

## MUTILAZIONI

Le mutilazioni/tagli (FGM/C) ai genitali femminili consistono nella rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili od in altre lesioni agli organi genitali effettuate per ragione non-mediche e che non apportano alcun beneficio alla donna

# Il ginecologo e le mutilazioni/tagli ai genitali femminili



**FRANCO PEPE**  
Specialista in ostetricia e ginecologia e genetica medica, Catania

**È UNA GRAVE VIOLAZIONE** dei diritti della donna ed una discriminazione in base al sesso poiché lede il diritto all'integrità fisica, al mantenimento dello standard migliore di salute e la libertà dalla violenza, dalla tortura, dalla crudeltà e dai trattamenti inumani o degradanti. Sono diffuse in 30 paesi africani, soprattutto Africa sub-sahariana, Egitto, Sudan ed in alcuni dell'Asia e del Medio Oriente quali Iran, Iraq, Arabia Saudita, Giordania, Oman, territori occupati di Gaza ed in Asia in India, Malesia ed Indonesia ed in parte del Sud America. Nei singoli paesi variano l'incidenza e la prevalenza così come l'età nella quale sono praticate, solitamente tra i 4 ed i 10 anni. Si stima che in Italia vivano circa 60-80mila ragazze e donne straniere con FGM/C di età compresa tra 15 e 49 anni.

Sono distinte in quattro tipi. Il tipo I consiste nella rimozione parziale o totale del glande clitorideo e/o del prepuzio. Il tipo II nella rimozione parziale e/o totale del glande clitorideo e delle piccole labbra con o senza asportazione delle grandi labbra. Il tipo III od infibulazione ottiene il restringimento dell'apertura vaginale mediante la creazione di un ponte di tessuto coprente in seguito alla cucitura ed apposizione di piccole e/o grandi labbra con o senza asportazione del glande clitorideo o del prepuzio con fuoriuscita di urina, secrezioni vaginali e sangue mestruale solitamente da un unico orificio posteriore. Il tipo IV include qualsiasi altra procedura causa di danno ai genitali femminili non sostenuti da indicazione medica quali la puntura del clitoride, piercing, incisioni, abrasioni, cauterizzazioni od ustioni dell'area genitale, introduzione di sostanza corrosive in vagina al fine di ridurne il calibro; va tuttavia rilevato che in molti paesi alcune di queste pratiche quali il piercing sono legali. I tipi I e II

comprendono l'80% delle FGM/C ed il tipo III il 10% rappresentando quest'ultima la forma più grave.

**CIRCA 230 MILIONI DI RAGAZZE/DONNE** nel mondo sono state sottoposte a FGM/C ed ogni anno almeno 3 milioni di ragazze, particolarmente sub-Sahariane, Egiziane, Sudanese sono a rischio di essere sottoposte a FGM/C. In Europa, Australia, Nord America la pratica è emersa in seguito ai fenomeni di migrazione, dei viaggi di singole donne per attività commerciali o per motivi di salute o studio ponendo quesiti in ordine alla liceità, prevenzione e benessere psico-fisico, benessere ginecologico ed ostetrico delle donne così trattate. E' una problematica spesso presente nelle ragazze/donne richiedenti asilo. La pratica è illegale in più di 28 paesi africani, ma continua ad essere praticata illegalmente, dietro compenso economico da alcuni medici ed ostetriche sempre su richiesta della donna/famiglia; in altri è medicalizzata e fonte di guadagno per gli operatori sanitari. In Egitto, ad esempio, l'80% delle procedure è effettuato da sanitari e la frequenza è alta anche nel medio Oriente e in parti dell'Asia. Sono necessari una maggiore consapevolezza delle FGM/C nei mass media e negli operatori sanitari così come un'articolata strategia volta alla prevenzione nelle ragazze a rischio provenienti dai paesi a rischio, poiché non eccezionalmente durante la vacanza scolastica estiva (cosiddetta *summer holiday*) le madri possono condurre le figlie nel paese di origine per perpetuare la pratica della mutilazione. Gli operatori sanitari necessitano di conoscenze, consapevolezza e competenze nel prendersi cura del benessere psicologico, sessuale, riproduttivo e mentale della donna che ha subito FGM/C. Significativo uno studio nel quale

