“CANOVACCIO” DEL “CORSO SPERIMENTALE DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA RIVOLTO A RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATE NIGERIANE”.

A cura di: Alessandra Mori, Silvia Dragoni, Letizia Burroni, Elisabetta Calabrese, Serena Savarelli, Francesca Marini, Silvia Petrusi, Elena Fani, Giovanni Poggini¹, Michela Marchetti².

1. NOTA DI METODO

Il “Canovaccio” in oggetto è stato realizzato nell’ambito di un progetto formativo di *formazione - azione*. Questo prevedeva la co-costruzione e la sperimentazione di un corso di accompagnamento alla nascita con il coinvolgimento attivo degli operatori socio-sanitari, dell’antropologa, della mediatrice linguistico-culturale, del pediatra di libera scelta (precedentemente coinvolto in un ciclo di incontri di educazione sanitaria) e delle gestanti nigeriane.

¹ Il pediatra di libera scelta è stato coinvolto a seguito di una serie di criticità riscontrate. In generale sono emerse: a) difficoltà da parte delle donne a comprendere il ruolo e la funzione del pediatra e del medico di medicina generale; b) difficoltà da parte dei medici nella presa in carico di questo specifico target di pazienti; c) distanze significative nei modelli e nella relazione di cura; d) distanze significative nei modelli educativi che hanno un peso nei processi di salute e malattia.

² Antropologa. I servizi socio-sanitari sono chiamati oggi a rispondere ai bisogni di un’utenza sempre più composita, eterogenea e in continuo mutamento.

Nonostante i servizi si attivino per promuovere percorsi di inclusione finalizzati a favorire l’interazione con l’utenza immigrata, si ripropongono alcune ormai note tematiche: differenze linguistiche e socio-culturali; difficoltà legate alle condizioni materiali di esistenza; mutamenti socio-relazionali connessi alla migrazione; assenza in molti casi di una rete sociale, parentale e amicale di riferimento; problemi di comunicazione; difficoltà di accesso ai servizi (MARCHETTI - POLCRI 2013: 247). Gli operatori - eredi e portatori di un bagaglio di conoscenze e pratiche non sempre adeguate a rispondere alle complesse questioni connesse agli odierni fenomeni migratori - si trovano a far fronte a vasti quesiti conoscitivi, a difficoltà nell’intercettare bisogni, nel formulare diagnosi, e a problematicità connesse all’esigenza di individuare nuove ed efficaci strategie operative.

A fronte di continui mutamenti nella composizione della utenza migrante, «la risposta standard» fornita dai servizi, risulta spesso inadeguata e poco efficace. Ne consegue la necessità di approfondire conoscenze, costruire e sperimentare nuove strategie operative volte all’inclusione socio-sanitaria delle persone provenienti da contesti “altri”, integrando quanto già in essere con conoscenze, competenze e abilità specifiche delle scienze antropologiche ed etnologiche.

Conoscenze, competenze e abilità proprie all’antropologia medica si configurano pertanto come indispensabili a integrare il “versante socio-culturale” dei processi di salute e malattia.

La metodologia adottata per questa specifica formazione era improntata alla partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti, al confronto, al reciproco trasferimento di conoscenze, all'applicazione di un approccio interdisciplinare e interculturale ai complessi fenomeni migratori del contemporaneo. Gli operatori socio-sanitari preparavano ad ogni incontro i temi e i materiali da discutere e validare collettivamente.

La scelta dei temi da trattare non è avvenuta casualmente. I temi erano selezionati sulla base di conoscenze e consapevolezza delle principali questioni problematiche connesse alla utenza in questione, emerse nell'ambito di precedenti progetti³. In tal senso, l'evento formativo si è posto in soluzione di continuità con il lavoro precedentemente avviato.

Nella costruzione e sperimentazione del corso di accompagnamento alla nascita il livello della formazione e quello dell'operatività erano strettamente interconnessi. L'attività formativa si presentava sotto forma di mutuo scambio di conoscenze, idee e opinioni. Gli operatori elaboravano di volta in volta i contenuti sanitari da presentare durante gli incontri, le donne ascoltavano con il ruolo di soggetti valutatori dell'efficacia dei contenuti forniti e delle modalità impiegate dagli operatori per veicolarli.

