



LE MUTILAZIONI DEI GENITALI FEMMINILI: Aspetti sanitari delle MGF e conseguenze psicofisiche

Lucrezia Catania

Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e la Cura delle Complicanze delle MGF

Dipartimento di Ginecologia Ostetricia Scienze della Riproduzione Umana, Careggi, Firenze

INTRODUZIONE

A causa della massiccia immigrazione che ha interessato l'Italia negli ultimi quindici anni la nostra società è ormai diventata multietnica, multilingua, e multiculturale ponendoci continuamente a contatto con usi, costumi, abitudini alimentari, religione e tradizioni nuove e, nello stesso tempo, molto diverse da quelle a cui siamo abituati. Sebbene questo rappresenti il più delle volte una ricchezza non possiamo ignorare che alcune tradizioni come le mutilazioni dei genitali femminili (MGF) sono nocive per la salute di bambine e donne e sono una violazione dei loro diritti umani. Le pratiche mutilatorie rappresentano quindi un tema di scottante attualità socio sanitaria che richiede da parte di operatori sanitari e mediatori culturali capacità di comunicare con queste donne e con i loro uomini senza pregiudizi sulla loro cultura.

CLASSIFICAZIONE DELLE MGF

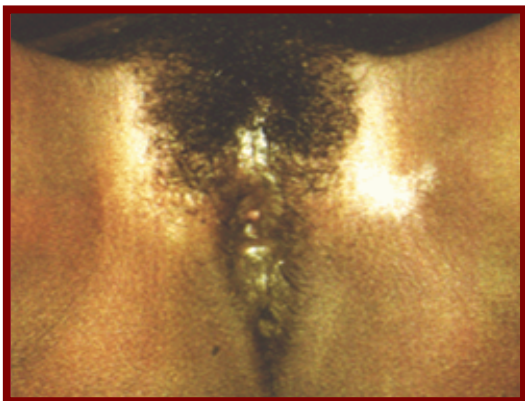
L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce come MGF tutti quegli interventi che prevedono l'asportazione parziale o totale dei genitali esterni e le lesioni arrecate agli organi genitali per motivi culturali o comunque non terapeutici. L'OMS con l'ultimo dossier, *Eliminating Female genital mutilation – An interagency statement* (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO), pubblicato nel 2008, ha confermato la vecchia suddivisione delle MGF in 4 tipi, aggiornandone però la descrizione, in realtà ci sono forme intermedie tra un tipo e l'altro.

-Tipo I: Asportazione parziale o totale del clitoride e/o del prepuzio (clitoriderictomia). L'OMS propone anche una ulteriore suddivisione del tipo I: **Tipo Ia** che è la rimozione del glande clitorideo o la rimozione del solo prepuzio; **Tipo Ib**, in cui vengono rimossi contemporaneamente clitoride e prepuzio.



MGF Tipo Ia (paragonabile alla circoncisione maschile)

-Tipo II: Asportazione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza asportazione delle grandi labbra (escissione). L'ulteriore suddivisione del tipo II prevede un **Tipo IIa** in cui vi è la rimozione delle sole piccole labbra, un **Tipo IIb** in cui, accanto alla rimozione delle piccole labbra c'è anche la rimozione parziale o totale del clitoride, infine c'è un **Tipo IIc** caratterizzato dalla rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra.



MGF Tipo IIa

-Tipo III: Restringimento dell'orifizio vaginale attraverso una chiusura ermetica coprente creata tagliando e avvicinando le piccole e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione). L'infibulazione può essere ulteriormente suddivisa in **Tipo IIIa** in cui vi è rimozione, apposizione e adesione delle sole piccole

labbra e in **Tipo IIIb** in cui vi è la rimozione, l'apposizione e l'adesione delle grandi labbra.



MGF III b

-Tipo IV: Non classificato. Rientrano in questa categoria tutte le altre pratiche dannose per i genitali femminili condotte per scopi non terapeutici (es. puntura, piercing, incisione, raschiatura, cauterizzazione).



MGF Tipo IV (piercing)

Nella vecchia classificazione (2005) tra i tipi 4 di MGF vi era compresa una pratica di *stretching* del clitoride e delle piccole labbra (longinifismo) tipica di alcune etnie del Malawi, Burundi, Ruanda e Uganda che però non compare nella nuova classificazione.



