

# Indice

<b>Introduzione .....</b>	<b>9</b>
<i>Ringraziamenti.....</i>	<i>13</i>
<b>La Mutilazione Genitale Femminile .....</b>	<b>15</b>
<i>Cosa sono le MGF.....</i>	<i>15</i>
<i>Ipotesi sull'origine delle MGF.....</i>	<i>15</i>
<i>Classificazione delle MGF formulata dall'o.m.s.....</i>	<i>17</i>
1° tipo: CLITORIDECTOMIA .....	17
2° tipo: ESCISSIONE.....	17
3° tipo: INFIBULAZIONE.....	17
4° tipo: NON CLASSIFICATO.....	18
<i>Paesi dove esistono comunita' che praticano le MGF.....</i>	<i>19</i>
AFRICA .....	20
ASIA.....	20
MEDIO ORIENTE.....	20
<i>Motivi per i quali si praticano le MGF.....</i>	<i>20</i>
<i>Conseguenze della mutilazione genitale femminile.....</i>	<i>25</i>
Conseguenze Immediate .....	26
Conseguenze a lungo termine .....	28
Conseguenze sulla sfera sessuale .....	29
<b>La Deinfibulazione .....</b>	<b>31</b>
<i>Informazione preparatoria alla deinfibulazione.....</i>	<i>32</i>
<i>Intervento di deinfibulazione.....</i>	<i>33</i>
Tecnica di deinfibulazione.....	34
Trattamento post- operatorio.....	35
<b>Aspetti Legislativi Verso Le MGF .....</b>	<b>37</b>
<i>Legislazione in Italia.....</i>	<i>37</i>
Il Codice Deontologico Infermieristico.....	40
<i>Alcune iniziative italiane riguardo le MGF.....</i>	<i>41</i>
<i>Accordi e dichiarazioni internazionali.....</i>	<i>45</i>
Dichiarazione Universale dei Diritti Umani 1948.....	45
La Convenzione per i Diritti dei Bambini 1989.....	46
La Dichiarazione di Vienna del 1993.....	46
La Dichiarazione congiunta Oms, Unicef, e Unfpa del 1996.....	47
Campagna "STOP MGF". CAIRO 21-23 Giugno 2003 .....	47
Posizione dell'ICN riguardo le MGF .....	48
<b>Ruolo infermieristico nelle MGF .....</b>	<b>49</b>
<i>Teoria della Leininger.....</i>	<i>49</i>
<i>La comunicazione con la donna sottoposta a MGF.....</i>	<i>52</i>
<i>Linee guida.....</i>	<i>53</i>
<i>Diagnosi infermieristiche.....</i>	<i>54</i>
<b>LA RICERCA.....</b>	<b>57</b>
Aspetti metodologici.....	57

<i>Risultati della ricerca</i> .....	60
<i>Rilevanza del fenomeno in Emilia-Romagna</i> .....	83
<b>CONCLUSIONE</b> .....	<b>85</b>
<b>Allegati</b> .....	<b>89</b>
<b>QUESTIONARIO</b> .....	<b>89</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>94</b>





## **TESTIMONIANZA DI UNA DONNA MUTILATA.**

*Mia madre si chinò su di me e mi sussurrò all'orecchio. "Se ti divincoli io da sola non ce la faccio a tenerti; quindi cerca di fare la brava. Sii coraggiosa e vedrai che presto sarà tutto finito". Sbirciai tra le mie gambe e vidi che la zingara si stava preparando. La seguii con estrema attenzione perché volevo vedere lo strumento con cui mi avrebbe operato. Mi aspettavo un coltellaccio, ma la zingara estrasse una lama.....*

*Sentii la carne dei miei genitali che veniva lacerata e il rumore sinistro di quella lama che andava avanti e indietro. Quando ci ripenso non riesco a credere che mi sia successo veramente.*

*Impossibile spiegare cosa si prova: è come se qualcuno vi tagliasse a brandelli una coscia o un braccio, nel mio caso i tagli venivano praticati sulla parte più sensibile del corpo. Ciononostante non mi mossi di un millimetro, volevo che mia madre fosse fiera di me.*

*Potei vedere accanto all'Assassina un mucchietto di spine di acacia, con cui la donna praticò dei buchi nella mia pelle, infilandovi poi uno spesso filo bianco per ricucirmi... provavo un dolore così intenso da desiderare sinceramente la morte.*

*I miei ricordi a questo punto si interrompono: quando tornai in me, la zingara se n'era andata..... Le mie gambe erano immobilizzate da fasce che mi avvolgevano dalle caviglie ai fianchi..... Voltai la testa verso la pietra e vidi che era ricoperta di sangue, come se qualcuno l'avesse utilizzata per macellare un animale. Su d'essa, i frammenti della mia carne, dei miei genitali erano posti a essiccare.*

Waris Dirie " Fiore del Deserto" 1998









## **Introduzione**

La società odierna è in continuo cambiamento, mai come oggi si è assistito ad una commistione tra tradizione e modernità. Da una parte la femminilità rivendicata, conquistata e dall'altra parte una femminilità sommessata, discreta, simbolo di un rito di iniziazione. E' da questi vistosi contrasti che nasce la mia tesi, pagine di descrizione pacata di una femminilità identificata attraverso il "sigillo" dei genitali.

E' un'entrata discreta nella tradizione in cui affondano le radici di una pratica che consiste nella rimozione dei genitali femminili; una sorta di sguardo all'indietro per avere gli strumenti e la preparazione necessaria per accogliere in ambiente sanitario le bambine, le donne cosiddette "mutilate".

Nello svolgimento di questo lavoro c'è la volontà di analizzare in maniera oggettiva da diverse angolazioni tutti gli aspetti che riguardano le MGF cercando di non influenzarlo in modo personale.

L'obiettivo principale ritengo sia quello di conoscere le motivazioni, la provenienza e la cultura delle cosiddette mutilazioni genitali femminili. Penso che il compito primario del personale sanitario sia la comprensione dei motivi e le implicazioni socioculturali di questa pratica. Per avere un buon approccio assistenziale con le donne e le bambine "mutilate" credo non sia sufficiente la perfetta conoscenza della pratica della deinfibulazione, se prima non ci si interroga sulle idee e le rappresentazioni che accompagnano queste pratiche nelle culture da cui provengono.

Per le donne "mutilate" la rimozione dei genitali significa l'ammissione al mondo adulto, l'identificazione della persona, la conquista di un equilibrio e di un'appartenenza sociale.

La prima parte della tesi descrive “cosa sono” le Mutilazioni Genitali Femminili, le ipotesi di origine, la classificazione fatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, i motivi e le conseguenze fisiche e psichiche di tale pratica.

La seconda parte tratta l'argomento della deinfibulazione, descrivendo la tecnica, il trattamento post operatorio e soprattutto si evidenzia l'importanza dell'informazione alla paziente da parte degli operatori sanitari. In questa fase la figura dell'infermiere che a mio parere è l'operatore sanitario che è maggiormente in contatto con il paziente assume una rilevante importanza.

La terza parte è dedicata agli aspetti legislativi, alle diverse dichiarazioni e convenzioni che condannano le Mutilazioni Genitali Femminili. Viene descritta la posizione del consiglio degli infermieri rispetto all'argomento e sono citati alcuni articoli del Codice Deontologico Infermieristico.

La quarta parte analizza alcuni aspetti dell'assistenza infermieristica transculturale. Viene descritto l'importanza di acquisire le conoscenze dell'infermieristica transculturale per avere un buon approccio assistenziale.

L'ultima parte riguarda una ricerca che ho deciso di effettuare tramite la somministrazione di questionari.

Dalla raccolta di questi ultimi somministrati agli operatori delle Unità Operative di Ginecologia-Ostetricia dei Presidi Ospedalieri di Ravenna Faenza e Lugo e dei relativi Consultori è emersa una conoscenza piuttosto limitata sulla questione delle “Mutilazioni Genitali Femminili”. Soprattutto per quanto riguarda la gestione del rapporto paziente - operatore sanitario. Il personale sanitario intervistato (medico, infermiere, ostetrica, assistente sociale ecc) ha mostrato un atteggiamento di interesse, riconoscendo l'esigenza di approfondire gli aspetti clinici, sociali e culturali riguardanti le “Mutilazioni Genitali Femminili”.

La raccolta di questi dati mi ha permesso di trarre delle conclusioni e di evidenziare delle proposte per accrescere la conoscenza degli aspetti sociopsicologici e clinici da parte degli operatori con la speranza che le riflessioni emerse da questo lavoro possano essere d'aiuto per migliorare l'integrazione tra culture e migliorare l'assistenza nei confronti di queste donne.



## **Ringraziamenti**

Inf. GIANNI ZAFFAGNINI (118 RAVENNA SOCCORSO)

Afd. CESARE PLAZZI (Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero di Lugo)

A.S. DENISE REGAZZI (Consultorio Distretto Ravenna)

Dott.sa L. ZANOTTI (Unità oper. Ginecologia – Ostetricia Presidio Ospedaliero di Lugo)

Dott MASSIMO MONTI (laureato in psicologia del lavoro e delle organizzazioni – Cesena)

Dott:sa CECERE ROSA (collaboratrice Centro Regionale Per La Cura E Prevenzione Delle MGF Di Firenze)

Dott. OMAR ABDULCADIR (Direttore Centro Regionale Per La Cura E Prevenzione Delle MGF Di Firenze)

MARIAN (ragazza somala deinfibulata presso il Centro Regionale di Cura e Prevenzione delle MGF Di Firenze)

TITTY (mediatrice culturale consultorio di Ravenna)

Inf.Ost. SIMONA SAMORINI (U.O Ginecologia-Ostetricia Presidio Ospedaliero di Faenza)

DOCENTI INFERMIERI (scuola infermieri di Faenza, sede distaccata dell'Università di Ferrara)

U.O di Ginecologia ed Ostetricia Presidio Ospedaliero di Ravenna - Lugo - Faenza

Consultori di Ravenna - Lugo - Faenza.

*Un ringraziamento particolare a Luca Venturini (inf. U.O. Pronto Soccorso Presidio Ospedaliero di Lugo) per il suo prezioso aiuto nello svolgimento di questo lavoro.*



## **La Mutilazione Genitale Femminile**

### **Cosa sono le MGF**

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.

Tali operazioni solitamente vengono eseguite in modo primitivo, spesso da persone prive di conoscenze mediche. Le ragazze vengono mutilate con strumenti d'uso comune, come coltelli, forbici, lame di rasoi. La sofferenza è atroce perché molte volte il tutto viene eseguito senza anestesia e spesso con gravi conseguenze quali, infezioni, emorragie, fino alla morte.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le ragazze e le bambine che hanno subito mutilazioni sessuali sono circa 135 milioni. Ogni anno questo numero tende ad aumentare, alle 135 milioni di donne sessualmente mutilate ogni anno se ne aggiungono altri 2 milioni. Le MGF sono particolarmente diffuse in 28 paesi africani e in alcuni paesi del Medio Oriente (Egitto, Yemen, Emirati Arabi). Alcuni casi sono stati registrati anche in diverse parti dell'Asia. Sono stati inoltre riscontrati casi di MGF all'interno di alcune comunità di immigrati in Europa, nord America Australia e Nuova Zelanda.

### **Ipotesi sull'origine delle MGF.**

Non è facile determinare l'origine delle MGF, non esistono testimonianze certe che indichino come e quando l'usanza sia iniziata, Il fenomeno delle

mutilazioni si è evoluto nel tempo ed ha accompagnato la storia del uomo assumendo un significato importante per alcune popolazioni, Esistono diverse ipotesi che riguardano le origini di questa pratica.

☞ Un'ipotesi (*Progetto n. 9 Regione E. Romagna MGF nella popolazione immigrata 2001. Walzer A, Pratibhap. Warrior marks. London, Jonathan Cape 1993*) sostiene che l'usanza delle mutilazioni genitali femminili ha avuto inizio in Egitto durante il periodo delle dinastie dei Faraoni. Alcune scoperte archeologiche hanno identificato testimonianze delle mutilazioni genitali femminili nelle mummie egiziane. Si pensa che l'escissione della clitoride e l'infibulazione fossero praticate soprattutto alle donne appartenenti alla famiglia reale per conservare la loro fertilità.

☞ Un'altra testimonianza (*I segni sul corpo. Per un antropologia delle modificazioni dei genitali femminili. Michela Fusaschi 2003. Sindzingre 1979*) si trova nella letteratura medica. Nel XIX secolo la clitoridectomia trovava un largo impiego nel contesto medico - sanitario per quanto riguarda la cura dell'isteria attraverso l'asportazione chirurgica della clitoride. La sindrome dell'isteria era definita come una condizione particolare caratterizzata da uno stato di eccitazione esagerata, conseguente ad un'alterazione a carico dell'apparato genitale. Quindi la clitoridectomia era usata come trattamento terapeutico per porre rimedio a quest' alterazione organica.

☞ Le mutilazioni (*“Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili”.* Carla Pasquinelli 2000) a carico dei genitali venivano praticate anche nell'epoca dei Romani. Lo stesso termine infibulazione deriva dalla parola “fibula” (spilla ). La fibula veniva applicata sulle grandi labbra delle donne e sul prepuzio degli uomini, questo veniva praticato per evitare rapporti sessuali tra gli schiavi,



quindi per evitare gravidanze che avrebbero ostacolato il lavoro delle donne schiave .

## **Classificazione delle MGF formulata dall'O.M.S.**

### ***1° tipo: CLITORIDECTOMIA***

E' la forma di mutilazione meno cruenta e consiste nell'asportazione del prepuzio, con o senza l'asportazione di parte o di tutto il clitoride. A volte è caratterizzata da una minima escoriazione o incisione del clitoride da cui si fanno stillare alcune gocce di sangue. ( Nei paesi islamici è chiamata sunna. Questo termine significa qualcosa che non è un dovere . La sunna è qualcosa in più che una persona vuole fare rispetto alle regole prescritte ).

### ***2° tipo: ESCISSIONE***

Consiste nell'asportazione del prepuzio clitorideo e del clitoride a cui si aggiunge anche l' escissione parziale o totale delle piccole labbra.

### ***3° tipo: INFIBULAZIONE***

E' la forma di intervento più distruttiva (viene chiamata anche infibulazione faraonica).

Oltre alla totale asportazione del clitoride e delle piccole labbra, si pratica anche l'asportazione di gran parte delle grandi labbra. I due lati della vulva vengono poi suturati insieme con dei punti di seta, oppure quando la mutilazione avviene in un ambiente rurale vengono usati spine d'acacia e fili ricavati da mezzi di fortuna (fili di crine). In questo modo l'orifizio

vaginale viene quasi interamente chiuso, lasciando solamente un foro di dimensioni molto piccole (secondo la tradizione grande come un chicco di riso). Il foro viene mantenuto aperto fino alla cicatrizzazione grazie all'inserimento di un sottile pezzo di legno in modo da permettere il deflusso dell'urina e del sangue mestruale.

Al termine dell'operazione le gambe della ragazza sono strettamente legate tra di loro dall'anca fino alle caviglie, in questo modo si riduce il rischio di apertura della ferita. Al termine del periodo di limitata mobilità che dura due-tre settimane, la ragazza viene sbendata, se l'orifizio è sufficientemente stretto è libera di tornare alla sua vita quotidiana come donna adulta. Nel caso in cui l'apertura vaginale non fosse sufficientemente stretta, l'operazione viene ripetuta.

Alla pratica dell'infibulazione si collega di conseguenza anche la pratica della deinfibulazione (riapertura) che viene eseguita al momento del primo rapporto sessuale oppure al momento del parto per consentire la nascita del feto.

#### ***4° tipo: NON CLASSIFICATO.***

Include perforazione o incisione della clitoride e/o delle labbra.

Stiramento della clitoride e/o labbra.

Cauterizzazione mediante ustione della clitoride e del tessuto circostante.

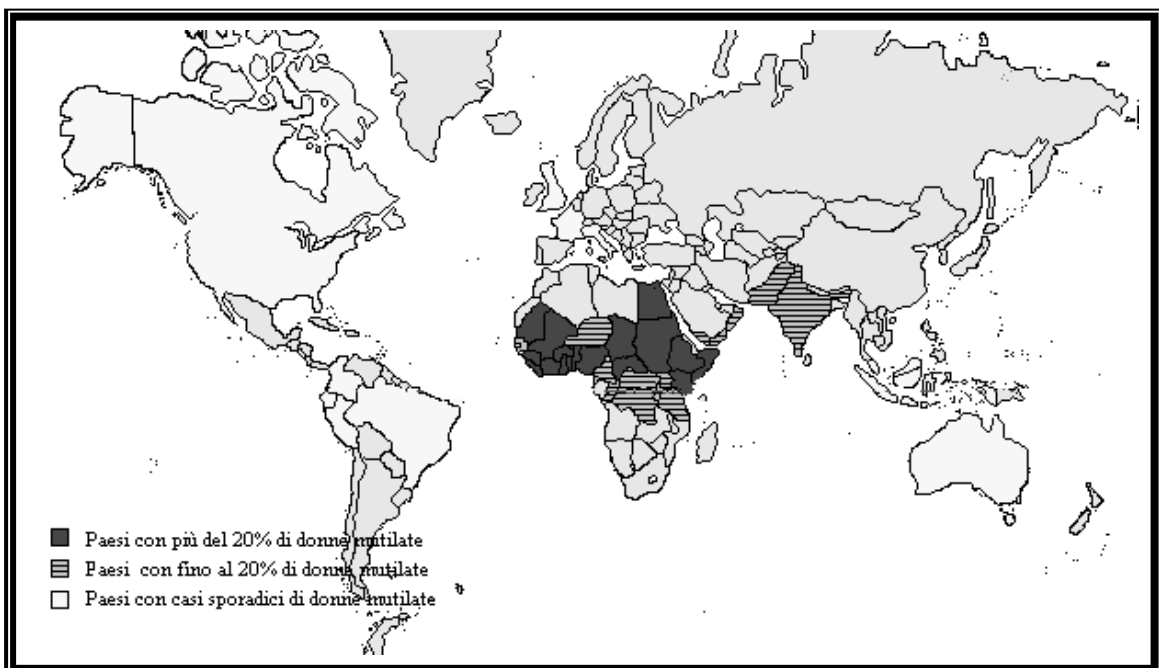
Raschiamento del tessuto circostante l'orifizio vaginale ( tagli *anguria*) o incisione della vagina (taglio *gishiri*)

Introduzione di sostanze corrosive o erbe in vagina, per causare emorragia o allo scopo di serrarla o restringerla e qualsiasi altra procedura che cade sotto la definizione di MGF

## Paesi dove esistono comunità che praticano le MGF.

Le mutilazioni dei genitali femminili sono praticate in diversi paesi dell'Africa. La zona più colpita è la fascia centrale del continente. I casi di MGF sono presenti anche fuori l'Africa e grazie al fenomeno dell'immigrazione c'è una presenza anche tra le comunità immigrate in Canada, Stati Uniti, Europa e Australia.

