressione sessuale. La MGF è vista come un messaggio misogino sulle aspettative di un giusto

comportamento da parte del genere femminile, in quanto include la proibizione del piacere e della libertà sessuale, oltreché l'aspettativa che la donna dovrebbe comportarsi in modo docile e accondiscendente.

Estetica e igiene

All'interno delle diverse culture ricorre la credenza che la MGF porti ad un aumento della bellezza. I genitali femminili sono considerati a volte come brutti e impuri, per cui la MGF viene vista come un modo per abbellirli. In altre culture si ritiene che per aumentare il desiderio maschile i genitali femminili debbano essere lisci al tatto e senza alcuna fenditura (4, 20).

Esistono anche culture in cui si pensa che il clitoride produca sostanze sgradevoli e/o cattivo odore (13), per cui la MGF viene ricondotta a una forma di pulizia. La parola araba "tahur", che si riferisce alle MGF, letteralmente significa purezza e pulizia. Vi sono persino comunità che credono che dal clitoride fuoriescano delle sostanze "inquinanti" pericolose per la salute del feto durante il parto.

Un'altra credenza molto diffusa è che se la donna non viene sottoposta a infibulazione l'aria possa entrare in lei attraverso la vagina e provocarle infezioni.

Bibliografia

1. Female genital mutilation. A joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. Geneva, World Health Organization 1997, p.3.
2. Personal communication. Muslim Welfare Board of Victoria.
3. Hosken F. Female genital mutilation; Estimate: total number of girls and women mutilated in Africa. Lexington MA, Women's International Network News 1995.
4. Toubia N. Female genital mutilation: A call for global action. New York, Women's Ink 1995.
5. Dorkenoo E. Cutting the rose: Female genital mutilation, the practice and its prevention. London, Minority Rights Publications 1995.
6. The Population Council (Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project). Clinic-based investigation of the typology and self-reporting of FGM in Egypt: Final Report. Cairo, The Population Council 1996.
7. Female genital mutilation: Information kit. Geneva, Women's Health Family & Reproductive Health, World Health Organization 1996.
8. Walker A, Pratibha P. Warrior Marks. London, Jonathan Cape 1993.
9. Van Der Kwaak A. Female circumcision and gender identity: a questionable alliance? *Social Science and Medicine* 1992; 35(6): 777-787.
10. Hosken F. The Hosken report: Genital and sexual mutilation of females, Fourth revised edition. Lexington, Women's International Network News 1993.
11. Abdalla R. Sisters in affliction. London, Zed Press 1982.
12. Reference 1, p.5.
13. Lightfoot-Klein H. Rites of purification and their effects: Some psychological aspects of female genital circumcision and infibulation (Pharaonic Circumcision) in an Afro-Arab Islamic society (Sudan). *Journal of Psychology and Human Sexuality* 1989; 2(2): 79-91.
14. Lightfoot-Klein H. The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan. *The Journal of Sex Research* 1989; 26 (3): 375-392.
15. Slack A.T. Female circumcision: A critical appraisal. *Human Rights Quarterly* 1988; 10: 437-486.
16. Aldeeb Abu-Sahlieh S.A. To mutilate in the name of Jehovah or Allah: Legitimization of male and female circumcision. *Medicine and Law* 1994; 13(7-8): 575-622.
17. Boddy J. Womb as oasis: the symbolic context of Pharaonic circumcision in rural Sudan. *American Ethnologist* 1982; 9(4): 682-689.
18. Black J A, Debelle G D. Female genital mutilation in Britain. *British Medical Journal* 1995; 310: 1590-1594.

19. James S. Reconciling international human rights and cultural relativism: The case of female circumcision. *Bioethics* 1994; 8(1): 1-26.
20. Koso-Thomas O. *The circumcision of women. A strategy for eradication.* London, Zed Books Ltd 1987.

2. ASPETTI LEGALI ED ETICI DELLA MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE

Riassunto

Nel mondo esistono parecchie organizzazioni che cercano di prevenire e di sradicare la mutilazione genitale femminile (MGF).

Si riconosce che la legislazione di per se stessa non possa prevenire la pratica delle MGF. L'operatore sanitario ricopre un ruolo importante nella prevenzione della MGF, attraverso l'offerta di informazioni sulla promozione della salute e di supporto ai membri della comunità colpiti.

Gli operatori sanitari devono conoscere i punti della normativa che li riguardano, fra cui il divieto di svolgere pratiche considerate come MGF.

Di seguito sono menzionate alcune delle molte organizzazioni che operano in tutto il mondo allo scopo di prevenire e sradicare la mutilazione genitale femminile (MGF):

- l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS),
- il Fondo per l'Infanzia delle Nazioni Unite (UNICEF),
- la Commissione Inter-africana sulle Pratiche Tradizionali Dannose (IAC),
- il Fondo per le Popolazioni delle Nazioni Unite (UNFPA).

Inoltre, molte organizzazioni sanitarie, sociali e religiose in tutto il mondo hanno emanato dichiarazioni o si stanno muovendo per sostenere l'eliminazione della MGF dalla faccia del pianeta. Fra queste ricordiamo:

- l'Associazione Medica Mondiale,
- la Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO),
- il Collegio Americano di Ginecologia e Ostetricia (ACOG),
- l'Associazione Medica Australiana (AMA)
- la Fondazione per lo Sviluppo e la Ricerca sulla Salute delle Donne (FORWARD).

LA RISPOSTA DELL'ITALIA ALLA MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE

L'Italia è paese firmatario di una serie di convenzioni internazionali che intendono eliminare la MGF, fra cui:

- la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (1948)
- la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione sulle donne (1979)
- la Convenzione sui Diritti del Fanciullo (1990)

- la Dichiarazione sulla violenza contro le donne (1993), che include un riferimento particolare alle MGF

Legislazione

Da un punto di vista legale il vincolo più importante, in assenza di una specifica legislazione risulta essere l'art. 5 del Codice Civile che vieta al soggetto e/o al medico di espletare qualsiasi atto che possa connotarsi come un'amputazione.

Il ruolo degli operatori sanitari

Gli operatori sanitari ricoprono un ruolo fondamentale nella prevenzione delle MGF e nella cura delle donne che le hanno subite. La loro posizione è unica e perciò preziosissima per informare le utenti sulla MGF, sia grazie alla loro esperienza professionale che al rispetto con cui sono guardati. Si deve anche considerare l'importanza che la MGF ha rispetto alla salute globale della donna e l'alta probabilità di incontrare, per motivi di lavoro, donne che hanno subito una MGF. Una buona educazione alla salute può creare nell'utente le basi per non appoggiare la MGF, poiché l'informazione in un contesto sanitario può far scaturire critiche oggettive alla MGF, supportabili con prove evidenti della loro dannosità. Gli operatori sanitari, quindi, hanno una grande probabilità di trovarsi in situazioni in cui venga loro richiesto di dare informazioni, consigli o sostegno circa le tematiche relative alla MGF. In molti casi ciò può portare a spiegazioni sulle conseguenze sanitarie e legali di tale pratica. Di seguito viene proposta una serie di punti su cui un operatore sanitario deve riflettere, per poter affrontare meglio eventuali domande sulla MGF poste da una donna o alla sua famiglia (4):

Spesso si rende necessaria una considerevole quantità di tempo, e possibilmente molti incontri, per affrontare le tematiche relative alla MGF.

La discussione potrà essere facilitata se fra l'operatore sanitario e l'utente si è già creato un rapporto di fiducia. E' fondamentale anche avere familiarità con le MGF e con le sue basi sociali e culturali, tutto ciò contribuisce a consolidare la relazione con la paziente.

Gli operatori sanitari non devono lasciarsi cogliere di sorpresa dalle eventuali reazioni che una discussione sulle MGF può suscitare, fra cui: alcuni membri delle comunità che praticano la MGF potrebbero considerare le istanze contro la MGF, ivi inclusa la normativa, come razzista ed etnocentrica. Si consiglia a questo punto di insistere sulle conseguenze sulla salute, piuttosto che sulle norme legislative vigenti. Si può trattare la prevenzione alle MGF come una delle tante forme di

tutela della salute proposte dagli operatori sanitari, quali le campagne antifumo o quelle per incoraggiare una dieta sana e lo svolgimento di una attività fisica quotidiana.

Alcuni sostenitori della MGF potrebbero rispondere che esistono altre forme invasive sul corpo che non vengono contrastate dalla legge, quali ad esempio il "body piercing", la chirurgia che permette alle persone di cambiare sesso o di aumentare o diminuire il seno e altre forme di chirurgia estetica. Si può a questo punto ribattere che tali pratiche sono effettuate con il consenso della persona, mentre la MGF non appartiene a tale categoria di azioni, in quanto viene il più delle volte praticata a chi non può scegliere se subirle o no e, inoltre, risulta essere marcatamente dannosa, come altre pratiche antiche che ora sono state abbandonate, quali la legatura del piede, il rogo delle streghe e le cinture di castità.

Implicazioni legali per gli operatori sanitari

E' opportuno che gli operatori sanitari siano consapevoli delle loro responsabilità di fronte alla legge.

Richiesta di svolgere una MGF

E' possibile che venga richiesto ad un operatore sanitario di praticare una MGF su una minore. Ciò è già accaduto più volte in Occidente, ad esempio nel Regno Unito (3,6) e in Australia si hanno dati di una indagine condotta dal "Royal College" Australiano di Ginecologia e Ostetricia nel 1994 in cui si contavano dieci richieste di MGF fatte a medici e dieci casi di MGF praticate sul territorio australiano (7).

Nel momento in cui il personale sanitario si rifiuta di praticare una MGF è opportuno spiegare ai genitori e alle loro famiglie quali sono i rischi di danni alla salute portati dalla MGF e assicurarsi che dopo il rifiuto la bambina non sia esposta a rischi sulla sua incolumità fisica, nel caso in cui esistano sospetti in merito, si consiglia di avvisare immediatamente le autorità competenti.

A volte viene anche richiesto di suturare di nuovo un donna che era stata infibulata (MGF di III° tipo) precedentemente al parto, considerando le circostanze e la legge specifica, ciò risulta essere illegale, la sutura potrebbe essere considerata una forma di mutilazione (ma si potrebbe dire anche che la mutilazione era già stata fatta in precedenza) o che non era necessaria per motivi terapeutici. Si è comunque visto che, se prima del parto si affronta adeguatamente con la donna il discorso della ulteriore sutura, spesso ella opta per non farsi reinfibulare.

Se un operatore sanitario non desidera praticare una MGF può comunque motivare la sua scelta davanti all'utente e alla sua famiglia facendo riferimento alla sua illegalità.

Gli operatori sanitari dovrebbero essere in grado di capire se una minore rischia di essere sottoposta a MGF, attivandosi per affrontare l'argomento con i suoi genitori in modo da informarli sui gravi danni a livello fisico che andrebbero a recare alla loro figlia, oltre che delle conseguenze legali a cui potrebbero andare incontro. Tuttavia si raccomanda di non esagerare nei toni, prospettando un eventuale allontanamento dalla famiglia di origine ad opera dei servizi sociali, che comunque devono immediatamente essere informati della presenza di un sospetto legato alla MGF verso una determinata minore.

L'obbligo di segnalazione ai servizi sociali non ricorre nel caso in cui si incontrino donne maggiorenni sottoposte a MGF, anche se alcune di esse credono che, se si scoprisse che hanno subito una MGF, potrebbero addirittura essere arrestate.

