

Collana Materiali e documenti 00

Mutilazioni genitali femminili

Tradizione, diffusione, complicanze, trattamenti

a cura di

Massimo Chiaretti e Giovanna Angela Carru



SAPIENZA
UNIVERSITÀ EDITRICE

2017

Copyright © 2017

Sapienza Università Editrice

Piazzale Aldo Moro 5 – 00185 Roma

www.editricesapienza.it

editrice.sapienza@uniroma1.it

ISBN 978-88-XXXXX-XX-X

Iscrizione Registro Operatori Comunicazione n. 11420

La traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione con qualsiasi mezzo (compresi microfilm, film, fotocopie), nonché la memorizzazione elettronica, sono riservati per tutti i Paesi. L'editore è a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare, per eventuali involontarie omissioni o inesattezze nella citazione delle fonti e/o delle foto.

All Rights Reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording or any other information storage and retrieval system, without prior permission in writing from the publisher. All eligible parties, if not previously approached, can ask directly the publisher in case of unintentional omissions or incorrect quotes of sources and/or photos.

In copertina: *Giorgia Orsini, Titolo opera (2017).*

*L'istruzione è l'arma più
potente che si possa usare
per cambiare il mondo.*

NELSON MANDELA

Indice

| | |
|--------------|------|
| Abstract | XI |
| Prefazione | XIII |
| Introduzione | 1 |

PARTE I – CONCETTI GENERALI, PROVENIENZA, DISTRIBUZIONE

| | |
|---|----|
| 1. MGF: Tradizioni, diffusione nel mondo occidentale, confronto culturale | 7 |
| 1.1. Definizione | 8 |
| 1.2. Etimologia dei termini | 8 |
| 1.3. Stime sulla diffusione e tassi di prevalenza del fenomeno | 13 |
| 2. Storia, aspetti religiosi e socio-culturali delle mutilazioni genitali femminili | 19 |
| 2.1. Il contesto sociale | 19 |
| 2.2. Sessualità e tabù | 20 |
| 2.3. Differenza tra circoncisione maschile e infibulazione femminile | 21 |
| 2.4. Credenze delle popolazioni che praticano le MGF | 23 |
| 2.5. Interpretazione delle MGF nel mondo islamico | 24 |
| 2.6. Visione animista della circoncisione femminile | 25 |
| 2.7. <i>Bride price</i> , la dote o “prezzo della sposa” | 25 |
| 2.8. Età in cui viene eseguita la circoncisione | 26 |
| 2.9. Chi esegue le mutilazioni? | 28 |

| | |
|---|----|
| 3. Conseguenze psicologiche | 31 |
| 3.1. Psicologia della tradizione | 31 |
| 3.2. Effetti psicologici nella donna adulta | 33 |
| 3.3. Conseguenze psicologiche su bambine e donne | 35 |
| 3.4. Conseguenze psicosessuali | 36 |
| 3.5. Conseguenze psicologiche sulle bambine | 36 |
| 3.6. La tradizione tra villaggio e metropoli | 37 |
| 3.7. Conseguenze psicologiche della migrazione e del confronto culturale | 39 |
| 3.8. Diversità e universalità dell'assistenza transculturale secondo Madeleine Leininger | 42 |

PARTE II – TECNICA SPECIALE CHIRURGICA GINECOLOGICA

| | |
|---|-----|
| 4. Principi di chirurgia plastica ricostruttiva | 000 |
| 4.1. Classificazione delle lesioni | 000 |
| 4.1.1. MGF tipo 1 | 000 |
| 4.1.2. MGF tipo 2 | 000 |
| 4.1.3. MGF tipo 3 | 000 |
| 4.1.4. MGF tipo 4 | 000 |
| 4.2. Tecniche d'incisione sulla cicatrice | 000 |
| 4.2.1. Chirurgia a lama fredda (bisturi o forbici) | 000 |
| 4.2.2. Laserchirurgia | 000 |
| 4.3. Tecniche chirurgiche per la vaginoplastica ricostruttiva | 000 |
| 4.3.1. Atresie vaginali parziali | 000 |
| 4.3.2. Atresie vaginali totali | 000 |
| 4.4. Interventi con apertura della mucosa del vestibolo | 000 |
| 4.5. Metodi basati su trapianti di cute o di mucosa vaginale con prelievi autoplastici (peduncolati o liberi) o omoplastici | 000 |
| 4.5.1. Metodo autoplastico peduncolato | 000 |
| 4.5.2. Autoplastico libero | 000 |
| 4.5.3. Omoplastico | 000 |
| 4.6. Metodi basati sull'uso di rivestimenti vari | 000 |

| | |
|--|-----|
| 4.7. Interventi senza apertura della mucosa del vestibolo | 000 |
| 4.7.1. Metodo incruento di Frank | 000 |
| 4.7.2. Metodo cruento di Vecchietti | 000 |
| 4.8. Discussione | 000 |
| PARTE III – COMPLICANZE CLINICHE E TRATTAMENTO MEDICO | |
| 5. Mutilazioni genitali femminili e malattie infettive: un binomio pericoloso | 000 |
| 5.1. Complicanze immediate | 000 |
| 5.2. Complicanze tardive | 000 |
| PARTE IV – GIURISPRUDENZA NAZIONALE E INTERNAZIONALE A CONFRONTO | |
| 6. Giurisprudenza speciale internazionale sulle MGF. Stato dell'arte e confronto tra ordinamenti | 000 |
| 6.1. Diritto alla salute | 000 |
| 6.2. Diritto a non essere soggetto a trattamenti crudeli e degradanti | 000 |
| 6.3. Diritto all'integrità fisica e sessuale | 000 |
| 6.4. Diritto alla riproduzione | 000 |
| 6.5. Legislazione sulle MGF in Italia. Principi generali | 000 |
| 6.6. Legislazione speciale sulle MGF in Italia | 000 |
| 7. Linee guida e raccomandazioni al personale sanitario | 000 |
| 7.1. Linee guida | 000 |
| 7.2. Forza delle raccomandazioni | 000 |
| 7.3. Raccomandazioni per le figure professionali sanitarie | 000 |
| 7.3.1. La visita ginecologica | 000 |
| 7.3.2. Ruolo dei ginecologi | 000 |
| 7.3.3. Chirurgia con laser Nd-yag q-switch | 000 |
| 7.3.4. Ruolo delle ostetriche | 000 |
| 7.3.5. Ruolo del personale infermieristico | 000 |
| 7.4. Raccomandazioni per le figure professionali che operano con le comunità di immigrati. La mediazione linguistico-culturale e gli operatori socio-sanitari | 000 |
| 7.5. Raccomandazioni per gli operatori della scuola | 000 |

PARTE V – INDAGINE DEMOSCOPICA

| | |
|---|-----|
| 8. Ricerche e testimonianze femminili | 000 |
| 8.1. Situazione in Italia | 000 |
| 8.2. Metodo della raccolta dei dati | 000 |
| 8.2.1. Questionario anonimo per il personale infermieristico e ostetrico (da tesi sperimentale AA 2011) | 000 |
| 8.3. Progetto donne del Corno d’Africa | 000 |
| 8.4. Conclusioni | 000 |
| 9. Le mutilazioni sessuali in Somalia: le donne raccontano | 000 |
| 9.1. Il contesto culturale | 000 |
| 9.1.1. Caso n. 1: Fádum | 000 |
| 9.1.2. Caso n. 2: Ardo | 000 |
| 9.1.3. Caso n. 3: Sahra | 000 |
| 10. Conclusioni | 000 |
| 10.1. MGF Europa | 000 |
| 10.2. End of MGF | 000 |
| 10.3. Campagna “Stop FGM”. Il Cairo 21-23 giugno 2003 | 000 |
| 10.4. L’impegno per eliminare le mutilazioni dei genitali femminili | 000 |
| Allegati | |
| 1. Questionario anonimo per infermieri e ostetriche | 000 |
| 2. Intervista anonima alle donne portatrici di MGF comunità somala di Roma | 000 |
| 3. 3.5: Il Codice deontologico infermieristico | 000 |
| 4a. Giurisprudenza contro le MGF nei Paesi occidentali | 000 |
| 4a.1. Paesi con leggi specifiche | 000 |
| 4a.2. Paesi che proibiscono le MGF nell’ambito di norme contro la violenza sui minori, la violenza fisica in generale | 000 |
| 4b. Giurisprudenza contro le MGF nei paesi africani | 000 |
| Bibliografia | 000 |
| Sitografia | 000 |
| Glossario | 000 |
| Autori | 000 |

Abstract

Centrale al presente studio è il tema della mutilazione degli organi genitali femminili (qui indicata con l'acronimo di MGF), altrimenti nota come *infibulazione*, una pratica radicata nelle tradizioni e culture di alcune popolazioni asiatiche e africane, rimasta immutata per secoli e protetta da grande riservatezza. Tuttavia, dalla fine del secolo scorso, con le migrazioni verso i paesi occidentali, in Europa la questione delle MGF è salita alla ribalta dell'interesse scientifico e medico, soprattutto a causa delle complicanze osservate nelle donne che ne sono portatrici, al tempo stesso generando una problematica clinica abbastanza frequente. Le MGF riguardano tutte le pratiche che comportano la parziale o totale rimozione degli organi genitali femminili esterni per ragioni non mediche. È una pratica che danneggia la salute e il tessuto genitale femminile, causando interferenze con le naturali funzioni dell'organismo della donna. Inoltre è molto dolorosa e ha effetti sulla salute sia a breve che a lungo termine, tra cui sterilità o problemi durante il parto. Rappresenta una pratica pre-islamica, già in uso nell'antico Egitto e radicata prevalentemente in Africa, dal Mediterraneo alla fascia equatoriale. Attualmente le MGF sono praticate principalmente in 28 paesi dell'Africa sub-sahariana e nello Yemen e si ha certezza di casi di MGF in Kurdistan iracheno, Indonesia, Arabia Saudita, Malesia. A seguito delle migrazioni, oggi si riscontrano casi anche in Europa, Australia, Canada, Nuova Zelanda e Stati Uniti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che 130 milioni di donne nel mondo, in anni recenti, siano state sottoposte a tali pratiche e che ogni anno circa 3 milioni di bambine siano a rischio. In Italia le donne che hanno ricevuto tale trattamento sono circa settantamila, al 2014. Si tratta di una pratica caratteristica – con diverse varianti – di società a struttura

patriarcale condizionate da dinamiche sociali che costringono le famiglie a perpetuare l'usanza sulle loro figlie al fine di non subire sanzioni sociali e giudizi morali. In queste comunità, specialmente quelle più povere, l'onore familiare, l'educazione e il raggiungimento di una determinata condizione sociale sono necessari alla sopravvivenza, e poiché la castità della donna è al centro dello schema sociale, è difficile per le famiglie, e ancor più per le bambine stesse, sottrarsi alla pratica o decidere spontaneamente di rifiutarla. Come la circoncisione maschile, anche le MGF sono vissute e difese come "usanza popolare", una normale pratica igienico-religioso-tradizionale. Così, ad esempio, da molti americani di origine islamica o ebraica, la pratica della circoncisione è ritenuta "normale" nei maschi, mentre l'infibulazione, a causa delle possibili gravi complicanze cliniche è giudicata e condannata dall'opinione pubblica occidentale. L'OMS definisce le MGF "...una violazione dei diritti fondamentali delle donne e delle bambine, perché ledono il loro diritto alla salute, alla sicurezza e all'integrità fisica, il diritto a essere libere dalla tortura e da trattamenti crudeli, disumani o degradanti; e anche lo stesso diritto alla vita, qualora la procedura conduca a morte, (16). Tale pratica ha natura discriminatoria e assegna alle bambine e alle donne una posizione di subordinazione all'interno della famiglia e della società tribale" (17). Questa prospettiva trova mille espressioni di rigetto, in Europa come negli Stati Uniti, dove la radice di questa impossibilità ad accettare tali pratiche si può far risalire al discorso di Theodor Roosevelt sullo Stato dell'Unione del 6 gennaio 1941, nel quale il Presidente degli Stati Uniti enunciava la famosa dottrina "delle quattro libertà": la libertà di parola e di espressione, la libertà di culto, la libertà dal bisogno e quella dalla paura. Per quanto riguarda il presente lavoro, la libertà dalla paura significa adoperarsi per creare un mondo non solo più giusto, ma anche libero dal fardello di rituali antichi, spesso dolorosi e penalizzanti, dei quali sovente – come nel caso delle mutilazioni genitali – sono le donne a pagare il prezzo più alto.

Prefazione

Mariam Mohamed Hassan, Presidente dell'Associazione Italo Somala Comunità Internazionale e Africana (A.I.S.C.I.A.)

Mentre scrivevo le righe che seguono, in questa mia presentazione, mi chiedevo *“sarò mai all'altezza di redigere una prefazione a un volume come questo?”* Evidentemente era un timore infondato perché conosco il tema per averne avuto esperienza diretta, ma anche per essere stata testimone dei disagi, delle umiliazioni vissute dalle donne vittime della pratica delle Mutilazioni Genitali Femminili durante i momenti del parto o di semplici visite sanitarie. Questo volume, basato su ricerca e studio scientifici, introduce alla realtà del tema accompagnando il lettore italiano a comprendere un doloroso e complesso fenomeno, che in questi ultimi anni è stato messo in evidenza anche da altre realtà. È per tale motivo che consiglio la lettura di questo testo soprattutto agli operatori sanitari, impegnati a soccorrere e curare le donne vittime di infibulazione, che riportano conseguenze fisiche psicologiche e sessuali causate dalla gravità della mutilazione, dal modo in cui è stata praticata, dalle condizioni igieniche e dalla resistenza opposta da chi la subisce, producendo conseguenze fisiche e psicologiche che segneranno per sempre, ancora oggi, la vita di milioni di donne in ampie aree del mondo. Varrà ricordare -come i contributi di questo volume mettono chiaramente in luce- che le mutilazioni genitali sono ancora oggi pratica diffusa in grandi aree del mondo, dall'Africa sub-sahariana al Medio Oriente, e che nemmeno l'Europa è indenne da tale fenomeno. L'aumento dei flussi migratori verso il mondo occidentale ha reso visibile anche nei Paesi Europei il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili. Per quanto riguarda l'Italia, la pubblicazione di una ricerca realizzata per conto del Dipartimento per le Pari Opportunità, nel 2009, ha consentito di avere una stima quantitativa dell'incidenza del fenomeno nel nostro Paese. Qui, la Legge del 9 gennaio 2006, n. 7, recante *“Disposizioni concernenti la*

prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”, detta le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le mutilazioni genitali quali violazioni dei diritti fondamentali all’integrità della persona e alla salute di donne e bambine.

Sono certa che il presente volume, con il ricco bagaglio di informazioni che rende disponibili, fornirà un importante contributo verso la conoscenza e l’abolizione della pratica delle MGF.

Introduzione

Massimo Chiaretti e Giovanna Angela Carru

Sono sempre più numerose le persone che abbandonano il proprio paese per cercare altrove una vita migliore. A causa di fame, guerre, povertà endemica e malattie (curabili, ma i farmaci non sono sempre e ovunque disponibili), si è generato un potente e ininterrotto flusso migratorio, in continua crescita, dalle aree sottosviluppate del mondo verso i paesi economicamente più ricchi, flusso che ha prodotto notevoli cambiamenti demografici, socioeconomici e culturali, mettendo a confronto culture tra loro diverse. Nonostante l'entrata in vigore in Italia della legge n. 189 del 30 luglio 2002, nuova disciplina dell'immigrazione – meglio nota come legge Bossi-Fini, – detta così dai cognomi dei primi firmatari: Gianfranco Fini e Umberto Bossi che nel governo Berlusconi II ricoprivano rispettivamente le cariche di vicepresidente del Consiglio dei Ministri e di Ministro per le Riforme Istituzionali – e nonostante la “Devoluzione” altra nuova disciplina più restrittiva rispetto all'assetto normativo esistente che il partito leghista tentava di far approvare nel 2002, i migranti in fuga dai paesi d'origine continuano ad arrivare, anche da noi, con intensità crescente, in numero direttamente proporzionale alla gravità delle crisi politiche, economiche e sanitarie che si sviluppano nel continente africano e nel vicino Medio Oriente. Tutto ciò ha contribuito a modificare profondamente la struttura sociale del nostro paese, favorendo lo sviluppo di una società multietnica e multiculturale. A questo si aggiunge la cultura cristiana dell'accoglienza, che entra nella politica e ne condiziona le scelte sociali facilitando, da un lato, e costringendo graziosamente, dall'altro, la classe politica a scelte che altrimenti sarebbero impopolari, pur essendo antieconomiche. Queste popolazioni, portatrici di culture e tradizioni proprie, ci costringono a prendere coscienza di un gran numero

di nuove problematiche, sconosciute alla nostra mentalità occidentale; problematiche che nascono proprio da differenze culturali e che entrano in conflitto con convinzioni e tradizioni di altri popoli, soprattutto se profondamente diverse e per noi criticabili, rendendo in molti casi difficile l'integrazione dei nuovi arrivati. Non sempre, tuttavia, i nuovi, aspiranti cittadini italiani sono inclini a modificare i propri usi e costumi per integrarsi con la nostra società, che a sua volta si impone con le proprie leggi. Un caso eclatante ed estremo è precisamente quello che riguarda l'oggetto del presente lavoro. Infatti, in questo inatteso 'scontro di civiltà' si osservano, da un lato, la femminilità rivendicata, sentita, sfoggiata e conquistata con sanguinose battaglie ormai da 100 anni. Dall'altro, una femminilità passiva, silente o zittita, vittima della tradizione e della ottusità-violenza-repressione maschile che costringe l'altra metà del cielo a subire pratiche, ai nostri occhi assurde, insopportabili e ormai riconosciute come estremamente pericolose per la salute delle donne. Nel nostro paese le donne con modificazioni genitali sono numerose, ma, quando si rivolgono al nostro Servizio sanitario nazionale, (presente su tutto il territorio, servizio gratuito e – ricordiamolo – pagato con le tasse dei cittadini italiani, costruito con sacrifici e lotte non comuni), queste si devono confrontare con Sanitari che, il più delle volte, a causa della barriera linguistica, non riescono a comunicare con loro, ma che – soprattutto – sono totalmente ignari della questione della quale qui si parla, nonché delle tradizioni delle quali le pazienti straniere sono portatrici. A loro volta, le pazienti in questione non conoscono il nesso tra pratiche tradizionali e conseguenze cliniche, cosicché nella maggior parte dei casi non sono in grado di collaborare o si trovano ad affrontare pregiudizi culturali. Scopo del presente Manuale tecnico-pratico è quello di fornire uno strumento al tempo stesso agile, e per quanto possibile completo e chiaro, con informazioni dettagliate e aggiornate relative alle mutilazioni genitali femminili, a partire dal substrato storico e culturale che ha generato una pratica ai nostri occhi inutile, dannosa e atroce. In considerazione della sorprendente diffusione del fenomeno, in molti paesi sono stati avviati già da tempo programmi per sensibilizzare le comunità e preparare i servizi sanitari e sociali ad affrontare la questione. Si è cercato di analizzare, attraverso interviste alle donne che ne sono state vittime, le sofferenze, i disturbi della sfera genitale, il tipo e la qualità delle cure ricevute dal nostro Servizio sanitario nazionale. Un servizio sanitario che, anche se lento ad adattarsi alle nuove necessità di questa mutevole realtà che sta

diventando multiculturale, richiede agli operatori sanitari uno sforzo formativo, conoscitivo e di adeguamento alle tematiche sociali, culturali e sanitarie di questi nuovi cittadini, comprese le donne portatrici di mutilazioni genitali.

PARTE I

CONCETTI GENERALI, PROVENIENZA, DISTRIBUZIONE

1. MGF: tradizioni, diffusione nel mondo occidentale, confronto culturale

Giovanna Angela Carru e Massimo Chiaretti

La Mutilazione dei Genitali Femminili è una pratica radicata nelle tradizioni e culture di alcune popolazioni asiatiche e africane, immutata per secoli e celata da un velo di riservatezza. A seguito dei fenomeni migratori intercorsi dalla fine del XXI secolo, le MGF sono salite alla ribalta dell'interesse medico soprattutto a causa delle gravi complicanze osservate nelle donne portatrici, con una problematica clinica ormai piuttosto frequente. Per MGF si intendono tutte le pratiche che comportano la parziale o totale rimozione degli organi genitali femminili esterni per ragioni non mediche. Una procedura che danneggia la salute e il tessuto genitale della donna, causando interferenze con le naturali funzioni dell'organismo femminile. Una pratica, inoltre, molto dolorosa, con effetti sulla salute della donna, sia a breve che a lungo termine, con problemi durante il parto, sterilità, e molto altro. Sono il portato di una tradizione pre-islamica, già in uso nell'antico Egitto, radicata prevalentemente sul continente africano, dal Mediterraneo alla fascia equatoriale. In questo periodo, le MGF sono praticate principalmente in 28 paesi dell'Africa sub-sahariana e nello Yemen e si ha certezza di casi di MGF in Kurdistan iracheno, Indonesia, Arabia Saudita, Malesia. A seguito dei fenomeni migratori si osservano casi anche in Europa, Australia, Canada, Nuova Zelanda e Stati Uniti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che 130 milioni di donne nel mondo siano già state sottoposte a tali interventi, e che 3 milioni di bambine siano a rischio ogni anno. Attualmente, in Italia le donne che hanno subito tali procedure sono circa settantamila. Tali pratiche sono caratteristiche di società a struttura patriarcale, condizionate da dinamiche sociali che costringono le famiglie a perpetuarne l'usanza al fine di non subire gravi sanzioni sociali e giudizi morali. L'onore familiare, l'educazione e il ragguaglio di una

determinata condizione sociale sono necessari per la sopravvivenza in queste comunità, specialmente quelle più povere, e poiché al centro dello schema tradizionale è la castità della donna, è difficile per le famiglie e ancor più per le bambine stesse, sottrarsi alla pratica o decidere spontaneamente di rifiutarla. Come la circoncisione maschile, anche le mutilazioni femminili sono vissute e difese come “usanza del popolo”, come normale pratica igienico-religiosa-tradizionale. Tuttavia, ad esempio, per molti americani di origine islamica o ebraica la circoncisione maschile è ritenuta “normale”, mentre le mutilazioni femminili, a causa delle possibili gravi complicanze cliniche sono giudicate e condannate dall’opinione pubblica occidentale. L’OMS definisce le MGF “...una violazione dei diritti fondamentali delle donne e delle bambine perché [...] ledono il loro diritto alla salute, alla sicurezza e all’integrità fisica, il diritto a essere libere dalla tortura e da trattamenti crudeli, disumani o degradanti; e anche lo stesso diritto alla vita, qualora la procedura conduca a morte[...] [1]. Inoltre, [...] la pratica delle MGF, anche se non intesa come tale, è a tutti gli effetti, un atto violentissimo; inoltre esso ha natura discriminatoria, poiché assegna alle bambine, e alle donne, una posizione di subordinazione all’interno della famiglia e della società tribale [...]” [2].

1.1. Definizione

La dichiarazione congiunta OMS/WHO, UNICEF e UNFPA dell’aprile 1997 definisce come MGF

“tutte le procedure che includono la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre lesioni agli organi genitali femminili, per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche” [3].

Tali procedure non sono eseguite sulla base di indicazioni mediche o chirurgiche per la salute femminile ma per ragioni diverse, e questo lavoro si propone di esaminarle.

1.2. Etimologia dei termini

La pratica di modificare chirurgicamente i genitali femminili era nota da tempo come ‘circoncisione femminile’ in lingua inglese e come ‘escissione’ in lingua francese.

| PAESE | LINGUA | ESPRESSIONE USATA PER INDICARE LE MGF | SIGNIFICATO DELL'ESPRESSIONE USATA |
|--------------|----------|---------------------------------------|--|
| Burkina Faso | Bissa | Bangu | La parola significa rispetto , a indicare cosa le donne ottengono attraverso la pratica |
| Burkina Faso | Moré | Marwala | La parola significa letteralmente piccione , animale che in Burkina Faso porta bene |
| Egitto | Arabo | Tahara | Dalla parola araba "tahar" che significa pulire o purificare |
| Egitto | Arabo | Khitan | Circoncisione , usato sia per la circoncisione maschile che per quella femminile |
| Etiopia | Amarico | Megrez | Circoncisione/taglio |
| Etiopia | Harrari | Absum | Nome rituale |
| Eritrea | Tigrigno | Mekhnishab | Circoncisione/taglio |
| Guinea | Malinké | Kileg/Digitongu | Abluzione o pulizia , entrambe le parole descrivono la pratica |
| Mali | Bambara | Bolokoli | Letteralmente significa lavarsi le mani . Non è chiaro se il termine è usato per dire che la circoncisione implica pulizia o se si riferisce al fatto che l'operatrice si lava le mani dopo l'operazione |
| Mali | Bambara | Negekorosigui | Letteralmente significa: siede su un coltello . Il termine ha connotazioni politiche e non è usato nel gergo quotidiano |
| Nigeria | Ibo | Ibi/Ugwu | L'atto di tagliare , usato per la circoncisione maschile e femminile |
| Nigeria | Ibo | Sunna | Sunna si riferisce alla tradizione islamica . Questo termine viene usato da differenti gruppi di persone di fede islamica in diversi paesi per indicare la circoncisione femminile poiché si crede che la pratica sia raccomandata dalla religione musulmana |
| Somalia | Somalo | Hawenka gudniin (o gudninka) | Circoncisione femminile |
| Somalia | Somalo | Halalays | Dal termine arabo "halal", "sanzionato", per intendere purificazione e purezza , usato soprattutto nella Somalia settentrionale e dai Somali di lingua araba |
| Somalia | Somalo | Qodiin | Cucire, attaccare o stringere , si riferisce all'infibulazione |
| Sudan | Arabo | Tahur | Dalla parola araba "tahar" che significa pulire o purificare |
| Sudan | Arabo | Khifad | Dalla parola araba "khafad" che significa ridurre , si riferisce alla riduzione delle dimensioni del clitoride a causa dell'escissione (usato raramente nel linguaggio colloquiale) |

Tab. 1.1. Termini usati in alcune lingue locali africane per indicare le mutilazioni/escissioni eseguite sui genitali femminili [4, 5].

Le società scientifiche europee che studiavano le popolazioni africane consideravano tale pratica, per le ragazze, come parte integrante di una serie di cerimonie eseguite durante un periodo d'isolamento, una volta raggiunta la pubertà [4]. La raccolta di documenti a cura di Shell-Duncan e Hernlund sulla circoncisione femminile include una vasta ricerca sulle origini dei termini [4]. Nel corso degli anni anche numerosi antropologi hanno usato il termine 'circoncisione femminile' [4]. La pratica della circoncisione femminile nei paesi africani non ha attratto l'attenzione di molti studiosi qualificati fino al 1980. Alcuni regimi coloniali europei avevano cercato di sradicare la pratica in aree di Kenya e Sudan nel 1920 e 1930, e anche più tardi, ma questi tentativi si erano dimostrati isolati e inefficaci. Alla fine del 1920, in Kenya, missionari protestanti cercarono di vietare le MGF per ragioni mediche; nel distretto di Meru fu vietata la clitoridectomia; stessa cosa, per ragioni mediche, nel 1956-1959 durante la rivolta cosiddetta 'dei Mau Mau' e lo 'stato di emergenza' imposto dagli inglesi che portò, infine, all'indipendenza del Kenya dalla Gran Bretagna [5]. In Sudan, nel 1946, le autorità britanniche vietarono l'infibulazione (restringimento e chiusura parziale dell'apertura vaginale), ma non la clitoridectomia, anche se le violazioni comportarono pochissimi arresti. Menzione alle MGF si ritrova in alcuni resoconti etnografici o sociologici degli anni 1950 e 1960, con scarsissima seria attenzione alla pratica e nessun tentativo di valutare le dimensioni e la portata della pratica stessa nelle società africane coinvolte. Lo studio delle dimensioni e della portata di questa merita attenzione per molte ragioni. È importante conoscere i tassi di prevalenza della pratica per calcolare il numero di ragazze e di donne che ogni anno, ancora oggi, sono costrette a subirla. In secondo luogo occorrono dati sulla distribuzione geografica della pratica per concentrare interventi sanitari efficaci. In terzo luogo, vi è necessità di capire in che modo le MGF siano effettuate, per meglio spiegare alle popolazioni perché è necessario abbandonare tali pratiche. E, infine, questa informazione è fondamentale per valutare le conseguenze per la salute, di tale pratica, su bambine e donne, e questo sia subito dopo il taglio, che per le conseguenze che questo comporterà più tardi, nella vita. La relazione pubblicata nel 1979 da Francis Hosken [6] è spesso citata come il primo grande tentativo di fornire una stima per la prevalenza nazionale di MGF/ in molti paesi africani [7]. Tale relazione è importante più per essere riuscita ad attrarre sulla questione l'attenzione delle agenzie internazionali, che per il rigore scientifico che la caratterizzava.

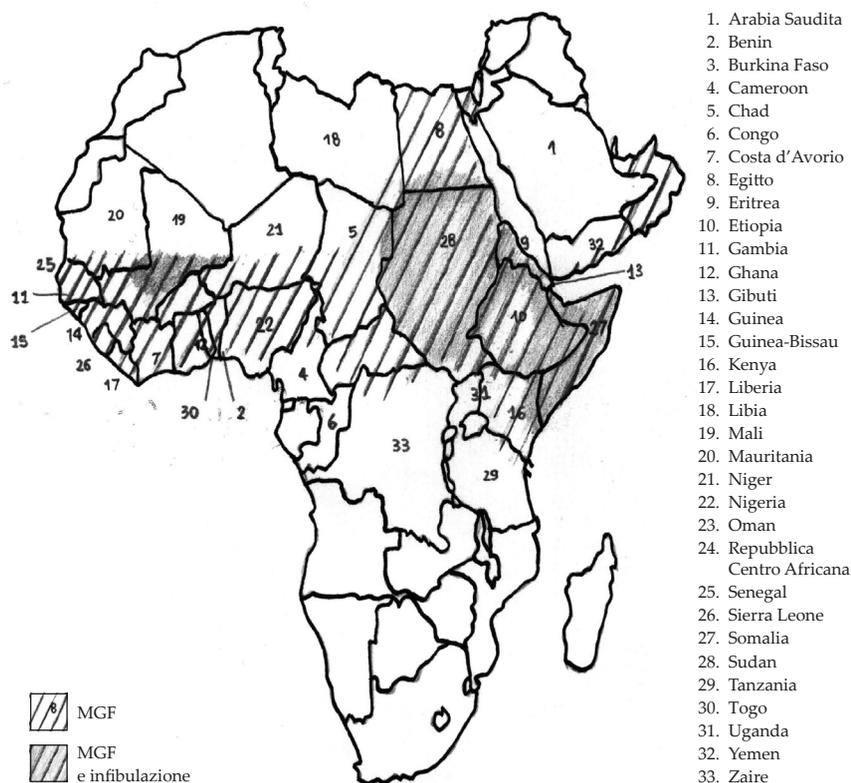


Fig. 1.1. Distribuzione e luoghi di provenienza delle popolazioni che praticano mutilazioni genitali femminili/*female genital mutilation* (MGF) sulle proprie donne e bambine.

Mutilazione genitale femminile/*female genital mutilation* è un termine non accettato da molte donne africane per la sua accezione negativa, poiché esprime l'idea di una menomazione corporea, là dove esse ritengono che i loro corpi corrispondano a ideali di bellezza. Di fatto a livello locale, nelle comunità, i termini più usati sono circoncisione femminile o altri, tratti dalla cultura di appartenenza. Secondo la concezione occidentale, il termine mutilazione ha un significato peggiorativo, in quanto allude all'idea di un corpo irrimediabilmente deturpato, che ha perso la sua naturale integrità. Per culture di alcuni paesi orientali e per molte culture africane, invece, tale pratica rappresenta un rafforzamento dell'integrità, poiché vengono asportate parti dell'organo genitale femminile che lo renderebbero impuro. Non a caso molti termini usati a livello locale contengono l'idea di purificare, lavarsi (Burkina Faso, Mali, Sudan) o nel caso dell'infibulazione, di sigillare, cucire (Somalia).

Per questo motivo, da qualche anno alcune organizzazioni hanno proposto di sostituire l'espressione «mutilazione genitale» con termini che non alterino eccessivamente la percezione. A nostro avviso, invece, è opportuno mantenere la parola «mutilazione», anche se non andrebbe così intesa, poiché essa descrive bene il pesante impatto sull'organismo, che questa pratica determina nel corpo femminile (Tab. 1.1). La pratica di modificare o asportare la parte esterna dei genitali femminili, in qualsiasi modo realizzata, è nota dall'inglese, come 'circoncisione femminile', così definita dai primi studiosi europei che si occuparono del problema in epoca coloniale [8]. La pratica è conosciuta in lingua francese come «escissione». Numerosi gli antropologi che nel corso degli anni hanno usato il termine "circoncisione femminile" [7], ritenendo che «mutilazione genitale femminile» applicato dal 1990, sia più descrittivo rispetto a quello di «circoncisione femminile», adottato anche dall'OMS. Lo distingue dalla circoncisione maschile, evidenziando la mutilazione provocata dall'atto ed evidenziando anche la pervicace violazione dei diritti umani nelle ragazze che la subiscono; di conseguenza promuove azioni contro tale pratica. Nel 1990, alcuni ricercatori, studiando la tradizione, scoprirono che alcuni colleghi africani contestavano il termine «mutilazione» ritenendo che questo implicasse un danno intenzionale [4]. Per descrivere la pratica è difficile trovare un termine esauriente e al tempo stesso non giudicante. Così, nel rispetto delle culture praticanti, sono state introdotte nuove espressioni forse più ambigue come FGC (Female Genital Cutting) ovvero "taglio" dei genitali femminili e «modifica-zione» dei genitali femminili esterni. Nei linguaggi locali, condivisi e adottati anche da alcune organizzazioni che lavorano con le comunità stesse, si utilizzano termini simbolici (Tab. 1.1), molti dei quali fanno riferimento al termine circoncisione-escissione o all'atto del tagliare. Shell-Duncan e Hernlund, nella loro revisione linguistica, nell'ambito di un programma di salute riproduttiva in Uganda (REACH), hanno suggerito l'uso del termine «taglio genitale femminile» (FGC), più neutro e quindi più appropriato [4, 6]. Questo termine (FGC) è stato adottato anche dalla United States Agency for International Development alla fine del 1990. Le pubblicazioni di Shell-Duncan e Hernlund sulla circoncisione femminile in Africa approfondiscono la comprensione della varietà di termini usati per descrivere la pratica e presentano una critica convincente ai numerosi stereotipi e false supposizioni apparsi in letteratura [4]. Nel 2005 l'UNICEF promuove l'abbandono della pratica, cominciando a utilizzare il termine di mutilazioni genitali femminili/escissione (MGF/E) [4].

Questo perché il termine «circoncisione» (utilizzato nelle traduzioni dalla lingua inglese) rischia erroneamente di associare la circoncisione femminile a quella maschile, mentre la parola «taglio» non rappresenta tutte le forme di MGF (come ad esempio nel caso in cui vi sia anche la sutura delle grandi labbra) [3]. Alcuni studiosi sostengono che le MGF rappresentano una delle molte forme di violenza contro le ragazze e le donne, seppure dissimulata dietro una bandiera culturale. Si tratta infatti di abuso su minori, e bisogna definirlo come tale, perché i concetti di abuso e di violenza devono essere rappresentati correttamente. Così dal 1990 l'Inter-African Committee (IAC), nel seminario organizzato ad Addis Abeba dal Gruppo di Lavoro delle Nazioni Unite sulle Pratiche Tradizionali, con il supporto di UNFPA, UNICEF e WHO, decise di adottare il termine di «mutilazione genitale» perché questa colpisce l'integrità fisica della persona e attenta alla salute delle bambine e delle donne che la subiscono [9].

1.3. Stime sulla diffusione e tassi di prevalenza del fenomeno

Le stime sono state spesso basate su dati aneddotici piuttosto che su osservazioni o indagini [4]. Ad esempio nel 1993 Nahid Toubia, chirurgo sudanese attivista anti-MGF pubblicò un rapporto che forniva alcune stime di prevalenza per MGF nei paesi africani [10]. Allo stesso modo indagini DHS (Demographic and Health Surveys) (Tab. 1.2) indagarono il fenomeno delle MGF prima nel 1989-1990 con un sondaggio condotto nel nord del Sudan [9]. Solo nel 1997 viene pubblicato il primo documento sui dati nazionali per la prevalenza MGF in diversi paesi africani [4] studiati tra il 1989 e il 1996. Nel 2005 L'UNICEF inizia a utilizzare un Modulo per MGF in paesi selezionati. Nelle indagini DHS e MICS alle persone intervistate è stato chiesto se fossero state circoncese [4]. La Tabella 4 riporta la distribuzione percentuale delle donne circoncese raggruppate per Paese e anno del censimento DHS. I ricercatori possono inoltre ottenere accesso ai dati DHS per condurre le proprie ricerche sulle MGF. Diversi rapporti sono stati pubblicati sulle MGF in Medio Oriente e nei paesi dell'Asia meridionale, in particolare Indonesia, Kuwait, Malaysia, Oman, Arabia Saudita, e Iraq [4, 11]. Nel 2011 è stata condotta in Iraq un'indagine MICS che ha rilevato una prevalenza del 43% in Kurdistan [4]. Le organizzazioni hanno cercato di stimare il numero di donne mutilate tra quelle immigrate in Europa dai paesi africani nei quali è praticata la MGF; stime che, di solito, si basano su statistiche del paese di origine e sul numero degli immigrati e delle

loro figlie nel Paese d'immigrazione. In uno studio condotto in Belgio gli autori hanno dapprima utilizzato diversi database statali per stimare il numero d'immigrati in Belgio da paesi in cui si praticano le MGF, quindi hanno evidenziato la prevalenza da DHS e MICS, indagini per stimare il numero di donne, proveniente da ciascuno di questi Paesi, che avevano probabilmente subito MGF [4]. Un altro esempio è uno studio finanziato dal Dipartimento della Sanità in Gran Bretagna, che ha stimato il numero totale di ragazze e donne con MGF in Inghilterra e Galles [4]. Tali stime tuttavia non sono in grado di prendere in considerazione fattori quali l'etnia, considerando che le donne immigrate non sono necessariamente rappresentative di tutte le donne del loro paese di origine. Gli autori hanno osservato che l'impossibilità di considerare l'etnia rappresentava una limitazione per il loro studio. La prevalenza di MGF varia con l'etnia di appartenenza degli immigrati. In Francia e in Belgio i GAMS (Groupes femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles) hanno stimato il numero di ragazze a rischio di MGF [4]. Tentativi simili, in Italia, sono stati condotti dall'AIDOS e hanno portato alla pubblicazione di un importante rapporto sulle MGF in Italia [12]. Con una risoluzione del marzo 2009, il Parlamento europeo stimava che circa 500.000 ragazze e donne con MGF vivessero nei paesi dell'Unione Europea, sebbene per tale stima non fosse supportata da nessuna fonte. Infine, l'agenzia olandese Pharos ha recentemente (2013) pubblicato i risultati di un ampio studio sul numero di ragazze e donne con MGF nei Paesi Bassi [4]. In uno studio condotto nel nord della Tanzania, in un villaggio rurale a sud di Moshi, presso il Kilimanjaro, regione in cui più della metà delle donne sono circoncise, sono state intervistate un totale di 798 donne di età compresa tra 15 e 44 anni [4]. Di queste, 636 (80%) hanno fornito anche un campione ematico, 399 (50%) e si sono sottoposte a visita ginecologica per determinare quale tipo di MGF fosse stata eseguita su di loro. Lo studio ha evidenziato che il 66% delle intervistate (n = 636) non ricordava di essere stata mutilata, mentre all'esame clinico le donne trattate con MGF risultavano essere il 73% (n = 399). Ciò significa che molte erano state trattate nella prima infanzia e non avevano memoria dell'evento. I MICS e DHS evidenziano che esistono tassi di prevalenza molto elevati. Infatti, in Egitto, Etiopia e Sudan vivono più del 50% di tutte le donne circoncise in Africa. Il solo Egitto ne conta 23,5 milioni; l'Etiopia 15,7 e il Sudan 8 milioni. La Tabella 2 sintetizza quattro indagini DHS (Demographic and Health Survey) su MGF condotte tra 1989-2012 in Egitto, Mali, Burkina Faso, Costa d'Avorio,

| PAESE | ANNO | PREVALENZA | NUMERO DI DONNE |
|--------------------------|---------|------------|-----------------|
| Africa Nord Est | | | |
| Egitto* | 1995 | 97.0 | 14779 |
| Egitto* | 2000 | 97.3 | 15573 |
| Egitto* | 2005 | 95.8 | 19474 |
| Egitto* | 2008 | 91.1 | 5540 |
| Eritrea | 1995 | 94.5 | 5054 |
| Eritrea | 2002 | 88.7 | 8754 |
| Sudan* | 1989-90 | 98.2 | 5860 |
| Etiopia | 2000 | 79.9 | 15367 |
| Etiopia | 2005 | 74.3 | 14070 |
| Africa Nord Ovest | | | |
| Guinea | 1999 | 98.6 | 6753 |
| Guinea | 2005 | 95.6 | 7954 |
| Mali | 1995-96 | 93.7 | 9704 |
| Mali | 2001 | 91.6 | 12894 |
| Mali | 2006 | 85.2 | 14583 |
| Burkina Faso | 1998-99 | 71.6 | 6445 |
| Burkina Faso | 2003 | 76.6 | 12477 |
| Burkina Faso | 2010 | 75.8 | 17087 |
| Mauritania | 2000-01 | 71.3 | 7728 |
| Senegal | 2005 | 28.2 | 14602 |
| Senegal | 2010-11 | 25.7 | 15688 |
| Africa Sud Ovest | | | |
| Sierra Leone | 2008 | 91.3 | 7374 |
| Liberia** | 2007 | 58.2 | 7092 |
| Chad | 2004 | 44.9 | 6085 |
| Costa d'Avorio | 1994 | 42.7 | 8099 |
| Costa d'Avorio | 1998-99 | 44.5 | 3040 |
| Costa d'Avorio | 2012 | 38.2 | 10060 |
| Central African Republic | 1994-95 | 43.4 | 5884 |
| Nigeria | 1999 | 25.1 | 8206 |
| Nigeria | 2003 | 19.0 | 7620 |
| Nigeria | 2008 | 29.6 | 33385 |
| Nigeria | 2001 | 16.8 | 6219 |
| Africa Sud Est | | | |
| Kenya | 1998 | 37.6 | 7881 |
| Kenya | 2003 | 32.2 | 8195 |
| Kenya | 2008-09 | 27.1 | 8444 |
| Tanzania | 1996 | 17.9 | 8120 |
| Tanzania | 2004-05 | 14.6 | 10329 |
| Tanzania | 2010 | 14.6 | 10139 |
| Uganda | 2006 | 0.6 | 8531 |
| Uganda | 2011 | 1.4 | 8674 |
| Yemen* | 1997 | 22.6 | 10414 |

Tab. 1.2. Risultati delle indagini DHS sulle MGF, condotte tra 1989-2012 e riportate per data, regione, paese, prevalenza nazionale e numero di donne trattate.