Longinifismo

CONSEGUENZE

Le conseguenze delle MGF dipendono da vari fattori: dalla quantità di tessuto asportata e quindi dal tipo di mutilazione subita, dalle modalità con cui è stata eseguita (uso di strumentario non sterile o uso di strumentario chirurgico monouso), dalle condizioni igieniche nelle quali viene praticata (nelle famiglie povere viene eseguita in contesti rurali e poco protetti da parte di figure tradizionali, nelle famiglie abbienti si ricorre a figure sanitarie in ambulatorio o in ospedale), dalle condizioni di salute della bambina che potrebbe essere già di per sé malnutrita o malata. La sutura viene eseguita, a seconda del contesto, con spine di acacia, di agave o con fili chirurgici quando l'operazione viene eseguita in ospedale o in ambulatori medici. In caso di infibulazione tutta la parte compresa tra le piccole labbra (vestibolo vulvare) e quindi anche lo sbocco uretrale e gran parte dell'ingresso vaginale vengono occlusi da un ponte cicatriziale. Viene lasciato solo un piccolo foro che, nella donna vergine, non è più grande di 2-3 millimetri e serve per far defluire il flusso mestruale e l'urina. Anche nelle donne sessualmente attive e in quelle che hanno partorito lo sbocco dell'uretra rimane coperto dalla cicatrice.

Il tipo di medicazione usata per il trattamento della ferita varia a seconda del contesto in cui viene eseguita l'operazione: nelle zone rurali l'area vulvare viene asciugata con suffumigi di erbe disinfettanti e aromatiche messe a bruciare in una buca scavata nel terreno su cui viene fatta sedere la bambina e, per facilitarne la cicatrizzazione, la ferita viene coperta con sostanze fissanti: uova, resine, misture argillose note in Somalia come mal-mal. Diversamente, in contesti sanitari adeguati, l'infibulazione viene trattata come una normale operazione chirurgica e vengono usati anestetici, antibiotici e antitetanici. Le gambe della bambina vengono legate insieme in modo che la ferita si rimargini bene, cosa che richiede, se non sopravvengono complicanze infettive, da 1 a 3 settimane. Da un punto di vista medico si distinguono le complicanze immediate, che colpiscono la bambina subito dopo l'operazione, e quelle tardive che affliggono la donna nel corso della sua vita. Le complicanze immediate vanno dal dolore e bruciori acuti alla minzione, ritenzione urinaria acuta e anemia lieve-moderata a emorragie più o meno gravi e anche mortali, da infezione

con deiscenza della ferita che viene suturata più volte, a ritardo della cicatrizzazione, infezioni delle vie urinarie, febbre, setticemia fino a, qualche volta, morte. Nei casi in cui lo strumento utilizzato per mutilare venga usato senza essere prima sterilizzato, è molto facile diffondere il tetano, e nelle zone dove le malattie hanno diffusione endemica si assiste alla diffusione di AIDS e epatite. In letteratura sono segnalati casi di fratture e lussazioni di clavicola, omero e femore dovute alla forte pressione esercitata da chi immobilizza la bambina durante l'operazione. Le complicanze tardive sono situazioni mediche che spesso richiedono attenzione e sensibilità particolari in quanto molte donne con MGF non collegano certi disturbi alla propria mutilazione e credono che siano sofferenze "naturali" dell'essere donna. Altre volte si vergognano di chiedere aiuto perché si sentono giudicate dal medico che le visita. Tra le affezioni più frequenti delle donne infibulate segnaliamo la dismenorrea (dolori mestruali), nelle donne infibulate vergini quando l'orificio vaginale è troppo piccolo, il sangue può ristagnare nella vagina e nell'utero (ematocolpo ed ematometra). Molto frequenti sono le vaginiti croniche, specialmente dopo i primi rapporti sessuali, le cistiti ricorrenti e la disuria per il difficoltoso deflusso delle urine che, ristagnando dietro la cicatrice, possono provocare anche la formazione di piccoli calcoli. Nelle ragazze infibulate che non hanno avuto ancora rapporti la minzione avviene goccia a goccia per cui richiede un tempo molto lungo. Frequente è la formazione di cisti che si formano a causa della ritenzione di tessuto cutaneo e di ghiandole sebacee nella cicatrice stessa, con il tempo crescono raggiungendo dimensioni ragguardevoli e, per superinfezione, possono trasformarsi in ascessi. Frequenti sono le infezioni pelviche e i dolori ai rapporti sessuali (dispareunia). Durante l'inizio dell'attività sessuale la penetrazione risulta molto dolorosa e difficile, a volte anche impossibile e l'atto sessuale è doloroso sia per la donna che per l'uomo. Le complicanze psicologiche legate alle MGF si manifestano soprattutto nelle giovani e nelle donne adulte che vivono in un contesto migratorio per il confronto con altri modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile. Alcune di queste donne attribuiscono all'esperienza MGF un senso di umiliazione, di impotenza e di inibizione, altre riferiscono di aver vissuto la mutilazione come uno stupro o come un tradimento da parte della famiglia con la conseguente difficoltà di costruire relazioni affettive persino con i propri figli. Altre ancora si dicono fiere e orgogliose della loro MGF e negano qualsiasi complicanza fisica o psicologica o sessuale arrivando a "normalizzare" alcuni disturbi che solo con il tempo e con il contatto con altre donne, specialmente se deinfibulate, vengono riconosciuti come disturbi.