Qui sotto sono riportati i nomi di alcuni paesi che sono interessati dal fenomeno delle mutilazioni genitali femminili.



Distribuzione mondiale delle mutilazioni<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Le immagini sono state tratte dai siti: [www.payer.de/entwicklung/entw16.htm](http://www.payer.de/entwicklung/entw16.htm) e [www.grenzeloosgeluid.nl/archief/2001/transcripts/golemprix.htm](http://www.grenzeloosgeluid.nl/archief/2001/transcripts/golemprix.htm)

## ***AFRICA***

?Somalia	?Guinea	?Senegal
?Gibuti	?Liberia	?Niger
?Sud Egitto	?Nigeria	?Mauritania
?Sierra Leone	?Costa d'Avorio	?Camerun
?Sudan	?Repubblica	?Congo
?Etiopia	Centrafricana,	?Tanzania
?Eritrea	?Ghana	?Uganda
?Gambia	?Benin	?Zaire
?Mali	?Guinea Bissau	
?Burkina Faso	?Kenya	
?Ciad	?Togo	

## ***ASIA***

?Indonesia	?Malaysia	?India
------------	-----------	--------

## ***MEDIO ORIENTE***

?Oman	?Emirati Arabi	?Yemen
-------	----------------	--------

### **Motivi per i quali si praticano le MGF**

La pratica dell'infibulazione è una consuetudine antica, non è dettata da alcuna religione, ed è condannata in tutti i paesi del mondo, compresi quelli africani. Questa pratica fonde le sue radici nella tradizione millenaria. Si ritiene che la sua origine possa derivare dall'epoca dei faraoni egiziani. Da allora si è diffusa in tutta l'Africa con modalità differenti a seconda della regione e della tribù di appartenenza. Per molte ragazze sottoporsi a questa pratica, significa abbandonare l'infanzia ed entrare a fare parte del mondo adulto, quindi rappresenta una completezza della femminilità. L'età, il tipo

di mutilazione e le modalità dipendono da molti fattori tra cui il gruppo etnico di appartenenza, il paese e la zona (rurale o urbana) in cui le ragazze vivono. Nella maggior parte dei casi l'età è compresa tra i quattro e dieci anni, esistono anche casi dove la mutilazione avviene appena qualche giorno dopo la nascita.

Il giorno del rito viene vissuto con grande gioia e partecipazione da parte di tutti i familiari, che esprimono parole di benedizione e augurio, per la ragazza appena infibulata. Per capire meglio l'atmosfera nella quale si svolge il rito dell'infibulazione, l'evento potrebbe essere paragonato ad un esempio di prima comunione.

Le MGF provvedono ad asportare la parte maschile della donna, la clitoride che è paragonata ad un piccolo pene. Attraverso l'escissione della parte maschile una ragazza diventa una donna a pieno titolo. Le MGF oltre a manipolare il corpo della donna, ne modificano anche la postura e il portamento. L'infibulazione restringe lo spazio tra le gambe, in questo modo si riduce la possibilità di allargare troppo le gambe, determinando così un'andatura flessuosa e lenta. Una volta infibulate le ragazze abbandonano alcuni comportamenti che potrebbero compromettere il risultato dell'operazione attraverso l'apertura della ferita suturata. Spesso le madri raccomandano le figlie di non correre di non giocare a palla per evitare di essere "strappate". Inoltre l'operazione mette fine ad ogni forma di promiscuità tra bambini e bambine perché il nuovo status di donna non lo permette più. E' attraverso le mutilazioni dei propri genitali che una donna si identifica ed è identificata come membro della propria comunità. Rifiutare una tale pratica significa condannarsi all'emarginazione e quindi perdere l'identificazione e il riconoscimento sociale.

Le motivazioni che vengono fornite riguardo le MFG sono leggermente differenti tra i diversi popoli e le diverse aree geografiche, ma tutte indistintamente sono basate su credenze, superstizioni, tradizioni o sui tabù.

Le ragioni più frequenti sono le seguenti:

- ✍ ***L'infibulazione è una garanzia di verginità:*** Si ritiene che questa pratica protegga e preservi la castità delle giovani donne fino al giorno del matrimonio. Le MGF sono ritenute una forma di protezione che inibisce nella donna desideri e tentazioni di rapporti prematrimoniali. La verginità nella società tradizionale africana è un requisito molto importante per il matrimonio. In realtà la verginità è caratterizzata dalla presenza dell'imene. A volte per causa delle precarie condizioni con cui vengono eseguite queste operazioni, può succedere che la membrana dell'imene venga rotta causando così la perdita della verginità.
  
- ✍ ***L'infibulazione serve come garanzia di fedeltà:*** L'infibulazione avrebbe come scopo l'attenuazione dei desideri sessuali, preservando la castità della donna. Quindi servirebbe a proteggere la donna dalla tentazione di essere vittima dei propri istinti sessuali. Si pensa che una donna infibulata sia più fedele al proprio uomo rispetto ad una donna che non ha subito l'infibulazione.
  
- ✍ ***L'infibulazione rende le donne più fertili:*** Questo deriva da una credenza secondo la quale la secrezione delle ghiandole dei genitali di una donna non infibulata uccida lo spermatozoo nella vagina. Di conseguenza una donna infibulata è considerata sicuramente più fertile. In realtà le MGF possono rendere sterili la donna, soprattutto nel caso delle infezioni pelviche che sono una conseguenza delle MGF.

✍ ***L'infibulazione è una garanzia di igiene:*** L' asportazione degli organi genitali è giustificata con l'idea di mantenere pulita questa zona del corpo. Le secrezioni prodotte dalle ghiandole nella clitoride, nelle piccole labbra e nelle grandi labbra producano un odore sgradevole rendendo il corpo della donna non pulito. In realtà le normali secrezioni delle ghiandole sono impercettibili e aumentano solo durante i rapporti sessuali per facilitare la penetrazione. In caso di secrezioni abbondanti e maleodoranti significa che siamo di fronte ad una infezione che deve essere prontamente trattata. Inoltre nell'infibulazione la chiusura della vulva comporta una lenta e difficoltosa fuoriuscita delle urine e del sangue mestruale originando così infezioni maleodoranti.

✍ ***L'infibulazione è una garanzia economica:*** Al momento del matrimonio il valore di una sposa dipende dalla verginità. La famiglia dello sposo versa alla famiglia della sposa un compenso in denaro o in bestiame in cambio di una sposa illibata, intatta, vergine e ben chiusa in modo da scoraggiarne desideri e rapporti prematrimoniali. Se la donna non è operata come si deve il marito può restituirla alla famiglia di origine la prima notte di nozze e riprendersi il compenso versato prima del matrimonio.

✍ ***Le MGF vengono effettuate per motivi estetici:*** E' sostenuto che la clitoride rappresenti la parte maschile nelle donne quindi debba essere tolta per evitare che possa crescere durante lo sviluppo. Quindi una zona piatta e liscia di pelle senza la clitoride sembra essere più attraente alla vista e al tatto. In realtà le funzioni della maggior parte degli organi del corpo sono determinati da fattori genetici e ormonali. Se la clitoride di una donna si sviluppasse

troppo si tratterebbe di un disordine interno che necessita di un'attenzione specifica. Inoltre nel caso dell'infibulazione la pelle lungo la cicatrice è rigida e si presenta con un aspetto abnorme.

✍ ***Le MGF migliorano le prestazioni sessuali degli uomini:*** Nell'infibulazione l'obiettivo è quello di ridurre l'organo ad uno stretto orifizio. In questo modo si crede di aumentare il piacere del maschio durante il rapporto sessuale. In realtà le donne che hanno avuto menomazioni hanno rapporti dolorosi e gli uomini hanno penetrazioni difficoltose e dolorose.

✍ ***Le MGF sono una prevenzione delle morti prenatali:*** Alcune comunità credono che durante il parto se il neonato viene a contatto con la clitoride rischia di morire. L'idea che il neonato possa morire se durante il parto viene a contatto con la clitoride, non ha alcun fondamento scientifico. Al contrario il rischio di morte prenatale nel nascituro è maggiore nelle donne infibulate a causa del lungo travaglio.

✍ ***Le MGF sono una pratica religiosa e in particolare dell'Islam:*** Nessuna religione prescrive la MGF la cui origine è antica, antecedente all'Islam. Le scoperte archeologiche hanno dimostrato che ci sono delle mummie egiziane infibulate, ciò dimostra che l'infibulazione era diffusa nella famiglia reale faraonica, quindi prima della diffusione dell'Islam. Tuttavia la pratica delle mutilazioni genitali ha acquisito nel corso dei secoli una dimensione religiosa e come tale è stata adottata dalle popolazioni che la praticano. Le mutilazioni genitali femminili sono praticate oltre che da alcune popolazioni di religione



musulmana anche da cattolici, protestanti, ebrei nei vari paesi interessati.

### **Conseguenze della mutilazione genitale femminile.**

Gli interventi di mutilazione genitale sono dei veri e propri atti chirurgici che nella maggior parte dei casi sono eseguiti in condizione igieniche precarie, di conseguenza hanno un rischio di complicanze molto elevato. Le complicanze dipendono anche dal tipo di mutilazione praticata. Ad esempio le donne che hanno una mutilazione meno cruenta hanno meno probabilità di andare incontro ad una complicanza con conseguenze gravi per la vita.

### ***Altri fattori che condizionano le conseguenze delle MGF sono:***

- ✍ abilità della persona che pratica l'intervento,
- ✍ il tipo di strumento che viene utilizzato,
- ✍ le condizioni dell'ambiente dove viene praticata l'intervento,
- ✍ le condizioni fisiche generali della bambina o della donna che subisce la mutilazione.

E' importante non sottovalutare il fatto che indipendentemente dal tipo di mutilazione subita la donna mutilata oltre ad avere conseguenze a livello fisico, ha importanti ripercussioni anche a livello psicologico.

Le conseguenze delle mutilazioni genitali possono essere di due tipi, immediate oppure tardive.

## ***Conseguenze Immediate***

### ***Dolore***

Nella maggioranza dei casi la pratica della mutilazione avviene in luoghi extra ospedalieri e in assenza di anestesia, di conseguenza le donne o le bambine che sono sottoposte a questa pratica devono subire dolori insopportabili.

### ***Emorragia***

L'emorragia è una delle complicanze più frequenti, durante l'escissione del clitoride viene recisa l'arteria clitoridea dove scorre una grossa quantità di sangue. Per evitare il rischio di emorragia l'arteria clitoridea deve essere ben tamponata oppure necessita di essere suturata. Un'importante emorragia se non viene tempestivamente e opportunamente curata può portare alla morte della donna .

### ***Shock***

Lo shock può essere una conseguenza del dolore particolarmente intenso, oppure può essere causato da una emorragia con grandi perdite di volume ematico. Lo shock è una conseguenza molto grave che spesso si evolve verso la morte.

### ***Fratture o lussazioni***

Durante la pratica della mutilazione la donna o la bambina viene tenuta ferma nelle braccia e nelle gambe da altre donne che assistono, questo per evitare che possa divincolarsi, ribellarsi, quindi per favorire a chi pratica l'intervento di concluderlo nel "miglior" modo possibile. Durante questa

fase di forzata immobilizzazione si possono creare dei danni, quali fratture o lussazione agli arti.

### ***Ritenzione urinaria.***

La ritenzione urinaria acuta è una complicanza frequente nei giorni successivi all'intervento. Il passaggio dell'urina sulla ferita provoca un intenso dolore, ed è per questo che molte donne evitano di urinare, così facendo vanno incontro a ritenzioni urinarie acute.

### ***Infezioni***

Le infezioni rappresentano una grossa componente delle complicazioni. Spesso sono derivate dalla non sterilità degli strumenti che molte volte sono utilizzati per eseguire più interventi. I processi infettivi possono inoltre diffondersi agli organi genitali interni fino alla sepsi generalizzata. Altro fattore da non sottovalutare sono il virus dell' HIV e il tetano presenti in molti paesi in via di sviluppo, quindi l'utilizzo di strumenti non adeguatamente sterilizzati può costituire una vera minaccia .

### ***Lesioni dei tessuti adiacenti***

Le parti maggiormente a rischio sono, l'uretra, la vagina, il perineo il retto. Le lesioni a questi tessuti sono dovuti non solo all'utilizzo di strumenti non sterili, ma anche alla mancanza di conoscenza dell'anatomia da parte delle operatrici e dal dimenarsi della paziente. Spesso si creano delle fistole che possono essere sia vescico – vaginali che retto – vaginali, con continua perdita di feci o urine.

### ***Conseguenze a lungo termine***

#### ***Complicanze a livello della vulva.***

Le ripetute infezioni, il passaggio dell'urina possono impedire che la ferita abbia una buona cicatrizzazione, quindi c'è il rischio di ripetuti sanguinamenti che possono causare una possibile anemia. Vi possono essere inoltre danni agli organi vicini, ad esempio formazione di ascessi, di cisti, formazione di cheloidi sulla ferita, danni a livello dei nervi che innervano la clitoride (neurinoma) si può sviluppare quando il nervo dorsale della clitoride viene tagliato; L'intera area genitale diventa ipersensibile a causa di dolori forti e permanenti. Tutto questo comporta una continua sofferenza per la donna.

#### ***Conseguenze al tratto urinario.***

La presenza di infezioni nella ferita o cicatrici vicino all'uretra creano una difficoltà di passaggio delle urine con conseguente ritenzione urinaria. Tutto ciò può provocare infezioni ricorrenti del tratto urinario.

Parlando personalmente con una donna che era stata infibulata nel suo paese di origine poi deinfibulata in Italia mi è stato riferito che il tempo necessario per urinare varia tra 30 – 40 minuti, inoltre la minzione spesso è dolorosa quindi le donne tendono ad urinare di meno.

#### ***Conseguenze a livello ginecologico.***

Spesso possono verificarsi problemi durante le mestruazioni (*ematocolpo*), il ristagno di secrezioni o di sangue mestruale che sono dovute alla restrizione dell'orifizio vaginale, comportano un ambiente favorevole per l'insorgenza delle infezioni che possono risalire dalla vagina fino agli organi interni con il rischio di creare delle malattie pelviche che possono condurre anche alla *infertilità*. Altri problemi riguardano la chiusura

completa di ciò che rimane dell'orifizio vaginale e la difficoltà ad avere rapporti sessuali .

### ***Conseguenze sulla gravidanza e sul parto.***

Durante la gravidanza c'è una grossa difficoltà ad eseguire gli accertamenti. Nell'infibulazione le visite ginecologiche sono difficilmente eseguibili, quindi risulta necessaria la deinfibulazione sia per la possibilità di eseguire gli esami ginecologici, ma soprattutto al momento del parto perché il resistente tessuto della cicatrice può impedire la dilatazione del canale e non permettere al feto di fuoriuscire dal canale vaginale. Con la deinfibulazione si evita un travaglio prolungato e difficile con ripercussioni dannose per il feto.

La deinfibulazione inoltre riduce il bisogno di ricorrere al parto cesareo. Spesso dopo il parto la donna richiede di essere reinfibulata, quindi questo ulteriore taglio e risuturazione riduce l'elasticità del perineo e comporta un ulteriore restringimento del orifizio vaginale. Inoltre, l'allargamento e il restringimento dell'apertura vaginale ad ogni parto comporta alla formazione di aderenze dolorose nell'area genitale.

### ***Conseguenze sulla sfera sessuale***

Al momento del primo rapporto sessuale è necessario praticare un taglio alle grandi labbra per allargare l'apertura vaginale, spesso viene utilizzato un coltello affilato. Questo viene fatto dal marito, oppure da una delle sue parenti di sesso femminile. Le coppie più moderne per evitare ulteriori sofferenze, cercano l'assistenza di un medico per quanto riguarda la pratica della deinfibulazione.

Tutto ciò però, deve avvenire nella maggiore segretezza altrimenti si rischia di intaccare la virilità dello sposo. Molte volte il rapporto sessuale viene

vissuto dalla donna come un'ulteriore sofferenza. Nella maggioranza dei casi il rapporto sessuale è molto doloroso (dispareunia) il dolore può essere causato dall'ostruzione, dalla formazione di aderenze, dalla presenza di infezioni pelviche.

Quindi spesso c'è una impossibilità nel raggiungimento del piacere sessuale, che può essere dovuto ad una riduzione della sensibilità in seguito alla clitoridectomia, ma soprattutto in conseguenza alla infibulazione. Inoltre la penetrazione può risultare difficile se non impossibile a causa della stenosi della vagina.

### ***Conseguenze psicologiche e sociali.***

Gli effetti psicologici delle mutilazioni genitali femminili sono più difficili da studiare rispetto alle conseguenze fisiche. Spesso dalle testimonianze delle donne infibulate si evidenziano due percezioni di sentimenti, che si alternano tra una visione negativa e una positiva dell'evento.

- ✍ paura,
- ✍ dolore,
- ✍ ansia,
- ✍ rifiuto,
- ✍ senso di impotenza, sono i sentimenti che si percepiscono al momento della mutilazione.
- ✍ Orgoglio,
- ✍ purezza,
- ✍ riconoscimento della femminilità,
- ✍ accettazione da parte della comunità in cui vive,
- ✍ festeggiamento dell'evento attraverso la consegna di regali, sono i sentimenti che si contrappongono alla sofferenze prima elencate.

## **La Deinfibulazione**

La deinfibulazione è la procedura chirurgica che viene eseguita per rimuovere l'infibulazione, è necessaria per favorire l'apertura dell'orifizio vaginale precedentemente chiuso dall'infibulazione, cioè dalla mutilazione genitale del 3 tipo.

Le donne che emigrano, quindi si allontanano dal loro paese di origine, spesso in accordo con il partner fanno richiesta alle strutture sanitarie per essere deinfibulate.

Questa richiesta viene fatta per diversi motivi;

- ✍ ridurre le complicazioni durante la gravidanza e rendere possibile l'espletamento del parto per via naturale
- ✍ possibilità di eseguire gli esami strumentali (PaP test, isteroscopia, ecografia transvaginale, ecc)
- ✍ diminuzione delle infezioni del tratto urinario
- ✍ diminuzione delle complicanze a livello ginecologico ( infezioni, drenaggio di ematocolpo)
- ✍ ridurre il dolore durante il rapporto sessuale ( penetrazione impossibile)
- ✍ diminuzione dei dolori mestruali
- ✍ desiderio di avere una “normale “ percezione del proprio corpo

Nei paesi dove esiste la MGF la richiesta di deinfibulazione è fatta principalmente per due motivi.

### ***Dopo il matrimonio***

La deinfibulazione viene eseguita quando una ragazza si sposa per permetterle di avere rapporti sessuali col proprio marito. Tale pratica deve essere fatta da una componente della famiglia di sesso femminile. La

riapertura dell'orifizio vaginale viene eseguita con metodi chirurgici inadeguati, utilizzando una lama oppure un coltello.

Alcune comunità richiedono che sia il marito ad aprire la vulva attraverso ripetuti tentativi di penetrazione. In altri casi invece, la deinfibulazione viene eseguita dal medico.

