

di Lucrezia Catania *, Jasmine Abdulcadir**

I danni e le sequele delle mutilazioni dei genitali femminili (Mgf)

In una società come la nostra composta da persone di origini e culture differenti e in cui il diritto alla salute riguarda anche l'utenza multi-etnica, multi-lingua e multiculturali, i ginecologi devono essere preparati ad affrontare un fenomeno assolutamente nuovo che tenga conto della cultura dell'"altro". Anche e soprattutto quando questa "alterità" è rappresentata dalle donne che hanno subito pratiche escissorie.

Sono tuttavia ancora scarse le informazioni relative alle tradizioni nocive per la salute, indispensabili invece per curarne gli effetti dannosi e per fare informazione, educazione e prevenzione. Le complicanze delle Mgf dipendono dal tipo di mutilazione e quindi dalla quantità di tessuto asportato, dalla modalità e dalla capacità ed esperienza dell'operatore o dell'operatrice, dalle condizioni igieniche nelle quali l'operazione viene praticata, dalle condizioni di salute della bambina che potrebbe avere già di per sé anemia, una malattia infettiva o essere in condizioni di malnutrizione. Le complicanze immediate rappresentano i danni provocati subito dopo l'operazione e sono di varia entità: dolore e bruciori acuti alla minzione, ritenzione urinaria acuta per la paura di sentire dolore o per l'occlusione dell'uretra per edema, anemia lieve-moderata, emorragia per sezione dell'arteria dorsale della clitoride, shock emorragico e neurogeno per il dolore intenso, infezione della ferita con ritardo della cicatrizzazione, infezioni delle vie urinarie, febbre, tetano, Aids, Hbv (nelle zone dove queste malattie sono endemiche, per l'uso di un solo strumento per più bambine), setticemia fino a, qualche volta, morte. La letteratura segnala anche casi di fratture e lussazioni di clavicola, omero e femore dovute alla forte pressione esercitata da chi immobilizza la bambina durante l'operazione e danni alle strutture adiacenti (va-

L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce diversi tipi di Mgf: quella di Tipo 1 consiste nell'escissione del prepuzio con o senza l'escissione di parte o dell'intera clitoride; nel Tipo 2 si ha l'escissione del prepuzio e/o della clitoride insieme alla rimozione parziale o totale delle piccole labbra, mentre la Mgf di Tipo 3 viene anche detta infibulazione o circoncisione faraonica e prevede l'escissione parziale o totale dei genitali esterni con cucitura e restringimento dell'introito vaginale fino a ridurlo ad un ostio di pochi millimetri; infine il Tipo 4 comprende una grande varietà di lesioni o modificazioni morfologiche dei genitali tra cui il piercing e l'allungamento della clitoride e/o delle piccole labbra (longinifismo). Le Mgf sono diffuse in molti paesi dell'Africa centrale ed orientale (Sudan, Nigeria, Costa d'Avorio, Uganda, Mali, Benin, Burkina Faso, Egitto, Etiopia, Eritrea, Somalia, Gibuti), dell'Asia (Indonesia, Malesia, parte del Golfo Persico) e tra le comunità immigrate provenienti da questi paesi, anche in Europa, Usa, Canada, Australia e Nuova Zelanda. Non sono prescritte da alcuna religione. Scarsi i dati disponibili sulla diffusione del fenomeno: secondo stime dell'Unicef in Africa ogni anno vengono escisse 3 milioni di bambine mentre una pubblicazione dell'Ufficio statistico delle Nazioni Unite del 2000 parla di un numero di ragazze e donne che abbiano subito mutilazioni genitali tra i 100 e i 132 milioni a livello mondiale. L'età di esecuzione varia ampiamente e dipende dal gruppo etnico e dall'area geografica, può avvenire nella prima settimana di vita, durante l'infanzia, l'adolescenza o prima della parto e capita spesso che dopo ogni gravidanza la donna venga reinfibulata.