Il confronto permetteva di calibrare strada facendo ciò che le donne ritenevano incomprensibile e inefficace. La formazione procedeva in modo circolare senza unilaterali predominanze acculturative, conoscitive e informative da parte di un solo gruppo. Gli operatori realizzavano interventi di promozione della salute in gravidanza e di prevenzione sociale rivolti alle donne e queste ultime formavano a loro volta gli operatori ponendo questioni e fornendo giudizi di valore positivi o negativi a partire dai loro orizzonti di significati e bisogni. In tal senso il percorso di *formazione – azione* rappresentava una strategia operativa volta a

³ a) Progetto PASSI: Percorsi e Azioni di Sostegno Sociale; b) Integrazione e Alfabeti e Linguaggi n° 10 / 16, Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 – Obiettivo specifico: 2 Integrazione Migrazione legale Obiettivo nazionale: 2 Integrazione – lett. H) Formazione civico linguistica svolti presso il Consultorio familiare di Arezzo in collaborazione con OXFAM ITALIA.

ripensare i luoghi del consultorio come spazi di costruzione democratica di processi formativi, di inclusione e interazione tra operatori socio-sanitari e utenza, offriva un contributo operativo alla riconfigurazione delle pratiche mediche, resa possibile anche dall'introduzione del sapere antropologico.

Il “come” affrontare questi temi, lo sforzo volto a trovare le parole adeguate, un modo efficace per “tradurre” e comunicare a persone provenienti da un contesto radicalmente diverso, contenuti peculiari di uno specifico contesto socio-culturale, ha rappresentato in alcuni casi un vero rompicapo.

Obiettivo generale del *Corso di accompagnamento alla nascita rivolto a richiedenti asilo e rifugiate nigeriane*, oltre a quello di potenziare le capacità di presa in carico, da parte degli operatori, delle donne richiedenti asilo nigeriane, era promuovere e facilitare l'accesso di queste ai servizi socio-sanitari, contribuendo a ridurre le disuguaglianze in salute. Gli obiettivi specifici erano: *a)* Promuovere, attraverso la formazione di operatori socio-sanitari, percorsi di promozione della salute in gravidanza; *b)* promuovere, attraverso la formazione di operatori socio-sanitari, percorsi di prevenzione sociale; *c)* rafforzare negli operatori la capacità di trasmettere alle donne informazioni utili sul funzionamento dei servizi socio-sanitari e sulle modalità di presa in carico delle donne in gravidanza.

2. BREVI OSSERVAZIONI PRELIMINARI.

- Il “canovaccio” si articola in quattro incontri di un'ora e trenta ciascuno. Al fine di agevolare la partecipazione e la frequenza delle donne, è importante proporre percorsi non troppo lunghi che tengano in conto anche dei possibili ostacoli logistici quali ad esempio la distanza tra il centro di accoglienza e il consultorio e l'accessibilità dei mezzi di trasporto.

- È cruciale l'inclusione della mediatrice linguistico-culturale in affiancamento agli operatori per tutta la durata del corso.
- Nella trasmissione di conoscenze e contenuti connessi all'apparato riproduttivo e al corpo in generale, i supporti visivi sono preziosi. I plastici e le immagini sono molto efficaci (ad esempio un plastico che mostra la posizione dell'utero dentro le ossa del bacino), aprono una finestra descrittiva del corpo "dentro" e facilitano la comprensione del linguaggio tecnico-scientifico (ovociti, ovaie, utero, vagina, spermatozoi, sperma, fecondazione, ciclo, ecc.). Inoltre, nel fornire informazioni, è utile considerare: *a) la differenza delle categorie socio-linguistiche di riferimento*: certe figure professionali o categorie del nostro Sistema sanitario che gli operatori "naturalmente" danno per ovvie e acquisite, quali ad esempio medico di medicina generale, Cup, etc., non lo sono affatto in altri paesi, né è scontato che siano conosciute; *b) le differenze socio-culturali nelle modalità comunicative*: le diverse modalità comunicative ed espressive che caratterizzano le persone rischiano di indurre in "equivoco"; ad esempio, la tendenza di molte donne migranti ad acconsentire gentilmente all'operatore anche se non hanno compreso bene ciò che viene loro detto, induce la certezza che il messaggio sia stato decodificato, sebbene di questo non vi sia garanzia.
- Come buona pratica in generale, sarebbe auspicabile l'adozione di un atteggiamento curioso (in senso positivo, ovvero desideroso di comprendere) orientato a conoscere e valorizzare le idee e le esperienze di cui sono portatrici le donne utenti dei servizi, evitando invece atteggiamenti infantilizzanti. Un atteggiamento di chiusura, poco accogliente, giudicante e infantilizzante nei confronti della donna, o atteggiamenti sbrigativi non favoriscono un efficace scambio di informazioni.