### *Al momento del parto*

La deinfibulazione viene effettuata al momento del parto per permettere la fuoriuscita del neonato. Successivamente dopo il parto viene eseguita un'ulteriore infibulazione su richiesta del marito o della stessa donna.

Tradizionalmente la re-infibulazione viene eseguita con l'obiettivo di richiudere nuovamente l'orifizio vaginale. I lembi vengono nuovamente cuciti assieme per ricreare una piccola apertura, spesso uguale a quella che esisteva prima del matrimonio.

### **Informazione preparatoria alla deinfibulazione**

Per poter avere un buon approccio con la paziente è bene che l'operatore sanitario (medico, infermiere, ostetrica) utilizzi una terminologia semplice evitando di usare il termine mutilazione che potrebbe creare un clima di imbarazzo e disagio nella donna. Soprattutto l'infermiere che è il professionista che sta maggiormente a contatto con la paziente deve essere in grado di assistere non solamente clinicamente ma anche emotivamente la paziente, ad esempio prima dell'intervento la donna potrebbe avere bisogno di ulteriori informazioni riguardanti alcuni importanti cambiamenti derivanti dalla deinfibulazione. Quindi è fondamentale che l'infermiere sia preparato per poter creare una relazione positiva con la paziente ed informarla che alcuni aspetti della sua vita cambieranno in seguito all'intervento.

Ad esempio:



- ✍ Il tempo impiegato per urinare sarà meno lungo, rispetto a quando era infibulata. Questo è una novità importante per una donna che ha sempre impiegato dai 30 ai 40 minuti per urinare. Alcune donne inizialmente potrebbero spaventarsi notando questi cambiamenti.
- ✍ Dopo la deinfibulazione i rapporti sessuali saranno meno dolorosi.
- ✍ Ci sarà un beneficio anche per quanto riguarda la rapidità nel fare defluire il sangue mestruale, quindi il rischio di infezioni a livello ginecologico si ridurrà di conseguenza.
- ✍ Dopo la deinfibulazione la donna potrà effettuare delle visite ginecologiche complete, cosa che prima non era possibile fare, in particolare modo nella mutilazione genitale del terzo tipo.
- ✍ Anche una donna vergine può essere deinfibulata, mantenendo intatta la verginità perché la deinfibulazione riguarda l'apertura del canale vaginale, (precedentemente chiuso dall'infibulazione) quindi l'imene rimane inalterato.

### **Intervento di deinfibulazione**

L'intervento non richiede molto tempo, può avvenire in anestesia locale o generale. Solitamente il medico decide il tipo di anestesia basandosi sul colloquio con la paziente. Per molte donne può risultare fastidioso rimanere sveglie durante l'intervento, quindi preferiscono sottoporsi ad un'anestesia generale.

## ***Tecnica di deinfibulazione***

*(secondo le linee guida del progetto n° 9 : MGF Raccomandazioni per i Professionisti. Regione E. Romagna)*

La paziente al momento dell'intervento è in posizione litotomica. Successivamente viene disinfettata la vulva con soluzione antisettica. Con un dito viene palpato l'interno della cicatrice per verificare la presenza o meno di aderenze. Anche se la paziente viene sottoposta ad anestesia totale, viene comunque consigliato l'infiltrazione di un anestetico locale per diminuire il dolore nella fase post operatoria.

Viene praticata un'incisione lungo la cicatrice, tramite bisturi o forbici. Le estremità separate della pelle incisa si ritrarranno verso l'alto e verso l'esterno in questo modo i tessuti sottostanti saranno visibili.

A questo punto si può procedere attraverso la sutura su ogni lato in modo da evitare la possibilità di lasciare lembi di pelle non fissati alle due estremità. La sutura può essere di tipo continuo, o ancora meglio sarebbe praticare due o tre suture interrotte. Per la sutura è consigliato usare un materiale sottile che possa essere assorbito.

Al termine dell'intervento non sono necessarie fasciature, inoltre, raramente risulta necessario la cateterizzazione e la somministrazione di analgesici.

Oltre a questo tipo di deinfibulazione chiamata a lama fredda, esistono anche altri tipi ad esempio il Centro per la Cura e Prevenzione delle Mutilazioni dell'ospedale di Careggi (Firenze) , oltre al metodo a lama fredda, utilizza anche il metodo a laser, soprattutto in presenza di cicatrici spesse, di cisti sottocutanee o di cheloidi.

### ***Trattamento post- operatorio***

E' importante informare la donna sulla necessità di mantenere un accurata igiene intima, per evitare il rischio di infezioni della ferita durante il periodo immediatamente dopo l'intervento. Nel caso ci siano delle parti dolorose della sutura si consiglia di trattare la zona interessata con un anestetico di superficie.

Una volta avvenuta la completa guarigione della sutura, la donna può riprendere l'attività sessuale.



## **Aspetti Legislativi Verso Le MGF**

### **Legislazione in Italia**

Le mutilazioni genitali femminili determinano dei danni gravissimi alla persona. Questa tecnica è stata condannata da tutti i paesi del mondo e anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In Italia la presenza di donne infibulate si aggira intorno a 40 mila, mentre le ragazze a rischio sono circa 5 mila. Per combattere le mutilazioni sessuali in Italia possono essere utilizzati i seguenti articoli.

#### ***L'articolo 32 della Costituzione***

“La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”

#### ***Articolo 5 del Codice Civile.***

“Vieta gli atti di disposizione del proprio corpo quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica”

Essere mutilate della clitoride senza ragioni terapeutiche, comporta una menomazione permanente. Inoltre non si può giustificare la legittimità dell'intervento sulla base del consenso da parte della diretta interessata, che solitamente non può sottrarsi ai condizionamenti della famiglia dei parenti e della comunità .

### ***Articolo 582 del Codice Penale ( Lesioni Personali).***

“Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punibile.”

### ***Articolo 583 del Codice Penale (Lesione personale grave e gravissima)***

La lesione personale è grave e si applica la reclusione da 3 a 7 anni:

- ✍ se dal fatto deriva una malattia che mette in pericolo la vita della persona offesa;
- ✍ se il fatto produce l' indebolimento permanente di un senso o di un organo;
- ✍ se la persona offesa è una donna incinta e dal fatto deriva l'acceleramento del parto.

La lesione personale è gravissima e si applica la reclusione da 6 a 12 anni se dal fatto deriva:

- ✍ una malattia certamente o probabilmente insanabile;
- ✍ la perdita di un senso;
- ✍ la perdita di un arto o una mutilazione che rende l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;
- ✍ la deformazione ovvero lo sfregio permanente del viso;
- ✍ l'aborto della persona offesa,

### ***Proposta di legge riguardante il divieto delle pratiche di mutilazione sessuale in Italia***

Anche se in Italia, in base agli articoli 582 e 583 del codice penale le mutilazioni sessuali sono penalmente perseguibili, si è ritenuto necessario

prendere ulteriori provvedimenti con una proposta di legge che riguardi in specifico la pratica delle mutilazioni genitali.

L'obiettivo della proposta di legge è quello di evitare la pratica di qualunque tipo di mutilazione genitale, la proposta non si riferisce alla possibilità che queste pratiche siano effettuate, per la salvaguardia della persona, a titolo di cura medica.

Dopo l'articolo 583 del codice penale saranno inseriti i seguenti; art. 583-bis art. 583-ter. In questi articoli si definiscono in specifico i reati e le relative pene.

Entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge il Ministero della Salute dovrà predisporre delle linee guida per gli operatori sanitari. Dopo l'approvazione definitiva della legge, sarà attivato un numero verde al quale potranno essere effettuate le segnalazioni di chiunque venga a conoscenza dello svolgimento di queste pratiche in Italia. Inoltre il Ministero della Salute dovrà disporre programmi e campagne informative riguardanti l'argomento.

### ***Comitato Nazionale di Bioetica***

Ha stilato un documento (settembre 1998) che mette a bando tutte le forme di Mutilazioni Genitali Femminili. Il Comitato Nazionale di Bioetica ritiene eticamente inaccettabile le MGF, inoltre si auspica che questo fenomeno sia respinto e combattuto anche con l'introduzione di nuove e specifiche norme legislative.

### ***Il Codice di Deontologia medica***

L'ordine dei medici condanna sia la pratica delle mutilazioni genitali femminili, che la partecipazione dei medici in tali pratiche. L'articolo 50

comma 2 del cod. deontologico vieta al medico di praticare forme di mutilazione genitale femminile, sia nelle strutture pubbliche che private.

### ***Il Codice Deontologico Infermieristico.***

Trovandosi di fronte ad una situazione così complessa come può essere la questione delle mutilazioni genitali femminili, l'infermiere può avvalersi del Codice Deontologico per poter adottare una giusta posizione di fronte ad un argomento così delicato. Il Codice Deontologico è uno strumento utile che guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. ( Art. 1.4)

Art. 1.3 La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Art. 2.1 Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche.

Art. 2.2 l'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Art. 2.3 L'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia.

Art. 2.4 L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia, e sesso dell'individuo.



Art. 2.5 nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza.

### **Alcune iniziative italiane riguardo le MGF.**

In Italia vivono circa 40 mila donne infibulata o escisse, e circa 5 mila sono le bambine a rischio perché vivono nelle famiglie provenienti dai paesi nei quali la pratica è una consuetudine, o meglio un obbligo per potere essere accettata dalla comunità, per potersi sposare, per potere essere considerata una donna a tutti gli effetti.

Trovandosi di fronte ad un fenomeno come quello della MGF, sorge spontanea la volontà di fare fronte a questo fenomeno adottando un adeguato comportamento per la cura, la prevenzione, e lo sradicamento di questa pratica.

☞ La regione *Emilia Romagna* ha condotto una ricerca intitolata “ *Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) nella popolazione immigrata (dicembre 2000 – febbraio 2001)*. L'obiettivo principale di questa indagine consiste nel verificare le opinioni riguardo alle MGF tra le donne immigrate e gli operatori sanitari, inoltre riuscire a fornire un supporto educativo ai professionisti sanitari.

La prima parte dell'indagine è stata fatta attraverso l'elaborazione dei 417 questionari raccolti (sui circa 1500 distribuiti) dai professionisti (ginecologi

e ostetriche) del Sistema Sanitario Regionale. Dai risultati ottenuti si nota che le mutilazioni genitali femminili in Emilia Romagna rappresenta un problema reale anche se non di vaste proporzioni. Il numero di donne infibulate residenti in regione si aggira tra i 900 e 1600 donne. Da questa indagine è interessante notare che la maggior parte dei professionisti (91.6%) ha affermato di essere interessato a ricevere maggiori informazioni in merito alla MGF.

La seconda parte dell' indagine è rivolta a 44 immigrate somale residenti in Emilia Romagna. Tutte sono state mutilate in Somalia, il 90% prima degli otto anni di età. Alla domanda se circonciderebbe una figlia il 32% risponde sì . il 42% risponde che il marito sarebbe favorevole alla circoncisione della figlia. E' importante tenere presente che il 68% delle intervistate si è dichiarata impaurita nel cercare assistenza ginecologica ed ostetrica per la paura di non essere capita ed aiutata.

La conclusione di questa indagine svolta dalla regione Emilia Romagna, evidenzia che le mutilazioni genitali femminili rappresentano un importante ostacolo per l'instaurazione di un buon rapporto medico – paziente. Quindi risulta evidente la necessità di dare più informazioni ai professionisti , attraverso corsi di formazione e materiale documentale. In merito a questo la regione ha creato; *Il Progetto n. 9; Le Mutilazioni genitali Femminili (MGF) Raccomandazioni per i professionisti.*

☞ Regione Toscana ( Ospedale CAREGGI di Firenze) *Centro Europeo per la Cura e Prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili.* Il centro è stato riconosciuto dalla regione, per ufficializzare il lavoro che il Dott. Abdulcadir Omar Hussen e i suo collaboratori Dott. Catania Lucrezia, Dott. Cecere Rosa , svolgevano da anni.

Personalmente ho voluto visitare questo centro e sono rimasta colpita dalla disponibilità, dall'umiltà e dalla delicatezza che il Dott. Abdulcadir e i suoi collaboratori hanno nei confronti delle loro pazienti. Hanno accettato con entusiasmo di darmi alcune informazioni riguardanti il centro.

Ogni anno al Centro per la Cura e Prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili di Careggi si rivolgono oltre cinquecento donne. Le pazienti che si rivolgono al centro non provengono solo dall'Italia ma anche da altri paesi, Inghilterra, Olanda, Svezia.

Gli obiettivi di questo centro riguardano; la cura delle complicanze delle MGF, la pratica della deinfibulazione alle donne che la richiedono, la prevenzione delle MGF, attraverso l'educazione e l'informazione. Un altro obiettivo molto importante è informare il personale sanitario sul fenomeno delle MGF e sulle complicanze che ne derivano.

La stessa mattina che mi trovavo al centro, sono rimasta colpita da una signora che ha chiesto al Dott. Abdulcadir se poteva fare il rito tradizionale anche alle sue nipotine, naturalmente il dottore ha rifiutato una simile richiesta. La donna si è allontanata sicuramente in cerca di qualcun altro che potesse soddisfare la sua richiesta.

Nonostante il lungo impegno contro la MGF, il dottore ammette che purtroppo esistono ancora famiglie immigrate che vogliono praticare sulle loro figlie le mutilazioni. Di fronte ad una realtà come questa bisogna assolutamente intervenire, dice il dottore, soprattutto, per salvaguardare le bambine. Allora nei casi in cui ci si rende conto che la prevenzione è del tutto inutile, perché non proporre un rito alternativo che sostituisca l'infibulazione?

*RITO ALTERNATIVO:* Consiste in una puntura di ago sottili sulla mucosa del clitoride, dopo anestesia locale con specifica crema anestetica

Il dottore spiega che il rito alternativo alle MGF ha soprattutto una funzione simbolica. Questo rito potrebbe essere proposto alle famiglie che pur di fare l'infibulazione sono disposte a portare le figlie nei loro paesi di origine. Con il rito alternative le bambine saranno risparmiate da un danno permanente e potranno vivere accettate e rispettate sia dalla famiglia che dalla comunità d'origine. In questo modo le bambine hanno il loro rito , riconosciuto dai rappresentanti della comunità senza però subire le sofferenze permanenti della mutilazione.

Il Dott. Omar ribadisce in modo deciso la condanna alla mutilazione genitale femminile e pensa che il rito alternativo deve appartenere a un graduale percorso verso il superamento di ogni forma di mutilazione dei genitali femminili, un problema che non può essere risolto semplicemente con il divieto.

☞ *Padova. Al Dipartimento di Psicologia Generale dell' università di Padova è attivo dalla fine degli anni 1980 un gruppo di Lavoro sulle MGF. Lo scopo di questo gruppo è di monitorare il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili a livello nazionale attraverso indagini epidemiologiche sui differenti aspetti demografici, sociali delle mutilazioni genitali femminili. Alcune delle diverse proposte fatte da questo gruppo di lavoro sono;*

1992 (ottobre) Giornata di Studio dedicata alla MGF.

1994 il Congresso Internazionale sulle MGF.

2004 l' 8° Congresso Internazionale dell'Organizzazione NOCIRC (USA) dedicata alla eradicazione di qualsiasi tipo di mutilazione.

☞ *Il Ministero per le Pari Opportunità si è già attivato in merito all'argomento delle mutilazioni genitali realizzando un opuscolo intitolato;*

## Le Mutilazioni Genitali Femminili: Una tradizione insensata e disumana

Questa iniziativa ha l'intenzione principale di rivolgersi prevalentemente ai genitori provenienti dai paesi dove si praticano le mutilazioni genitali femminili. L'obiettivo è quello di informare i genitori sulle terribili conseguenze delle mutilazioni genitali ed invitarli a rivolgersi alle strutture sanitarie per avere una consulenza, un supporto o un consiglio in merito.

### **Accordi e dichiarazioni internazionali**

La mutilazione sessuale femminile è un fenomeno che oggi non si limita solamente ad alcuni paesi africani, anzi, in seguito a forti movimenti migratori verso l'Europa, l'America e l'Australia, la MGF ha ampliato la sua presenza a livello mondiale. Quindi numerosi governi hanno ritenuto indispensabile la necessità di prendere dei provvedimenti nei confronti di questa pratica che rappresenta un serio rischio per la salute fisica e mentale delle donne e delle bambine.

### ***Dichiarazione Universale dei Diritti Umani 1948.***

L' Art. 3 definisce il diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della persona.

L'Art. 5 proibisce ogni trattamento o punizione crudele, inumana, o degradante.

### ***La Convenzione del 1979***

Si riferisce (“*La legge giusta. Il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili*”. Tamar Pitch AIDOS 2000) all’ eliminazione di ogni forma di discriminazione verso le donne, impone ai Stati firmatari di adottare misure in grado di promuovere i diritti delle donne , attraverso l’eliminazione di leggi, costumi o pratiche discriminatorie basati sul concetto di superiorità o inferiorità di uno o dell’altro sesso

Nel 1984 l’ONU creò a Dakar un “ Comitato interafricano sulle pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute delle donne e dei bambini” (IAC) L’obiettivo principale di questo comitato consisteva nel dar vita a campagne di sensibilizzazione e formazione per attivisti locali, levatrici e membri autorevoli delle comunità locali.

### ***La Convenzione per i Diritti dei Bambini 1989.***

Riconosciuta da tutti gli stati dove è presente la pratica delle MGF. Protegge i bambini da ogni forma di violenza fisica, mentale, abusi, sfruttamenti. Questa convenzione definisce che gli Stati membri adotteranno misure adeguate per abolire le pratiche dannose per la salute dei bambini.

### ***La Dichiarazione di Vienna del 1993.***

Dichiara che “ i diritti umani delle donne e delle bambine fanno parte inalienabile, integrale dei diritti umani universali”

## ***La Dichiarazione congiunta Oms, Unicef, e Unfpa del 1996***

Definisce il diritto alla sicurezza della persona, e il diritto di ottenere il più alto livello possibile di salute fisica e mentale. Questa dichiarazione condanna la mutilazione genitale femminile, definendola come una violazione dei diritti umani.

*“ Le persone cambiano il loro comportamento quando capiscono i rischi e l’oltraggio che alcune pratiche dannose comportano, e quando capiscono che è possibile abbandonare tali pratiche senza abbandonare gli aspetti qualificanti e significativi della propria cultura”*

( Dichiarazione congiunta Oms, Unicef, Unfpa 1996)

## ***Campagna “STOP MGF”. CAIRO 21-23 Giugno 2003***

AIDOS, ( Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo). NPSG, ( Non c’è Pace Senza Giustizia ) e TAMWA, (Tanzania Media Women Associascion), per la realizzazione del seminario del Cairo hanno ottenuto il supporto da parte dell’Unione Europea, dei rappresentanti delle principali agenzie dell’ONU e di molti rappresentanti istituzionali di 28 paesi africani. La campagna intende aumentare la consapevolezza dell’opinione pubblica riguardo alla pratica delle MGF, inoltre ha l’obiettivo di rafforzare il coinvolgimento dei governi per la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, individuando le azioni politiche e gli strumenti giuridici più efficaci. La dichiarazione del Cairo tenuta in Egitto ( dal 21 al 23 giugno 2003) chiede a tutti i governi di adottare leggi volte all’abbandono progressivo della pratica della mutilazione genitale femminile . Sempre in occasione di questo seminario è stato rilanciato l’appello internazionale contro le mutilazioni dei genitali femminili reso

precedentemente pubblico da AIDOS e NPSG il 10 dicembre 2002 a Bruxelles e già sottoscritto da numerose personalità internazionali e migliaia di persone di tutto il mondo.