Il contesto culturale in cui si vive può modificare la percezione del piacere e può inibire l'orgasmo a prescindere dalla presenza o meno di una mutilazione, perciò massima attenzione deve essere rivolta alle giovani pazienti giunte in occidente già mutilate nel loro paese in quanto quando la cultura fa vivere la mutilazione come una condizione positiva, l'esperienza del piacere sessuale e dell'orgasmo è presente in alta percentuale e molti studi nazionali e internazionali lo dimostrano. Quando invece si crea un conflitto culturale tra la condanna occidentale delle MGF e i significati positivi dati alla mutilazione dalla cultura d'origine, la frequenza dell'orgasmo si

riduce, sebbene la situazione anatomica lo renda possibile. Durante il parto la difficoltà a valutare la dilatazione cervicale, a monitorare la rotazione e la progressione del feto, a eseguire un cateterismo vescicale possono prolungare il periodo espulsivo con conseguenze negative sul feto e possibilità di insorgenza di fistole rettovaginali o vescicovaginali, lacerazioni del perineo, lesioni dello sfintere anale con successiva incontinenza (eventi rari in Occidente ma frequentissimi nei paesi d'origine). In molti paesi, Sudan e Somalia soprattutto, viene praticata la **reinfibulazione** che consiste nella procedura attraverso cui i margini della cicatrice dell'infibulazione, aperti per permettere alla donna di partorire per via naturale,, vengono di nuovo ricuciti insieme subito dopo il parto.

DEINFIBULAZIONE

E' un intervento chirurgico riparativo condotto per aprire la cicatrice dell'infibulazione ed esporre l'ingresso vaginale e il meato urinario (deinfibulazione parziale). In caso di deinfibulazione totale spesso viene evidenziato tessuto clitorideo o addirittura l'intera asta clitoridea.

Non è possibile affrontare questo intervento solo in termini di erogazione di una prestazione; è importante invece conoscere l'intero processo (con particolare riferimento al vissuto della donna che intraprende questo percorso, tra dubbi e resistenze nei confronti di una cultura dominante e consolidata, e ostracismo da parte della comunità di appartenenza). Ciò comporta anche la realizzazione di una costante attività di educazione alla salute nei confronti delle donne e dei gruppi familiari attraverso incontri sistematici. La deinfibulazione è quindi un atto medico indispensabile per la promozione della salute della donna e viene consigliata per i seguenti motivi:

- 1) rendere possibili le visite ginecologiche di controllo, l'esecuzione degli strisci (PAP test e strisci batterioscopici), l'esecuzione di esami strumentali come l'isteroscopia, l'ecografia transvaginale, ecc.
- 2) facilitare e rendere possibile l'espletamento del parto per via naturale
- 3) trattare infezioni del tratto urogenitale
- 4) risolvere problematiche psicosessuali come penetrazione impossibile, dolori ai rapporti (dispareunia), ecc.

Le tecniche utilizzate per la deinfibulazione sono o il laser o, più frequentemente, il bisturi o le forbici. Entrambi gli interventi sono ambulatoriali ed eseguiti al Centro di Riferimento per la prevenzione e la cura delle complicanze delle MGF in anestesia locale. La giovane donna infibulata che non ha mai avuto rapporti, il suo futuro marito, i suoi genitori devono essere rassicurati che durante l'intervento sarà posta la massima attenzione all'imene, adoperandosi a non lederlo e a spiegare che la verginità fisica non è la cucitura artificiale dell'ingresso vaginale, ma la presenza dell'imene intatto. Il sanitario dovrebbe essere in grado di utilizzare il momento del colloquio per aprire un dialogo aperto, durante il quale il medico indaga cautamente sulle posizioni riguardo le MGF, potendo informare anche la componente maschile della famiglia della paziente (padre, marito, fratelli) che le pratiche escissorie sono illegali in tutto il mondo e, spesso, anche nel loro paese dove leggi contrarie alla MGF sono state approvate, sono contro la religione, sono dannose e ingiuste. Questi uomini,