- Si propone inoltre di lasciare ampio spazio alle domande delle donne. Talvolta potrebbe essere utile costruire gli incontri sulla base delle loro domande.
- Un accenno a quella che pensiamo essere una questione cruciale nel possibile lavoro con queste persone: la *fiducia*. È noto da tempo che la fiducia sta alla base di qualsiasi relazione o itinerario terapeutico. Se, in qualità di operatori, non riusciamo a stabilire concretamente una relazione di reciproca fiducia, è altamente probabile che i percorsi progettati per questo specifico target (e anche per altri), non abbiano un riscontro positivo in termini di adesione e frequenza. Forse per le singole biografie, spesso segnate da menzogne, false promesse e attese tradite, la costruzione di una relazione basata sulla fiducia con le richiedenti asilo nigeriane, sembra essere particolarmente faticosa e lenta, tuttavia indispensabile per il buon esito delle attività.

3. ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO

I Incontro (a cura dell'ostetrica)

Questo primo incontro sarà funzionale a stabilire un contatto e acquisire dati anagrafici e informazioni sulla gravidanza e la salute della donna: presentarsi, chiedere i loro nomi, di quanti mesi sono, come sta andando la gravidanza, ecc.

Si raccomanda di presentare in poche e semplici parole il “Corso di accompagnamento alla nascita”, comunicare date e orari, possibilmente preparare un breve calendario e darlo alle partecipanti, accertandosi che le informazioni siano state realmente recepite. È indispensabile non dare mai nulla per “ovvio” e “scontato”.

Tema di questo primo incontro: il *Libretto di gravidanza*⁴. Il libretto è uno strumento molto utile se ben compreso. È indispensabile spiegare quali esami sono richiesti durante la gravidanza e a cosa servono (analisi del sangue, ecografia, pap-test). Le analisi del sangue, in particolare, vanno motivate. Il sangue è il fluido corporeo vitale per eccellenza, carico di significati che variano a seconda dei soggetti e dei contesti socio-culturali di riferimento. È importante far comprendere alle donne dove va a finire il loro sangue (il laboratorio), a cosa servono questi esami, cosa si riesce a capire dalle analisi del sangue e quali possibili disturbi o patologie possono essere prevenuti proprio grazie alle analisi. Da precedenti incontri è emersa, da parte di alcune donne, la convinzione che il sangue prelevato “qui” sia troppo. Questa idea sembra connessa al timore che il sangue in corpo possa finire. Di conseguenza è necessario spiegare che il sangue non finisce né diminuisce, ma si riproduce.

II Incontro: Comportamenti in gravidanza (alimentazione e sessualità) e tecniche per facilitare l'elasticità della vagina e il parto (a cura dell'ostetrica e della psicologa).

Parlare dell'alimentazione è importante. Innanzitutto perché tra le principali patologie a carico dei migranti ci sono proprio quelle dell'apparato digerente. Inoltre, in alcuni ospedali di alcune grandi città della Nigeria, si svolgono degli incontri con donne incinta tenuti da ostetriche, in cui si parla anche di alimentazione in gravidanza (ad esempio, una donna proveniente da Benin City ha raccontato che in un grande ospedale della città si tenevano incontri condotti da ostetriche e rivolti alle donne incinta, una volta alla settimana). Affrontare il tema dell'alimentazione in gravidanza e durante il puerperio, attraverso un approccio interlocutorio e non normativo, consente di far emergere

⁴ Il *Libretto di gravidanza* è uno strumento in cui sono prescritti, mese per mese, tutti gli esami da effettuare in gravidanza. Per anni è stata una specificità della Regione Toscana, ma dopo la pubblicazione delle *Linee guida sulla gravidanza fisiologica* (MINISTERO DELLA SALUTE – ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ – CENTRO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA [CEVEAS] 2010) altre regioni si sono dotate di uno strumento simile.

specifiche idee sui cibi, che possono essere buoni o cattivi per la salute della gestante e del bambino, gustosi o disgustosi, ecc. Con le idee che loro hanno sull'alimentazione si può entrare in dialogo e raccontare come viene affrontato dai servizi “qui” il tema dell'alimentazione in gravidanza e durante il puerperio.