### ***Posizione dell'ICN<sup>2</sup> riguardo le MGF***

Le Mutilazioni Genitali Femminili, costituiscono una violazione dei diritti umani che riguarda la vita di molte donne e bambine. Le conseguenze delle MGF, hanno un ampio risvolto che non si limita solamente ai danni fisici ma riguarda anche la sfera psicologica della donna.

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri dichiara la sua opposizione a qualsiasi forma di medicalizzazione delle MGF, di conseguenza si impegna ad evitare che questa pratica sia svolta da operatori sanitari professionali.

Il Consiglio Internazionale degli infermieri ritiene che l'infermiere sia in grado di contribuire attivamente ed efficacemente nell'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili.

Le diverse associazioni infermieristiche possono collaborare tra di loro per intraprendere dei programmi di informazione sulla pratica e sulle conseguenze delle mutilazioni genitali femminili, tali informazioni possono riguardare gli operatori sanitari, ma possono anche essere diretti alla popolazione, alle donne, alle madri, alle associazioni di immigrati o associazioni di religiosi.

Un ruolo importante nel campo dell'informazione riguarda anche gli infermieri insegnanti che possono formulare dei programmi didattici contenenti informazioni riguardo al fenomeno delle mutilazioni genitali femminili, in questo modo lo studente durante il suo percorso di studi acquisterà informazioni utili per avere un adeguato approccio assistenziale con le persone che riportano gli effetti delle MGF.

---

<sup>2</sup> Consiglio Internazionale degli Infermieri



## **Ruolo infermieristico nelle MGF**

L'infermiere deve avere solide basi di infermieristica transculturale per avere un buon approccio assistenziale.

Durante il percorso lavorativo, l'infermiere si trova ad interagire con molte persone appartenenti a diverse culture. Questo significa che spesso l'infermiere davanti a questo multiculturalismo, deve essere in grado di pianificare, quindi erogare un'assistenza infermieristica culturalmente competente.

Riconoscere i bisogni culturali di un paziente è un fattore importante dell'assistenza infermieristica, quindi il concetto di cultura costituisce un elemento fondamentale del nursing transculturale. a questo proposito sono stati sviluppati diverse definizioni e teorie.

“Il termine cultura è stato inizialmente definito da un antropologo britannico come comprensivo di conoscenze, credenze, arte, morale, leggi, costumi, e ogni altra capacità e abitudine acquisita dagli uomini come membri della società.” ( Sir. Edward Tylor 1871)

“La cultura è apprendimento di valori trasmessi e condivisi, di credenze, di norme e pratiche di vita che guidano il pensiero, le decisioni e le azioni di un particolare gruppo sociale secondo determinati schemi di comportamento. ( M. Leininger 1988)

### **Teoria della Leininger**

#### **“Diversità ed Universalità dell'Assistenza Culturale” (1991)**

Nel 1960 fu la Leininger ad usare per la prima volta il termine *nursing transculturale* e gli diede la seguente definizione;

“Un campo specialistico o branca del nursing che prende in considerazione lo studio comparato e l’analisi di diverse culture in rapporto al nursing e alle pratiche di assistenza connesse allo stato di salute-malattia, alle credenze ed ai valori, con lo scopo di fornire alle persone assistenza infermieristica efficace e significativa, in linea con i loro valori culturali ed il loro contesto.” ( M. Leininger 1979)

La Leininger ha schematizzato la sua teoria ispirandosi all’immagine del sole nascente. Il modello concettuale del sole nascente è composto da quattro livelli. Il primo secondo e terzo livello analizzano la visione del mondo, il sistema sociali, gli individui, le famiglie, i gruppi e le istituzioni dei diversi sistemi sanitari. In questo modo forniscono le conoscenze necessarie per pianificare e prestare un’assistenza culturalmente adeguata. Il quarto livello è il livello delle decisioni e delle azioni di assistenza infermieristica.

La teoria dell’Universalità e Diversità dell’Assistenza Culturale è composta da quattro concetti principali;

***Gli esseri umani;*** sono considerati altruisti e in grado di preoccuparsi dei bisogni, del benessere e della sopravvivenza degli altri . Secondo la Leininger questo avviene grazie all’universalità dell’assistenza che, anche se in modo differente è comunque presente in ogni cultura.

***La salute;*** viene definita dalla Leininger come, uno stato di benessere che viene definito, valutato e praticato in base alla cultura e che riflette la capacità degli individui ( o dei gruppi ) di svolgere le attività quotidiane connesse al loro ruolo in maniera culturalmente soddisfacente. Pertanto anche la salute è universale e diversa allo stesso tempo.

***Società;*** è inteso come un gruppo con valori, credenze, norme, pratiche che vengono appresi, condivisi e trasmessi.

**Ambiente;** il contesto ambientale viene inteso come la totalità di un evento, di una situazione o di un esperienza.

Il binomio società-ambiente è incluso nel concetto di cultura, che è il tema centrale della teoria della Leininger .

La Leininger nella sua teoria descrive alcuni interventi infermieristici in grado di offrire al paziente un'assistenza culturalmente adeguata, e quindi, diminuire i potenziali conflitti che si possono creare tra il paziente e l'infermiere che presta l'assistenza. Tali azioni si suddividono in tre gruppi.

**Assistenza culturale di conservazione e mantenimento;** si riferisce alle azioni e decisioni professionali che si concentrano sul sostegno, sul prendersi cura o mettere il paziente in condizioni tali da conservare e mantenere uno stato di salute soddisfacente.

**Assistenza culturale di adattamento e negoziazione;** riguarda le azioni e le decisioni professionali che assistono, sostengono, e aiutano il paziente ad utilizzare modalità di negoziazione o di adattamento per migliorare lo stato di salute.

**Assistenza culturale di rimodellamento e ristrutturazione;** si riferisce ad azioni e decisioni professionali che si propongono ad aiutare il paziente a modificare il proprio stile di vita per adottare modelli di vita più consoni per la salute.

La teoria della Universalità e Diversità dell' Assistenza Culturale, diventa fondamentale in una società che intende offrire un'assistenza a persone appartenenti a molte culture diverse tra loro. L'universalità indica i modelli di assistenza, i valori, i comportamenti che sono comuni a tutte le culture. La diversità indica i modelli, i comportamenti che sono specifici di un individuo, una famiglia o un gruppo culturale. Questa teoria fornisce dei

riferimenti in base ai quali l'infermiere può decidere qual è l'assistenza necessaria per il paziente.

### **La comunicazione con la donna sottoposta a MGF**

La comunicazione infermiere paziente è il punto focale dell'assistenza infermieristica, quindi risulta necessario stabilire una comunicazione efficace cioè comprendere la paziente e farsi comprendere dalla paziente. Nel caso di una donna sottoposta a mutilazione genitale l'approccio iniziale può risultare difficoltoso, questo può essere dovuto soprattutto alla non conoscenza della lingua e della cultura, quindi un aiuto importante in questo caso può darlo la figura del interprete. Un altro fattore da tenere ben presente è la terminologia che si usa nella comunicazione con le donne sottoposte a mutilazione genitale. Il termine mutilazione genitale femminile potrebbe risultare offensiva per le dirette interessate, soprattutto se si pensa che tale pratica risponde a dei canoni di bellezza e di perfezione del corpo femminile caratteristiche ben radicate nel paese di origine delle donne infibulate.

Quindi l'uso del termine mutilazione può essere controproducente all'interno della comunicazione. E' per questo motivo che risulta necessario capire quali termini la paziente e la sua famiglia usano per riferirsi alla mutilazione genitale femminile. In questo modo si hanno più possibilità di creare una comunicazione positiva con la paziente.

E' importante evidenziare il fatto che il termine mutilazione genitale è un'espressione che non viene usata nemmeno dalle donne infibulate che non approvano tale pratica, le parole usate sono rito femminile, cucitura oppure circoncisione femminile che è il termine maggiormente usato dalle donne.

## **Linee guida.**

Nel progetto di raccomandazioni per i professionisti elaborato dalla regione Emilia Romagna (2001), ci sono alcune linee guida che sono dirette ai professionisti che si trovano a relazionarsi con le donne sottoposte a mutilazioni genitali femminili.

- ✍ Mirare ad un approccio olistico, con particolare attenzione agli aspetti psico-sociali della donna. Tenere presente i principi culturali della persona evitando di esprimere giudizi.
- ✍ Conoscere le comunità che praticano la MGF, in modo da individuarle, senza però dare per scontato sulla base del paese di origine, della razza, della religione, che l'utente sia stato sottoposto alla MGF.
- ✍ Conoscere come vengono praticate le MGF , il loro background, e le loro conseguenze, anche per quanto riguarda gli aspetti medici, sociali e psicologici.
- ✍ Essere in contatto con i propri sentimenti e le proprie reazioni di fronte alla Mutilazione Genitale Femminile.
- ✍ Se è possibile , è consigliabile farsi supportare da interpreti.
- ✍ Capire che i mariti potrebbero giocare un ruolo importante nel prendere le decisioni, cercare perciò di conoscere e rispettare il desiderio della donna.
- ✍ Usare una terminologia che la donna possa accattare e che allo stesso tempo non esprima consenso verso la Mutilazione Genitale Femminile
- ✍ Rispettare le difficoltà nell'affrontare questioni intime e investire tempo nel cercare una relazione professionale di fiducia.

- ✍ Spiegare ed illustrare la normale anatomia femminile e quella della donna mutilata, secondo i suoi bisogni e i suoi desideri, spiegare i motivi delle analisi mediche e delle procedure che si adottano.
- ✍ Se la donna è stata infibulata, considerare una possibile deinfibulazione.

### **Diagnosi infermieristiche**

La diagnosi infermieristica è una componente delle fasi del processo di nursing (accertamento, diagnosi , pianificazione, attuazione, valutazione)

La diagnosi, tratta i problemi di salute reali o potenziali che possono essere gestiti attraverso interventi infermieristici indipendenti o collaborativi.

Nell'assistenza alla donna deinfibulata le diagnosi infermieristiche potrebbero essere le seguenti:

- ✍ *Compromissione della comunicazione correlata alla non conoscenza della lingua.* In questo caso l'infermiere dovrebbe cercare di comunicare con un linguaggio semplice e se lo ritiene opportuno potrebbe avvalersi del aiuto di un mediatore culturale e/o traduttore.
- ✍ *Sensazione di vergogna nei confronti degli operatori sanitari correlata alla infibulazione.* Durante l'assistenza clinica la donna potrebbe sentirsi imbarazzata perchè è infibulata. Per diminuire il disagio della paziente, l'operatore sanitario oltre ad avere un comportamento professionale, (ad esempio durante la visita cercare di creare un ambiente favorevole, rispettare la privacy e soprattutto evitare di fare sentire la donna come un oggetto di studio da mostrare agli altri medici o infermieri) dovrebbe

inoltre cercare di informarsi sulla cultura dei paesi da cui provengono le donne mutilate. In questo modo l'operatore sanitario sarà in grado di interagire meglio con la paziente.

- ✍ *Ansia correlata all' intervento chirurgico.* Per diminuire l'ansia, l' infermiere deve informare e cercare di rispondere alle domande fatte dalla paziente. Potrebbe essere utile fare incontrare la paziente con una donna deinfibulata, in questo modo la paziente incontrando una persona che ha subito lo stesso intervento si sentirà più rassicurata.
- ✍ *Rischio di compromissione della percezione corporea correlato alla deinfibulazione.* Spesso l'infibulazione viene fatta in età infantile, quindi la donna non conosce l'anatomia fisiologica della vulva. Sarebbe opportuno prima del intervento spiegare alla paziente quali cambiamenti anatomici comporterà la deinfibulazione.
- ✍ *Rischio di isolamento da parte dei familiari correlata all'intervento di deinfibulazione.* In alcuni casi i familiari della donna possono essere contrari alla deinfibulazione, e quindi c'è il rischio che la paziente sia allontanata dal nucleo familiare. In questo caso è importante incentivare la partecipazione dei famigliari, spiegando i benefici che deriveranno dall' intervento, ad esempio il coinvolgimento del marito risulta essere una buona strategia per evitare l' allontanamento della donna.
- ✍ *Rischio di infezione della sutura correlato all' intervento di deinfibulazione.* Nel periodo post operatorio è importante informare la paziente sul comportamento da adottare per evitare complicanze infettive della ferita. In questa fase l'infermiere informerà la paziente sull'importanza di un adeguata cura igienica

della ferita chirurgica, illustrerà i segni e sintomi di una possibile infezione (dolore, gonfiore, rossore, febbre...)



## **LA RICERCA**

### **Aspetti metodologici**

Il problema oggetto di tesi ha ricevuto nel recente passato una discreta rilevanza mediatica in seguito alla proposta del Dott. Omar Abdulcadir un progetto teso a favorire l'infibulazione simbolica come mezzo per evitare le gravissime lesioni prodotte da quella tradizionale, illecita e spesso fonte di complicazioni e morte.

Senza entrare nel merito, non trattandosi altro che di argomento collaterale, è comunque indubbio che simile approccio avrebbe avuto come risultato quello di evitare lesioni anatomo - funzionali dell'organo genitale femminile e quindi avrebbe reso pressoché inutile la necessità di provvedere all'intervento ricostruttivo oggetto di questo lavoro.

La problematica, peraltro già molto complessa, è anche gravata di ancestrali tabù e da implicazioni etico religiose di notevole portata e costituisce, come si è precedentemente visto, reato per quasi tutte le legislazioni mondiali.

Infine sussistono anche difficoltà di carattere etnico – razziali, linguistiche e, non dimentichiamolo, immigratorie, provenendo le donne interessate quasi tutte dalle zone islamiche dei continenti africano e asiatico.

E' stato quindi difficile ricavare informazioni dirette o quantificare con precisione l'entità del fenomeno e la sua distribuzione nel territorio.

La scelta di trattare il "ruolo dell'infermiere" nel nursing rivolto a donne sottoposte a deinfibulazione è stata quindi obbligata da un lato, e ha

rappresentato una sfida in quanto affronta un campo di intervento relativamente nuovo per l'infermiere.

La ricerca bibliografica non è stata particolarmente proficua, in particolar modo rispetto al ruolo infermieristico.

Si è pertanto progettata e realizzata una ricerca rivolta agli operatori le cui funzioni e responsabilità rientrassero all'interno dei servizi ambulatoriali, ospedalieri e territoriali interessati al trattamento plastico correttivo della mutilazione, il cui scopo fosse quello di analizzare il fenomeno individuando opinioni, competenze e responsabilità.

La popolazione campione è stata individuata nella totalità degli operatori della AUSL di Ravenna che possono venire a contatto con le donne portatrici di MGF.

Una particolare attenzione si è posta rispetto all'interrogativo: l'infermiere ricopre un ruolo nell'assistenza globale di queste donne? E in caso di risposta affermativa quale nella sua specificità?

Il disegno di ricerca scelto è quello dello "Studio di coorte" trattandosi di un piccolo numero di operatori ad elevata specializzazione "sul campo" impegnati nei tre ambiti territoriali di Ravenna, Faenza e Lugo della AUSL di Ravenna e appartenente ai reparti:

- ? U.O. di Ginecologia/Ostetricia;
- ? Consultorio.

La tipologia di professionisti individuati come Coorte prevedeva tra le proprie fila:

- ? Medici
- ? Infermieri
- ? Ostetriche
- ? Mediatrici culturali

? Altri (psicologi, assistenti sociali)

L'ipotesi di ricerca era che l'infermiere, pur in assenza di una specifica preparazione curriculare peculiare, riuscisse a individuare il proprio ruolo nel contesto operativo e fosse in grado di elaborare originali strumenti comunicativi per fornire assistenza e guida a donne portatrici di MGF.

Per ottenere questo andavano indagati alcuni aspetti del problema, e più nello specifico:

- ? Il numero dei casi in cui l'operatore è venuto a contatto con una donna portatrice di MGF (portata del fenomeno)
- ? Le eventuali difficoltà cliniche (intervento di deinfibulazione) e socio psicologiche (aspetti sociali e interazione) incontrate (il carattere descritto è generale: nello specifico sono state create variabili qualitative relative ad ogni domanda)
- ? I casi in cui è stata assistita direttamente una donna a intervento di de-infibulazione
- ? Quali strategie sono state attivate per contrastare il fenomeno (domanda aperta)
- ? Se ci sono state richieste di infibulazione o re-infibulazione
- ? Conoscenza da parte degli operatori del Centro Regionale di Firenze
- ? Quali competenze si ritiene di dover possedere per affrontare meglio le problematiche annesse alle MGF
- ? Importanza della formazione e sue caratteristiche (quali i migliori contenuti e metodi)
- ? Considerazioni personali riguardanti proprie esperienze
- ? Indagine a livello regionale (DRG 71.09) sugli ipotetici casi di deinfibulazione

Il metodo usato per raccogliere i dati è stata la realizzazione di uno strumento, un questionario disponibile per la consultazione all'allegato 1; esso è stato predisposto utilizzando degli elementi raccolti in letteratura, con la consultazione del personale del Centro Regionale di Firenze MGF, precisamente con il dott. Omar Abdulcadir e con la Dott.ssa Rosa Cecere sua collaboratrice, con il dott. Massimo Monti laureato in psicologia del lavoro, con l'Infermiere Luca Venturini (U.O Pronto Soccorso Lugo) e utilizzando criteri basati sull'assistenza infermieristica.

Sono stati somministrati 169 questionari pensati per la autocompilazione e rispettosi dell'anonimato; dopo un mese 94 di questi sono stati restituiti correttamente compilati, quindi con una rispondenza del 55,6% e sono stati elaborati consentendo la rilevazione dei dati riportati nelle pagine seguenti. L'intero percorso, comprendendo in questo anche i contatti e gli incontri con il Centro MGF di Firenze ha richiesto sei mesi di impegno, ai quali vanno aggiunti il periodo di elaborazione dati e la loro interpretazione in questo.

Il trattamento dei dati si è avvalso del database File Maker Pro<sup>®</sup> per la memorizzazione e di Microsoft Excel<sup>®</sup> per la successiva elaborazione statistica e rappresentazione grafica.

I dati saranno qui di seguito presentati nell'ordine contenuto nello strumento di rilevazione.

## **Risultati della ricerca**

Il campione:

1. il campione di ricerca composto da 169 operatori ha ricevuto il questionario al quale hanno risposto in 94 con una percentuale del 55,6%.