solo il 7,3% degli operatori sanitari attivi in 4 CARA italiani ha dichiarato di conoscere le mutilazioni genitali, il 4,9% di non conoscerle completamente ed il 70,7% di non avere mai incontrato od assistito donne con FGM/C, nonostante tutti avessero lavorato con donne provenienti da paesi nelle quali erano prevalenti le FGM/C.

## CASO CLINICO

**DONNA DI 28 ANNI** proveniente dalla Somalia con partner di 58 anni. Chiede consulenza per gravidanza iniziale insorta spontaneamente, specificando che i rapporti sessuali sono "molto difficili" e dolorosi. La donna, supportata dal partner con il quale sembra mostrare una buona relazione, dichiara che è stata sottoposta ad un "intervento" sui genitali nel paese di origine, del quale non riferisce altri particolari. Desiderano discutere le possibili complicanze della lesione ai genitali in relazione alla gravidanza in atto ed al parto e, se sia possibile, ripristinare l'integrità anatomica dei genitali ai fini di un normale rapporto sessuale. La donna gode di buona salute con esami ematochimici generali nella norma. Gli



esami infettivologici di routine sono negativi, ma è HIV positiva con bassa carica virale in trattamento con farmaci antiretrovirali da due anni. Non sa specificare come si sia infettata, non ha subito interventi chirurgici in ospedale e l'unica "pratica cruenta" che ricorda -come riferito- è stata quella sui genitali, né ha avuto rapporti se non con il compagno HIV negativo. Ha un normale sviluppo corporeo e mammario ed alterazione a carico dei genitali esterni per la presenza di ponte di tessuto, morbido al tatto, che unisce ampiamente le labbra lasciando un unico piccolo orifizio nella parte posteriore della vulva per la fuoriuscita dell'urina, del sangue mestruale e di eventuali secrezioni (FIGURA 1). È possibile inserire il dito in vagina che appare soffice con collo uterino normale al tatto. È stata discussa la presenza di una mutilazione genitale compatibile con l'infibulazione e la possibilità della deinfibulazione in anestesia locale sia nel corso della gravidanza, preferibilmente nel secondo trimestre, sia durante o dopo il parto evidenziando i pro ed i contro di ogni singola scelta: la sofficità del ponte tissutale avrebbe favorito il trattamento chirurgico. La donna ha espresso perplessità circa la deinfibulazione in corso di gravidanza o durante il parto e si è regolarmente sottoposta ai controlli. È stata sottoposta a taglio cesareo per presentazione podalica con nascita di un nato di 3500 gr con I.A. 10 a 1 e 5 minuti. Il puerperio è stato regolare. La donna è stata deinfibulata in anestesia loco-regionale tre mesi dopo il parto, con ottimale ricostruzione estetica e funzionale dei genitali esterni. Si è proceduto alla sezione del ponte tissutale soffice ed identificate grandi e piccole labbra, un regolare introito vaginale con imene ed un normale orifizio uretrale. Il clitoride, liberato durante l'incisione della parte apicale del ponte tissutale, sembrava apparentemente integro. A distanza di quattro anni la madre gode buona salute, con normali soddisfacenti rapporti sessuali della donna che riesce ad avere l'orgasmo. La carica virale materna del virus HIV continua ad essere bassa. Il neonato è in buona salute ed HIV negativo. Nel percorso di cura la coppia ha sempre rifiutato la consulenza psicologica. Il caso, pur nella semplicità di risoluzione chirurgica, risulta interessante per la rarità della patologia nella nostra esperienza, la non eccezionale associazione tra infibulazione ed infezione

da HIV (l'infibulazione si associa a maggior rischio di infezione da HIV) come riportato in letteratura e la deinfibulazione effettuata a distanza dal parto. In altri casi con grave distorsione dell'anatomia locale e soprattutto con lesioni agli organi circostanti quali fistole il trattamento può essere molto più complesso e richiedere una équipe pluridisciplinare con elevato livello di competenze tecniche. A tal fine sono sorti anche centri dedicati.