* Campione di donne non sposate. ** Esecutrice (anziana tradizionalista) non inclusa nelle categorie proposte nel questionario

Nigeria, Kenya e Tanzania. Nei paesi con più di due indagini e con una serie di dati disponibili, si può osservare la progressiva riduzione della diffusione a livello nazionale nel tempo che va dai 10 ai 40 anni precedenti la rilevazione. Il caso della Nigeria è l'eccezione. Tuttavia, l'aumento della prevalenza di MGF in Nigeria nel periodo 2003-2008 deriva in parte dall'uso di una nuova concezione di MGF, e dalle differenze nei dati disponibili per la selezione del campione. Gli intervistatori, nel nord-est hanno incluso forme locali di taglio e abrasione delle mucose vaginali nella loro definizione di MGF.

Nei DHS (Demographic and Health Survey) nazionali della maggior parte dei paesi si osserva, in oltre 10-15 anni di tempo, una lieve riduzione della pratica delle MGF. In Egitto il numero delle donne che hanno subito la mutilazione è sceso dal 97% nel 1995 al 91% nel 2008; in Mali il calo è stato dal 94% nel 1995 all'85% nel 2006; in Costa d'Avorio è sceso dal 43% nel 1994 al 38% nel 2012; e in Burkina Faso il numero di donne infibulate è rimasto invariato tra il 1998 e il 2010. Questi cambiamenti riflettono una diminuzione della pratica che si è verificata nei circa 10-40 anni precedenti a ogni indagine, se si assume che la circoncisione è in genere praticata in età inferiore ai 10 anni. Una donna di 35 anni intervistata nel 2010 in Burkina Faso riferisce di essere stata circondata intorno al 1980. Intervistare donne adulte sulla loro esperienza con MGF cattura quindi modelli e modifiche che erano realtà in anni precedenti. La percentuale diminuisce notevolmente in Kenya tra il 1998 e il 2008: dal 37,6% al 27,1%, un calo del 28% in 10 anni. In realtà, la prevalenza di MGF nel 1998 era presumibilmente di poco superiore del 37,6% alla rilevazione sulle DHS perché nel 1998 l'indagine DHS non aveva incluso i tre distretti di nord-est al confine con la Somalia, e i distretti di Turkana, Marsabit, Isiola e Samburu. Anche se tutti questi distretti sono scarsamente popolati, la provincia nord-orientale è popolata principalmente da keniani di origine somala, e la percentuale in quella popolazione è di circa il 98%. La popolazione dei sette distretti omissi nel 1998 costituisce circa l'8% della popolazione totale del Kenya. Nel 2013 la "Sierra Leone Demographic and Health Survey" (SL-DHS) ha raccolto informazioni circa le MGF su tutte le donne di età compresa fra 15 e 49 anni. Gli spetti indagati riguardano la conoscenza delle MGF, la tipologia, l'età alla circoncisione e un giudizio nei confronti delle mutilazioni. Agli uomini di età compresa tra 15 e 59 anni è stato anche chiesto che cosa sapessero delle MGF e quale giudizio avessero della pratica. Il 100% delle donne e il 99% degli

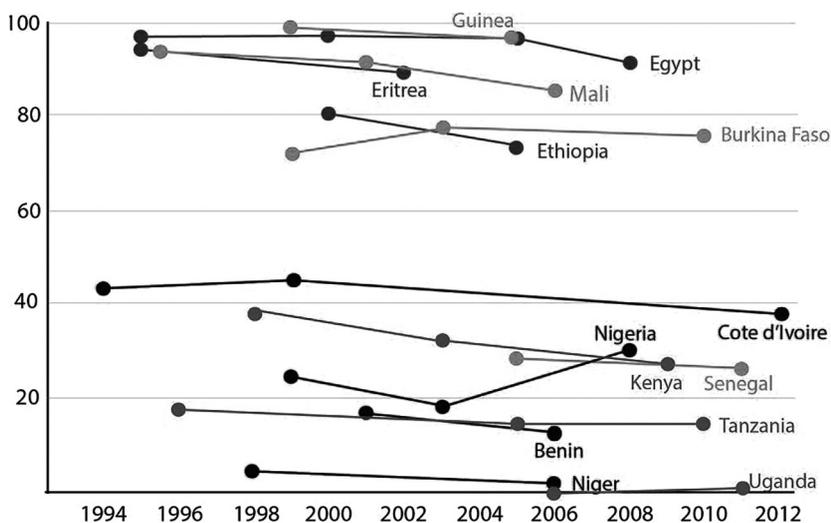


Fig. 1.2. Andamento percentuale della prevalenza delle MGF a livello nazionale.

uomini hanno risposto ai quesiti proposti. Non si registrano marcate variazioni nella conoscenza per età, religione, residenza, regione, provincia, istruzione, e censo.

Per quanto riguarda la prevalenza di questa pratica, il 90% delle donne ha subito una qualche forma di circoncisione: 75% ha subito un'escissione limitata, il 9% è stato sottoposto alla sutura delle grandi labbra, e l'1% ha ricevuto l'abrasione delle mucose delle grandi labbra. Nel 15% dei casi, le donne non erano in grado di fornire dettagli sul tipo di circoncisione subita. La circoncisione femminile è più diffusa nelle zone rurali (94%) che nelle aree urbane (81%). Le MGF sono più frequenti nel Nord (96%) e meno nella regione occidentale (76%). Per età, la MGF è più frequente nelle generazioni più anziane rispetto a quelli più giovani. Tra le donne 15-19 anni, il 74% è stato circonciso, mentre tra le donne dai 30 anni in su, l'incidenza delle MGF supera il 95%. L'analisi della religione di appartenenza dimostra che le donne musulmane hanno maggiori probabilità di essere circoncise (93%) rispetto alle donne di altre religioni. C'è una relazione inversamente proporzionale tra MGF, istruzione e censo. Con l'aumento dell'istruzione o nelle famiglie più abbienti, la percentuale di donne circoncise diminuisce [4, 11, 13].

2. Storia, aspetti religiosi e socio-culturali delle mutilazioni genitali femminili

Massimo Chiaretti e Giovanna Angela Carru

2.1. Il contesto sociale

Nelle zone rurali di vaste aree del continente africano, le collettività tradizionali, hanno generalmente una struttura patriarcale, sono prevalentemente dedite alla pastorizia e all'agricoltura, hanno tassi di alfabetizzazione bassi e risorse economiche, inclusa la terra, condivise. Le scelte, i comportamenti e gli atteggiamenti sociali di una famiglia tribale sono condizionati anche dal comportamento sociale delle famiglie vicine, sulla base di un sistema di ricompense e/o sanzioni, per coloro che rispettano o violano i doveri e le tradizioni locali che assumono una qualche importanza [14]. I comportamenti individuali sono controllati e condizionati alla approvazione della comunità [14]. In tale contesto il ruolo della donna è subordinato a quello maschile, che poggia il proprio potere su particolari concezioni culturali della differenza di genere, della sessualità, del matrimonio e della famiglia [15]. In questa realtà, le MGF, il matrimonio precoce (generalmente combinato), il matrimonio per rapimento e la violenza domestica, sono parte della normale vita quotidiana di donne e bambine. Le donne, in queste famiglie, sono giovani madri, lavoratrici già fin da tenera età. Donne che percorrono a piedi, ogni giorno, sotto il sole, parecchi chilometri per attingere acqua dai pozzi per le necessità quotidiane. Queste donne partecipano attivamente al sostentamento della famiglia e del villaggio, ma senza avere la possibilità di prendere parte al processo decisionale, nemmeno per cose che le riguardano direttamente. Di conseguenza hanno scarse possibilità di scelta e capacità di negoziazione. Decisioni sulla vita sessuale e riproduttiva femminile, o discutere se far eseguire o meno

la circoncisione sulla propria figlia, non sono possibili perché il codice di comportamento sociale ha un valore assoluto. Il dovere di essere un bravo genitore, in tale contesto, impone alle madri di sottoporre le proprie figlie a infibulazione, nella convinzione di garantire loro un futuro matrimonio e il rispetto del coniuge [14]. Per le donne Maninka della Guinea centrale, ad esempio, il dovere di madre nei confronti delle proprie figlie è quello di educarle, farle operare e trovare loro un marito [16].

2.2. Sessualità e tabù

In molte aree rurali dei paesi africani ai quali si fa riferimento, la sfera sessuale è un tabù, come del resto in molte famiglie delle società occidentali. Il tema "sessualità femminile" non viene affrontato apertamente tra madre e figlia, e a volte se ne parla con titubanza anche tra ragazze. La trasformazione ormonale, l'attrazione verso l'altro sesso e quindi la possibilità di rimanere incinte prima del matrimonio, devono essere assolutamente evitate per non venire emarginate e condannate a una vita di vergogna e povertà. Di conseguenza la Mutilazione Genitale ha lo scopo di impedire fisicamente il rapporto sessuale prematrimoniale e il piacere sessuale, compresa la masturbazione, ostacolando desideri e istinti. Come scrive nel 1959 Khady Koita, attivista per i diritti delle donne senegalesi e autrice del libro "Mutilée":

«La parola 'orgasmo' non esiste, nella mia lingua. Il piacere di una donna non è solo tabù, non esiste. La prima volta che qualcuna ne parlò, in mia presenza, corsi in biblioteca a frugare nei libri. Con la mutilazione praticata nell'infanzia ci vogliono far credere che siamo nate così. Per dominarci ci privano del piacere, ma non del desiderio» [32].

Le donne vivono i meccanismi fisiologici dell'adolescenza in maniera ambigua, portando con sé l'innocenza della disinformazione, anche nella prima notte di nozze. Molte donne con qualche forma di mutilazione genitale non riescono a provare alcun piacere nel rapporto sessuale con il proprio uomo, anzi, alcune provano soltanto dolore. Tra gli insegnamenti, nel codice educativo connesso alla pratica delle MGF, sono trasmessi il concetto di passività sessuale, la subordinazione alle decisioni maschili, la sottomissione al desiderio carnale maschile, incluso anche il tacere le proprie sofferenze [33, 34].

Carla Makhoulf Obermeyer, medico ed epidemiologo specializzato nello studio della fertilità e HIV, sostiene che:

«L'infibulazione a seguito della retrazione cicatriziale riduce il lume dell'orificio vulvare, rendendolo, a volte, talmente stenotico, che i tessuti devono essere lacerati o nel rapporto sessuale o per intervento manuale, per consentire la penetrazione e il rapporto sessuale che, quindi, causa dolore» [18].

La lacerazione generalmente la deve provocare lo sposo, durante la prima notte di nozze, con il primo rapporto sessuale. Se l'uomo non riuscisse nell'intento, un'anziana, pratica del problema, esegue con uno strumento tagliente l'incisione dei lembi saldati delle grandi labbra in modo da permettere la penetrazione. Il piacere sessuale nelle donne con MGF dipende dalle aree erogene residue (numero di terminazioni nervose a livello vulvare) e dall'estensione del processo cicatriziale successivo alla mutilazione. In Sudan ad esempio, come racconta Ellen Gruenbaum, molte ostetriche, temendo emorragie, lasciano il clitoride intatto, sotto la connessura prossimale delle grandi labbra suture tra loro [14]. Per questo alcune donne raggiungono l'orgasmo, anche se sono presenti cicatrici. Makhoulf Obermeyer ipotizza una funzione vicariante dei tessuti residuali [17-21].

2.3. Differenza tra circoncisione maschile e infibulazione femminile

La circoncisione, dal latino *circumcidere*, "tagliare intorno", consiste nell'asportazione chirurgica della cute prepuziale che ricopre il glande, lasciandolo esposto. Dal punto di vista anatomico, tale intervento è molto più contenuto rispetto a quello che si esegue sulle femmine; infatti, l'equivalente maschile di clitoridectomia corrisponderebbe alla resezione del prepuzio (intervento di plastica prepuziale). Secondo Rahman e Toubiae l'infibulazione corrisponderebbe a quella dell'intero pene, bulbi cavernosi e cute delle borse scrotali [19].

Comunità australiane, polinesiane, indiane e africane, praticano le MGF con motivazioni elencate come segue:

1. Dal punto di vista etnologico, la circoncisione è un rito d'iniziazione, un intervento sulla anatomia dell'organo maschile che nobilita, e che si concretizza con l'ingresso nella collettività emancipata.
2. La circoncisione si può ricondurre al tema dell'androgenia primaria e rappresenterebbe l'intervento finale, operato dall'uomo, per differenziare chiaramente il maschio dalla femmina, perché il prepuzio

è visto come una sorta di genitale femminile e il clitoride come un abbozzo di genitale maschile. Il rimuoverli, nella femmina, si ritiene consenta l'acquisizione dell'identità sessuale femminile completando la differenziazione sessuale.

3. La circoncisione è un intervento sugli organi riproduttivi e del piacere sessuale. Ha lo scopo di prepararli, liberandoli da inutili membrane, alla funzione procreatrice. In altre culture è invece rito pre-nuziale e di fecondità, o adattamento tecnico strumentale all'esaltazione del piacere nel maschio e alla riduzione del desiderio e del piacere sessuale nella femmina, oppure forma di sacralizzazione degli organi e della funzione sessuale.
4. In alcune culture la circoncisione è segno di appartenenza a un gruppo (etnico, religioso, tribale, di casta) ma anche di distinzione, spesso in rapporto con una narrazione fondante delle origini.
5. La circoncisione è oggetto d'interpretazioni psicoanalitiche, immaginata come una forma di uccisione simbolica, in uno schema mitico di alternanza morte-resurrezione, o di sostituzione sacrificale, o di alternativa e sublimazione della castrazione.
6. Intesa come misura igienica che facilita la pulizia e l'asportazione dello smegma prepuziale, è un dettame religioso. Per gli ebrei è il segno del patto tra Dio e Abramo (Genesi 17, 10-14), che distingue tutti i suoi discendenti. Per gli islamici, invece, secondo alcuni è uno dei doveri religiosi, dettato dal Testo Sacro, il Corano, sebbene per altri tale interpretazione non sia accettabile [19-22] (vedi § 3.2).
7. Le MGF non sono citate nel Corano e quindi la differenza sostanziale dalla circoncisione, è quella di non essere dettate dalla Legge ma piuttosto dalla cultura. La Dichiarazione di Rabat del 2005, a conclusione della prima Conferenza Islamica dei Ministri, invita tutti gli Stati musulmani a "prendere le necessarie misure per eliminare tutte le forme di discriminazione nei confronti delle ragazze e tutte le pratiche tradizionali nocive, come la mutilazione genitale femminile", evidenziando che queste pratiche sono contro i precetti e la tradizione dell'Islam. Ai Governi è stato chiesto di "promulgare e attuare leggi adeguate, fare dei programmi nazionali e delle strategie per proteggere le ragazze". Le MGF sono dunque pratiche culturali arcaiche, che nessuna religione ha prescritto, ma che appaiono profondamente radicate nelle società che le attuano, perché fino ad ora ritenute essenziali per l'attribuzione di uno status sociale, sia per la bambina sia per la sua famiglia (vedi § 2.5 e 3) [23-26].

2.4. Credenze delle popolazioni che praticano le MGF

Quando in modo unanime tutti i membri di una stessa comunità seguono una regola o usanza (come le MGF) si delinea una sorta di norma sociale, ossia una regola di comportamento seguita da tutte le famiglie così da conformarsi all'usanza e renderla bene accetta, «normale», (in base all'aspettativa che gli altri si comportino, e continuano a comportarsi, in modo analogo) anche sulla spinta di premi o sanzioni. Si tratta dunque di uno stato di equilibrio. Lo stesso però accadrebbe se tutte le famiglie di una comunità scegliessero di non sottoporre le proprie figlie a MGF, poiché la pratica cesserebbe di essere un prerequisito per il matrimonio. Un ruolo importante nella sua perpetuazione è svolto anche dall'approvazione o dalla disapprovazione sociale, manifestate attraverso la pressione della comunità. L'infibulazione avrebbe come scopo l'attenuazione del desiderio sessuale, preservando la castità femminile e proteggendo la donna dalla tentazione di essere «vittima» dei propri istinti sessuali. Si pensa che una donna infibulata sia più fedele al proprio uomo rispetto a una che non lo è. L'infibulazione servirebbe inoltre a proteggere l'onore familiare e della ragazza stessa, specialmente nei casi in cui le giovani vanno a scuola fuori dal villaggio e sono esposte a situazioni promiscue e ritenute potenzialmente "a rischio" [21]. Disattendere alle regole sociali può significare incorrere in diffamazioni, umiliazioni, condanna, fino ad atti di violenza o all'esclusione sociale (nel caso delle MGF anche la compromissione dell'idoneità al matrimonio). In popolazioni con tradizioni arcaiche, la vita collettiva è essenziale, e venire emarginati in molti casi significa non riuscire a sopravvivere. Questo perché le difficili condizioni ambientali, in paesi poveri come in molti paesi africani, consentono la sopravvivenza solo a individui inseriti e partecipi in una comunità organizzata con la suddivisione specializzata dei compiti. L'infibulazione è uno dei fattori che uniscono le famiglie, cosicché se una bambina non è infibulata, tutta la sua famiglia viene isolata e la futura donna non troverà marito; di conseguenza, la famiglia non avrà la dote che le spetterebbe dal matrimonio, dote che aiuta economicamente tutto il nucleo familiare. MGF e matrimonio sono concetti imprescindibili l'uno dall'altro e ancor più finché gli uomini continueranno, di fatto, a sposare solo ragazze che hanno subito la pratica, respingendo quelle che non sono infibulate. Se l'infibulazione è ritenuta necessaria per essere presa in sposa, il matrimonio lo è

altrettanto per la sicurezza economica e sociale della ragazza e della famiglia cui appartiene. Impedisce l'adulterio, la violenza sessuale, previene l'attività sessuale prematrimoniale e quindi gravidanze indesiderate. La mutilazione genitale conferisce identità sessuale: se per gli uomini, la circoncisione migliora il piacere sessuale ed è un segno sociale distintivo, etnico e fisico, nella donna invece la pratica è considerata una condizione essenziale per identificare una ragazza spiritualmente pura. Ciò si può dedurre dal nome che alcune comunità attribuiscono alla pratica di MGF, come nel caso dei Bambara del Mali, per i quali significa lavaggio spirituale [25]. Elevazione sociale della donna, rappresenta il passaggio della bambina dall'infanzia-adolescenza alla condizione di donna «adulta» (nonostante la tenera età cui sono sottoposte all'infibulazione), maritabile e quindi pronta per l'attività sessuale [28-31]. La pratica, come in Sierra Leone, può essere accompagnata da una cerimonia o rito di passaggio, nella convinzione che il dolore fisico implicito nella procedura contribuisca a creare un legame indelebile tra le ragazze che vengono iniziate insieme [30]. In altre comunità, invece, le bambine sono sottoposte a MGF in tenera età, in privato e in assenza di rituali condivisi [30]. Il fatto che i riti d'iniziazione stiano scomparendo mentre le MGF continuano a sopravvivere lascia intendere che tali riti, di per sé, non costituiscono una motivazione per la persistenza della pratica. Alexia Lewnes descrive l'importante ruolo giocato dalle praticanti tradizionali, generalmente persone autorevoli e rispettate dall'intera comunità, che trovano nelle MGF una fonte sicura di reddito. Nel Mali il trattamento può costare circa 10.000 franchi locali, poco più di 15 euro, cifra comunque significativa per chi vive con redditi mensili spesso di poco superiori [32] (vedi § 3.1).

2.5. Interpretazione delle MGF nel mondo islamico

La religione ha sempre avuto un ruolo decisivo nel corso della storia dell'umanità, esercitando la sua influenza nei diversi ambiti sociali e politici. In alcune comunità, religione e cultura sono talmente associate da non riuscire a distinguere più gli aspetti dell'una da quelli dell'altra. È comprensibile dunque come sia facile cadere nell'errore di considerare le MGF come un dovere religioso, ma l'origine di questa tradizione precede le religioni stesse che la legittimano (vedi § 2.3.7 e § 3) [27].

2.6. Visione animista della circoncisione femminile

Nelle comunità animistiche, in cui si crede che anima e corpo siano strettamente connessi, si ritiene che intervenendo sul corpo, si intervenga sul comportamento morale ed etico della persona e su ciò che questa diventerà. Il che è molto diverso da quanto avviene nella nostra società dove, a partire da un certo momento storico, si è praticata una separazione delle esigenze dell'anima da quelle del corpo. Nelle società animiste si riscontra un forte legame tra mente e corpo, una unione, anche nella ritualità fisica, come nelle prove di coraggio o le iniziazioni, riti in cui il corpo è modificato dalla cerimonia. In un'ottica animistica il controllo che si esercita sul corpo ha un effetto diretto sul comportamento. Le mutilazioni dei genitali femminili contribuiscono dunque a forgiare donne "come si deve", in altre parole donne fedeli, che porteranno in grembo il figlio del legittimo marito [29].

2.7. *Bride price*, la dote o "prezzo della sposa"

Come si è detto, in vaste aree del continente africano il matrimonio rappresenta per la donna il principale mezzo per garantirsi la sopravvivenza, un sostegno economico, uno status sociale e la realizzazione come madre, condizioni essenziali per la sopravvivenza e per la libertà, seppur limitata, all'interno delle regole familiari e della comunità (cfr. § 3.1) [33-35]. Il matrimonio, per la donna, non è una libera scelta, frutto di sentimenti, ma è deciso da un gruppo di maschi composto da anziani, adulti e giovani appartenenti alla stessa comunità, ai quali spetta il compito di scegliere la sposa e quantificare l'offerta che i familiari dello sposo porgeranno alla famiglia della sposa. Tale offerta varia principalmente in base alla condizione sociale di entrambi i nuclei familiari e ha il compito di compensare la perdita del ruolo della donna, e delle sue potenzialità all'interno della famiglia di origine che, dando la propria figlia in moglie, se ne priva, cedendola alla famiglia dello sposo. In alcune zone del Medio Oriente, dell'Asia meridionale e dell'Africa sub sahariana le condizioni di ristrettezza economica fanno del matrimonio un modo per ottenere benefici economici, permettendo alla famiglia della sposa di ricevere, in passato, bestiame, oggi solitamente soldi, come prezzo nuziale per la figlia [35]. In Nigeria, ad esempio, il prezzo della sposa è calcolato in 494.500 Naira equivalenti a circa 1.816 sterline. Nelle zone più povere e disagiate, dove una figlia rappresenta un onere

economico, spesso la giovane, poco più che adolescente, viene ceduta in sposa a un uomo maturo o addirittura anziano. Se, in questa prospettiva, il corrente sistema matrimoniale ricorda una negoziazione per interessi economici, è importante precisare che l'offerta, seppur in denaro, è intesa come un dono e non come prezzo che viene dato alla sposa-persona, ma ai diritti sul di lei lavoro, sessualità, fertilità e prole. I genitori così, per assicurare allo sposo tali diritti, alla ragazza stessa un futuro migliore e a se stessi un certo utile, ricorrono a sistemi mirati a garantire l'illibatezza della ragazza, senza la quale non verrebbe mai scelta in moglie; o come accade nella popolazione Chagga di Arusha, in Tanzania, la dote per una ragazza senza queste caratteristiche verrebbe notevolmente ridotta [36]. Il legame tra MGF e il valore delle bambine è chiaro: dovrà essere non una donna qualsiasi, ma una donna illibata, intatta, vergine possibilmente infibulata, e ben chiusa nel caso di somale, eritree o etiopi, oppure escissa a dovere in modo da scoraggiarne desideri e rapporti prematrimoniali, pena il rinvio della malcapitata alla sua famiglia di origine, già la prima notte di nozze. Le MGF sono considerate lo strumento attraverso il quale si ritiene di riuscire a controllare la sessualità femminile, garantendo la purezza indispensabile allo scambio matrimoniale [35-37].

2.8. Età in cui viene eseguita la circoncisione

L'età in cui le bambine sono sottoposte al trattamento varia da una cultura (da un paese) all'altra, e in ogni caso i dati non sono totalmente precisi poiché non sempre le donne e le bambine che hanno subito questa pratica traumatica da piccolissime riescono a ricordare quanti anni avessero al tempo.

Alcune vengono circoncese ancor prima di compiere i primi passi, come per oltre il 50% delle bambine in Etiopia [38]; altre, come in Egitto, prima del compimento del tredicesimo anno [39], ad esempio tra i 5 e gli 11 anni in Sudan, tra i 7 e i 12 in alcune zone del Kenya [40] fino a un'età tra i 12 e i 18 anni [41].

La Tabella 2.1 mostra la distribuzione, per età in cui è avvenuta, delle donne che hanno subito la pratica nei paesi in cui il sondaggio proponeva tale quesito (vedi § 2.3.7, § 2.5).

Nelle regioni del nord e del Corno d'Africa, solo due paesi hanno registrato l'età alla circoncisione: l'Egitto e l'Eritrea. I due presentano un deciso contrasto nella tempistica della circoncisione. Nel sondaggio del 2008 in Egitto, il 90% delle donne circoncese lo sono in età compresa

| ETÀ DELLA CIRCONCISIONE | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------|-------------|--------------|------|-------|------|-------------------|---------------------|
| Paese | Anno | 0-1 | 2-4 | 5-9 | 10-14 | 15+ | Ignoto o mancante | N° donne circoncese |
| Africa Nord Est | | | | | | | | |
| Egitto* | 2008 | 0.6 | 1.7 | 38.0 | 52.4 | 1.6 | 5.7 | 5044 |
| Eritrea | 2002 | 64.7 | 10.4 | 15.0 | 1.1 | 0.1 | 8.7 | 7765 |
| Africa Nord Ovest | | | | | | | | |
| Guinea | 2005 | 33.8 | 1.9 | 31.5 | 26.5 | 3.1 | 3.2 | 7607 |
| Mali | 2006 | 61.6 | 6.5 | 17.0 | 8.2 | 1.1 | 5.6 | 12426 |
| Burkina Faso | 2010 | 49.6 | 10.9 | 28.2 | 8.9 | 2.0 | 0.5 | 12949 |
| Burkina Faso | 2010 | 75.8 | 17087 | | | | | |
| Mauritania | 2000-01 | 75.1 | 1.2 | 0.7 | 0.2 | 0.1 | 22.7 | 5508 |
| Senegal | 2010-11 | 61.7 | 9.5 | 13.8 | 6.0 | 0.7 | 8.3 | 4025 |
| Africa Sud Est | | | | | | | | |
| Sierra Leone | 2008 | 22.3 | 0.9 | 13.0 | 35.6 | 19.1 | 9.1 | 6735 |
| Chad | 2004 | 4.05 | 49.5 | 40.9 | 5.6 | | | 2734 |
| Costa d'Avorio | 2012 | 28 | 18.6 | 26.1 | 2.4 | | | 3843 |
| Central African Republic | 1994-95 | 0.3 | 21 | 29.3 | 59.2 | 9.0 | 0.1 | 2555 |
| Benin | 2008 | 82.7 | 1.4 | 3.5 | 3.3 | 5.6 | 3.5 | 9890 |
| Nigeria | 2006 | 56.4 | 8.8 | 16.9 | 10.9 | 1.1 | 5.9 | 2006 |
| Camerun | 2004 | 15.9 | 4.7 | 47.1 | 22.3 | 3.8 | 6.1 | 78 |
| Africa Est | | | | | | | | |
| Kenya | 2008-09 | 1.7 | 0.7 | 23.4 | 41.5 | 29.1 | 3.6 | 2284 |
| Tanzania | 2010 | 32.4 | 18.1 | 6.2 | 22.3 | 19.4 | 1.7 | 1477 |

Tab. 2.1. Età alla quale viene eseguita la circoncisione. * ?

tra cinque e 15 anni: il 38% tra i cinque e i nove e il 52% tra i 10 i 14. In un sondaggio del 2002, in Eritrea, il 50% era stato circonciso nei primi due mesi di vita. Per la precisione il 36% delle bambine era stato sottoposto a MGF durante il primo mese di vita (dati non dimostrati), un altro 10% da due a quattro anni, e il 15% da cinque a nove anni. Il 9% ha riferito di non ricordare l'età che aveva al momento della circoncisione. In un sondaggio 2005, in Guinea, solo un terzo delle ragazze erano state circoncese durante il loro primo anno di vita, mentre tale percentuale variava dal 50% al 75% negli altri quattro paesi. In Guinea, il 36% era stata circoncesa prima dei cinque anni, mentre negli altri paesi, dal 60% al 76% prima del primo compleanno. Un terzo delle ragazze in Guinea



Figg. 2.1-2. Pratiche effettuate dalle donne anziane della comunità. Da info@mgftoscana.it

erano state mutilate a una età compresa tra cinque e nove anni, e un altro 27% da 10 a 14 anni. In Burkina Faso, il 37% delle ragazze erano state circoncise tra i 5 e i 14 anni, contro il 20% in Senegal, il 25% in Mali, e soltanto l'1% in Mauritania. In Burkina Faso, solo lo 0,5% delle intervistate ha dichiarato di non sapere che età avesse al momento della pratica. Stessa cosa in Mauritania, per il 23% delle intervistate. Tra coloro che lo ricordano, in Mauritania, oltre il 97% è stata circoncisa prima del primo anno di vita.

I paesi dell'Africa sud-occidentale mostrano una gamma molto più ampia nell'età della circoncisione. Quelli con la più alta percentuale di esecuzione della pratica nei primi due anni di vita sono Nigeria 83%, Niger 56%, Costa d'Avorio, 51%, e Benin, 48%. Nella Repubblica Centrafricana (CAR) la MGF viene eseguita molto più tardivamente rispetto agli altri paesi della regione, con il 59% delle ragazze tra i 10 e i 15 anni di età, e quasi il 80% tra 5 e 15. Stessa cosa in Camerun, con 69% di circoncise tra 5 e 15 anni. Tuttavia il Camerun, con una prevalenza nazionale del solo 1,4%, presenta, al momento del rilevamento, solo 78 casi di donne circoncise, quindi le percentuali delle varie categorie non sono attendibili. Ciad, Niger e Camerun hanno riferito che il 6% delle intervistate non sapeva che età avesse al momento della circoncisione. In Africa orientale, Kenya e Tanzania mostrano modelli del tutto diversi per quanto riguarda l'età alla circoncisione. In Kenya, 2% delle ragazze sono operate prima dei 5 anni, mentre in Tanzania, tale percentuale raggiunge il 39%. In Tanzania, il 57% delle ragazze erano state circoncise prima di raggiungere i 10 anni di età; in Kenya, questa cifra scendeva al 26%. Meno del 4% in ciascun Paese riferiva di non conoscere la propria età alla circoncisione [40, 41]. La Tabella 2.1 mostra i dati relativi all'esecutore della MGF desunti dalle indagini DHS. Nel caso di Egitto, Sudan e Kenya i dati evidenziano i casi di MGF eseguite da

personale sanitario: il DHS mostra che in Egitto, il 32% dei casi di MGF erano state eseguite da personale sanitario (2008) in Sudan 36% (1989-1990) e in Kenya 20% (2008). I dati sono confrontati con i casi in cui le procedure di MGF sono state eseguite da sanitari professionisti e da anziane tradizionaliste. Questa Tabella mostra i cambiamenti in Egitto e Kenya. In Egitto, la percentuale di procedure eseguite da personale medico è passata dal 17% nel sondaggio del 1995 al 32% nel sondaggio del 2008, mentre in Kenya la percentuale di operazioni eseguite da personale medico è scesa dal 35% del 1998 al 20% nel 2008.

Inoltre, una lieve diminuzione, dal 12,9% del 2003 al 8,9% nel 2008 in Nigeria, e dal 5,2% del 1996 al 2,4% nel 2001 in Mali.

2.9. Chi esegue le mutilazioni?

La pratica di solito ha una durata di 15-20 minuti e viene effettuata da una delle donne anziane della comunità (anziane tradizionaliste), il cui sapere viene tramandato nel corso del tempo e generalmente da madre in figlia.

Scarsissima è la preparazione sanitaria; per operare sul corpo della bambina, la donna spesso usa strumenti di fortuna, quali coltelli, pezzi di vetro, latta, coccio, lamette da rasoio o forbici, che comportano un alto rischio di complicanze e di mortalità. Tali strumenti sono ritualizzati e non sono sterilizzati. Generalmente non si usano anestetici e per fermare l'emorragia, le ferite vengono ricoperte da impasti di erbe o ceneri [40, 62]. In conclusione, sebbene le MGF costituiscano una sevizia fisica e psicologica sulle bambine, nelle società in cui si pratica l'infibulazione questo trattamento è percepito come una necessità, per garantire la purezza e l'integrità morale delle bambine. Per tali contesti sociali, l'infibulazione rappresenta "il diventare donna" ma con la privazione di ciò che la natura ha dato loro in quanto donne. La prima notte di nozze le attende la de-infibulazione, cioè la recisione della "chiusura genitale" da parte dell'uomo, che fornirà così prova d'indubbia virilità. Ulteriori conseguenze si hanno al momento del parto: il feto deve attraversare una placca cicatriziale anelastica. Durante il passaggio il feto potrebbe non essere sufficientemente ossigenato dalla placenta, e il protrarsi del travaglio di parto può causare danni neurologici permanenti. È inoltre frequente la rottura dell'utero durante il parto, con conseguente morte della madre e del bambino. Considerazioni, queste, che dovrebbero indurre una approfondita riflessione.

| PAESE | ANNO | OPERATORE SANITARIO | CIRCON- CISIONE | ALTRA FIGURA TRADIZIONALE | NON SPECIFICATO |
|--------------------------|---------|------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------|
| Africa Nord Est | | | | | |
| Egitto* | 1995 | 17.3 | NA | 79.6 | 3.1 |
| Egitto* | 2008 | 31.9 | NA | 66.4 | 1.7 |
| Eritrea | 1995 | 0.2 | 92.2 | 4.1 | 3.4 |
| Eritrea | 2002 | 0.6 | 84.7 | 8.5 | 6.2 |
| Sudan* | 1989-90 | 35.6 | NA | 64.0 | 0.3 |
| Africa Nord Ovest | | | | | |
| Mali | 1995-96 | 5.2 | 88.2 | 5.7 | 0.8 |
| Mali | 2001 | 2.4 | 91.4 | 0.7 | 5.5 |
| Mali | 2006 | 2.5 | 88.8 | 2.8 | 5.8 |
| Burkina Faso | 1998-99 | 0.6 | 86.3 | 0.2 | 12.9 |
| Burkina Faso | 2003 | 0.18 | 1.0 | 10.8 | |
| Burkina Faso | 2010 | 0.2 | 95.7 | 1.6 | 2.6 |
| Senegal | 2005 | 0.6 | 91.6 | 1.8 | 6.1 |
| Senegal | 2010-11 | NA | 91.4 | 8.6 | NA |
| Africa Sud Ovest | | | | | |
| Costa d'Avorio | 1994 | 0.9 | NA | NA | 8.6 |
| Costa d'Avorio | 1998-99 | 0.4 | 92.3 | 1.5 | 5.8 |
| Costa d'Avorio* | 2012 | 0.3 | 93.8 | 1.1 | 4.8 |
| Nigeria | 1999 | 12.9 | 37.6 | 36.3 | 13.2 |
| Nigeria | 2003 | 12.8 | 50.2 | 9.9 | 17.5 |
| Nigeria | 2008 | 8.9 | 63.7 | 9.9 | 17.5 |
| Benin | 2001 | 0.5 | 94.7 | 1.8 | 3.0 |
| Benin | 2006 | 0.6 | 84.3 | 11.3 | 3.8 |
| Niger | 1998 | NA | NA | 96.6 | 3.4 |
| Niger | 2006 | 0.5 | 92.5 | 1.0 | 6.0 |
| Africa Sud Est | | | | | |
| Kenya | 1998 | 35.0 | 51.1 | 12.1 | 1.8 |
| Kenya | 2008-09 | 19.7 | 74.7 | 3.7 | 1.9 |
| Tanzania | 1996 | 3.6 | 75.7 | 8.8 | 11.8 |
| Tanzania | 2004-05 | 2.0 | 70.9 | 18.2 | 9.0 |
| Tanzania | 2010 | 1.8 | 69.9 | 18.5 | 9.7 |

Tab. 2.2. Distribuzione percentuale delle donne circoncise raggruppate per Paese, anno del censimento DHS, tipo di esecutore. *Campione di donne non sposate. **Esecutrice (anziana tradizionalista) non inclusa nelle categorie proposte nel questionario.

3. Conseguenze psicologiche

Anna Giugliano, Massimo Chiaretti, Giovanna Angela Carru

3.1. Psicologia della tradizione

Come già accennato nell'introduzione, in molte culture l'infibulazione è il cuore della cerimonia d'iniziazione, necessaria a identificare la donna come appartenente a un dato gruppo etnico; è la cerimonia attraverso la quale la comunità riconosce che la ragazza è diventata donna. Si svolge nell'arco di diverse settimane, periodo in cui bambine e ragazze sono condotte, all'alba, in una radura distante alcuni chilometri dal villaggio e il cui nome locale dipende dal gruppo etnico, (ad esempio è chiamata Bondo Bush in Sierra Leone). Il luogo sacro attribuisce il nome anche alla società segreta ("Bondo") del gruppo sociale custode di questa tradizione, composta e guidata da sole donne, all'interno della quale le ragazze ottengono l'ingresso nel gruppo solo attraverso la cerimonia in questione [63]. A capo di questo gruppo ci sono le *soweis* – così sono chiamate nel Golfo di Guinea – alcune donne anziane, temute e rispettate come detentrici di poteri soprannaturali, il cui ruolo ereditario è quello di circoncidere le bambine. La loro preparazione in ambito sanitario è scarsissima; costoro compiono la procedura utilizzando strumenti di fortuna come coltelli, rasoi, forbici, riutilizzati più e più volte, senza alcuna procedura di sterilità, senza anestesia e senza somministrazione di alcun tipo di antibiotico. Successivamente l'esecutrice stessa provvede a suturare la ferita usando filo di cotone oppure spine di acacia, sulle quali applica impasti medicamentosi con olii, miele, oppure erbe, ceneri o linfa d'albero ad effetto emostatico e antibiotico.

Durante le settimane della cicatrizzazione della ferita, le bambine vengono tenute sotto controllo. Le gambe vengono immobilizzate insieme per favorire una migliore cicatrizzazione che altrimenti risulterebbe



Fig. 3.1. La sposa.

alterata o formerebbe smagliature o lacerazioni con l'apertura delle gambe stesse [64, 65].