Abbiamo inserito il tema della sessualità perché ricorrono, da parte delle donne con cui abbiamo lavorato, domande relative ai comportamenti sessuali in gravidanza. Ne riporto alcune tra parentesi come questioni che potrebbero facilitare l'ostetrica nell'orientare e calibrare l'incontro (Quando sei incinta e fai sempre l'amore, è possibile perdere il bambino? Se una donna incinta non ha avuto rapporti sessuali da tre mesi fino a nove mesi, ha difficoltà a partorire? Quando una donna è incinta va bene sempre fare l'amore con il marito?).

Tuttavia la questione della sessualità in gravidanza è connessa alla sessualità più in generale e alle relazioni tra uomini e donne in specifici contesti. È emerso come, in alcuni casi, il rapporto sessuale non sia sempre desiderato e piacevole. Questo aspetto va tenuto in considerazione, “attrezzandosi”, anche con il supporto della psicologa, al fine di rispondere a domande che hanno a che fare sia con il livello biologico della corporeità (ad esempio in riferimento alla domanda sulle conseguenze della assenza di rapporti sessuali dai tre ai nove mesi di gravidanza per l'elasticità della vagina), che con il livello di sofferenza psico-sociale ed emotiva.

Le questioni poste dalle donne sui rapporti sessuali in gravidanza possono essere lette anche come domande volte a capire cosa facilita o al contrario, cosa ostacola, l'elasticità della vagina e di conseguenza il parto. Potrebbe essere utile organizzare uno o più incontri tenuti dall'ostetrica (sarà l'ostetrica stessa, con la sua sensibilità, a comprendere se opportuno e per quanti incontri) in cui quest'ultima spieghi e faccia fare alle donne (se capisce che è il

caso e loro lo desiderano) alcuni esercizi e/o pratiche finalizzate a rendere più flessibile collo dell'utero e vagina.

III Incontro (a cura dell'assistente sociale)

Diritti e doveri dei genitori nel paese di approdo e diritti della "mamma in solitudine".

Questo incontro si pone l'obiettivo di promuovere un approccio volto alla prevenzione sociale, attraverso l'informazione e il confronto con idee, pratiche e particolari condizioni di esistenza. Concetti propri del nostro impianto giuridico non esistono in Nigeria, o esistono in forme molto diverse. Sarà cura dell'assistente sociale fornire, in modo semplice e chiaro, contenuti socio-giuridici al fine di evitare che comportamenti considerati normali dalle donne nigeriane, socialmente condivisi e generalmente molto diffusi nel paese di origine, divengano percorsi "patologici" nel paese di approdo. Faccio un esempio a fini esplicativi: alcune donne nigeriane hanno raccontato che da loro è assolutamente "normale" mandare un bambino di due anni e mezzo a scuola da solo. In Italia questo comportamento non è invece considerato "normale" ed è a rischio di essere punito dalla legge.

Questo specifico incontro è tanto essenziale quanto complesso da articolare. È cruciale far comprendere alle donne (e sarebbe auspicabile un coinvolgimento della componente maschile, laddove possibile e senza forzature) che alla dichiarazione "questo è il mio bambino" corrispondono dei doveri dell'adulto nei confronti del bambino (quello che noi chiameremmo riconoscimento). Tuttavia questo concetto non è sufficientemente chiaro a persone provenienti da contesti con una giurisdizione differente, pertanto si consiglia di effettuare un'operazione di traduzione e semplificazione del suo significato).

Abbiamo scelto di affrontare il tema della "mamma in solitudine", per due motivi: *a)* perché esplicitamente richiesto da una donna in carico al consultorio di Arezzo; *b)* abbiamo osservato che questa

condizione ricorre nelle donne nigeriane ospiti dei centri di accoglienza territoriali.

Di conseguenza risulta importante trattare il tema, informando sui diritti fondamentali della madre che si trova ad affrontare da sola la crescita del proprio figlio e perlopiù deprivata della propria rete di riferimento.

