

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

FRANCO AVENIA

Presidente dell'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS)

Vicepresidente della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) fanno parte delle tradizioni di molte popolazioni concentrate nel centro e nord Africa, ma rintracciabili anche in altri continenti. Le recenti massicce immigrazioni in Europa ci hanno però direttamente messo a confronto con tali realtà, schiudendo un nuovo e complesso orizzonte culturale che ci costringe a confrontarci con dimensioni sociali, sanitarie e giuridiche che impongono severe riflessioni.

Il fenomeno delle MGF è, infatti, di enormi proporzioni. Secondo stime di accreditati Autori, come la Grassivaro Gallo, elaborate in dieci anni di ricerche, e confermate dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità attualmente vivono nel mondo circa 130 milioni di donne che hanno subito mutilazioni genitali e 6000 bambine al giorno vengono costrette alla stessa sorte. Ciononostante, fino a qualche anno fa, le MGF costituivano un fenomeno circoscritto geograficamente che riguardava essenzialmente organismi internazionali. La loro rilevanza a livello nazionale, soprattutto in Europa e principalmente in Italia, era scarsa a causa di un'esigua presenza di casi. Negli ultimi anni però, con il crescere dell'immigrazione, la dimensione di tali pratiche si è estesa anche nei paesi della comunità europea, concretandosi in un grave problema d'attualità che investe diversi aspetti: responsabilità penali; assistenza e deontologia medica; riabilitazione medica e psicologica; prevenzione-dissuasione.

Origini

Le origini delle mutilazioni genitali femminili risalgono a circa 2000 anni a.C.. Negli anni ottanta, infatti, il ritrovamento di due cadaveri di donna del tipo Camito-Semitico, databili nell'epoca del neolitico inferiore, ha mostrato chiare cicatrici da *infibulazione*¹. D'altronde la circoncisione maschile era stata già documentata da Chabas², nel 1861, e da Loret³, nel 1889, ritrovando su reperti archeologici testimonianze rispettivamente risalenti al secondo ed al terzo millennio a.C.. La pratica dunque delle mutilazioni genitali, chiaramente raffigurata in templi ed opere monumentali, lascia supporre che circa 4000 anni fa non fosse solo praticata e conosciuta, ma già saldamente inserita nella tradizione.

¹ Scoperta del paleo-patologo H. Dieck, nel 1981.

² In tempio tebano. Khonsu. XXI dinastia.

³ In complesso funerario. Saqqarah. IV dinastia.

Ma i primi casi di *infibulazione* realmente documentati risalgono ai primi del secolo diciannovesimo; mentre il primo articolo epidemiologico è stato pubblicato da Hosken negli anni '70⁴ e la prima ricerca strutturata in merito è stata realizzata in Africa nel 1979.⁵

Caratteristiche delle mutilazioni

Le modifiche dell'apparato genitale femminile, artificialmente prodotte, possono essere distinte in deformazioni espansive o riduttive.

Le deformazioni espansive possono interessare:

- il clitoride e/o le piccole labbra con finalità di allungamento, distensione, ingrandimento. I metodi per ottenere tali effetti – se si eccettua l'azione irritante prodotta sul clitoride da punture di formiche appositamente allocate per produrre edemi e renderlo più idoneo alla suzione – non risultano particolarmente cruenti o dolorosi, inserendosi spesso in un contesto ludico-erotico.

- La regione vulvo-vaginale con finalità d'ampliamento. Gli interventi di dilatazione vaginale vanno dalla semplice dilatazione ottenuta per mezzo di massaggi ed applicazione d'unguenti (tipica delle regioni centro-africane) all'introcisione, praticata in alcune zone dell'Australia. L'introcisione (aralkatana, ovvero taglio della vulva), contrariamente ai massaggi, si sostanzia in una vera e propria mutilazione, consistendo nella deflorazione e nel taglio della connessura labiale posteriore. Secondo Letourneau, mutilazioni simili erano anche praticate dagli Aztechi nell'era precolombiana (Erllich, 1990).

