

Le mutilazioni genitali femminili Analisi delle implicazioni culturali e commento alla "Legge Consolo"

Le 'mutilazioni genitali femminili' (MGF) sono tutte le pratiche che portano alla rimozione parziale o totale o ad altri danni dei genitali esterni femminili compiuti sulla base di motivazioni culturali o altre motivazioni non terapeutiche¹.

Si calcola che, nel mondo, la popolazione femminile sottoposta a MGF sia valutabile tra i 120.000.000 e i 140.000.000, e che, ogni anno, circa 2.000.000 di bambine rischiano di subire queste pratiche, non solo nel loro paese d'origine, ma anche in quello d'adozione².

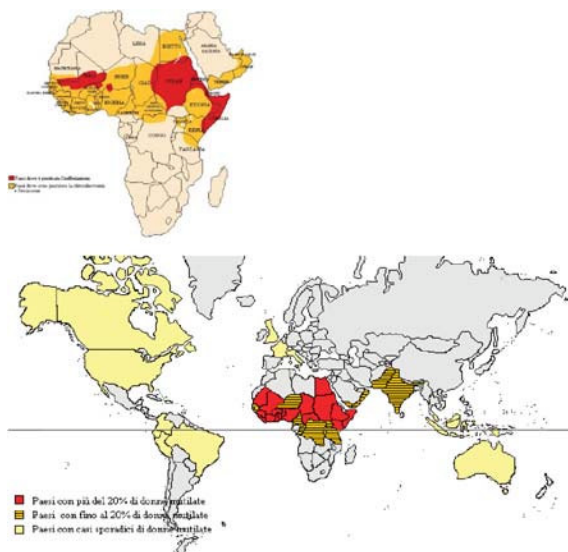


Fig. 1 - Diffusione delle MGF nel mondo.

Le MGF sono diffuse in almeno 40 paesi nel mondo; la maggior parte si ritrovano nell'Africa sub-sahariana: Mauritania, Senegal, Corno d'Africa (Somalia, Etiopia, Eritrea, Gibuti), Mali Egitto, Mozambico e Tanzania. Tuttavia, limitatamente a gruppi minoritari, vengono effettuate anche in: America Meridionale (alcune etnie di Indios amazzonici), India ed in Estremo Oriente (Indonesia e Malesia), Australia (negli ultimi anni, a causa dei flussi migratori), Europa (compresa l'Italia), Nord America.

Secondo stime non ufficiali, fino alla promulgazione

Letture tenuta in Facoltà al Master di Bioetica Generale e Clinica l'11 settembre 2007.

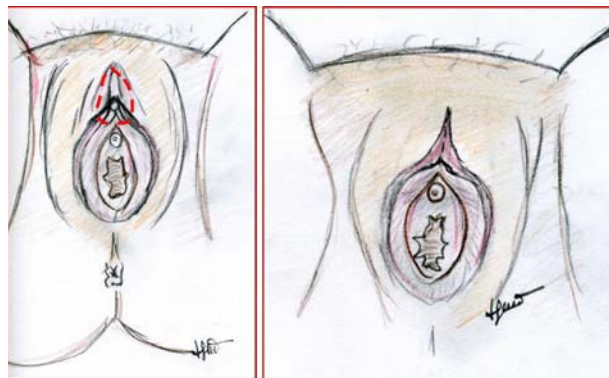
ANDREA L. TRANQUILLI,
LUCIA GENTILUCCI,
SOLMAS TALEBI CHAHWAR
Ginecologia ed Ostetricia
Università Politecnica delle Marche

della nuova Legge, in Italia sono state in media 40.000 ogni anno le giovani donne ad esser sottoposte a questo "rituale".

Usualmente le MGF vengono distinte in diverse tipologie.

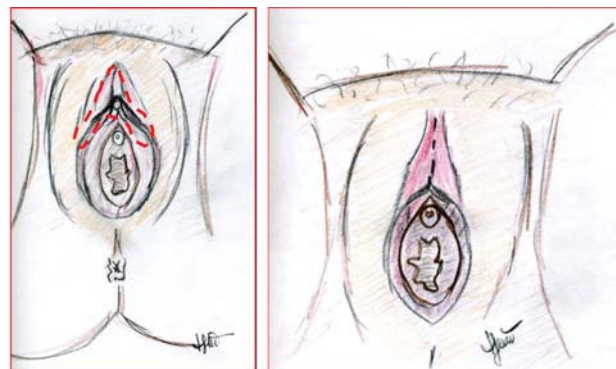
Tipo I: Incisione o ablazione del prepuzio clitorideo.