In Sudan la ragazza, che è chiamata *arusa*, giovane sposa, viene per l'appunto vestita da sposa, indossa gioielli, è abbellita con l'henné. In seguito all'operazione la giovane viene distesa su un letto e adornata da fiori rossi, da una collana di perle e uno scarabeo, ritenuti elementi capaci di accelerare il progresso di guarigione [66]. Durante il periodo d'isolamento le ragazze vengono istruite circa le norme comportamentali cui adeguarsi perché ormai "donne" e soprattutto sui loro doveri come future mogli, madri e membri della comunità. Infine rientrano ai propri villaggi, dove sono accolte con regali, feste, banchetti, danze e canti in loro onore. Le MGF come consuetudine imperniata sul controllo del corpo femminile connesso alle dinamiche socio-economiche tra i vari clan, in alcune tipologie di società, sono state indagate antropologicamente e sociologicamente. Si tratta di un fenomeno trasversale a varie culture: unico tratto comune fra le centinaia di gruppi etnici che praticano le MGF, è la struttura sociale patriarcale con la dinamica socio-economica del cosiddetto "prezzo della sposa" (§ 2.4), l'insieme dei beni che la famiglia dello sposo cede a quella della sposa in occasione del matrimonio, in cambio della "consegna" di una moglie pura e "perfettamente infibulata". Il prezzo della sposa è, dunque, l'altra faccia delle MGF. È il contesto di significati che dà senso e coerenza a due mondi distanti fra

loro. Il mondo delle donne, chiuso su se stesso, che ripropone, di madre in figlia, la mutilazione dei genitali femminili, e il mondo maschile, che su quei corpi ha fondato le proprie strategie di dominio. Anche se potrebbe sembrare un evento legato unicamente all'aspetto economico, in realtà la dimensione pubblica assume grande importanza perché assertiva dell'avvenuto passaggio dall'infanzia-adolescenza al raggiungimento del ruolo della donna come moglie e dell'uomo come marito. In molte parti del continente africano il matrimonio è un'unione combinata, stabilita da un gruppo che raccoglie gli anziani (i nonni), gli adulti (i padri) e i giovani (fratelli della sposa). Il denaro che la famiglia dello sposo dona a quella della sposa, è necessario, secondo la tradizione, per compensare la perdita di una donna e quindi della sua forza lavoro. Infatti, non è la donna in quanto persona ad essere ceduta, ma i diritti su di lei, ovvero sulla sua capacità di lavorare e sulla capacità di generare figli. Il compito delle MGF è quindi, secondo alcune culture, quello di salvaguardare la castità delle figlie Leininger e di favorire secondo le credenze popolari, la fecondità. Si parla pertanto di MGF come fondamento dello scambio matrimoniale, tanto che il valore della sposa dipende strettamente dalla sua verginità, in assenza della quale, non viene versata alcuna somma di denaro.

3.2. Effetti psicologici nella donna adulta

Se mente e corpo interagiscono, un'estesa e radicale manipolazione della sfera intima femminile, come quella che avviene nelle MGF, non è senza conseguenze sulla salute mentale della donna. Le ricerche sugli effetti clinici e le complicanze conseguenti alle MGF sono numerose, come riportato in bibliografia. Meno numerose sono invece, quelle che analizzano le conseguenze di questa esperienza sull'integrità psichica di chi vi è sottoposta. Non è semplice esaminare scientificamente gli aspetti psicologici delle mutilazioni genitali femminili e le ricerche a disposizione sono più di tipo qualitativo che quantitativo, rendendo difficile documentarne gli effetti. Le possibili motivazioni sembrano correlate alla riluttanza delle donne mutilate a parlare del loro vissuto e alle conseguenze soggettive che ne derivano, cosicché è difficile intraprendere questo genere di ricerche [67]. Tuttavia, all'interno della comunità in cui la giovane vive, la pratica è percepita come un passo positivo, importante nell'affermazione sociale e di passaggio dall'età pediatrico-adolescenziale alla fase dell'età adulta. In altri casi è considerata un rito d'iniziazione, in genere celebrato con regali e festeggiamenti. Ciò allevia in parte le conseguenze psicologiche, perché

la ragazza viene consolata e rassicurata, accettata dalla famiglia e gode dell'approvazione della propria comunità che la accoglie e la riconosce. L'intenzione di chi esegue una MGF non è violenta, ma piuttosto protesa ad assicurare un futuro migliore e il benessere della giovane. La mutilazione genitale sancisce l'ingresso nell'età adulta, per cui spesso viene anche desiderata dalle ragazze, ansiose di essere finalmente considerate donne. La percezione di tale evento da parte della ragazza è frutto di una serie di componenti educative costruite in periodi mediamente lunghi, e che risulta molto difficile modificare in tempi brevi [68]. Dalle testimonianze delle donne trattate si rilevano due tipi di sentimenti contrapposti che a volte si alternano [69]. Molte di loro vivono infatti con orgoglio la mutilazione dei genitali e hanno un profondo senso di appartenenza alla propria comunità. Completamente all'opposto è invece la sensazione psicologica di quelle donne che hanno un ricordo dell'evento mutilante, paragonato da alcune a quello di una violenza sessuale. Alcune tentano di rimuovere dai ricordi il dolore fisico provato; ma l'ansia, la paura, la rabbia e il senso d'impotenza provocano disturbi psicologici che si manifestano sotto forma di stress, disturbi del comportamento, malattie psicosomatiche, ansia, depressione, incubi, psicosi [64, 65]. Queste complessità psicologiche insorgono in modo particolare nell'esperienza dell'emigrazione, attraverso il confronto, sia per le giovani che per le donne adulte, con altri modelli culturali di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile. Tra le popolazioni femminili africane, infibulazione è un termine che non ha accezione negativa poiché non esprime l'idea di menomazione corporea, mentre in occidente si associa alle conseguenze fisiche che osserviamo nelle donne immigrate. Molte donne africane, invece, ritengono che i propri corpi, solo dopo il trattamento corrispondano ai canoni di bellezza femminile della propria comunità. Infatti, nelle comunità, i termini più usati sono 'circoncisione femminile' o altri, dati dalla cultura di appartenenza, qui elencati in Tabella 3.1. Le comunità che praticano le MGF, spesso associano ai genitali femminili esterni un'idea di bruttezza e di nocività, immaginando che se non opportunamente ridotti, questi possano continuare a crescere condizionando la vita della donna. L'asportazione, più o meno radicale, dei genitali esterni, renderebbe dunque la donna più bella da un punto di vista estetico e più pulita da un punto di vista igienico, un concetto di bellezza cui è associato un significato più profondo di purezza spirituale. In questo caso la spiritualità è associata alla religiosità e quindi le MGF diventano indispensabili per rendere le giovani donne spiritualmente pure. In alcune realtà musulmane si tende a credere che il

Corano prescriva tali pratiche, ma ciò non è vero. Non si rintracciano tali prescrizioni in alcun testo sacro (§ 2.3.6). In alcune comunità si tende a sostenere la necessità delle MGF per prevenire una possibile incontrollata attività sessuale delle giovani donne, dovuta a pulsioni generate dall'eccessiva crescita del clitoride, che aumenterebbe il desiderio sessuale. In altre comunità invece, si crede che le MGF possano favorire la fertilità.

3.3. Conseguenze psicologiche su bambine e donne

Se è vero che mente e corpo interagiscono e si influenzano reciprocamente, non si può pensare che una manipolazione del corpo così profonda, estesa, radicale, come quella che avviene con l'infibulazione, non abbia un effetto sulla salute mentale della donna. Sono presenti in letteratura numerose ricerche che indagano gli effetti delle MGF sul corpo delle donne mentre, esclusi pochissimi studi clinici, sono rare le ricerche che analizzano le conseguenze sull'integrità psichica di chi vi è stata sottoposta. Le possibili motivazioni di ciò risiedono forse nel disinteresse o nella poca attenzione prestata dai ricercatori al problema, o più verosimilmente, nella riluttanza delle donne mutilate a parlare del loro vissuto e nelle conseguenti oggettive difficoltà nel condurre questo genere di ricerche [63].

Spesso dalle testimonianze delle donne mutilate si rilevano due percezioni di sentimenti che si alternano [69]:

1. Visione negativa, sentimenti che la donna percepisce prima e durante la mutilazione:
 - paura;
 - dolore;
 - ansia;
 - rifiuto;
 - senso di impotenza;
 - sottomissione.
2. Visione positiva, sentimenti che si contrappongono alle sofferenze prima elencate:
 - orgoglio;
 - purezza;
 - riconoscimento della femminilità;
 - accettazione da parte della comunità;
 - festeggiamenti dell'evento, consegna di regali.

3.4. Conseguenze psicosessuali

Anche se non è disponibile una documentazione scientifica dettagliata sugli effetti psicosessuali della pratica, si sono evidenziate le seguenti complicanze:

- frigidità dovuta alla dispareunia, alle lesioni procurate durante i primi rapporti sessuali, alle infezioni pelviche;
- mancanza di orgasmo dovuta all'amputazione del prepuzio e del clitoride;
- difficoltà coitale o incapacità assoluta di avere rapporti vaginali;
- conflitti coniugali.

I problemi psicologici più frequenti, dovuti alle dolorose procedure delle MGF sono:

- disturbi da stress post-traumatico;
- disturbi comportamentali;
- malattie psicosomatiche;
- ansia;
- incubi;
- depressione;
- psicosi;
- nevrosi;
- tendenze suicide.

Nella comunità in cui tale pratica ha un alto valore sociale, le bambine non mutilate vengono emarginate. Le donne immigrate che hanno subito mutilazioni dei genitali, si trovano spesso ad affrontare problemi di identità sessuale, quando si confrontano con le donne occidentali che assumono un atteggiamento di forte condanna e opposizione a tale fenomeno. Le MGF possono avere sulle donne che vi vengono sottoposte effetti che durano per tutta la vita [70].

3.5. Conseguenze psicologiche sulle bambine

Per meglio comprendere come queste mutilazioni siano vissute e attese da alcune bambine, e temute da altre, è emblematica la testimonianza di Anab, una ventenne somala che ricorda come da bambina provasse un'enorme vergogna a non essere ancora stata infibulata e come non le fosse permesso di stare insieme alle sue compagne già

operate, perché ancora “impura”. Era emarginata dal gruppo e tenuta a distanza soprattutto quando le altre ragazze esibivano i genitali per vedere chi avesse l’orifizio più piccolo. Esasperata da tale situazione, all’età di sette anni decise spontaneamente di mutilarsi con una lametta. Allontanandosi dal suo villaggio tentò di amputarsi il clitoride. Non riuscendo nell’intento, corse in lacrime dalla zia che pochi giorni dopo la fece infibulare [71].

3.6. La tradizione tra villaggio e metropoli

L’inurbamento e l’alfabetizzazione delle popolazioni non rappresenta un fattore protettivo, rispetto a tradizioni ancestrali come le MGF. Il numero degli abitanti nelle zone rurali e inurbate sono sovrapponibili ma si osserva un cambiamento nella modalità rituale, perché al posto dei tradizionali riti con canti e danze, al ritorno della bambina, ormai donna, le vengono donati oggetti femminili indossati da donne adulte, come orecchini e collane a sancire l’avvenuta transizione, [64, 65]. La criminalizzazione della pratica delle MGF, adottata da molti paesi, non ha frenato il fenomeno ma lo ha reso clandestino. In passato, la mutilazione veniva eseguita da praticanti tradizionali locali, ma negli ultimi decenni la tendenza, nonostante la procedura sia illegale, è quella di medicalizzare la pratica in strutture ospedaliere e cliniche, eseguendo l’intervento in ambulatori o sale operatorie in condizioni di sterilità, con l’impiego di antisettici e anestetici per “salvaguardare” la salute di bambine e ragazze dalle possibili complicanze cui sarebbero esposte col metodo tradizionale, Tabella 5 [72]. Questo nuovo trend emerge dal DHS (Demographic and Health Surveys) Guinea, dove il 21,8% delle bambine e delle donne di età compresa tra 15 e 19 anni è stata sottoposta ad MGF da parte di medici, mentre lo sono state meno dell’1% delle donne tra 45 e 49 anni d’età [73]. Tutto ciò influenza negativamente l’idea del ruolo dei professionisti sanitari circa le mutilazioni dei genitali perché la “tutela” sembra un mezzo per giustificare e perpetuare una pratica che dovrebbe invece venire soppressa [73]. La medicalizzazione non rende in alcun modo la pratica più accettabile, e in questo caso il mezzo non giustifica il fine. I medici ricavano un incentivo economico nel continuare a praticare la MGF, e il rifiuto della famiglia di sottoporre una bambina a escissione, oltre a tradursi nella perdita dell’onorario della procedura, comporta la possibilità che tale prestazione possa essere eseguita da altro medico.

A metà degli anni 2000, alcuni docenti universitari di medicina e giovani medici contrari alla procedura hanno creato un movimento chiamato “Medici contro le MGF”, annunciando pubblicamente il loro appoggio all’abbandono della pratica, avviando una stretta collaborazione con il Consiglio Nazionale per l’Infanzia e la Maternità (NCCM) e altri partner per sensibilizzare il personale medico e socio-sanitario riguardo ai rischi delle mutilazioni genitali e alle leggi vigenti che rendono la pratica illegale. Questi medici hanno sconsigliato ai propri colleghi di eseguire le MGF a domicilio o in strutture mediche, spiegando che la pratica viola i codici deontologici professionali sia nazionali che internazionali [74, 75] (§ 6.3).

| PAESE | TASSO DI PREVALENZA | TASSO DI PREVALENZA |
|----------------------------|------------------------|------------------------|
| Benin | 9.3 | 15.4 |
| Burkina Faso | 75.1 | 77.0 |
| Camerun | 0.9 | 2.1 |
| Chad | 47.0 | 44.4 |
| Costa d’Avorio | 33.9 | 38.9 |
| Egitto | 92.2 | 98.3 |
| Eritrea | 86.4 | 90.5 |
| Etiopia | 68.5 | 75.5 |
| Gambia | 72.2 | 82.8 |
| Ghana | 1.7 | 5.7 |
| Gibuti | 93.1 | 95.5 |
| Guinea | 93.9 | 96.4 |
| Guinea Bisau | 39.0 | 48.2 |
| Kenia | 21.3 | 35.8 |
| Mali | 80.9 | 87.4 |
| Mauritania | 64.8 | 76.8 |
| Niger | 2.1 | 2.3 |
| Nigeria | 28.3 | 14.0 |
| Repubblica Centro Africana | 29.2 | 40.9 |
| Senegal | 21.7 | 34.4 |
| Sierra Leone | 86.4 | 97.0 |
| Somalia | 97.1 | 98.4 |
| Sudan (nord) | 91.7 | 88.3 |
| Tanzania | 7.2 | 17.6 |
| Togo | 4.1 | 7.3 |
| Uganda | 0.2 | 0.7 |
| Yemen | 33.1 | 40.7 |

Tab. 3.1. Tassi d’incidenza delle MGF, per paese, sulle popolazioni inurbate e rurali, per l’anno 2008, fonte: PRB-2008 (Population Reference Bureau), DHS (Demographic and health surveys), MICS (Multiple indicator cluster surveys) e UNICEF).

3.7. Conseguenze psicologiche della migrazione e del confronto culturale

Rimescolando costantemente la demografia umana e sanitaria del pianeta, la migrazione crea relazioni nuove tra persone provenienti da contesti diversi e spinte da diverse motivazioni [76, 77]. Fino agli anni Cinquanta del secolo scorso, erano gli italiani a emigrare verso paesi a maggiore sviluppo quali l'America e l'Australia. Oggi il fenomeno si è invertito, cosicché da alcuni anni l'Italia rappresenta un punto di attrazione migratoria e, più recentemente, a dispetto di ogni politica di controllo dei flussi immigratori, il numero degli stranieri immigrati, sia regolarmente che illegalmente, è aumentato notevolmente perché l'Italia è considerata la porta di accesso all'Europa. La legislazione e i controlli doganali e frontalieri sono molto più rigidi negli altri paesi al confine dell'Unione europea rispetto al nostro. Questo si spiega con l'antica politica di tolleranza e di collaborazione che l'Italia ha da sempre tenuto con tutti i confinanti e con tutti i paesi che si affacciano sul Mediterraneo. Ultimo, ma non meno importante, è l'influenza della Chiesa Cattolica che da sempre professa accoglienza, tolleranza, fraternità e uguaglianza tra esseri umani. Di conseguenza i migranti si dirigono verso l'Italia per accedere alla fortezza Europa e da qui proseguire nella propria migrazione fino al ricongiungimento con familiari, già emigrati in precedenza nei vari paesi dell'Unione Europea, per motivi diversi. Tra le varie problematiche che i movimenti migratori comportano per i paesi destinatari, vi sono la regolamentazione e il controllo dei flussi in ingresso, la permanenza temporanea degli stessi immigrati con il riconoscimento di diritti e doveri, nonché la garanzia di integrazione sociale, le dinamiche salariali, le condizioni di vita e di lavoro, e non ultima l'assistenza sanitaria. Spesso tali problematiche difficilmente trovano un'adeguata soluzione, dando origine a comportamenti negativi quali intolleranza, xenofobia o razzismo. La prassi interculturale tende a considerare gli immigrati, non tanto come rappresentanti di una cultura, quanto di un progetto sociale di emancipazione. Gli immigrati vivono un complicato processo di aggiustamento finalizzato a trovare una "unità combinatoria" tra elementi appartenenti sia al nuovo contesto che al contesto di origine. In questo processo non incide solo la cultura ma anche il genere, la provenienza sociale, il livello di istruzione, di occupazione, la politica di accoglienza sul territorio, il tipo di progetto migratorio [76, 77]. La migrazione può essere fonte di stress poiché rappresenta lo sradicamento dal proprio ambiente, da

affetti e sicurezze; religione e cultura, infatti, sono due aspetti fondamentali della vita dell'individuo. Dunque, la presenza di personale sanitario in grado di far fronte ai bisogni di queste persone si rivela fondamentale. Gli operatori sanitari rivestono un ruolo centrale nel rapporto operatore sanitario-paziente, il tutto rispettando idee politiche, credo religioso e cultura dell'assistito. Rispettando e soprattutto conoscendo le diverse religioni e culture ci si può avvicinare, entrare in sintonia e aiutare il paziente ad affrontare situazioni di disagio, malattia, dolore e anche la morte. Tutti gli esseri umani sono uguali e hanno pari dignità. Può sembrare banale, ma talvolta si rischia di non considerare che gli esseri umani, per quanto caratterizzati da culture diverse, appartengono tutti alla stessa specie e quindi sono uguali, con gli stessi bisogni, le stesse esigenze relazionali e sociali. Caratteristica universale dell'essere umano è quella di appartenere a una cultura; come afferma nel "Textes en ligne" l'etnopsichiatra Tobie Nathan: "Non esiste l'uomo 'nudo': non è dato in natura un individuo che non sia stato pensato, concepito, nato e vissuto all'interno di un sistema culturale". Tutti gli esseri umani nascono all'interno di un gruppo culturale, cioè di una famiglia che si fa tramite della trasmissione culturale del gruppo d'appartenenza; ogni individuo attualizza all'interno di una cultura specifica le potenzialità che ha a disposizione. "Cultura" deriva dal latino *colere*, che significa coltivare. L'utilizzo di tale termine è stato poi esteso a quei comportamenti che imponevano una cura verso gli dei; da ciò deriva il termine "culto". La "Cultura" è definita da Nathan come un contenitore, come la "pelle" dello psichismo umano. Come non può esistere contenuto senza contenitore, così non può esistere un funzionamento mentale al di fuori di una cultura. In questo senso la cultura organizza il funzionamento psichico, la nostra percezione del mondo, la nostra capacità di adattarci; non è soltanto un insieme di valori, ma è ciò che informa la nostra capacità di pensare, percepire il mondo, sentire emozionalmente, in modo diverso rispetto a persone che appartengono a culture differenti. Tutte le culture, infatti, sono diverse, pur avendo come caratteristica comune quella di rispondere alla domanda tipicamente umana di dare senso e significato all'esperienza, sia individuale sia collettiva, di essere "macchine per produrre legami", come afferma ancora Tobie Nathan. Gli esseri umani hanno dunque diverse modalità per rispondere ai propri bisogni. Rispetto al principio della codifica culturale è necessario distinguere tra:

- cultura esterna, quella del gruppo di appartenenza;
- cultura vissuta, cioè l'elaborazione individuale dei concetti culturali.

La cultura esterna è quella che l'individuo riceve dal gruppo di appartenenza, attraverso complessi processi di trasmissione, attivi fin dalla nascita. Ciascuno elabora individualmente gli stimoli culturali che riceve, producendo una sua personale versione della cultura. Quest'ultima è dunque un processo dinamico, non qualcosa di immutabile, mentre le società e gli individui cambiano in continuazione. Marie Rose Moro (1994) definisce la cultura come un sistema costituito da una lingua, dalla parentela e da un corpus di tecniche e modi di fare (cure igieniche, cucina, arti, forme di cura, tecniche di maternage), tutti elementi, questi, che sono strutturati in maniera coerente attraverso modi di pensare: le "rappresentazioni". Secondo Moro la codifica culturale avviene a tre livelli: il livello dell'essere, il livello del senso e quello del fare. Il livello dell'*essere*, si riferisce al fatto che, in ogni sistema culturale, l'individuo trova risposte a domande che riguardano il piano ontologico: "Chi è un uomo?" "Chi è una donna?" "Chi è un bambino?" "Chi è la persona?" Ogni cultura elabora risposte a queste domande. Per esempio, sul piano ontologico in molte culture africane i bambini sono antenati che ritornano e che, quindi, hanno una vita nel mondo degli antenati prima di diventare feto e poi neonato. In questa logica, nella comprensione ontologica di quel bambino, tutto il processo di nominazione diviene fondamentale. È importante sapere qual è l'antenato che ritorna attraverso il bambino ed è importante dargli il nome giusto. Per dare il nome giusto al bambino si può chiedere consiglio e si devono seguire procedure che possono richiedere anche mesi perché bisogna rispondere alla domanda: "Chi è questo bambino?" Il secondo livello, quello del *senso*, rimanda a interrogativi del tipo: "Perché mi sono ammalato?" "Perché proprio adesso?" "Perché i miei bambini si ammalano?" Domande, queste, che tutti gli esseri umani si fanno, in tutte le culture, e alle quali ogni cultura darà risposte diverse. Il terzo livello a cui le culture rispondono è quello del *fare*. Infatti, perché un bambino abbia il nome giusto, è necessario individuare quale sia il procedimento adatto, quali i riti che devono essere messi in atto per proteggerlo, in modo che egli proceda nel mondo dei vivi invece che tornare al mondo degli antenati. Lo stesso vale per le malattie: ogni malattia ha una sua spiegazione, in base alla quale sono indicati i modi per curarla. Tutti i sistemi culturali, scrive Marie Rose Moro, hanno la capacità di sorreggere il gruppo e i singoli esseri umani rispetto alle domande esistenziali: "Che senso ha quello che mi sta accadendo e che cosa devo fare?" [78].

3.8. Diversità e universalità dell'assistenza transculturale secondo Madeleine Leininger

Fondatrice e massima esponente dell'infermieristica transculturale l'infermiera e antropologa americana Madeleine Leininger, alla metà degli anni '50 del secolo, scorso, lavorando in qualità di infermiera, diplomata e specializzata in psichiatria infantile, in un centro psichiatrico degli Stati Uniti, nel tentativo di assistere bambini e genitori, subì un trauma culturale, sentendosi incapace di reagire nei loro confronti. Si accorse che la cultura era assente dall'assistenza infermieristica e che le diversità, così palesi nella vita quotidiana, non erano assolutamente percepite. Il primo studio di ricerca sull'infermieristica transculturale fu condotto da Madeleine Leininger agli inizi degli anni '60, con l'obiettivo di costruire una teoria che riuscisse a spiegare e a descrivere il rapporto del nursing con le diverse culture. Attraverso "la Teoria della diversità e dell'universalità dell'assistenza transculturale", la ricercatrice cercò di studiare, spiegare e descrivere l'altro nella sua totalità [75]. Leininger definisce l'infermieristica transculturale come "l'insieme dei valori, delle credenze, dei modelli, di stili di vita, professionali e tradizionali, cognitivamente appresi e trasmessi e che sono usati per assistere, facilitare e rendere capace un altro individuo o un gruppo di mantenere il proprio stato di salute" [75]. Al fine di lavorare con efficacia e competenza con altre culture, il professionista sanitario dovrebbe conoscere almeno i maggiori fenomeni che si sviluppano in ambito transculturale. Tra questi:

- incontro: quando una persona proveniente da una determinata cultura interagisce con un individuo di cultura differente;
- inculturazione: processo con cui si impara a vivere con una particolare cultura;
- acculturazione: processo con cui l'individuo appartenente alla cultura A, impara a relazionarsi ad alcuni valori, non tutti, della cultura B. Spesso si è attratti da una cultura pur senza un motivo esplicito e di questa si assumono modi di vivere nuovi;
- socializzazione: processo sociale in cui un individuo appartenente a una determinata identità culturale impara a interagire appropriatamente con gli altri, a lavorare e vivere in armonia all'interno di una società;
- assimilazione: processo attraverso cui l'individuo appartenente ad una determinata cultura sceglie, intenzionalmente, alcune caratteristiche di una cultura diversa, senza adottarne troppe, tali che farebbero di lui un assimilato.

L'individuo è quindi attratto da caratteristiche diverse, ma non le adotta totalmente, modificando il suo stile di vita che differisce dall'acculturazione poiché l'obiettivo è diverso: l'individuo vuole sentirsi membro di una società. Un infermiere può dirsi *acculturato* quando fa propri i valori e le norme dell'assistenza infermieristica; anche il paziente sarà acculturato se permarrà a lungo in un reparto di degenza, comprendendo le caratteristiche proprie di quel contesto. Non si tratta di un processo assoluto, in quanto non tutti riescono a far propri valori o credenze diverse. Tutto ciò compone l'*etno-nursing*, inteso come studio sistematico e classificazione dell'assistenza, delle teorie, dei valori e delle pratiche infermieristiche percepite in modo cognitivo da una certa cultura tramite la lingua locale, l'esperienza, le idee e i sistemi di valori. Madeleine Leininger elabora questa teoria partendo dall'idea che le culture determinino la maggior parte dell'assistenza desiderata, della quale il cittadino/malato ha bisogno.

Leininger ritiene che obiettivo del personale sanitario debba essere quello di lavorare per arrivare a una comprensione dell'assistenza e della sanità in relazione a culture diverse, per far sì che l'assistenza, i valori, la teoria e i modi di vita di ciascuna cultura forniscano la base per progettare e attuare in modo efficace una assistenza specifica.

In questo contesto Madeleine Leininger sostiene che il nursing non può separare i fattori di struttura sociale (religione, politica, cultura, economia e parentela) dalla salute; né il benessere dalla malattia o dall'assistenza quando si interagisce con pazienti di culture diverse poiché questi fattori tendono ad essere strettamente connessi tra loro [91]. Leininger identifica così le fasi evolutive dell'infermieristica transculturale:

- Fase I. Conservazione dell'assistenza culturale; azioni e decisioni che aiutano il paziente a mantenere o preservare la salute, a guarire dalla malattia o ad affrontare la morte.
- Fase II. Adattamento dell'assistenza culturale, con azioni e decisioni che aiutano il paziente a negoziare una condizione di salute positiva o ad affrontare la morte.
- Fase III. Rimodellamento dell'assistenza culturale: azioni e decisioni che aiutano il paziente a ristrutturare o modificare il proprio stile di vita secondo modelli nuovi o diversi che siano significativi, soddisfacenti e di supporto per la vita, da un punto di vista culturale.

Leininger sviluppa la sua teoria ispirandosi al modello del sole nascente, secondo il quale l'individuo non può essere scisso dal suo background culturale e sociale (Fig. 3.1). Lo schema concettuale del sole nascente è composto da quattro livelli. Il primo, il secondo e il terzo rappresentano le componenti culturali e sociali che influenzano l'assistenza e la salute attraverso il linguaggio, l'ambiente, il sistema sociale, gli individui, le famiglie, i gruppi e le istituzioni dei diversi sistemi sanitari. In questo modo si forniscono le conoscenze necessarie per pianificare e prestare un'assistenza culturalmente adeguata. Il quarto livello è quello delle decisioni e dell'assistenza infermieristica. Congiungendo questi livelli otterremo un sole completo, che rappresenta i fattori dei quali l'infermiere/a deve tener conto per assistere correttamente e garantire la salute dell'essere umano nelle tre fasi sopra descritte [79]. La teoria di Madeleine Leininger è una teoria di diversità e universalità culturale che si riflette nell'ambito di una assistenza sanitaria in continua evoluzione [75]. Nel 1960 è M. Leininger ad usare per la prima volta il termine *nursing transculturale*, che definisce come

“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 e ai valori, allo scopo di fornire ai pazienti assistenza infermieristica efficace e significativa, in linea con i loro valori culturali e il loro contesto” [80].

La teoria di Leininger afferma che l'assistenza rappresenta l'essenza e la caratteristica dominante, distintiva e unificante dell'infermieristica. Il prendersi cura delle persone differisce, nelle sue espressioni, da cultura a cultura. Schematizzando:

- esseri umani: considerati altruisti e in grado di preoccuparsi dei bisogni, del benessere e della sopravvivenza degli altri. Secondo Leininger questo avviene grazie all'universalità dell'assistenza che, anche se in modo differente, è presente in ogni cultura;
- salute: 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 attività quotidiane connesse al loro ruolo in maniera culturalmente soddisfacente. Pertanto anche la salute è universale e diversa allo stesso tempo;
- società: intesa come un gruppo con valori, credenze, norme e pratiche che sono apprese, condivise e trasmesse;

- ambiente: inteso come la totalità di un evento, situazione o esperienza. Il binomio società-ambiente è incluso nel concetto di cultura, che è il tema centrale della teoria di M. Leininger.

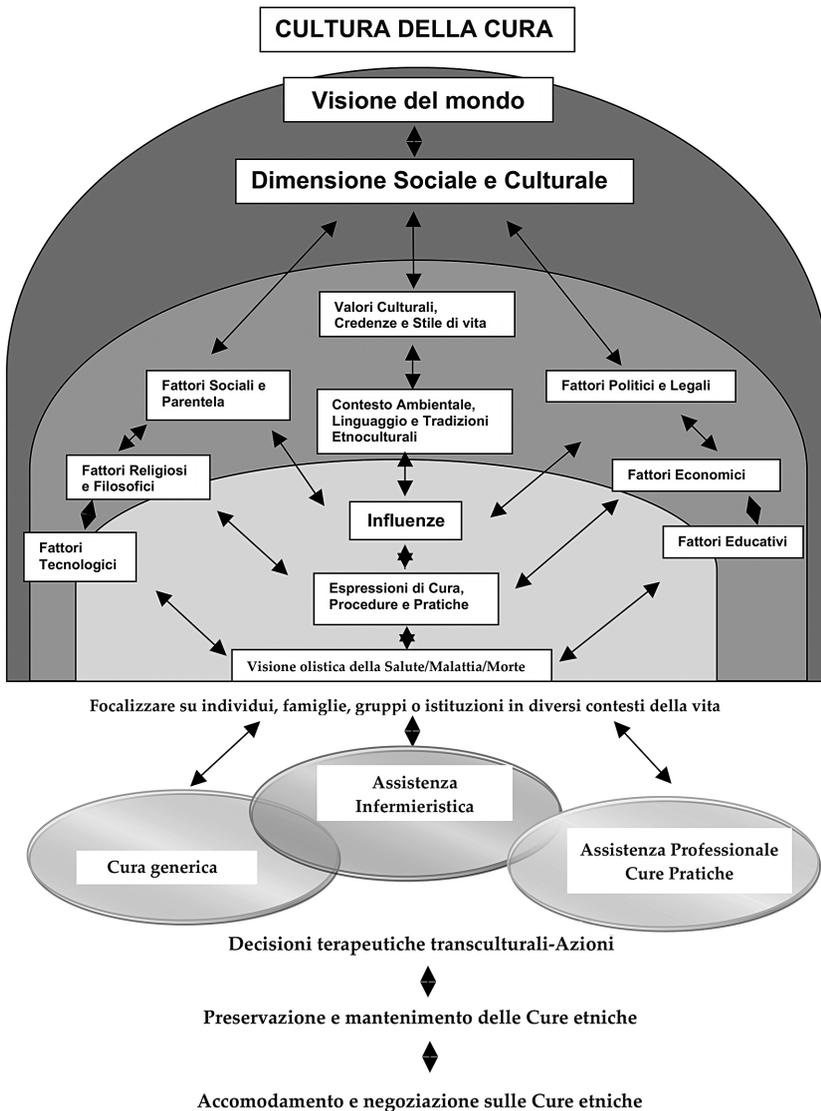


Fig. 3.1. Schema della teoria di M. Leininger (2004) ispirata all'immagine del sole nascente relativa all'assistenza transculturale. Da Leininger M, Mc Farland, MR (2004). Infermieristica transculturale. CEA. ISBN 978-8808-08687-7 modificata.

Questa teorizzazione diviene dunque fondamentale in una società che intende offrire assistenza a persone di cultura. L'universalità indica i modelli di assistenza e i comportamenti, comuni a tutte le culture. La diversità indica invece i modelli, i comportamenti che sono specifici di un individuo, una famiglia o di un gruppo culturale. Questa teoria fornisce dei riferimenti in base ai quali l'infermiere può decidere qual sia l'assistenza necessaria per il singolo paziente [75-80].

PARTE II

TECNICA SPECIALE CHIRURGICA GINECOLOGICA

4. Principi di chirurgia plastica ricostruttiva

Prof. Primo Pennesi, Dott. Massimo Chiaretti



4.1. Classificazione delle lesioni

Da tutto quanto sin qui esposto, circa le origini e motivazioni storico-culturali delle mutilazioni genitali femminili, con le pesanti conseguenze psicologiche che tali pratiche portano con sé, è innegabile che la violenza più grande sia la mutilazione inferta al corpo della donna, con conseguenze pesanti, estremamente dolorose e soprattutto irreversibili. Questo – come si è detto – anche e principalmente per le modalità devastanti, attuale spesso con strumenti di fortuna, in situazioni igieniche non protette, che non fanno che creare ulteriori complicanze mediche come testimoniano, in tutta la loro crudezza, le immagini che seguono. Si è detto, infatti, che la pratica è eseguita spesso in condizioni di luce scarsa, senza anestesia e con l'uso di lamette, coltelli, frammenti di vetro o strumenti non chirurgici spesso riutilizzati più volte. Come conseguenza, le donne che hanno subito mutilazioni genitali presentano:

- elevata incidenza di infezioni vulvo-vaginali e cervico-uterine e di malattie infettive e infiammatorie pelviche (PID) ed elevata incidenza di fistole retto-vaginali e vescico-vaginali [81-95];
- gravi danni al sistema riproduttivo e significative disfunzioni sessuali [96, 97];
- maggiore incidenza di patologia ostetrica durante il travaglio del parto [98];
- maggiore incidenza di morte endouterina del feto;
- sono più soggette a problemi psicologici dovuti al trauma della mutilazione [92].

La figura 1.4 riporta l'anatomia umana normale dei genitali femminili esterni.

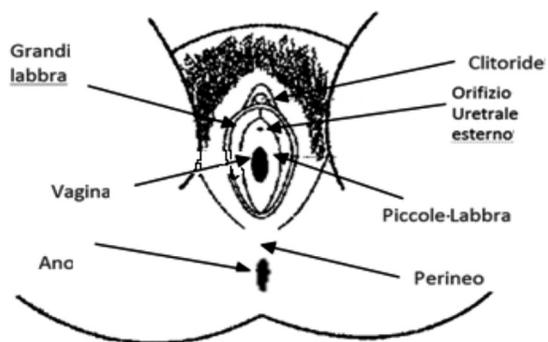


Fig. 4.1. Anatomia umana normale dei genitali femminili esterni.

L'OMS ha classificato le MGF in 4 differenti tipologie [121, 122] come di seguito schematizzate:

4.1.1. MGF Tipo 1

Circoncisione (o infibulazione “al-sunna” o clitoridectomia parziale): consiste nell’asportazione del glande del clitoride, con fuoriuscita di sette gocce di sangue simboliche. Considerato rito di purificazione, rappresenta la metodica meno invalidante (Fig. 7).

4.1.2. MGF Tipo 2

Asportazione del clitoride “al-wasat”: clitoridectomia totale e asportazione parziale o totale delle piccole labbra (Fig. 8a-d, da sinistra a destra).

4.1.3. MGF Tipo 3

Infibulazione (o circoncisione faraonica o sudanese): asportazione del clitoride, delle piccole labbra e di parte delle grandi labbra con cauterizzazione e “cucitura” della vulva e della vagina, lasciando aperto solo un foro per permettere la fuoriuscita delle urine e del sangue mestruale (Fig. 9a, b).

4.1.4. MGF Tipo 4

È costituita da una serie di interventi di varia natura sui genitali femminili che possono consistere in:

- allungamento per trazione del clitoride o delle grandi e piccole labbra;
- cauterizzazione mediante bruciatura del clitoride, del prepuzio del clitoride e delle grandi e piccole labbra (Fig. 11);
- abrasione del tessuto circostante l’ostio vaginale o incisione della vagina (Figg. 10-13b);

- puntura, perforazione o incisione del clitoride o delle grandi e piccole labbra;
- introduzione in vagina di sostanze corrosive o vegetali allo scopo di provocare sanguinamento o restringimenti della vagina stessa.

È impossibile cancellare le lesioni provocate dalle MGF al corpo femminile ma sanitari esperti e culturalmente informati sul fenomeno, possono trattare e correggere, almeno parte, le complicanze e i danni subiti aiutando la donna.

La casistica si riferisce a 1235 casi di MGF osservati tra il 1978 e il 2005 presso l'ex II^a Clinica Ostetrica e Ginecologica, l'ex II-Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica, l'ex Dipartimento di Ginecologia, Perinatologia e Puericultura – Azienda Policlinico Umberto I e presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – Sedi di Roma e di Palidoro (Convenzione/Studio per la Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza – Università degli Studi di Roma "La Sapienza").

4.2. Tecniche d'incisione sulla cicatrice

Chirurgia a lama fredda (bisturi o forbici): è la tecnica più semplice e più frequentemente usata. Si esegue quando la cicatrice dell'infibulazione è sottile e senza complicanze e nei casi in cui si possa ricostruire parzialmente una parvenza di "labbra" a protezione dell'ingresso vaginale. La preparazione, la disinfezione e l'anestesia locale sono uguali a quelle utilizzate nella procedura con laser.

Laserchirurgia anche con questa tecnica è importante che la cicatrice venga sollevata rispetto alle strutture sottostanti inserendo, attraverso l'apertura vaginale, un bastoncino, un piccolo Klemmer o un Kocher a seconda delle dimensioni dell'orificio. Si procede all'incisione col bisturi (o con forbici) dal basso verso l'alto lungo la linea mediana fino a oltrepassare di circa 1 cm il meato uretrale. Si raccomanda la simmetria dell'incisione per un buon risultato estetico. Si suturano i bordi incisi con punti staccati o anche continui, utilizzando filo chirurgico monofilamento 2/0. La cicatrizzazione si ha nel giro di una settimana. Le raccomandazioni igieniche e di assistenza sono le stesse descritte per la procedura con il laser. In entrambe le procedure, le donne vanno ricontrollate dopo 7 gg e dopo 1 mese. L'intervento di de-infibulazione intra-partum, quando la donna infibulata non sia stata sottoposta alla

de-infibulazione preventiva durante la gravidanza, si esegue con le forbici da episiotomia o con il bisturi dal basso verso l'alto, lungo la linea mediana della cicatrice fino al meato uretrale. Si procede quindi alla normale episiotomia. Dopo l'espulsione del feto e della placenta si procede alla sutura separata dei due lembi della de-infibulazione con punti staccati a scopo emostatico. Spesso dalla donna o dal marito è chiesta la re-infibulazione, ma deve essere spiegato che, per motivi legali e sanitari, il medico è tenuto a rifiutare questo intervento. Il medico deve ripristinare il più possibile la normale anatomia dei genitali e l'episiotomia viene suturata secondo la tecnica adottata normalmente. In alcuni casi si assiste ad un fraintendimento/confusione tra infibulazione e riparazione delle lacerazioni del perineo legate al parto, che devono essere riparate in tutte le donne, infibulate e non. Quando una donna chiede la de-infibulazione non si deve dimenticare di informarla che d'ora in avanti il modo di urinare sarà più veloce e a getto continuo (in tale situazione la donna non informata potrebbe spaventarsi al momento della minzione), che il flusso mestruale sarà più agevole e veloce, e che, se non è più vergine, potrà fare le visite ginecologiche e il Pap-test, e potrà avere rapporti sessuali meno dolorosi (vedi § 7.3.3).

Sarebbe opportuno conoscere il numero degli interventi di de-infibulazione che sono effettuati negli ospedali italiani e codificare in modo omogeneo tale intervento nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), indicando in diagnosi principale il codice 624.4 "Pregressa lacerazione o cicatrice vulvare", in diagnosi secondaria il codice V50.8 "Altro intervento chirurgico senza ragioni mediche" e, nel campo della procedura chirurgica, il codice che descrive l'intervento eseguito, che potrebbe essere il 71.79 (altra riparazione della vulva e del perineo) *indicazioni fornite sono già in fase di sperimentazione nella Regione Emilia-Romagna* (raccomandazione di grado F, vedi cap. 7, paragrafo "Forza delle raccomandazioni").

4.3. Tecniche chirurgiche per la vaginoplastica ricostruttiva

A scopo descrittivo si elencano varie tecniche utilizzabili, per il trattamento di questo tipo di lesioni, rimandando ai testi specialistici per i dettagli che non sono materia della presente trattazione. Questo elenco serve a dare un'idea della complessità e delle difficoltà tecniche, i rischi connessi alla terapia chirurgica sulla piccola pelvi e la sofferenza delle

pazienti, con le conseguenze psicologiche sulla funzionalità sessuale. Si distinguono, trattamenti chirurgici per:

- atresie vaginali parziali,
- atresie vaginali totali.