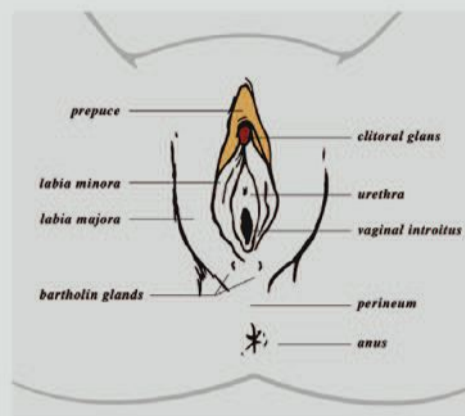
## DISCUSSIONE

LA PRATICA DELLE FGM/C riconosce cause molteplici di natura culturale in società caratterizzate da predominio patriarcale maschilista sulla donna "oggetto posseduto" dall'uomo o dalla famiglia, alla quale non è riconosciuto il diritto all'autodeterminazione e nello specifico al godimento sessuale ed alla libera procreazione. La pratica ha antichissime origini, evidenziata anche nelle mummie egiziane e, sebbene condivisa da alcuni gruppi religiosi, non è contemplata né nel corano né nella bibbia e praticata sia da musulmani e più di rado da gruppi di cattolici. Può rappresentare una sorta di rito di passaggio che purifica la ragazza con la rimozione del clitoride e delle labbra considerate "impure" o "non pulite", un modo di accrescere il piacere dell'uomo durante il rapporto e l'accettazione della pratica esprimerebbe l'ansia delle madri di crescere figlie *socialmente desiderabili* (in alcune realtà può rivestire il ruolo di seconda o terza, ma non di prima moglie o non è "maritabile"). Mirerebbe al mantenimento dell'identità ed al senso di appartenenza del gruppo/etnia, all'onorabilità della famiglia, alla preservazione della verginità e della fedeltà coniugale e quindi della nascita di figli illegittimi poiché i rapporti sessuali diventano dolorosi od impossibili ed il piacere sessuale femminile è abolito a seguito delle lesioni ai genitali. In alcuni contesti la donna deinfibulata al parto viene successivamente reinfibulata e non di rado la richiesta proviene dalla donna stessa per sentirsi accettata nel gruppo.

Le conseguenze delle mutilazioni genitali possono essere devastanti a breve, medio e lungo termine sia dal punto di vista psicologico che fisico

### TYPE I

Partial or total removal of the clitoral glans (clitoridectomy) and/or the prepuce

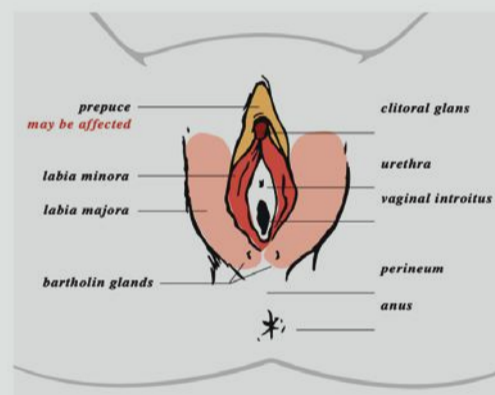


Type Ia: removal of the prepuce/clitoral hood (circumcision)

Type Ib: removal of the clitoral glans with the prepuce (clitoridectomy)

### TYPE II

Partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora, with or without excision of the labia majora (excision)