Bibliografia

1. Family Law Council. Female genital mutilation. A report to the Attorney-General prepared by the Family Law Council, June 1994.
2. Operating Framework for the National Education Program on Female Genital Mutilation. Commonwealth Department of Health and Family Services, 1997.
3. Dorkenoo E. Cutting the rose: Female genital mutilation, the practice and its prevention. London, Minority Rights Publications 1995, pp 57-58.
4. Adapted from Adamson F. Female genital mutilation: A counselling guide for professionals. London, Foundation for Women's Health Research and Development (FORWARD) 1992.
5. Boddy J. Body politics: Continuing the anticircumcision crusade, *Medical Anthropology Quarterly* 1991; 10(5): 15-17. p16.
6. Hedley R, Dorkenoo E. Child protection and female genital mutilation: advice for health education and social work professionals. London, Foundation for Women's Health Research and Development (FORWARD) 1992.
7. Ryan M.M. Female circumcision and related practices survey. *Royal Australian College of Obstetricians and Gynaecologists Bulletin*, September 1994; p.11-12.

SECONDA PARTE
TUTELA DELLA SALUTE

3. CONSEGUENZE SANITARIE DELLA MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE

Riassunto

La mutilazione genitale femminile (MGF) è causa documentata di un'ampia gamma di complicanze a livello fisico, sessuale e psicosociale di breve e lunga durata.

Le complicanze immediate includono dolore, sanguinamento, infezioni, ferite, ostruzione urinaria e morte.

Le complicanze nel lungo periodo possono essere:

- 1 Cicatrici e dolore a livello della vulva
- 2 Infezioni pelviche e del tratto urinario
- 3 Ostruzione del flusso mestruale e delle urine
- 4 Fistole urinarie e fecali
- 5 Ostruzione in caso di aborti spontanei o parto
- 6 Danni vaginali e perineali al momento del parto
- 7 Difficoltà sessuali, fra cui la non consumazione del rapporto o rapporti dolorosi.

Una donna che ha subito MGF può presentare uno o più di questi sintomi, in forme più o meno gravi, esistono anche persone che dicono di non aver mai accusato problemi di questo genere, pur essendo state sottoposte a una MGF.

La mutilazione genitale femminile (MGF) è causa documentata di un'ampia gamma di complicanze a livello fisico, sessuale e psicosociale di breve e lunga durata.

I dati epidemiologici di cui si dispone sono troppo limitati per poter offrire una indicazione affidabile della prevalenza relativa di una forma di MGF o dell'incidenza dei disturbi ad essa attribuiti. Ciò è in parte dovuto al fatto che le donne non associano automaticamente un determinato disturbo alla MGF, o in parte perché lo accettano come un normale elemento della vita femminile. Per cui a volte presentano un problema possibilmente collegato - direttamente o indirettamente - alla MGF, senza sapere, o senza capire la correlazione fra la causa e l'effetto. Inoltre, in alcune comunità le pratiche di MGF sono oggetto di forti tabù, per cui le donne faticano a parlarne, anche se hanno complicanze molto serie e dolorose. Infine, alcune delle complicanze riportate (ad esempio la dismenorrea) sono molto diffuse fra le donne in generale, e non si conosce ancora quale sia l'incidenza effettiva della MGF su di esse.

I dati sulle donne più anziane sottoposte a MGF sono estremamente esigui, ma si può facilmente pensare che tagliare e suturare di nuovo la vulva, soprattutto in caso di gravidanze ripetute, possa portare ad un peggioramento dei sintomi quali dispareunia ed incontinenza, accompagnate da atrofia della vulva dopo la menopausa.

Le complicanze riportate variano da persona a persona, esistono donne che non riferiscono complicanze e donne che ogni giorno sopportano le conseguenze di una MGF. Si può pensare che molte delle forme meno severe di MGF (ad esempio quelle di I° e di II° tipo), essendo meno invasive a livello fisico, portino a conseguenze meno gravi, ma ciò non è sempre vero, in particolare per quanto riguarda la sfera psico-sessuale della persona.

Complicanze immediate

Le complicanze immediate delle MGF non vengono in genere presentate in Italia. Vengono comunque qui di seguito riportate per dare un carattere esaustivo all'opera, ma è raro che un operatore sanitario nel nostro paese si trovi a dover curare donne che presentano tali complicanze, in quanto, in genere, le donne che vengono mutilate poco prima di arrivare in Italia, sono state operate in ospedali moderni, con standard igienici dignitosi. Purtroppo non si può comunque escludere il rischio di donne che migrano verso il nostro paese, avendo subito da poco tempo una MGF in condizioni non sterili e con una alta probabilità di andare incontro a complicanze immediate, quali:

- 1 Emorragia (primaria e secondaria, che può persino portare a dissanguamento)
- 2 Fratture, slogature o ferite causate dalle altre donne che tenevano ferma la bambina durante la MGF
- 3 Ritenzione urinaria acuta
- 4 Infezioni (ferite, setticemia o tetano, infiammazioni pelviche o del tratto urinario, malattie causate dall'uso di strumenti già utilizzati per altre persone)
- 5 Danni agli organi adiacenti quali, ad esempio, l'uretra
- 6 Dolore
- 7 Shock

Complicanze a lungo termine

Le complicanze a lungo termine hanno più probabilità di manifestarsi nelle donne che già risiedono in Italia, anche se a volte esse non le ritengono motivazioni sufficientemente gravi per presentarsi ai servizi e chiedere aiuto. Coloro che sono state sottoposte a infibulazione (MGF del III° tipo) hanno maggiore probabilità di avere problemi di tipo ostruttivo, sebbene tale rischio sia anche presente nelle donne sottoposte alle MGF di II° tipo.

Le seguenti complicanze sono state associate alla MGF:

Problemi a livello della vulva

- 1 Cicatrici con o senza cheloide
- 2 Cisti da ritenzione, ascessi
- 3 Neurinomi
- 4 Sanguinamento dovuto a traumi ricorrenti, con conseguente possibile anemia
- 5 Sintomi gravi di atrofia dopo la menopausa

Problemi al tratto urinario

- 1 Difficoltà ad urinare, dovute a danni, cicatrici o ostruzione a livello uretrale (lo svuotamento della vescica può richiedere anche fino a 15 minuti per le donne infibulate, cosa che può essere considerata normale per chi da tutta la vita urina in questo modo)
- 2 Minzione dolorosa
- 3 Infezioni ricorrenti del tratto urinario alto o basso dovute alla stasi o all'ostruzione
- 4 Incontinenza dovuta al danno uretrale o alla formazione di fistole

Altre complicanze a livello ginecologico

- 1 Dolore dovuto a infiammazioni pelviche croniche
- 2 Infertilità dovuta a danni a carico delle tube
- 3 Difficoltà nella contraccezione, ad esempio nell'inserimento di IUD
- 4 Dismenorrea, specialmente quando il tratto genitale è stato ostruito
- 5 Metrorragie
- 6 Fistole vescicovaginali o retrovaginali dovute a MGF, deinfibulazione o travaglio ostruito

Problemi nella gravidanza e nel parto

- 1 Ostruzione in caso di aborto spontaneo
- 2 Dolore molto intenso provocato dal tessuto cicatrizzato
- 3 Visite ginecologiche scarsamente praticabili che portano a valutazioni non precise, difficoltà a controllare la vescica
- 4 Travaglio prolungato e ostruito
- 5 Lacerazioni e emorragie durante il parto

Difficoltà sessuali

- 1 Non consumazione dei rapporti dovuta a ostruzione, vaginismo o dolore al tessuto cicatrizzato
- 2 Traumi legati alla deinfibulazione effettuata dal partner o dalle assistenti tradizionali del parto
- 3 Dispareunia
- 4 Vaginismo con o senza cicatrici nel canale vaginale
- 5 Disparità nel raggiungimento del piacere sessuale
- 6 Se il rapporto vaginale non è possibile, la relazione a livello sessuale può divenire problematica e/o fonte di conflitti all'interno della coppia.

4. POBLEMATICHE PSICOSOCIALI LEGATE ALLA MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE

Riassunto

La ricerca relativa alle conseguenze psicologiche della mutilazione genitale femminile (MGF) è molto limitata.

Lo stress psicologico può essere causato direttamente da una MGF o può essere legato ad altre esperienze fra cui l'immigrazione e l'insediamento in un paese straniero.

Seguono alcune delle cause di stress psicologico che si cerca di esplorare in questo capitolo:

- 1 Reazioni al trauma della MGF
- 2 Ansia e sintomi depressivi
- 3 Effetti sulla sessualità
- 4 Questioni legate alla guerra, alla carestia ed all'immigrazione
- 5 Conflitti all'interno della famiglia e della comunità
- 6 Risposte da parte dei membri della comunità ospitante, fra cui gli operatori sanitari
- 7 Questioni inter-generazionali riguardanti la continuità della pratica
- 8 Ansia post migratoria e scontento legato alla MGF.

E' importante che gli operatori sanitari tengano conto della salute psicologica delle donne e si rivolgano (dove necessario e possibile) ad un supporto culturalmente appropriato.

Possibili fonti di stress psicologico

In un piccolo studio condotto nella periferia a nord di Melbourne nel 1995, la salute mentale è stata presentata dagli operatori sanitari come una delle questioni chiave per le donne provenienti dalle comunità in cui è diffusa la MGF. Molti dei punti sollevati erano legati alle esperienze che precedono e che seguono l'insediamento in un paese straniero, mentre altri possono essere direttamente associate alle MGF (1).

Le informazioni relative all'impatto della MGF sulla salute mentale sono estremamente limitate. Le ricerche finora realizzate sono isolate e si limitano al tema della consapevolezza ridotta che le donne hanno riguardo alle MGF a causa delle restrizioni sociali e culturali che le caratterizzano.

In Italia, le donne che appartengono alle comunità in cui è diffusa la MGF non vi ricollegano direttamente i problemi di salute mentale, mentre si ritiene che essa abbia un impatto sulla salute e sul benessere della

persona estremamente forte, perciò i temi su cui effettuare una ricerca restano ancora estremamente vasti.

Reazioni alla MGF

In molti casi l'evento di una MGF risulta essere stato una esperienza traumatica per la donna (2). Quando viene svolta in un ambiente tradizionale rurale, in cui l'uso dell'anestesia è molto improbabile, la MGF comporta un dolore fisico molto forte, che si protrae per tutto il periodo di guarigione, in cui spesso vengono fasciate le gambe unite in modo da immobilizzarle. Le complicanze, quali emorragia e shock, possono poi causare ulteriore stress legato all'esperienza.

Le ragazze il più delle volte temono il dolore dell'operazione, che in genere è preceduta da un'azione intimidatoria e coercitiva da parte dei membri più stretti della famiglia, dei parenti e degli amici (3). Gli effetti sul benessere psicologico della persona possono presentarsi con disturbi nel mangiare, nel dormire, nell'umore quali insonnia, incubi, perdita dell'appetito e del peso, stress post-traumatico, attacchi di panico, instabilità dell'umore e difficoltà di concentrazione (3).

Tuttavia, all'interno del contesto sociale, in cui la ragazza e la comunità vedono la MGF come un passo positivo, questo è un rito di iniziazione che in genere viene celebrato con regali e festeggiamenti. Ciò può portare ad alleviare le conseguenze di ordine psicologico. L'intenzione di chi pratica una MGF non è violenta, ma piuttosto tutta protesa ad assicurare il futuro migliore alla benessere della giovane (si veda *Credenze sulla MGF*). La MGF viene di solito considerata come l'entrata nell'età adulta, per cui spesso viene anche desiderata dalle ragazze, ansiose di essere finalmente considerate donne. La percezione della MGF da parte di una ragazza è il frutto di una serie di componenti che si sono sovrapposte in periodi mediamente lunghi, per cui risulta molto difficile influire su di essi in un tempo breve (4).

Esiste anche la tesi che la MGF funziona come un messaggio alle ragazze, che, essendo donne, si dovranno comportare secondo gli stereotipi femminili di docilità e accondiscendenza. L'esperienza di una MGF può essere accompagnata da un ulteriore input: "le donne sono tenute a reprimere i loro pensieri e sentimenti."