4.3.1. Atresie vaginali parziali

Relativamente semplici, possono limitarsi, in qualche caso, a una incisione del sottile sepimento fibroso che interrompe la continuità vaginale o a incisioni ed asportazioni di questo con anastomosi dei due tratti di vagina separati; fino, nei casi limite, di maggiore impegno, a un intervento del tipo di quelli che saranno descritti per le atresie totali (per esempio, istero vestibolo-stomia o altri ancora).

4.3.2. Atresie vaginali totali

Gli interventi per le atresie vaginali totali si distinguono in:

- interventi con apertura della mucosa del vestibolo,
- interventi senza apertura della mucosa del vestibolo.

4.4. Interventi con apertura della mucosa del vestibolo

Gli interventi con apertura della mucosa del vestibolo, che presuppongono la realizzazione cruenta dal basso, cioè dal vestibolo stesso, di uno spazio retto-uretrovescicale, appartengono a numerose metodiche utilizzate nel tempo, che alcune scuole tuttora utilizzano, e che possono essere così raggruppate:

4.4.1. Metodi basati su trapianti di anse intestinali:

- intestino tenue: metodo di Baldwin-Mori [Brocq P, Robert H (1951) The Baldwin-Mori operation for congenital absence of the vagina; technic; results; discussion and criticism of different plastic procedures. Mem Acad Chir (Paris). 7;77(4-5):141-9] ;
- intestino retto: metodo di Schubert [Bubis JL. (1949) The Schubert operation for congenital aplasia of the vagina; with a report of two cases. West J Surg Obstet Gynecol. 1949 Mar;57(3):113-9] ;
- intestino crasso, sigma: metodo di Albrecht [Zängl A (1975) Con-

- struction of the vagina with transposition of the sigmoid colon. *Langenbecks Arch Chir.* 1975 Nov;339:413-6 German];
- metodo di Novak [Novak F, Kos L, Plesko F. (1981) The advantages of the artificial vagina derived from sigmoid colon. *Eur Urol.* 1981;7(2):118-20];
 - metodo di Ruge [Ota H, Tanaka Ji, Murakami M, Murata M, Fukuda J, Tanaka T, Andoh H, Koyama K. (2000) Laparoscopy-assisted Ruge procedure for the creation of a neovagina in a patient with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Fertil Steril.*;73(3):641-4.];
 - metodo di Schmidt [Schmidt VJ, Horch RE, Dragu A, Weber K, Göhl J, Mehlhorn G, Kneser U. (2000) Perineal and vaginal wall reconstruction using a combined inferior gluteal and pudendal artery perforator flap: a case report. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012 Dec; 65(12):1734-7];

4.5. Metodi basati su trapianti di cute o di mucosa vaginale con prelievi autoplastici (peduncolati o liberi) o omoplastici

4.5.1. Metodo autoplastico peduncolato

- metodo di Kovacs [Papadopulos NA, Zavlin D, Lellé JD, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, Ehrenberger B, Machens HG, Schaff J. (2017) Combined vaginoplasty technique for male-to-female sex reassignment surgery: Operative approach and outcomes. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* pii: S1748-6815(17)30218-8];

4.5.2. Metodo autoplastico libero

Dalla coscia o natica:

- metodo di Kirschner-Vagner [Yodice A, Curto C, Benaim F. (1952) Congenital absence of the vagina and reconstruction by the Kirschner Wagner method; considerations on other procedures. *Dia Med.* 15;24(26):601-2, PMID 14926578];
- metodo di Mc Indoe-Bannister [Han SE, Go JY, Choi DS, Seo GH, Lim SY. (2012) Experience with specially designed pored polyacetal

modal dressing method used in McIndoe-style vaginoplasty. *J Pediatr Urol.* 2017 Jun 16. pii: S1477-5131(17)30250-4;

- Marin JS, Lara LA, da Silva AV, dos Reis RM, Junqueira FR, Rosa-e-Silva AC. (2012) Surgical and non-surgical treatment of vaginal agenesis: analysis of a series of cases. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012 Jun;34(6):274-7];

4.8. Metodo omoplastico

Prepuzi penieni di soggetti circoncisi:

- metodo di Petit [Rietjens M, Maggioni A, Bocciolone L, Sideri M, Youssef O, Petit JY. (2002) Vaginal reconstruction after extended radical pelvic surgery for cancer: comparison of two techniques. *Plast Reconstr Surg.* 15;109(5):1592-7; discussion 1598-9];

4.6. Metodi basati sull'uso di rivestimenti vari

Membrane amniocoriali:

- metodo di Louros [Innamorati G, Rendina GM, Boninfante CE, Tellini P. (1969) The Louros operation for stress incontinence of urine]. *Riv Ital Ginecol.* 53(5):388-400];

Semplice protesi:

- metodo di Bacialli [Bacialli L. (1954) Note on gynecological operative technic. *Minerva Ginecol.* 15;6(3):Atti, 7];
- metodo di Warthon [Steiner E1, Woernle F, Kuhn W, Beckmann K, Schmidt M, Pilch H, Knapstein PG. (2002) Carcinoma of the neovagina: case report and review of the literature. *Gynecol Oncol.* 84(1):171-5].

4.7. Interventi senza apertura della mucosa del vestibolo

Gli interventi senza apertura della mucosa del vestibolo comprendono le seguenti tecniche.

4.7.1. Metodo incruento di Frank

Tecnica vaginoscopica (Figg. 14a-b); con un dilatatore metallico o di altra sostanza, ad esempio gomma porosa o rigida, di calibro adeguato

(almeno 1 cm) e con apice arrotondato Vengono eseguite inizialmente tre applicazioni al giorno di 30 minuti ciascuna per una settimana, poi un'applicazione al dì per 3-4 settimane. All'inizio, l'asse dell'applicazione è rivolto verso il basso, centralmente e posteriormente, poi, parallelo a quello della vagina. In casi selezionati (atresia parziale del terzo superiore o medio, o totale con vestibolo ampio), può dare buoni risultati con possibilità di avere rapporti sessuali soddisfacenti. (Fig. 16).

4.7.2. Metodo cruento di Vecchietti

Lo strumento chirurgico necessario all'esecuzione dell'intervento è costituito, oltre all'usuale, da una sonda metallica scanalata della lunghezza di circa 30 cm, un portafili curvo, un'oliva acrilica (2×1.5 cm), montata con fili non assorbibili, un tendifili a molle, tutori di varia grandezza [99]. La tecnica operatoria prevede un'incisione laparotomica secondo Pfannenstiel, previa applicazione di un catetere di Foley in vescica, con una soluzione di blu di metilene. Tale incisione deve essere sufficientemente lunga (15-16 cm), tale da giungere lateralmente ai muscoli retti dell'addome. Aperta in tal modo la cavità addominale, s'incide trasversalmente per un tratto di circa 4-5 cm la plica peritoneo-vescicale creando, previo scollamento della vescica verso il basso, un tramite nello spazio intervescico-uretro-rettale fino a raggiungere il tratto vaginale atresico. Si introduce, poi, nello sfondato così ottenuto, la sonda scanalata fino a sollevare verso l'esterno il tessuto vaginale atresico. Nella scanalatura della sonda si fa scorrere il portafili, che perfora tale tessuto centralmente. Montati i fili all'oliva acrilica, si fanno passare i capi degli stessi nella cruna del portafili, che viene ritirato attraverso il tunnel neoformato, portando in tal modo i capi stessi in cavità addominale. I capi addominali dei fili sono portati per via extra-peritoneale medialmente ai vasi epigastrici inferiori, sotto ai legamenti rotondi, esternamente ai muscoli retti dell'addome e, infine, all'esterno bilateralmente ai lati dell'incisione laparotomica. Dopo aver suturato la plica peritoneo-vescicale e la parete addominale secondo la tecnica usuale, si applica sui fili l'apparecchio a molle a trazione regolabile (Figg. 16 e 17), sostituito dal modello recentemente messo a punto dal Prof. Primo Pennesi.

Generalmente, in 7-8 giorni la lunghezza della vagina, grazie alla trazione esercitata sull'oliva dai fili applicati all'apparecchio, raggiunge gli 11-12 cm; quindi si estrae l'oliva stessa recidendo i capi esterni dei fili addominali e facendo trazione sul filo pendente dai genitali esterni; e si applicano poi i tutori di diametro progressivamente crescente (2-3.5 cm) e della lunghezza di circa 11 cm, medicati agli antibiotici e agli estrogeni. I tutori saranno utilizzati fino a quando non inizieranno i rapporti sessuali.

4.8. Discussione

I metodi per la realizzazione di una neovagina non sono univoci, bensì diversi e numerosi [99-102]. I principali metodi elencati rispondono tutti allo stesso principio: realizzare una neocavità per clivaggio tra la vescica e il retto, e impedire attraverso varie tecniche il collassamento delle sue pareti. Tale risultato può essere ottenuto sia per mezzo dei metodi che utilizzano le anse intestinali, la cute o altri tessuti, sia per mezzo di pressioni strumentali ripetute, agenti a livello di un tratto vaginale atresico preesistente. Le metodiche che prevedono l'uso di tratti di intestino sono tutte gravate da un'altra morbilità, oltre che dagli inconvenienti propri degli organi utilizzati (occlusioni intestinali, peritoniti, secrezioni/essudazioni eccessive ed irritanti). Le tecniche basate su trapianti di cute (liberi o peduncolati), con ampie resezioni cutanee, danno luogo con facilità a cicatrici cutanee deformanti e a plastiche vaginali imperfette per retrazioni cicatriziali. Sembrano più valide le tecniche più semplici con prelievi perineo-vulvari o il metodo di Luisi. In certi casi, sono da prendere in considerazione le semplici metodiche con realizzazione di uno sfondato intervescico-uretro-rettale e con introduzione di protesi per facilitare la successiva epitelizzazione del canale vaginale neofornato. I metodi senza apertura della mucosa del vestibolo (metodo incruento di Frank, Figg. 14a-b, 15 e metodo cruento di Vecchietti Figg. 16, 17) sembrano efficaci perché rispettano più di ogni altro la riepitelizzazione della neovagina, come risulta anche nella nostra casistica.

PARTE III

COMPLICANZE CLINICHE E TRATTAMENTO MEDICO

5. Mutilazioni genitali femminili e malattie infettive: un binomio pericoloso

*Giancarlo Ceccarelli, Maurizio Lopalco, Alfonsa Lucia Trassari,
Annalisa Italia Chiaretti*

Le complicanze osservate dopo l'esecuzione della circoncisione femminile sono numerosissime e correlate con il tipo di MGF eseguita, e con la tecnica utilizzata. Le complicanze cliniche si distinguono, schematicamente, nei seguenti gruppi.

5.1. Complicanze immediate

1. **Dolore:** nella maggioranza dei casi la pratica è effettuata in luoghi extra ospedalieri e senza anestesia.
2. **Emorragia:** è una delle complicanze più frequenti, se venosa e di lieve entità, prolungata nel tempo, può causare anemizzazione. Durante la escissione del clitoride viene sezionata l'arteriola clitoridea che deve essere ben tamponata o suturata altrimenti l'emorragia è profusa.
3. **Decesso post-operatorio** per shock emorragico in caso di mancata emostasi o per shock settico, soprattutto nei paesi dove le strutture sanitarie e ospedaliere sono insufficienti e nei villaggi remoti.
4. **Fratture e/o lussazioni** per l'eccessiva forza applicata nella contenzione perché, durante l'intervento, la bambina o la giovane è tenuta ferma per le braccia e per le gambe dalle donne che assistono, per evitare che possa dimenarsi, fuggire o sottrarsi all'intervento (Fig. 5.1).
5. **Ritenzione urinaria:** è frequente nei giorni successivi all'intervento. Il passaggio dell'urina sulla ferita provoca un intenso bruciore, per questo molte donne evitano di urinare, determinando la ritenzione urinaria acuta, globo vescicale, cistite e infezione vulvare.
6. **Sepsi della ferita** per la mancata disinfezione e apparecchiamento del campo operatorio, mancata sterilizzazione degli strumenti utilizzati, mancato uso degli antibiotici, mancanza della medicazione



 Fig. 5.1. info@totalita.it Simonetta Bartolini.

di protezione. Anche il luogo in cui viene eseguita la mutilazione genitale, spesso non è in condizioni igieniche idonee; contaminazione fecale o minzione sulla ferita, soprattutto quando le gambe sono state legate insieme per “facilitare” la guarigione, impiego di impiastri medicamentosi tradizionali a base di erbe, oli e miele, uso di rimedi tradizionali per stimolare la cicatrizzazione.

7. **Lesioni dei tessuti adiacenti** a causa della mancanza di conoscenze anatomiche da parte delle operatrici e a causa del dimenarsi della paziente, a volte si osservano lesioni o esiti, sul meato uretrale esterno, nella vagina, al perineo, nel retto e spesso si creano fistole che possono essere vescico-vaginale o retto-vaginale, rispettivamente con incontinenza urinaria o fecale.
8. **Tetano e HIV** a causa dell’utilizzo di strumenti non sterili.

5.2. Complicanze tardive

1. **Complicanze urologiche** per la ripetizione degli episodi di ritenzione che possono, a volte, esitare nell’incontinenza, nella cistite emorragica, nella cistite cronica e nella pielonefrite ascendente.
2. **Infezioni pelviche croniche** perché la parziale occlusione vaginale e la stenosi dell’uretra, aumentano il rischio settico come si vedrà meglio di seguito.
3. **Cheloidi**, formazioni fibrose esuberanti e retraenti che possono stenotare l’ostio vulvare, e l’orificio uretrale.

4. **Cisti dermoidi** perineali che possono degenerare.
5. **Neurinomi** che si possono sviluppare dalla linea di sezione se comprende anche il nervo dorsale del clitoride, alterando la sensibilità genitale, diventando causa di neurite (dolorosa) cronica.
6. **Fistole** cronicizzate da perforazione del setto rettovaginale o vescico-vaginale con incontinenza fecale nel primo caso e perdita urinaria che possono condizionare, pesantemente, la vita sociale della donna che viene così emarginata dalla propria comunità.
7. **Infertilità** perché il ristagno di secrezioni e del sangue mestruale causato dalla stenosi dell'ostio vulvare crea un ambiente ottimale allo sviluppo batterico e quindi all'insorgere di infezioni ascendenti, in grado di determinare un processo flogistico pelvico acuto (prima) che si cronicizza (successivamente), promuovendo malattie pelviche che determinando aderenze e ascessi pelvici a loro volta determinano infertilità.
8. **Calcolosi** vaginale conseguenza dell'accumulo delle secrezioni mestruali e vaginali, depositi di cristalli e di urati in vagina o nello spazio sottostante il ponte cicatriziale creato con la sutura labiale, esito dell'infibulazione.
9. **Disfunzioni sessuali** come la dispareunia, il dolore genitale durante la penetrazione e il coito, che possono risultare difficoltosi se non impossibili. Infatti, in alcuni casi, occorre procedere ad incisione chirurgica della cicatrice sull'ostio vulvare.
10. **Complicanze al parto** quando la cicatrice dell'infibulazione non si lacera, limita l'esplorazione nella visita ginecologica e, al momento del parto, il tessuto cicatriziale vulvare impedisce la naturale dilatazione del canale del parto, impedendo la discesa ed il passaggio dell'estremo cefalico fetale nell'ultimo tratto del canale vaginale. La cicatrice, impedendo il passaggio, prolunga la stasi venosa cerebrale, provoca la desaturazione di ossigeno nel cervello, rischiando di provocare danni cerebrali permanenti. Con lo sbrigliamento e incisione delle grandi labbra (de-infibulazione), si evita il prolungamento del travaglio con aumento dei rischi sia per la madre che per il feto. La de-infibulazione riduce l'indicazione al parto cesareo.

In linea di principio sono ben note le problematiche infettivologiche possibili, mentre quello che resta poco conosciuto è il loro reale impatto epidemiologico. Le evidenze riportate in letteratura forniscono un'idea chiara della significatività delle complicanze infettive. Ad esempio

in uno studio condotto su donne sottoposte a MGF, in Etiopia, è stato osservato che le più comuni complicanze sono il sanguinamento all'atto della procedura (55,8%), la ritenzione urinaria (36,6%) e le infezioni (11,1%) [103]. Un ulteriore studio effettuato in Gambia ha evidenziato che le infezioni, insieme a emorragia e anemizzazione, rappresentano la più comune complicanza a breve termine essendo presenti nel 87,3% dei casi [104]: in particolare complicanze infettive erano rilevate nel 88,9% delle MGF di tipo A, nel 87,3% di quelle di tipo B e nel 84,2% di quelle di tipo C.

Da un punto di vista clinico sia le conseguenze infettive a breve termine rispetto all'intervento di mutilazione genitale sia le conseguenze a lungo termine correlano con il danno anatomico conseguente all'intervento e sono legate al mancato utilizzo di procedure antisettiche e di antibiotici [105]. Le sequele inoltre possono essere aggravate dalle eventuali scadenti condizioni igieniche ambientali, dalla mancanza di accesso alle cure sanitarie, e dalla pratica chirurgica da parte di levatrici tradizionali e "tradipraticiens". Infatti, l'intervento è, di solito, eseguito da una figura sanitaria tradizionale, con strumenti inadeguati e senza anestesia e solo per le classi sociali più agiate può essere praticato in una struttura sanitaria da parte di personale qualificato. A conferma di ciò, in una ricerca condotta da Dirie e Lindmark in Somalia su 290 donne, di età media di 22 anni, sottoposte ad escissione o infibulazione, era stato evidenziato come nel 69% dei casi questa procedura fosse stata eseguita in casa e nel 52% di questi casi fosse stata effettuata da una persona non addestrata [106]. Proprio l'elevata frequenza d'interventi non effettuati presso strutture sanitarie, determina il significativo rischio di infezioni della ferita chirurgica che possono portare alla formazione di celluliti, ascessi, fistole infette ed essere causa di batteriemie e sepsi potenzialmente fatali. Per altro l'uso della medicina tradizionale e il costo delle cure mediche spesso limitano o ritardano l'accesso a terapie antibiotiche in grado di ridurre la morbilità legata alle infezioni. Analogo è il discorso in merito al rischio infettivo di contrarre il tetano oppure un'epatite virale HBV o HCV correlata, rischio strettamente correlato alla mancata sterilizzazione dello strumentario chirurgico e in parte all'ampia diffusione epidemiologica di tali patologie sul territorio. Questo dato emerge bene in uno studio effettuato su un'ampia coorte di giovani donne (7350 ragazze di meno di 16 anni) a Dar es Salaam, in Tanzania, dal quale si evince che lo stesso strumentario per effettuare l'intervento poteva essere utilizzato su 15-20 bambine

consecutivamente, facilitando la trasmissione, ad esempio, di infezioni, quali, ad esempio, epatiti virali [107]. A proposito di problematiche infettive tardive, queste possono essere legate sia ai danni anatomici, dovuti all'intervento che favoriscono l'insorgenza di infezioni spesso ricorrenti, ma possono essere in esito ad infezioni acute o cronicizzate. Infezioni delle vie genito-urinarie ricorrenti rappresentano certamente la quota maggioritaria delle problematiche infettive tardive. Le motivazioni della ricorrenza dei disturbi vanno ricercate nella presenza di fattori predisponenti, non modificabili, generati dall'intervento di mutilazione. Infatti, la chirurgia può esitare in formazione di cisti da ritenzione, in crescita abnorme del tessuto cicatriziale e in ostruzioni croniche del tratto urinario e della pelvi, che spiegano bene il motivo della ricorrenza delle infezioni urogenitali. Ad esempio, secondo Dirie e Lindmark, la copertura del meato uretrale da parte dell'infibulazione, causerebbe un difficoltoso svuotamento vescicale, il ristagno di urine e la crescita di batteri enterici come *Escherichia coli* [106]. Questi fattori predisponenti, insieme alle infezioni urinarie recidivanti possono favorire la formazione di calcoli renali, l'insorgenza di cistopieliti ascendenti e dell'insufficienza renale. Allo stesso modo possono verificarsi infezioni a carico dell'apparato genitale con vulvovaginiti, infezioni uterine e annessiali che possono contribuire alla compromissione della fertilità [81-97]. Pochi sono i dati disponibili sulla correlazione tra MGF e malattia infiammatoria pelvica (PID) che rappresenta un grave problema ginecologico, nella maggior parte dei paesi africani. Un interessante lavoro pubblicato dalla prestigiosa rivista *American Journal of Obstetrics and Gynecology* ha tentato di indagare le potenziali cause di questa patologia. Lo studio condotto nella clinica ginecologica dell'Ospedale di Khartoum evidenziava che la circoncisione femminile, ampiamente diffusa in Sudan, sembrava essere un importante fattore di rischio, più dell'infezione gonococcica e degli aborti settici [108]. El Dareer riferisce che la PID risultava tre volte più frequente nelle donne sottoposte a infibulazione rispetto ai controlli su donne non infibulate [109]. Un tema dibattuto nella comunità scientifica è se le alterazioni delle strutture anatomiche e le lesioni generate nelle donne sottoposte a MGF influenzino il rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmesse. Uno studio caso-controllo, condotto in due strutture ospedaliere di Khartoum, in Sudan, nel biennio 2003-2004, ha analizzato 222 donne di età compresa tra 17 e 35 anni. Le donne reclutate per lo studio sono state studiate da un lato per la eventuale sieropositività

per gli anticorpi anti-*Neisseria gonorrhoeae*, per *Chlamydia trachomatis* (con test immunoenzimatico) e per *Treponema pallidum* (test di emoagglutinazione), e dall'altro per la entità della mutilazione genitale subita. I risultati dello studio mostrano che delle 222 donne studiate, 26 avevano una o più positività alle malattie sessualmente trasmesse analizzate, mentre 196 risultavano negative ai test. L'analisi dei dati, eseguita anche mediante regressione lineare, evidenziava che tra le pazienti sieropositive alla malattia sessualmente trasmessa, l'85% dei casi aveva subito la forma più grave di mutilazione (ossia il Tipo 3, quella che coinvolge grandi labbra, di cui al paragrafo 4.2) rispetto al 78% delle donne negative; pertanto non veniva trovata alcuna associazione tra la positività sierologica alle malattie sessualmente trasmissibili e l'estensione delle MGF. L'unico fattore che differiva significativamente tra i due gruppi era il livello d'istruzione: infatti, i casi con malattie sessualmente trasmissibili avevano un livello di istruzione significativamente più basso ($p = 0,03$) rispetto ai controlli negativi. Sulla base di questi risultati, gli autori concludevano che, pur tenendo presente l'esiguità del campione, l'entità della mutilazione genitale non appariva essere né un fattore di rischio né un fattore protettivo contro l'acquisizione di malattie sessualmente trasmissibili [110]. Altri studi hanno enfatizzato invece la potenziale associazione tra mutilazione genitale e HIV. Brady, ad esempio, sottolinea come per molte donne sottoposte a infibulazione (faraonica o sudanese, Tipo 3), il rapporto vaginale sia difficile e associato a lacerazioni tissutali, sanguinamenti e quindi anche ad una maggiore probabilità di rapporti sessuali anali, fattori questi che complessivamente incrementano il rischio di trasmissione dell'HIV [111]. A conferma di ciò è stato osservato come le donne che avevano subito mutilazioni avessero maggiori probabilità di contrarre vaginiti batteriche, infezioni erpetiche da HSV-2 e ulcerazioni genitali, e come queste condizioni cliniche predisponessero a un maggior rischio di contrarre l'infezione da HIV e altre malattie sessualmente trasmissibili [112, 113]. In uno studio trasversale, condotto in Guinea Bissau, l'escissione di Tipo 2 è risultata essere un fattore di rischio indipendente per l'HIV-2 in un'ampia coorte di donne di età superiore ai 50 anni [114].

Allo stato attuale, sebbene in teoria sia plausibile un'associazione HIV-MFG, la valutazione epidemiologica è resa difficile da problemi nella raccolta dei dati e dalla strutturazione degli studi clinici adeguati a chiarire il problema [115-116]. Dall'analisi sullo "stato dell'arte" emer-

ge la frammentarietà dei dati noti sulle possibili complicanze infettive delle MGF. La frammentarietà dell'informazione potrebbe quindi portare a una sottovalutazione e alla possibile mancanza di attenzione verso questa problematica negli addetti alla programmazione sanitaria nelle nazioni africane, ma anche negli operatori -sanitari e non- addetti in Italia all'accoglienza dei migranti [117-120]. Non è un caso, infatti, che una recente survey sulla conoscenza delle linee guida relative alle MGF, eseguita su ostetrici e ginecologi, abbia evidenziato aree d'insufficiente conoscenza proprio del rischio infettivo [86, 121]. Alla luce dei dati presentati, considerato l'incremento dell'immigrazione dai paesi ad alta prevalenza di MGF, emerge la necessità di approfondire le conoscenze su questo tipo di problematiche, sensibilizzando gli addetti a questo specifico settore dell'assistenza sanitaria.

PARTE IV

GIURISPRUDENZA NAZIONALE E INTERNAZIONALE
A CONFRONTO

6. Giurisprudenza speciale internazionale sulle MGF. Stato dell'arte e confronto tra ordinamenti

Annapaola Chiaretti

6.1. Diritto alla salute

Il diritto alla salute si colloca fra i diritti sociali, economici e culturali sanciti dalle Carte Internazionali alla metà del XX secolo. In considerazione di ciò, due sono i riferimenti fondamentali: l'elaborazione della Carta costitutiva dell'ONU e della sua organizzazione specializzata per i problemi della salute (OMS) e la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*. Quest'ultima, all'Art. 25, riconosce e tutela il diritto di ogni essere umano ad avere "un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, alla abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari" [122, 126].

Ma cos'è "realmente" la salute? In che cosa consiste? Fino a che punto si spingono i confini di tale definizione? Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS), istituita nel 1948, la «Salute non è solo assenza di malattia; ma stato di completo benessere». Quest'affermazione riassume con precisione l'evoluzione del pensiero moderno che, nel giro di un periodo relativamente breve, ha progressivamente esteso la propria attenzione, in tema di sanità, dalla cura del paziente malato alla prevenzione della malattia e alla promozione della salute. Questa evoluzione, che è stata anche indicata come il passaggio dalla scienza clinica alla scienza della sanità pubblica e, infine, alla scienza della sanità politica, suggerisce due brevi deduzioni. In primo luogo, la definizione dell'OMS non si fonda su una contrapposizione, ma sulla integrazione dei due concetti, l'uno negativo (assenza di malattia) e l'altro positivo (promozione del benessere), entrambi

relativi a due condizioni (malattia e benessere) non così agevolmente tra loro separabili. Un secondo tipo di riflessione riguarda invece le dimensioni del “benessere” e quindi anche i differenti livelli nei quali si esprime quella che chiamiamo “malattia”. Ogni sforzo della collettività per combattere le malattie e per promuovere il benessere non può ignorare le altre due dimensioni indicate dall’OMS: quella psicologica e quella relazionale.

6.2. Diritto a non essere soggetto a trattamenti crudeli e degradanti

La *Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo* (1948) [122] all’art. 5 recita che “nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamenti o a punizioni crudeli, inumane o degradanti”, e all’art. 22 recita “...ognuno, come membro della società, [...] ha diritti sociali e culturali indispensabili per la sua dignità e il libero sviluppo della sua personalità”.

La Convenzione ONU contro la tortura e altri trattamenti e punizioni disumane e degradanti (1989) [127] definisce come tortura ogni azione che intenzionalmente causi a una persona pene gravi o sofferenze, fisiche e mentali, per motivi di discriminazione, in presenza o per conto di un funzionario pubblico.

Allo stesso proposito anche la Convenzione ONU sui diritti del fanciullo (1989), l’art. 37 afferma che nessun bambino deve essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani e/o degradanti [123].

La Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo (1990) [125], all’art. 5 dichiara che ogni individuo ha diritto al rispetto della dignità insita in ogni essere umano e al riconoscimento dello status legale e proibisce ogni forma di trattamento che violi tale dignità. Raccomanda agli Stati di eliminare pratiche sociali e culturali pericolose perché in grado di influenzare negativamente il benessere, la dignità, il fisiologico sviluppo psichico e la crescita del bambino.

6.3. Diritto all’integrità fisica e sessuale

“La salute sessuale è l’integrazione degli aspetti somatici, affettivi, intellettuali e sociali nell’essere sessuato al fine di pervenire a un arricchimento della personalità umana, della comunicazione e dell’amore” (OMS 1974); è una componente fondamentale e complessa dell’essere umano che comprende l’identità, il sesso, la salute, la riproduzione, il

benessere, la psiche, i diritti umani e riporta a sé gravi problematiche della comunità internazionale quali la violenza sessuale, le mutilazioni genitali femminili, la prostituzione, le disuguaglianze di genere. La donna è spesso vittima principale di governi pigri nel prevenire gravi violazioni dei diritti umani e garantire il diritto alla salute sessuale e riproduttiva, all'informazione sulle moderne tecniche di contraccezione, all'eliminazione delle discriminazioni, delle differenze di genere e delle violenze. I principali diritti civili dell'individuo legati a una sessualità responsabile, consapevole senza coercizione o violenza, sono il diritto a fondare una famiglia, il diritto alla salute sessuale e riproduttiva e ad accedere ai servizi sanitari, decidere il numero e l'intervallo dei propri figli, all'informazione sulla pianificazione familiare e il diritto ad accedere ai servizi di pianificazione. Il diritto alla salute sessuale e riproduttiva è riconosciuto come uno dei diritti umani fondamentali dall'ordinamento internazionale e da molti accordi universali:

- La Conferenza Internazionale delle Nazioni Unite sui diritti dell'uomo, tenutasi a Teheran nel 1968, è la sede nella quale i "diritti riproduttivi" sono stati per la prima volta presi in considerazione e qualificati come diritti umani. La Dichiarazione si proponeva un controllo delle nascite e la diffusione di metodi contraccettivi nei paesi meno sviluppati, al fine di stimolarne lo sviluppo economico.
- La Conferenza Internazionale delle Donne, convocata a Città del Messico nel 1975, servì a discutere di "diritti riproduttivi" al femminile, approfondendo i concetti e i limiti nel controllo delle nascite e della riproduzione artificiale. In tale contesto si sono identificati tre obiettivi prioritari da realizzare: parità, sviluppo e pace.
- Nella Conferenza Internazionale del 1994 realizzata al Cairo, fu negoziato il Programma di Azione su Popolazione e Sviluppo tra le delegazioni di 179 Stati per i successivi 20 anni, mentre i temi del diritto alla riproduzione, alla salute sessuale, all'informazione e all'accesso ai metodi di pianificazione familiare, vennero congiunti agli obiettivi della stabilizzazione demografica e dello sviluppo sostenibile.
- La IV Conferenza Mondiale sulle Donne, convocata a Pechino nel 1995 implementava gli accordi del Cairo riaffermando molti principi da essa sanciti. Il paragrafo 96 decreta che "I diritti umani includono anche il diritto ad avere controllo e a decidere liberamente e responsabilmente circa la propria sessualità, la propria salute sessuale e riproduttiva, senza coercizione, discriminazione e violenza".

Il Programma di Azione si propone di migliorare la situazione di tutte le donne, ma una particolare attenzione è riservata a coloro che si trovano in condizioni svantaggiate e che soffrono della carenza di adeguate strutture sanitarie.

- La mortalità materna è una delle più gravi conseguenze delle carenze nei servizi materno-infantili e causa di circa 500.000 vittime all'anno, soprattutto nei paesi dell'Africa e dell'Asia meridionale. Secondo il rapporto Unicef (cfr. sitografia) il rischio di mortalità materna nel corso della vita oscilla da 1:47.600 in Irlanda (è il tasso di mortalità più basso al mondo) a 1:7 in Niger (è il tasso più alto al mondo). La disuguaglianza è abissale, soprattutto considerando che la maggior parte di queste morti sarebbe evitabile prevenendo le gravidanze non sicure o garantendo la presenza di personale medico opportunamente formato (soprattutto laddove una donna sia costretta a raggiungere l'ospedale a piedi e con molti chilometri di cammino). Tuttavia i servizi di pianificazione familiare non sono disponibili facilmente nei paesi non industrializzati e, secondo i dati delle Nazioni Unite, nel mondo sono 137 milioni le donne che non riescono ad accedervi. Questo è il vero scandalo sui diritti umani, in particolare per il diritto alla vita e alla salute.

La *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* (1948) [122] all'art. 3 sostiene il diritto di ognuno alla vita, alla libertà e alla sicurezza *delle donne* (1979) [124]; condanna ogni discriminazione sulla base del sesso, che abbia come obiettivo quello di porre la donna in una condizione d'inferiorità rispetto all'uomo. Il *Protocollo aggiuntivo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli e sui diritti delle donne in Africa* (2003) [128], noto come Protocollo di Maputo [129-144], promuove la parità dei diritti tra uomo e donna e all'art. 5 impegna gli Stati a condannare e a proibire ogni pratica pregiudizievole che si ripercuota negativamente sui diritti umani delle donne, contrari agli standard riconosciuti. All'art. 14 il protocollo ribadisce il diritto alla salute sessuale e riproduttiva.

6.4. Diritto alla riproduzione

Le Raccomandazioni sull'uguaglianza dell'uomo e della donna nel matrimonio e nella famiglia, pubblicate nel 1994 [127] ad integrazione della Convenzione ONU per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione delle donne, riconoscono alla donna il diritto di programmare il numero dei figli [124].

Il protocollo alla *Carta africana* sui diritti dell'uomo e dei popoli e sui diritti delle donne in Africa (Maputo, 2003) [128, 129] impegna gli Stati ad assicurare il diritto delle donne alla salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva. La Dichiarazione congiunta OMS, Unicef, e Unfpa del 1996 [131] 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 le MGF, definendole una violazione dei diritti umani e affermando che *“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”*.

6.5. Legislazione sulle MGF in Italia. Principi generali

La Costituzione disegna una società aperta, nella quale devono essere garantite la libertà spirituale, nelle sue varie forme, la possibilità di compiere autonomamente le scelte fondamentali della vita (riguardanti lavoro, istruzione, impegno politico, organizzazione della propria vita privata ecc.). Tali principi di libertà si danno per scontati. L'attuale società del benessere e del consumismo porta a pensare che questi diritti siano stati fin dal principio riconosciuti, garantiti e rispettati. Non è così, perché essi sono frutto di secolari lotte di liberazione e di emancipazione. Nel mondo occidentale si può lottare contro la violazione di tali diritti, in quanto espressamente riconosciuti e tutelati [132]. Nelle società che invece limitano o negano del tutto la garanzia dei diritti fondamentali, se non ci si rassegna all'ingiustizia e alla violenza delle classi al potere, non rimane altro che combattere una lotta clandestina e illegale. La Costituzione italiana prevede il principio di uguaglianza davanti alla legge, che deve essere uguale per tutti, governanti e governati, ricchi e poveri, potenti e deboli, uomini e donne; nessuno può essere esentato dal rispetto della legge. Per specificare questo significato dell'uguaglianza e combatterne le violazioni, la Costituzione indica alcuni espliciti divieti di discriminazione tra i cittadini che non possono essere sottoposti a trattamenti differenziati, come ad esempio il considerare la donna inferiore all'uomo. Le MGF, in questo contesto, costituiscono una grave violazione dell'integrità fisica, psichica e morale delle donne, sono causa di molte conseguenze e complicanze per la loro salute fisica e mentale, in relazione a fattori, quali gravità della mutilazione, condizioni igieniche in cui tali pratiche sono eseguite, e abilità di coloro

che le eseguono. L'art. 32 riconosce la salute come "diritto fondamentale dell'individuo" e "interesse della collettività". Aggiunge inoltre che "... 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" [135]. Questo comma nasce dalla forte necessità di far fronte alle atroci violazioni della dignità umana che erano state compiute durante la seconda guerra mondiale. Grazie ad esso esiste in Italia il Servizio sanitario nazionale (per altro non presente in tutti gli Stati, basti pensare ai sistemi sanitari di tipo assicurativo-privatistico americano o australiano) e l'autodeterminazione del malato. L'unico obbligo di legge è il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in caso di sofferenza psichiatrica, riservato a chiunque possa essere nocivo a se stesso o agli altri.

6.6. Legislazione speciale sulle MGF in Italia

L'Italia ha ratificato diverse convenzioni internazionali che condannano le mutilazioni genitali femminili, tra cui la Dichiarazione universale dei diritti umani (UDHR), la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW), la Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti (CAT), la Convenzione sui diritti del fanciullo (CRC), la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) e la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (2010/C 83/02).

Dal 2006 vige una specifica disposizione penale relativa alle MGF (Legge n. 7/2006). Gli articoli 583bis e 583ter del codice penale vietano l'esecuzione di tutte le forme di MGF, fra cui la clitoridectomia, l'escissione, l'infibulazione e qualsiasi altra pratica causi effetti dello stesso tipo o malattie psichiche o fisiche. È applicabile il principio di extraterritorialità, che rende punibili le MGF anche se commesse al di fuori del paese. Domande di asilo per motivi di MGF potrebbero rientrare nel D.Lgs. 251/2007 art. 7.2, che considera la violenza fisica o psicologica o gli atti rivolti specificamente contro un determinato genere o contro i bambini, rilevanti ai fini della concessione dello status di rifugiato (Allegato 4b). La legge comprende sia persecuzioni passate che future (art. 3, paragrafo 4).

Nei casi di MGF si potrebbe fare ricorso alla legge generale di tutela dei minori. L'articolo 330 del codice civile si riferisce alla rimozione del

minore dalla famiglia e alla sospensione della custodia parentale del genitore il cui comportamento rappresenti una minaccia per il benessere del minore. Inoltre, l'articolo 333 del codice civile fa riferimento a interventi preventivi in caso di comportamento pregiudizievole dei genitori.

L'art. 582 c.p. configura il reato di lesioni personali – “Chiunque cagioni ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punibile...”

L'art. 583 c.p. configura il reato di lesione personale grave o gravissima – se dal fatto deriva una malattia che mette in pericolo la vita della persona offesa (incidendo sul sistema neurologico, cardiologico o respiratorio); se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo.

Le lesioni perseguibili d'ufficio per cui si deve stendere un referto sono:

- lesione personale colposa, solo se è grave o gravissima e vi sia violazione delle norme lavorative;
- lesione dolosa, lieve, grave o gravissima in correlazione al tempo di durata della malattia (< 20 giorni = lievissima, unico caso in cui il dolo non va refertato; 21-40 giorni = lieve; > 40 giorni = grave).

In Italia le MGF sono considerate oggi come lesioni gravissime grazie agli articoli 583-bis e 583-ter dopo l'articolo 583 del codice penale, tanto che si è ritenuto necessario prendere ulteriori provvedimenti con una proposta di legge che riguardasse nello specifico la pratica delle mutilazioni genitali femminili, che comportano la mutilazione irreversibile del corpo e disagi e paure nella sfera psicologica che in alcuni casi accompagneranno le donne per tutta la vita. La Legge 09/01/2006 n. 7, sancisce la “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile” [138].

L'importanza sociale dell'entrata in vigore di tale provvedimento nasce dal fatto che le MGF sono ormai diffuse su scala mondiale, e anche in Italia. A seguito dell'intensificarsi di flussi migratori, l'Italia è divenuto il Paese in Europa con il più alto numero di donne infibulate. In attuazione degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione della Repubblica Italiana [134] e di quanto sancito dalla Dichiarazione e dal Programma di azione adottati a Pechino il 15 Settembre 1995 nella Quarta Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle Donne, la “Legge Consolo” (dal nome dell'on. Giuseppe Consolo), detta “le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile

quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine [135, 137] Le misure punitive vanno a modificare gli articoli 583 [139] e 604 [141] del codice penale, introducendo, con l'art. 583 bis il reato di pratica di MGF, che recita: "Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagioni una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni". Ai fini del presente articolo si considerano mutilazioni degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione, l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo" [141]. Un'aggravante è prevista poi per il personale medico, con la radiazione dall'albo e la sospensione dell'esercizio della professione [140]. La legislazione ha giustamente deciso di criminalizzare questa tradizione ma possiamo allora ritenere che la minaccia di una pena tanto severa abbia davvero eliminato la pratica? Ci sono catene quasi impossibili da spezzare: non solo in villaggi sperduti e lontani dalle grandi città, ma anche nel cuore delle grandi metropoli come in America e in Europa, e ovunque gli immigrati abbiano portato le loro usanze e tradizioni. In Italia, secondo i dati forniti dal Ministero delle Pari Opportunità, vivono oltre 35.000 donne extracomunitarie infibulate. Se trovano ostacoli – le leggi in vigore in Europa (allegato 4a) in merito sono sempre più severe – le famiglie portano le piccole nel loro paese di origine, per "sistamarle" come si usa dire, per farle in seguito rientrare nel paese di residenza, dove la MGF è proibita [138, 140] (§ 3.8).

Dipartimento

In conclusione, a differenza di quanto si potrebbe pensare, purtroppo, l'infibulazione non è una pratica lontana e che nulla ha a che vedere con il nostro Paese, poiché, al contrario, moltissime sono le "operazioni" clandestine di questo tipo eseguite anche in Italia. È nostro dovere far sapere alle donne coinvolte, che non sono costrette a far sopportare alle proprie figlie il medesimo trattamento a loro praticato e che in Italia esiste una legge severissima contro questo reato, la legge n. 7 del 9 gennaio 2006.