È la forma di mutilazione meno cruenta ed è quella che viene talvolta definita "*sunna*" che in arabo significa 'tradizione'. Questa forma a volte è limitata ad una piccola escoriazione da cui fare stillare poche gocce di sangue ("sette"); in altri casi può accompagnarsi anche all'ablazione di parte del clitoride. Le forme intermedie tra un tipo e l'altro sono numerose.



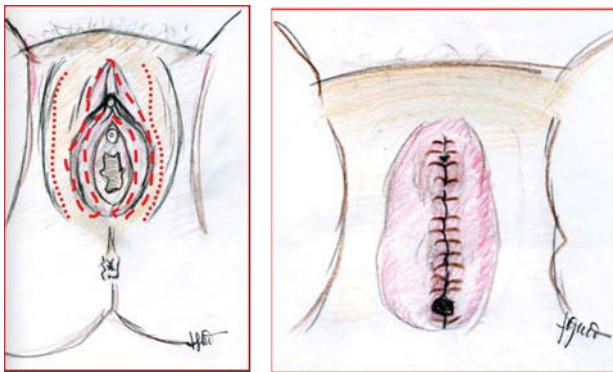
Tipo II: Asportazione o più propriamente escissione del prepuzio clitorideo e/o di tutto il clitoride, con asportazione parziale o totale delle piccole labbra, è detta "*Khafd*" che significa 'riduzione', più comunemente riconosciuta con il termine di "*tahara*" cioè 'purificazione'.

È una mutilazione più cruenta della precedente, ed è particolarmente diffusa in Egitto, in alcuni paesi dell'Africa Orientale e tra numerosi gruppi etnici della fascia sub sahariana.



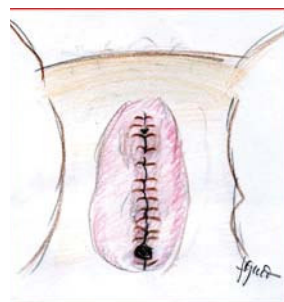
Tipo III: Escissione completa del prepuzio clitorideo, delle piccole labbra e cruentazione delle grandi labbra, che vengono fatte aderire in modo da cicatrizzarle unite, ricoprendo meato uretrale ed introito vaginale. Costituisce l'infibulazione propriamente detta, 'l'infibulazione faraonica'.

Dopo l'asportazione dei genitali esterni in modo analogo a quanto avviene per il tipo II, la faccia interna delle grandi labbra viene scarnificata e fatta sanguinare. Le due superfici così ottenute, vengono fatte aderire tra loro e cucite insieme, in ambiente rurale, con mezzi di fortuna (ad esempio con spine di acacia), mentre in ambiente sanitario, con punti di sutura. Quest'ultima viene effettuata in modo da lasciare solo un foro posteriore molto piccolo, secondo alcune tradizioni esso deve essere "grande come un chicco di miglio", in modo che possa defluire l'urina ed il sangue mestruale. Subito dopo l'operazione, la bambina viene fasciata strettamente, messa a dieta liquida e si attende la guarigione della ferita.



Se la piccola non muore per le complicazioni del quadro clinico, al termine del processo di cicatrizzazione si controlla l'ostio residuo e se, esso non è sufficientemente piccolo, l'operazione si ripete una seconda volta; è particolarmente diffusa in Somalia, in Sudan e presso alcuni popoli del Mali.

Esistono altre mutilazioni (**Tipo IV**) che comprendono altre pratiche lesive dell'apparato genitale femminile. Esistono forme in cui vengono lacerate le grandi labbra a scopo medico - rituale, per dilatare o restringere la vagina. Nel primo caso si ese-



gue una dilatazione traumatica della vagina in preparazione della prima notte di nozze è la cosiddetta 'introcisione'; nel secondo caso attraverso incisioni o sostanze corrosive la vagina viene fatta retrarre con lo scopo, ad esempio, di risultare "più strette" per un eventuale secondo matrimonio³.