Di seguito: a) la scaletta dei temi affrontati nel corso di questo incontro, elaborata e fornita dall'assistente sociale del consultorio di Arezzo:

- genitorialità consapevole e responsabile: cosa significa riconoscimento, modalità di riconoscimento (dove, come, da parte di chi) e quali i diritti e i doveri dei genitori verso i figli, diritti del bambino;
- Famiglia monogenitoriale, ove il riconoscimento sia effettuato da un solo genitore, quali i diritti della madre sola;
- Servizi territoriali di sostegno alla genitorialità; ove rivolgersi per fare richieste (es: viveri, contributi economici, visite, erogazione di servizi in generale);
- Specificità in merito ai diritti e doveri genitoriali su questioni particolari quali: mantenimento, espatrio, scuola, salute.

IV Incontro: MGF (Modificazioni genitali femminili) (a cura di: ostetrica, assistente sociale, pediatra).

L'incontro sulle MGF andrebbe suddiviso in due parti.

La prima, tenuta dall'assistente sociale, volta a informare le donne sulle misure legali applicate a coloro che le praticano (informare, usando un lessico e una sintassi chiara e semplice, che in Italia questa pratica è generalmente considerata reato). Questa parte è indispensabile, non tutte conoscono le conseguenze legali di questa pratica (anche questo tipo di informazione si colloca in azioni di prevenzione sociale).

La seconda parte, tenuta dall'ostetrica e dal pediatra, avrà l'obiettivo di informare sulle conseguenze per la salute della donna e della bambina. Si raccomanda di non creare confusione e far capire alle donne la distinzione tra infibulazione e circoncisione (da riflettere se parlare delle quattro forme di modificazioni dei genitali femminili oppure effettuare solo una distinzione tra infibulazione e altre forme di modificazioni dei genitali femminili).

Di seguito alcune domande raccolte nel corso degli incontri con le donne.

Domande e racconti delle donne:

- Se porti la bambina in Africa, le fai là e poi la riporti?
- In Africa se una donna non è circondata, proprio il giorno in cui deve partorire, la circondata, anche in ospedale, proprio come pratica, qui lo possono fare?
- Qual è la differenza nel visitare una persona circondata e una non circondata? È più facile visitare quest'ultima? (da questa domanda spicca la necessità di distinguere tra infibulazione e le altre forme di modificazioni dei genitali femminili).
- Quando una donna è infibulata non può fare l'amore?
- Le donne raccontano che se una donna non è circondata ha sempre voglia di fare sesso, "va con più di un uomo", uno solo non le basta, è come una "cagna" e viene presa in giro dalle altre donne. Inoltre raccontano che gli uomini, credendo che le donne non circondate hanno sempre voglia di fare sesso, sono più violenti.

Queste domande potrebbero essere utili per calibrare gli interventi. L'assistente sociale, ad esempio, avrà cura di esplicitare che le modificazioni dei genitali femminili non si possono praticare né in Italia né al paese di origine, riportando successivamente la bambina in Italia.

È importante sforzarsi di evitare atteggiamenti giudicanti e colpevolizzanti che potrebbero indurre un allontanamento della donna e della bambina dai servizi. Se l'obiettivo dei servizi è

facilitare l'accesso è fondamentale essere consapevoli degli atteggiamenti che possono ostacolarlo. Le MGF sono un fenomeno complesso e radicato in specifici contesti socio-culturali che andrebbe affrontato con strumenti diversi. Tuttavia l'incontro su questa pratica deve porsi l'obiettivo di informare sulle conseguenze legali e sanitarie, cercando di "ripulire" il nostro modo di affrontarlo da atteggiamenti giudicanti.

Di seguito la scaletta dei punti affrontati elaborata dall'assistente sociale del consultorio di Arezzo:

- Aspetti giuridici delle MGF secondo la normativa vigente, con relativi obblighi degli esercenti pubblico servizio o pubblici ufficiali.
- Aspetti inerenti la tutela del minore.

Di seguito il materiale elaborato dalle ostetriche:

Classificazione MGF

L'OMS individua 4 tipi di mutilazioni genitali femminili:

- I - rimozione del cappuccio o prepuzio clitorideo (la piega della pelle attorno al clitoride) con asportazione parziale o totale del clitoride stesso.
- II - rimozione delle piccole labbra, con asportazione parziale o completa del clitoride e delle grandi labbra
- III - rimozione parziale o totale sia delle piccole che della grandi labbra, con cucitura della vagina lasciando solo un piccolo foro per il passaggio dell'urina e del sangue delle mestruazioni. Quest'ultima è propriamente definita infibulazione.
- IV - altri atti vari, tra cui cauterizzazione del clitoride, taglio della vagina ed introduzione in essa di sostanze corrosive per restringerne il canale.