Il 6 febbraio di ogni anno si celebra la "Giornata Mondiale contro le Mutilazioni Genitali Femminili" [110, 127].

7. Linee guida e raccomandazioni al personale sanitario

*Massimo Chiaretti, Anna Giugliano, Giovanna Angela Carru
Giancarlo Ceccarelli, Annalisa Italia Chiaretti, Eleonora Alvino
Irene Conti Papuzza, Maria Leonardi*

7.1. Linee guida

Le avvertenze riportate nelle Linee guida pubblicate con il Decreto Ministero della salute 17.12.2007 [145], graduano in senso decrescente, con le lettere a), b), c), d), e) la forza delle raccomandazioni, associate alla qualità delle prove scientifiche conosciute.

La classificazione di una raccomandazione non rispecchia solo la qualità metodologica delle prove disponibili, ma anche il peso assistenziale dello specifico problema, i costi, l'accettabilità e la praticabilità dell'intervento, differenziando chiaramente il livello di prova dalla forza delle raccomandazioni, cercando di utilizzare le due dimensioni in modo relativamente indipendente, pur nell'ambito della massima trasparenza e secondo i criteri espliciti alla base degli schemi di *grading* [145].

- I. Prove ottenute da più studi clinici controllati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati;
- II. prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato;
- III. prove ottenute da studi di coorte, non randomizzati, con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi;
- IV. prove ottenute da studi retrospettivi, tipo caso-controllo o loro metanalisi;
- V. prove ottenute da studi di "serie di casi", senza gruppo di controllo;
- VI. prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o comitati di esperti, come indicato in linee guida o *consensus conference*.

7.2. Forza delle raccomandazioni

Le raccomandazioni riportate nelle presenti Linee Guida sono classificate in modo da indicare in senso decrescente, la forza delle raccomandazioni stesse, rispetto alla qualità delle prove scientifiche che ne supportano l'uso. La classificazione di una raccomandazione secondo la gradazione a), b), c), d), e), non rispecchia solo la qualità metodologica delle prove disponibili, ma anche il peso assistenziale dello specifico problema, i costi, l'accettazione delle procedure da parte delle pazienti e la praticabilità dell'intervento [145].

- a) L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II;
- b) esistono dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere considerata con attenzione;
- c) esiste sostanziale incertezza sul raccomandare o meno la procedura o l'intervento;
- d) l'esecuzione della procedura non è raccomandata;
- e) si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura;
- f) condotta di "buona pratica clinica" basata sull'esperienza del gruppo che ha sviluppato le linee guida.

punto f
non viene
annunciato
nel testo?

7.3. Raccomandazioni per le figure professionali sanitarie

In materia di approccio e trattamento delle mutilazioni genitali femminili, appaiono quanto mai necessarie delle linee guida tecniche per il personale clinico, codici di comportamento sulla qualità dell'assistenza, e servizi sanitari specializzati per la cura e la consulenza medica e psicologica. Gli operatori del Servizio sanitario nazionale dovrebbero avere una conoscenza di base delle MGF e degli aspetti sanitari, antropologici e sociologici connessi. I medici di base e i pediatri di libera scelta dovrebbero essere in grado di cogliere i risvolti sanitari delle MGF e individuare il rischio che potrebbe correre una bambina che viva in comunità con tradizioni escissorie. Gli operatori sanitari delle strutture che registrano molti casi di utenti sottoposte a MGF dovrebbero disporre di protocolli operativi per facilitare la cura di queste donne, per riuscire a incrementare la probabilità di ricorso al Servizio

sanitario nazionale, e instaurare un rapporto di fiducia con uno stesso operatore, onde evitare alla donna ripetute esposizione della propria delicata storia e assicurare la continuità terapeutica. Tutti gli enti che lavorano in questo campo dovrebbero essere collegati tra loro a livello nazionale. Dovrebbe poi esistere un meccanismo di approccio coordinato tra tutti gli enti a livello europeo per valutare gli aspetti etici e medico-legali. L'eventuale riscontro di una MGF avvenuta durante la permanenza in Italia comporta l'obbligo di denuncia alle autorità competenti, come recita l'art. 6 della legge n. 7 del 9 gennaio 2006. Ogni operatore sanitario che si occupi di salute femminile dovrebbe essere in grado di rispondere ai bisogni delle donne che hanno subito le mutilazioni genitali femminili (f).

L'operatore sanitario dovrebbe avere cognizione di che cosa sono le mutilazioni genitali femminili, conoscere le comunità che con maggiore probabilità le praticano, in modo da essere pronto a svolgere il suo dovere al meglio ed evitare alla donna l'esperienza di essere trattata come un caso speciale. Tutto il personale medico dovrebbe essere in grado di accogliere le richieste di aiuto delle donne con MGF, fare diagnosi e indirizzarle, per patologie specifiche, a personale specializzato. Dovrebbe essere previsto personale specializzato nell'affrontare situazioni a rischio, trattare patologie particolarmente complesse quali ad esempio interventi chirurgici di de-infibulazione (in preparazione del parto, durante il parto o per libera scelta della donna, per la sua salute e benessere) (a).

Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei vari aspetti che coinvolgono le MGF, quali le caratteristiche etnico-geografiche della popolazione da cui il soggetto proviene, le basi sociali e culturali, al fine di poter attuare nel modo migliore sia la prevenzione che l'assistenza (b) [146].

In materia di MGF l'attività degli operatori sanitari ha un ruolo decisivo, sia dal punto di vista medico che ostetrico e infermieristico, e nella prevenzione e nell'assistenza a donne che le hanno subite [145]. La conoscenza da parte di questi operatori dell'importanza delle MGF nella tutela della salute delle donne e delle bambine, dei rischi di danni alla salute portati dalle MGF, nonché delle basi sociali e culturali della pratica, permette loro, attraverso la creazione di un rapporto di fiducia, di cogliere e soddisfare i bisogni delle donne stesse e prevenire le MGF nelle bambine [147-150]. È importante, per l'operatore sanitario, che le pazienti percepiscano che è informato/a

circa le tradizioni e le caratteristiche culturali ed etno-geografiche delle MGF; che è attento/a alle possibili complicanze, e che è capace di avere un approccio consapevole, privo di pregiudizi e disponibile all'ascolto [151-155]. Nella loro attività professionale, gli operatori sanitari devono essere in grado di intuire se una bambina corre il rischio di essere sottoposta a una mutilazione genitale, informando i familiari o chi ne fa le veci, dei danni psico-fisici e delle conseguenze legali di questa scelta, segnalando il caso, ove necessario, ai servizi sociali, per l'eventuale loro presa in carico. Ostetrica e ginecologo devono seguire la gravidanza, il parto e il puerperio, cercando di prevenire o gestire le complicazioni che le MGF possono presentare, a tutela della salute della donna e del neonato [145]. Contestualmente il ginecologo può utilizzare il rapporto stabilito con la paziente per procedere alla de-infibulazione e informare la donna dell'esistenza del divieto per legge, in Italia, di procedere alla re-infibulazione dopo il parto [145]. Nel caso della nascita di una bambina va impostato un rapporto con la mamma, ma anche con il padre, al fine di poter seguire la crescita della neonata e accompagnare i genitori in un processo di riflessione sui diritti delle donne e delle bambine, e così prevenire, e impedire, il ricorso alle MGF [152-155]. Se il ginecologo ha le necessarie informazioni culturali e scientifiche sulle MGF, l'impostazione di un rapporto disteso e di fiducia ginecologo-paziente evita reticenze, imbarazzi e curiosità (a).

L'approccio a una donna che ha subito una mutilazione genitale dovrebbe essere di tipo multidisciplinare (b).

Le donne con MGF che si rivolgono al Servizio sanitario nazionale (SSN) possono richiedere assistenza alla gravidanza, al parto e al periodo post-partum o, nel caso di complicanze sanitarie di tipo urologico e/o ginecologico [145]. Oltre al medico di base, le figure sanitarie specialistiche interessate sono ginecologi, neonatologi, pediatri, urologi e ostetriche. Il primo aspetto da curare nell'incontro tra paziente e professionista sanitario dovrebbe essere quello della comunicazione interpersonale (a) [145].

Molte donne con MGF possono essere di recente immigrazione, provenire da realtà rurali, avere livelli d'istruzione bassi, o nulli, non avere dimestichezza con le strutture sanitarie, ma soprattutto avere difficoltà a comprendere un approccio alla salute diverso dal loro. L'approccio clinico e psicologico a una donna che ha avuto esperienza di MGF dovrebbe essere eseguito preferibilmente da operatori di sesso

femminile (ginecologhe, infermiere, ostetriche, psicologhe e mediatrici culturali) [152-156]. Ove ciò non sia possibile l'operatore sanitario di sesso maschile dovrebbe essere sempre assistito operando in collaborazione con una o più operatrici (a).

Oltre al problema dell'accettazione di un operatore sanitario di sesso maschile da parte della paziente, la comunicazione verbale spesso un problema concreto che ostacola la comprensione delle problematiche da trattare. Sarebbe sempre opportuno avere la collaborazione di interpreti e mediatrici interculturali, di solito gradita alle donne stesse, nel rispetto della loro cultura e tradizione (b).

Se l'operatore sanitario non ha una preparazione linguistica oltre che culturale specifica, la soluzione ideale è rappresentata dalle mediatrici interculturali. In molti casi il ruolo di mediazione linguistico-culturale è svolto dal marito, una mediazione non sempre neutrale, che può alterare il rapporto ginecologo/ostetrica-paziente. Se non vi sono segnali di disagio da parte della donna, almeno nella prima fase tale mediazione va accettata e può addirittura rappresentare un'opportunità per coinvolgere anche il marito in una riflessione sul valore della salute, in particolare della salute della propria moglie, messa in pericolo dalla MGF [148-150]. Molte donne, pur comprendendo la lingua italiana, potrebbero non conoscere i termini anatomici dei genitali modificati e quindi potrebbe essere utile l'uso di immagini, anche tenendo conto che alcune donne che abbiano subito una infibulazione in età infantile, non conoscono l'anatomia degli organi genitali integri. Per questi motivi è importante e utile la partecipazione di entrambi i coniugi ai corsi di "Conduzione alla Nascita". Molte donne potrebbero trovare imbarazzante svestirsi ed essere visitate anche dalle Ostetriche, perciò le visite dovrebbero essere limitate. Quando la consulenza di altri specialisti è necessaria, bisogna informare preventivamente la paziente. Gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei vari tipi di MGF, tenendo presente che è sempre necessario adattarsi alla descrizione fatta dall'interessata, al fine di creare una relazione interpersonale positiva e non ferire la suscettibilità della donna o della bambina che ha subito tale pratica (a).

Bisogna tuttavia considerare che, spesso, non c'è corrispondenza tra ciò che è riportato dalle donne sottoposte a MGF e l'effettivo tipo di mutilazione subita; più precisamente le donne tendono a sottostimare l'estensione della procedura [145].

La visita ginecologica può essere difficile, dolorosa, talvolta addirittura impossibile da effettuare. In questo caso, l'operatore sanitario non dovrebbe insistere se la visita provoca dolore eccessivo (b) dimostrando conoscenza e rispetto per la cultura di appartenenza della donna e della pratica che questa ha subito [145]. Infatti, soprattutto nei casi di donne infibulate, la visita ginecologica appare complessa e spesso percepita come invasiva; va quindi spiegato in che cosa consiste e come verrà effettuata. Si procede alla visita solo dopo aver ottenuto il consenso della donna, e ci si interrompe qualora sia richiesto, specie nel caso in cui si tratti di prima visita ginecologica. Bisogna comunque sempre assicurarsi della comprensione di quanto detto anche se in presenza del marito o dell'interprete o della mediatrice culturale. Durante tali controlli, in presenza di infibulazione, va sempre valutata con la paziente la possibilità di effettuare il parto per vie naturali tenendo conto della apertura della vulva e di altre possibili complicanze; informando inoltre la donna, se non eseguita in precedenza, della possibilità di ricorrere alla de-infibulazione in corso di travaglio, o di essere sottoposta ad episiotomia, per evitare lacerazioni vulvo-vaginali nel caso in cui la donna giunga all'osservazione in stato di gravidanza avanzata. Le informazioni accurate e complete sulla visita ginecologica e l'accettazione della stessa da parte della donna, possono portare alla decisione di eseguire altre indagini diagnostiche ginecologiche di prevenzione e controllo o in preparazione al parto (es. esecuzione del Pap-test, ecografia pelvica addominale e/o transvaginale ecc.). Tutti i programmi di screening per la prevenzione del cancro del collo e del corpo dell'utero o al seno, dovrebbero prevedere strategie particolari di coinvolgimento anche delle donne appartenenti a comunità con tradizione escissoria [145].

7.3.1. La visita ginecologica

Molte sono le donne che durante la visita ginecologica provano paura e imbarazzo; emozioni, queste, che probabilmente si amplificano nel caso di donne con mutilazioni genitali. Al momento del ricovero per il parto vanno date alla donna, specie se con infibulazione, tutte le informazioni sulle procedure ostetriche e ginecologiche cui verrà sottoposta, sulle modalità in cui si svolgerà il parto e le possibili complicanze. Sarebbe opportuno che la donna, specie se infibulata, venisse seguita nei vari controlli prenatali dalla stessa équipe di personale sanitario, per creare un ambiente confidenziale e aiutarla in caso di decisione da

prendere, ad esempio per una episiotomia o una de-infibulazione. In presenza di infibulazione, il parto naturale può apparire quanto mai difficile e l'induzione del parto può essere effettuata solo dopo la de-infibulazione, per ottenere risultati migliori e ridurre il rischio di complicanze. La de-infibulazione dovrebbe essere praticata, se possibile, entro il primo trimestre della gravidanza o prima del parto se la paziente si presenta alla visita ostetrica dopo il quinto mese, la de-infibulazione rappresenta inoltre il modo migliore per alleviare le difficoltà nell'esecuzione di visite ed esami ginecologici, e per poter seguire l'evoluzione del travaglio [157]. Il ricorso al taglio cesareo viene visto dalle comunità con tradizioni escissorie come estrema soluzione da utilizzare solo in caso di rischio di morte della partoriente o del nascituro e molto spesso le donne non intendono ricorrervi. In caso di necessità, per la presenza di un rischio di sopravvivenza del feto o della madre, è importante che al personale sanitario che deve compiere tale operazione vengano fornite tutte le informazioni necessarie – anche con l'aiuto di un interprete – al fine di poter prendere la decisione giusta [157]. La de-infibulazione andrebbe eseguita, nei casi di MGF di tipo III [158, 159] e di tutte quelle mutilazioni che occludono in qualsiasi modo l'ostio vaginale (a). La de-infibulazione è un intervento chirurgico riparativo che si prefigge di creare un ostio vaginale normale e ricostruire, per quanto possibile, una parvenza di piccole labbra a protezione dell'ingresso vaginale. L'intervento può essere parziale o totale a seconda che il taglio apra completamente la linea di fusione delle parti mutilate o si fermi appena al di sopra del meato urinario, e viene richiesto prima del matrimonio, o prima o durante la gravidanza, per evitare un taglio cesareo, o al momento del parto [158]. Tale intervento è effettuato in anestesia locale o locoregionale e in rari casi in anestesia generale, per scelta della donna (a). In Italia è vietato eseguire la re-infibulazione, ma è corretto ricostruire l'anatomia femminile dopo le eventuali lacerazioni perineali come per qualunque altra partoriente [145]. È fondamentale offrire alla donna con MGF di tipo III la possibilità di accedere alla de-infibulazione presso una struttura sanitaria attrezzata e competente [145]. La de-infibulazione non è un intervento complesso; è eseguibile in regime di *day surgery* e quindi programmabile, ma la donna può avere bisogno di un adeguato supporto psicologico. Prima dell'intervento e dopo aver fornito tutte le necessarie informazioni, anche tramite la mediazione linguistico-culturale, ed essersi accertati della comprensione di quanto detto, è molto importante acquisire il consenso informato

scritto, prima dell'intervento. Alcune donne a volte non desiderano affrontare tali argomenti prima della de-infibulazione, ma solo successivamente si mostrano interessate ad essere sostenute psicologicamente. Si sottolinea l'importanza di fornire informazioni sui servizi territoriali di sostegno o su tutte le altre strutture che potrebbero offrire alle donne aiuto per far fronte ai loro dubbi e alle loro preoccupazioni nella fase post-operatoria [145]. Per le donne con MGF, ricoverate in regime di *day surgery* nelle UOC di Ostetricia e Ginecologia, le informazioni contenute nella cartella clinica debbono essere integrate anche con dati clinici e anamnestici relativi alla MGF osservata (a).

La fiducia delle comunità con tradizioni escissorie nei confronti del nostro Servizio sanitario nazionale facilita il cambiamento culturale nel contrasto e nell'abbandono delle pratiche di mutilazione. È fondamentale far capire che la de-infibulazione non danneggerà in alcun modo la verginità della ragazza spiegando che l'imene non sarà interessato dall'intervento. Informazioni corrette e acquisizione del consenso permettono di evitare conflitti con i genitori e con la comunità di appartenenza; va in ogni caso tutelata la volontà della giovane di vedere riparata una grave violazione della sua integrità fisica e del suo diritto alla salute, anche ricorrendo al giudice tutelare in caso di minorenni (a) [146-148]. Vanno adottate tutte le misure per la prevenzione e l'assistenza alle donne con MGF, quali ad esempio un'adeguata formazione del personale sanitario (a) [154].

7.3.2. Ruolo dei ginecologi

I ginecologi eseguono la visita ginecologica e l'esecuzione di esami strumentali come Pap-test, isteroscopia, ecografia transvaginale, revisione di cavità; risolvono problematiche ginecologiche, quali infezioni del tratto urogenitale, svuotamento di cisti da ritenzione della cicatrice, svuotamento di ematocolpo; risolvono problematiche psicosessuali come impossibilità di penetrazione e dispareunia [145]. Le tecniche utilizzate per la de-infibulazione sono due e cioè chirurgia con laser e chirurgia a lama fredda [145]. Entrambi gli interventi sono ambulatoriali ed eseguiti in anestesia locale con carbocaina al 2%. Se la donna lo richiede si può ricorrere a una anestesia generale breve. In entrambi i casi si deve essere in grado di affrontare ogni possibile variante o complicanza delle MGF (es. genitali re-infibulati più volte, con anatomia alterata da cicatrici fibrose, aderenze, rischio di emorragie, presenza

di eventuali imprevisti come il reperto casuale di cisti vaginali, calcoli vulvari). In caso di donna vergine va posta la massima attenzione all'immene, adoperandosi per non lederlo. Bisogna sempre far decidere alla donna, prima dell'intervento, fino a dove desidera che il taglio venga prolungato, spiegandole come apparirà la vulva dopo l'operazione; questo per evitare che la donna sviluppi avversione per il nuovo aspetto dei genitali de-infibulati [145].

7.3.3. Chirurgia con laser Nd-yag q-switch

Questo tipo di tecnica è utilizzata soprattutto nei seguenti casi: in presenza di infibulazione molto serrata con cicatrice spessa, in presenza di cheloide, in presenza di complicanze locali (cisti da ritenzione, assenza di residui tissutali con impossibilità di ricostruire le grandi labbra). L'intervento è eseguito sotto guida colposcopica e con anestesia locale. Si deve evidenziare bene la zona, tenendola sollevata con un tampone inserito nell'ostio vaginale, per proteggere l'uretra sottostante. Il laser taglia e coagula simultaneamente. La cura post intervento richiede la massima igiene e una manovra giornaliera di divaricazione dei bordi della ferita per impedire che questi, durante il processo di guarigione, cicatrizzino chiudendo nuovamente la vulva. Tali manovre vanno eseguite con l'ausilio di creme anestetiche e antibiotiche. È importante suggerire alla donna di urinare con i genitali immersi in una bacinella piena di acqua tiepida, per evitare di sentire bruciore [145] (vedi § 4.2).

7.3.4. Ruolo delle ostetriche (A.G., R.B., E.A.)

Nella vita di molte donne la nascita di un figlio rappresenta l'esperienza più potente e creativa. Può rappresentare uno sconvolgimento nel normale flusso dell'esistenza o un evento senza alcuna relazione con l'appassionato desiderio che ha generato quel bambino; può essere vissuta con bellezza e dignità, e il travaglio stesso può diventare un momento di gioia [160, 161]. Tutte le donne condividono l'esperienza del parto, dalla contadina cinese, all'eschimese, dalla baraccopoli dell'America latina al ghetto del Sud-Africa alla donna che ha subito una mutilazione genitale. Ecco perché il modo di partorire è un fatto sociale e riguarda la libertà di ciascuna donna di dare alla luce suo figlio liberamente, in un ambiente pieno d'amore [148]. Le donne che, avendo subito una MGF sentono ancor più il bisogno di intimità, di raccoglimento per superare

il momento della nascita. Il parto è un processo involontario che mette in gioco, oltre agli organi riproduttivi, anche le strutture primitive del cervello materno e fetale [162].

Per raggiungere l'obiettivo, l'ostetrica deve diventare una "facilitatrice", cioè aiutare l'altra a prendere una decisione, piuttosto che trovare una soluzione al suo problema [160, 161]. Per le donne che hanno subito una MGF la decisione di effettuare una de-infibulazione prima del parto è un obiettivo che mette in sicurezza la nascita naturale [150].

Il sostantivo *counseling* deriva dal verbo inglese *to counsel*, che risale a sua volta al verbo latino *consulo-ere*, traducibile in: «consolare», «confortare», «venire in aiuto» [152]. Il termine indica un'attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del paziente, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le sue capacità di scelta. L'ostetrica/o *counselor* non dice alla gestante che cosa deve fare, ma la aiuta a comprendere la sua situazione e a gestirla prendendo da sola e pienamente la responsabilità delle eventuali scelte [152, 153]. Nei sistemi di assistenza alla nascita il comportamento attivo della donna gravida in travaglio di parto costituisce un elemento importante per alleviare il dolore e facilitare il parto. Il parto attivo è stato introdotto da J. Balaskas negli anni Settanta del secolo scorso, ma nonostante sia passato del tempo, ancora oggi molte donne e molti operatori nell'ambito dell'ostetricia non ne conoscono le caratteristiche e i benefici [162]. In realtà il parto attivo non è stato una "invenzione" bensì un tornare ai principi base della fisiologia del parto stesso [151, 163, 164]. La corretta valutazione del rischio ostetrico, il controllo dei parametri di benessere materni e fetali non devono mai essere esclusi o sottovalutati [151, 163, 164]. Da qui nasce l'esigenza che l'ostetrica/o debba, come stabilito dal profilo professionale, gestire il travaglio di parto e il parto stesso associando il saper fare, ovvero la pratica, il saper essere, ovvero le modalità di approccio alla gestante e il sapere ovvero la conoscenza tecnica e scientifica. Il parto attivo, oltre alla scelta delle posizioni e al decondizionamento culturale, si basa sulla concezione che sfruttando le risorse del corpo, la donna possa riuscire a soffrire meno [151, 163, 164]. Numerose ricerche scientifiche sugli indicatori di esito perinatali confermano l'effetto benefico di una libertà di movimento. In Africa, la gravida con MGF, nella fase espulsiva, al momento del parto, viene aiutata con l'incisione e lo sbrigliamento della cicatrice vaginale ed eventuale episiotomia. La cicatrice, secondo la tradizione viene ricostruita successivamente al secondamento. Nel mondo occidentale, in prossimità del parto la donna

può optare tra l'apertura chirurgica della cicatrice sul canale del parto in prossimità dell'espulsione, oppure può chiedere il parto cesareo data l'impossibilità legale di ripristinare, successivamente, la MGF. Proprio per questo alcune donne preferiscono il parto cesareo [145, 152].

7.3.5. Ruolo del personale infermieristico (I.C.P., M.L.)

Rispetto al passato il movimento migratorio attualmente riguarda anche le donne. Questo crescente flusso da parte di donne appartenenti a culture ed etnie diverse ci porta a riflettere sulle condizioni di quest'ultime nella cultura d'origine, evitando inutili e superflui luoghi comuni, il compito che ci prefiggiamo è quello della prevenzione ed educazione in ambito sanitario [155]. Partendo dai presupposti introdotti da M. Leininger, secondo i quali l'individuo viene influenzato dalla propria cultura, tradizioni e usanze, le differenze culturali possono condizionare negativamente il risultato della relazione d'aiuto che deve stabilirsi tra infermiere e assistito [148, 151, 152]. Durante l'approccio con il paziente, l'infermiere deve rispettare le differenze culturali e possedere un'adeguata conoscenza e competenza tecnico-professionale per la buona riuscita della relazione d'aiuto. In particolare, l'infermiere deve conoscere etnie, usanze, tradizioni e fede religiosa per comprenderne le effettive esigenze. L'infermiere è la prima figura professionale sanitaria che si confronta con la richiesta di supporto medico. Per questo, è fondamentale la formazione transculturale del *nursing*. Ancora forte il condizionamento culturale, il cosiddetto "etnocentrismo professionale", che influisce nelle modalità di approccio a chi proviene da un'altra cultura, ovvero una sorta di filtro che inevitabilmente induce a valutare l'altro attraverso il proprio sistema di valori, convinzioni e abitudini, considerate in qualche modo superiori [165-166]. L'infermiere deve necessariamente superare il proprio esclusivo punto di vista culturale in modo da interpretare i bisogni dell'altro ed offrire un'assistenza funzionale alle problematiche specifiche dell'utente, al di là delle oggettive condizioni cliniche. Importante, infatti, è che l'infermiere conosca la differenza tra le tre contigue interpretazioni del termine "malattia" che al lingua inglese fornisce:

- *disease*: malattia riconosciuta scientificamente;
- *sickness*: inteso in senso più ampio come malessere simbolico, sociale;
- *illness*: rappresenta la malattia che coinvolge il soggetto "portatore" come anche le persone a lui congiunte, con cui condivide tale condizione e problematiche [152, 153].

È quest'ultima situazione che l'infermiere deve essere in grado di cogliere e interpretare, stabilendo una relazione empatica, di ascolto, che favorisca l'adesione del paziente alle prescrizioni e indicazioni fornite (la cosiddetta *compliance condivisa*) [152-157]. Un capitolo a parte, ma molto importante nella gestione della relazione assistenziale transculturale, è quello della prevenzione, concetto praticamente assente in molte delle culture migranti [165-166]. Anche in fasce di popolazione di buon livello culturale ed estrazione socio economica elevata, manca l'abitudine e perfino la concezione della medicina preventiva (si pensi solo all'utilità di questa nell'ambito delle patologie femminili); difficile è indurre alla cura in assenza di sintomatologia [165-166]. Mancano anche la categoria di "malattia cronica", il concetto di "cura" e gestione della patologia, che non necessariamente porta alla "guarigione" del soggetto [155-156]. Per l'approccio efficace alle varie problematiche di disagio e malattia, specie se croniche, fondamentale è l'educazione sanitaria degli individui e delle comunità. Punto di partenza è l'instaurarsi di un rapporto di sintonia e fiducia, fondato necessariamente sull'ascolto, l'avvicinamento all'altro e sul dialogo [164-166]. Le inevitabili differenze culturali non devono essere ostacolo e motivo di chiusura, ma stimolo e punto di partenza per adattare i servizi socio sanitari del territorio d'accoglienza alla presenza dei migranti, acquisendo nuovi metodi e strumenti di lavoro in grado di favorire la comunicazione; ad esempio, la traduzione di materiale informativo e l'utilizzo di mediatori culturali [141, 146]. In ogni caso sono solo strumenti, che non esauriscono tutte le problematiche e le difficoltà di comunicazione. La chiave di volta rimane sempre e comunque l'operatore/trice, l'individuo, medico o infermiere/a. Occorre individuare prima di tutto i nostri limiti e pregiudizi culturali, aprirci alle peculiarità socio-economiche, valoriali, religiose, finanche alimentari, della controparte, al fine di offrire un'assistenza personalizzata. Altri aspetti interessanti sono la differente cognizione del tempo (soprattutto la difficoltosa proiezione nel futuro), la soglia del pudore (specie verso il sesso opposto a quello del paziente), il conflitto di valori che spesso determina resistenze da parte degli utenti nell'accettare pratiche terapeutico-assistenziali in contrasto con radicate convinzioni morali; l'inaccettabilità da parte degli operatori di scendere a compromessi con pratiche quali le mutilazioni genitali femminili [164-166]. Paradossalmente però è proprio dal conflitto di valori che si può aprire un confronto tra culture profondamente diverse, iniziando un dialogo che faccia delle differenze socio-culturali un punto di partenza. La competenza e la formazione tecnica sono quindi

solo la base, da cui partire e sulla quale sviluppare e adattare i pur necessari protocolli e linee guida, all'incognita dell'elemento umano [165-166]. L'infermiere/a svolge numerose funzioni, una delle più importanti in ambito di *Nursing transculturale* è il *Counseling* tra utente e istituzioni sanitarie [139, 143]. In questo ruolo, difficile da comprendere, l'infermiere si trova, giorno dopo giorno, a gestire differenze culturali con l'utenza multietnica, e molto spesso si trova a dover garantire un processo assistenziale e una relazione d'aiuto che abbia come finalità la soddisfazione dei bisogni della donna. In questa fase è molto importante l'empatia che deve crearsi tra infermiere e utente; quindi, la scelta del luogo, del tono di voce che si utilizza, il linguaggio corporeo sono fondamentali per facilitare la comprensione. Il *counseling* per la cura e il sostegno delle decisioni della donna si può articolare in tre tipi [152, 155, 156]:

1. *informativo*: consente il passaggio di informazioni necessarie tra infermiere e utente in modo chiaro e semplice;
2. *chiarificativo*: permette alla persona di assumere le conoscenze e individuare le risorse necessarie per far fronte ad un problema realizzando scelte libere e responsabili;
3. *riabilitativo*.

Un altro fattore fondamentale da evidenziare, di cui l'infermiere deve avere la massima cura, durante il colloquio con la paziente, è la terminologia. Il termine "mutilazione genitale" non viene usato nemmeno dalle stesse donne infibulate, anche se esse stesse non approvano tale pratica. Il termine da utilizzare è "circoncisione femminile". Quindi per la buona riuscita del *counseling* e della relazione d'aiuto che si intraprende con la paziente è importante la scelta di termini corretti e condivisi.

7.4. Raccomandazioni per le figure professionali che operano con le comunità di immigrati. La mediazione linguistico-culturale e gli operatori socio-sanitari

La realtà dell'immigrazione ha evidenziato in Italia la necessità della mediazione culturale, una funzione con molte sfaccettature che favorisce la comunicazione tra istituzioni e persone che parlano lingue diverse e appartengono a culture diverse [165, 166]. I mediatori/mediatrici culturali nelle strutture sanitarie mettono l'intero sistema in grado di mediare, accogliere e incontrare pazienti di cultura diver-

sa, realizzano un'interfaccia e un accompagnamento essenziale nella prevenzione primaria. Non si tratta di perdersi nel culturalismo, ma di tenere conto nel quotidiano della situazione sociale, familiare, culturale di ciascuno nel rispetto della sua identità. Alcuni sentimenti, infatti, si esprimono bene solo nella lingua materna: la lingua non è solo uno strumento tecnico, ma un vettore d'espressione delle culture, dei sentimenti e della visione del mondo. L'utilizzo della figura della mediatrice culturale nelle strutture sanitarie, come in ambito scolastico, deve avvenire con discrezione e con la massima professionalità. La mediatrice culturale è stata utilizzata in campo sanitario in molte realtà, prevalentemente nel settore materno-infantile, con risultati positivi, perché favorendo la comunicazione, non interferisce con l'operato medico-sanitario, ma ne facilita la realizzazione dei compiti specifici. Sarebbe opportuno che il mediatore/mediatrice culturale manifestasse, nel proprio lavoro, discrezione, sensibilità e conoscenza del fenomeno delle MGF, con rispetto per le donne ed equilibrio nella traduzione nelle due direzioni (f).

Il ruolo della mediatrice culturale, come quello dell'assistente sociale, dovrebbe favorire il rapporto tra istituzioni e famiglie, anche nel tentativo di far emergere l'atteggiamento nei confronti delle mutilazioni genitali (f).

Quanto mai importante è la presenza delle mediatrici culturali in questo contesto, nel quale è determinante il peso della tradizione. Le donne che si rivolgono alle istituzioni devono poter percepire che il loro rapporto con l'istituzione stessa è diretto e privilegiato, anche se intervengono figure che operano nel campo della mediazione interculturale. In molti casi vi può essere il timore che la mediatrice culturale, se appartenente alla stessa comunità, indipendentemente dalla professionalità, possa essere percepita come un'intrusione, come un legame con la comunità di origine, un elemento potenzialmente condizionante il dialogo con le istituzioni. In questi casi, che si possono anche prevedere - ad esempio se la comunità è piuttosto ristretta e unita-bisogna tener conto della sensibilità delle donne e ricorrere a mediatrici culturali d'altra comunità. In altri casi invece, quando la comunità è ampia e con una forte articolazione al proprio interno, il mediatore/mediatrice culturale appartenente alla stessa comunità può essere più rassicurante degli altri. Le assistenti sociali hanno un ruolo importante sia all'interno dei Servizi sanitari territoriali, ospedalieri, sia nei Servizi sociali dei Comuni, soprattutto se nel territorio sono

presenti comunità di immigrati con tradizioni escissorie e disagio sociale [155, 156]. Il ruolo delle assistenti sociali è molto importante per il coinvolgimento delle donne che hanno subito MGF, e che potrebbero essere favorevoli a che queste venissero praticate sulle loro figlie, in programmi di informazione/formazione sul diritto e sugli stili di vita salutari. Nei casi in cui abbia la percezione dell'esistenza di un rischio MGF per le bambine che vivono in famiglie seguite dai servizi sociali, è importante coinvolgere gli insegnanti, i servizi sanitari, le questurine. È importante intensificare nello stesso tempo il rapporto con le famiglie per verificare da vicino l'esistenza del rischio e operare per contrastarlo. L'assistente sociale può svolgere un capillare lavoro di promozione dei Servizi sociali e sanitari offerti sul territorio, al fine di promuovere corretti comportamenti a tutela della salute delle donne e delle bambine (f).

I mediatori culturali, in tandem con gli assistenti sociali, sono anche il tramite per coinvolgere non solo le donne ma anche i loro mariti e le comunità, in programmi di prevenzione e tutela della salute che costituiscono il contesto, all'interno del quale possono maturare posizioni di abbandono e di contrasto alla tradizione delle MGF. La vicinanza alle famiglie e alle comunità, da parte delle assistenti sociali, il supporto che danno alla tutela della salute dei minori e all'inserimento scolastico, consentono loro di costruire legami di fiducia e di confidenza che possono far emergere problematiche che altrimenti resterebbero celate dalla tradizione culturale. Il coinvolgimento degli uomini, da parte degli operatori, nel percorso di revisione di valori, norme e tradizioni che governano i rapporti uomo-donna, il ruolo della donna nella famiglia, la figura femminile nella società, potrà favorire più efficacemente il cambiamento comportamentale rispetto alle MGF (f).

Momenti di socializzazione che valorizzano una tradizione della comunità, sono utili occasioni per allacciare e approfondire il dialogo, promuovere la conoscenza reciproca, aprire la comunità al mondo esterno. Il coinvolgimento della comunità può avvenire più agevolmente attraverso contatti con *leader* riconosciuti (capi religiosi, figure di successo, anziani), il cui comportamento genera un processo imitativo da parte di altri membri della comunità. Importante è l'individuazione, nel contesto locale, di casi di rifiuto della tradizione della MGF, che possono costituire non solo un esempio da imitare, ma un precedente che dà sicurezza rispetto alle scelte che potrebbero essere compiute [155, 156].

7.5. Raccomandazioni per gli operatori della scuola

La scuola può giocare un ruolo molto importante nella prevenzione delle mutilazioni genitali femminili poiché è sicuramente il luogo in cui, grazie a una politica d'incentivazione all'accesso, passano quasi tutti i bambini figli di immigrati, regolari e non. È bene quindi che gli insegnanti abbiano conoscenza della tradizione delle MGF, dei Paesi nei quali è diffusa, delle motivazioni che portano molte donne a sottoporre le loro figlie a queste pratiche, e della legislazione esistente in merito in Italia e negli altri Paesi. È importante che gli insegnanti sappiano riconoscere i possibili comportamenti delle bambine, il timore, l'ansia o l'aspettativa di un evento importante per la loro vita, i sintomi conseguenti a una mutilazione avvenuta altrove (f).

Se gli insegnanti hanno la consapevolezza che nelle loro classi vi possono essere bambine a rischio MGF è bene che stabiliscano un rapporto stretto con le famiglie per verificare se questo rischio è reale. Le strategie da mettere in atto saranno concordate con la docente referente provinciale per l'educazione alla salute, per la quale saranno previsti appositi corsi di informazione/formazione e al/alla quale saranno fornite apposite mappe territoriali con l'indicazione di operatori, assistenti sociali che operano con le comunità, associazioni di volontariato, centri d'eccellenza regionali (dove esistono) che operano sul territorio. Sarà così possibile per l'insegnante potersi rivolgere a personale competente e preparato che potrà supportarlo/a sia nella fase di ascolto e percezione del problema che nella fase di contatto con le famiglie. Sarà anche utile predisporre programmi nazionali di educazione alla salute in cui possano essere affrontati i temi del diritto alla salute in generale, e in particolare della salute della donna e delle bambine. È importante per gli insegnanti costruire un rapporto di fiducia e di dialogo con le famiglie (f).

Occasioni d'incontro e di discussione in generale sulla salute dei bambini/e che frequentano la scuola possono essere create, senza sollevare alcun sospetto e nessuna stigmatizzazione, nell'ambito delle attività promosse dal Collegio dei docenti. Anche altre occasioni possono essere utili per promuovere il dialogo e la socializzazione tra le famiglie dei bambini/e, come una festa con cibi etnici, occasione di apertura della scuola alle famiglie e d'interesse nei confronti delle diverse culture e tradizioni. Infatti, solo all'interno di un rapporto di fiducia e di dialogo sarà possibile, all'insegnante, divenire punto di riferimento esterno alla famiglia per le bambine a rischio MGF, acquisire elementi utili per va-

lutare l'opinione delle famiglie sulle MGF, con particolare riferimento alle loro figlie. Solo nei casi in cui sia stata appurata una certa adesione alla tradizione, potrà essere affrontato, con la famiglia, il discorso sui gravissimi rischi sanitari per la salute della donna sottoposta a MGF, motivo per il quale la legge italiana punisce genitori, tutori ed esecutori, per cercare di fermare ogni intenzione dei genitori di sottoporre la propria figlia a mutilazione genitale. Tali occasioni di dialogo con argomentazioni articolate possono attivare e accompagnare un processo di cambiamento culturale in grado, a volte, di modificare l'atteggiamento prevalente all'interno della comunità di origine. Quando non vi sia una forma di comunicazione esplicita su questi temi tra alunne e insegnanti, il linguaggio del corpo può aiutare a decifrare situazioni di disagio o difficoltà, situazioni di ansia, irrequietezza in concomitanza con l'arrivo in famiglia di una vecchia zia o nonna o della programmazione di un viaggio nel Paese dei genitori. In questi casi è importante prevedere, con un pretesto, un incontro con i genitori, cercando di conquistare la loro fiducia, informarli che in Italia le MGF sono considerate dannose per la salute delle bambine e delle ragazze e perciò proibite. È importante per gli insegnanti osservare eventuali cambiamenti dei comportamenti che potrebbero essere l'espressione dell'avvenuta mutilazione (f).

La bambina, o la ragazza, potrebbe ad esempio impiegare molto tempo per urinare; potrebbe non partecipare ad attività di educazione fisica a causa dei dolori provocati dalle cicatrici, potrebbe subire cambiamenti nell'andatura e nei movimenti; la ragazza potrebbe soffrire di forti dolori mestruali e assentarsi dalle lezioni uno o due giorni al mese e/o presentare cambiamenti dell'umore e del comportamento; potrebbe parlare meno, tendere a isolarsi, percepire la propria diversità, vivere con disagio la partecipazione ad attività di gruppo. In questi casi è importante attivare, nell'ambito scolastico, un programma di sostegno psicologico e sanitario. A tutte le età, le bambine lanciano messaggi per comunicare le proprie sensazioni, le proprie paure, per chiedere aiuto. Messaggi che devono trovare prontamente ascolto negli educatori, solleciti a cogliere segnali di denuncia di una situazione di rischio. Con le alunne delle scuole medie gli insegnanti possono affrontare il discorso sulla crescita, sulle relazioni tra bambine e bambini, includendo, ove necessario, nei modi e nei termini opportuni, il tema delle MGF. Le alunne appartenenti a comunità con tradizione escissoria potrebbero essere contattate direttamente da un'insegnante, con la quale sia stato creato un rapporto privilegiato, per sondare, in colloqui privati, se il

tema delle MGF sia un argomento presente nella vita della ragazza e nell'ambito familiare, e, in caso affermativo, per affrontare questo argomento con la ragazza, con la famiglia e la comunità. In caso di rischio, l'insegnante potrebbe interessare, attraverso il docente referente provinciale per l'educazione alla salute, esperti (psicologi e assistenti sociali operanti nell'ambito scolastico) o strutture specializzate (distretto sanitario, servizi per la promozione della salute in età evolutiva nella comunità, consultori familiari) che possano verificare il rischio, offrire ascolto, ma anche l'assistenza necessaria alla scuola, alle bambine, alle famiglie per innescare un processo culturale di revisione e messa in discussione di alcuni aspetti delle loro tradizioni in nome della dignità della persona e dei diritti universali [155, 156].