L'enunciazione degli effetti psicologici che le MGF hanno sulla donna sarebbe da parte nostra solo un tentativo e come tale fallibile. Non possiamo però esimerci dal sottolineare che le MGF determinino degli effetti fisici comprovati sia 'a breve' che 'a lungo termine'. Definiamo 'a breve termine' quelli legati all'atto della mutilazione come l'intenso dolore, lo sviluppo di infezioni veicolate dall'uso di strumenti per lo più non sterilizzati ed il rischio di emorragie nell'immediato 'post operatorio' che, se non rapidamente controllate, possono determinare shock ed eventualmente morte⁴. 'A lungo termine' la ritenzione di urina così come il ristagno di sangue mestruale generano infezioni sia delle vie urinarie che dell'apparato genitale; la difficoltà del primo rapporto sessuale (in cui lo stretto orifizio viene forzato dal pene maschile per consentirne l'allargamento) nonché l'ovvia difficoltà nell'esecuzione di un qualsiasi trattamento ginecologico dalla semplice visita all'assistenza evolutiva di una eventuale gravidanza, al termine della quale la donna stessa chiede di essere reinfibulata⁵⁻⁶.

La reazione del Mondo Occidentale nel momento in cui è venuto a contatto diretto con questa realtà è stata di decisa condanna, ma dopo questo primo impatto è divenuto prioritario prendere coscienza del fatto che il fenomeno di fronte al quale ci troviamo è molto più complesso di quel che appare e che non può essere semplicemente liquidato con un sentimento di disgusto.

Nonostante le mutilazioni genitali femminili vengano molto spesso considerate parte di alcune religioni, in realtà esse hanno una valenza puramente culturale e sociale. Appartengono infatti alla tradizione di alcune civiltà ed il loro profondo radicamento è dovuto ad una complessa costellazione di fattori che, pur variando da un'etnia all'altra, presentano alcuni tratti comuni. Se affrontate isolatamente sono pratiche oscure e di difficile comprensione; è necessario pertanto situarle all'interno del contesto entro cui acquistano la loro intelligibilità. Per contesto si intende una struttura di tradizioni condivise da parte di un gruppo sociale che costituisce e dà senso al loro agire. Siamo di fronte ad un modello

culturale che porta ad una pratica sociale -la mutilazione- di per sé tuttora attiva nel determinarne la vita di relazione e di scambi⁷.

Quali sono quindi le recondite motivazioni che inducono a mutilare le donne? In alcuni casi tali pratiche si rifanno a detti popolari concernenti i lavori praticati dalle donne: ad esempio in Somalia, dove accudiscono i greggi, le MGF impedirebbero che gli ovini percepiscano l'odore della donna incattivendosi⁸. Altri sostengono che le MGF siano garanzia di buona salute e ritengono che abbiano poteri curativi contro la depressione e la malinconia.

Ma il problema di fondo è il ruolo che tali pratiche hanno nella *'costruzione dell'identità di genere'* e nella formazione dell'appartenenza etnica (*'identità sociale'*), oltre che nella *'definizione dei rapporti'* tra i sessi e le generazioni⁹.

Sono infatti i riti che decidono dell'identità delle persone istituendo una divisione fondamentale dell'ordine sociale, come quella tra sposati e non sposati, o tra iniziati e non iniziati, o quella ancora più radicale tra maschi e femmine.

Esse sono considerate pratiche cerimoniali che guidano, controllano e regolamentano i mutamenti di *status*, di ruolo scandendo le varie fasi del ciclo della vita in un percorso ordinato e dotato di senso che ne soddisfa i bisogni di identità e di riconoscimento.

In particolare le mutilazioni dei genitali femminili sono una componente fondamentale dei *'riti di iniziazione'*, attraverso cui nelle società tradizionali si diventa "donna"¹⁰.

Donna infatti non si nasce, nel senso che la connotazione biologica non riesce a essere di per sé un fattore sufficiente di individuazione. Nel Mali, i Barbara ed i Dogon credono che i bambini abbiano due anime, l'anima maschile della ragazza è nella clitoride quindi le donne sono considerate impure perché posseggono entrambi i sessi. Di conseguenza la clitoridectomia elimina l'elemento fallico dall'anatomia sessuale delle donne, esaltandone la femminilità, intesa come docilità ed obbedienza. A questo provvedono i riti che trasformano l'appartenenza sessuale ascritta in uno *status* acquisito, riscattando il destino biologico legato al sesso per trasformarlo in una "essenza sociale": la Donna.