Le deformazioni riduttive possono interessare:

- clitoride e piccole labbra. In questo caso può trattarsi di resezione del prepuzio con o senza escissione del clitoride o di parte di esso. Siffatta mutilazione, detta "circoncisione sunna", è prevalentemente praticata nelle società di religione musulmana del nord Africa, del sud dell'Arabia ed in Indonesia; può altresì comprendere l'escissione parziale o totale delle piccole labbra. Questa variante, maggiormente mutilante è la più diffusa e riguarda soprattutto le donne dell'Africa centrale, non risparmiando neanche quelle di religione cristiana.

- regione vulvo-vaginale. Si opera qui un restringimento, molto prossimo alla chiusura, dell'introito vaginale con escissione parziale o totale dei genitali esterni. Tale usanza, chiamata correntemente infibulazione o circoncisione faraonica, è presente particolarmente tra i musulmani dell'Africa centro-orientale.

⁴"The Hosken Report", 1978

⁵ Facoltà di medicina del Sudan.

Classificazione e localizzazione geografica

La classificazione delle mutilazioni genitali femminili è assai complessa in quanto ne esistono di molte varietà che sovente si integrano e si sovrappongono rendendo difficile la loro individuazione specifica. In più, difficoltà di decodificare espressioni descrittive formulate in lingue e dialetti diversi hanno nel tempo moltiplicato le differenze. A ciò va poi aggiunta la tradizionale circospezione di coloro che le praticano, tentando d'ammantarle di segretezza nei confronti di osservatori estranei alla loro cultura.

Facciamo, pertanto, riferimento alla classificazione del Technical Working Group del World Health Organization, elaborato nel 1995.

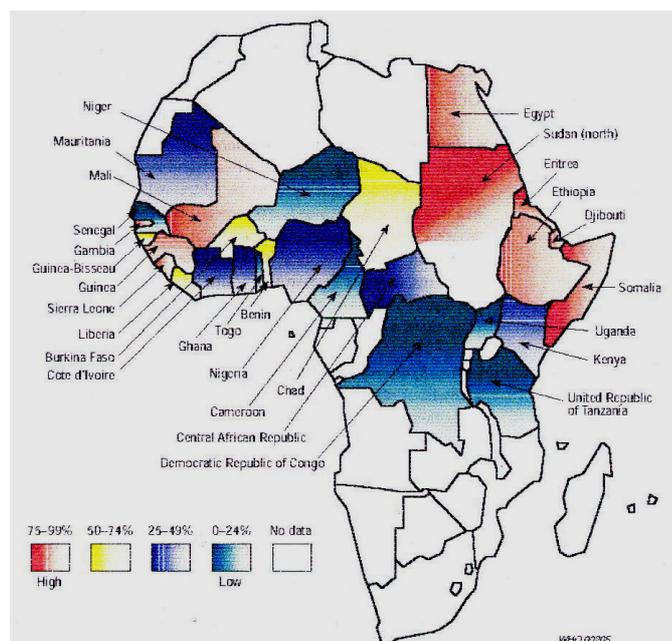
La seguente classificazione è suddivisa in tre tipi ed in un sottotipo di mutilazioni non classificabili:

TIPO I: escissione del prepuzio, con o senza asportazione di parte o tutto il clitoride.

TIPO II: escissione del clitoride con parziale o totale escissione delle piccole labbra.

TIPO III: escissione parziale o completa dei genitali esterni e sutura/restringimento dell'apertura vaginale (infibulazione).

TIPO IV (non classificato): include la sutura, il piercing o l'incisione del clitoride e/o delle labbra; lo stiramento del clitoride e/o delle labbra; la cauterizzazione del clitoride e del tessuto circostante per mezzo di bruciatura; la demolizione del tessuto circostante l'orifizio vaginale ("angurya cuts") o taglio della vagina ("gishiri cuts"); l'introduzione di sostanze o di erbe nella vagina; ed ogni altra procedura volta a produrre alterazioni dell'area genitale femminile.



(Dislocazione geografica delle MGF in Africa. Tratta da: www.who.int - sito internet della WHO)

Tassi di prevalenza stimati, aggiornati a maggio 2001

L'informazione circa la prevalenza delle FGM proviene da fonti di diversa qualità ed affidabilità. Nelle seguenti tabelle le informazioni sono state organizzate in base all'affidabilità delle fonti.