PARTE V

INDAGINE DEMOSCOPICA

8. Ricerche e testimonianze femminili

Giovanna Angela Carru



8.1. Situazione in Italia

Come accennato in precedenza, l'Italia ospita un numero sempre maggiore di stranieri, provenienti da luoghi, culture e da contesti sociali diversi. Oggi possiamo dire che i principali fattori che spingono le persone a migrare sono economici e politici. Tali flussi migratorio dai Paesi in via di sviluppo si sono modificati – con il passare del tempo – nei loro aspetti quantitativi e qualitativi, assumendo caratteristiche che si ripercuotono anche sull'assistenza sanitaria a queste persone.

“Ogni essere umano ha diritto alla libertà di movimento e dimora nella comunità politica di cui è cittadino ed ha il diritto, quando legittimi interessi lo consiglino, di immigrare in altre comunità politiche e stabilirsi in esse. Per il fatto di essere componenti di una determinata comunità politica, nulla perde di contenuto, la propria appartenenza in qualità di membri alla stessa famiglia umana e quindi l'appartenenza in qualità di cittadini alla Comunità Mondiale...”.

Nell'enciclica *Pacem in Terris* pubblicata l'11 aprile 1963, Papa Giovanni XXIII, e con lui la Chiesa, prendevano chiaramente posizione sulle problematiche dell'immigrazione, anticipando un tema tornato prepotentemente di attualità, essendo ormai l'Italia diventata, un paese multiculturale interetnico, nel quale, sempre più, diverse culture, stili di vita, credenze sono inevitabilmente messi a confronto [167].

All'interno delle strutture sanitarie emerge la diversità tra le varie culture e religioni, soprattutto nei diversi modi di affrontare i concetti di malattia e di morte. Gli operatori/trici sanitari/e non possono più sorvolare su questi aspetti, importanti nella vita del paziente. Questo

anche perché gli strumenti culturali e linguistici, mediante i quali ci si relaziona con il paziente straniero, sono fondamentali per capire e, se necessario, sostenere, la persona, nell'elaborazione della malattia, per la buona riuscita del trattamento clinico. Le problematiche concernenti la sfera religiosa e culturale sono notevolmente importanti per costruire, nel tempo, un rapporto empatico con il paziente. Molti operatori sanitari ancora non hanno acquisito una specifica preparazione e hanno esperienze limitate circa questi fenomeni, sia da un punto di vista culturale che sanitario. Non molti sono in grado di comprendere fino in fondo le problematiche e intervenire in maniera ottimale, spesso a causa di una formazione che non ha approfondito le tematiche sanitarie relative alle altre culture. Di conseguenza, a volte, le donne che si rivolgono al nostro SSN vengono osservate con un interesse che non tiene in considerazione il loro bisogno di riservatezza e pudore. Lo studio che viene qui presentato ha evidenziato l'aspetto sanitario conseguente alle complicanze dopo interventi di modificazione dei genitali femminili e descritto sinteticamente l'insieme delle conoscenze e competenze sulle MGF in un gruppo di operatori sanitari intervistati, conoscenze senza le quali non è possibile assicurare a queste donne e bambine una assistenza adeguata. Obiettivo della nostra ricerca è stato quello di aiutare a comprendere le motivazioni per le quali a tutt'oggi le MFG, che consistono in veri e propri interventi chirurgici, a volte con complicanze gravi se non fatali, siano ancora molto diffuse tra le popolazioni immigrate in Italia. Inoltre è necessario diffondere e ampliare le conoscenze riguardanti l'assistenza sanitaria da prestare a queste donne. La scelta di approfondire il "ruolo dell'infermiere" nel nursing alle donne con MGF è una sfida, in quanto la figura dell'infermiere è importante nel rapporto con queste pazienti ed è coinvolta in problematiche relativamente nuove, il corso di studi e professionalizzazione non è ancora stato aggiornato, se non marginalmente. Il campo di interesse, molto delicato e complesso, ha risvolti che pongono al personale infermieristico numerosi interrogativi, sia dal punto di vista scientifico che assistenziale.

8.2. Metodo della raccolta dei dati

Abbiamo svolto un'indagine raccogliendo informazioni mediante questionari, successivamente sottoposti ad analisi statistica. Il campione utilizzato è costituito da personale strutturato infermieristico ed

ostetrico del Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Policlinico 'Umberto I' di Roma, afferente ai reparti di Patologia ostetrica, Sala parto, Interruzione volontaria di gravidanza, Pronto soccorso ginecologico, Day hospital, personale al quale il questionario, preventivamente controllato e autorizzato dalle autorità competenti, è stato somministrato in forma anonima (All. 1). Sono stati somministrati 40 questionari da 17 domande a risposta chiusa e 3 a risposta multipla. I nostri risultati sono parziali e limitati al gruppo studiato ma l'indagine potrebbe essere allargata sul territorio in modo da ottenere dati consolidati. L'ipotesi di partenza era che l'infermiere, in mancanza di una specifica preparazione scientifica, incontra difficoltà nell'assistenza alle donne portatrici di MGF. Per verificare l'ipotesi si rendeva necessario la raccolta di informazioni sugli aspetti del problema; in particolare:

- numero di casi in cui l'operatore ha trattato donne con MGF;
- eventuali difficoltà cliniche, tecniche e socio-psicologiche rilevate;
- numero di casi in cui l'operatore ha assistito pazienti sottoposte a intervento di de-infibulazione;
- quali competenze si ritengono indispensabili per affrontare correttamente le problematiche connesse alle MGF;
- ruolo della formazione tecnica.

Dai risultati si possono identificare alcune criticità, eventualmente da correggere, per ottimizzare la pratica infermieristica.

Dalle interviste risulta che:

- nel Corano non vi è alcun cenno alla MGF;
- le donne che si oppongono alla MGF non vogliono la rottura con la propria comunità ma ritengono l'abbandono della tradizione un passo avanti nella emancipazione femminile;
- partorire con MGF può causare molte complicanze e alta mortalità materna, soprattutto in Africa;
- non tutte le donne sottoposte a MGF hanno problemi di salute dopo l'intervento;
- per le donne italiane le MGF rimangono incomprensibili;
- le donne portatrici di MGF provano grande imbarazzo ad essere visitate da medici occidentali e le stesse ritengono che anche i medici occidentali, provino imbarazzo e mancanza di empatia con le donne, cosa che si ripercuote nel percorso assistenziale e nei risultati terapeutici;

- alcune donne con MGF intervistate riferiscono che in ospedale sono oggetto di curiosità imbarazzante, cosa che non avverrebbe nel proprio paese di origine;
- in Somalia il futuro della donna è il matrimonio;
- in Somalia chi non è stata trattata con MGF è ritenuta “sporca e poco affidabile”, e non trova marito;
- le MGF comportano una grande sofferenza psicofisica;
- in Somalia la sofferenza è considerata parte della vita femminile, e di questo la donna deve essere consapevole sin da bambina;
- la MGF segna il passaggio dall’infanzia all’età adulta;
- con la MGF si asporta la parte impura dell’organismo. Se non ci si sottopone al trattamento si viene emarginate;

| INTERVISTA ANONIMA - “DONNE MGF/FGM” | | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------|--|---|---|
| N° donne | Ha riportato traumi a livello psicologico? | Come considera il suo corpo? | Farebbe praticare la modificazione dei genitali a sua figlia? | Ha avuto difficoltà di accesso ai servizi sanitari? | Ha mai fatto una visita ginecologica ed esami di screening? |
| 1 | No | Normale | Si | Non ci ho fatto caso | Si |
| 2 | No | Normale | Si | No | Si |
| 3 | No | Normale | Assolutamente no | Imbarazzo sì, difficoltà di accesso sempre | Quando serve |
| 4 | No | Normale | Se avessi una figlia gli eviterei tale sofferenza | Provo sempre imbarazzo ma ci sono abituata | Sempre |
| 5 | No | Normale | No | Odio gli sguardi sbigottiti del personale sanitario | Si |
| 6 | No | Normale | Io non vorrei ma temo che non venga accettata dagli uomini ns connazionali | Mi vergogno sempre | Si |
| 7 | No | Normale | La ns società non l'accetterebbe se non facesse la pratica | Ci vado il meno possibile | Poche volte |
| 8 | No | Normale | No | Mi faccio accompagnare da un'amica per farmi coraggio | Solo casi in cui non potevo evitarlo |
| 9 | No | Normale | La religione non lo impone allora perché procurargli sofferenza? | Preferisco chiedere consiglio a qualcuno che ci capisce | Solo 2 volte |
| 10 | No | Normale | Se i ns uomini non la vorranno mia figlia troverà chi la sposa | Mi imbarazza molto trovarmi assalita da sguardi curiosi | Purtroppo sì |

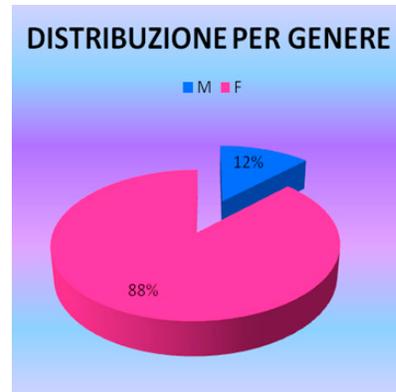
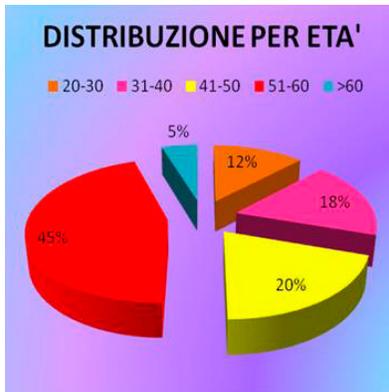
Tab. 8.1. Intervista anonima a donne portatrici di MGF sullo stato psicologico e l'accesso alle cure.

- la bambina sottoposta a modifica genitale è contenta perché festeggiata e coccolata, tutti i parenti sono contenti;
- in Somalia non si parla di sesso con le proprie figlie e tanto meno con gli uomini;
- da parte degli uomini c'è un silenzio colpevole, perché l'unico che si può imporre in una famiglia è l'uomo, in quanto capo famiglia, ma nella maggioranza dei casi, di MGF non si parla perché sono "cose da donne";
- nella comunità se ne parla apertamente.

Tabella 8.2.

8.2.1. Questionario anonimo per il personale infermieristico e ostetrico (da tesi sperimentale AA 2011)

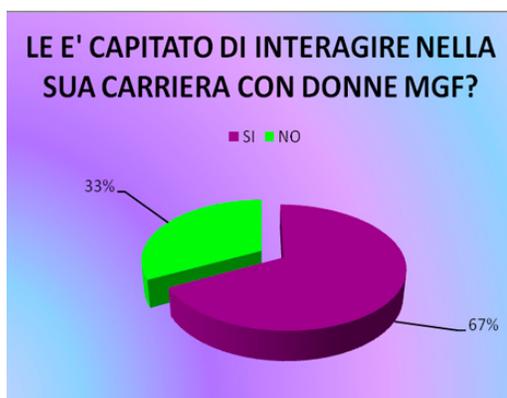
L'età media dei partecipanti all'indagine è relativamente alta, elemento che potrebbe far ipotizzare una difficoltà di approccio alla presa in carico di donne con MGF o, al contrario, l'esperienza garantita dagli anni di professione. Nel personale si osserva una netta prevalenza della componente femminile, infermiere e ostetriche. È da considerare anche il fatto che le donne portatrici di MGF, sono tutte di fede islamica, che prevede la visita solo da medici donna oppure, eccezionalmente, il medico uomo interroga il marito, o altro soggetto maschile della famiglia che domanda alla moglie, la quale risponde al medico per bocca del marito o del figlio o del parente, ma non può essere visitata, né guardata negli occhi.



La maggioranza degli operatori è in possesso di un diploma universitario di Ostetricia quasi tutte le professioniste affermano di sapere che cosa sono le MGF e il 67% di loro ha già assistito donne con MGF du-



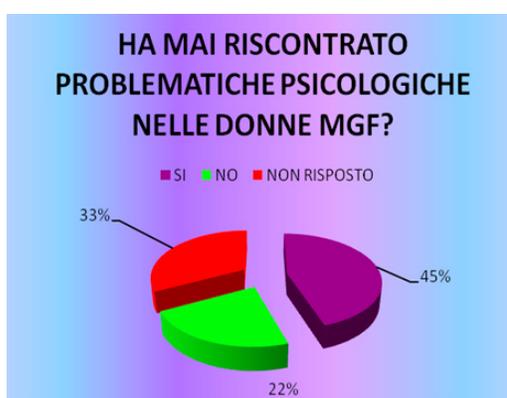
rante la propria attività professionale, facendo ipotizzare la disponibilità e la professionalità necessaria ad affrontare le nuove problematiche proposte dall'utenza.



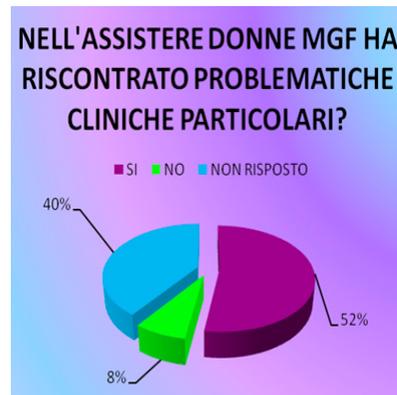
Due terzi degli operatori ha trattato donne portatrici di MGF e il 10% ha assistito oltre 10 casi clinici. Questo elemento evidenzia quanto sia importante prendere in seria considerazione il fenomeno. Anche se tutti i sanitari conoscono le MGF, pochissimi conoscono la legislazione vigente in Italia; il 75% non è a conoscenza dell'esistenza o meno di un protocollo di trattamento per donne con MGF e tale protocollo non risulta vigente.



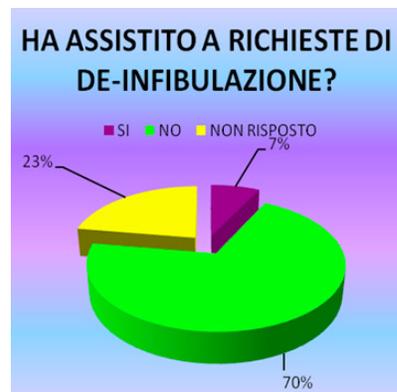
Il non sapere con esattezza cosa succederà una volta esposto il problema, può causare ansia nella donna, che si esprime con una difficoltà comunicativa o addirittura con un occultamento del problema stesso. Ciò non aiuta a eliminare la dif-



fidenza, anche se inconsapevole, e può derivare anche dal comportamento dell'operatore (preconcetto che può diventare pregiudizio) che si può porre, dal punto di vista comunicativo, in modo superficiale, sbrigativo e non empatico. Solo il 15% afferma di aver indirizzato le pazienti con MGF e/o i loro familiari presso servizi specialistici. Pochi, sicuramente, perché quasi nessuno è a conoscenza della esistenza della legislazione e dei servizi specialisti per donne con MGF e dei percorsi già attivati nella struttura di appartenenza.



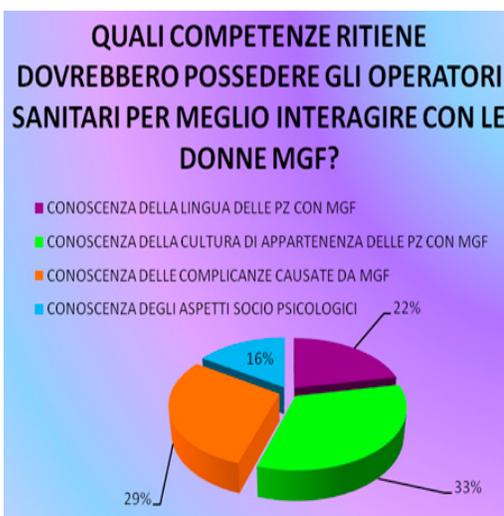
È ovvio che dal punto di vista anatomico esiste una reale difficoltà alla visita ginecologica, anche se ciò dipende dal tipo di infibulazione. Molte donne giungono in ospedale solo per partorire, senza aver mai fatto prima una visita ginecologica. E questo per l'estrema pudicizia, il preconcetto culturale di appartenenza, per posizione preconcetta e ignoranza dei mariti, che non consentono che le loro donne siano toccate da un altro uomo, anche se medico. Solo una minoranza dei sanitari ha assistito a



interventi di de-infibulazione. La domanda è naturalmente riconducibile alla precedente, anche se qualcuno ha risposto affermativamente nonostante non abbia mai assistito a interventi di de-infibulazione. Il 33% ritiene importante per la propria professione, una maggiore conoscenza delle tradizioni culturali delle pazienti con MGF e del mediatore interculturale, visto che le donne sono numerose e molte parlano esclusivamente la loro lingua madre.

Quasi tutti i sanitari ritengono opportuna una più approfondita formazione sul tema delle MGF, vantaggiosa sia per loro stessi che per le pazienti.

Va detto inoltre, che senza adeguate conoscenze non si può affrontare in modo serio e professionale questo problema. Emerge un bisogno formativo specifico, al quale contribuiscono come questo intendono sopprimere. Osservando come il fenomeno delle MGF sia progressivamente aumentato negli anni, è positivo constatare l'interesse e la



maggiore consapevolezza degli operatori stessi nel migliorare le proprie conoscenze specifiche. Le modalità ritenute più idonee sono i corsi di aggiornamento specifici, la formazione all'interno di corsi universitari e attraverso opuscoli, dépliant, materiale audio-visivo.

| INTERVISTA ANONIMA - "DONNE MGF/FGM" | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|------------------|-----------|------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| | Anno di nascita | Paese di nascita | Religione | Titolo di studio | Da quanti anni è in Italia? | Lavorava nel paese d'origine? | Lavora in Italia? | Ha avuto procedure MGF/FGM? |
| 1 | 1948 | Somali | Islamismo | Analfabeta | 37 | Si | Si | Si |
| 2 | 1952 | Somali | Islamismo | Elementari | 40 | Si | Si | Si |
| 3 | 1959 | Somali | Islamismo | Maturità | 27 | Si | Si | Si |
| 4 | 1960 | Somali | Islamismo | Laurea | 29 | Si | Si | Si |
| 5 | 1960 | Somali | Islamismo | Laurea | 30 | Si | Si | Si |
| 6 | 1963 | Somali | Islamismo | Laurea | 23 | Si | Si | Si |
| 7 | 1968 | Somali | Islamismo | Medie | 17 | Si | Si | Si |
| 8 | 1972 | Somali | Islamismo | Maturità | 22 | Si | Si | Si |
| 9 | 1977 | Somali | Islamismo | Laurea | 20 | Si | Si | Si |
| 10 | 1984 | Somali | Islamismo | Maturità | 21 | Si | Si | Si |

Tab. 8.3. Intervista anonima a donne portatrici di MGF per: dati anagrafici, informazioni sul titolo di studio, arrivo in Italia e attività lavorativa. Fonte?

Dalle interviste effettuate alle donne somale con MGF emerge che nel linguaggio italiano non esistono alcuni termini specifici e, per questo, non ci sono traduzioni adatte a termini che riguardano le mutilazioni genitali, non facendo queste parte della nostra cultura.

Le donne spesso non riuscivano a descrivere la mutilazione di cui erano portatrici, per mancanza di ricordi e di adeguate conoscenze anatomiche, tanto da ricorrere a espressioni dialettali proprie o mimare l'intervento.

| INTERVISTA ANONIMA - "DONNE MGF/FGM" | | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------|--|---|---|
| N° donne | Ha riportato traumi a livello psicologico? | Come considera il suo corpo? | Farebbe praticare la modificazione dei genitali a sua figlia? | Ha avuto difficoltà di accesso ai servizi sanitari? | Ha mai fatto una visita ginecologica ed esami di screening? |
| 1 | No | Normale | Sì | Non ci ho fatto caso | Sì |
| 2 | No | Normale | Sì | No | Sì |
| 3 | No | Normale | Assolutamente no | Imbarazzo sì, difficoltà di accesso sempre | Quando serve |
| 4 | No | Normale | Se avessi una figlia gli eviterei tale sofferenza | Provo sempre imbarazzo ma ci sono abituata | Sempre |
| 5 | No | Normale | No | Odio gli sguardi sbigottiti del personale sanitario | Sì |
| 6 | No | Normale | Io non vorrei ma temo che non venga accettata dagli uomini ns connazionali | Mi vergogno sempre | Sì |
| 7 | No | Normale | La ns società non l'accetterebbe se non facesse la pratica | Ci vado il meno possibile | Poche volte |
| 8 | No | Normale | No | Mi faccio accompagnare da un'amica per farmi coraggio | Solo casi in cui non potevo evitarlo |
| 9 | No | Normale | La religione non lo impone allora perché procurargli sofferenza? | Preferisco chiedere consiglio a qualcuno che ci capisce | Solo 2 volte |
| 10 | No | Normale | Se i ns uomini non la vorranno mia figlia troverà chi la sposa | Mi imbarazza molto trovarmi assalita da sguardi curiosi | Purtroppo sì |

Tab. 8.3. Intervista anonima a donne portatrici di MGF per dati anagrafici, informazioni sul titolo di studio, arrivo in Italia e attività lavorativa. Fonte?

8.3. Progetto “Donne del Corno d’Africa”

Presso il Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia dell’Azienda-Universitaria Policlinico “Umberto I” è attivo, dal 2009, il progetto sanitario “percorso verde” per le donne del Corno d’Africa, rivolto a donne portatrici di MGF. Obiettivo del progetto è fornire assistenza medico ginecologica, maternità e prevenzione oncologica attraverso una informazione mirata alla conoscenza dei rischi e delle patologie connesse alle problematiche ginecologiche. Inoltre, in una società multiculturalale, si persegue anche l’obiettivo di avvicinare, anche in campo sanitario, le diverse culture alla nostra. Il progetto si avvale di un’organizzazione collaborativa costituita da 4 ginecologi e 2 ostetriche esperti in MGF. Attraverso una rete di associazioni sanitarie sociali e culturali, il Centro Servizi di Volontariato (CESV), si implementa l’informazione relativa a tutti i progetti, compreso il progetto per le donne del Corno d’Africa (Somalia, Eritrea, Etiopia) permettendo la tutela di persone bisognose di cure. Il progetto si avvale dell’opera del personale dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP-Policlinico) che si occupa di inserire le pazienti MGF nel programma sanitario, approntando schede finalizzate al monitoraggio dei dati, utili a migliorare la gestione dei percorsi, e le attività di ricerca. I report annuali sono preziosi per l’interpretazione dei bisogni latenti in queste pazienti per le quali potrebbero essere aggiornati o rivisti i programmi di assistenza specifici. Le donne portatrici di MGF approdano al nosocomio spesso su indicazione dell’associazione AISCIA, accompagnate da mediatrici culturali della stessa Associazione che parlano la stessa lingua facilitando la comunicazione verbale con gli operatori sanitari italiani.

8.4. Conclusioni

Come si è detto, l’Italia si è trasformata, negli ultimi decenni da paese di migrazione a paese di immigrazione, con conseguente afflusso di persone di culture diverse, un vero e proprio “travaso culturale” con le problematiche che ne conseguono. È stato constatato come il fenomeno delle MGF sia presente anche nella nostra realtà e quanto sia importante da parte di operatori e operatrici poter disporre di elementi conoscitivi per affrontare al meglio i risvolti clinici, psicologici e sociali inerenti le MGF. L’incremento del flusso migratorio degli ultimi anni suggerisce che in futuro è probabile un aumento di questo feno-

meno, che lascia presagire quanto sia necessario che i Sanitari possiedano conoscenze approfondite sul tema MGF. L'infermiere assiste la donna durante la visita e/o il ricovero, relazionandosi con lei e con i suoi familiari. Una buona interazione produce certo un'assistenza qualitativamente efficace ed efficiente, ed è questo l'obiettivo a cui tutti gli operatori dovrebbero mirare. Dalla analisi dei dati del questionario proposto, emergono difficoltà degli operatori sanitari ad essere "aggiornati con i tempi", difficoltà che possono essere superate con una maggiore preparazione assicurata da corsi di formazione. Un altro elemento importante è la eliminazione dei preconcetti culturali nei sanitari e nelle donne assistite, con il distacco dai reciproci retaggi culturali, affrontando il tema in maniera professionale per fornire un'assistenza adeguata e competente. In conclusione è necessario saperne di più, e questo fa ben sperare per il futuro. Là dove non c'è curiosità non esiste neppure lo stimolo intellettuale per migliorarsi, accrescere le proprie conoscenze, offrire un'assistenza migliore. Il desiderio unanime delle "Donne MGF" intervistate, è che tali pratiche siano abbandonate. Per raggiungere questo obiettivo è necessario un lavoro da svolgere con le donne e tra le donne, da potenziare, anche, con la collaborazione degli uomini, che nelle culture che praticano le MGF esercitano un ruolo importante di condivisione o di inibizione di pratiche legate ai riti e alla sessualità.

9. Le mutilazioni sessuali in Somalia: le donne raccontano

Maria Antonietta Saracino



A partire dagli anni Settanta del secolo scorso, molto si è scritto, soprattutto in area anglosassone e negli Stati Uniti, sul tema delle mutilazioni femminili, ancora oggi largamente diffuse nel mondo arabo e africano, come questo volume sta a dimostrare. A quegli scritti pionieristici, nel tempo si sono aggiunti e continuano ad aggiungersi – in vari paesi europei tra i quali l'Italia – studi mirati, a carattere medico chirurgico e psicologico, scaturiti dalla necessità di comprendere, dal punto di vista sanitario, le caratteristiche e la portata di una pratica tradizionale estremamente penalizzante per le donne che sono costrette a subirla; una pratica ormai giunta sino a noi attraverso i sempre più intensi flussi migratori, e che si propone all'attenzione del personale medico ogni qualvolta una donna infibulata debba partorire o necessiti di assistenza medica. E se – come si è detto – cresce il numero di ricerche e articoli ad opera di studiosi qualificati e operatori sanitari – mirati a gettar luce sui risvolti medici e sulle conseguenze per la salute e la psiche delle donne, di quella che si continua a definire come 'una tradizione', e se tutto è ormai noto dal punto di vista medico – piuttosto assente è la voce delle dirette interessate, le vittime delle mutilazioni di cui si parla; donne indotte ad accettare una pratica dolorosa, pericolosa per la salute e invalidante, e a perpetuarla sulle loro figlie come evento iniziatico imposto dalla cultura e dalla tradizione, necessario nel loro percorso di crescita: momento di passaggio cruciale che farà della bambina, purificata attraverso una dolorosa mutilazione, 'una vera donna', degna di occupare il posto che merita all'interno della famiglia e del gruppo sociale.

È precisamente con l'intento di dar voce alle dirette interessate, che questo saggio ripropone gli esiti di una ricerca sul campo condotta in

Somalia, una delle prime ad apparire in Italia all'inizio degli anni '80 [168], periodo in cui si calcolava che ogni anno circa 80.000 bambine, nella sola Somalia subissero, nelle sue varie forme, la circoncisione.

Uno scritto che viene qui riproposto, sia perché pionieristico dal punto di vista storico e documentario, ma soprattutto perché raccoglie le testimonianze dirette di alcune donne somale che – pur con difficoltà e disagio personali – avevano accettato di parlare, infrangendo un secolare silenzio e dando voce alla loro esperienza individuale; il tutto nella speranza che il racconto della atroce sofferenza inferta al loro corpo di bambine potesse servire ad aprire uno squarcio sul silenzio che circondava – e ancora in gran parte circonda – questo aspetto delle loro vite, contribuendo a far cessare una violenta pratica secolare della quale, ancora oggi, milioni di bambine ogni anno sono vittime.

È attraverso le testimonianze di alcune figure femminili che hanno accettato di farsi intervistare, singolarmente o in dialogo con altre donne, che questo scritto intende offrire un contributo alla comprensione del problema, assumendo come emblematico il caso della Somalia, paese che – insieme alla parte islamica del Sudan – all'epoca della intervista era l'unico al mondo in cui tale pratica veniva tradizionalmente estesa nella sua forma più mutilante – e cioè l'infibulazione cosiddetta 'faraonica' – alla popolazione femminile. Va detto, tuttavia, che – se al momento della raccolta delle testimonianze sul campo si sapeva con certezza che la pratica della mutilazione dei genitali venisse applicata alla totalità della popolazione femminile somala – dal 1991, con la caduta del regime di Siad Barre e lo scoppio della guerra civile, con le conseguenze che la accompagnano a partire dalla diaspora somala fuori dal Paese – sulla consistenza di questa pratica non si hanno più dati certi. Quanto alla ricerca, questa ha cercato da un lato di rilevare dati sulla reale portata del fenomeno (chi lo pratica, in che modo, quanto è diffuso, quali le complicanze che esso porta con sé); dall'altro, di indagare sulle reali motivazioni che ancora oggi inducono le donne a perpetuare tale pratica sulle loro figlie e a cercare di comprendere se – nonostante tale mutilazione che tutte subiscono – esistesse nelle giovani somale una coscienza della propria sessualità e una volontà di ri-esprimerla consapevolmente. Per fare questo avevo volutamente diretto la mia attenzione a un gruppo di donne appartenenti alla fascia delle cosiddette 'emancipate', cioè donne tra i 24 e i 40 anni che avevano compiuto studi universitari e post-universitari, con le quali avevo in comune un *medium* linguisti-

co, l'italiano o l'inglese; donne che, pur essendo critiche nei confronti di molti aspetti della loro cultura, non avevano tuttavia optato per il modello occidentale, ma avevano scelto di operare attivamente all'interno del proprio mondo e a partire da esso. Persone che si erano tutte sotto vari aspetti occupate – singolarmente o all'interno di organizzazioni femminili – della condizione della donna somala con particolare attenzione alla sessualità, e che avevano a loro volta compiuto ricerche e studi relativamente a questo tema sulle varie fasce della popolazione femminile somala. Queste donne hanno messo a mia disposizione i risultati delle loro ricerche acconsentendo a che fossero pubblicati, condividendo informazioni preziose che diversamente non mi sarebbe stato possibile raccogliere. Sono pertanto molto grata alle donne somale che più strettamente hanno collaborato alla discussione attraverso interviste e incontri, e che hanno voluto condividere i risultati delle loro ricerche; tra queste: Raquia Hagi Duale, Dahabo Farah Hassan, Saida Ahmed, Maryan Mohamed, Asha Said Warsame, Maryan Abdisamad Hagi. A tutte loro va – oggi come allora – il mio più vivo ringraziamento.

Un dato comune emerso da tutte le interviste raccolte è l'opinione concorde secondo la quale la circoncisione femminile costituisce l'aspetto più delicato della cultura somala. È una tradizione che è sempre stata accuratamente difesa da sguardi esterni per il tabù che circonda tutta la sessualità e quella femminile in particolare. Le amministrazioni coloniali succedutesi nel tempo non hanno mai voluto interferire con questa pratica ma si sono limitate a pochi studi di carattere medico, normalmente condotti da uomini, i quali non hanno mai indagato sulle motivazioni profonde di tale fenomeno, limitandosi a raccogliere dati attraverso campionamenti condotti presso gli ospedali o assumendo informazioni attraverso i racconti fatti da altri. Come afferma Raquia Hagi Duale, nonostante questo problema riguardi la totalità delle donne – che oltre a traumi di ordine psicologico per tutta la vita portano con sé pesanti conseguenze di tipo fisiologico – né in passato né successivamente, il fenomeno è stato ed è realmente considerato come un problema sociale; posizione, questa, condivisa anche da alcune intellettuali pure molto consapevoli del problema, le quali affermavano di non comprendere bene perché mai si dovesse dare tanta attenzione alla sessualità femminile che – pur essendo importante – non era tra i problemi più urgenti in un paese, come la Somalia, attraversato nel tempo da colonialismi, guerre, miseria, malattie

endemiche, analfabetismo ecc. È così emerso dai singoli racconti che, per più ragioni, quello delle mutilazioni genitali è un dramma che ciascuna donna vive in solitudine, solo raramente e in casi estremi chiedendo l'aiuto di un medico e accettando di farsi visitare. Tutte le intervistate avevano detto di avere avuto una grande difficoltà a studiare a loro volta questo fenomeno e di avere spesso incontrato astio e reticenza nelle donne cui si rivolgevano [169].

9.1. Il contesto culturale

Paese a popolazione per l'80% nomade e storicamente a tradizione orale (il somalo diviene lingua scritta e veicolo di istruzione scolastica solo nel 1974), la Somalia è profondamente radicata nella realtà africana, della quale conserva tutte le tradizioni culturali. Al tempo stesso ha subito una forte influenza arabo-musulmana particolarmente evidente nelle espressioni architettoniche dei centri urbani (anche se purtroppo in gran parte distrutti dalla guerra civile e dall'avvento dei 'signori della guerra' dopo la caduta della dittatura di Siad Barre, all'inizio degli anni '90), nei tratti somatici di parte della popolazione, nei canti, nello spirito religioso, nella foggia degli abiti.

Un paese a cavallo tra due mondi, dunque, determinato a conservarli entrambe e a difenderli con orgoglio, mentre avanzano nuovi bisogni per i quali ci si rifà all'Occidente e alle sue tecnologie. La totalità della popolazione è di religione islamica, e l'apprendimento del Corano, nelle scuole coraniche, costituisce tappa obbligata per tutti i musulmani in età pre-scolare. In moltissimi casi rappresenta l'unica forma di istruzione per larghe fasce della popolazione, essendo ancora molto elevato il grado di analfabetismo.

Per secoli, nonostante l'avvicinarsi di colonizzazioni diverse, il Corano ha rappresentato, per la totalità della popolazione un punto di riferimento preciso non solo sul piano strettamente religioso, ma anche su quello giuridico, politico e sociale. Al Corano e alla legge canonica che ne deriva, si faceva appello per dirimere questioni familiari, patrimoniali e di rapporto interpersonale. L'avvento del post-colonialismo, e in particolare la rivoluzione del 1969, apporta profondi mutamenti alla struttura sociale del paese, istituendo leggi che – pur mantenendo l'Islam come religione di Stato – nella loro attuazione entravano in conflitto con alcune norme contenute nel Corano, fino ad allora punto di riferimento, anche legislativo.

Tali leggi, e in particolare quelle che riguardavano i diritti della donna nella società, suscitarono forme di aperta e violenta ribellione da parte di alcuni capi religiosi e della parte più conservatrice della popolazione. Il diritto di famiglia, emanato nel 1975, sanciva anche per la donna il diritto a ereditare in misura pari a quella dell'uomo; si poneva un freno all'estrema facilità con la quale fino ad allora l'uomo aveva potuto ripudiare la propria moglie, stabilendo precise forme di assistenza per i figli, mentre si dava la possibilità anche alla donna di intentare una causa di divorzio.

Il Governo si esprimeva anche – sebbene non ufficialmente a livello legislativo – contro la pratica dell'infibulazione, non consentendo più che venisse praticata negli ospedali da personale sanitario – consuetudine che nei centri urbani era piuttosto diffusa – invitando i somali a praticare solo la *sunna* – la forma più lieve e meno invasiva di infibulazione – alle loro figlie. Ma nonostante le campagne di stampa e radiofoniche, la pratica era continuata, con molto minori possibilità di controllo da parte delle autorità, e maggiori danni alla salute e al corpo delle bambine. In Somalia, tradizionalmente, sono praticati tre diversi tipi di circoncisione femminile: la cosiddetta *sunna*, ossia *tradizione*; la *escissione* o *clitoridectomia*; l'*infibulazione* o *circoncisione faraonica*, delle quali si parla in varie parti del presente volume. Per quanto possa essere già noto, varrà ricordare che il termine *infibulazione* deriva dal latino *fibula*, una sorta di fibbia o anello che in epoca romana veniva fatto passare attraverso le grandi labbra – o talvolta attraverso il prepuzio del clitoride – per impedire il rapporto sessuale.

Il termine *circoncisione faraonica* deriva dal fatto che la pratica fu introdotta in Egitto all'epoca dei Faraoni. A questi venivano offerte in sacrificio delle fanciulle, e per assicurarsi che fossero vergini, le giovani venivano preventivamente infibulate [27]. In Somalia, nelle zone rurali, generalmente, gruppi di ragazze sono infibulate durante un'unica cerimonia, in un giorno predeterminato. La pratica assume in questo caso il ruolo di un rito d'iniziazione collettiva, cui le bambine vengono preparate in precedenza. Vengono loro rasati i capelli, viene fatto indossare un vestito nuovo, e nei giorni precedenti vengono nutrite con una dieta povera di liquidi per ridurre la necessità di urinare immediatamente dopo l'operazione.

Il rito assume l'aspetto di una festa. Le bambine sono nutrite e accudite dalle donne della famiglia e ricevono dei regali. Nei centri urbani, viceversa, il rituale è scomparso quasi del tutto e l'operazione ha luogo in casa, su un tavolo, in maniera più veloce e sbrigativa.

Racconta Raquia Hagi Duale:

“La bambina viene fatta sedere su uno sgabello; la donna che deve operare siede di fronte a lei reggendo in mano un rasoio o un coltello. Le gambe vengono allargate e ciascuna è afferrata saldamente da una o due donne, amiche o parenti, piuttosto robuste. Altre due reggono le spalle e le braccia della bambina, mentre un'altra ancora le sorregge la testa piegandola all'indietro. La bambina viene tenuta saldamente per impedirle di divincolarsi e anche per tenere bene allargata la vulva e consentire l'operazione. L'operatrice incide con il rasoio innanzitutto il clitoride. A questo punto sia lei che le altre donne che circondano la ragazza emettono un coro di grida di vittoria e d'incoraggiamento, sia perché si crede che sia stato compiuto un atto di purificazione, sia per acquietare e coprire le urla di dolore della bambina. La donna procede poi ad incidere le piccole e le grandi labbra (la quantità di tessuto escisso e il danno che si provoca alla bambina dipendono dalla abilità e dall'esperienza dell'operatrice). Tutto ciò è compiuto senza l'impiego di anestetici o disinfettanti. Intorno, le donne continuano a emettere grida e a dare consigli e incoraggiamento alla bambina finché l'operazione non è completata. Per unire e cucire insieme i due monconi rimasti delle grandi labbra, l'operatrice usa delle spine vegetali che ha preventivamente portato con sé. Ne fa passare quattro o sei attraverso i lembi del tessuto lasciando un'apertura minuscola (quanto la punta del dito mignolo) per consentire il passaggio dell'urina e più tardi del sangue mestruale. Quindi attorciglia un laccio o un filo di seta intorno alle spine per tenerle ben strette. La ferita viene poi coperta da un panno imbevuto di un olio particolare e di una mistura di erbe locali (un composto di zucchero e resine). Tale composto si attacca alla ferita e blocca l'emorragia. Quando l'operazione è stata completata, le gambe della bambina vengono unite e fasciate strettamente insieme, dalla vita ai talloni. Questa viene poi trasportata in un luogo isolato appositamente preparato per lei. Viene fatta distendere supina su una stuoia, con la schiena sostenuta da parecchi cuscini, e tenuta in questa posizione per tre o quattro giorni. Per i primi giorni viene nutrita con cibo leggero per impedire movimenti intestinali, e dissetata con poche gocce di acqua. Quando deve urinare viene fatta distendere su un fianco con le gambe ancora strettamente legate insieme, e viene indotta ad urinare rimanendo in questa posizione. Tre o quattro giorni dopo l'operazione, le spine e le erbe che ricoprono la ferita vengono ammorbidite con olio e tolte con delicatezza. Le gambe vengono fasciate di nuovo in modo più lento, in maniera che la ragazza possa fare alcuni passi con l'aiuto di un bastone. A nessun uomo normalmente viene consentito di essere presente all'operazione, né di vedere la ragazza

fino a che questa non è guarita o non è tornata alle sue normali attività. Neppure alle nubili o alle bambine non ancora circoncese è permesso assistere al rito. Dal decimo al quattordicesimo giorno la fasciatura viene tolta e alla ragazza è consentito camminare con l'aiuto di un bastone [...] Nelle sei ore successive all'operazione il momento più delicato è quello in cui la bambina deve urinare. È in quel momento che si può verificare se il passaggio dell'urina è libero o meno [...] Urinare è all'inizio molto doloroso e alcune bambine, pur soffrendo moltissimo, rifiutano di farlo, per due o tre giorni, e alcuni casi, devono essere accompagnate in ospedale" [169].

Tradizionalmente, a compiere l'operazione sono donne che si guadagnano da vivere assistendo le partorienti o praticando la medicina tradizionale. Si tratta di persone che non hanno particolari cognizioni mediche e che procedono per esperienza. In tempi passati la pratica di infibulare o de-infibulare le ragazze, dopo il matrimonio, era affidata a donne che in ciascuna tribù venivano considerate di casta inferiore e che pertanto svolgevano i lavori più umili. Fino a metà degli anni Settanta, prima che la legge lo proibisse, nei centri urbani le infibulazioni venivano praticate presso gli ospedali da medici o da personale paramedico e in questi casi venivano usati anestetici e disinfettanti.