insieme con le loro donne, vanno responsabilizzati alla cura dell'integrità delle loro figlie, e i ragazzi giovani vanno aiutati a non ritenere più l'infibulazione una dote indispensabile nella scelta di una compagna. Anche in questi casi va evitato un atteggiamento di superiorità o di critica. La paziente dovrà avere tutte le spiegazioni e le informazioni su come apparirà la vulva dopo l'operazione, assicurandola sui risultati, spiegandole che, se lei non desidera essere completamente "aperta", il taglio potrà arrestarsi subito al di sopra dello sbocco uretrale, giusto quel tanto da permettere una minzione normale e l'inserimento del catetere durante il parto e che si cercherà di ricostruire parzialmente una parvenza di "labbra" a protezione dell'ingresso vaginale. Infine deve firmare un consenso informato e compreso. La donna deve essere informata che dopo l'operazione cambierà il suo modo di urinare, per evitare che si spaventi di fronte ad un getto continuo e non più goccia a goccia. La cura della ferita operatoria richiede la massima igiene e una manovra giornaliera di divaricazione dei bordi della ferita per impedire che questi, durante il processo di guarigione, si risaldino insieme. E' importante suggerire alla donna di urinare con i genitali immersi in una bacinella piena di acqua tiepida, eventualmente disinfettata, per diluire l'urina che a contatto con la ferita è causa di bruciore urente, evocatore della sofferenza patita durante la infibulazione. I risultati di uno studio del Centro di Riferimento di Firenze, in accordo con altri studi simili, sulle conseguenze psicofisiche della deinfibulazione in un gruppo di giovani donne somale di età media di 29 anni che vivono in Italia da circa 8,5 anni e che si sono sottoposte all'intervento per vaginiti e cistiti croniche, dismenorrea, dispareunia, difficoltà alla penetrazione, preparazione al parto, matrimonio riportano nella quasi totalità dei casi (93,34%) cicli mestruali meno dolorosi, rapporti sessuali piacevoli e minzione facilitata, drastica riduzione delle infezioni genito-urinarie. Inoltre, nonostante considerassero l'infibulazione subita una condizione normale e nonostante che, nella metà dei casi, si sentissero "strane" per l'"apertura" subita, si sono dichiarate felici e orgogliose della scelta fatta, nella maggior parte dei casi hanno provato un senso di libertà e, addirittura, qualcuna di loro ha trovato i propri genitali più belli.

Diventa significativo riportare che al Centro di Riferimento per la Cura e la Prevenzione delle MGF di Firenze si è assistito negli anni ad un cambiamento culturale significativo nei confronti della deinfibulazione: mentre all'inizio dell'attività poche donne sposate e solo con il consenso del marito chiedevano o accettavano di essere operate, mantenendo segreta l'operazione per non "esporre" il partner a critiche e allusioni sulla sua virilità, attualmente le cose sono cambiate. Giovani donne infibulate "singole" richiedono di propria iniziativa di essere "riaperte" per migliorare la propria salute, attraverso un passaparola tra donne avviene una sorta di consapevolezza dei danni creati dall'infibulazione.

BIBLIOGRAFIA

(1) Gazz.Uff. n. 14 del 18-1-2006

(2) *Eliminating Female genital mutilation – An interagency statement (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO), WHO, 2008.*

(3) Changing a harmful social convention: Female genital mutilation/cutting (2005) Innocenti Digest, UNICEF

(4) *Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie, nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche*, Decreto del Ministero della Salute del 17.12.2008 (G.U. 25.03.2008, n. 71 SO 70)

() Ahmadu F (2000). Rites and wrongs: an insider/outsider reflects on power and excision In: Shell-Duncan B, Hernlund Y, eds. *Female 'circumcision' in Africa: culture, controversy and change*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner: 283-312.

() Ahmadu F (2006). "Ain't a Woman Too?" In: Hemlund Y., Shell-Duncan B. *Challenging Myths of Sexual Dysfunction in Circumcision Women Boulder, Colorado, Lynne Rienner: 283-312.*
278-310

() Abdulcadir, O., H., Catania, L., La Deinfibulazione. In: Toscana Medica, n. 1 Gennaio 2006, p 16-18

() Hussien, A.,O., Catania, L., Deinfibulazione terapeutica Il Ginecologo Rivista di Ostetricia e Ginecologia Vol.1, n. 2, giugno 2006 pp. 72-78(19) Baldaro Verde J.,Catania, L., Sirigatti S. et al.. Female Genital Mutilation: modalities and emotions. 16th World Congress of Sexology Sexuality and Human Development, Cuba 2003