gina e ghiandole del Bartolini, uretra e vescica, sfintere anale). Le complicanze mediche a lungo termine riguardano soprattutto le sequele dell'infibulazione e sono di varia entità: dismenorrea debilitante legata a vari fattori infiammatori e psicosomatici ma soprattutto alla difficoltà di uscita del flusso mestruale (nella nostra casistica ne soffre l'85% delle infibulate), ematocolpo ed ematometra che si verificano quando l'orificio vaginale è troppo piccolo e il sangue ristagna nella vagina e nell'utero (nelle giovani infibulate che lamentano dolori addominali e amenorrea primaria, queste patologie devono essere sempre ipotizzate, diagnosticate e curate), cistiti e uretriti ricorrenti per il difficoltoso deflusso delle urine che, ristagnando dietro la cicatrice, possono provocare anche la forma-

Ferite per sempre

Le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo

Lucrezia Catania e Omar Hussen Abdulcadir

Derive Apprudi editore
www.deriveapprodi.org
Pagine 226, euro 15



Abdulcadir Omar Hussen (Mogadiscio, 1947), medico. È responsabile del Centro di riferimento regionale per la prevenzione e la cura delle complicanze legate alle mutilazioni dei genitali femminili di Firenze. Lucrezia Catania (Vibo Valentia, 1952), docente al Master di Bioetica presso l'Università di Firenze e di Siena (2005). È membro del Cirs, Centro interdisciplinare per la ricerca in sessuologia. Nel 2005 hanno ricevuto da parte del Soyden (Somali youth development network) il Certificate of appreciation per il contributo dato nella prevenzione e nella eradicazione della pratica dell'infibulazione sia in Somalia che in Occidente.

Abdulcadir Omar Hussen e Lucrezia Catania sono due medici impegnati da trent'anni nella prevenzione e nella cura delle mutilazioni genitali femminili. Per combattere efficacemente queste pratiche, diffuse anche tra le migranti residenti in Italia, hanno avanzato la proposta di un rito simbolico alternativo che ha suscitato un ampio e aspro dibattito. Questo libro ricostruisce i presupposti antropologici e scientifici che sono alla base di questa proposta. Inoltre, raccoglie una serie di testimonianze dirette di donne che hanno subito o scelto la pratica dell'infibulazione. "Con questo libro nutriamo la speranza di colmare alcune

Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia vol. LXXXIII I danni e le sequele delle mutilazioni dei genitali femminili (Mgf)

Lucrezia Catania *
Omar Hussien Abdulcadir*
Jasmine Abdulcadir**
Vincenzo Orlando***

La riabilitazione della donna infibulata attraverso la deinfibulazione

Omar Abdulcadir*
Lucrezia Catania*
Jasmine Abdulcadir**
Vincenzo Orlando ***
Viligiardi Riccardo ****

* Centro di Riferimento Regionale Toscana MGF Firenze
** Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze
*** Dip. Mil. Medicina Legale e Cl. Ginecologica e Ostetrica Università di Firenze
**** Chirurgia Generale Firenze

La riabilitazione della donna infibulata attraverso la deinfibulazione

L'infibulazione (cioè la Mgf di Tipo 3 secondo la classificazione Oms) è la forma più grave e demolitiva di mutilazione dei genitali femminili. Consiste nella escissione parziale o totale dei genitali esterni e nella sutura dei lembi delle parti mutilate. Il vestibolo vulvare risulta ricoperto da una cicatrice che nasconde lo sbocco uretrale e in cui si apre l'orifizio vaginale ridotto ad un piccolo foro di pochi millimetri per l'emissione del flusso mestruale e dell'urina.