2. Il campione è rappresentato da:

? M = 4 (4.4%)

? F = 89 (94.6%)

? Non risponde = 1 (1%)

La componente femminile è nettamente superiore a quella dei maschi; ciò è dovuto al fatto che nei reparti e nei consultori essendo il paziente donna la caratteristica degli operatori, da sempre, è essenzialmente femminile. E' da considerare anche il fatto che le donne portatrici di MGF hanno grosse difficoltà a farsi visitare da personale maschile: sia per il forte senso del pudore sia perchè in alcuni casi i mariti non permettono loro di farsi toccare da altri uomini anche se questo avviene per scopi di carattere prettamente sanitario. Dall'esperienza fiorentina risulta che le pazienti si rivolgono alle mediatrici culturali chiedendo esplicitamente di essere visitate da sole donne; non è semplice far comprendere loro che il sesso del medico non ha nessuna importanza nello specifico di un contesto fisiopatologico.

3. Età media 42 anni (5 non rispondono);

Anzianità professionale:

? meno di 10 anni = 10 (9.8%)

? tra 11-20 anni = 49 (52.2%)

? oltre 21 anni = 33 (35.8%)

? non risponde = 2 (2.2%) media = 18

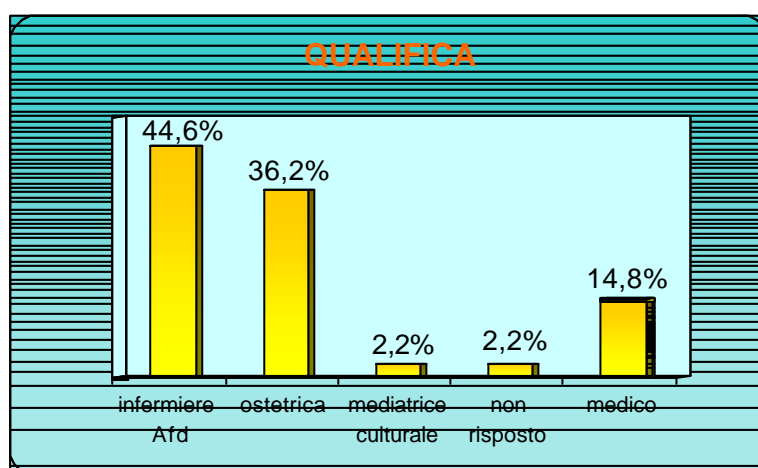
Si è riscontrato che l'età media è relativamente alta in quanto vi sono stati molti rispondenti con picchi di età fino a 56 anni. Questo elemento potrebbe far ipotizzare ad una difficoltà di approccio per quanto riguarda la presa in carico di donne con MGF oppure per contro, visto l'esperienza maturata negli anni, un approccio qualitativo importante dettato appunto dall'esperienza.

Come si può vedere la maggior parte dei rispondenti svolge il proprio lavoro da 11 anni in poi (88%) con un valore compreso del 35,8% oltre i 21 anni. Questo potrebbe essere un fattore potenziale di resistenza ad affrontare nuove problematiche (legate appunto alle MGF) in tutti i suoi aspetti: è risaputo (supportato anche dalla letteratura internazionale) che dopo lunga permanenza nello stesso luogo di lavoro l'operatore può manifestare stanchezza, disagio fino alla depersonalizzazione e burnout.

#### 4. Domanda: Tipologia professionale degli intervistati:

? Medico	=	14	(14,8%)
? Infermiere/AFD	=	42	(44,6%)
? Ostetrica	=	34	(36,2%)
? Mediatrice cult.	=	2	(2,2%)
? Non risponde	=	2	(2,2%)

La maggioranza degli operatori appartiene al ruolo infermieristico e ostetrico, probabilmente quelli che hanno un maggior contatto protratto nel tempo con le donne portatrici di MGF. Il loro elevato numero di risposte dipende in parte dalla maggior disponibilità ma anche perché rappresentano le professionalità maggiormente presenti in questa tipologia di U.O..



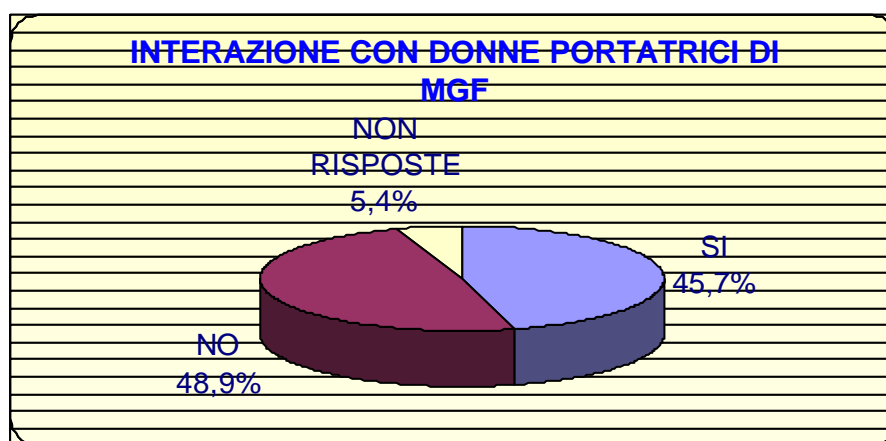
5. Domanda: Reparti interessati dal problema MGF

? Ginecologia/Ostetricia	=	75	(79%)
? Consultorio familiare	=	19	(21%)

I questionari sono stati consegnati ai reparti di Ginecologia, Ostetricia e Consultori familiari dell'AUSL di Ravenna, nella fattispecie i presidi di Lugo, Faenza e Ravenna. Come si evidenzia dal grafico la maggior parte dei rispondenti appartiene a reparti ospedalieri; è opportuno precisare che il Consultorio di Ravenna ha risposto solo con un questionario.

6. Domanda: ha mai interagito nella sua carriera con una donna con MGF (mutilazioni genitali femminili) totale o parziale?

? Si	=	43	(45.7 %)
? No	=	46	(48.9 %)
? Non risponde	=	5	(5.4%)



Il risultato espresso in questa domanda che colpisce maggiormente è l'alto numero di interazioni con donne portatrici di MGF. L'elemento che sorprende è che generalmente queste donne tendono a costituire

dei gruppi omogenei più o meno importanti in quei luoghi dove altri loro connazionali hanno trovato precedente sistemazione. Solitamente i grossi gruppi si trovano nelle città molto grandi come Roma, Torino, Milano, Napoli etc. La percentuale abbastanza significativa espressa dai dati può affermare che quasi la metà degli operatori è venuta a contatto con donne portatrici di MGF. Questo può significare che il fenomeno delle donne immigrate, in special modo quelle portatrici di MGF, non è solo concentrato in grosse metropoli ma anche in province di dimensioni più ridotte. Questo elemento dovrebbe farci riflettere su come sia importante prendere in seria considerazione il fenomeno. Si può azzardare una affermazione: nei prossimi anni l'immigrazione sarà in aumento e la seguente problematica assumerà sicuramente un rilievo maggiore. L'Italia è passata da un paese di migrazione ad un paese di immigrazione, con conseguente "travaso" culturale e problematiche inerenti.

7. La seguente domanda condizionata: (rimando alla Domanda 15)  
ha ricevuto le seguenti risposte: Quante volte le e' capitato?

? Da 1 a 5 volte	=	36 (83.7%)
? Da 6 a 10 volte	=	5 (12.3%)

Questo dato si può ricollegare al dato precedente (domanda n°6): si può vedere che il 12,3% è venuto in contatto con una donna con MGF addirittura da 6 a 10 volte.

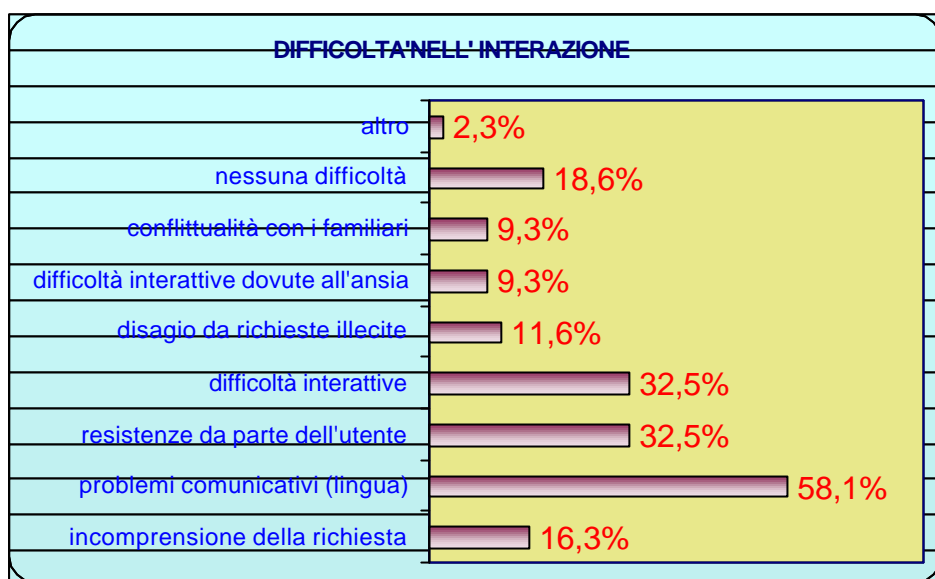
8. Domanda: ha mai consigliato alla donna di fruire di un servizio socio-assistenziale (consultorio, psicologo etc)?

? Si	=	15 (34.9%)
? No	=	25 (58.1%)
? Non risponde	=	3 (7%)



9. Domanda 9) nell'interazione con questa paziente ha riscontrato difficoltà (anche più risposte):

- ? non riuscire a comprendere l'esatta richiesta dell'utente = 3 (16.3%)
- ? avere problemi comunicativi dato la non sufficiente conoscenza della lingua italiana da parte dell'utente o altre lingue da me conosciute = 25 (58.1%)
- ? trovare resistenze da parte dell'utente nell'accettare il processo assistenziale date dal proprio retaggio culturale = 14 (32.5%)
- ? difficoltà nell'interazione dovute a una percezione di ansia o paura manifestata dall'utente (la situazione viene nascosta) = 14 (32.5%)
- ? disagio provocato da richieste formulate dall'utente non lecite secondo la nostra normativa (es.richiesta di infibulazione o re-infibulazione) = 5 (11.6%)
- ? difficoltà nell'interazione dovuta all'ansia manifestata dall'utente dovuta al sospetto che le vengano praticate delle procedure in contrasto con le proprie credenze = 4 (9.3%)
- ? situazione di conflitto latente o manifesto con i familiari dell'utente = 4 (9.3%)
- ? nessuna difficoltà = 8 (18.6%)
- ? altro: 1 (2,3%)
- ? “qualche volta mi sono trovata in difficoltà’.”



E' evidente che esistono difficoltà nell'interazione con queste donne: se nella genericità si può affermare che sono dovute ad un milieu diverso (ambiente di provenienza) nello specifico gli elementi che compaiono maggiormente sono le difficoltà dovute alla lingua e l'interazione difficoltosa causata da ansia e paura della donna con MGF. Il retaggio culturale differente sembra creare una resistenza importante tra assistito e operatore (pur trattandosi nella maggior parte dei casi di donne da ambo le parti; quindi in quasi totale assenza di quell'elemento potenziale di incomprensione che si potrebbe attribuire al "fattore maschio"); questo per una diffidenza da parte della donna con MGF che probabilmente teme una "invasione" nel proprio mondo, spesso a causa di una mancata conoscenza dei processi assistenziali inerenti la propria situazione.

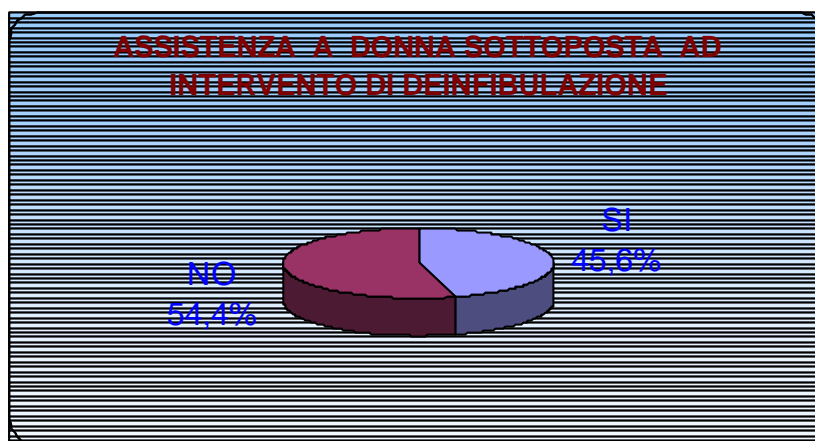
Il non sapere cosa le succederà con esattezza una volta esposto il problema può creare notevole ansia la cui risposta si esprime con una difficoltà comunicativa o addirittura con un occultamento del problema stesso.

Ciò non toglie che la diffidenza, anche se talvolta non consapevole può derivare anche dall'operatore (preconcetto che può diventare pregiudizio) che si può porre dal punto di vista comunicativo in modo superficiale, sbrigativo e non empatico.

10.Domanda: ha mai assistito una paziente che è stata sottoposta a intervento di de-infibulazione (anche pre-partum)?

? Si = 21 (45.6%)

? No = 25 (54.4%)



Questo dato appare molto interessante in quanto la percentuale (visto i dati reperiti a livello nazionale) può essere significativa, anche alla luce di un confronto di questo dato con l'esperienza del Centro di Firenze (circa 80 deinfibulazioni annue) che assiste anche donne provenienti dall'estero.

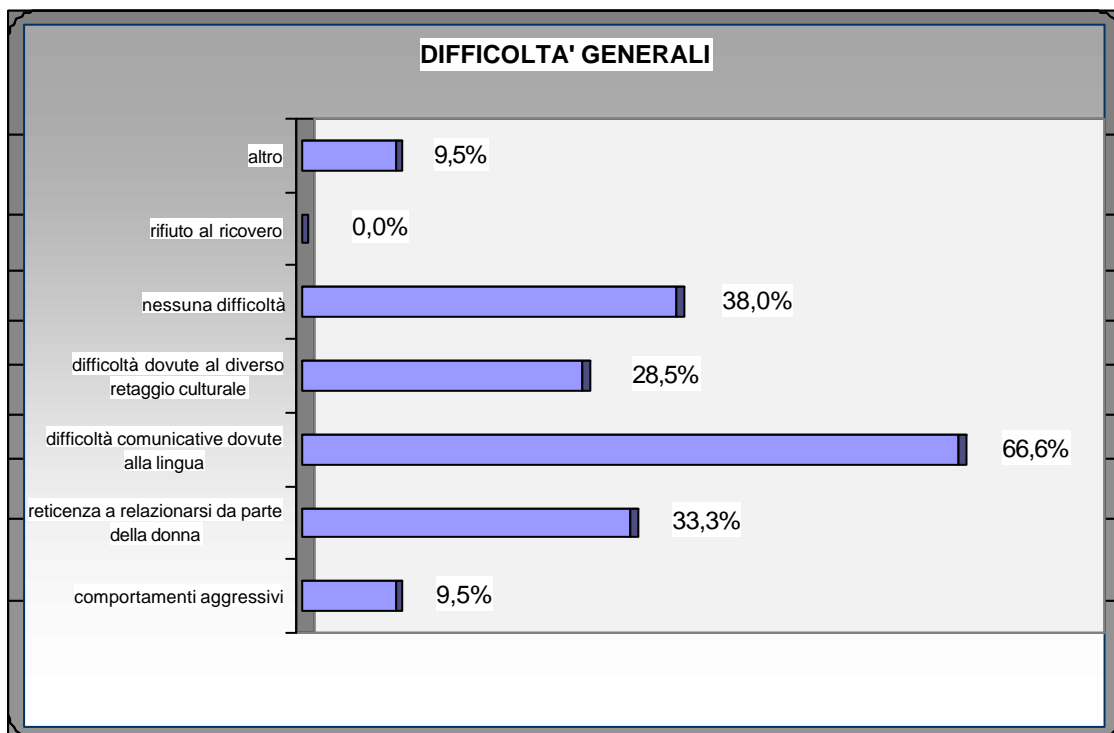
Non sappiamo esattamente quante deinfibulazioni sono state associate al parto (quindi eseguite per "causa di forza maggiore") ma si potrebbe affermare che questo dato è sinonimo di un buon lavoro di prevenzione e cura.

11.domanda<sup>3</sup>: nell'eventualità le sia capitato di dover assistere una donna sottoposta all'intervento di de-infibulazione ha mai avuto difficoltà (anche più risposte):

---

<sup>3</sup> In questa domanda la percentuale è calcolata sulle 21 risposte affermative

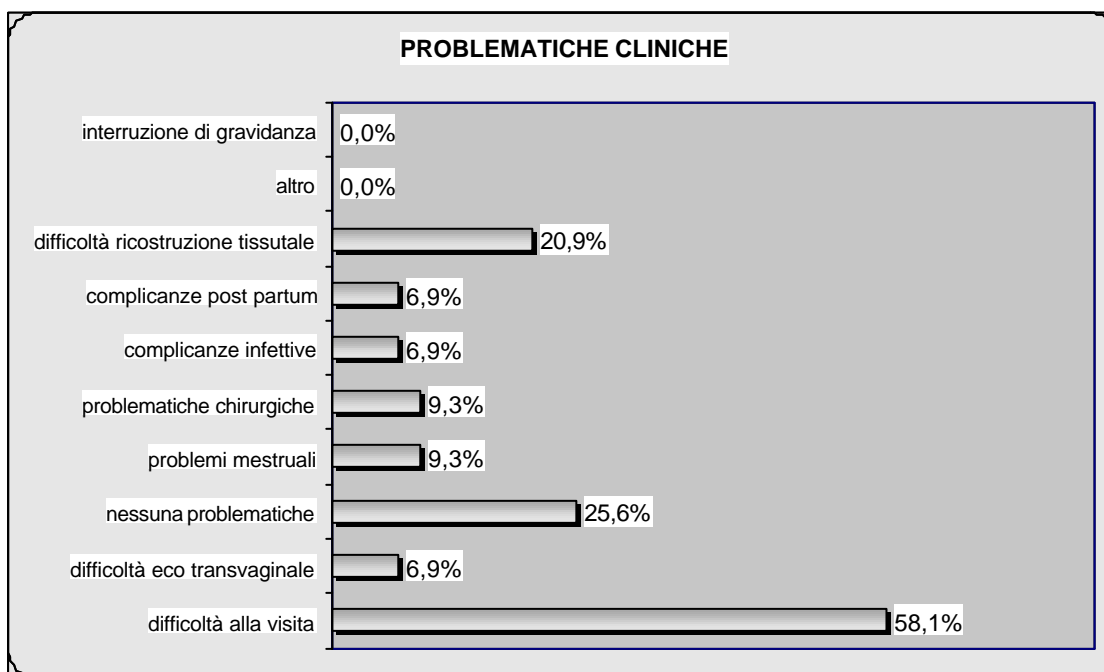
- ? rifiuto al ricovero (una motivazione per es: de-infibulazione indispensabile durante il parto e richiesta di re-infibulazione, non praticabile, subito dopo) = 0
  - ? comportamenti aggressivi del paziente o parenti nei confronti dell'operatore = 2 (9.5%)
  - ? reticenza da parte della donna a relazionarsi (pudore, disagio, paure...) = 7 (33.3%)
  - ? difficoltà comunicative dovute alla lingua = 14 (66.6%)
  - ? difficoltà comunicative dovute al diverso retaggio culturale = 6 (28.5%)
  - ? nessuna difficoltà = 8 (38%)
  - ? altro: = 2 (9.5%)
- 
- ? “le due pazienti al momento del parto sono state sottoposte al taglio cesareo.”
  - ? “difficoltà nell'inserimento dello speculum per PaP-test”



In questa serie di risposte compaiono alcune difficoltà già precedentemente viste quindi sovrapponibili, anche se in questa domanda il target era specifico (la donna sottoposta a intervento di deinfibulazione) e meno generico come la precedente.