Le MGF vengono infatti eseguite nella prima settimana di vita fino alla prima infanzia, comunque prima del menarca, con la funzione di preparare la giovane a diventare donna adulta. Le mutilazioni acquistano il loro

significato all'interno dei riti di iniziazione, di cui costituiscono l'evento centrale. Ogni operazione si svolge infatti secondo una sequenza fortemente ritualizzata che si ripete immutata da madre a figlia. Tutto accade in un luogo appartato e in un'ora cerimoniale, con un'operatrice "esperta": levatrici tradizionali, donne anziane, la moglie di un barbiere, la moglie del fabbro, ed è gestita nel segreto di una comunità femminile con mezzi rudimentali come lamette da barba, coltelli, pezzi di latta o altre superfici taglienti. Ad operazione avvenuta si apre e accoglie l'intera comunità per festeggiare e riconoscere pubblicamente il nuovo *status di donna*, quasi sempre accompagnato da doni con forte carica simbolica nei colori e nelle forme.

Oltre a manipolare il corpo della donna le mutilazioni ne costruiscono anche l'aspetto fisico, le proporzioni e l'armonia tra le varie parti, e poi le posture, il portamento, dotando il corpo della donna di maggiore femminilità. Dunque assumono importanza anche *'motivazioni estetiche'*: una zona piatta e liscia di pelle senza un ingombro di carne sembra più attraente alla vista e al tatto. Una volta infibulate, le bambine vengono rieducate a usare il proprio corpo imparando a selezionare movimenti e posture compatibili con la nuova condizione: l'andatura flessuosa e lenta è una conseguenza dell'operazione che rende assai problematica tutta una serie di movimenti dal momento che l'intervento ravvicina tra loro le gambe e, restringendone lo spazio intermedio, elimina la possibilità di allargare troppo le cosce, costringendo il corpo ad un portamento e un'andatura che potremmo definire centripeta.

Il contesto che conferisce senso alla pratica culturale delle mutilazioni dei genitali femminili e dunque poi all'agire, è un sistema complesso di strategie matrimoniali, fondate sul cosiddetto 'prezzo della sposa'. Con questo si intende l'insieme dei beni che la famiglia dello sposo cede alla famiglia della sposa in occasione del matrimonio. In altre parole la ricchezza della sposa è l'equivalente rovesciato della nostra dote. È lo sposo che versa un compenso alla famiglia della sposa per risarcirla della perdita di una donna e dei suoi servizi. Non si tratta di una transazione commerciale ma piuttosto di un dono che viene dato in cambio della fertilità della donna. Esso rappresenta infatti la compensazione per il trasferimento di certi diritti: sul lavoro, sulla sessualità e sulla fecondità della donna, perciò sulla sua prole.

Il compenso viene versato in cambio della *'fertilità'* e prima ancora della sua purezza. Il prepuzio e la clitoride



sono considerati la sede di una forza demoniaca chiamata 'Wanzo' la quale impedisce la fertilità, infatti alcune testimonianze riportano la credenza secondo la quale la secrezione delle ghiandole dei genitali di una donna non circonscisa uccida lo spermatozoo nella vagina. E di conseguenza una donna che si sposa dopo una mutilazione rimane sicuramente incinta.

Risulta a questo punto chiara la funzione che hanno le MGF nel custodire l'inviolabilità della donna. Esse assicurano il controllo della sessualità femminile ne garantiscono quella purezza indispensabile allo scambio matrimoniale. La 'verginità' in tutte queste società è un prerequisito per il matrimonio. La prova della verginità è generalmente una parte integrante della transazione matrimoniale. Ma cosa accade dopo il matrimonio? Al momento del parto la donna deve essere defibulata per consentire l'espulsione del feto ma poi è necessario reinfibularla in quanto solo se 'chiusa' può essere fedele. Esse sono dunque una garanzia di 'fedeltà' e di purezza¹¹.

Inoltre, si crede che il clitoride, essendo omologa al pene, generi una eccitazione addizionale all'uomo causando così un rapido epilogo del rapporto sessuale. E questo, per l'uomo, in molte società patriarcali, è considerato un affronto. Nell'infibulazione l'obiettivo è quello di ridurre l'organo a uno stretto orifizio, in modo di aumentare il piacere del maschio durante il rapporto sessuale: è l'ancestrale desiderio di chiudere e controllare il corpo padroneggiando e negando la sessualità femminile.