Fonti più affidabili: perizie nazionali		
Paese	Prevalenza (%)	Anno—
Burkina Faso	72	1998/99
Central African Republic	43	1994/95
Côte d'Ivoire	43	1994
Egypt	97	1995
Eritrea	95	1995
Guinea	99	1999
Kenya	38	1998
Mali	94	1995/96
Niger	5	1998

Altre stime			
Paese	Prevalenza (%)	Anno—	Fonte
Benin	50	1993	Ricerca del National Committee, non pubblicata.
Chad	60	1991	Ricerca UNICEF, non pubblicata.
Ethiopia	85	1985; 1990	Ricerca del ministero della Salute, sponsorizzata dall'UNICEF; ricerca Inter-African Committee.
Gambia	80	1985	Ricerche.
Ghana	30	1986; 1987	Due ricerche in regioni differenti; diversi risultati.
Liberia	60	1984	Ricerca non pubblicata.
Senegal	20	1990	Ricerca nazionale.
Sierra Leone	90	1987	Koso-Thomas O., (1987): <i>"The circumcision of women: a strategy for eradication"</i> . London, Zed Press.
Nigeria	25	1999	
Somalia	96-100	1982-93	
Sudan	89	1989/90	
Tanzania	18	1996	
Togo	12	1996	
Yemen	23	1997	

Prevalenza età e complicanze

L'età media delle bambine sottoposte a MGF va dai primi mesi di vita ai 17 anni, con una prevalenza tra i 4 ed i 12 anni. A causa del trauma inferto e delle complicanze è spesso necessario legare le gambe della bambina per 2-6 settimane dopo la mutilazione.

Le complicanze delle MGF sono, infatti, molto frequenti e quasi sempre molto gravi sia per il contesto di scarsissima igiene in cui vengono praticate, sia per gli strumenti utilizzati (pezzi di vetro, pietre taglienti, lamette da barba, ecc., per le mutilazioni; spine di acacia, filo da cucito, ecc., per le suture)

Le complicanze di ordine medico si distinguono a seconda del periodo in cui insorgono: a breve, medio e lungo termine.

Le complicanze a breve termine consistono nella morte, nelle emorragie, nello shock post operatorio, nelle lesioni all'interno della vagina, dell'uretra, della vescica, dello sfintere anale, in infezioni, setticemia, tetano, contagio da HIV, epatiti.

Le complicanze a medio e lungo termine possono consistere in cisti ed ascessi, dismenorrea, vaginismo, infezioni croniche, incontinenza urinaria, neuromi, sterilità, gravi problemi durante la gravidanza ed il parto, infezioni puerperali.

Per quanto riguarda le complicanze a livello psicologico, anche se è assai difficile individuarle per il contesto socio-culturale nel quale emergono e per la nota reticenza in merito, nonostante compiacenti studi che le escludono o le minimizzano, sono anch'esse frequenti e di rilievo⁶.

Le MGF e la legislazione in Italia

Nel 2003 fui il primo firmatario di una iniziativa per una proposta di legge per il contenimento delle mutilazioni genitali femminili in Italia. Anche a seguito di tale iniziativa, nel 2006, il Parlamento italiano ha promulgato una legge sulla "prevenzione ed il divieto delle Mutilazioni Genitali Femminili". La legge, però, è apparsa subito lacunosa.

Di seguito, si può leggere un'intervista che ho rilasciato ad una agenzia di stampa, in merito alle critiche espresse alla legge 14/2006 durante il convegno UTICS-SIUT, di cui si raccolgono gli Atti in questo volume.

Dott. Avenia, nella sua relazione al congresso UTICS-SIUT di Lucca, sabato scorso, lei ha contestato la legge 14/2006 sulla "prevenzione ed il divieto delle Mutilazioni Genitali Femminili". Può spiegarcelle le ragioni?