Successivamente anche uomini hanno cominciato a praticare la circoncisione, in genere infermieri, o medici che praticavano la medicina tradizionale. In Somalia, come si è detto, tutte le ragazze in età pre-puberale sono circoncese e la stragrande maggioranza di esse sono infibulate. L'età della circoncisione è diversa in boscaiglia – termine con il quale s'intende la gran parte del territorio del paese non coperto dai centri urbani, zone rurali solo parzialmente coltivate, nelle quali vivono i nomadi, per ciò chiamati *boscagliosi* – e nei centri urbani, e dipende dal tipo di operazione che la famiglia decide che la ragazza debba subire. Mentre la *sunna* è generalmente eseguita subito dopo la nascita, l'infibulazione viene praticata più avanti – tra i cinque e i sei anni a seconda delle regioni – quando la bambina è perfettamente in grado di capire quanto le sta accadendo e può quindi partecipare al rituale in piena consapevolezza.

Tutto il sistema sociale esercita una forte pressione facendo nascere in lei il desiderio di sottomettersi a tale pratica, pur sapendo che si tratterà di una operazione molto dolorosa che la terrà a lungo immobilizzata.

Racconta Asha, 24 anni, laurea in medicina:

«Fin da molto piccola sapevo di questa pratica. La nonna me ne aveva parlato. Diceva che con la circoncisione sarei cresciuta bella e forte e sarei diventata una vera donna. Se non sei circoncesa la società ti condanna, ti fa sentire diversa, le bambine più grandi si rifiutano di giocare con te, ti dicono che sei impura. Io però anche allora non volevo, perché era una cosa di cui non capivo il senso, ma non potevo farci niente. Mio padre è un poliziotto ed è un uomo molto conservatore. Tutte le sue figlie – sei – sono state infibulate. Così un giorno mi portò in ospedale perché all'epoca si poteva fare anche così. Fui lasciata sola con un medico e un infermiere, che mi teneva ferma. Il medico praticò l'operazione dopo aver fatto un'anestesia locale. In quel momento non sentii molto dolore, per via dell'anestetico, ma avevo molta paura. Sul lettino c'era uno specchio e così seguii tutta l'operazione. Avevo otto anni».

Tanto forte è il tema della 'purezza' della ragazza, che il termine più comunemente usato per definire la donna impura è 'non circoncesa'. L'offesa peggiore che si possa arrecare a un somalo è quello di chiamarlo 'figlio di madre non circoncesa'. Asha conserva un ricordo molto vivo di quel momento, unito a un rancore sordo per il padre e per gli uomini in genere. Dice che non si sposerà mai.

Può accadere anche che una ragazza sia infibulata "per sbaglio", com'è successo a Maryam, una delle intervistate (25 anni, laurea in medicina). La madre intendeva che alla figlia venisse praticata la *sunna*, e si era rivolta a un infermiere. L'operazione era stata eseguita in casa, su un tavolo. Dopo aver organizzato il tutto, la madre aveva preferito allontanarsi per non assistere a quello spettacolo. La ragazza, che aveva allora dieci anni, fu lasciata sola con l'operatore e con un suo assistente. L'operatore, conoscendo la regione di provenienza della famiglia della ragazza – regione nella quale tutte le ragazze venivano infibulate – ritenne di attenersi a questa tradizione, praticando di sua iniziativa l'infibulazione. Maryam aveva poi sofferto a lungo di dismenorrea, d'infezioni locali e di cisti da infibulazione, finché, a 23 anni, ormai studentessa in medicina, si era fatta incidere chirurgicamente e si era potuta curare. Afferma di non provare rancore verso l'operatore, in quando anche lui aveva agito condizionato dalla mentalità e dalla tradizione.

Il dolore che la ragazza prova quando viene infibulata, si rinnova e si acutizza al momento del matrimonio e del primo rapporto sessuale. La vagina, ridotta ad un unico ammasso di tessuti cicatrizzati, oppone resistenza alla penetrazione sessuale che viene compiuta causando la-

cerazioni dolorose ed emorragiche anche molto gravi. Spesso il dolore che la donna prova è talmente forte che non sono infrequenti i casi di ragazze che fuggono per non sottomettersi al 'dovere coniugale'.

Nel centro e nel sud della Somalia è tradizione che sia l'uomo a sverginare con il proprio organo la donna, dando così prova di 'virilità' e di 'coraggio'. Tuttavia, se dopo sette giorni l'operazione non è stata ancora compiuta, gli è concesso ricorrere a strumenti meccanici o richiedere l'intervento di un'ostetrica o di un sanitario. Questa evenienza sarà motivo di grande orgoglio per la famiglia della ragazza, perché darà a tutti la prova dell'effettiva verginità della sposa.

Viceversa, nel nord del paese, dove gli uomini fanno molto uso di *qat*, un'erba euforizzante che si ritiene indebolisca le capacità sessuali, è consuetudine che siano altre donne, subito dopo la cerimonia nuziale, a defibulare la sposa servendosi di rasoi, forbici e coltelli, «preparandola» così all'atto sessuale.

La mancata osservanza delle più elementari norme igieniche che generalmente accompagna l'infibulazione, lascia di solito pesanti segni sul corpo della donna. Nel 1980-81, tre laureande in medicina dell'Università Nazionale Somala hanno compiuto un'accurata indagine su tali conseguenze [170].

La ricerca si è svolta a Mogadiscio. Erano state intervistate 2000 donne scelte tra studentesse universitarie di tutte le Facoltà, alunne infermiere, ragazze che dopo la scuola superiore seguivano un addestramento in campi militari, donne ricoverate presso i reparti ginecologici degli ospedali cittadini, e altre, intervistate presso gli ambulatori rionali.

I campioni erano stati scelti in modo da poter sondare le opinioni di strati socialmente significativi della popolazione femminile urbana, per poter comprendere anche se i nuovi mutamenti socio-culturali e ambientali, più evidenti in città, avessero influito sulla modificazione di tale pratica. L'età delle intervistate andava dai 17 ai 36 anni. La massima parte di esse aveva subito l'infibulazione e la maggioranza era stata operata da un sanitario.

Altissima era stata la percentuale delle complicanze dovute all'intervento, tra le quali emorragie, infezioni locali e generalizzate, infezioni urinarie, cisti da corpo estraneo, vaginiti e tetano, quest'ultimo causato dall'uso di strumenti non sterilizzati. Si erano riscontrati danni all'apparato urinario, al peritoneo e al retto, spesso come conseguenza dei tentativi della ragazza di divincolarsi in preda al dolore, durante l'operazione. Una successiva urinocultura condotta su 200 donne

infibulate e 200 semplicemente circonscise, aveva evidenziato nelle prime un livello altissimo di infezione generalizzata, estesa a tutto l'apparato genito-urinario.

Frequenti sono apparsi anche i casi di ragazze re-infibulate dopo la prima operazione, perché i parenti ritenevano che fosse stato asportato troppo poco tessuto o che la sutura non fosse sufficientemente stretta. Per le donne con figli, nella maggioranza dei casi al momento del parto la cicatrice aveva dovuto essere aperta chirurgicamente per consentire il passaggio del feto. Da questa indagine risulta che il 50% delle donne intervistate erano state re-infibulate dopo il parto, spesso dall'ostetrica la quale – di propria iniziativa e senza consultare la donna, aveva ristabilito le cose com'erano.

È ormai noto che sebbene la continuazione della pratica dell'infibulazione sia spesso giustificata da motivazioni di ordine religioso, in realtà tale pratica non trova riscontro nel Corano. Essa, come si è detto, ha origini più antiche, e si dice sia stata diffusa in Africa orientale dai conquistatori arabi che avevano interesse ad assumere forme di controllo sulle donne intese come schiave potenziali.

Il Corano, con la sua enfasi sulla superiorità naturale dell'uomo sulla donna, l'importanza attribuita al matrimonio e alla procreazione e l'esortazione all'uomo a tenere a freno gli istinti femminili considerati come causa di disordine – e viceversa con le continue esortazioni per la donna alla modestia, alla castità, alla fedeltà – aveva finito per offrire un utile terreno e una maggior forza a forme di controllo della sessualità femminile che si atteggiavano perfettamente a una società nomade e tribale come quella somala.

Il tema in questione, come si comprende, è assai ampio e variegato, e gli accenni che qui si fanno al rapporto tra cultura islamica e tradizione nomadica non hanno in alcun modo la pretesa di esaurire un problema storico così vasto e complesso, ma vogliono solo costituire punti di riferimento e stimoli alla riflessione per come sono emersi dalle interviste raccolte. Su questo aspetto del problema le affermazioni delle intervistate -qui riassunte per brevità-si sono trovate concordi [171].

Il sistema di valori della società nomadica – quale è, tradizionalmente, quella somala – ruota tutto attorno alla famiglia che si estende fino a inglobare tutti i parenti di entrambe i coniugi. Le famiglie vivono insieme garantendosi aiuto, solidarietà e protezione reciproca. E poiché a tali fattori è legata la sopravvivenza dell'intero nucleo, è interesse delle varie famiglie essere il più numerose e compatte possibile, cosicché è

importate che ciascuna coppia abbia molti figli. È costume dei nomadi che gli uomini si allontanano da casa per molti mesi alla ricerca di nuovi pascoli per i cammelli, rimanendo lontani dalle loro donne anche per lunghi periodi.

L'infibulazione garantisce dunque che in assenza dei mariti le mogli si mantengano fedeli, permette all'uomo di essere certo della paternità della prole e pone un freno alle possibili tentazioni da parte della donna, poiché tale tipo di vita offre anche, ad entrambi i sessi, molte possibilità di venire in contatto. Per questa ragione può accadere che una donna, anche se già madre, venga re-infibulata ogni volta che il marito deve assentarsi per periodi particolarmente lunghi. I concetti di "vergogna" e "onore" sono centrali nella società nomadica, in Somalia. La castità della donna rappresenta l'onore della famiglia; da questa dipende la possibilità di un buon matrimonio con vantaggi economici e sociali per l'intera tribù.

L'infibulazione, trasformando la ragazza in moglie potenziale, è garanzia di matrimonio e di benessere economico.

In cambio la donna continuerà a ricevere aiuto e protezione dalla tribù di appartenenza, anche dopo le nozze.

È chiaro dunque come la sua condizione di vergine debba venire accuratamente protetta e come, viceversa, un'infrazione alla norma si trasformi in discredito e in perdita economica per l'intero nucleo familiare. Famiglia, tribù, società, congiurano quindi per creare nella bambina, fin dalla più tenera età, ansia e paura verso la propria sessualità, che deve essere difesa come un bene prezioso. Le viene insegnato a nascondere il proprio corpo, a sopprimere ogni curiosità, le viene fatto credere di essere impura se non è circonscisa e viene indotta a desiderare di conformarsi alla norma.

Con questo bagaglio di sentimenti negativi verso il proprio corpo, la bambina affronta il momento dell'infibulazione. Il trauma che subisce è enorme e anche nei rari casi in cui non subentrino complicanze fisiche, le conseguenze di ordine psicologico sono incalcolabili. Verso i 15 anni la famiglia le impone un marito, spesso molto più anziano di lei, con il quale non le è consentito avere contatti prima del matrimonio. Racconta Saida Ahmed, 24 anni, laurea in legge:

«Qui da noi è costume che la donna sia passiva e sottomessa, che non manifesti bisogni sessuali, ma attenda che sia il marito ad imporle i propri. E, d'altra parte, la donna è così traumatizzata a livello psicologico

e mutilata sul piano fisico, che certamente non sa di poter provare piacere, non immagina nemmeno che cosa sia». Un dato comune rilevato nel corso delle interviste, è la convinzione che la donna somala sia in generale totalmente vittima della società cui appartiene e che non abbia ancora trovato dei modi consapevoli di espressione della propria sessualità. Il lesbismo, a detta di tutte, non esiste, come pure manca una forma tangibile di reale solidarietà femminile – che non sia di tipo economico – e questo probabilmente perché, in una società in cui è consentita la poligamia e nella quale la donna nubile non ha identità sociale ma è addirittura condannata, la spinta dominante è quella alla lotta per la conquista di un marito – e quindi della maternità- per quanto brutta e spiacevole possa rivelarsi l'esperienza matrimoniale».

Nonostante molte cose siano mutate negli ultimi decenni all'interno della società somala e le donne abbiano acquisito il diritto all'istruzione e all'indipendenza economica, pure, nella mentalità comune, la verginità continua ad essere ritenuta il loro bene più prezioso. In una simile ottica, la pratica della circoncisione femminile continua, indipendentemente dal livello di istruzione della famiglia o della classe sociale cui la ragazza appartiene. E sono le donne stesse, preoccupate del futuro delle loro figlie, a mantenere viva tale consuetudine. A tal proposito, dice Raquia Hagi Duale:

«Le donne qui sono infibulate anche psicologicamente, mentalmente. Non sanno di avere una sessualità, non immaginano cosa sia. È per questo che l'infibulazione è una pratica dura a morire, nonostante i cambiamenti sociali. Le cose muteranno realmente quando le donne prenderanno coscienza di sé e dei propri diritti di esseri umani, innanzitutto, ed è questa la direzione nella quale, quelle di noi più consapevoli, stanno lavorando».

A Raquia ho chiesto se avesse fatto infibulare le sue figlie. Mi ha guardata con un sorriso malizioso e ha detto:

«Ho avuto tre figli maschi e quindi non ho dovuto pormi il problema. Spero proprio che tale evenienza non accada, se Dio vuole».

Per quanto detto fin qui, è parso importante riportare tre storie personali, dalla viva voce delle protagoniste, storie che Duale ha raccolto e incluso nella propria ricerca e che forniscono una illuminante testimonianza diretta di quanto è stato finora raccontato [169].

9.1.1. Caso n. 1: Fádumo

Fádumo, 45 anni, vedova con quattro figli. Lavora come donna delle pulizie negli uffici governativi. Priva di istruzione scolastica. Figlia di nomadi, è nata e cresciuta in boscaglia. A poco più di trent'anni, rimasta vedova, si trasferisce in città. Sposata a 14 anni a un nomade, ha avuto sei figli, dei quali, al momento dell'intervista, quattro viventi, due maschi e due femmine. Quando le è stato chiesto se avesse memoria dell'infibulazione subita ha risposto:

«Come potrei dimenticare una tale violenza? La ricordo nei minimi particolari, come se fosse successa ieri».

Quando le è stato chiesto di parlarne ha risposto:

«La circoncisione è una pratica molto comune per le ragazze somale, e io attendevo che arrivasse il mio turno di sottopormi ad essa. Le bambine aspettano sempre con ansia questo momento, del quale sentono parlare molto presto».

Fádumo è stata circoncesa insieme a due ragazze più grandi, della stessa famiglia. Prosegue:

«Seppi che era arrivato il mio momento due giorni prima dell'operazione e mi sentii felice ed eccitata sino al giorno precedente in cui cominciai ad avere paura e non riuscii a dormire tutta la notte. L'operazione ebbe luogo di mattina presto, nelle ore più fresche. Io fui la prima delle tre ad essere circoncesa perché ero la più giovane e perché mia madre non voleva che vedessi quanto sarebbe accaduto alle altre. Il costume dei nomadi impone alle ragazze di essere coraggiose e sopportare il dolore, ma quando la donna cominciò l'operazione e tagliò la mia clitoride, il dolore fu tale che urlai a lungo e mi divincolai, riuscendo a scappare via perdendo sangue, prima che la donna potesse completare il tutto, chiudendo la vagina con le spine. Mia madre e le altre donne riuscirono ad acchiapparmi e mi tennero forte finché la donna non riuscì a terminare l'operazione».

F. ricorda che questa fu compiuta per mezzo di un coltello affilato e che furono usate delle spine per unire insieme i due lembi della vagina. Sulla ferita vennero applicate delle erbe, per bloccare l'emorragia e favorire la cicatrizzazione. F. ricorda che in boscaglia a volte viene scavata una piccola buca nel terreno, nella quale viene acceso un fuoco facendo

ardere alcune erbe particolari. Poi si chiede alla ragazza di accovacciarsi su questa buca. Le erbe, bruciando, aiutano la ferita ad asciugarsi mentre l'aroma cancella il cattivo odore di urina e di sangue. Quanto alle complicanze immediate, F. ricorda di avere sanguinato per tre giorni senza che si riuscisse ad arrestare l'emorragia; la madre decise quindi di portare la figlia al più vicino ospedale dove rimase per due settimane finché non fu in grado di ritornare a casa. Quando le è stato chiesto di parlare della sua esperienza matrimoniale, F. ha risposto:

«Ero terribilmente preoccupata e spaventata perché mio padre aveva combinato il matrimonio con un uomo di venti anni più grande di me. Solo più tardi scoprii che questi aveva ceduto molti cammelli alla mia famiglia, come prezzo per la sposa. L'esperienza di dolore che era cominciata con l'infibulazione proseguì con il matrimonio. È costume della regione da cui provengo che sia l'uomo stesso a sverginare la sposa. Nel mio caso mio marito usò un coltello per tagliare la cicatrice dell'infibulazione, e quando cercai di divincolarmi e scappare via, incidentalmente mi causò ferite sulle cosce e su altre parti del corpo, tanto che l'intera zona era coperta di sangue. Perdevo molto sangue, avevo sempre la febbre e la mia vagina era gonfia e dolorante. Stavo molto male, finché mia madre mi portò in ospedale dove rimasi per circa un mese. Dopo questo fatto la mia famiglia decise di tenermi con sé finché non avessi recuperato le forze e non fossi diventata sufficientemente matura per il matrimonio e le sue responsabilità. Rimasi in famiglia due anni prima che mi riportassero da mio marito, Rimasi con lui due notti, che furono di paura e di dolore, finché scappai via e tornai dalla mia famiglia. Questa volta non mi lasciai persuadere a tornare indietro e rimasi lontana da mio marito per altri due anni. All'età di diciotto anni, ancora contro la mia volontà, mi riportarono da lui. Ero lì da poche settimane, tollerando il disgusto che provavo per quell'uomo e per i suoi desideri sessuali, quando mi accorsi di essere incinta. Allora rimasi con lui e smisi di fuggire».

Quando le è stato chiesto se avesse mai provato piacere sessuale con suo marito, con una smorfia di disgusto e odio, Fádumo ha risposto:

«Non ricordo di avere mai provato alcun piacere. Anche quando il dolore e le difficoltà furono superate, ricordo di avere avuto sempre molta paura dell'atto sessuale. Mi ci sono sottomessa per dovere e per avere dei figli».

Per quanto riguarda il momento del parto, Fádumo racconta di aver sofferto molto e lungamente, anche due giorni per ogni travaglio, con infezioni dopo ogni parto. I figli erano stati partoriti nella boscaglia, con

l'aiuto di una levatrice locale. Entrambe le sue figlie sono state circonciate e infibulate all'età di otto e nove anni. Dice:

«Sebbene io abbia sofferto tanto per le conseguenze della circoncisione, non avevo altra alternativa che sottoporre le mie figlie alla stessa pratica, perché si tratta di una tradizione alla quale dobbiamo tutte sottometterci».

Quando le è stato chiesto perché, secondo lei, le donne sono circonciate, ha risposto che il non esserlo è considerato una vergogna, e che gli uomini traggono piacere solo da rapporti con donne circonciate.

«Naturalmente», **ha aggiunto**, «nessuna donna che non sia circonciata ha la possibilità di sposarsi, nel nostro Paese. Solo da poco ho sentito dire che le donne non mussulmane non sono circonciate, ma fino ad oggi non ho mai saputo di qualcuno che non abbia fatto circonciare le proprie figlie, in Somalia».

Le è stato chiesto se pensava che la pratica dovesse essere abolita. Ha risposto che se i capi religiosi e politici avessero deciso per l'abolizione, lei sarebbe stata la prima ad appoggiare questa iniziativa, avendo avuto un'esperienza diretta dei danni che provoca. Ha aggiunto che dall'infanzia e fino alla vecchiaia, le donne soffrono moltissimo per colpa di quest'operazione. Dice:

«Le ragazze riescono a stento ad urinare quando sono vergini, perché vengono cucite in modo molto stretto. Stesso problema si presenta ogni volta che hanno le mestruazioni».

Fadumo racconta una storia interessante sulla difficoltà che le ragazze infibulate incontrano ogni volta che devono urinare. Dice:

«Quando eravamo in boscaglia e la mattina ci alzavamo per urinare, impiegavamo delle ore per compiere quest'atto. Per fare questo ci alzavamo molto presto, quando il resto della famiglia ancora dormiva; le ragazze uscivano in gruppi e si appartavano nei cespugli, ma era sempre difficile liberarsi di tutta l'urina, che scendeva a gocce e non finiva mai del tutto. Invidiavamo le nostre madri e le nostre nonne che quando andavano ad urinare si sbrigliavano rapidamente. Attendevamo con ansia il giorno in cui anche noi saremmo state in grado di farlo liberamente e quando anche le mestruazioni sarebbero cominciate e finite senza dolore e difficoltà. Invece il matrimonio aveva rappresentato al tempo stesso una soluzione al problema dell'infibulazione ma anche una grossa difficoltà».

9.1.2. Caso n. 2: Ardo

Ardo, 32 anni, istruzione superiore e diploma di segretaria. Lavora come dattilografa in un ministero. È nata e cresciuta a Mogadiscio. Figlia di un capo religioso e di una casalinga priva di istruzione. È stata circoncesa e infibulata all'età di sette anni insieme a un gruppo di coetanee. Quando le è stato chiesto di parlare della circoncesione e quando le è stato chiesto chi avesse preso la decisione di circoncederla, ha risposto:

«Fui io stessa a chiederlo, quando vidi che alcune mie amiche del vicinato venivano circoncese. Mia madre fu felice di quella mia impazienza e decise di includermi nel gruppo. Così fui circoncesa insieme alle mie amiche. Quando mia madre accettò di farmi circoncedere, io mi sentii eccitata e felice, ma quando vidi la donna che avrebbe dovuto compiere l'operazione, e il rasoio che teneva in mano, ebbi paura. Quando arrivò il mio turno, tremavo tutta, ma mi disposi all'operazione in modo che mia madre non si accorgesse che avevo paura. Quando le donne che erano presenti mi afferrarono e la levatrice mi allargò le gambe, ebbi molta paura e quando cominciò a tagliare gridai forte e mi divincolai per liberarmi. Una delle donne mi infilò in bocca un fazzoletto, un'altra mi coprì gli occhi, mentre tutte mi tenevano stretta, tanto che ero sul punto di soffocare. Quando l'operazione si concluse ero esausta, e a stento riuscivo a respirare. Mia madre mi disse che la donna che aveva compiuto l'operazione aveva usato sei spine per chiudere la ferita, tre per ciascun lato. Non capivo cosa mi sarebbe accaduto, tranne il fatto di sentire un dolore fortissimo. Sentivo ancora, sul mio corpo, le dita rozze e forti della donna. Dopo l'operazione rimasi a letto per due giorni senza muovermi, perché avevo paura di fare qualunque movimento. Mi rifiutavo di urinare, e anche quando ci provai, il secondo giorno, non riuscii a farlo per il gran dolore. Avevo la vescica piena, e dura, e piangevo. Mio padre decise allora di portarmi in ospedale. Quando il medico del pronto soccorso mi esaminò, mi aiutò a distendermi, tolse le spine che chiudevano la ferita e mi fece urinare. In questo modo, finalmente, mi sentii liberata dal dolore che provavo. Dopo due giorni, mia madre insistette perché fossi di nuovo cucita e chiamò un'altra levatrice. Piansi, e mi opposi, ma loro erano più forti di me e così la levatrice mi cucì di nuovo. Sentii di nuovo il dolore, ma non così forte com'era stato per il taglio della clitoride. Il quarto giorno dopo la seconda operazione, la levatrice tornò di nuovo e mi tolse le spine. Mi furono legate le gambe e così rimasi per parecchi giorni: per camminare dovevo usare come sostegno un bastone, e questo per altri giorni ancora. Ci vollero circa due settimane per urinare normalmente. Mia madre mi curava, puliva la ferita, vi applicava erbe, bruciava incenso sotto le mie gambe

e mi dava da mangiare il tradizionale *mug mad*, un miscuglio di cane secca e latte. Sette anni dopo la circoncisione sentii qualcosa di duro e spesso, sulla cicatrice dell'infibulazione. Era come una pallina. Andai da un medico per mostrargliela. Mi disse che non era nulla di serio e che a questa conseguenza molto comune si poteva rimediare con una piccola operazione. Fui ricoverata in ospedale, mi sottoposi all'operazione e mi ci volle una settimana per ristabilirmi completamente».

Ardo aggiunge che conosce molte ragazze e molte donne che continuano a soffrire a causa dell'infibulazione, e che aveva saputo di casi di ragazze morte a causa dell'emorragia seguita all'operazione, in particolare nelle zone rurali.

«Sai», dice, «la gente nasconde sempre questi incidenti».

Quando le è stato chiesto perché pensava che le donne dovessero essere sottoposte a tali torture, Ardo ha risposto:

«È un'usanza profondamente radicata nella nostra cultura, e la gente pensa che sia una operazione importante, per le donne, perché impedisce loro di essere 'troppo calde'. Le donne non circoncese non sono accettate nella nostra società. Com'è noto, l'infibulazione è un pre-requisito per il matrimonio, perché nessun uomo desidera avere una donna "supersessuata", che poi diventa infedele dopo il matrimonio. Nessuna famiglia vuole che la propria figlia sia troppo 'disinvolta' e essere motivo di vergogna. Così, per queste pesanti convinzioni, le madri si assicurano che le figlie siano circoncese e infibulate nel modo più ortodosso».

A proposito della sua vita matrimoniale, Ardo racconta:

«Ho sposato il mio primo marito a 15 anni ma non ho mai voluto bene a quell'uomo, che era troppo vecchio per me, avendo circa quarant'anni. La decisione era stata di mio padre, e mio marito mi era totalmente estraneo. All'epoca nessuno mi aveva parlato del matrimonio e di come si dovesse affrontare quella situazione. La sera delle nozze ci fu una grande cerimonia, con tutti i parenti e amici, miei e di mio marito. Mi furono regalate cose molto belle. Ma, al tempo stesso, quella fu anche la notte più terribile della mia vita. Quando fui lasciata sola con quello sconosciuto, per la prima volta nella mia vita mi sentii piena di timidezza e paura al tempo stesso, e non sapevo che cosa aspettarmi da questo marito che mi era del tutto estraneo. Le prime notti del mio matrimonio furono terribili e piene di paura. Nella regione del Benadir l'usanza vuole che sia l'uomo a defibulare la moglie con il pene, e sarebbe considerato

un insulto se per farlo usasse uno strumento, o se al suo posto lo facesse una levatrice, come succede nel nord della Somalia, eccetto in casi molto rari. Io mi rifiutai di sottomettermi a mio marito o di collaborare. Gridai e lottai, lo morsi fino a ferirlo. Dopo cinque giorni quell'uomo ancora non riusciva ad avere rapporti con me. E così fui costretta ad andare in ospedale, per fare aprire chirurgicamente la mia infibulazione. Mi venne un'infezione e mi ammalai per alcuni giorni, prima che l'uomo mi forzasse ancora. Non sono stata mai felice con quel primo marito e ho continuato a odiarlo e a lottare con lui tutte le volte che avevamo rapporti sessuali. Alla fine lo lasciai e mi rifiutai di tornare con lui fino a che accettò di divorziare. Con il secondo marito posso dire di essere stata più felice, perché questa volta ero stata io a scegliere. Raramente riesco a godere durante il rapporto sessuale con lui, perché ho ancora alcune riserve e un brutto ricordo di queste esperienze».

Ardo ha due figli, un maschio e una femmina. Dice che non farà infibulare la femmina, ma le farà praticare la *sunna*, e che non sarebbe d'accordo nel non praticare affatto la circoncisione alla figlia. Dice:

«Essendo mussulmani, non capisco perché non dovremmo praticare solo la *sunna*, che non comporta tutte le difficoltà e le complicazioni dell'infibulazione».

In conclusione Ardo si oppone e condanna la pratica dell'infibulazione, ma è a favore della forma più lieve, che considera un obbligo religioso.

9.1.3. Caso n. 3: Sahra

Sahra, 35 anni, madre di sei figli, quattro femmine e due maschi. Casalinga, priva di istruzione elementare. Suo padre era poliziotto, sua madre casalinga, anche lei analfabeta. Sahra ha sposato un impiegato statale di normale istruzione, successivamente divenuto un importante uomo d'affari. Era stata circonscisa da sola, all'età di sette anni. Racconta:

«Fu mia zia a decidere, perché avevo perso mia madre quando avevo quattro anni».

Quando le è stato chiesto di raccontare qualcosa sulla sua esperienza della circoncisione, risponde:

«Ho molto da dire in proposito, perché mi sono sottoposta a quell'operazione tre volte».

Racconta che era mattina presto quando arrivò la levatrice con i suoi strumenti per eseguire l'operazione. Ricorda:

«Sapevo di dover essere circoncisa perché mia zia continuava a dirmi che era ormai tempo, che era necessario che io mi purificassi; la circoncisione mi avrebbe aiutato a crescere bene, fino a diventare una bella ragazza robusta come mia sorella. Ebbi molta paura quando la levatrice aprì quel suo fagotto sporco e tirò fuori il coltello. Mi fu detto poi che si trattava di una lama di rasoio. Fui tenuta ben ferma e stretta e fui aiutata a distendermi da alcune donne amiche di mia zia e da alcune parenti. Quando mi aprirono le gambe e la levatrice iniziò l'operazione, sentii un gran dolore, urlai e lottai selvaggiamente, ma non riuscii a liberarmi. Dopo tutti questi anni ancora ricordo quel momento terribile e spaventoso. Quando quella brutale operazione terminò potevo ancora sentire le grida di gioia delle donne che ululavano tutto intorno a me. Poi ruppero un uovo sulla ferita, perché dicevano che avrebbe attenuato il dolore. Quindi spalmarono il *malmal* e altre erbe tradizionali. Nonostante tutte quelle erbe, continuai a sanguinare fino al momento in cui la levatrice tolse le spine. Allora il sangue si fermò e la donna applicò ancora altre erbe sulla ferita. Fui lasciata così per quattro giorni. Non mi portarono all'ospedale, ma mia zia e la levatrice mi curarono in casa. Quattro giorni dopo l'operazione tornò la levatrice con il suo coltello; fui di nuovo afferrata strettamente e poi reinfibulata con molte spine. Ero scossa, e tremavo di paura e di dolore. Di nuovo, all'età di dodici anni, mi fu detto che la mia infibulazione non era ben riuscita – cioè non era stretta abbastanza – e così dovetti sottopormi a un'altra operazione. Ero molto triste, per questo, ma mi dicevano che non sarei stata considerata una ragazza per bene se la vagina non fosse stata cucita in modo ben stretto; le ragazze della mia età avrebbero riso di me e spettegolato, e non avrei avuto nessuna speranza di sposarmi se non fossi stata infibulata nel modo giusto e in accordo con il costume tradizionale. Fu un'esperienza terribilmente dolorosa e fisicamente dura, ma dovetti forzarmi a subirla di nuovo. La terza operazione finalmente riuscì. Questa volta stetti molto attenta con i movimenti, perfino quando mi permisero di camminare. Anche mia zia ebbe per me molta attenzione. Per i primi tre giorni mi dettero un po' di brodo e del riso bollito con un po' di burro, perché non urinassi o defecassi frequentemente durante i giorni immediatamente seguenti all'operazione. Di solito, dopo la prima settimana, alle ragazze circonciise è dato del cibo migliore, come carne o latte, per aiutarle a riguadagnare le forze».

Quando è stato chiesto a Sahra se avesse mai avuto problemi con il ciclo mestruale, ha risposto che le sue mestruazioni erano sempre state molto dolorose, particolarmente prima del matrimonio.

«Vomitavo, avevo dei terribili dolori addominali e mal di testa, ma dopo il matrimonio, e in particolare dopo la nascita dei figli, le cose andarono molto meglio».

Quando le è stato chiesto di parlare del matrimonio e dei giorni immediatamente successivi, Sahra ha risposto:

«Quello fu un altro brutto periodo della mia vita. Due giorni dopo le nozze, verso le cinque del pomeriggio, arrivò la levatrice che aveva il compito di defibularmi. Naturalmente sapevo bene che cosa stava per succedermi, perché le amiche che si erano sposate prima di me mi avevano parlato delle sofferenze e del dolore che avevano accompagnato l'atto. Quando vidi la levatrice e le altre donne che mi aspettavano, finii di avere bisogno di andare al bagno. Lì mi chiusi a chiave e mi rifiutai categoricamente di uscire. Il mio atteggiamento rovinò tutto e l'appuntamento con la levatrice dovette essere spostato al giorno successivo. L'indomani mi dissero che se mi fossi rifiutata di sottomettermi all'operazione, avrebbero chiamato gli uomini, che mi avrebbero defibulata con la forza. L'indomani, dopo alcune ore di resistenza, cedetti, e mi sottomisi alla dolorosa operazione, perché avevo ancora più paura che fossero gli uomini a tagliarmi. Avevo sentito dire di alcune ragazze che erano fuggite via spaventate dopo le nozze ed erano state acchiappate e defibulate da un gruppo di uomini».

Sahra continua a parlare delle sue notti coniugali descrivendole come difficili, infelici, piene di paura, preoccupazione, insonnia, e a volte di vere e proprie colluttazioni con il marito per impedirgli di avere rapporti frequenti e per lei dolorosi. È stato poi chiesto a Sahra di parlare della sua attuale situazione coniugale. Dice di essere felice con suo marito, ma di odiare il rapporto sessuale, anche dopo 15 anni di matrimonio.

«Provo strane sensazioni verso il rapporto sessuale ma non riuscirei mai ad esprimerle. Non so se la freddezza che sento è dovuta alla circoncisione o ad altri fattori».

Sahra ha anche ricordato di avere avuto gravidanze molto difficili, e di aver sofferto molto, prima e dopo ciascun parto. Alla domanda se avesse fatto infibulare le sue figlie, risponde:

«Ho fatto infibulare le due figlie più grandi, ma non farò la stessa cosa per le più giovani».

Dice di essersi pentita di aver fatto infibulare le due figlie, e attribuisce la colpa della decisione alle pressioni esercitate su di lei dal marito.

«Mio marito dice che le ragazze debbono essere circoncese e infibulate», **commenta**, «e io so che si opporrà alla mia decisione di non fare infibulare le nostre figlie più piccole, ma io insisterò e non permetterò che lo faccia, qualunque conseguenza questo possa avere per loro in futuro».

Quando le è stato chiesto se ritiene che la pratica della infibulazione debba essere mantenuta, ha risposto:

«È una pratica brutale, per colpa della quale le donne soffrono per tutta la vita. Io non credo che si tratti di un obbligo religioso, ma la conseguenza della volontà dei maschi di controllare la volontà delle donne, come se fossero animali. Penso che sia arrivato il momento in cui le donne debbono unirsi e combattere insieme contro questa usanza vecchia e inutile».

10. Conclusioni

Giovanna Angela Carru, Elisa Pasqualone

10.1. MGF Europa

In molte parti del mondo le donne continuano a subire forme di discriminazione che negano loro il diritto alla parità di genere in tutti gli aspetti del vivere quotidiano. I primi interventi per cercare di abolire le MGF in Africa, di solito ad opera di missionari o autorità coloniali, risalgono alla metà del secolo scorso. La prima legge che le vietava fu emanata in Sudan nel 1946, ma non venne rispettata quasi da nessuno, essendo stata percepita come un ulteriore tentativo di dominazione da parte dei regimi coloniali. Tra gli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso, alcune coraggiose donne africane cominciano già nel loro paese d'origine – a schierarsi contro la pratica, giudicata inutile e gravemente nociva per la salute delle donne. A metà degli anni Settanta la questione comincia ad essere discussa anche in Occidente, grazie all'interessamento della stampa femminista, che ne denuncia il carattere di discriminazione contro le donne e il tentativo di controllo della sessualità femminile legato alla pratica. Nasce così in Francia, nel 1982, il GAMS (*Groupe de femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles*), la prima associazione che si occupa di combattere le MGF. Una associazione composta da gruppi di donne francesi, immigrate di seconda generazione, laureate in antropologia, sociologia, medicina, che iniziano a svolgere un minuzioso lavoro di informazione e formazione all'interno delle comunità africane residenti in Francia provenienti principalmente da Mali, Burkina Faso, Senegal, Mauritania e Costa d'Avorio. Negli stessi anni anche in Africa cominciano a formarsi le prime organizzazioni locali, guidate da coraggiose pioniere. Nel 1984 nasce l'*inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children* (IAC), la prima organizzazione

inter-africana contro le mutilazioni genitali femminili e altre pratiche tradizionali meno diffuse, quali ad esempio il *gavage* ovvero l'alimentazione forzata per far ingrassare le ragazze in età da marito, o il taglio dell'ugola diffuso in Etiopia. Oggi lo IAC comprende comitati locali in 26 dei 28 paesi africani dove il fenomeno è diffuso. Negli anni 70 l'OMS è la prima agenzia delle Nazioni Unite ad apporsi alla pratica; infatti nel 1979 organizza a Khartoum la prima conferenza sulle pratiche tradizionali nocive per la salute di donne e bambine: in questa occasione viene rifiutata, senza mezzi termini, la proposta di far svolgere la pratica a personale medico, per evitare infezioni, emorragie e altre conseguenze. L'opposizione dell'OMS alla medicalizzazione della pratica è netta e viene ribadita nel corso degli anni, anche se, per forza di cose, essa si imporrà in alcuni paesi quali Egitto, Kenya e Somalia. In queste zone, dove la pratica più diffusa è quella dell'infibulazione, l'intervento medico in ambienti asettici, in anestesia e con strumenti adeguati viene visto come un modo per evitare i rischi di morte o altre complicanze a breve o a lungo termine. I primi interventi di sensibilizzazione avvengono agli inizi degli anni Ottanta e puntano a evidenziare i rischi connessi alla pratica – emorragie, infezioni, morte – e le conseguenze negative per la salute delle donne nel corso della vita: difficoltà nelle mestruazioni, nei rapporti sessuali e nel parto, infezioni, cheloidi, cisti, fistole ostetriche – con la convinzione che una volta presa coscienza della situazione e dell'inutilità dell'operazione, la pratica sarebbe stata abbandonata. Il merito di aver imposto la questione all'attenzione politica della comunità internazionale, in particolare alle agenzie e istituzioni delle Nazioni Unite, in un primo tempo restie ad affrontarla per paura delle reazioni dei governi africani davanti a una condanna di tradizioni molto vive e rispettate, è delle Organizzazioni non governative (ONG) internazionali e africane composte da donne africane. Il periodo che va dal 1975 al 1985 viene dichiarato "Decennio delle Nazioni Unite per la donna". Nel 1980 si svolge a Copenaghen una importante conferenza per fare il punto della situazione su temi quali salute, educazione e occupazione. Per ciò che concerne le MGF risulta fin da subito chiara la delicatezza della questione che inizialmente prende il nome di "circoncisione femminile", per non urtare la sensibilità dei paesi in cui viene praticata e delle donne che l'hanno subita. In questo periodo si ha molta attenzione da parte dei mass media agli aspetti sensazionalistici, che danno maggiore importanza alle modalità della pratica, piuttosto che alle cause. Inizialmente anche molte delegate dell'Africa Occidentale che avevano assistito a molteplici e dure campagne contro la

inciso?

pratica non riescono a capire il motivo di tanto interesse, tendendo invece ad attribuire priorità alla mancanza di cibo e acqua potabile. Molti esperti impiegati nel settore si convincono che uno dei modi più efficaci per sostenere le donne africane attive in questo campo è il sostegno finanziario a progetti specifici e attività educative pianificate. Nel 1988 nel Parlamento di Mogadiscio, in Somalia, paese dove fino a qualche anno prima era proibito anche solo nominare l'infibulazione in pubblico, viene tenuta una conferenza internazionale indetta dalla Organizzazione Nazionale delle donne Somale e dall'AIDOS, l'Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo, per analizzare la situazione e promuovere altri progetti. Nello stesso anno l'OMS porta le MGF all'attenzione dei servizi sanitari di base e ufficialmente afferma che tali pratiche rappresentano una violazione dei diritti umani. Nel 1979 viene approvata la convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne; dieci anni più tardi viene promossa quella sui diritti dell'infanzia: entrambe proibiscono le mutilazioni genitali femminili, considerate discriminatorie e nocive nei confronti di donne e bambine. Negli anni Novanta, alla Conferenza di Vienna sui diritti umani (1993), alla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo (1994) e nella Conferenza di Pechino (1995) la prevenzione di tali pratiche entra nell'ambito di programmi che riguardano lo sviluppo sostenibile, i diritti riproduttivi e l'*empowerment* femminile. Da quel momento, il numero di operatori che scendono in campo per combattere questo fenomeno si allarga a dismisura, con un incremento delle organizzazioni che intervengono a livello locale, delle ONG, dei comitati spesso appoggiati dai governi e contemporaneamente aumentano i paesi africani che adottano leggi che vietano le MGF sperimentando nuovi progetti e strategie.

10.2. End of MGF

La campagna europea promossa da Amnesty International Irlanda, in collaborazione con altre ONG dell'Unione Europea, tra le quali AIDOS, è stata lanciata il 6 febbraio 2010, in occasione della Giornata internazionale per l'abbandono delle Mutilazioni Genitali Femminili.