Negli ultimi anni la dimensione delle mutilazioni dei genitali femminili, benché in una quota ancor piccola di casi, è divenuta una realtà concreta.

In Europa, l'attenzione verso questo problema nasce all'inizio degli anni '70 grazie alla crescente pressione delle organizzazioni femministe africane¹². A causa dell'intensificarsi dei flussi migratori la risoluzione di questo problema è diventata sempre più necessaria ed urgente. Di qui qualche riflessione "medica" sulle MGF.

Se l'OMS definisce la salute "non come assenza di malattia ma come completo benessere fisico, psichico e sociale", visto il significato sociale delle MGF in alcune popolazioni, l'atrocità della mutilazione genitale sarebbe paradossalmente giustificabile per un benessere psichico finalizzato all'integrazione e dunque al benessere sociale. Questo non è accettabile nelle nostre culture.

Il fenomeno dell'immigrazione ha reso concreta sia la

possibilità di confrontarsi clinicamente con donne infibulate che, estremizzando, a qualcuno di noi venga richiesta la pratica delle MGF. Sulla prima possibilità alcune associazioni di categoria, quali l'ACOG, hanno diffuso indicazioni cliniche e chirurgiche sulla rimozione dell'infibulazione¹³. Sul secondo punto, invece la riflessione è anzitutto guidata dall'etica, poiché il medico deve sempre agire secondo principi di tutela della salute e del non nuocere, ma anche dalla legislazione vigente: l'Art. 5 del Codice Civile vieta "...gli atti a disposizione del proprio corpo... quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica".

Recentemente, inoltre, la Legislazione Italiana ha assunto una posizione chiara¹⁴.

Il 18 Gennaio 2006 la Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana ha pubblicato la Legge 09/01/2006 n. 7, recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", strumento legislativo con un duplice intento: 'formativo' e 'repressivo'.

"Formativo" con lo scopo di predisporre campagne informative rivolte agli immigrati (al momento della concessione del visto presso i consolati italiani e del loro arrivo alle frontiere italiane) dirette a diffondere la conoscenza dei diritti fondamentali della persona; corsi di formazione mirati al personale sanitario per la gestione di queste pazienti attraverso stesura di linee guida; assistenza tramite istituzione di un numero verde finalizzato a ricevere segnalazioni da parte di chiunque ne venga a conoscenza delle effettuazioni sul territorio italiano di tali pratiche; programmi di cooperazione internazionale diretti a scoraggiare tali pratiche nonché a creare centri antiviolenza che possano dare accoglienza alle giovani che intendano sottrarsi a tali pratiche ovvero alle donne che intendano sottrarre le proprie figlie o le proprie parenti in età minore.

"Repressivo" dell'illegalità e della violazione dei diritti umani di ogni donna¹⁵.

Il 4 Aprile 2006 la Legge Consolo viene applicata per la prima volta: A Verona le Forze di Pubblica Sicurezza arrestano una donna nigeriana di 43 anni che, in cambio di un compenso di 300 Euro, era pronta a mutilare una neonata di 14 giorni. Gli Agenti di Polizia l'hanno fermata poco prima che iniziasse l'intervento, nell'abitazione dei genitori della piccola vittima, una coppia di suoi connazionali. La donna aveva in borsa forbici chirurgiche, flaconi di sostanze ane-



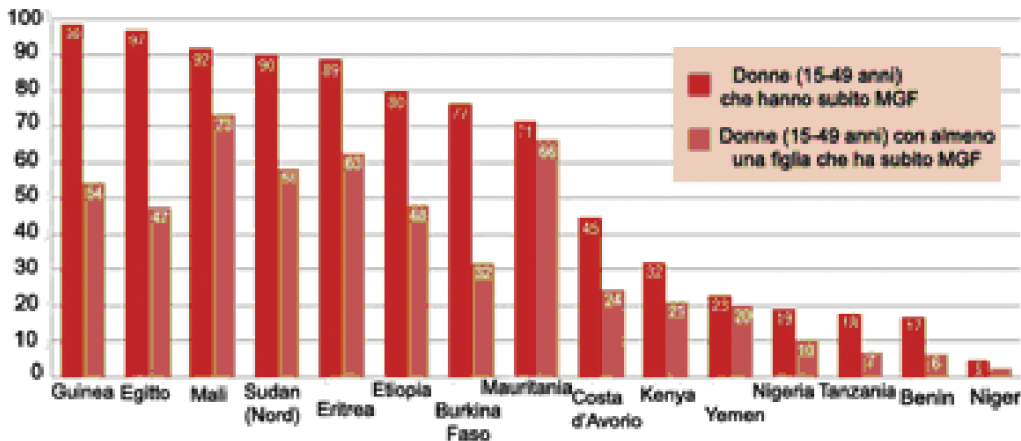


Fig. 2

stetizzanti e antibiotici, garze ed olii emollienti. Pochi giorni prima aveva eseguito un intervento simile su un'altra bambina.