*Quali sono le conseguenze sanitarie delle mutilazioni dei genitali femminili? **

Le conseguenze delle FGM dipendono dal tipo di operazione praticata (l'infibulazione ha chiaramente conseguenze più gravi), dalla capacità e dall'esperienza dell'operatrice, dalle condizioni igieniche nelle quali viene praticata l'operazione, la cooperazione e la salute della bambina al momento dell'operazione.

L'infibulazione può creare problemi per i medici. Infatti è pressoché impossibile praticare un esame pelvico, per cui risulta molto difficile, se non impossibile, valutare una gravidanza o diagnosticare alcune malattie. Se l'apertura lasciata dall'infibulazione risulta molto stretta, è inoltre impossibile prevenire le infezioni all'apparato riproduttivo. Anche il pap test è impossibile da effettuare, per cui diventa impossibile diagnosticare alcuni tipi di tumore.

Conseguenze immediate

- Shock dovuto non solo al forte dolore causato dall'operazione fatta in assenza di anestesia ma anche alla perdita di sangue che, anche se scarse, possono prolungarsi per diversi giorni o alla sepsi.
- Emorragia: la più comune e quasi inevitabile conseguenza dato che l'amputazione della clitoride può coinvolgere anche la resezione dell'arteria dorsale della clitoride. Inoltre anche l'amputazione delle labbra può causare danni alle arterie e alle vene. Un prolungata emorragia può risultare in un'anemia a lungo termine. Infezioni dovute alle scarse condizioni igieniche, all'uso di strumenti non sterili e al fatto che la minzione e la defecazione, nelle bambine legate, avvengono sulle ferite. Sempre nel caso dell'infibulazione inoltre si può verificare una esplosione interna dell'infezione che può intaccare organi quali l'utero, le tube di Fallopio e le ovaie causando così infezioni pelviche croniche e infertilità. Ritenzione urinaria della

durata di ore o giorni. La minzione infatti per queste donne risulta spesso dolorosa a causa dell'infiammazione della ferita vulvare. Questa complicazione può causare infezione al tratto urinario. Lesioni dei tessuti adiacenti come per esempio l'uretra, la vagina, il perineo o al retto. Conseguenze dovute anche in questo caso all'uso di strumenti non sterili, alla mancanza di una illuminazione adatta durante l'operazione, alla scarsa conoscenza dell'anatomia da parte delle operatrici e al dimenarsi della paziente. Più frequente è la lesione dell'orifizio anale e del retto con sezione dello sfintere anale e incontinenza residua. Tetano: può sopraggiungere a causa dell'uso di attrezzatura non sterile. Aids: spesso usando gli stessi strumenti per molte operazioni, si può verificare la trasmissione del virus dell'HIV.

Conseguenze a lungo termine

- Perdita di sangue: si può verificare qualora la procedura venga effettuata su una ferita infetta. Per esempio nel caso di ripetute infibulazioni e di reinfibulazione dopo il parto. Difficoltà nella minzione: dovuta alla ostruzione dell'apertura urinaria o al danneggiamento del canale urinario. La minzione può essere dolorosa e portare alla ritenzione urinaria, al frequente stimolo di urinare, incontinenza e infezioni al tratto urinario.
- Frequenti infezioni al tratto urinario: spesso dovute al danno della mutilazione sul basso tratto urinario. Le frequenti infezioni di questo tipo sono comuni soprattutto tra le donne infibulate.
- Incontinenza: può essere causata dal danno subito dall'uretra durante l'operazione. L'incontinenza può essere motivo di allontanamento dalla società per una donna. Infezioni pelviche croniche: comuni nelle donne infibulate:

Le MGF e la parziale occlusione della vagina e dell'uretra aumentano le probabilità di infezioni. Sterilità: è dovuta alle infezioni che possono provocare danni irreparabili agli organi della riproduzione. Cheloidi: si tratta di formazioni fibromatose cutanee di tipo iper elastico in conseguenza di stimoli infiammatori cronici. Spesso queste formazioni restringono l'orifizio vaginale causando gravi conseguenze. Cisti dermoidi: si tratta di cisti provocate dall'inclusione di un frammento cutaneo che possono dar luogo a tumore. Neuroma: si può sviluppare laddove il nervo dorsale della clitoride viene tagliato. L'intera area genitale diviene ipersensibile e causa dolori molto forti in modo permanente.