Conseguenze delle complicanze fisiche

Chi subisce complicanze fisiche dovute a una MGF, può andare incontro a conseguenze di tipo psicologico quali: sentimento di incompletezza, perdita dell'autostima, depressione, irritabilità, ansia cronica, fobia e attacchi di panico (3,4).

Tali persone rischiano di avere scarse occasioni in cui esprimere i loro sentimenti in contesti culturalmente appropriati, mentre esiste una probabilità molto alta che queste sensazioni vengano represses.

Sessualità

Le conseguenze psico-sessuali della MGF sono scarsamente documentate poiché questo argomento è un tabù in molte culture ed anche perché una delle varie giustificazioni che sostengono la MGF è la diminuzione del piacere sessuale femminile in modo che la donna si mantenga casta. Tutte queste motivazioni portano ad una difficoltà ad approfondire questa materia.

Le difficoltà di avere un rapporto sessuale a causa di una MGF possono generare angoscia in alcune donne.

Fra le complicanze maggiormente diffuse si registrano il dolore nei rapporti sessuali e la riduzione della sensibilità della zona genitale. Alcune donne poi temono di non essere in grado di soddisfare sessualmente i propri mariti (4, 5).

Esiste un numero esiguo di studi sulla capacità di altri tessuti sensoriali o delle fantasie erotiche della donna di compensare alla perdita del clitoride, ma secondo le scarse indagini disponibili la frequenza di orgasmi nelle donne che sono state sottoposte a MGF equivale più o meno a quella delle altre donne (4,5).

Identità di genere

Alcune donne percepiscono la loro identità di genere in relazione all'aspetto fisico del loro corpo e l'ipotesi di non essere suturata dopo il parto può risultare come un affronto al loro sentirsi ancora donne, similmente a quanto accade in seguito ad una mastectomia o ad una isterectomia.

Altre esperienze del passato della persona

Vi sono donne che giungono in Italia come rifugiate, lasciandosi alle spalle esperienze tremende legate a guerre e carestie. A volte nel loro paese di origine hanno subito torture o hanno perso famigliari, mezzi di sostentamento, casa e possibilità di vivere nel proprio paese natio. Accade anche che abbiano assistito all'uccisione di parenti o amici. In tali casi la MGF passa in secondo piano e non è più considerata come la prima fonte di sofferenza psicologica, a causa delle altre esperienze subite.

L'esperienza migratoria

È importante sottolineare che un ulteriore motivo di stress psicologico può derivare dall'esperienza migratoria, che va dal trovare una nuova casa ad incontrare una nuova cultura, che non sempre si mostra ospitale, anzi, a volte il razzismo e l'emarginazione sono i primi compagni dei nuovi arrivati. Prima di tutto si devono affrontare difficoltà quali il reperimento di una soluzione alloggiativa, la familiarizzazione con una città ed una lingua sconosciute, la ricerca del lavoro. Successivamente, chi arriva piano piano nel mondo occidentale si rende conto dell'enfasi che viene posta dalla cultura imperante sui genitali, come emerge dai messaggi insistentemente proposti dai mass media. Inoltre, risulta strano agli occhi di una persona che non appartiene alla cultura occidentale che esista addirittura una legislazione che condanna la MGF. Tutto può essere fonte di angoscia, umiliazione, imbarazzo e confusione. La mancanza di un approccio verso le comunità ospiti che praticano la MGF, atto a spiegare il punto di vista educativo e legislativo dell'Italia sulla MGF, porta a risultati di alienazione e emarginazione fra gli immigrati, in particolare fra le donne.

Le donne che hanno subito una MGF in regioni politicamente isolate possono incontrare difficoltà ad accettare e a capire la reazione negativa alla MGF in Italia. L'incontro con donne che non l'hanno subita, che riescono ugualmente ad avere una vita soddisfacente, oltre alla scoperta delle conseguenze negative che crea la MGF da un punto di vista sanitario, può portare le donne immigrate a mettere in discussione le loro credenze stabilite da anni, generando confusione e isolamento. Alcune persone rischiano anche di sentirsi tradite dai loro genitori, familiari e amici, mentre reagiscono rifiutando i punti di vista della comunità ospitante e cercano la sicurezza e il sostegno all'interno del proprio gruppo culturale.

In altri casi, si crea una divisione fra la nuova consapevolezza acquisita sulle conseguenze della MGF e le pressioni esercitate dalle comunità a continuare la pratica. Ciò può portarle a pensare di non voler praticare la MGF alle figlie, temendo però allo stesso tempo che questa decisione comporti un rifiuto da parte della comunità e della famiglia per questa presa di posizione. Il livello di conoscenza sulla MGF varierà notevolmente e cambierà costantemente, soprattutto se i programmi formativi ed altre iniziative simili verranno diffuse in tutto il paese. È molto probabile che sia gli uomini che le donne si sentano confusi e depressi dopo aver messo in discussione punti di riferimento stabiliti nel loro sistema di valori da anni. Si può allora rendere necessario un

supporto specifico ai gruppi locali, diffusi sul territorio italiano, che organizzano le campagne contro la MGF.

E' necessario ricordare che, nel momento in cui ci si confronta sulle MGF si possono far rivivere alla donna i traumi subiti prima di venire in Italia, sia da un punto di vista fisico che psicologico, portandole ad affrontare una ulteriore causa di angoscia.

Conflitti intergenerazionali

Le donne giovani che vengono da comunità e culture in cui la MGF è comunemente diffusa hanno grossa probabilità di incontrare messaggi culturali in conflitto con i precedenti relativi al significato della MGF, in quanto crescono in Italia. Tali messaggi contrastanti possono diventare una potenziale fonte di confusione, conflitto e angoscia.

Le giovani che rifiutano di praticare la MGF, andando contro al parere dei genitori, vanno spesso incontro a difficoltà all'interno della famiglia. I genitori vedono le MGF come fondamentali per il mantenimento delle strutture sociali ritenute necessarie per avere una vita felice, ovvero trovare marito e formarsi una famiglia. Possono anche esistere differenze nei valori e nelle credenze rispetto ad altre tematiche. Le ragazze faticano a comunicare il loro punto di vista ai famigliari e sono pure disposte a fare esperienze che poi nasconderanno alla famiglia. Il ruolo dell'operatore sanitario sta proprio nel cercare di mettere in comunicazione la giovane con la sua famiglia, tenendo conto che quest'ultima rischia di subire le conseguenze sociali dovute al non rispetto della tradizione. Si deve perciò puntare al raggiungimento di un compromesso, ad esempio rilasciando ai genitori un certificato medico in cui si dice che la ragazza non può essere sottoposta a MGF per motivi di salute, che può essere mostrato ai membri o agli amici della famiglia nel caso in cui qualcuno indagasse sul motivo per cui la MGF non fosse stata praticata alla ragazza.

Coloro invece che hanno subito la MGF prima di giungere in Italia, ma che stanno maturando nel nostro paese, spesso reagiscono con emozioni quali l'accettazione, la confusione, l'imbarazzo e la rabbia. Si ritiene fondamentale dare a queste ragazze la possibilità di parlare di tali sensazioni, così da poterle aiutare ad esternare ciò che provano. Non è detto che tutte reagiscano alla stessa maniera, alcune riterranno utile parlarne, altre culturalmente inappropriato.

Possibilità di supporto psicologico

In molte aree dell'Italia esistono limitate possibilità di offrire un sostegno psicologico culturalmente appropriato alle persone che hanno

subito una MGF, uno degli obiettivi dei programmi di formazione dovrebbe essere lo sviluppo di servizi di supporto culturalmente appropriati, che dovrebbero essere messi a disposizione delle persone per cercare informazioni in tempo reale.

La possibilità di usufruire di un supporto psicologico viene comunque, in genere, dopo la richiesta di un aiuto di tipo medico o di una commistione fra i due tipi di sostegno, ad esempio, quando le donne chiedono informazioni sugli effetti dannosi delle MGF.

Esistono però casi in cui le donne hanno bisogno di essere sostenute in quanto parlare della MGF è causa di angoscia e l'operatore sanitario deve saper indirizzare l'utente verso un servizio che offra un supporto psicologico.

Mentre certe persone risultano assolutamente prive di preoccupazioni o ansie legate alla MGF, altre mostrano un bisogno di supporto psicologico per vari motivi, o addirittura risultano incapaci di articolare le loro preoccupazioni e di discuterne. E' importante offrire la possibilità di affrontare le proprie difficoltà, senza comunque forzare le persone a parlarne.

In molti casi, avere una conoscenza della MGF e delle istanze ad essa collegate aumenta la capacità dell'operatore sanitario di comprendere le angustie della donna. A tale scopo si vedano le tematiche affrontate nei Capitoli 1 e 2, cosicché, avendo una cognizione della serie di problematiche che una donna sottoposta a MGF può incontrare, si può anche aiutarla a formulare le proprie angosce. Utilizzando quindi una terminologia appropriata, si può facilitare l'utente ed evitarle un ulteriore stress. Si deve comunque tenere conto che per alcune persone può anche risultare impossibile parlare di tali tematiche davanti ad un estraneo.

Supporto psicologico per le adolescenti

L'adolescenza è un periodo in cui la sessualità ricopre un'importanza fondamentale agli occhi dei ragazzi, per cui a qualsiasi tema che riguardi la salute sessuale e riproduttiva verrà ricondotto un significato particolare. E' anche un momento in cui molti giovani fanno fatica ad affrontare con un operatore sanitario gli aspetti della propria vita sessuale o riproduttiva. Similmente, anche chi eroga il servizio sanitario a volte può trovare difficile parlare di tali temi con degli adolescenti (7). Affrontare il problema della MGF in questa fase della vita può diventare, perciò, estremamente difficile. Se poi i genitori dell'adolescente partecipano all'incontro, la situazione può trasformarsi in un dilemma estremamente complicato. Si consiglia quindi di allontanare innanzitutto i genitori, in modo da incoraggiare la ragazza ad aprirsi e, eventualmente,

a parlare anche della MGF. Non ci si deve aspettare che la giovane reagisca aprendosi immediatamente, ma in genere ciò avviene dopo parecchi incontri, se avviene. Tuttavia, si ritiene che uno dei compiti fondamentali di un operatore sanitario di fronte ad una adolescente sia quello di capire se questa è a rischio di MGF o se vi è già stata sottoposta.

Si raccomanda di sottolineare durante ogni visita medica o colloquio il suo carattere strettamente confidenziale, qualsiasi sia l'argomento trattato, in particolare se si sa che esistono pressioni da parte della famiglia sulla ragazza circa la MGF. Tuttavia, si consiglia agli operatori sanitari di non imputare colpe ai famigliari, poiché ciò finirebbe per portare tensione e rabbia fra i membri della famiglia. È importante invece puntare al mantenimento della coesione familiare, in quanto i suoi elementi più giovani rischiano a volte di non essere sufficientemente sostenuti dai genitori durante il processo di insediamento in una nuova società, mentre cercano di costruirsi una identità biculturale per la loro sopravvivenza sociale e personale.

Bibliografia

1. Maggi A. Beyond the tradition. Female genital circumcision: responding to the health needs of women. Northern Women's Health Service 1995.
2. Hedley R, Dorkenoo E. Child protection and female genital mutilation. Advice for health education and social work professionals. London, FORWARD 1992.
3. Female genital mutilation, Report of a WHO Technical Working Group Geneva, 17-19 July 1995. Geneva, World Health Organisation, 1996. p.10.
4. Lightfoot - Klein H. Rites of purification and their effects: Some psychological aspects of female circumcision and infibulation (Pharaonic Circumcision) in Afro-Arab Islamic Society (Sudan). Journal of Psychology and Human Sexuality 1989; 2(2): 79-91.
5. Lightfoot-Klein H. The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan. The Journal of Sex Research. 1989; 26(3): 375-392.
6. Van der Veer G. Counselling and therapy with refugees. Psychological problems of victims of war, torture and repression. Chichester, John Wiley and Sons. 1992.
7. Veit FC, Sanci LA, Coffey CM, Young DY, Bowes G. Barriers to effective primary health care for adolescents. Medical Journal of Australia 1996; 165(3): 131-3.