12.domanda: nell'eventualità le sia capitato di dover assistere una donna con MGF ha mai riscontrato una o più delle seguenti problematiche cliniche (anche più risposte)?

? difficoltà alla visita	= 25 (58.1%)
? difficoltà all'eco transvaginale	= 3 (6.9%)
? interruzione di gravidanza	= 0
? problemi mestruali	= 4 (9.3%)
? problematiche chirurgiche legate alla de-infibulazione	= 4 (9.3%)
? complicanze infettive	= 3 (6.9%)
? complicanze post partum	= 3 (6.9%)
? difficoltà legate alla ricostruzioni tissutale	= 9 (20.9%)
? nessuna problematica	= 11 (25.6%)
? <i>altro</i>	= 0

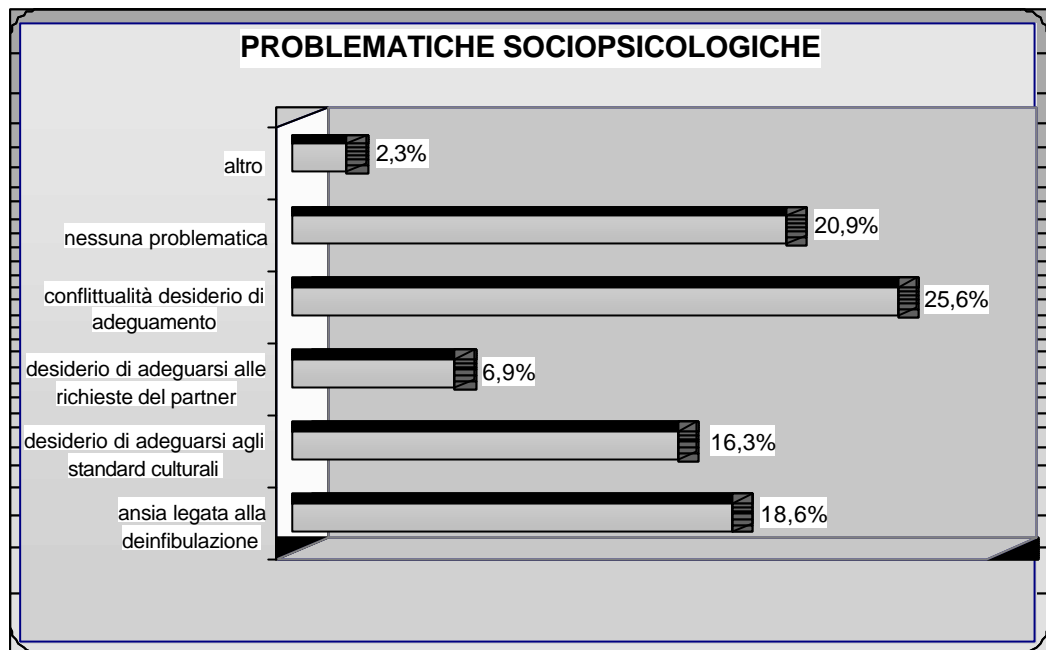


Il dato più eclatante e forse scontato è la difficoltà alla visita. Molte donne giungono in ospedale solo all'espletamento del parto senza aver mai fatto

prima una visita ginecologica. Questo per i seguenti motivi: estrema pudicizia dettata dalla cultura di appartenenza e dalla religione oppure per volontà dei mariti, affinché le loro donne non siano toccate da nessun altro uomo. E' ovvio che dal punto di vista anatomico esiste una materiale difficoltà alla visita, anche se ciò dipende dal tipo di infibulazione. La problematica più frequente è relativa alla ricostruzione anatomica , talvolta resa difficile dal grado di lesione. E' giusto sottolineare anche che un quarto dei rispondenti non ha riscontrato nessuna problematica.

13.domanda: nell'eventualità le sia capitato di dover assistere una donna con MGF ha mai riscontrato una o piu' delle seguenti problematiche sociopsicologiche (anche più risposte)?

- ? ansie e paure legate all'intervento chirurgico di de-infibulazione = 8 (18.6%)
- ? desiderio di adeguarsi agli standards culturali della società in cui vive = 7 (16.3%)
- ? desiderio di adeguarsi alle richieste del partner = 3 (6.9%)
- ? conflittualità tra il desiderio di adeguarsi agli standards culturali della società in cui vive e il divieto da parte del proprio nucleo familiare = 11 (25.6%)
- ? nessuna problematica = 9 (20.9%)
- ? altro: 2 (2.3%)
- ? “Non ho confidenza tale con le pazienti da potere capire le diverse problematiche”
- ? “Sofferenza della sua situazione.”



Il dato più evidente è la conflittualità tra il desiderio di adeguarsi agli standards culturali della società e il divieto da parte del proprio nucleo familiare.

Si potrebbe ipotizzare che le donne abbiano la volontà di adeguarsi alla società occidentale, ma si trovano in conflittualità tra i nuovi valori e i vecchi.

Generalmente le donne sono portate a rimanere ancorate ai loro valori tradizionali ma quando giungono nella struttura ospedaliera può accadere che vengano a contatto con donne aventi forte personalità (ad es. nel mio caso personale ho conosciuto una donna somala che andando “contro corrente” decidendo per la deinfibulazione ha subito un severo ostracismo da parte della propria comunità) oppure che debbano affrontare la cosa in quanto sono subentrate delle patologie che necessitano obbligatoriamente di una visita (gravidanze, cisti, infezioni, formazioni tumorali etc).

14.domanda: quali strategie ha adottato per risolvere le problematiche prima descritte (sia cliniche che sociopsicologiche)?

- ? “necessità al parto spontaneo per via vaginale con episiotomia”
- ? “ho consigliato di usufruire del servizio socio-assistenziale”
- ? “le ho consigliato di rivolgersi ad un servizio socio assistenziale, il quale sarà in grado di rispondere a qualunque tipo di problematica con la massima riservatezza”
- ? “e' stata inviata al consultorio”
- ? “informazioni dal partner, soprattutto se parla l'italiano”
- ? “informazione.”
- ? “ritengo che sia indispensabile l'ascolto da parte dell'operatore e la comprensione da parte della paziente per quanto riguarda i progetti assistenziali proposti”
- ? “disponibilità, ascolto, comprensione”
- ? “consigliato colloquio con lo psicologo del consultorio e con il mediatore culturale; visita successiva con la presenza del partner”
- ? “ho consigliato di contattare una psicologa”

La maggior parte di queste considerazioni riguarda la comunicazione: essa è indispensabile per costruire con la donna un rapporto che permette di affrontare in maniera chiara e con feedback positivo le problematiche inerenti un argomento così delicato e così presente.

Le altre considerazioni invece demandano il problema ad altre strutture (“è stata inviata al consultorio”) che si ritengono maggiormente competenti per affrontare questa specifica situazione; dietro questo atteggiamento si potrebbe vedere una incapacità di interazione da parte degli operatori i cui motivi principali possono sempre essere attribuiti alla scarsa conoscenza e forse ad una sorta di “disinteresse” ad occuparsi della donna con questi problemi.

Si evince ad ogni modo l'importanza delle conoscenze a “360 gradi” rivolte indistintamente a tutti gli operatori, sia del Distretto che del Presidio Ospedaliero (in tutti e due i casi possono essere i primi ad occuparsi della donna).

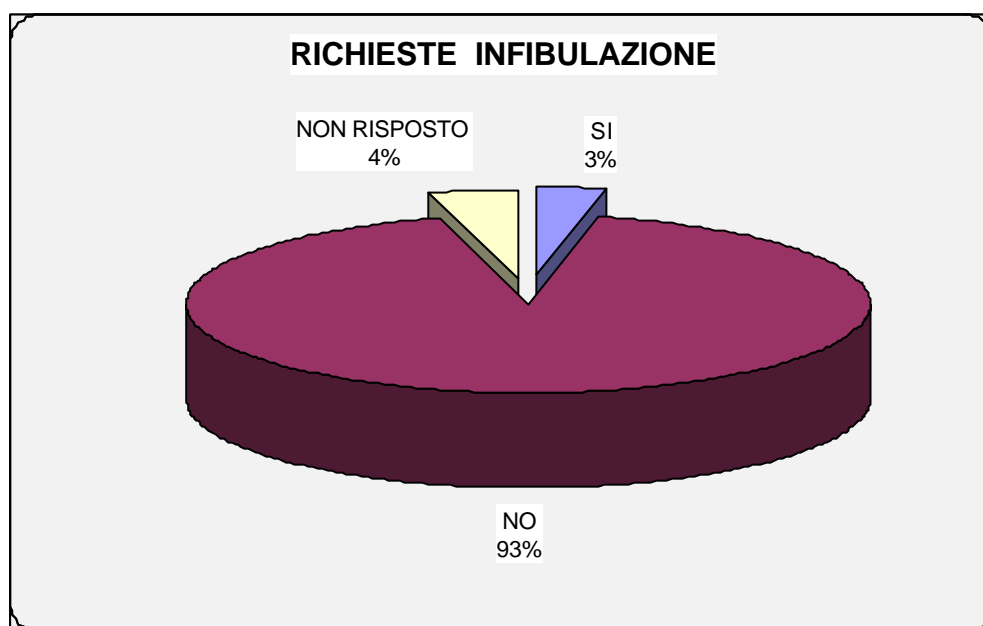


15.domanda 15) ha mai avuto richieste di infibulazione o re-infibulazione?

? Si = 3 (3.2%)

? No =87 (92.5%)

? Non risposto = 4 (4.3%)



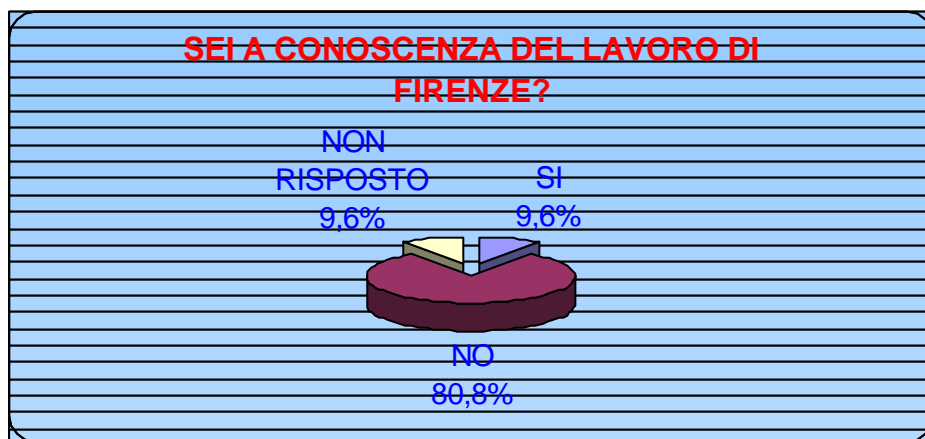
Questo dato appare positivo in quanto le richieste di infibulazione o re-infibulazione (dopo il parto) corrispondono al 3.2%, valore che fa desumere che le donne residenti nella nostra zona abbiano accettato le norme vigenti, anche se non possiamo affermare che dal punto di vista culturale si siano integrate completamente (decisione autonoma e consapevole)

La infibulazione o re-infibulazione è vietata nel nostro Paese; non (ancora) con una specifica legge, ma attualmente con il reato di violenza personale (art 582-583 CP). Questo ci fa presupporre che i casi di infibulazione sul territorio nazionale, se esistono, lo sono a livello di clandestinità; oppure

sono praticati ma all'estero nei paesi di origine (non è una novità che le madri portano le proprie figlie all'estero per poi tornare dopo l'infibulazione).

16.domanda e' a conoscenza del lavoro svolto dal Centro Regionale per la Cura e Prevenzione delle MGF di Firenze (de-infibulazione a lama fredda e al laser, criteri di verifica stato zone mutilate etc)?

? Si	= 9 (9.6%)
? No	= 76 (80.8%)
? Non risposto	= 9 (9.6%)



Questo dato è “sconfortante” in quanto il Centro Regionale per la Cura e Prevenzione delle MGF di Firenze non ha una valenza solo regionale ma anche nazionale e addirittura internazionale.

Durante la mia visita al Centro erano presenti due donne provenienti dall'Inghilterra. Il coordinatore del Centro ci ha confermato infatti che le donne da loro trattate hanno anche una provenienza estera.

La scarsa conoscenza degli operatori dell'attività del Centro ci conferma quanta insufficiente conoscenza ci sia negli operatori del settore. Inoltre le tecniche di de-infibulazione del Centro sono estremamente innovative: per

questa ragione quindi dovrebbero trovare anche una valenza riguardante l'aggiornamento e la formazione specifica dei medici.

Speriamo che nel futuro le attività e le esperienze del Centro possano essere diffuse nella loro completezza, sia dal punto di vista socio-psicologico che clinico, contribuendo così ad allargare le conoscenze (spesso ridotte) del personale che viene a contatto con queste donne.

17.domanda: quali competenze ritiene dovrebbe possedere per meglio interagire con queste donne (anche più risposte)?

- ? migliore conoscenza della lingua = 37 (39.3%)
- ? migliore conoscenza della cultura di appartenenza delle donne con MGF = 74 (78.7%)
- ? migliore conoscenza degli aspetti clinici legati a questa situazione = 43 (45.7%)
- ? migliore conoscenza degli aspetti sociopsicologici legati a questa situazione = 57 (60.6%)
- ? le mie competenze sono sufficienti = 0
- ? altro:= 3 (3.1%)
- ? “le mie conoscenze sono molto limitate avute dalla televisione”
- ? “avere il supporto del mediatore culturale”
- ? “personalmente non ho competenze sufficienti in merito all'argomento”

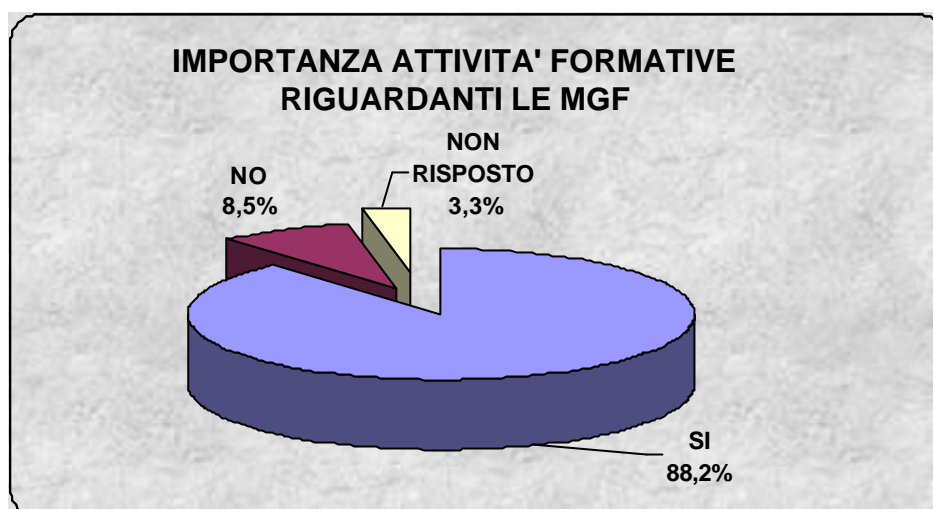


Anche in questo caso si evidenzia l'importanza dell'aspetto culturale e socio psicologico.

Come posso interagire, rapportarmi, relazionarmi, fare informazione sanitaria se non conosco l'origine e le caratteristiche della cultura appartenente alla donna che ho di fronte? Solo conoscendo tutti gli aspetti che hanno portato una donna (sia per sua volontà o meno) ad essere portatrice di una MGF posso cercare di affrontare professionalmente questo problema. Come si vede dal grafico questa esigenza è palese sicuramente in primo piano rispetto all'aspetto clinico che rimane comunque molto importante e non separabile dal resto.

18.domanda: ritiene debbano essere svolte attività formative riguardanti le MGF e loro trattamento rivolte agli operatori?

- ? Si = 83 (88.2%)
- ? No = 8 (8.5%)
- ? Non risponde = 3 (3.3%)



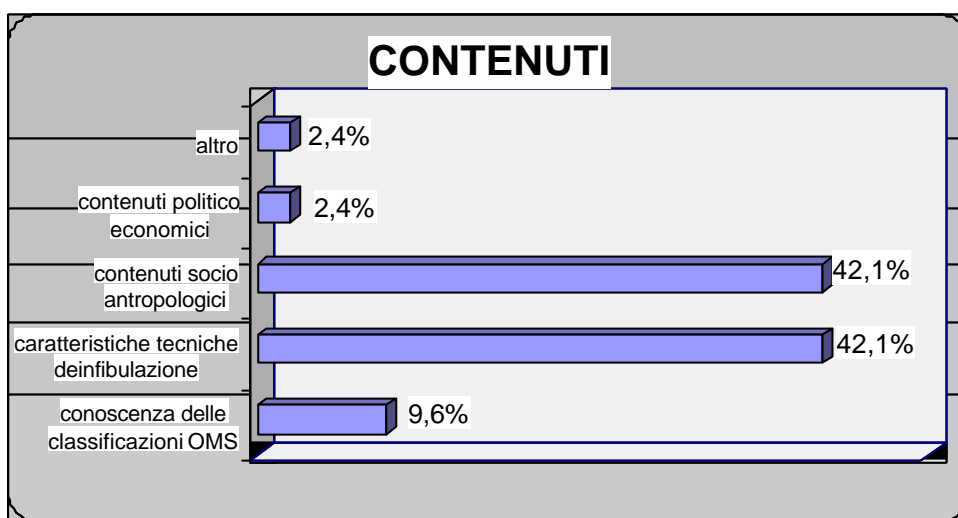
E' importante notare come una vasta percentuale di operatori ritenga importante la formazione. Come prima affermato senza conoscenza non si può affrontare in modo serio e professionale questo problema (regola che vale comunque per tutte le problematiche). Il valore presentato da questo dato ci dice anche un'altra cosa importante: se esiste un bisogno formativo specifico significa che c'è una presa di coscienza del problema e questa non è una componente da sottovalutare per il futuro. Presumendo che il fenomeno delle MGF sarà in aumento nei prossimi anni (direttamente proporzionale alla immigrazione) è positivo constatare un potenziale interesse da parte degli operatori per migliorare le conoscenze specifiche.