Il percorso riabilitativo inizia con un appropriato counselling con la paziente e il suo partner (quando c'è), prosegue con l'intervento chirurgico che si prefigge di creare un ostio vaginale normale e di ricostruire, per quanto possibile, l'anatomia dei genitali esterni mutilati. Termina con le raccomandazioni per una completa riabilitazione psicossessuale e fisica. Momenti essenziali sono l'informazione sui danni causati dalle Mgf e sulle leggi che le contrastano e la prevenzione di tali pratiche. Le tecniche utilizzate per la deinfibulazione sono o il laser o, più frequentemente, il bisturi/forbici. Entrambi gli interventi sono ambulatoriali ed eseguiti in anestesia locale. I motivi che rendono consigliabile una deinfibulazione sono sia di natura ostetrica che ginecologica-urologica: rendere possibili le visite di controllo durante la gravidanza, la visita ginecologica di routine, l'esecuzione di esami strumentali (PAP test, isteroscopia, ecografia transvaginale, revisione di cavità), facilitare e rendere possibile l'espletamento del parto per via naturale, risolvere infezioni del tratto urogenitale, svuotamento di cisti da ritenzione della cicatrice, svuotamento di ematocolpo, risolvere problematiche psicossessuali come penetrazione impossibile, dispareunia, ecc. La donna infibulata vergine e il suo eventuale partner devono essere informati che la verginità fisica (in queste culture requisito importante per il matrimonio) non è la cucitura artificiale dell'ingresso vaginale ma la presenza dell'imene intatto. Per tale motivo deve essere posta la massima attenzione a non lederlo. Alla paziente va spiegato come apparirà la vulva dopo l'operazione e come cambierà la minzione (non più a goccia ma a getto) e, se lei non desidera essere completamente "aperta", il taglio dovrà essere condotto non oltre 1 cm circa al di sopra dello sbocco uretrale in modo da permettere una minzione normale e l'inserimento del catetere durante il parto. Se possibile si deve cercare di ricostruire parzialmente una parvenza di "labbra" a protezione dell'ingresso vaginale.

1. Abdulcadir, O.H., Catania, L. Il Ginecologo. La Deinfibulazione terapeutica. Vol.1, n. 2, Giugno 2006 Ed. Kurtis
2. Catania, L., O.,H., Abdulcadir. Il Medico di Medicina Generale e le MGF. Aggiornamento Medico, Vol.30 n.8, 10/2006 Ed. Kurtis
3. Catania, L., Abdulcadir O.H., Ferite per Sempre. Ed. DeriveApprodi 2006



zione di piccoli calcoli, minzione difficoltosa: nelle giovanissime infibulate la minzione richiede un tempo molto lungo, anche 20 minuti, perché l'uscita dell'urina avviene goccia a goccia o, se la sutura è saltata in qualche punto, avviene a pioggia. Esistono poi problemi psicologici e relazionali soprattutto a scuola a stretto contatto con i coetanei, vaginiti croniche e ricorrenti molto difficili da curare a causa della ristrettezza dell'ostio vaginale che impedisce di fare lavande e di introdurre ovuli e a causa della forte riluttanza a inserire creme o altri medicamenti in vagina, dispareunia superficiale per le piccole dimensioni e la rigidità dell'orifizio vaginale e profonda per le infezioni pelviche che rendono molto dolorosa e difficile, a volte anche impossibile, la penetrazione (il primo rapporto sessuale è doloroso sia per la donna che per l'uomo), vaginismo reattivo al dolore, dolori pelvici cronici, cisti da ritenzione nella cicatrice, ascessualizzazione delle cisti, cicatrici esuberanti (cheloidi), endometriti ed endometriosi, infezioni pelviche (PID). In letteratura sono riportati anche casi di neurinoma clitorideo. Occorre sottolineare che affrontare queste patologie risulta ulteriormente complicato dal fatto che in queste culture manca completamente il concetto di prevenzione e non c'è l'abitudine di portare una adolescente dallo specialista quando ha problemi ginecologici. Nelle giovanissime giunte in Italia già infibulate da piccole vi è il rischio di disfunzioni psicossessuali iatrogene indotte dai continui messaggi contro le pratiche escissorie che connotano e stigmatizzano queste adolescenti come "mutilate", private della capacità di vivere il sesso in modo soddisfacente, provocando in lo-