5. LINEE GUIDA

Riassunto

Nella relazione con le donne sottoposte a MGF, si consiglia agli operatori sanitari di:

- 1 mirare ad un approccio olistico, che presti attenzione agli aspetti psico-sociali della persona, senza però giudicarla, tenendo presente, allo stesso tempo, i suoi principi culturali;
- 2 conoscere le comunità che praticano la MGF, in modo da poterle individuare, senza però dare per scontato sulla base del paese di origine, della razza o della religione, che l'utente vi sia stata sottoposta;
- 3 conoscere come vengono praticate le MGF, il loro background e le loro conseguenze, anche per quanto riguarda gli aspetti medici, sociali e psicologici (vedi Capitoli 1, 3 e 4);
- 4 essere consapevoli dell'influenza del contesto italiano, comprese le esperienze relative all'immigrazione;
- 5 essere consapevoli delle divergenze che esistono fra le aspettative di funzionamento e l'effettivo andamento del sistema sanitario, è perciò importante spiegare alle donne come è organizzato il sistema sanitario;
- 6 essere in contatto con i propri sentimenti e le proprie reazioni di fronte alla MGF;
- 7 farsi supportare da interpreti, se è possibile e consigliabile;
- 8 capire che i mariti potrebbero giocare un ruolo importante nel prendere le decisioni, cercare perciò di conoscere e rispettare il desiderio della donna;
- 9 usare una terminologia che la donna possa accettare e che allo stesso tempo non esprima consenso verso la MGF;
- 10 rispettare le difficoltà nell'affrontare questioni intime e investire tempo nel creare una relazione professionale di fiducia;

- 11 spiegare ed illustrare la normale anatomia femminile e quella della donna mutilata, secondo i suoi bisogni ed i suoi desideri, spiegare i motivi delle analisi mediche e delle procedure adottate;
- 12 essere consapevoli che la visita ginecologica potrebbe essere difficoltosa, dolorosa o impossibile, in tal caso evitarla o cercare una angolazione adatta degli strumenti ed effettuare la visita solo con un dito;
- 13 ricercare accuratamente gli esiti delle analisi e delle visite già effettuate, in modo da evitarne la ripetizione e ridurre al minimo difficoltà quali la cateterizzazione, di cui la donna dovrebbe comunque essere informata per tempo;
- 14 se è stata effettuata una infibulazione, considerare dove e come è possibile deinfibulare la donna;
- 15 trattare gli altri sintomi con attenzione, tenendo ben presente l'importanza di rimuovere le eventuali ostruzioni che possono causarli.

APPROCCIO AL TRATTAMENTO CLINICO

Le donne che hanno subito una MGF rischiano di avere problemi quando si rivolgono al sistema sanitario italiano. Ciò può dipendere dalle possibili reazioni degli "altri" davanti alla loro MGF, ma è soprattutto dovuto alle difficoltà che, in generale, possono scaturire dalle barriere culturali, quali le difficoltà comunicative, e dalle diverse aspettative rispetto alle prestazioni in ambito medico. È importante che gli operatori sanitari si rendano conto di questi rischi, per cercare di ridurre al minimo un impatto negativo da parte delle donne sottoposte a MGF.

Vengono qui di seguito indicati alcuni ambiti su cui gli operatori sanitari possono agire, per riuscire a migliorare il servizio offerto, anche per coloro che presentano background culturali diversi, fra cui le persone che hanno subito una MGF.

Ogni operatore sanitario che si occupi di salute femminile dovrebbe essere in grado di rispondere ai bisogni delle donne e delle ragazze che hanno sperimentato la MGF. Mentre si deve far riferimento a personale altamente specializzato per le situazioni di rischio, per trattare casi particolarmente complessi o per affrontare interventi chirurgici, è importante rilevare che le cure sanitarie di base devono poter essere svolte da tutto il personale. I programmi statali e territoriali di formazione (vedi Appendice B) propongono una lista di indirizzi e di informazioni cui far riferimento, in caso di bisogno.

Ogni operatore sanitario dovrebbe innanzitutto conoscere le comunità che con maggiore probabilità possono presentare MGF, in modo da essere pronto a svolgere il suo dovere al meglio.

COMUNICAZIONE

Interpreti/mediatori culturali

Le donne delle comunità affette da MGF sono spesso di recente immigrazione, per cui la loro conoscenza dell'italiano può risultare scarsa. Gli operatori sanitari possono proporre alle utenti la presenza di un interprete, che deve essere coinvolto con particolare accortezza. In molti casi se si ricorre a un uomo, si crea una situazione non accettabile per la donna, che può rifiutare di parlare delle sue tematiche personali. Inoltre, in alcune piccole comunità di immigrati, l'utente potrebbe già conoscere l'interprete, e temere che le informazioni reperite durante il colloquio possano essere divulgate ad altre persone che appartengono a sfere relazionali comuni. Si deve perciò tenere conto di tali timori. Nel caso in cui il numero di professionisti disponibili sul territorio sia esiguo,

si potrebbe ricorrere ad interpreti che svolgono il loro servizio al telefono.

Gli operatori che non hanno possibilità di avvalersi della collaborazione di un interprete, o che non sono abituati a farlo, dovrebbero rivolgersi o indirizzare le pazienti ad un centro che disponga di tali professionisti, se esiste. Si ritiene necessario conoscere il punto di vista personale dell'interprete sulle MGF, anche se questo è un tema molto delicato.

Ricorso ai mariti come interpreti

Alcune donne preferiscono che sia il marito o uno dei loro figli a fare da interprete e, a volte, questi rappresentano l'unica chance per intendersi. Esse spesso si sentono maggiormente a proprio agio a parlare dei loro problemi personali di fronte a membri della famiglia e sono abituate a coinvolgere il marito nel momento di prendere delle decisioni. Tuttavia, sono state sollevate alcune obiezioni sulla partecipazione del marito come interprete, in quanto la sua presenza potrebbe influire sulle decisioni della moglie o inibirle nell'espressione dei suoi veri sentimenti e delle sue preferenze. Si ritiene utile che l'operatore annoti in cartella l'eventuale presenza del marito nella sua funzione di interprete, insieme ai timori di sue intromissioni. In questo caso si raccomanda di non esprimere direttamente alla coppia questa sensazione, ma di cercare - il più velocemente possibile - una soluzione alternativa per la comprensione linguistica reciproca. D'altra parte è importante evitare di escludere completamente il marito: se egli viene coinvolto positivamente, può infatti rappresentare una risorsa insostituibile per aiutare la donna che egli ama ed i suoi figli ad affrontare la difficile realtà della MGF.

Terminologia

Si ritiene che l'uso di una terminologia appropriata per descrivere le MGF costituisca una componente fondamentale per una comunicazione efficace. Il termine mutilazione genitale femminile può sfavorire la creazione di un buon rapporto operatore-donna, in quanto potrebbe essere offensiva per coloro che ritengono sia praticata nel miglior interesse della bambina. L'uso di una terminologia che la donna può accettare, e che allo stesso tempo non esprime un consenso alla MGF, è già stato discusso al Capitolo 1.

Si deve usare la massima cura nel descrivere ogni tipo di infezione, i termini che si riferiscono all'impurità o alla scarsa igiene potrebbero essere offensivi o non chiari, in particolare perché la MGF è considerata come un fattore che aumenta l'igiene e la pulizia.

Terminologia medica

Le donne che hanno una buona conoscenza dell'italiano a volte non hanno familiarità con termini anatomici come vulva, vagina, grandi labbra o piccole labbra. Spesso si dimostra opportuna una spiegazione in termini semplici, avvalendosi di figure delle parti del corpo che sono state compromesse dalla MGF. Quando si lavora con un interprete, si raccomanda di verificare la comprensione, anche da parte sua, dei termini usati.

E' possibile che le donne sottoposte a MGF non abbiano mai visto la struttura inalterata dei genitali femminili e che, perciò, non abbiano idea di chi è "normale" e di cosa sia stato fatto loro a livello anatomico. Anche questo aspetto deve essere tenuto in considerazione per riuscire a relazionarsi al meglio con le pazienti considerate.

Parlare della MGF

Accade spesso che molti operatori sanitari abbiano una esperienza limitata sulle MGF, anche perché molte donne diffidano di parlarne. Ne emerge una fatica ad affrontare l'argomento da parte di entrambi.

E' importante comprendere subito se la donna si presenta per motivi legati alla MGF. Se viene da una comunità in cui è diffusa la MGF e soffre di problemi di salute che potrebbero esservi legati, è fondamentale entrare nell'argomento. Se la donna è gravida, è importante scendere più precisamente nei dettagli riguardanti la pratica.

Si possono verificare casi in cui la donna accede al servizio per motivi - a suo dire - non legati alla MGF, ma che, dopo un colloquio più approfondito, risultano esserlo. Gli operatori sanitari devono facilitare al massimo il desiderio della donna di parlare di sé, e devono saper individuare qualsiasi riferimento, anche implicito, che ella voglia fare al suo problema intimo. Tuttavia, si raccomanda di non entrare nel discorso se si avverte che ciò dovesse risultare intrusivo, imbarazzante o causa di stress.

Una delle componenti rilevanti di una comunicazione efficace incentrata su questo tema consiste nel creare un buon rapporto di fiducia. Ciò avviene con più facilità se l'operatore sanitario si dimostra informato sulle caratteristiche etno-geografiche della MGF, consapevole delle complicità possibili, capace di avere un approccio scevro da ogni giudizio ed, infine, disponibile ad ascoltare. Tutti questi requisiti sono necessari per un numero di incontri che può essere anche elevato, affinché si possa costituire un clima adatto per la confidenza da parte della donna.

Alcuni operatori hanno ritenuto utile inserire nelle domande di routine che si rivolgono all'utente durante la stesura dell'anamnesi, anche una relativa alla MGF.

La risposta delle istituzioni

Le istituzioni (consultori-ospedali) che registrano molti casi di utenti sottoposte a MGF dovrebbero dotarsi di protocolli operativi per facilitare la cura di queste donne, in modo tale da riuscire ad incrementare la probabilità che esse ritornino a rivolgersi al servizio, giungendo a risultati positivi sia dal punto di vista della continuità terapeutica, che della creazione di una relazione di fiducia con uno stesso operatore, il che eviterà alla paziente di dovere ripetere la sua storia molte volte.

Esperienze ed aspettative riguardanti il sistema sanitario

È necessario tenere in considerazione le eventuali esperienze ed aspettative riguardanti la pratica medica ed il tipo di servizio sanitario erogato, che spesso risulta essere molto diverso da quello a cui le donne erano abituate. Esistono allo stesso tempo donne che hanno subito una MGF e che fanno parte di comunità già stabilite da tempo in Italia e che, perciò, comprendono meglio il sistema locale. I loro bisogni, in generale ed in particolare rispetto alle MGF, sono spesso diversi rispetto a quelli cui abitualmente gli operatori sanitari si trovano a far fronte.