19.domanda<sup>4</sup>: se si con quali contenuti? (una sola risposta in base alla maggiore importanza attribuita):

- ? conoscenza delle classificazioni dell'OMS = 8 (9.6%)
- ? caratteristiche tecniche della de-infibulazione (ed ev. ricostruzione tissutale) = 35 (42.1%)
- ? contenuti socio-antropologici = 35 (42.1%)
- ? contenuti politico-economici = 2 (2.4%)

<sup>4</sup> i valori percentuale in seguito sono riferiti al n° 83 (vedi sopra)

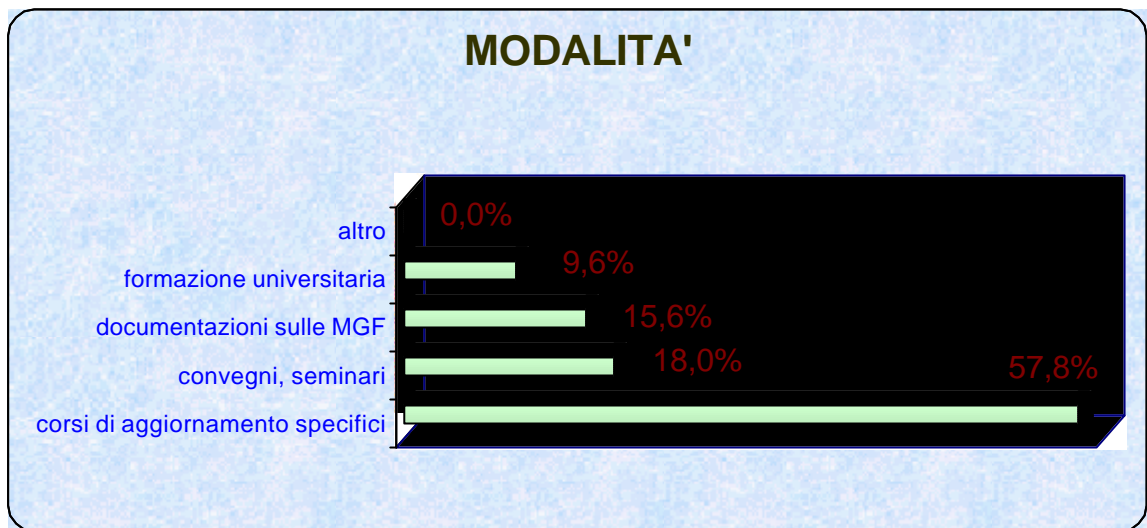
- ? altro: = 2 (2.4%)
- ? “personalmente non ho competenze sufficienti in merito all'argomento”
- ? “un mix di tutto per avere conoscenza generale totale completa”



Facendo riferimento allo specifico dei contenuti si trova in ugual misura una esigenza di conoscenze sia cliniche che socio-psicologiche.

20.domanda: se si con quali modalita'? (una sola risposta in base alla maggiore importanza attribuita):

- ? corsi di aggiornamento specifici = 48 (57.8%)
- ? convegni,seminari = 15 (18%)
- ? documentazioni scritte sulla descrizione delle MGF e loro trattamento = 13 (15.6%)
- ? formazione inserita nei corsi universitari = 8 (9.6%)
- ? altro = 0



L'evento formativo "corso" è ritenuto dai rispondenti quello più importante; forse perché un corso specifico è quello che ci fa addentrare più direttamente nel problema rispetto al materiale documentale o i convegni, generalmente rivolti ad un numero di persone maggiormente numeroso rispetto al classico corso. Inoltre questo tipo di evento formativo può offrire l'opportunità di relazionarsi in maniera diretta con il docente per chiedere ulteriori informazioni. Scarsa invece l'importanza attribuita alla formazione universitaria; senz'altro ci vorranno anni prima che le problematiche delle MGF entrino nel mondo universitario per formare gli operatori del settore.

---

**CONSIDERAZIONI PERSONALI (suggerimenti, storie personali, aneddoti,etc) :**

---

“Pur considerandomi abbastanza preparato sulle mgf, ricordo una ragazza somala, in italia da moltissimi anni e cittadina italiana, da me più volte visitata, della cui mgf mi sono accorto solo recentemente (addirittura ha subito un taglio cesareo, per motivi non legati alle mgf). questo per dimostrare come, almeno nei casi di mgf di tipo 1°, non sempre è semplice vedere nella giusta direzione, e forse, in questo caso che mi è capitato, la diagnosi mi è stata resa possibile proprio dalla signora che mi è sembrata desiderosa di avere una conferma del suo stato e liberarsi del peso”

“A me sono capitati due casi di donne infibulate che hanno partorito e che l'ostetrica ha dovuto deinfibulare, ma le donne non hanno parlato di questo argomento. si è parlato

---

---

solamente dell'avvenimento "nascita". il problema mgf e quindi passato in secondo piano da parte della donna”

“Non ho mai avuto richieste di infibulazione o re-infibulazione, però ho assistito al parto di una seconda gravida re-infibulata dopo la nascita del suo primo figlio, nel luogo di origine”

“Nessuna donna dopo il parto ha chiesto di essere re-infibulata. in nessun caso è stato necessario la deinfibulazione, perchè i genitali si sono aperti da soli con il parto”

---

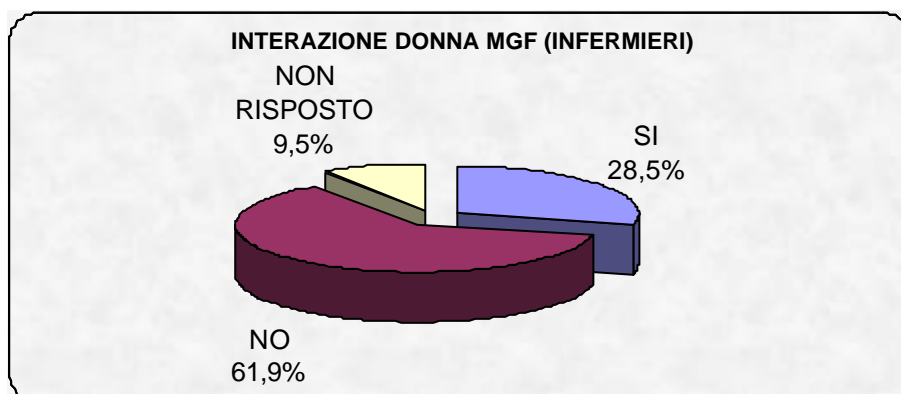
**In questa sezione sono riportate alcune risposte relative esclusivamente agli infermieri.**

Risposte solo per infermieri = **tot 42**

Eta' media infermieri = 41

domanda 6) ha mai interagito nella sua carriera con una donna con MGF (mutilazioni genitali femminili) totale o parziale?

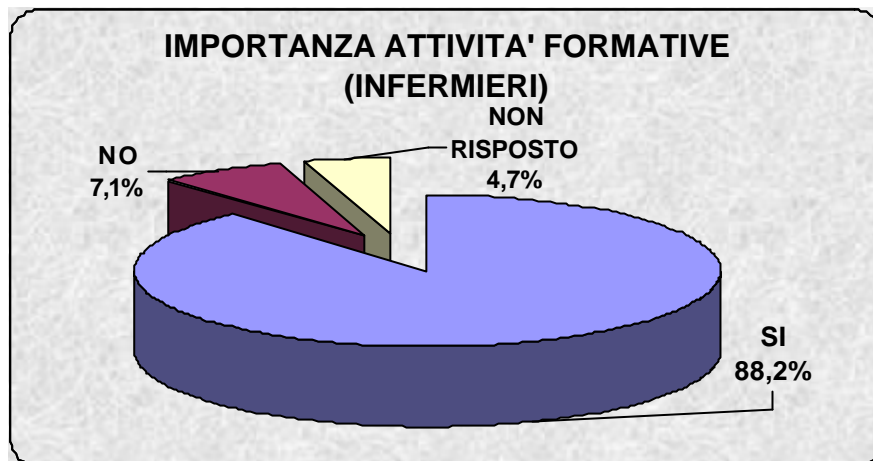
- ? Si = 12 (28.5%)
- ? No = 26 (61.9%)
- ? Non risponde = 4 (9.5%)



domanda 18) ritiene debbano essere svolte attività formative riguardanti le MGF e loro trattamento rivolte agli operatori?

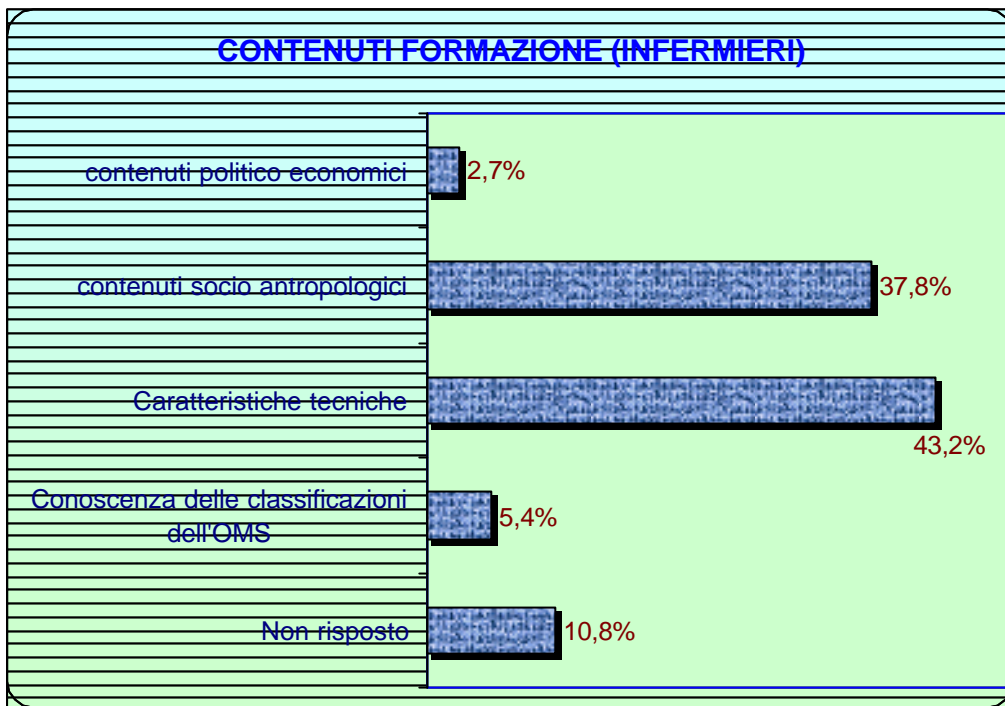


- ? Si = 37 (88.2%)
- ? No = 3 (7.1%)
- ? Non risposto = 2 (4.7%)



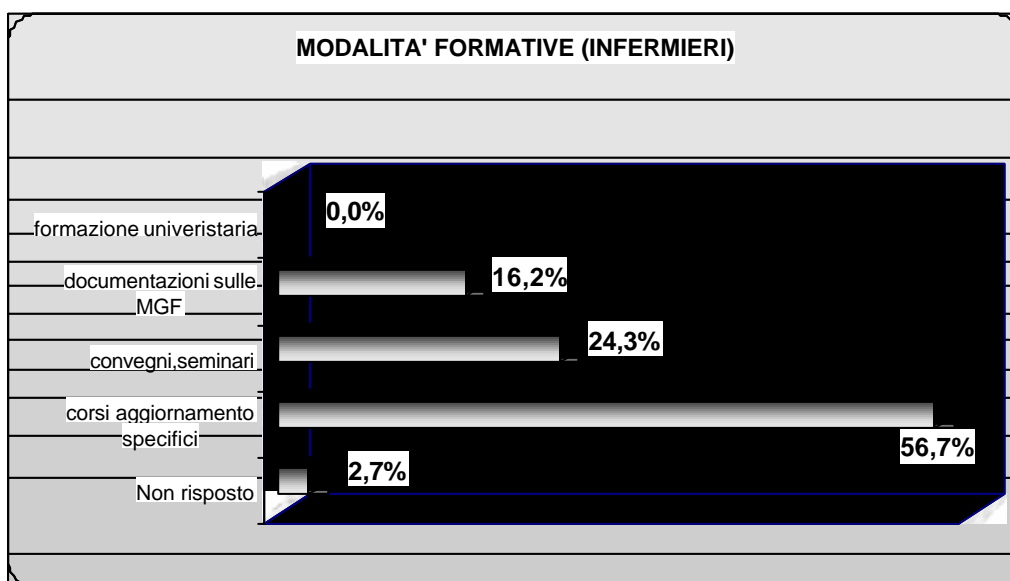
domanda 19) se si con quali contenuti? (una sola risposta in base alla maggiore importanza attribuita):

- ? conoscenza delle classificazioni dell'OMS = 2 (5.4%)
- ? caratteristiche tecniche della de-infibulazione (ed ev. ricostr.tissutale) = 16 (43.2%)
- ? contenuti socio-antropologici = 14 (37.8%)
- ? contenuti politico-economici = 1 (2.7%)
- ? non risposto = 4 (10.8%)



domanda 20) se si con quali modalità? (una sola risposta in base alla maggiore importanza attribuita):

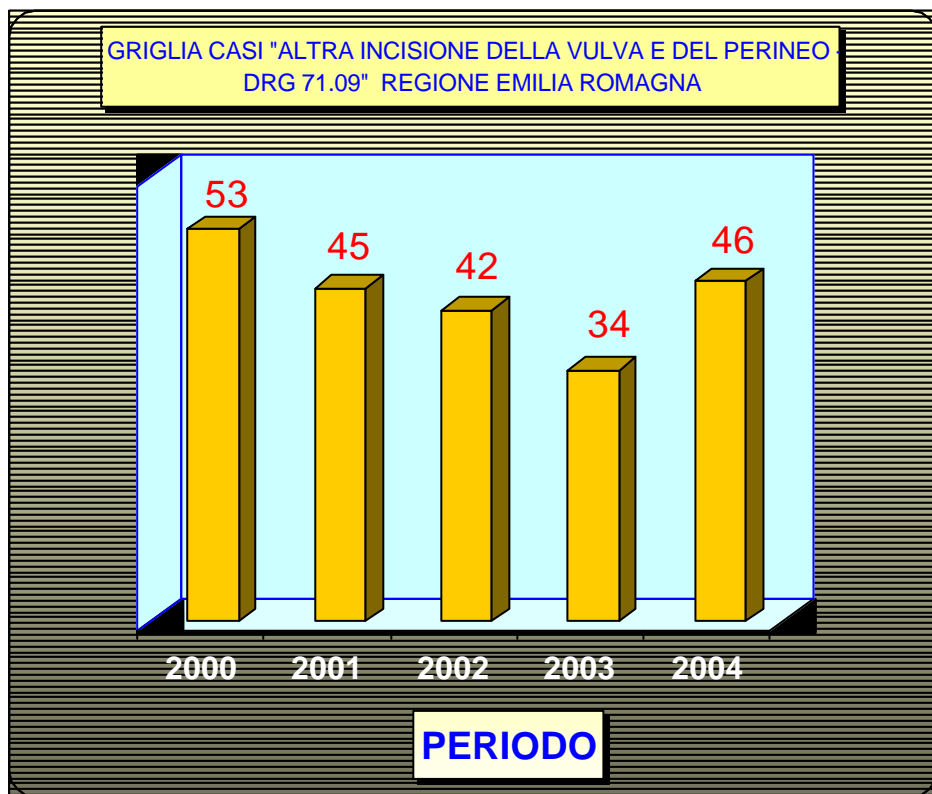
- ? corsi di aggiornamento specifici = 21 (56.7%)
- ? convegni, seminari = 9 (24.3%)
- ? documentazioni scritte sulla descrizione delle MGF e loro trattamento = 6 (16.2%)
- ? formazione inserita nei corsi universitari = 0
- ? non risposto = 1 (2.7%)

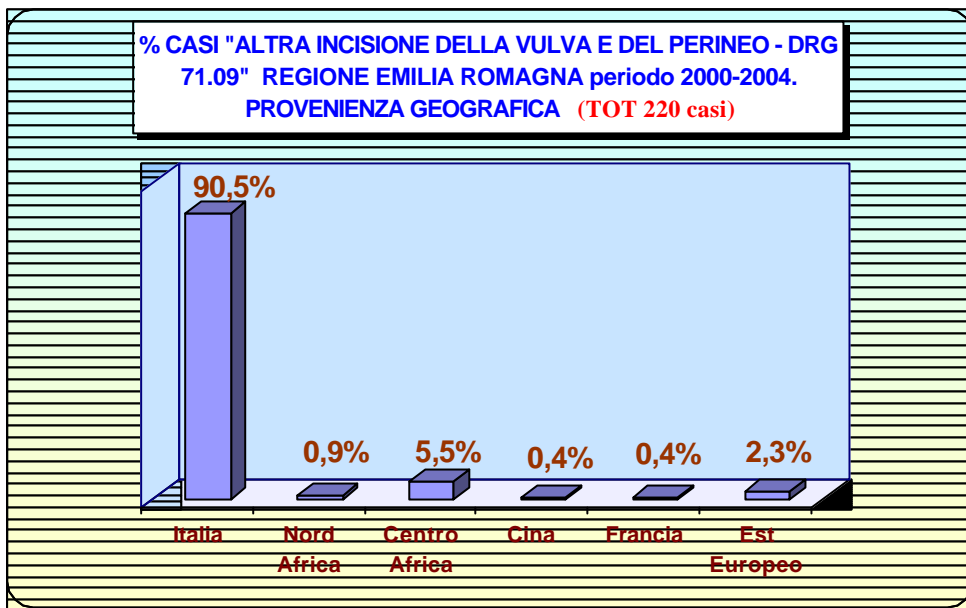


## Rilevanza del fenomeno in Emilia - Romagna

In questa parte sono stati inseriti i casi riguardanti il trattamento di pazienti con DRG 71.09 negli anni 2000-2004.