Il primo aspetto che ci fa riflettere è la precocità con cui la madre intende sottoporre la figlia a tale pratica, una scelta verosimilmente maturata già durante la sua gestazione se non da sempre¹⁶.

D'altra parte è probabile che la donna stessa sia stata oggetto durante la sua infanzia di mutilazione e dunque, l'altro aspetto che ci deve far riflettere è che nessuno dei medici che ha avuto in cura tale paziente ha mai valutato la possibilità di affrontare un argomento così delicato ma al contempo devastante come la MGF. Negligenza o imperizia per estraneità a tali pratiche? In verità sono proprio questi i casi su cui si può far leva in maniera non aggressiva, ma spendendo tempo a comprendere, aiutare ed informare la paziente che ci è di fronte.

IMPORRE: dal latino *-in* e *-ponere*, porre sopra, comandare, far rispettare, ingiungere, intimare.

EDUCARE: dal latino *-ex* e *-ducere*, condurre, guidare, formare affinando e sviluppando le facoltà intellettuali e le qualità morali.

AIUTARE: dal latino *adiutare*, forma intensiva di *adiuvare*, giovare, dare aiuto, favorire, adoperarsi, darsi aiuto vicendevolmente, porgere agli altri la propria opera.

Ma fino a che punto è possibile e soprattutto giusto reprimere, forzare o imporre? E' nel convincimento che i nostri modelli sociali e culturali siano migliori, la chiave dell'eradicazione? O piuttosto nell'educazione e nell'aiuto?

La questione è aperta per altre riflessioni.

Bibliografia

1) World Health Organization (WHO). Female genital mutilation, Fact sheet n. 241, 2000.

2) Yoder P, Abderrahim N, Zhuzhuni A. Female Genital Cutting in the Demographic and health Surveys: A critical and Comparative Analysis, Demographic and Health Surveys (DHS), Comparative Reports n. 7, 2004.

3) Bikoo M. Female genital mutilation: classification and management. Nurs Stand 2007; 24-30: quiz 50.

4) Uwe EA, Ekuri EE, Asuquo PN. African women and vulnerability to HIV/AIDS: implication for female related cultural practices. Int Q Community Health Educ. 2006; 27:87-94

5) Obermeyer CM. The consequences of female genital mutilations: An up-date on the evidence. Culture Health Sex 2005; 7: 443-461

6) WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome; Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet, 2006 3; 367 :1835-41

7) Pasquinelli C. Antropologia delle mutilazioni genitali femminili. AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, 2000.

8) Omer- Hashi KM. Commentary: Female genital mutilation, perspectives from a Somalian midwife. Birth 1994; 21: 224-226.

9) Van der Kwaak A. Female circumcision and gender identity: a questionable alliance? Social Sci Med 1992; 35: 777-787.

10) Lightfoot-Klein H. Prisoners of ritual: some contemporary developments in the History of female Genital Mutilation, Second International Symposium on Circumcision San Francisco 30 April 1991

11) Lightfoot - Klein H. Rites of purification and their effects: Some psychological aspects of female circumcision and infibulation (Pharaonic Circumcision) in Afro-Arab Islamic Society (Sudan). J Psychol Hum Sex 1989; 2: 79-91

12) Leve, E, Powell RA, Nienhuis G, Caleys P, Temmerman M. Health care in Europe for women with genital mutilation. Health Care Women Int. 2006;27: 362-78

13) ACOG Committee opinion. Female genital mutilation. Committee on Gynecologic Practice. Committee on International Affaire. Int J Gynaecol Obstet. 1995; 49:209.

14) Mancinelli F. La 'Legge Consolo' per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile. 2006.

15) Legge 9 gennaio 2006 n.7 Legge Consolo. Gazzetta Ufficiale n. 14; 18 gennaio 2006

16) Female genital mutilation cutting. UNICEF 2005.