Una delle priorità delle donne consiste nel poter salvaguardare la propria privacy, è molto probabile che esse siano inibite nel presentarsi svestite, perciò si dovrebbe limitare il loro scoprirsi al minimo necessario. Parecchie donne raccontano di essere state sottoposte a molteplici visite ed esami dal momento che gli operatori sanitari non avevano esperienza rispetto alle MGF. Altre dicono che chi le visitava abbia richiesto la collaborazione di altri colleghi o abbia invitato altri a vedere la sua condizione. Tale esperienza può rivelarsi estremamente traumatica per coloro che considerano fondamentale la privacy e l'intimità. Si ritiene perciò essenziale procedere ad una spiegazione ed alla richiesta del consenso da parte della paziente, prima di coinvolgere qualsiasi altro collega o studente.

Alcune donne preferiscono rivolgersi ad operatrici sanitarie, poiché trovano estremamente difficile parlare di temi personali con gli uomini e, soprattutto, essere visitate da essi, sia per motivi culturali che religiosi. Si è visto che molte volte le pazienti si informano precedentemente all'interno delle loro comunità per poter individuare gli operatori sanitari

che si dimostrano seri ed attenti alle loro problematiche, siano essi uomini o donne.

Le aspettative delle donne rispetto all'ambito ginecologico possono essere diverse, ad esempio, spesso il tasso di mortalità dovuta alla gravidanza e al parto nel loro paese di origine è più alto che in Italia ed il numero di tagli cesarei è più basso che in Italia. Le comunità che praticano la MGF in genere percepiscono il taglio cesareo come un'ipotesi remota, piuttosto che come una procedura adottata in base a una serie di elementi clinici.

E' inoltre possibile che le analisi di prevenzione, come il Pap-test, l'immunizzazione, o i programmi di screening per il tumore al seno non siano conosciuti da parte delle donne considerate, perciò si rende fondamentale offrire una informazione su queste procedure e sui benefici che possono comportare. Similmente anche la pianificazione delle nascite può risultare essere un tema sconosciuto, per cui vale la pena introdurre l'argomento e spiegarlo adeguatamente. Si deve tener presente che alcuni metodi contraccettivi, che fisicamente pongono barriere alla fecondazione o che comportano il contatto con i genitali da parte dell'operatore, potrebbero essere percepiti come inappropriati per motivi culturali o religiosi.

L'esperienza della MGF

Vengono qui indicati i commenti di alcune donne sulla loro esperienza di MGF e sul sistema sanitario, da cui si possono trarre conclusioni e suggerimenti interessanti per migliorare il servizio offerto.

È probabile che le donne sottoposte a MGF non sappiano qual è la parte mancante dei loro organi, o le loro funzioni normali. Alcune donne si dimostrano curiose di sapere come sono i genitali femminili intatti, poiché tutte le loro amiche e parenti presentano genitali mutilati.

Molte delle donne mutilate credono che le uniche complicanze legate alla MGF siano lo shock e la perdita di sangue al momento dell'operazione. Tutta la serie di infezioni di cui un certo numero di donne soffre sono vissute come parte normale della vita femminile.

Gli operatori sanitari non dovrebbero considerare ogni donna mutilata come una persona al di fuori della norma, che necessariamente presenterà patologie dovute alla MGF. La maggior parte delle donne non ha presentato problemi particolari legati a tale pratica. Allo stesso tempo esiste il rischio che un sintomo dovuto alla MGF non sia riconosciuto come derivato da essa, per cui resta importante spiegare tale rapporto causa-effetto.

Nei loro paesi di origine, risulta normale che una donna venga sottoposta a MGF e che resti infibulata tutta la vita.

E' possibile che la prima volta che una donna mutilata chiede informazioni sulla MGF vada incontro a uno shock, si raccomanda perciò agli operatori sanitari di individuare figure di riferimento in grado di far fronte alla reazione della paziente.

Le ragazze mutilate in genere si dimostrano preoccupate per la possibilità di avere rapporti sessuali senza provare dolore e richiedono informazioni sul tema.

Parlare di sesso risulta estremamente difficile, le donne che appartengono alle comunità maggiormente colpite spesso si mostrano estremamente imbarazzate ad affrontare questo aspetto.

Alcune donne potrebbero non essere consapevoli di essere state mutilate, altre potrebbero negarlo.

La consapevolezza delle differenze culturali

E' opportuno che gli operatori sanitari prendano coscienza dei loro punti di vista e dei loro pregiudizi verso le persone con background etno-culturali differenti. Il meccanismo che si innesca quando si viene a contatto con realtà difformi dalla nostra può portare alla creazione di stereotipi, usati per capire e organizzare le informazioni sulle persone diverse. In questo modo hanno facilmente origine giudizi che possono essere estremamente negativi e dannosi, se basati sull'ignoranza e su presupposti non esatti. In particolare non si deve dare per scontato che una donna proveniente da un determinato contesto culturale e religioso sia stata sottoposta a MGF.

E' importante che gli operatori sanitari si rendano conto che la loro opinione sulla MGF può influire sulla comprensione degli aspetti relativi ad essa da parte delle donne mutilate. Non si deve mai dimenticare che le sfere di valori di un'altra persona possono essere totalmente difformi dalle nostre. Ad esempio, i movimenti femministi considerano la MGF una delle tante forme di oppressione perpetrate sulle donne, mentre tale punto di vista è totalmente rovesciato in chi la pratica nel migliore interesse della bambina.

L'ascolto di storie legate alla MGF e la visita a donne mutilate possono divenire fonte di stress per gli operatori sanitari. E' fondamentale saper riconoscere tale sintomo. Infatti il contatto diretto con la MGF può scatenare negli operatori preoccupazione o conflitti legati alla sessualità. Tutto ciò può generare reazioni inaspettate nel trattare le donne mutilate, con le quali invece è importante avere un comportamento che favorisca la relazione, ricordando che la loro esperienza ed il loro aspetto fisico vengono percepiti, il più delle volte, come del tutto normali. Si individua nella supervisione il modo migliore per affrontare le

reazioni dello staff medico e paramedico, in modo da poterne gestire la sfera emozionale, molto sensibile all'istanza delle MGF.

Un altro aspetto rilevante consiste nella consapevolezza, da parte degli operatori sanitari, dei limiti costituiti dalle differenze culturali. Si suggerisce, quando è possibile, di consultarsi con operatori che abbiano retroterra culturali affini a quelli delle pazienti, o che abbiano gli strumenti per svelarne i contenuti ed i significati. I programmi formativi statali e territoriali svilupperanno reti di riferimento che possano essere contattate in caso di bisogno.

ASPETTI GINECOLOGICI E DI TUTELA DELLA SALUTE FEMMINILE

La visita ginecologica e il PAP test

La visita ginecologica ed il Pap-test sono percepiti da molte donne sottoposte a MGF come strani ed invadenti. Risulta opportuno spiegare alle donne il motivo della prevenzione e dei programmi di screening, in modo da informarle anche sugli effetti delle MGF. Gli esami di routine, come il PAP test, devono essere svolti solo dopo aver preso visione dei seguenti punti:

E' necessario spiegare chiaramente il tipo di esame ed ottenere il consenso da parte della donna. In alcune culture è diffusa la consuetudine di chiedere il permesso al marito prima di praticare qualsiasi analisi o cura alla donna. A volte si dimostra importante coinvolgere il marito al momento della spiegazione degli esami da svolgere.

E' possibile che le visite ginecologiche vengano accettate solo se eseguite da parte di professioniste donne.

La visita ginecologica e il Pap-test potrebbero essere impediti dalla MGF, in particolare da quella di III tipo.

E' importante ricordare che potrebbe essere la prima volta che la donna mutilata si sottopone ad una visita ginecologica, per cui si raccomanda di suggerirle che la visita sarà sospesa non appena lei lo desiderasse.

Osservate i genitali esterni. Non è facile saper riconoscere MGF di grado minore, poiché si presentano come una vulva anteriore liscia e senza peli. Può essere comunque tenera o presentare una cicatrice. Se ci si trascrive esattamente l'aspetto della vulva, si potrà evitare in futuro di dover ripetere altre visite o di effettuare altri controlli prima di passare a procedure quali ad esempio la cateterizzazione.

Esistono donne che amano parlare del proprio corpo, altre che lo detestano. In alcune culture risulta inappropriato scendere in particolari intimi, mentre esistono donne che cercano di capire come sono fatte, usando uno specchio.

E' possibile che l'inserimento dello speculo risulti difficile o impossibile. Se è stata praticata una chiusura anteriore, è necessario posizionare lo strumento in modo da non premere troppo sul tessuto cicatrizzato. Tale pratica si rivela fondamentale anche per altri esami, come l'ecografia transvaginale.

La visita ginecologica digitale potrebbe essere molto problematica, se viene eseguita con un solo dito risulta meno dolorosa.

La deinfibulazione rappresenta il modo migliore per alleviare le difficoltà nell'esecuzione di visite ed esami in campo ginecologico. Essa è una valida alternativa soprattutto per le donne che soffrono di patologie continue dovute alla MGF.

Infezioni del tratto urinario

Le infezioni del tratto urinario sono molto frequenti e sono causate dalla ritenzione urinaria dovuta a MGF, che non sempre viene individuata come causa, in quanto al momento dell'anamnesi la donna non racconta di essere stata sottoposta a MGF e il medico non procede ad una visita ginecologica. Per cui gli antibiotici che vengono prescritti, si dimostrano inefficaci per risolvere il problema, che viene rimosso solo quando si procede ad eliminarne il vero motivo.

Altri sintomi ginecologici

Il trattamento di altri sintomi ginecologici avviene, in genere, come avverrebbe per qualsiasi donna, a meno che essi non siano espressamente legati alla MGF. Si consiglia di ricorrere a interventi chirurgici con massima cautela, nel caso in cui l'area da trattare sia già danneggiata o presenti cicatrici. Nel caso in cui per qualche ragione si renda necessario un intervento chirurgico di tipo ginecologico, si raccomanda di suggerire alla paziente la possibilità di procedere contestualmente alla deinfibulazione, tenendo conto delle sue intenzioni.

Bibliografia

1. Toubia N. Female circumcision as a public health issue. The New England Journal of Medicine 1994; 331(11): 712-716.

6. LA DEINFIBULAZIONE

Riassunto

Deinfibulare significa intervenire chirurgicamente per rimuovere l'infibulazione, ovvero per aprire il canale vaginale.

La deinfibulazione per la maggior parte dei casi viene praticata a seguito di una infibulazione.

In genere la deinfibulazione viene richiesta prima del matrimonio, prima o durante una gravidanza o al momento del parto.

Se richiesta prima del matrimonio, la deinfibulazione dovrebbe essere effettuata urgentemente.

Viene praticata chirurgicamente, per cui è necessario informare bene la donna sulle conseguenze e soprattutto sul ricorso ad una anestesia totale o parziale.

E' importante prevenire le aderenze post-operatorie.

Se si individua la presenza di una infibulazione durante la gravidanza è fondamentale deinfibulare la gravida prima del parto.

Se ci si trova durante il travaglio, è più importante separare una infibulazione piuttosto che procedere ad una episiotomia.

Nel caso di una adolescente infibulata, si raccomanda di coinvolgere entrambi i genitori prima di decidere di deinfibularla, in modo da minimizzare eventuali traumi o conflitti famigliari.

DEFINIZIONE DI DEINFIBULAZIONE

Il termine deinfibulazione si riferisce alla rimozione dell'infibulazione (MGF di III tipo) o all'apertura del canale vaginale. Fra tutte le donne che sono state sottoposte ad una delle forme di MGF, si calcola che solo il 15% di esse sia stata infibulata. In alcune zone, questa è la forma predominante di MGF, perciò alcuni gruppi etnici di immigrati presentano una maggiore percentuale di donne infibulate.