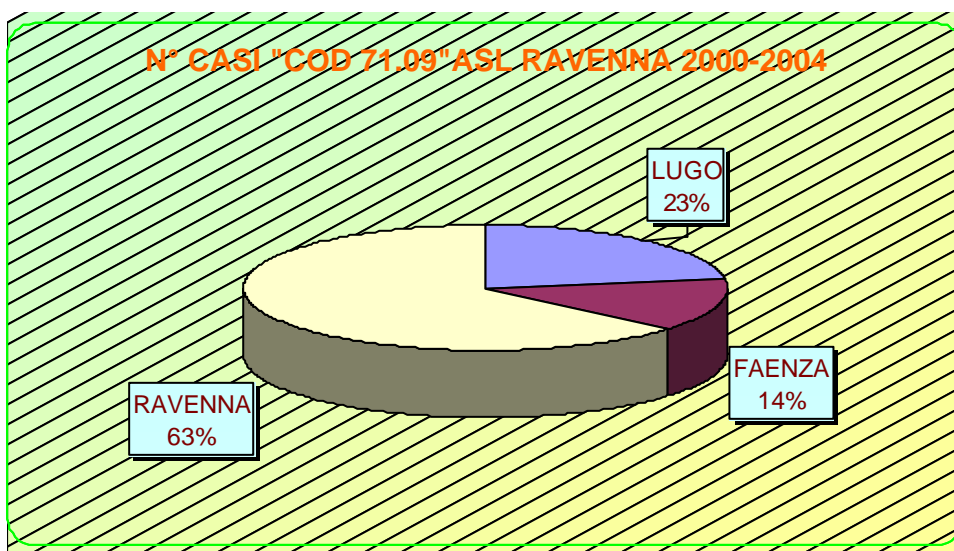
Il DRG 71.09 cita per la precisione “Incisione vulva-perineo”. Ho deciso di inserire questi dati riguardanti il numero dei casi riferiti a questo DRG in quanto consultandomi con colleghe ostetriche mi è stato riferito che nella maggior parte dei casi questo tipo di intervento è attribuibile ad una deinfibulazione. Il significato dei risultati quindi è solo ipotetico (nel senso della specifica attribuzione). Nel grafico seguente sono evidenziati il numero casi riferiti al DRG 71.09 in tutta la regione Emilia Romagna dall’anno 2000 fino al 2004.





Nel grafico seguente sono evidenziati il n° casi DRG 71.09 nella AUSL di Ravenna. Come si può vedere la maggior parte dei casi sono attribuiti al Presidio Ospedaliero/Distretto di Ravenna.

Questo potrebbe derivare dal fatto che la città di Ravenna, rispetto a Faenza e Lugo è la più popolata (quindi con maggiore probabilità di casi) .



## CONCLUSIONE

E' stato visto come il fenomeno delle MGF sia presente anche nella nostra realtà ravennata e di quanto sia importante avere gli elementi conoscitivi da parte degli operatori per poter affrontare al meglio le problematiche cliniche, sociali e psicologiche inerenti le MGF.

E' stato stimato che in regione Emilia Romagna siano presenti tra le 900 e le 1600 donne infibulate.

(“Le MGF nella popolazione immigrata in Emilia Romagna- Progetto 9” 2000-2001). Questo ci dice come sia prevedibile in futuro un aumento di questo fenomeno quindi come sia determinante e necessario da parte degli operatori una conoscenza globale del fenomeno.

Quale il ruolo dell'infermiere nell'assistenza alla donna con MGF?

Innanzitutto si è visto che l'infermiere partecipa con maggiore presenza nei reparti rispetto ai Distretti (indubbiamente un motivo è il numero ridotto di infermieri nei Distretti nei confronti dei reparti di degenza) e che il 28.5% di loro è venuto a contatto con donne portatrici di MGF, quindi un evento tutt'altro che raro. Anche se i dati specifici per l'operatore infermieristico sono limitati a 4 domande si può ragionevolmente pensare che le difficoltà evidenziate nell'esposizione di dati sia comune anche agli infermieri: problematiche di comunicazione, conoscenza della cultura di provenienza delle donne, interazione e conoscenze puramente cliniche. L'infermiere assiste la donna durante la visita e/o il ricovero quindi ha modo di relazionarsi sia con la donna stessa che con i familiari. Una buona interazione produce sicuramente una assistenza qualitativamente efficace ed efficiente, ed è questo l'obiettivo a cui tutti gli operatori dovrebbero cercare di raggiungere. Sono state evidenziate delle specifiche difficoltà quindi, avendole identificate, si possiedono i mezzi per affrontarle e superarle.

Questo come si può ottenere? Come risulta dalle domande finali l'elemento principale e più importante, dopo la volontà stessa dell'operatore di "mettersi in gioco", è indubbiamente la formazione!

Esiste palesemente una richiesta di formazione da parte di tutti gli operatori e in special modo da parte degli infermieri, indicando in modo dettagliato i contenuti (aspetti tecnici e sociopsicologici) e le modalità (corsi di aggiornamento specifici).

Questo atteggiamento di richiesta formativa è indubbiamente molto positivo perché si evidenzia una disponibilità ad acquisire informazioni e metodi per poter affrontare al meglio tutte le problematiche concernenti il problema in esame.

Chi ha la "responsabilità" di gestire questo tipo di formazione e a chi interessa farlo?

Sicuramente attraverso due "sistemi" principali: la AUSL che dovrebbe promuovere per i propri dipendenti, anche alla luce del sistema ECM, degli eventi formativi specifici; oppure gli operatori stessi attraverso associazioni di categoria o organi aventi carattere culturale (es Collegio IPASVI). Senza formazione adeguata non può esserci una assistenza soddisfacente e qualitativamente accettabile.

L'altro aspetto più generale riguarda il piano delle politiche pubbliche e della ricerca nel nostro paese. Quindi al di fuori della pura formazione occorrerebbe sviluppare l'aspetto legislativo e di contatto sociale con le popolazioni che vivono direttamente questo problema.

Nello specifico: studiare e ricercare le comunità immigrate nel nostro paese, preparare la popolazione ad un atteggiamento di tolleranza e crescita, avviare politiche pubbliche che facilitino la tolleranza e lo sviluppo di queste comunità nel nostro paese, prendersi cura dei problemi che nascono dall'interazione con culture che non si è abituati ad affrontare.

Un altro elemento convergente e sicuramente importante è l'eliminazione del preconcetto: una scommessa importante, parlando e studiando di MGF è quella di eliminare il forte distacco dal retaggio culturale e affrontare la questione in maniera più professionale, eliminando i colori della "politica" e facendo prevalere il razio cinio della ricerca, questione determinante per capire e studiare il fenomeno.

Si può concludere affermando che è lampante la pretesa di saperne di più e che questo fa ben sperare per il futuro.

Se non c'è curiosità non esiste neppure lo stimolo intellettuale per migliorarsi, accrescere le proprie conoscenze, spogliarsi dei pregiudizi e adoperarsi per offrire un'assistenza migliore.





## Allegati

QUESTIONARIO DI COMPLETAMENTO ALLA TESI DI LAUREA IN  
INFERMIERISTICA:  
**“DE-INFIBULAZIONE GENITALE FEMMINILE: QUALE IL RUOLO  
INFERMIERISTICO NELL’ASSISTENZA CLINICA, PSICOLOGICA E  
SOCIALE?”**

*Il questionario che vi accingete a valutare verrà utilizzato per la stesura di una tesi di laurea infermieristica che tratta delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) e della de-infibulazione. Per rendere la tesi più completa ho deciso di raccogliere dei dati da Voi operatori che tutto il giorno vi trovate ad affrontare in prima persona le problematiche legate all’assistenza delle donne in tutti i suoi aspetti, sia prettamente clinici che psicologici e sociali. Vi chiedo pertanto gentilmente qualche minuto del Vostro tempo per compilare il questionario al fine di poter raggruppare una casistica significativa. Se qualcuno è interessato ad avere una copia della tesi a fine lavoro contenente i dati raccolti mi può contattare tramite il Polo Formazione ASL tel. 0546692916 (interno 2916).*

*Si ringrazia per la collaborazione alla stesura del questionario il dott Massimo Monti (Dip. Psicologia del lavoro ASL Cesena), la dott.ssa Cecere Rosa, dott. Omar Abdulcadir (rispettivamente collaboratrice e responsabile del Centro regionale di cura e prevenzione delle mutilazioni genitali femminili –policlinico Careggi-Firenze), inf. Venturini Luca (U.O. Pronto Soccorso ospedale Lugo).*

Studentessa Orkida Xhyheri

## QUESTIONARIO

1) **SESSO:**  M  F 2) **ETA’**

3) **DA QUANTI ANNI SVOLGE QUESTO LAVORO?**

4) **QUALIFICA:**  Medico  Infermiere-AFD  Ostetrica  Mediatrice cult.   
Altro.....

5) **REPARTO:**

Ginecologia  Ostetricia  Consultorio

6) **HA MAI INTERAGITO NELLA SUA CARRIERA CON UNA DONNA CON MGF (MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI) TOTALE O PARZIALE?**

SI  NO

\* IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA RISPONDA ALLE DOMANDE  
SEGUENTI ALTRIMENTI VADA DIRETTAMENTE ALLA N°15

7) QUANTE VOLTE LE E' CAPITATO?

8) HA MAI CONSIGLIATO ALLA DONNA DI FRUIRE DI UN SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE (CONSULTORIO, PSICOLOGO ETC)?

SI  NO

9) NELL'INTERAZIONE CON QUESTA PAZIENTE HA RISCONTRATO DIFFICOLTÀ (anche più risposte):

- non riuscire a comprendere l'esatta richiesta dell'utente
- avere problemi comunicativi dato la non sufficiente conoscenza della lingua italiana da parte dell'utente o altre lingue da me conosciute
- trovare resistenze da parte dell'utente nell'accettare il processo assistenziale date dal proprio retaggio culturale
- difficoltà nell'interazione dovute a una percezione di ansia o paura manifestata dall'utente (la situazione viene nascosta)
- disagio provocato da richieste formulate dall'utente non lecite secondo la nostra normativa (es. richiesta di infibulazione o re-infibulazione)
- difficoltà nell'interazione dovuta all'ansia manifestata dall'utente dovuta al sospetto che le vengano praticate delle procedure in contrasto con le proprie credenze
- situazione di conflitto latente o manifesto con i familiari dell'utente
- nessuna difficoltà
- altro.....

10) HA MAI ASSISTITO UNA PAZIENTE CHE È STATA SOTTOPOSTA A INTERVENTO DI DE-INFIBULAZIONE (ANCHE PRE-PARTUM)?

SI  NO

11) NELL'EVENTUALITÀ LE SIA CAPITATO DI DOVER ASSISTERE UNA DONNA SOTTOPOSTA ALL'INTERVENTO DI DE-INFIBULAZIONE HA MAI AVUTO DIFFICOLTÀ (anche più risposte):

- rifiuto al ricovero (una motivazione per es: de-infibulazione indispensabile durante il parto e richiesta di re-infibulazione –non praticabile- subito dopo)
- comportamenti aggressivi del paziente o parenti nei confronti dell'operatore
- reticenza da parte della donna a relazionarsi (pudore, disagio, paure...)
- difficoltà comunicative dovute alla lingua
- difficoltà comunicative dovute al diverso retaggio culturale
- nessuna difficoltà
- altro.....

12) NELL'EVENTUALITÀ LE SIA CAPITATO DI DOVER ASSISTERE UNA DONNA CON MGF HA MAI RISCONTRATO UNA O PIU' DELLE SEGUENTI PROBLEMATICHE CLINICHE (anche più risposte)?

- difficoltà alla visita
- difficoltà all'eco transvaginale
- interruzione di gravidanza
- problemi mestruali
- problematiche chirurgiche legate alla de-infibulazione
- complicanze infettive
- complicanze post partum
- difficoltà legate alla ricostruzioni tissutale
- nessuna problematica
- altro.....

13) *NELL'EVENTUALITÀ LE SIA CAPITATO DI DOVER ASSISTERE UNA DONNA CON MGF HA MAI RISCONTRATO UNA O PIU' DELLE SEGUENTI PROBLEMATICHE SOCIOPSICOLOGICHE (anche più risposte)?*

- ansie e paure legate all'intervento chirurgico di de-infibulazione
- desiderio di adeguarsi agli standards culturali della società in cui vive
- desiderio di adeguarsi alle richieste del partner
- conflittualità tra il desiderio di adeguarsi agli standards culturali della società in cui vive e il divieto da parte del proprio nucleo familiare
- nessuna problematica
- altro.....

14) *QUALI STRATEGIE HA ADOTTATO PER RISOLVERE LE PROBLEMATICHE PRIMA DESCRITTE (SIA CLINICHE CHE SOCIOPSICOLOGICHE)?*

.....

15) *HA MAI AVUTO RICHIESTE DI INFIBULAZIONE O RE-INFIBULAZIONE?*

SI  NO

16) *E' A CONOSCENZA DEL LAVORO SVOLTO DAL CENTRO REGIONALE PER LA CURA E PREVENZIONE DELLE MGF DI FIRENZE (DE-INFIBULAZIONE A LAMA FREDDA E AL LASER, CRITERI DI VERIFICA STATO ZONE MUTILATE ETC)?*

SI  NO

17) *QUALI COMPETENZE RITIENE DOVREBBE POSSEDERE PER MEGLIO INTERAGIRE CON QUESTE DONNE (anche più risposte)?*

- migliore conoscenza della lingua
- migliore conoscenza della cultura di appartenenza delle donne con MGF
- migliore conoscenza degli aspetti clinici legati a questa situazione
- migliore conoscenza degli aspetti sociopsicologici legati a questa situazione
- le mie competenze sono sufficienti
- altro (specificare).....

18) RITIENE DEBBANO ESSERE SVOLTE ATTIVITA' FORMATIVE RIGUARDANTI LE MGF E LORO TRATTAMENTO RIVOLTE AGLI OPERATORI?

SI  NO

19) SE SI CON QUALI CONTENUTI? (una sola risposta in base alla maggiore importanza attribuita):

- conoscenza delle classificazioni dell'OMS
- caratteristiche tecniche della de-infibulazione (ed ev. ricostruzione tissutale)
- contenuti socio-antropologici
- contenuti politico-economici
- altro.....

20) SE SI CON QUALI MODALITA'?(una sola risposta in base alla maggiore importanza attribuita):

- corsi di aggiornamento specifici
- convegni,seminari
- documentazioni scritte sulla descrizione delle MGF e loro trattamento
- formazione inserita nei corsi universitari
- altro.....

<b>CONSIDERAZIONI PERSONALI (suggerimenti, storie personali, aneddoti,etc) :</b>

Grazie per la collaborazione

il relatore

il laureando

---

Marco Piazza

---

Orkida Xhyheri



## Bibliografia

### Libri

- |  |  |   |
|--|--|---|
| Dirie Waris con<br>Miller Cathleen   | “Fiore del deserto Storia di una<br>donna”   | Garzanti editore s.p.a<br>Milano 1998   |
| Fusaschi Micaela   | “I segni sul corpo Per un’antropologia<br>delle modificazioni dei genitali<br>femminili”   | Bollati Boringhieri s.r.l.<br>Torino 2003   |
| George J.B.  | “Le teorie del nursing. le basi per<br>l’esercizio professionale”  | Utet- Torino 1995   |
| Smeltzer C. Susanne<br>Bare G. Brenda  | Brunner Suddarth<br>“Nursing Medico – Chirurgico” vol. 1   | Ambrosiana Milano<br>2001   |
| Ministero per le Pari<br>Opportunità   | “Le mutilazioni genitali femminili:<br>Una tradizione insensata e disumana”  | Opuscolo Presidenza<br>del Consiglio  |
| Regione Emilia<br>Romagna Servizio<br>Assistenza<br>Distrettuale<br>Pianificazione e<br>Sviluppo dei servizi<br>Sanitari<br>Consultori Familiari | Programma della Regione Emilia<br>Romagna finalizzato alla attivazione,<br>alla Gestione e alla riorganizzazione<br>dei consultori (Progetto n. 9<br>“Le Mutilazioni Genitali Femminili<br>(MGF) nella popolazione immigrata<br>(dicembre 2000 febbraio 2001)<br>Raccomandazioni per i professionisti” | Pubblicazione Regione<br>Emilia Romagna   |
| Atti del Seminario<br>del Cairo Organizzato<br>da AIDOS e<br>Egyptian Society for<br>the Prevention of<br>Harmful Practices                      | Seminario Afro - arabo di esperti<br>“Norme legislative per la prevenzione<br>delle mutilazioni dei genitali<br>femminili”   | Atti convegno nel<br>ambito della Campagna<br>Internazionale “STOP<br>FGM”<br>Cairo<br>21 -23 giugno 2003 |
| Collegio Nazionale<br>IPASVI   | Codice Deontologico Infermieristico  |   |

### **Periodici**

- |                   |  |  |       |
|-------------------|--|--|-------|
| M.<br>D’Innocenzo | “Le mutilazioni dei genitali femminili:<br>una pratica dannosa per la salute delle<br>donne e delle bambine” | Rivista NEU<br>Num.4 /2000<br>Anno. XXIV<br>Ottobre/dicembre | 24/37 |
|-------------------|--|--|-------|

## **Internet**

Pasquinelli Carla	“Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili”	<a href="http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_1_temi/g_indice_per_temi/mutilaz_genitali_femm/a_aspet...">http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_1_temi/g_indice_per_temi/mutilaz_genitali_femm/a_aspet...</a>	28/11/2004
Dr. Hamid Al-Bashir Ibrahim	“Diritti: L’infibulazione non è Islam”	<a href="http://www.comedonchisciotte.net">http://www.comedonchisciotte.net</a>	26/06/2004
Pasquinelli Carla	“La ricerca sul campo: risultati e considerazioni”	<a href="http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_1_temi/g_indice_per_temi/mutilaz_genitali_femm/a_aspet...">http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_1_temi/g_indice_per_temi/mutilaz_genitali_femm/a_aspet...</a>	28/11/2004
Amnesty International	“mutilazioni genitali”	<a href="http://www.amnesty.it/minori/mitilazoni_genitali.php3">http://www.amnesty.it/minori/mitilazoni_genitali.php3</a>	28/11/2004
AIDOS “Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo”	“La legge attualmente applicabile in Italia”	<a href="http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_1_temi/g_indice_per_temi/mutilaz_genitali_femm/b_aspet...">HTTP://WWW.DIRITTUMANI.donne.aidos.it/bibl_1_temi/g_indice_per_temi/mutilaz_genitali_femm/b_aspet...</a>	28/11/2004
Il sole 24 ore	“Infibulazione, si della Camera”	<a href="http://www.ilsole24ore.com/fc?cmd=art&amp;codid=22.0.1769397858&amp;chld=30">http://www.ilsole24ore.com/fc?cmd=art&amp;codid=22.0.1769397858&amp;chld=30</a>	24/10/2004
Campagna per I diritti umani in collaborazione con l’AIDOS	“Campagna Burkina Faso. Che cosa sono le mutilazioni dei genitali femminili?”	<a href="http://www.dsonline.it/stampa/speciali/burkina_faso/documenti/dettaglio.asp?id_doc=15659">http://www.dsonline.it/stampa/peciali/burkina_faso/documenti/dettaglio.asp?id_doc=15659</a>	08/07/2004
Senza tailleur	“Donne spezzate”	<a href="http://www.angelisullapelle.com/tailleur_ds_infib_1.htm">http://www.angelisullapelle.com/tailleur_ds_infib_1.htm</a>	26/06/2004
L’Unità	“Infibulazione, la legge passa alla camera”	<a href="http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/studi/infibulazione.htm">http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/studi/infibulazione.htm</a>	26/06/2004
Pia Grassivaro Gallo	“The Padua Working” Linee Guida per il Personale Medico di fronte a casi di MGF	<a href="http://fgmpadua.psy.unipd.it/">http://fgmpadua.psy.unipd.it/</a>	28/11/2004