() Baldaro Verde J.,Catania, L., Sirigatti S. et al.. Female Circumcision and its health implications 16th World Congress of Sexology Sexuality and Human Development, Cuba 2003

() Collinet, P., Sabban, F., Lucot, J.-P.,et al. Prise en charge des mutilation gènitales fèmines de type III J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 :720-724(21)

() Obermayer, C. M. (1999). Female Genital Surgeries; The Known, the Unknown, and the Unknowable. *Medical Anthropology Quarterly*, 13(1), 79-106

() Obermeyer, C.,M. The consequences of female genital mutilations: An up-date on the evidence. *Culture Health and Sex*,September- October 2005; 7(5): 443-461

() Leye E, Powell RA, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Health care in Europe for women with genital mutilation. *Health Care Women Int. International Centre for Reproductive Health, Ghent University, Belgium.*2006 Apr;27(4):362-78.

() Nawal, M. Nour, Female Genital Cutting: Outcomes after defibulation show health and sexual benefits, International Research Seminar Advancing Knowledge on Psycho-Sexual Effects of FGM/C:Assessing the evidence, INTACT (International Network to Analyze, Comunicate and Transform the Campaign against Female Genital Cutting, Female Genital Mutilation, Female Circumcision), Alexandria, Egypt, 2004

() Johnsdotter, S., Essen, B. (2004). *Sexual Health among Young Somali Women in Sweden: Living with Conflicting Cultural Determined Sexual Ideologies*. International Research Seminar Advancing Knowledge on Psycho-Sexual Effects of FGM/C: Assessing the Evidence. INTACT (International Network to Analyze,

Communicate and Transform the Campaign against Female Genital Cutting, Female Genital Mutilation, Female Circumcision (Alexandria, Egypt)

() Berggren V, Bergstrom S, Edberg AK. Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *J Transcult Nurs*. 2006 Jan;17(1):50-7

() Pasquinelli C. Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili. *AIDOS*, 2000

() Europea / Programma Daphne (2004). *Nessuno tocchi Eva. Vademecum sulle Mutilazioni Genitali Femminili per personale sanitario*. Tirana, Albania: Grafon.

() Thabet, S.M., & Thabet, A. S. (2003). Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 29(1), 12-19.

() Catania, L., Hussen, A.O., Si può proporre un rito alternativo, eticamente e legalmente accettabile, in una strategia di lotta efficace contro le Mutilazioni dei genitali femminili? *Toscana Medica* n 10, novembre-dicembre 2003

() Catania, L., Abdulcadir O.H., Ferite per sempre. Le mutilazioni dei genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo. Ed. Deriveapprodi Roma 2005 p 182-183

() Catania Abdulcadir, L., Baldaro V., J., Sirigatti, S., Casale, S. (2004). Indagine preliminare

sulla sessualità di un gruppo di donne con mutilazioni dei genitali femminili (MGF) in

assenza di complicanze a distanza. *Rivista di Sessuologia, Mutilazioni dei Genitali Femminili*, vol. 28. n. 1. , Gennaio-Marzo2004. Pp26-34

() Gruenbaum, E., *The Female Circumcision Controversy An Anthropological perspective* University of Pennsylvania Press 2001

() WHO, (1997). *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFA statement*. Geneva.

() World Health Organization. (2000) *Management of pregnancy, childbirth and the post-partum period in the presence of female genital mutilation: report of a WHO technical consultation*, in: WHO. *Female Genital Mutilation; a handbook for frontlines workers*. WHO: Geneva.

() WHO, (2001). *Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the*

presence of female genital mutilation. *Report of a WHO Technical Consultation*. Geneva

() Grassivaro Gallo, P., Viviani, F. (2005) *Alle radici delle Modificazioni Etniche dei Genitali Femminili*. In: *Corpi e simboli. Immigrazione sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa*. a cura di Morrone A., Vulpiani P., Armando Editore Press 2005 p 113

() Wheelwright, J. (1989). Female circumcision comes under the knife. *New Africa*, 26, 26(14)

() Ibekwe PC. Physical and psychological sequelae of female genital mutilation: a case report. *Niger J Med*. 2005 Oct-Dec;14(4):461

() Pasquinelli C., *Infibulazione Il corpo violato* Meltemi Editore, Roma (2007)

() Catania, L., Abdulcadir, O.H., *et alii*, ***Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C)*** J Sex Med 2007;4:1666–1678()
www mgfabruzzo
www.tierneylab.blogs.nytimes.com