La deinfibulazione avviene in genere dopo l'infibulazione. In alcune comunità viene richiesta prima del matrimonio, in modo da assicurare la possibilità di rapporti sessuali. In tal modo, si può evitare alla sposa di provare molto dolore nel caso in cui il marito dovesse procedere a rimuovere l'infibulazione. In alcune società, infatti, la tradizione prescrive che il marito provveda ad aprire la vulva o tagliandola o penetrandola ripetutamente con il suo sesso. In altri casi, la deinfibulazione viene realizzata da una assistente tradizionale del parto o un'altra donna esperta.

La deinfibulazione potrebbe essere anche richiesta in preparazione a una parto, sia prima che durante la gravidanza. Molte donne infibulate la

considerano come una delle fasi della gravidanza per cui è opportuno anche affrontare le aspettative della donna rispetto a questa tappa.

TEMPISTICA

Le donne che arrivano nel nostro paese poco prima del matrimonio e rimangono perciò al di fuori della loro rete tradizione di riferimenti femminili, spesso finiscono per rivolgersi al sistema sanitario e richiedere aiuto immediato. Purtroppo, questo approccio fatica ad adeguarsi con un sistema rigidamente strutturato sulla necessità di prendere un appuntamento prima di incontrare un operatore sanitario, salvo le erogazioni di prestazioni di pronto soccorso, da cui tali richieste generalmente esulano. Inoltre, si devono anche considerare gli eventuali ritardi legati alla disponibilità di un appuntamento con una dottoressa, piuttosto che con un dottore.

È pertanto fondamentale offrire alle donne la possibilità di accedere alla deinfibulazione presso un servizio sanitario che sia in grado di affrontare appropriatamente il loro problema, senza che esse debbano aspettare a lungo.

Se viene poi richiesta da una gravida, è bene praticare la deinfibulazione prima del parto (dopo la 20^a settimana per motivi legati all'anestesia) in modo da evitare difficoltà durante l'ultima parte della gravidanza ed il parto. Tuttavia alcune donne preferiscono essere operate durante il puerperio.

Tali opzioni devono essere affrontate direttamente con la paziente.

LE DONNE CHE RICHIEDONO DEINFIBULAZIONE

Da un punto di vista chirurgico, l'intervento da realizzare non è generalmente complesso (si veda sotto) e le donne sono in genere giovani, per cui sopportano bene l'anestesia. L'intervento può essere programmato come uno dei "casi del giorno" oppure nella lista riservata ai casi urgenti come gli aborti o gli ascessi alla ghiandola di Bartolino.

Mentre una donna da deinfibulare non richiede cure urgenti, da un punto di vista medico, può invece essere considerata urgente da un punto di vista culturale o psicologico, come nel caso di una donna che abbia perdite di sangue dopo la menopausa.

È importante ricordare che l'intervento chirurgico non è sempre necessario e potrebbe anche non essere la risposta al dolore durante i rapporti sessuali. La tenerezza, la mancanza di sensazioni, o il vaginismo, potrebbero piuttosto richiedere un incontro con un sessuologo, cosa difficile da accettare da parte di alcune culture.

Una tappa fondamentale per sradicare la pratica delle MGF riguarda l'ottenimento della fiducia da parte delle comunità che la praticano, cercando di rompere le barriere che impediscono il ricorso ai servizi sanitari. I benefici della deinfibulazione prima della gravidanza si faranno sentire in tutto il percorso sanitario che precede la nascita del bambino, in modo da evitare molte complicanze anche durante il parto.

Per facilitare le donne che richiedono deinfibulazione, è necessario:

1. formare a livello locale i medici e tutto il personale sanitario che tale istanza deve essere trattata il più presto possibile;
2. avvertire gli addetti alla prenotazione delle prestazioni mediche dell'importanza di fissare appuntamenti senza troppo ritardo;
3. definire uno o due medici o ostetriche che siano interessati a tale tematica e che si rendano disponibili a vedere le donne con urgenza;
4. se possibile effettuare la deinfibulazione immediatamente o fissare un appuntamento per un primo colloquio il più presto possibile, in modo da poter evitare le liste d'attesa.

ADOLESCENTI CHE RICHIEDONO DEINFIBULAZIONE

Le ragazze che hanno subito una MGF nel loro paese e che sono poi cresciute in Italia a volte richiedono che tali mutilazioni siano rimosse prima dei tempi previsti dalla loro cultura di provenienza. Tale desiderio può generare forti conflitti con i genitori. Come per qualsiasi intervento chirurgico, ovviamente sarebbe più raccomandabile che l'operatore sanitario riesca ad ottenere il consenso da parte dei genitori. Tuttavia è necessario ricordare che la legge prevede che le giovani donne possano disporre del proprio corpo anche contro il parere dei genitori, se hanno superato la maggiore età (che in genere coincide con i diciotto anni, ma varia da stato a stato), la situazione si fa molto più complicata per coloro che non l'hanno ancora raggiunta. Sebbene si debba giudicare ogni caso separatamente, si ritiene che dai sedici anni in su le ragazze abbiano raggiunto una certa maturità, perciò nel caso in cui esprimano un desiderio contrario a quello dei loro genitori lo si dovrebbe rispettare. Tuttavia, si dovrebbe comunque incoraggiare la giovane a coinvolgere i genitori nella decisione, illustrandole tutte le possibili conseguenze del compiere una scelta senza avere il loro consenso. Se si giustifica la decisione di deinfibulare la ragazza adducendo motivazioni mediche, molto probabilmente si riuscirà a minimizzare la reazione contraria da parte dei genitori e dei membri della comunità, dando così la possibilità alla giovane di realizzare un suo desiderio senza compromettere i suoi rapporti familiari. Perciò si consiglia di rilasciare alla paziente un

certificato che motivi tale necessità. Nel caso in cui la MGF non rappresenti un'ostruzione o un rischio fisico per la ragazza, è meglio suggerirle di rimandare la deinfibulazione a quando sarà più grande, in quanto si ritiene che, se i suoi genitori non la supportano in questa decisione, ciò potrebbe arrecare un forte danno relazionale all'interno del suo nucleo familiare.

LE ASPETTATIVE DELLE DONNE

È importante considerare le aspettative delle donne rispetto ad un intervento di apertura. Sia il livello di istruzione della donna, che una serie di colloqui con lei sono fondamentali per decidere se realizzare una apertura totale o parziale. Alcune donne, infatti, preferiscono un'apertura della vulva appena sufficiente per permettere il rapporto sessuale, mentre altre desiderano una apertura completa e permanente, in modo da poter partorire senza aver bisogno di ulteriori interventi. È fondamentale sfatare il mito che la vulva debba essere "stretta" in modo da poter aumentare il piacere sessuale del marito come anche spiegare approfonditamente i rischi di interventi chirurgici ripetuti per chiudere e aprire la vulva per ogni parto.

Inoltre è necessario informare la donna su alcuni cambiamenti oggettivi a cui porterà la deinfibulazione, ad esempio la minzione sarà più veloce e rumorosa, alcune donne, infatti, dopo essere state deinfibulate hanno temuto di essere diventate incontinenti perché hanno notato dei grossi cambiamenti del modo di urinare.

Considerando come era stata effettuata inizialmente la MGF, dopo la deinfibulazione si possono ottenere diversi gradi di cicatrici a livello della vulva e possono essere rimosse diverse quantità di tessuto dalle due parti. A volte, dopo aver diviso le aderenze formate dalla sutura delle grandi labbra, si trovano al di sotto le piccole labbra ed il clitoride intatti, ma molto più spesso essi sono stati asportati.

Accade che il tessuto si sia già lacerato e che sia solo necessario dividere due strisce strette di pelle attorno al canale vaginale, mentre altre volte si deve incidere una spessa cicatrice di tessuto. I principi chirurgici sono gli stessi in ambedue i casi.

È bene che l'operatore sanitario, nel momento in cui deve parlare di questi temi, utilizzi una terminologia che non alluda alla mutilazione, per cui si raccomanda di usare parole quali: "tagliare" o "chiudere" che sono termini meno connotati.

COME DEINFIBULARE

Anestesia

Sebbene da un punto di vista medico si adatti bene alla deinfibulazione una anestesia locale, a cui spesso si usa ricorrere nella seconda parte del travaglio, non è detto che tale soluzione debba essere considerata automaticamente la migliore. Infatti, molte donne sottoposte a MGF potrebbero sentirsi umiliate e infastidite nel trovarsi sveglie in sala operatoria, anche se magari sono state proprio loro inizialmente a chiedere solo l'anestesia locale. L'operatore sanitario deve, perciò, saperla informare su come si sentirà al momento dell'operazione. Spesso tale situazione può riportarla all'epoca in cui è stata infibulata e ciò potrebbe causarle una grossa sofferenza da un punto di vista psicologico. Per queste ragioni, un'anestesia generale breve (o anestesia spinale) risulta essere in genere più appropriata. Se l'intervento è eseguito prima della nascita, gli anestesisti preferiscono operare nel secondo trimestre per evitare l'uso di anestetici nella prima parte della gravidanza.

Tecnica

Con la paziente in posizione litotomica, la vulva viene lavata con soluzione antisettica. Spesso non si riesce a disinfettare l'interno della vagina in quanto la sua dimensione è molto ristretta.

Con un dito, palpate l'interno dell'apertura, dietro la cicatrice di tessuto chiusa, in modo da capire se esistano delle aderenze. In genere il dito scivola facilmente sotto a un lembo di pelle libero. Se l'apertura è troppo piccola perché ci passi un dito, le punte chiuse di una pinza curva unto con vaselina o altro lubrificante sterile possono essere inserite e aperte per permettere la divisione iniziale della parte posteriore della pelle chiusa di circa un centimetro, in modo che vi si possa successivamente inserire un dito.

Anche se la paziente è stata sottoposta ad anestesia totale, l'infiltrazione di un anestetico localmente contribuirà a diminuire il dolore nella fase post operatoria. In genere non è necessario usare vasocostrittori come l'adrenalina poiché i tessuti non sono vascolarizzati. Viene poi praticata una incisione lungo la linea mediana, effettuandola anteriormente, sia con il bisturi o con le forbici per la lunghezza stabilita (vedi figura 7), cercando di fare attenzione all'estremità superiore dell'incisione, in quanto la cicatrice potrebbe (ma generalmente non accade) estendersi al meato urinario. Le estremità tagliate della pelle incisa ora si ritrarranno verso l'alto e verso l'esterno in modo che i tessuti sottostanti siano visibili. Si può a questo punto praticare una

sutura emostatica su ogni lato in modo da diminuire la possibilità di lasciare lembi di pelle non fissati alle due estremità (vedi figura 8). Tale sutura può essere di tipo continuo o potrebbe essere meglio praticare due o tre suture interrotte con un materiale sottile che possa poi essere assorbito.

Recentemente sono stati suggeriti anche l'uso del laser o di altri bisturi elettrici per separare la infibulazione; in tal caso sarà opportuno inserire una bacchetta di vetro o comunque di materiale non conduttore posteriormente alla infibulazione per proteggere i tessuti retrostanti piuttosto che il dito dell'operatore.