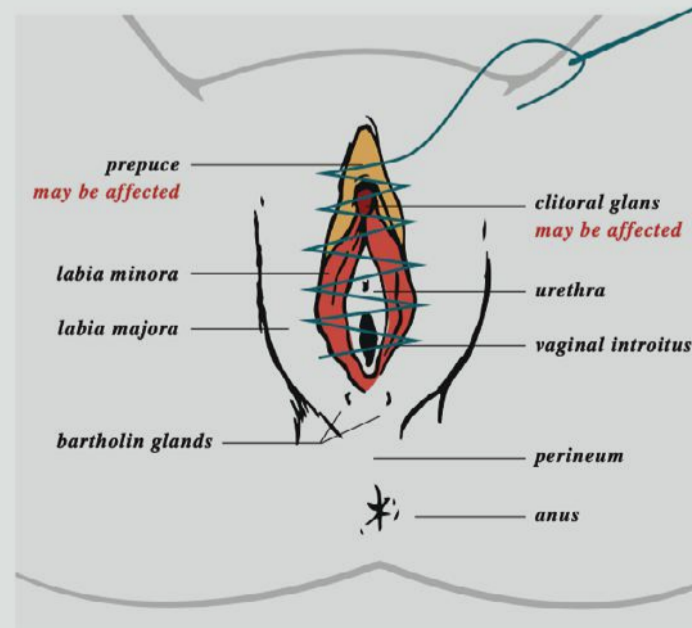
Type IIa: removal of the labia minora only

Type IIb: partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora (prepuce may be affected)

Type IIc: partial or total removal of the clitoral glans, the labia minora and the labia majora (prepuce may be affected)

### TYPE III

Narrowing of the vaginal opening with the creation of a covering seal by cutting and appositioning the labia minora or labia majora with or without excision of the clitoral prepuce and glans (infibulation)

