

## Le mutilazioni genitali femminili. Analisi delle implicazioni culturali e commento alla “Legge Consolo”

L. TRANQUILLI, L. GENTILUCCI\*, S. TALEBI CHAHVAR

RIASSUNTO: Le mutilazioni genitali femminili. Analisi delle implicazioni culturali e commento alla “Legge Consolo”.

L. TRANQUILLI, L. GENTILUCCI, S. TALEBI CHAHVAR

*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 terapeutiche.*

*Usualmente le MGF vengono distinte in diverse tipologie.*

*Tipo I: Incisione o ablazione del prepuzio clitorideo.*

*Tipo II: Asportazione o più propriamente escissione del prepuzio clitorideo e/o di tutto il clitoride, con asportazione parziale o totale delle piccole labbra.*

*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’.*

*Nonostante le mutilazioni genitali femminili vengano molto spesso considerate parte di alcune religioni, in realtà esse hanno una valenza puramente culturale e sociale.*

*Recentemente, è stata promulgata 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’.*

*Vengono quindi analizzati i limiti di questa Legge, ovvero 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 molte riflessioni.*

SUMMARY: Analysis of cultural implications and comment on “Consolo Law”.

L. TRANQUILLI, L. GENTILUCCI, S. TALEBI CHAHVAR

*The term FGM refers to any practice which modifies external female genitalia without therapeutical purposes.*

*We talk about four kinds of mutilations:*

*Type I: incision or ablation of clitoris prepuce.*

*Type II: excision of the clitoris prepuce and/ or of the whole clitoris, with total or partial removal of labia minora.*

*Type III (pharaonic infibulation): after the excision of clitoris prepuce and labia minora, labia majora are excised or made adherent to close vagina.*

*Type IV: it isn’t a defined type but involves damaging practices not included among the former types.*

*Feminine gender submitted to such practices is assessed between 120,000,000 and 140,000,000 and every year 2,000,000 children run the risk to suffer such practices not only in their original countries, but also in that they might have moved: 40,000 young women are subjected to this “ritual” just in Italy.*

*It’s clear that FGM are influenced by social, cultural and religious issues. Anyway, although they are associated to the same acronym, their social, medical and psychological implications are different.*

*Starting from January 2006, according to the Consolo law, which brings the name of its promoter, (that aims to repress and educate in the same time) infibulation, in Italy, is considered a crime.*

*How far is it possible, and moreover, to what extent is it right to repress or compel? Does it lay in the belief that our social models are better than others the key of eradication or rather in education and help? The issue is accessible to be debated.*

KEY WORDS: Eradicazione - Repressione - Formazione - Aiuto.  
Eradication - Repression - Education - Help.

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 terapeutiche (1).

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 bam-

Università Politecnica delle Marche, Ancona  
Istituto di Scienze Maternali ed Infantili  
\*Ospedale Salesi, Ancona

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

bine rischiano di subire queste pratiche, non solo nel loro paese d'origine, ma anche in quello d'adozione (2).

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 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 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 "*sunnah*" 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.** L'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 es-