⁶ F. Avenia: Le mutilazioni sessuali. In *Sessuologia Medica*, a cura di E. Iannini, A Lenzi, M. Maggi. E. Masson, Milano, 2007. 189-192

La legge in questione, nel suo insieme, non è certamente fatta male, ma è carente. Il problema consiste nel fatto che oltre alla prevenzione ed alla dissuasione-repressione, non è stata prevista la “riparazione”, momento intermedio di capitale importanza.

Può spiegare meglio?

A livello di prevenzione, la 14/2006 prevede all’art.3 campagne d’informazione, iniziative di sensibilizzazione, programmi d’aggiornamento in materia per insegnanti delle scuole dell’obbligo, l’istituzione di un numero verde e programmi di cooperazione internazionale. Mentre, per la parte “dissuasivo-repressiva”, l’art. 6 configura specificamente il reato di mutilazione degli organi genitali femminili e ne stabilisce le pene. Nulla però è stato previsto per creare reali punti di riferimento per le ragazze e le donne mutilate, onde assisterle ed evitare che divengano a loro volta mamme mutilatrici.

Cosa si sarebbe dovuto fare in merito?

Nel 2003, sono stato primo firmatario di una iniziativa per una proposta di legge per il contenimento delle mutilazioni genitali femminili in Italia. Tale iniziativa, promossa dall’Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS), che presiedo, e patrocinata dal Centro Italiano di Sessuologia (CIS), ha avuto larghissimi consensi ed adesioni. Hanno infatti aderito moltissimi semplici cittadini ed un gran numero di associazioni scientifiche italiane ed estere. Si pensi che abbiamo avuto adesioni anche da associazioni degli USA e dal Giappone. Devo dire con sincerità e con un pizzico di orgoglio che la legge in questione ha recepito gran parte della nostra proposta: in particolare la normativa penale e gli articoli relativi alla prevenzione, ma ha ignorato completamente i “servizi riabilitativi”, che erano uno dei cardini della proposta. Ecco cosa si sarebbe dovuto fare: prevedere la costituzione di detti servizi.

In cosa consisterebbero i servizi riabilitativi?

Sono servizi per il supporto medico, psicologico e sessuologico da offrire ai soggetti che hanno subito MGF; con particolare attenzione ad ambulatori per la deinfibulazione e gli altri atti medici e psicologici riparatori. Le problematiche mediche, psicologiche e sessuologiche delle donne mutilate, infatti, non si esauriscono subito dopo le mutilazioni, ma perdurano nel tempo a tutti i livelli, senza considerare che spesso queste povere donne vengono de-infibulate e infibulate di nuovo dopo il parto o rapporti sessuali. Un calvario che non finisce mai. I danni subiti sia a livello fisico che psicologico e sessuologico si trascinano per tutta la loro esistenza. È necessario dunque poterle assistere, offrendo atti riparatori sia medici che psicologici. Inoltre, è opportuno dare loro assistenza legale, allorché desiderino opporsi al marito o alla famiglia per non essere più torturate o per non mutilare le loro figlie. Ecco l’importanza capitale dei servizi riabilitativi.

Ma per fare ciò sarebbe necessario avere del personale specializzato.

Ovviamente. Infatti, la nostra proposta prevedeva di conseguenza l'istituzione di corsi per la formazione specifica di medici, psicologi, sessuologi ed infermieri che sarebbero andati ad operare nei "servizi riabilitativi".

La legge ha, dunque, ignorato questi aspetti fondamentali?

Purtroppo è così. Il nostro Parlamento, forse per inesperienza, si è limitato a prevedere l'emanazione di linee guida per le figure professionali e a promuovere l'organizzazione di corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza, finalizzati ad una corretta preparazione al parto. Null'altro.

Cosa propone allora, dott. Avenia?

Per ora, come ho fatto nell'ultimo congresso di Lucca, denuncio limiti e carenze della legge 14/2006. Spero così di coagulare nuovi consensi per promuoverne una modifica, inserendo la parte dedicata alla "riparazione". Solo così, potremo meglio prevenire le mutilazioni genitali femminili, aiutare le donne mutilate e consentirgli di non divenire a loro volta mamme mutilatrici.

Grazie