- Formazione di calcoli: si possono verificare a causa dei residui del flusso mestruale o dai depositi urinari nella vagina e nello spazio dietro il ponte di pelle creato dall'infibulazione.
- Fistole, cioè perforazioni o tunnel tra la vagina e la vescica o tra la vagina e il retto, dovute al danno causato dalle FGM o dal ripetersi di defibulazione o reinfibulazione, ai rapporti sessuali o parto difficoltoso. La continua perdita di urina e feci causata dalle fistole può tormentare la vita di queste donne fino a trasformarle in reiette della società.
- Disfunzioni sessuali: dolori durante i rapporti sessuali e riduzione della sensibilità in seguito alla clitoridectomia, ma soprattutto in conseguenza dell'infibulazione, sono le conseguenze più diffuse. La penetrazione può risultare difficile se non impossibile, e in certi casi bisogna praticare un altro taglio.
- Problemi durante le mestruazioni: spesso sopraggiungono a causa della parziale o totale occlusione dell'orifizio

vaginale. Ciò può portare alla dismenorrea. Gli ematocolpi possono verificarsi per il ristagno del sangue mestruale nella vagina per molti mesi. In questi casi la distensione dell'addome indotto dall'accumulo di sangue mestruale, insieme alla mancanza apparente delle mestruazioni, può suscitare sospetti di gravidanza che possono arrecare non pochi problemi per la vita sociale della ragazza.

- Problemi durante la gravidanza e il parto: sono molto comuni nelle donne che hanno subito FGM. Il resistente tessuto della cicatrice (cicatrizzato) può impedire la dilatazione del canale del parto e causare un parto ostruito (obstructed labour). Lo sfinimento dovuto a un lungo protrarsi del periodo espulsivo può causare inerzia uterina, nonché fistole e perdita di sangue che possono portare alla morte del bambino. Inoltre il bambino può riportare danni cerebrali.

Possibili problemi sessuali e psicologici

Non ci sono sufficienti studi sugli effetti psicosessuali della pratica. La letteratura in merito comunque rivela le seguenti complicazioni:

- frigidità
- mancanza di orgasmo dovuta all'amputazione della clitoride
- difficoltà nella penetrazione a causa dell'irrigidimento dei tessuti della vagina
- disturbi del comportamento
- malattie psicosomatiche
- ansia
- depressione
- incubi
- psicosi

*Tratto da "Mutilazioni dei genitali femminili. Si crede che... Invece... Perché questa pratica deve finire", pubblicazione dell'AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, 2000.

L'insieme di queste conoscenze rappresenta un bagaglio indispensabile all'interazione, al processo di socializzazione e alla comprensione del funzionamento di una serie di meccanismi, luoghi e itinerari connessi ai processi di salute e malattia e alla sua prevenzione.

4. SUGGERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Marchetti Michela, Polcri Chiara (2013), *Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione dei servizi socio-sanitari*, in "A.M. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 35-36, gennaio 2013.
- Marchetti Michela (2018), *Percorso sperimentale di educazione alla salute e apprendimento "situato" della lingua italiana rivolto a richiedenti asilo nigeriane*, in Luatti Lorenzo (Curatore), *Alfabeti e linguaggi per la cittadinanza. La formazione linguistica per stranieri: esperienze, materiali, proposte*. Pubblicazione cofinanziata con le risorse provenienti dal Fondo Asilo, Migrazione ed Integrazione (fami) 2014-2020.
- Mattalucci Claudia (2017), *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ong Aihwa (2005), *Da rifugiati a cittadini. Pratiche di governo nella nuova America*, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig. *Buddha is Hiding: Refugees, Citizenship, the New America*, University of California Press, 2003].
- Pinelli Barbara (2011), *Donne come le altre. Soggettività, relazioni e vita quotidiana nelle migrazioni delle donne verso l'Italia*, ed.it, Firenze.
- Quaranta Ivo, Ricca Mario (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Sayad Abdelmalek (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig. *La double absence*, Seuil, Paris, 1999].

- Seppilli Tullio (2000), *Le nuove immigrazioni e problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica.", n. 9-10, ottobre 2000, pp. 35-40.