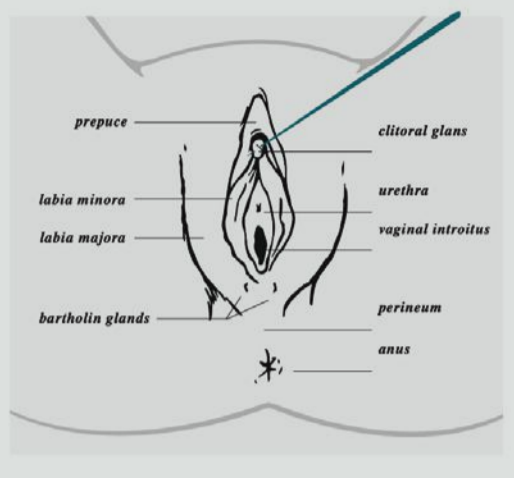


Type IIIa: + + + appositioning of the labia minora

## MUTILAZIONI

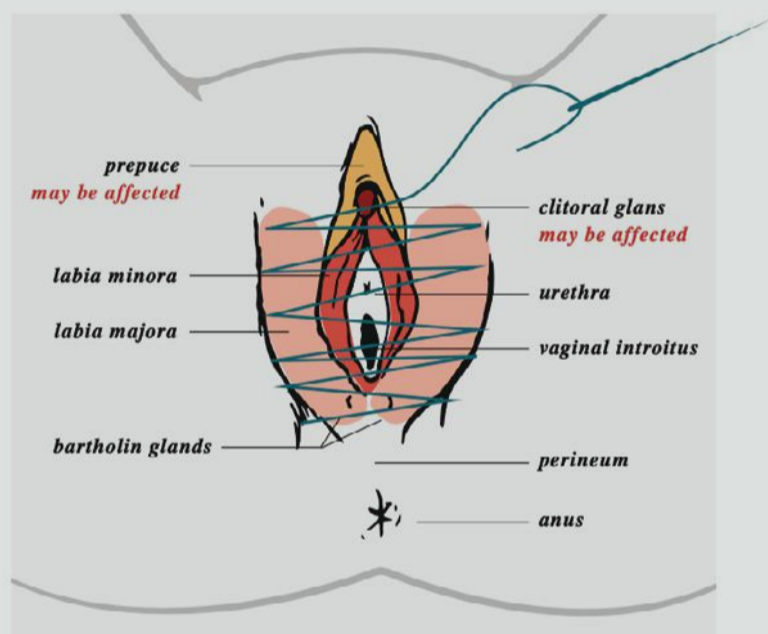
### TYPE IV

All other harmful procedures to the female genitalia for non-medical purposes, for example pricking, piercing, incising, scraping and cauterization



### TYPE III

Narrowing of the vaginal opening with the creation of a covering seal by cutting and appositioning the labia minora or labia majora with or without excision of the clitoral prepuce and glans (infibulation)



Type IIIb: + + + + + appositioning of the labia majora

in special modo nel tipo 3 od infibulazione, nella quale il rischio di complicanze è doppio a confronto con il tipo II. Sono inoltre aggravate dalle modalità di esecuzione che nei paesi di origine può avvenire in contesti non medicalizzati ad opera di persone non competenti, con mezzi rudimentali (forbici, rasoio e spezzoni di vetri taglienti, “fili” di sutura improvvisati, etc) ed in condizioni igieniche precarie od assenti. Hanno effetti rilevanti sulla qualità e durata della vita e sono causa di 44.320 decessi per anno nei paesi ove praticate, rappresentando in quei paesi una delle più importanti cause di morte.

**LE FGM/C INDUCONO** modificazioni cognitive sulla percezione della propria identità corporea e sessuale, ledono l'autostima ed il benessere della donna sino di rado all'ideazione suicidaria. I sintomi e le complicanze ginecologiche dipendono dal tipo di mutilazione e sono maggiori nel tipo 3 ove il benessere e la vita sessuale sono stravolti per rapporti sessuali dolorosi od impossibili e potenziale causa di sanguinamenti ed ulteriori lacerazioni con il coito e durante il parto. Descritti dismenorrea, ematocolpo, infezioni genitali favorite dalla fuoriuscita di urina e sangue mestruale da un unico orifizio, disturbi della minzione e calcolosi urinaria. Non vi è solitamente infertilità (descritti comunque aborti), ma complicanze al parto, di solito nei paesi di origine è possibile dopo *sezione* del ponte tissutale nel tipo III, che possono essere gravi con emorragie, estese lacerazioni e comparsa di fistole.

## RUOLO DEL GINECOLOGO

**VI È NELLA CLASSE MEDICA** europea ed italiana scarsa conoscenza e competenza sulle tematiche inerenti le FGM/C, poiché ritenute rare e non inserite nel curriculum universitario. I medici possono non discutere dell'argomento con le donne a rischio poiché avvertono disagio, disgusto, orrore o per paura di offendere o stigmatizzare la donna non possedendo gli strumenti culturali per condurre il colloquio in maniera appropriata. Il medico può ritenere che la donna esponga spontaneamente di essere stata sottoposta a mutilazione, ma alcune non sanno di essere state sottoposte in giovane età a FGM/C che in alcune comunità sono considerate un argomento per “donna” non oggetto di discussione. Molte, infine, non collegano le conseguenze della procedura alla stessa procedura soprattutto nelle forme meno gravi. Attenzione va posta alle richiedenti asilo nelle quali l'esperienza del viaggio che le ha condotto ad approdare in Italia comprende fatica, dolore, abbandono della casa, rapimento, schiavitù sessuale, prostituzione, violenza fisica, gravidanza dopo violenza, aborto, etc.