In arrivo le Linee Guida sulle Mgf

Nessuna stigmatizzazione ma un invito ad accogliere e ad integrare, pur nella fermezza della condanna. È questo il principio in base al quale è stata redatta la proposta di Linee Guida in tema di mutilazioni genitali femminili presentata al ministro della Salute lo scorso maggio affinché il sistema sanitario adegui le proprie conoscenze e le proprie modalità di cura per rispondere alla domanda di salute proveniente da una specifica fascia di popolazione femminile immigrata. Il documento è costituito da due parti interdipendenti, di pari importanza: una di carattere socio-antropologico che introduce alla tematica delle Mgf illustrandone le profonde motivazioni psicologiche, economiche, sociali e culturali oltre agli strumenti giuridici che consentono di contrastarle in Italia e nel mondo in nome di diritti universali; l'altra costituita dalle vere e proprie indicazioni di tipo relazionale e medico-sanitarie per operatori sanitari ed operatori sociali che, nell'esercizio della loro professione, si imbattono in queste problematiche. Le linee guida hanno già acquisito i pareri favorevoli dei ministeri competenti e della Conferenza Stato-Regioni. Sono già disponibili sul sito del Ministero della Salute www.ministerosalute.it e presto saranno pubblicate anche sulla Gazzetta ufficiale.

ro aspettative profondamente negative sul proprio futuro sessuale. Il ginecologo deve sapere che la sessualità delle donne con Mgf può essere integra e nel caso fosse compromessa può essere trattata. Allo specialista è richiesta particolare attenzione durante la gravidanza, sia per le difficoltà che si possono avere nei controlli ginecologici, sia nel caso di infezioni urinarie e vaginali che possono compromettere l'andamento della gravidanza stessa (aborti, rottura prematura del sacco amniotico, parto prematuro). Durante il parto, invece, si possono avere difficoltà a monitorare la progressione del feto, lacerazioni del perineo, insorgenza di fistole rettovaginali o vescicovaginali, lesioni dello sfintere anale con successiva incontinenza, tutte problematiche che rendono indispensabile la formazione di personale esperto ad affrontare pazienti infibulate. L'inesperienza dell'operatore spesso porta inevitabilmente al taglio cesareo che nei paesi di origine, se non eseguito in condizioni protette, può concludersi con complicanze gravissime (emorragie, deiscenza della ferita, sepsi e morte). Il ginecologo deve imparare a conoscere, diagnosticare e curare le complicanze delle Mgf. Deve sapere anche che le donne con Mgf, e specialmente quelle con infibulazione, spesso non sono consapevoli che le loro sofferenze fisiche sono legate alla mutilazione perché pensano sia naturale per la donna soffrire e "normalizzano" situazioni patologiche; non sanno se hanno subito una mutilazione o non ne conoscono il tipo; hanno difficoltà ad aprirsi con il loro medico occidentale perché si vergognano o perché hanno paura di essere considerate come "strani oggetti mutilati".

lacune riguardo alla pratica e al fenomeno culturale delle modificazioni/mutilazioni dei genitali femminili. Intendiamo inoltre chiarire al grande pubblico le motivazioni etiche, scientifiche ed esistenziali che ci hanno guidato nella nostra battaglia contro le mutilazioni genitali femminili e che ci hanno spinto a suggerire un rito simbolico alternativo. La nostra proposta ha suscitato una polemica durissima non sempre confortata da conoscenze e da ragioni argomentate, figlia invece dell'ignoranza, del pregiudizio e della polemica gratuita. Siamo convinti che, per affrontare in maniera efficace e legittima la discussione sull'argomento delle mutilazioni



dei genitali femminili, sia necessario indagare a tutto campo le ragioni che inducono ancora tante donne a praticarle e a farle praticare. In oltre vent'anni di intenso lavoro contro la pratica delle mutilazioni genitali femminili, ci siamo resi conto che è impossibile giudicare senza conoscere e che per conoscere è essenziale non perdere mai di vista il valore dell'esperienza e della condizione personale di chi si sottopone o è costretta a sottoporsi a riti simili. Alla luce del nostro vissuto, della nostra

esperienza e dei ricordi non sempre piacevoli nel campo delle mutilazioni genitali femminili, ci sentiamo di consigliare di essere cauti con i giudizi trancianti e definitivi e di non smettere mai, invece, di cercare nel lavoro minuto e paziente le ragioni per superare le esperienze drammatiche delle donne che abbiamo definito, come recita il titolo del libro, ferite per sempre. Un lavoro da svolgere anzitutto con le donne e tra le donne. Un lavoro da potenziare anche con la componente maschile che nelle culture che praticano le mutilazioni genitali femminili gioca un ruolo importante di condivisione o di inibizione di pratiche legate ai riti e alla sessualità".