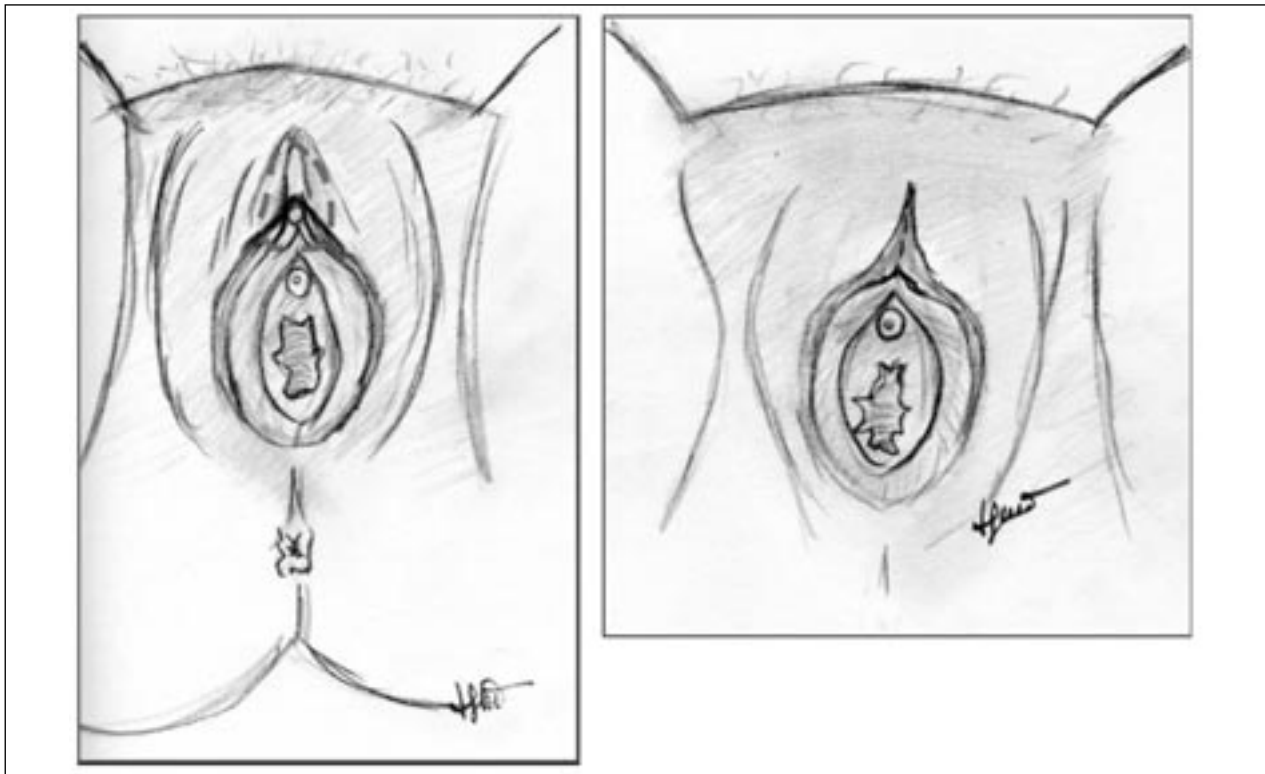


Figura 1

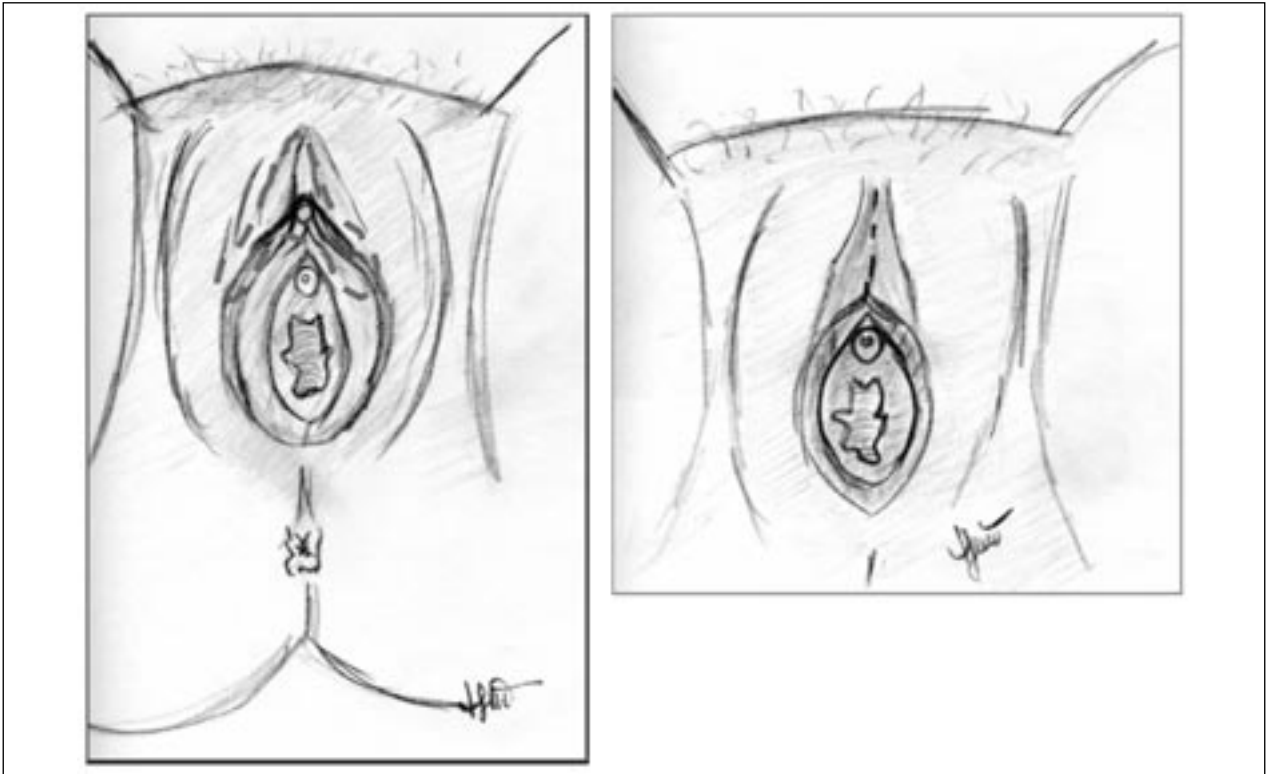


Figura 2

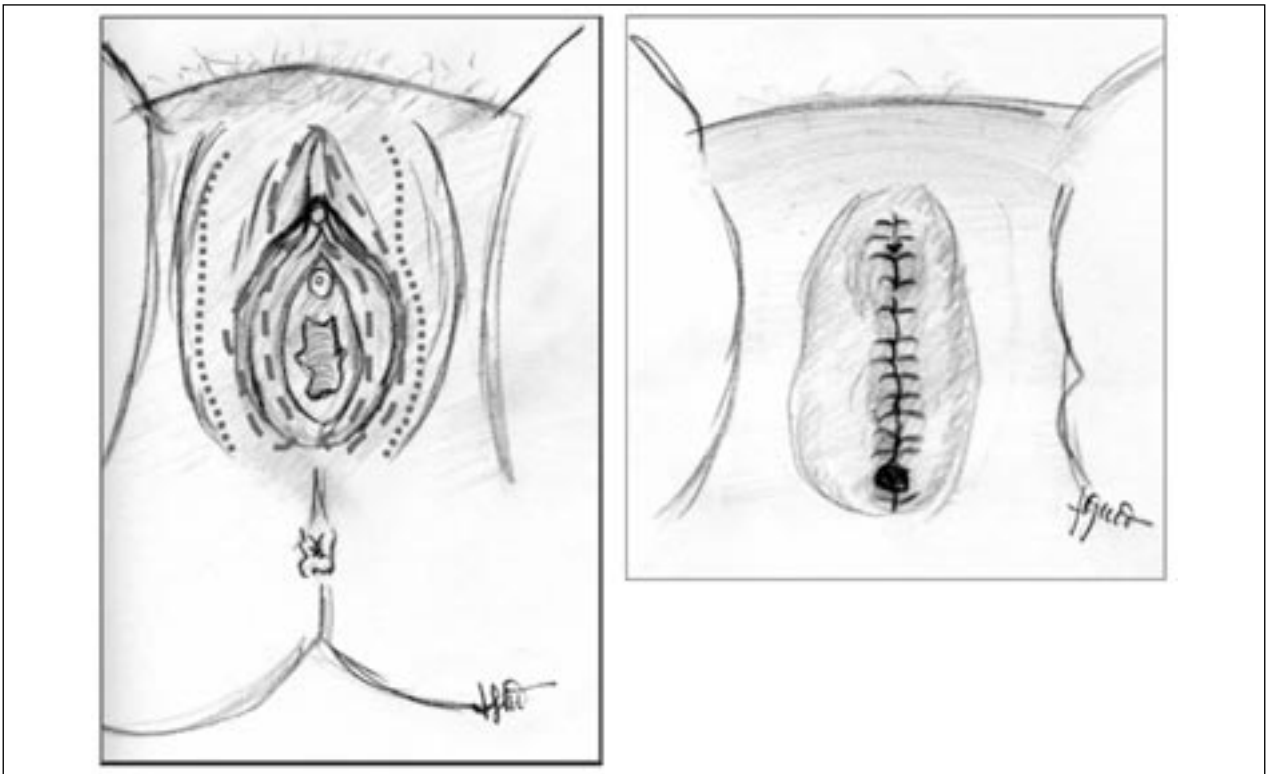


Figura 3

sere “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 esegue una dilatazione traumatica della vagina in preparazione della prima notte di nozze, la cosiddetta ‘introcisione’; nel secondo caso attraverso incisioni o sostanze corrosive la vagina viene fatta retrarre con lo scopo, ad esempio, di risultare “più stretta” per un eventuale secondo matrimonio (3).

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 determinano 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 morte [4]. ‘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 reinfibulata (5,6).

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 af-

frontate 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 scambi (7).

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 incattivendosi (8). 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 generazioni (9).

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 nel 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'invulnerabilità 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 purezza (11).

Inoltre, si crede che il clitoride, essendo omologo 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 africane (12). 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 la possibilità sia 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'infibulazione (13). 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 chiara (14).

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 sottrarsi le proprie figlie o le proprie parenti in età minore.

“Repressivo” dell’illegalità e della violazione dei diritti umani di ogni donna (15).

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 anestetizzanti 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 sempre (16).

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 *ad-iuvare*, 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? È 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.