**ASPETTO RILEVANTE** è la comunicazione poiché la narrazione sulle FGM/C nei paesi occidentali deve tenere a mente che molte donne sottoposte alla pratica non si considerano “mutilate”, ritengono questo termine lesivo della propria dignità poiché il modello narrativo predominante occidentale contribuisce ad accrescere vergogna, biasimo ed umiliazione nelle donne così trattate, non tenendo alcun conto di singole storie, vissuti e contesti socioculturali. Non desiderano essere comprese nello stereotipo culturale occidentale di “vittima sessualmente mutilata”. Ogni donna

difatti proviene da differenti paesi con differenti contesti socio-economico-politici e diversità culturali e linguistiche.

Temi legati alla competenza del ginecologo comprendono la capacità di un accurato esame obiettivo dei genitali (non sempre agevole la diagnosi di lesioni minime o parziali, soprattutto clitoridee), la risoluzione di sintomi e patologie in relazione alla severità della lesione (spesse cicatrici e distorsioni anatomiche, fistole, ostruzione al flusso, etc) ed al momento ricostruttivo, il timing della deinfibulazione, l'assistenza alla gravida con cicatrici o sottoposta ad infibulazione (timing delle deinfibulazione in gravidanza o durante o parto, tipo di anestesia nella deinfibulazione, partoanalgesia nel travaglio, scelta dell'episiotomia, indicazione al taglio cesareo (preferibilmente ostetrica), rischio di emorragie nel postpartum, etc.

Il ginecologo ha un ruolo determinate nella prevenzione primaria quando contribuisce a pianificare interventi mirati alla prevenzione delle mutilazioni nei soggetti residenti nelle comunità a rischio, secondaria quando previene la reinfibulazione dopo il parto e terziaria quando tratta le lesioni determinate dalla mutilazione. La legge italiana 7 del 2006 non solo punisce chi pratica la procedura, ma è di rilievo che nel testo non venga posto alcun riferimento al consenso della donna espresso all'operatore sanitario nella valutazione della pena per chi ha praticato la FGM/C. La legge prevede altresì campagne informative, training degli operatori sanitari e sociali, istituzione di un numero telefonico gratuito, programmi di cooperazione internazionale e responsabilizzazione delle istituzioni nelle quali il crimine è effettuato.

**NEL CONTESTO PLURIDISCIPLINARE** e sociale è rilevante utilizzare le relazioni con le persone con FGM/C per educare le famiglie, coinvolgere opinion leader, anche religiosi, dei gruppi a rischio, disegnare studi ad hoc per comprendere il ruolo delle donne in famiglia e società, includere il partner maschile nel percorso di prevenzione (poiché la conoscenza delle conseguenze delle FGM/C sulla salute della donna, può spingerli a svolgere un ruolo nella prevenzione), favorire le relazioni con i servizi di supporto (psicologi, assistenti sociali, altri specialisti), centri antiviolenza quando necessario, istituzioni di altro tipo. e particolare attenzione va posta alla “holiday cutting”.

**RISPETTARE LA PRIVACY**, la confidenzialità, la vulnerabilità della donna favorendo l'autoconsapevolezza e l'autostima sono obiettivi prioritari. Va tenuto a mente l'allarme nelle comunità chiuse per avere rivelato esperienze traumatiche con possibili ripercussioni sui membri della famiglia e della comunità, il rischio di accrescere le tensioni per l'esposizione in una comunità di attitudini e credenze diverse ed il rischio potenziale di non riuscire ad offrire risposta alle aspettative per migliorare la qualità di vita. Il personale medico, soprattutto ostetrico e personale di sala parto, ma anche pediatri e medici di medicina generale hanno un ruolo determinante se adeguatamente formati e se l'accesso è facilitato ad ambulatori con personale dedicato per migliorare la competenza culturale nelle donne che vivono con le mutilazioni. Va infine sottolineato che la mancata collaborazione tra cura prenatale ed assistenza al parto può ridurre l'efficacia della prevenzione e la presa in carico della donna ed ancora una volta il ginecologo assume un ruolo centrale.

*Bibliografia su richiesta*