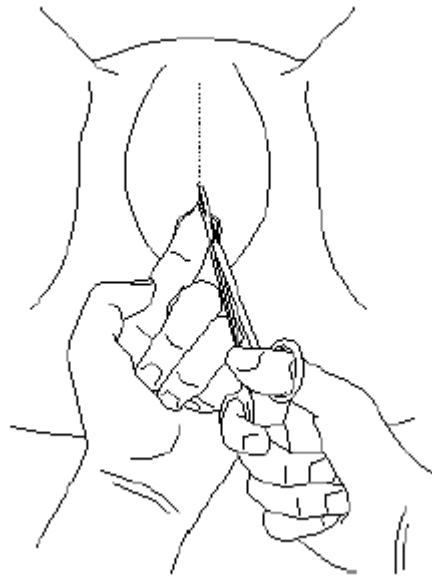


Figura 7: Dividere l'infibulazione

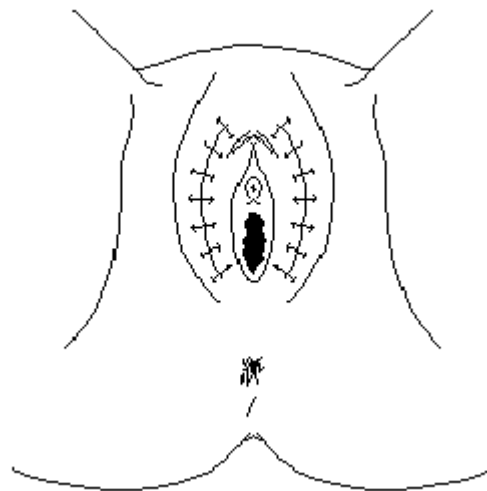


Figura 8: Dopo la divisione e la sutura.

Non sono necessarie fasciature e la donna nella maggior parte dei casi riesce a rientrare a casa dopo il periodo mediamente necessario successivamente ad un'anestesia. Raramente, si rendono necessari una cateterizzazione e la somministrazione di analgesici.

Esistono alcune testimonianze di chirurgia al laser utilizzata per la deinfibulazione, ma le tecniche convenzionali danno generalmente risultati piuttosto soddisfacenti.

Trattamento post-operatorio

E' necessario raccomandare alla donna di lavarsi due volte al giorno durante la fase immediatamente successiva all'intervento, ed invitarla a controllare che le due suture non stiano guarendo attaccate, oltrepassando la linea mediana. Per fare ciò deve passare un dito o una spugna morbida lungo la vulva. Nel caso siano rimaste delle zone infiammate dopo la sutura, si consiglia di trattare tali parti con un anestetico di superficie. I rapporti sessuali possono essere ripresi una volta giunta a completa guarigione e nel rispetto del desiderio della donna, è fondamentale informare il marito, magari prima dell'operazione, specificando che un rapporto prima della guarigione, può in seguito compromettere l'attività sessuale per un periodo più lungo.

Inoltre, si è visto che mentre la deinfibulazione annulla gli effetti della MGF (in tutto o in parte) da un punto di vista fisico, per quanto riguarda la sfera psicologica vi sono parecchi aspetti che saranno molto lenti da modificare. Alcune donne a volte non desiderano affrontare tali argomenti prima della deinfibulazione, ma solo dopo di essa si mostrano interessate ad essere sostenute psicologicamente. Si nota quindi l'importanza di fornire informazioni sui servizi territoriali di sostegno o su tutte le opportunità che potrebbero interessare alle donne per far fronte ai loro dubbi e le loro preoccupazioni nella fase post-operatoria.

Durante il parto

Tutte le considerazioni specifiche riguardanti il travaglio ed il parto sono contenute al capitolo dedicato alla gravidanza ed al parto.

7. GRAVIDANZA E PARTO

Riassunto

Il trattamento delle donne in gravidanza deve tener conto delle linee guida già elencate di sopra. E' importante dedicare tempo per comprendere le aspettative della donna rispetto alla nascita. Si ritiene importante informare la donna sul tipo di assistenza medica che sarà erogata durante il parto e sulle eventuali complicanze possibili.

Se è stata effettuata una infibulazione, programmate la deinfibulazione e affrontate il tema di una re-infibulazione della vulva.

In alcuni casi si rende necessario un cambiamento delle analisi e delle visite di routine.

Ricordate che un'episiotomia o una lacerazione potrebbero essere argomenti tabù.

Aspettatevi e rispettate eventuali reazioni diverse dal solito in merito al taglio cesareo.

Cercate di assicurare una assistenza medica dopo il parto appropriata ad ogni singolo caso sia alla mamma che al neonato.

Assistenza prima del parto

Il periodo prima del parto ha una fondamentale importanza per discutere delle aspettative e dei punti di vista della donna circa la nascita. Potrebbe rivelarsi necessario cercare di instaurare un rapporto di reciproca fiducia non solo con essa, ma anche con il marito. Ciò avviene anche per le altre coppie, ma nel caso di donne che hanno subito una MGF, poiché potrebbero insorgere complicanze durante il parto legate a quest'ultima, è bene affrontare tali argomenti a priori in modo da risolvere tali difficoltà secondo il desiderio espresso dalla coppia. Uno dei temi che si raccomanda di trattare è quello della re-infibulazione della vulva dopo il parto, di cui parleremo oltre.

Aspettative rispetto all'assistenza prima della nascita

Quando si segue una donna in gravidanza sottoposta a MGF è opportuno tenere conto delle linee guida già descritte sopra.

Il periodo che precede la nascita a volte rappresenta il primo contatto con il servizio sanitario da parte della coppia. Molto probabilmente la coppia saprà già che in Italia il parto avviene in una struttura ospedaliera e che prima di esso vengono realizzati una serie di controlli prenatali, ciò a volte può essere profondamente diverso rispetto a come si affronta la nascita nel loro paese di origine. Perciò alcune persone

troveranno difficile capire il motivo dei controlli prenatali, o non saranno abituate a pensare ad un parto medicalizzato, in quanto nella loro cultura viene considerato come la cosa più naturale del mondo(1). D'altra parte molte donne mostrano particolare gratitudine ed apprezzamento per le cure che vengono offerte loro, considerandole come un aiuto a partorire nel migliore dei modi, perciò a volte faranno anche domande sul taglio cesareo o sulla loro salute sessuale e riproduttiva o su tutto quanto concerne la salute e lo sviluppo del bambino.

L'operatore sanitario deve assicurarsi che la donna ed il marito riescano a comprendere bene ciò che viene loro spiegato circa le modalità in cui si svolge il parto in Italia. Perciò si raccomanda anche di parlare di chi assisterà la donna durante il parto e di ciò che avverrà dopo di esso.

Si consiglia di proporre alla donna una visita alla sala parto dell'ospedale dove intende partorire e di decidere chi sarà presente al parto.

Secondo l'esperienza di un gruppo di ostetriche e ginecologi australiani, se la donna effettua le visite prenatali con lo stesso team che la assisterà durante il parto, ciò risulta molto positivo in quanto si crea un rapporto confidenziale con la paziente. Tale situazione può rivelarsi di grande aiuto soprattutto per una donna sottoposta a MGF, che, al momento del travaglio, potrebbe trovarsi a dover prendere delle decisioni, per una episiotomia o una deinfibulazione.

Aspettative rispetto alla nascita

La maggior parte delle donne sottoposte a MGF riconosce che è fondamentale che durante la gravidanza la donna sia informata su come la MGF influisca sul loro parto. Perciò esse sottolineano la rilevanza di parlare delle MGF e di come facilitare al massimo il parto, prima che esso avvenga, soprattutto nel caso in cui il personale medico ritenga che la donna incontrerà complicanze legate ad essa.

In genere le donne che presentano una MGF, non pensano che essa possa portare a maggiori difficoltà durante il parto. Il loro desiderio di partorire si mostra molto simile a quello di qualsiasi gravida, che desidera il meglio per il bambino, per se stessa e per la famiglia.

Una volta chiarito che la donna ha subito una MGF è importante stabilire il modo in cui ella ed il marito desiderano che il personale medico si regoli rispetto a tale mutilazione. E' possibile che la donna si mostri inizialmente riluttante a parlarne, per cui è fondamentale cercare di creare un rapporto di fiducia con la paziente, dimostrando comprensione per le difficoltà che incontra.

Alle donne sottoposte a MGF di grado superiore (di III tipo, infibulazione) molto probabilmente è necessario prospettare l'ipotesi di

effettuare una deinfibulazione o comunque di creare un'apertura nella zona a suo tempo chiusa. Alcune preferiscono che ciò venga svolto nel secondo trimestre, mentre altre si aspettano tale intervento durante il parto. L'esperienza dimostra che se si incoraggia la donna verso una deinfibulazione prima del parto si possono ottenere risultati migliori, in quanto ciò diminuisce il rischio di complicanze alla nascita, legate a un canale vaginale ristretto (2).

La sutura dopo il parto

Nel periodo che precede la nascita del bambino si consiglia di affrontare le aspettative della donna rispetto alla eventuale sutura dopo il parto. E' possibile che la donna si aspetti che dopo il parto la vulva venga richiusa esattamente come all'epoca della prima MGF. E' opportuno scoraggiare tale soluzione in quanto comporta sia un pericolo notevole da un punto di vista medico, che da un punto di vista legale, in quanto proibito dalla legge. Da 50 anni a questa parte la sutura viene effettuata in modo da ridurre la pericolosità, grazie alle moderne tecniche ritrovate (3), tuttavia si è visto che, se ben consigliata, la coppia rinuncia alla sutura dopo il parto.

Un punto fondamentale di cui tenere conto è l'aspetto dei genitali, in quanto la sutura della vulva a seguito della MGF può essere persino totale, per cui anche tale argomento deve essere affrontato con la donna prima del parto, come pure la reazione del marito nel caso in cui non si seguano le sue intenzioni circa la scelta di mantenere o meno la MGF dopo il parto.

Alcuni altri punti da prendere in considerazione prima del parto

Nel caso in cui una donna sia stata sottoposta a una MGF di gradi inferiori, è possibile che essa stessa neghi tale evidenza, nonostante risulti piuttosto doloroso e difficile eseguire una visita ginecologica.

A volte l'esame della vulva di alcune donne può risultare impraticabile, come pure l'esecuzione del Pap-test o di una visita vaginale.

Si consiglia di indagare sempre sulla presenza e sulle intenzioni del marito, in quanto, anche quando inizialmente non sembra, tale figura risulta incidere notevolmente sulle scelte della donna.

Si sono registrati casi di donne infibulate che seguivano rigide diete alimentari in modo da evitare un parto troppo doloroso a causa delle dimensioni del bambino. Si consiglia perciò di sottolineare con pazienza e metodo l'importanza di una dieta sana ed equilibrata (1,4).

Se il feto è di sesso femminile, il periodo che precede il parto potrebbe già essere adatto per discutere delle MGF.

La nascita

L'esperienza dimostra che persino le donne sottoposte alle forme di MGF più estese si aspettano di poter avere un parto normale. Vi sono inoltre persone che esternamente non sembrano presentare MGF, ma riportano cicatrici solo interne, che possono dare origine a problemi durante il parto.

Già dal primo incontro con la donna in gravidanza, è importante valutare se il livello di apertura della vulva sia sufficiente per permettere un parto vaginale, tale valutazione deve essere ripetuta man mano che la gravidanza procede. Si raccomanda che l'effettuazione di tali stime sia effettuata da operatori sanitari esperti di MGF, che sappiano anche affrontare i tabù legati a eventuali episiotomie mediane o lacerazioni. Nel caso in cui si renda necessaria una cateterizzazione, è opportuno procedere con la massima attenzione, nel rispetto della sensibilità della paziente.

La nascita e l'infibulazione (MGF di III tipo)

E' molto probabile che le donne sottoposte a infibulazione non possano affrontare un parto naturale, in quanto i seguenti interventi ostetrici - sia prima della nascita, che durante il travaglio - risultano estremamente difficili da eseguire:

- 1 Esame vaginale e con lo speculo;
- 2 Induzione del parto, se necessaria: può essere effettuata solo dopo una deinfibulazione (v. **deinfibulazione**)
- 3 Valutazione della fase del travaglio: si può rendere necessario un esame rettale;
- 4 Cateterizzazione e controllo delle funzioni della vescica: una minzione frequente potrebbe impedire una completa distensione della vescica e la necessità di una cateterizzazione.

Un secondo livello di programmazione include:

- 1 Considerare l'effettuazione di una apertura della MGF per permettere il parto;
- 2 Discutere del grado di sutura che si vuole effettuare dopo il parto, se non si è ancora affrontato l'argomento in precedenza.

La deinfibulazione durante il travaglio

Quando la deinfibulazione viene effettuata durante il travaglio, ci si trova in genere nella seconda parte, quando la testa sta scendendo, e la sutura viene realizzata solo dopo che il parto è terminato. Ogni aderenza

precedente deve essere per prima cosa divisa, successivamente si deve prendere una decisione rispetto alla necessità di una più frequente episiotomia medio-laterale. Si noti che spesso possono esistere cicatrici più o meno grandi attorno al canale vaginale e che la parte più esterna della vagina ed il perineo potrebbero presentare un grado di distensione molto inferiore a quello di un donna che non è mai stata sottoposta a traumi a livello genitale. Nel caso in cui tale tessuto si strappi durante il parto, sia a livello vaginale che uretrale si possono determinare lacerazioni notevoli, è opportuno perciò praticare un'episiotomia medio-laterale. A volte si rendono necessarie episiotomie bilaterali, ma è fondamentale evitare i tagli della linea mediana o le lacerazioni, in quanto essi sono spesso dei tabù. Ciò può essere il risultato di una difficoltà ad affrontare problemi ormai cronicizzati quali l'incontinenza o l'insorgere di fistole dovute a traumi ano-rettali.

In alcuni casi la deinfibulazione si può rendere necessaria nella prima fase del travaglio, o anche per permettere l'induzione del travaglio, in tal caso la si può effettuare con una anestesia epidurale e si può passare alla sutura nello stesso momento in cui si ritiene giusto procedere alla Deinfibulazione. Dopo il travaglio, in genere si procede ad una sutura, in modo da ottenere una emostasi e la guarigione. Si raccomanda di definire preventivamente insieme alla paziente come vuole che i suoi genitali appaiano dopo il parto, in modo da seguire la sua volontà, una volta partorito.

Il taglio cesareo

Per una serie di ragioni, il taglio cesareo in genere non viene ben visto dalle donne sottoposte a MGF e dai loro mariti. Innanzitutto esiste all'interno di alcune comunità la voce che ostetriche e ginecologi italiani manchino di una formazione adatta a favorire il parto naturale. Si dice anche che il personale medico incoraggi le donne sottoposte a MGF a partorire con il taglio cesareo, anche se in effetti i dati a livello mondiale (5) non supportano questa voce.

I dati della indagine della Regione Emilia-Romagna confermerebbero questa credenza delle donne e delle comunità e alcune donne poi temono di essere trattate come cavie su cui i giovani allievi medici possono fare pratica, in questo caso si consiglia di spiegare alle persone quali sono i ruoli e le responsabilità all'interno dei consultori e degli ospedali.

Molte delle comunità che praticano le MGF ricorrono raramente al taglio cesareo, molto spesso questo viene visto come la soluzione estrema quando la madre, durante il parto, sta rischiando la vita, mentre se è il feto ad essere in pericolo in genere non si ricorre al taglio cesareo, in quanto le aspettative di mortalità infantile sono diverse da quelle della

nostra società. Perciò, se si prospetta alla donna incinta sottoposta ad MGF di effettuare un taglio cesareo, si potrà portarla a pensare che la sua morte è imminente, oppure che non potrà affrontare altre gravidanze, e ciò a volte risulta culturalmente molto più grave della possibile perdita del figlio che ha in grembo. Inoltre, nel caso la madre abbia intenzione di ritornare nel paese d'origine, è opportuno tenere in considerazione che là potrebbe risultare difficile effettuare un taglio cesareo, per cui la donna andrebbe incontro a un alto rischio di rottura d'utero dopo il primo taglio cesareo, soprattutto se vi seguirà un elevato numero di gravidanze. A volte, invece, la donna, pur dimostrando di capire ed accettare le motivazioni di un taglio cesareo, cerca di spostare il momento della scelta finale alla situazione effettiva del parto. Tutte queste reazioni, devono essere tenute in considerazione e rispettate, nei limiti della ragionevolezza e della salvaguardia della salute della persona. Certo, quando esiste un rischio oggettivo per la sopravvivenza del feto, che potrebbe essere evitato praticando un taglio cesareo, che la donna o la sua famiglia rifiuta, gli operatori sanitari si trovano dinnanzi a una barriera culturale notevole. Si consiglia in tali occasioni di illustrare con il massimo della precisione i rischi a cui sia la madre che il feto vanno incontro, aiutandosi anche con un interprete, in modo che la donna e la sua famiglia, possano prendere una decisione solo dopo essere stati chiaramente informati di ciò a cui vanno incontro. L'esperienza riporta che l'incontro con una figura maschile come operatore sanitario a volte porta ad un successo maggiore, grazie all'autorevolezza che viene spesso riconosciuta agli uomini in certe comunità, anche se in alcuni casi si è comunque preferito incontrare prima una operatrice sanitaria donna per affrontare ogni singolo punto della situazione di rischio.

In genere, quando gli operatori sanitari si dimostrano intenzionati a creare una relazione di fiducia con la coppia in modo da illustrare con cura le tematiche fin qui trattate, si è visto che anche le persone che inizialmente erano più reticenti, alla fine hanno seguito i suggerimenti dati.

L'assistenza dopo il parto

Spesso le puerpere chiedono consigli e desiderano essere seguite nel decorso post partum, soprattutto se hanno riportato ferite a livello del perineo, della vulva o della vagina o dei tessuti infiammati.

A volte si verifica una difficoltà di continenza urinaria, secondo il decorso del parto.

Se è stato effettuato un taglio cesareo, è importante informare la puerpera, già in questa fase, che - considerando la sua situazione oggettiva - ciò non le preclude la possibilità di avere successivi parti

vaginali, o che invece i parti futuri dovranno avvenire con ulteriori tagli cesarei.

Si raccomanda di far percepire alla puerpera che il personale medico che l'ha seguita, rimane a sua disposizione, anche dopo la dimissione dall'ospedale, in genere, si consiglia di fissarle già un appuntamento per un controllo a distanza di poco tempo. E' possibile che la donna non avverta la necessità di tale incontro, in quanto ciò non appartiene al decorso post-partum previsto nella sua cultura di origine.

La visita medica alla madre e al bambino

Il personale che si occupa della salute del neonato e della neo-mamma ricopre una posizione fondamentale per dare suggerimenti relativi alla MGF, per riuscire a fare ciò, è opportuno cercare innanzitutto di instaurare un clima di reciproca fiducia con lei, prima di passare alle tematiche strettamente riguardanti le MGF. Si vuole sottolineare l'importanza di una presenza di personale preparato a questo tipo di incontri, in tutto il paese.

La prima visita

Se si è ben monitorata la popolazione residente sul territorio di competenza, ci si potrà aspettare di incontrare, per la prima visita post-partum, mamme che sollevino il tema della MGF e i cui bisogni siano diversi dalle tipiche esigenze delle donne che hanno appena partorito.

I comuni che manifestano una presenza rilevante di donne sottoposte a MGF, potrebbero, ad esempio dotare i reparti di ginecologia ed ostetricia di sistemi di rilevazione delle puerpere che hanno subito MGF. I registri delle nascite, contenenti le notizie sul decorso di ogni singolo parto in genere non forniscono informazioni sulla salute della madre.

La visita domiciliare è la prima opportunità in cui sviluppare una relazione con la neo-mamma ed addentrarsi in eventuali problemi di salute che potrebbero essere insorti in quel periodo, in particolare se hanno riportato ferite a livello del perineo, della vulva o della vagina. Inoltre, le donne che non sono state reinfibulate come lo erano prima del parto, potrebbero manifestare l'esigenza di condividere le loro sensazioni circa il cambiamento dell'aspetto dei genitali, o della nuova percezione che hanno del sesso, o semplicemente della nuova modalità in cui avviene la minzione.

Se la neonata è una femmina, la visita alla bambina può essere il primo approccio per parlare dell'aspetto dei genitali di una donna alla nascita, in quanto è possibile che la madre non sia a conoscenza di questi elementi

di anatomia femminile. L'infermiera/ostetrica deve saper cogliere il momento per affrontare il tema della MGF, se esso viene introdotto dalla neo-mamma o se sente che la famiglia è pronta a sostenere il discorso, senza tuttavia generare sfiducia nei servizi sanitari.

Se si ritiene utile farlo, si può accennare all'importanza dell'igiene femminile, si può anche parlare della membrana mucosa che normalmente caratterizza i genitali, senza comunque porre troppa enfasi su questo tema.

La comunicazione

Allo scopo di individuare le puerpere che desiderano essere seguite dopo il parto, si può iniziare con il chiedere loro se hanno incontrato difficoltà o problemi in gravidanza o durante il parto e se hanno ricevuto supporto o consigli da altro personale medico, attraverso il quale si possono reperire informazioni circa la natura dei problemi affrontati.

In particolare, per quanto riguarda le donne che sono state sottoposte a MGF, si raccomanda di dedicarsi al loro stato di salute con speciale attenzione, in modo da comprendere chiaramente che tipo di MGF è stata loro praticata.

Una volta creato un rapporto di fiducia e di confidenza con la donna, cosa che può richiedere parecchio tempo e pazienza, si può affrontare il tema delle gravidanze future.

La legislazione

È possibile che le famiglie siano già a conoscenza della legislazione vigente, magari perché ne hanno sentito parlare nella loro comunità, e che desiderino essere aiutate nella sua interpretazione da parte di un operatore sanitario. Perciò si raccomanda di essere sempre aggiornati sulla normativa che riguarda le tematiche trattate.

Se si instaura una relazione positiva fra la famiglia e l'operatore sanitario, essa potrà sempre avere un punto di riferimento a cui rivolgersi per qualsiasi chiarimento, man mano che una figlia cresce. Infatti, se già dai primi anni di vita di una bambina, si riesce a creare un buon rapporto con la sua famiglia, per formarla e sensibilizzarla sul tema della MGF, molto probabilmente si potrà riuscire ad evitare che, a un certo punto della sua crescita vi sia sottoposta.

Bibliografia

1. Omer-Hashi K.M. Commentary: Female genital mutilation, perspectives from a Somalian midwife. *BIRTH* 1994; 21(4): 224-226.
2. McCafferey M, Jankowsska A, Gordon H. Management of female genital mutilation: the Northwick Park Hospital experience. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* October 1995; 102: 787-790.
3. Hedley R, Dorkenoo E. Child protection and female genital mutilation: Advice for health education and social work professional. Foundation for Women's Health Research and Development (FORWARD), London 1992.
4. Van der Kwaak A. Female circumcision and gender identity: a questionable alliance? *Social Science and Medicine* 1992; 35(6): 777-787.
5. Knight et al. Unpublished data.

CONCLUSIONI

Questa pubblicazione intende informare gli operatori sanitari su come trattare le donne e le ragazze che sono state sottoposte, o che rischiano di essere sottoposte, a una mutilazione genitale femminile. Si è cercato di descrivere, il più completamente possibile, il quadro in cui si sviluppa tale fenomeno, in modo da dare un'idea della straordinaria complessità delle tematiche che si intersecano nella vita di queste donne sia all'interno della loro comunità, che nella società intera, in particolare nel paese in cui sono immigrate. Certo, non sono stati esauriti tutti gli argomenti relativi alla salute riproduttiva, alla qualità della vita, ai diritti umani e alle questioni di genere, ma nutriamo la speranza di essere comunque riusciti a contribuire a riconoscere e a capire meglio i bisogni delle donne, in modo da migliorare il nostro lavoro, che consiste nella tutela della loro salute. Speriamo infine che i nostri sforzi servano a sostenere le donne e le loro comunità nel tentativo di sradicare le pratiche di mutilazione genitale femminile in ogni parte del mondo.