La campagna ha avuto un momento di grande visibilità in occasione dell'appello con raccolta firme, lanciato da AIDOS e Amnesty International, per prevenire le MGF. La campagna ha avuto lo scopo di inserire le problematiche legate alle MGF fra i temi principali da affrontare nell'agenda dell'Unione Europea, dando voce alle donne vittime di tale



Fig. 10.1. La rosa cucita, simboleggia le MGF nella campagna di sensibilizzazione di Amnesty International.

pratica o fortemente a rischio. Secondo l'UNFPA, Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, ogni anno tre milioni di bambine e adolescenti nel mondo rischiano di essere sottoposte a questa pratica. Le MGF sono state ampiamente documentate in Africa, Asia e Medio Oriente ma attualmente sono state osservate anche in Europa, dove risiedono, secondo il Parlamento europeo, circa 500.000 donne che hanno subito MGF. Spesso infatti, ragazze residenti in paesi della comunità europea vengono condotte nei loro luoghi d'origine, ad esempio durante le vacanze estive, per essere mutilate. Le mutilazioni genitali costituiscono una violazione di diritti umani fondamentali. Attraverso azioni di *advocacy* presso le istituzioni dell'Unione Europea, la campagna vuole assicurare l'adozione di una strategia condivisa per fermare le MGF, fornire alle migranti con MGF un'assistenza adeguata, proteggendo le donne che fuggono dai paesi d'origine per paura di venire mutilate e promuovendo una mobilitazione internazionale che riconosca la necessità di unire le forze per porre fine alla pratica.

I punti-chiave proposti dalla strategia sono:

1. raccogliere dati sulla diffusione delle MGF in Europa;
2. fornire cure appropriate e adeguare i servizi sanitari alle esigenze delle donne che hanno subito le MGF in Europa;
3. migliorare i meccanismi di protezione contro la violenza verso le donne e i bambini;
4. individuare linee guida chiare per fornire asilo alle donne minacciate dalle MGF;

5. dare priorità all'abbandono delle MGF negli interventi di cooperazione allo sviluppo con i paesi terzi nei quali la pratica è prevalente.

A sostegno della strategia, la campagna ha mobilitato i parlamentari europei, in vista della creazione di un gruppo parlamentare informale sulle MGF. A tale scopo, il 25 novembre 2010 Amnesty International Irlanda ha lanciato la campagna di raccolta firme "END FGM" in 13 paesi europei. In Italia la campagna è stata realizzata con la collaborazione di AIDOS raccogliendo 20.487 firme. Numerose le adesioni di personaggi dello spettacolo e della politica che hanno voluto sostenere la campagna END FGM firmando il petalo di rosa, simbolo della campagna stessa.

10.3. Campagna "Stop FGM". Il Cairo 21-23 giugno 2003

AIDOS (Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo), NPSG (Non c'è Pace Senza Giustizia) e TAMWA (Tanzania Media Women Association), 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 per la realizzazione del seminario del Cairo. La campagna ha inteso aumentare la consapevolezza dell'opinione pubblica riguardo alla pratica delle MGF, inoltre ha avuto 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 allo scopo. La dichiarazione del Cairo tenuta in Egitto (dal 21 al 23 giugno 2003) ha chiesto 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 sottoscritto da numerose personalità internazionali e da migliaia di persone di tutto il mondo.



Fig. 10.2. Suggestiva immagine delle campagne contro le MGF.

10.4. L'impegno per eliminare le mutilazioni dei genitali femminili

La questione della permanenza di pratiche tradizionali dannose per la salute delle donne, comprese le mutilazioni dei genitali femminili, è stata portata all'attenzione della comunità internazionale grazie all'impegno delle Nazioni Unite, delle sue agenzie specializzate, dei suoi fondi e programmi, e grazie all'impegno della società civile, comprese le organizzazioni non governative. Nell'aprile del 1997, OMS, UNICEF e il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) hanno prodotto una dichiarazione congiunta sulle mutilazioni dei genitali femminili, per sostenere l'impegno dei governi e delle comunità verso la promozione e la tutela della salute e dello sviluppo di donne e bambine, al tempo stesso delineando strategie per eliminare la persistenza di questa pratica. L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato nel tempo diverse risoluzioni nelle quali esortava i governi a sradicare tali pratiche. Anche il Comitato per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne ha richiesto ai governi di abolire la pratica delle le mutilazioni dei genitali femminili, perché pone a grave rischio la salute e il benessere delle donne. Diversi paesi hanno già introdotto leggi specifiche finalizzate allo sradicamento della pratica delle mutilazioni dei genitali femminili e di altre pratiche dannose per la salute delle donne, e hanno lanciato, o continuato a lanciare, campagne di educazione e sensibilizzazione per promuovere riti di passaggio alternativi. Burkina Faso, Costa d'Avorio, Gibuti, Egitto, Ghana, Guinea, Senegal, Tanzania e Togo sono solo alcuni dei paesi che hanno adottato misure legislative per affrontare il dramma delle mutilazioni dei genitali femminili. In Eritrea, riforme del codice civile hanno vietato per legge tali mutilazioni e il matrimonio precoce. Diversi paesi in cui risiedono ampie comunità di immigrati che praticano le mutilazioni dei genitali femminili, come Australia, Canada, Nuova Zelanda, Regno Unito e Stati Uniti, hanno a loro volta varato leggi che vietano tali pratiche. A Ouagadougou, capitale del Burkina Faso, la città più grande dell'Africa per il suo centro culturale, economico e amministrativo, in occasione di un seminario per i membri dell'Unione Economica e Monetaria dell'Africa Occidentale, tenutosi nel maggio del 1999, i parlamentari, i Ministri di governo e i membri del Comitato Inter-Africano sulle pratiche tradizionali che danneggiano la salute di donne e bambini (IAC) hanno adottato la Dichiarazione di Ouagadougou. La Dichiarazione ha

chiesto l'adozione di leggi nazionali che condannino le mutilazioni dei genitali femminili, e la creazione di servizi speciali per il controllo dei flussi migratori dei circoncisori. Anche la prima Conferenza Ministeriale sui Diritti Umani dell'Organizzazione per l'Unità Africana (OAU), tenutasi nell'aprile del 1999 nell'isola di Mauritius, ha esortato gli Stati africani ad adoperarsi per l'eliminazione delle discriminazioni contro le donne e per l'abolizione delle pratiche culturali disumane e degradanti per le donne, le bambine e i bambini.

Allegati

Allegato 1

Questionario anonimo per infermieri e ostetriche

Gentile collega,

il presente questionario serve alla raccolta, anonima, di informazioni necessarie alla elaborazione di una tesi di laurea in Scienze Infermieristiche dal titolo: "Donne con MGF: come e perché" e una successiva pubblicazione scientifica. I dati saranno utili anche alla progettazione e attivazione di un progetto aziendale: "Percorso verde", per donne portatrici di MGF. Intervistare il personale infermieristico ed ostetrico è correlato alla probabilità che questi professionisti, per primi, si troveranno ad assistere donne con MGF con tutte le problematiche connesse, sia cliniche che psicologiche e sociali. Il risultato dell'analisi dei questionari sarà riportato in grafici e statistiche, utili a comprendere le difficoltà e il livello di conoscenza acquisita da parte del personale infermieristico e ostetrico. I dati saranno utilizzati nel rispetto delle disposizioni contenute nel codice deontologico e di buona condotta per il trattamento di dati personali per scopi statistici e di ricerca scientifica" nonché delle disposizioni previste dal decreto legislativo n. 322/1989 e successive modificazioni.

1. Età
2. Sesso: M F
3. Cittadinanza italiana altro
4. Titolo di studio conseguito
 - diploma di scuola superiore;
 - diploma universitario;

- laurea triennale;
 - laurea specialistica;
 - master;
 - tirocinante;
 - ostetrica;
 - altro
5. Anni di anzianità servizio
 6. È a conoscenza dell'esistenza di pratiche di mutilazione genitale femminile (MGF)?
Sì No
 7. È venuta a conoscenza delle MGF, per la prima volta, durante la sua attività professionale?
Sì No
 8. Conosce la normativa vigente sulle MGF?
Sì No
 9. Nella struttura di appartenenza è operante un protocollo di trattamento delle donne e bambine con MGF?
Sì No Non so
 10. Le è capitato di assistere con pazienti con MGF?
Sì No
 11. Quanti casi ricorda?
<10 >10
 12. Nell'interazione con queste pazienti ha avuto difficoltà?
Sì No
 13. Ha mai riscontrato problematiche psicologiche nelle donne e bambine con MGF?
Sì No
 14. In questi casi, ha indirizzato le donne e/o i loro familiari verso specialisti di altri servizi o nel suo stesso servizio?
Sì No
 15. Nell'assistere donne con MGF ha riscontrato problematiche cliniche particolari?
Sì No

16. Ha ricevuto richieste di de-infibulazione?

Sì No

17. Quali sono le motivazioni più frequenti per cui le pazienti hanno fatto richiesta di de-infibulazione?

scelta personale

parto

per complicanza

altro

18. Quali competenze ritiene dovrebbe acquisire per meglio assistere con queste pazienti?

conoscenza della lingua della paziente

conoscenza della cultura di appartenenza delle pazienti con MGF

conoscenza delle complicanze causate da MGF

conoscenza degli aspetti sociopsicologici

altro

19. Ritiene sia opportuna una maggiore formazione degli operatori rispetto al tema delle MGF?

Sì No

20. Se sì con quali modalità?

corsi di aggiornamento specifici

convegni

aggiornamento dei corsi universitari

opuscoli, depliant, materiale audio-visivo

altro

Allegato 2

Intervista anonima alle donne portatrici di MGF comunità somala di Roma

1. Età
2. Paese di nascita
3. Religione
4. Titolo di studio
5. Da quanto tempo è in Italia?
6. Lavoro nel proprio paese d'origine?
7. Lavora in Italia?
8. Ha avuto procedure MGF?
9. Se sì, a quanti anni?
10. Quali sono state le sue emozioni?
11. Nei giorni successivi all'intervento ha avuto complicazioni di salute?
12. Quali?
13. A distanza di tempo dall'intervento, ha avuto complicazioni di salute? Quali?
14. Cosa prova oggi, circa la modificazione che ha subito?
15. Ha riportato traumi a livello psicologico?
16. Come considera il suo corpo?
17. Farebbe praticare la modificazione dei genitali a sua figlia?
18. Ha avuto difficoltà di accesso ai servizi sanitari? (costi, imbarazzo, difficoltà di trasporto, comunicazione, procedure di prenotazione)
19. Ha mai fatto una visita ginecologica ed esami di screening?
20. Se sì, cosa ha provato?
21. Qual è stato il suo rapporto con medici ed infermieri?
22. È stata assistita adeguatamente?
23. Pur rispettando la propria cultura pensa che tali pratiche debbano essere evitate per tutelare la salute delle donne e delle bambine vista le gravi complicanze che ne possono derivare?
24. Cosa ritiene si possa fare per prevenire e contrastare le MGF?

Allegato 3

3.5: 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.

Allegato 4a

Giurisprudenza contro le MGF nei Paesi occidentali

I Paesi occidentali che, a seguito dei flussi migratori, hanno ospitato sul proprio territorio comunità provenienti da Paesi a tradizione escissoria, hanno costituito apparati normativi di seguito elencati, volti al contrasto della pratica della mutilazione genitale femminile sul proprio territorio.

4a.1 – Paesi con leggi specifiche

- **Svezia.** È stata la prima, tra le nazioni del mondo occidentale, ad adottare una legge che proibisce le MGF: legge n. 316 del 27 maggio 1982.
- **Gran Bretagna.** È in vigore lo *UK Female Genital Mutilation Act* dell'ottobre 2003, che ripropone con modifiche la legge del 1985. A questi provvedimenti si aggiunge il *Children Act* del 1989, che consente l'allontanamento del minore dalla famiglia qualora tale misura costituisca l'unica alternativa per la protezione del bambino, unitamente al divieto per i genitori di portare il minore all'estero.
- **Norvegia.** Dal 1998 la legge 74 del 15/12/1995 proibisce le MGF.

4a.2 – Paesi che proibiscono le MGF nell'ambito di norme contro la violenza sui minori, la violenza fisica in generale

- **Belgio.** La legge 28 novembre 2000 sulla protezione penale dei minori, reintroduce nel Codice di procedura penale, all'art. 29 sanzioni specifiche contro chi pratica MGF.
- **Francia.** Pur non avendo una norma specifica sulle MGF, a tale pratica è applicabile l'art. 312 del Codice penale, come sostenuto dalla Corte Costituzionale (20/08/1983).
- **Germania.** Anche in questo Paese sono applicati alle MGF gli articoli del Codice penale sulla violenza fisica (artt. 223, 224, 226), uno dei quali parla di "perdita di capacità di procreare", ma non nomina esplicitamente le MGF.
- **Olanda.** L'art. 11 della Costituzione stabilisce il diritto della persona all'integrità fisica, all'autodeterminazione e alla libertà dalla violenza fisica perpetuata da altri. Ogni violazione fisica non terapeutica

è considerata una violenza. L'ambiente medico e le organizzazioni femminili africane si sono opposti a una proposta governativa di autorizzazione di riti simbolici.

- **Spagna.** La legge organica 11/2003 del 29 settembre, che prevede misure in materia di sicurezza dei cittadini, di violenza domestica e d'integrazione sociale degli extracomunitari, prevede la modifica dell'art. 149 del Codice penale introducendo sanzioni specifiche contro chi pratica MGF.
- **Svizzera.** Il Codice penale punisce le pratiche di MGF, assimilabili a lesioni corporali gravi, quindi ritenute violazione dei diritti umani.
- **Australia.** La *Queen's Law Commission* del 1996 raccomanda di valutare le MGF come mutilazione e non come tradizione. Sei degli otto Stati dell'Australia hanno adottato leggi specifiche che proibiscono le MGF.
- **Canada.** L'art. 268 del Codice penale (1997), emendato dalla legge C-27 del 27 aprile 1997, comprende le MGF tra le lesioni aggravate. Dal 1993 sono in vigore le *Refugee Board Guidelines* che contemplano la possibilità per le donne di chiedere asilo per persecuzioni sulla base del genere. Tra queste è prevista la mancanza di protezione rispetto alle MGF.
- **Nuova Zelanda.** Le modifiche, in vigore dal 25 febbraio 2002, apportate al *Crimes Amendment Act* (1995), comprendono il divieto esplicito di pratiche di MGF.
- **Stati Uniti.** La Legge sull'immigrazione illegale – *Illegal Immigration Reform e Immigrant Responsibility Act* – vieta ogni pratica di MGF su minorenni. Alcuni Stati americani hanno adottato una legge ad hoc sulle MGF riconoscendole una forma di persecuzione basata sull'appartenenza di genere, pertanto riconoscendole come motivo valido per il riconoscimento dello status di rifugiato.

Allegato 4b

Giurisprudenza contro le MGF nei Paesi africani

Nonostante gli sforzi in termini di educazione e sostegno sanitario da parte dei paesi occidentali, le MGF continuano ad essere praticate in numerose società africane dove persino le stesse donne che la subiscono ne approvano la necessità. Molte Nazioni hanno approvato Leggi per

contrastare le pratiche tradizionali, che però trovano grandi difficoltà nella loro attuazione. Secondo un rapporto Unicef del 2013 oltre 125 milioni di ragazze e bambine sono state sottoposte a MGF, la maggior parte delle quali vive in 27 paesi dell’Africa e in due asiatici (cfr. § 3.4).

- **Benin.** La legge del 3 marzo 2003 condanna e punisce le pratiche di MGF.
- **Burkina Faso.** La legge n. 43/96/ADP del 13 novembre 1996, ha emendato il Codice penale, prevedendo all’art. 380 sanzioni per chiunque violi o tenti di violare l’integrità fisica degli organi genitali femminili e sanzioni più gravi in caso di morte.
- **Camerun.** Non vi è una specifica legge, ma gli artt. 277-281 del Codice penale possono essere usati anche nei casi di MGF.
- **Ciad.** La legge n. 6/PR/2002 concernente la promozione della salute prevede anche la proibizione delle MGF.
- **Costa D’Avorio.** Nel 1998 è stata approvata una legge che definisce mutilazione la violazione dei genitali femminili e prevede per queste pratiche sanzioni specifiche.
- **Djibuti.** Nel 1995 è stato emendato il Codice penale che, all’art. 333, punisce chi pratica le MGF.
- **Egitto.** Un decreto pubblicato nel 1996 dal Ministro della Sanità, proibisce le MGF; tale decreto nel 1997 è stato convalidato, dopo impugnazione, dalla Corte Costituzionale. La motivazione recita esplicitamente che la pratica non rientra nelle tradizioni islamiche. Una sentenza del Consiglio di Stato (dicembre 1997) vieta tali pratiche anche in presenza del consenso della giovane e dei suoi genitori.
- **Eritrea.** Un provvedimento del Governo di Asmara del 31 marzo 2007 punisce chiunque richieda, partecipi o promuova interventi MGF.
- **Etiopia.** La Costituzione del 1994 stabilisce che lo Stato deve proteggere le donne da pratiche e costumi nocivi, che, pertanto, sono proibiti.
- **Ghana.** La Costituzione del 1992 stabilisce che sono proibite tutte le pratiche che ledono il benessere fisico e mentale della persona. All’art. 39 rinalza stabilendo che sono abolite tutte le pratiche tradizionali dannose per la salute e il benessere della persona. Il Codice penale condanna esplicitamente le MGF.
- **Guinea.** Le MGF sono proibite dalla legge n. 2005 del febbraio 2006. La Costituzione, inoltre, contiene un articolo che sostiene il diritto

- all'integrità fisica della persona e condanna tutte le forme di trattamento inumano, ma nonostante ciò la percentuale delle donne privata di parte o di tutto il clitoride è stimata intorno al 95%.
- **Kenya.** Il *Chief Act* del 1982 sancisce l'illegittimità della pratica e punisce chi ne è responsabile. Il *Children Act* n. 8 del 2001 contiene inoltre un'esplicita condanna delle MGF.
 - **Mali.** Legge n. 02-44 del 24 giugno 2002 sulla salute riproduttiva proibisce le MGF, mentre l'ordinanza 04-019 incorpora nella legge il Protocollo di Maputo.
 - **Mauritania.** In Mauritania vige l'Ordinanza n. 2005-015, capitolo II art. 12 del Codice penale che proibisce le pratiche di MGF nei minori.
 - **Niger.** La legge n. 2003-025 ha emendato il codice penale, criminalizzando ogni forma di MGF.
 - **Nigeria.** Si stima che circa venti milioni di nigeriane abbiano subito la MGF. Non esisteva una legge federale, ma alcuni degli Stati federati hanno promulgato leggi specifiche di proibizione delle MGF. Il Presidente della Nigeria, Jonathan Goodluck, alle prese con il terrorismo islamico delle milizie Boko Haram, firma nel maggio 2015 la legge federale che condanna la pratica della mutilazione genitale femminile. Molte organizzazioni internazionali sperano in una sorta di effetto domino a seguito della straordinaria decisione presa dal più popoloso degli Stati africani. Alcuni osservatori però sottolineano l'unicità – almeno per il momento – del caso nigeriano, legato soprattutto alla fine del mandato presidenziale di Goodluck e al bisogno di un chiaro appoggio internazionale di fronte alla minaccia di Boko Haram, che per anni ha condotto una guerra civile nel Paese con migliaia di vittime e con il rapimento di giovani donne. Il movimento islamico, affiliatosi allo Stato Islamico, impone a queste donne, ragazze e bambine una condizione di pseudo-schiavitù, le converte con la forza del suo stesso nome. Boko Haram significa, in lingua hausa, una delle numerose lingue del paese, che "l'educazione occidentale è proibita". Quindi la legge promulgata nei confronti delle MGF in Nigeria può essere letta come uno strumento politico, utile ad attirare l'attenzione dei Governi in un momento di grande complessità per il paese.
 - **Repubblica Centro Africana.** Nel 1996 il Presidente emana un'ordinanza che proibisce le MGF, con l'obiettivo di conformarsi alla *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*.

- **Repubblica Democratica del Congo.** Non vi è una specifica legge, ma gli artt. 46-48 del Codice penale possono essere utilizzati anche nei casi di MGF.
- **Senegal.** Il Codice penale, rivisto nel gennaio 1990, prevede esplicitamente all'art. 299 che chiunque violi o tenti di violare l'integrità fisica degli organi genitali di una persona di genere femminile è soggetto alla punizione del carcere da 6 mesi a 5 anni.
- **Somalia.** La percentuale delle donne privata di parte o di tutto il clitoride è stimata intorno al 95%.
- **Sudan.** Nel 1946 è stata approvata una legge che proibiva l'infibulazione; aggiornata nel 1976 in modo meno restrittivo.
- **Tanzania.** Nel 1998 è stato modificato il Codice penale che stabilisce, all'art. 169A, sanzioni per chi pratica MGF su minori di diciotto anni.
- **Togo.** Nel n. 16 del 1998 è stata approvata una legge che prevede sanzioni per chiunque, pratici MGF e invita il servizio sanitario pubblico a fornire le cure eventualmente necessarie alle vittime.
- **Uganda.** La Costituzione del 1995 proibisce ogni legge, cultura, costume o tradizione contrarie alla dignità della persona, al benessere o all'interesse delle donne o che ne compromettono lo status.

Bibliografia

- [1] *Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement* – OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, WHO, Genève, (March 2008), p. 1
- [2] The Girl Child A/64/315, ONU, New York, 21 agosto 2009, par. 63, p. 16 A/64/315, ONU, New York, (21 august 2009), par. 63, p. 16
- [3] Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. Geneva, World Health Organization, 1997
- [4] STANLEY P, YODER, WANG S, ICF International (2013) Female Genital Cutting: The Interpretation of Recent Dhs Data. DHS comparative reports 33 United States Agency for International Development (USAID) www.dhsprogram.com
- [5] ROBERTSON C (1996) Grassroots in Kenia: Woman, Genital Mutilation, and Collective Action, 1920-1990 *Journal of Woman in Culture and Society* 1996; 21: (3), 615
- [6] The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females. Lexington, Massachusetts: WIN (Women's International Network) News, 1979 4th edition 1993
- [7] YODER PS, ABDERRAHIM N, ZHUZHUNI A (2004). Female genital cutting in the Demographic and Health Surveys: a critical and comparative analysis. Calverton, Macro International Inc
- [8] AHMADU F (2000). Rites and wrongs: an insider/outsider reflects on power and excision In: Shell-Duncan B, Hernlund Y, eds. Female "circumcision" in Africa: culture, controversy and change. Boulder, Colorado, Lynne Rienner: 283-312
- [9] Comité Inter-Africain (IAC). Rapport du Séminaire Régional sur les Pratiques Traditionnelles Ayant Effet sur la Santé des Femmes et des Enfants en Afrique, April 6-10 1987. Addis Ababa: CIAF/IAC, 1988
- [10] TOUBIA NAHID, EIMAN SHARIEF (2003), "Female Genital Mutilation: have we made progress?" (2003), *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82 pp. 251-61

- [11] YASIN BA, AL-TAWIL NG, SHABILANP, AL HADITHIT (2013) Female genital mutilation among Iraqi Kurdish women: a cross-sectional study from Erbil city BMC Public Health, 13:809 doi:10.1186/1471-2458-13-809.
- [12] www.aidos.it Mutilazioni dei genitali femminili (2000) AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo
- [13] 2005 United Nations Children's Fund (UNICEF), ISBN: 88-89129-29-8
- [14] GRUENBAUM, E. (1996) *The Cultural Debate over Female Circumcision: The Sudanese Are Arguing This One Out for Themselves*, in *Medical Anthropology Quarterly* n. 10, American Anthropological Association
- [15] JAQUELINE KI-ZERBO (2008) *Essere donne africane Protagoniste del cambiamento*. Solidarietà Internazionale, anno XIX, n. 3 (<http://www.gmagma.org/gma/wpcontent/uploads/2013/06/essere-donne-africane.pdf>)
- [16] KHADY K. MUTILATA. Vittima di un rituale crudele (Cairo Editore) 9 febbraio 2006
- [17] OBERMEYER, C. (1999) *The consequences of female genital mutilations: An up-date on the evidence*. *Culture Health and Sex*, September-October 2005; 7(5): 443-461
- [18] OBERMAYER, C. *Female genital surgeries: The Known, the unknown, and the unknowable*. *Medical Anthropology Quarterly* 13 (1): 79-105
- [19] ANIKA RAHMAN, NAHID TOUBIA, *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide*, New York: Zed Books, 2000, p. 10-11
- [20] YODER, P. STANLEY, PAPA OUSMANE CAMARA, BABA SOUMAORO (1999), *Female genital cutting and coming of age in Guinea*, Macro International Inc.
- [21] AIDOS (2000) Al fianco delle donne africane verso l'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili/escissione. Conoscere per prevenire. www.stopfgmc.org
- [22] AIDOS, NPSG, (2003) Norme legislative per la prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili. Atti del seminario afro-arabo di esperti, 21-23 giugno 2003, il Cairo, Roma
- [23] Brambilla G (2010) *Mutilazioni Genitali Femminili, la donna, la cultura, la bioetica*. Collana: Bioethica Genere: bioetica, condizione della donna ISBN: 978-88-95565-38-5
- [24] DI NOLA AM, (1970) Circoncisione, in *Enciclopedia delle Religioni*, 2° vol., Firenze, Vallecchi
- [25] LAUMANN EO, MASI CM, ZUCKERMAN EW, (1997) *Circumcision in the United States: Prevalence, Prophylactic Effects, and Sexual Practice* *Journal of the American Medical Association* 277 (1997): 1052-57
- [26] BETTELHEIM B, (1954) *Symbolic Wounds. Puberty rites and the envious male*. Glencoe, (IL): Free Press
- [27] REMONDINO PC (1981) *History of the circumcision from the earliest times to the present*, Philadelphia-London, Davis
- [28] www.emmabonino.it/campagne/stopfgm/cosa_sono.php

- [29] CATANIA L, HUSSEN ABDULCADIR O, ABDULCADIR J, ORLANDO V. (2013) Danni e le sequele delle mutilazioni dei genitali femminili (MGF). Azienda USL 5 Pisa Prevenzione e contrasto delle MGF
- [30] PASQUINELLI C. (2008). Infibulazione. Africa e Mediterraneo. Roma: Meltemi Editore
- [31] BANKS E, MEIRIK O, FARLEY T, AKANDEO, BATHIJA H, ALI M. (2006) *WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome; Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. Lancet 3; 367 (9525): 1835-41
- [32] ALEXIA LEWNES, (2005) Digest Innocenti Cambiare una convenzione sociale dannosa: la pratica dell'escissione/mutilazione genitale femminile Unicef <https://www.yumpu.com/it/document/view/15583680>
- [33] ELMUSHARAF S, ELHADI N, ALMROTH L. (2006) *Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study*. BMJ. 2006 Jul 15; 333 (7559): 124. Epub
- [34] BJÄLKANDER O, OBANGURA L, LEIGH B, BERGGREN V, BERGSTRÖM S, ALMROTH L (2012) *Health complications of female genital mutilation in Sierra Leone* Int. J Womens Health.; 4: 321-331
- [35] BIM ADEWUNMI (2014) *Nigeria's bride price Cause of controversy*, [www.independent.co.uk](http://www.independent.co.uk/news/world/africa/bride-price-app-that-allows-women-to-calcu-late-their-dowry-has-caused-controversy-in-nigeria-9456861.html) (accessibile in <http://www.independent.co.uk/news/world/africa/bride-price-app-that-allows-women-to-calcu-late-their-dowry-has-caused-controversy-in-nigeria-9456861.html>)
- [36] BARBERI, L (2005). Amore negato. Società multietnica e mutilazioni genitali femminili. Torino: Ananke
- [37] Calverton, MD Central Statistic Agency Ethiopia e ORC Macro, (2006) Ethiopia Demographic and Health Survey 2005, ORC Macro, pp. 252-254
- [38] UNICEF 2011 Le dinamiche del cambiamento sociale verso l'abbandono dell'escissione/Mutilazione dei genitali femminili in cinque paesi africani
- [39] EL-ZANATY F, WAY A, (2008) *Egypt Demographic and Health Survey*, Ministero della Salute, Macro International, Il Cairo, 2009, p. 201
- [40] Calverton, MD (2010) *Kenya National Bureau of Statistics (KNBS) and ICF Macro*, Kenya Demographic and Health Survey 2008-09, Kenya National Bureau of Statistics and ICF Macro, p. 266
- [41] ISSUU *Towards the Abandonment of Female Genitals* issuu.com/unicefnorge/docs/towards
- [42] FUSASCHI M (2003) I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili. Torino: Bollati Boringhieri
- [43] BALLAS CABANE C (2008) *La Coupure. L'excision oules identités douloureuses*, La Dispute/SNÉDIT, Parigi
- [44] DEGANI P, DE STEFANI P, URPIS O (2009) *Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani. Rapporto di ricerca nelle regioni Veneto e Friuli Venezia Giulia*, AIDOS, ADUSU, Culture Aperte, Roma

- [45] LEWNES A (2005) Digest Innocenti, "Cambiare una convenzione sociale dannosa: la pratica della escissione/mutilazione genitale femminile" Unicef, Firenze
- [46] INGRAO C, SCOPPA C, (2001) AIDOS, Goonesekere, Savitry Il rispetto dei diritti come strumento fondamentale per realizzare l'eguaglianza fra i sessi. Roma
- [47] HERNLUND Y, SHELL-DUNCAN B (2007) *Transcultural Bodies. Femal Genital Cutting in Global Context*, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey
- [48] JOHNSDOTTER S (2003) *Somali Women in Western Exile: Reassessing Female Circumcision in the Light of Islamic Teachings*, Journal of Muslim Minority Affairs, vol. 23, n. 2
- [49] JOHNS DOTTER S (2004) Mutilazioni genitali femminili tra le donne immigrate nei paesi occidentali: le stime del rischio sono attendibili? In: Corpi e simboli, a cura di Aldo Morrone e Pietro Vulpiani, Armando Editore, Roma
- [50] LE JEUNE G, MACKIE EG (2009) *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A New Look at the Theory*, Innocenti W.P. UNICEF
- [51] PASQUINELLI C (2000) Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili. Una ricerca in Italia, AIDOS, Roma
- [52] PETIT V, CARILLON S (2007) *Société, familles et individus face à une "question de femmes". Déconstruire et analyser les décisions relatives à la pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti*, Pop Inter per UNFPA e UNICEF, Parigi
- [53] SCOLART D (2004) *Le mutilazioni genitali femminili e la shari'a*, in corpi e simboli. Armando Editore, Roma
- [54] MAKHLOUF OBERMEYER C (1999) *Femal Genital Surgeries: The Known, the Unknown, and the Unknowable*, in Medical Anthropology Quarterly n. 13, American Anthropological Association
- [55] United Nations, General Assembly (2016) *Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations. Report of the Secretary-General*. (accessibile in http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/71/209)
- [56] World Health Organization – WHO. (2000) *Management of pregnancy, childbirth and the post-partum period in the presence of female genital mutilation: report of a WHO technical consultation*, in: WHO. Female Genital Mutilation; a handbook for frontlines workers. WHO: Genève
- [57] World Health Organization - WHO (2001). *Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Report of a WHO Technical Consultation*. Genève
- [58] GRASSIVARO, GALLO P, VIVIANI F (2005) *Alle radici delle Modificazioni Etniche dei Genitali Femminili*. In: Corpi e simboli. Immigrazione sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa. Armando Editore Press, p. 113

- [59] Changing a harmful social convention: *Female genital mutilation/cutting* (2005) Innocenti Digest, UNICEF
- [60] CATANIA L, ABDULCADIR OH (2006) Il Medico di Medicina Generale e le MGF. *Aggiornamento Medico*, Vol. 30 n. 8
- [61] CATANIA L, Abdulcadir OH (2005) Ferite per sempre. Le mutilazioni dei genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo. Ed. Derive e Approdi, Roma p. 182-183
- [62] CARRU GA, CHIARETTI M, *Vivere la morte nelle varie religioni: un momento di mediazione interculturale* (2009), Nuova Cultura, 302 pp. ISBN: 8861342884, ISBN-13: 9788861342880
- [63] BJÄLKANDER, O., BANGURA, L., LEIGH, B., BERGGREN, V., BERGSTRÖM, S., & ALMROTH, L. (2012). *Health complications of female genital mutilation in Sierra Leone*. *International Journal of Women's Health*, 4, 321-331.
- [64] OBARA BOSIRE T. (2014) *Politics of Female Genital Cutting (FGC), Human Rights and the Sierra Leone State: The Case of Bondo Secret Society*. Cambridge Scholars Publishing.
- [65] MORELATO C, (2004) *Diritti umani al femminile la mutilazione genitale femminile quale violazione dei diritti umani fondamentali*. Tesi di laurea vincitrice della quinta edizione del premio alla memoria dell'avv. Guido Cervati per la migliore tesi di laurea sui diritti dell'uomo. (accessibile online su <http://www.dirittiuomo.it/sites/default/files/DIRITTIUMA-NIFEMMINILE.pdf>)
- [66] FUSASCHI M (2003) *I segni del corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*. Bollati Boringhieri, Torino, pp. 28-30.
- [67] BRAMBILLA G (2010) *Mutilazioni Genitali Femminili, la donna, la cultura, la bioetica*. Collana: Bioethica Genere: bioetica, condizione della donna ISBN: 978-88-95565-38-5.
- [68] LIGHTFOOT-KLEIN H. (1989) *Rites of purification and their effects: Some psychological aspects of female circumcision and infibulation (Pharaonic Circumcision) in Afro-Arab Islamic Society (Sudan)*. *Journal of Psychology and Human Sexuality* 1989; 2(2): 79-91.
- [69] The Women's Health Council. (2014) *Female Genital Mutilation/Cutting. A Literature Review*. (accessibile online su <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/fgm.pdf>)
- [70] SCOLART D (2004) *Le mutilazioni genitali femminili e la shari'a*, in *Corpi e simboli*. A cura di Aldo Morrone e Pietro Vulpiani, Armando Editore, Roma.
- [71] BARBERI, L. (2005). *Amore negato. Società multi-etnica e mutilazioni genitali femminili*. Torino: Ananke.
- [72] EL-ZANATY F, WAY A. *Egypt Demographic and Health Survey 2008*, Ministero della Salute, El-Zanaty e Associati, e Macro International, Il Cairo, 2009, p. 201.
- [73] Institut National de la Statistique Ministère du Plan, Conakry, Guinée. (2013) *Guinée. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples*

- (EDS-MICS) 2012. (accessibile online su <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf>)
- [74] BARSOUM, GHADA et al. (2008) *Mid-Term Evaluation and Documentation of the FGM-Free Village Model Project*, Population Council, Cairo, 3 giugno 2008, p. 83.
- [75] LEININGER M, MCFARLAND, MR (2004). *Infermieristica transculturale*. CEA. ISBN 978-8808-08687-7
- [76] United to End FGM www.uefgm.org/Course.aspx
- [77] Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi nei quali vengono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile al fine di realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche (art. 4 – legge n. 7 del 2006).
- [78] CATTANEO ML. *Elementi di base della clinica transculturale*. In: Quaderno di formazione alla clinica transculturale. Milano: Comune di Milano e Cooperativa Sociale Crinali Onlus;2006.
- [79] GEORGE JB (1995) *Le teorie del nursing. Le basi per l'esercizio professionale*, Torino, Utet.
- [80] LEININGER, M. (Ed.). (1979). *Transcultural nursing: Proceedings from four transcultural nursing conferences*. New York: Masson
- [81] BOGALE D, MARKOS D, KASO M. *Prevalence of female genital mutilation and its effect on women's health in Bale zone, Ethiopia: a cross-sectional study*. BMC Public Health. 2014 Oct 16; 14:1076
- [82] National Research Council (US) Panel on Reproductive Health; Tsui AO, Wasserheit JN, Haaga JG, editors. *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1997
- [83] TEUFEL K, DÖRFLER DM. *Female genital circumcision/mutilation: implications for female urogynaecological health*. Int. Urogynecol J. 2013 Dec; 24(12):2021-7
- [84] OKONOFUA FE, LARSEN U, ORONSAYE F, SNOW RC, SLANGER TE: *The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynecological morbidity in Edo State, Nigeria*. BJOG 2002; 109:1089-1096
- [85] PURCHASE TC, LAMOUDI M, COLMAN S, ALLEN S, LATTHE P, JOLLY K. *A survey on knowledge of female genital mutilation guidelines*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013 Jul; 92 (7):858-61
- [86] World Health Organization: *WHO leads action against female genital mutilation*. World Health Forum 1994 15:416.111
- [87] MSUYA SE, MBIZVO E, HUSSAIN A, SUNDBY J, SAM NE, STRAY-PEDERSEN B: *Female genital cutting in Kilimanjaro, Tanzania: changing attitudes?* Tropical Med Int Health 2002; 7:159-165

- [88] HOWSON, C.P., P.F. HARRISON, D. HOTRA, AND M. LAW, eds. *In Her Lifetime: Female Morbidity and Mortality in Sub-Saharan Africa*. Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press 1996
- [89] FREEMAN EE, WEISS HA, GLYNN JR, CROSS PL, WHITWORTH JA, HAYES RJ: *Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*. *AIDS* 2006; 20:73-83
- [90] ATASHILI J, POOLE C, NDUMBE PM, ADIMORA AA, SMITH JS: *Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies*. *AIDS* 2008; 22:1493-1501
- [91] MUTEMBEI IB, MWESIGA MK. *The impact of obsolete traditions on HIV/AIDS rapid transmission in Africa: The case of compulsory circumcision on young girls in Tanzania*. (Abst. 23473). Int Conf on AIDS 1998; 12: 436
- [92] DIOUF K., NOUR N. *Female genital cutting and HIV transmission: is there an association?* Am J Reprod Immunol 2012
- [93] ELMUSHARAF S, ELKHAIDIR I, HOFFMANN S, ALMROTH L. *A case-control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infection in Sudan*. *BJOG*. 2006 Apr; 113(4):469-74
- [94] AMODU OC, SALAMI B, RICHTER S. *Obstetric fistula and sociocultural practices in Hausa community of Northern Nigeria*. *Women Birth*. 2017 Mar 7. pii:S1871-5192(17)30076-8.
- [95] VAROL N, DAWSON A, TURKMANI S, HALL JJ, NANAYAKKARA S, JENKINS G, HOMER CS, MCGEECHAN K. *Obstetric outcomes for women with female genital mutilation at an Australian hospital, 2006-2012: a descriptive study*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Oct 28;16(1):328.
- [96] GAYLE C, RYMER J. *Female genital mutilation and pregnancy: associated risks*. *Br J Nurs*. 2016 Sep 22;25(17):978-983
- [97] MINSART AF, N'GUYEN TS, ALI HADJI R, CAILLET M. *Maternal infibulation and obstetrical outcome in Djibouti*. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015;28(14):1741-6.
- [98] SUNDAY-ADEOYE I, SEROUR G. *Management of health outcomes of female genital mutilation: Systematic reviews and evidence syntheses*. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017 Feb;136 Suppl 1:1-2.
- [99] ABRAMOWICZ S., ODEN S., JOUTEL N., ROMAN H., GROMEZ A., MARPEAU L. (2013) *Laparoscopic creation of a neovagina by Vecchiotti's technique: anatomic and functional results*. *Gynecol Obstet Fertil*. 2013 Jan;41(1):4-9
- [100] KAPLAN A, HECHAVARRÍA S, MARTÍN M, BONHOURE. *Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action*. *Reprod Health*. 2011 Oct 3; 8:26
- [101] IMPERIALE L, MARCHETTI C, SALERNO L, IADAROLA R, BRACCHI C, VERTECHY L, DI FRANCESCO L, MUSELLA A, BEVILACQUA E, PENNESI P, PALAIA I, PANICI PB. (2014) *Non absorbable suture granuloma mimicking ovarian cancer recurrence at combined positron emission tomography/ computed tomography evaluation: a case report*. *J Med Case Rep*. 2014 Jun 18; 8:202.

- [102] DONG X, XIE Z, JIN H (2015) *Comparison study between Vecchietti's and Davydov's laparoscopic vaginoplasty in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome* *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2015 Apr; 50(4):278-82
- [103] BOGALE D, MARKOS D, KASO M (2014) *Prevalence of female genital mutilation and its effect on women's health in Bale zone, Ethiopia: a cross-sectional study*. *BMC Public Health*; 14:1076
- [104] KAPLAN A, HECHAVARRÍA S, MARTÍN M, BONHORE. *Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action*. *Reprod Health*. 2011 Oct 3; 8:26.
- [105] HOWSON, C.P., P.F. HARRISON, D. HOTRA, AND M. LAW, eds. *In Her Lifetime: Female Morbidity and Mortality in Sub-Saharan Africa*. Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press 1996
- [106] DIRIE MA, LINDMARK G. *The risk of medical complications after female circumcision*. *East Afr Med J*. 1992; 62:479-482.
- [107] MUTEMBEI IB, MWESIGA MK. *The impact of obsolete traditions on HIV/AIDS rapid transmission in Africa: The case of compulsory circumcision on young girls in Tanzania*. (Abst 23473). *Int Conf on AIDS 1998*; 12:436.
- [108] RUSHWAN H. *Etiologic factors in pelvic inflammatory disease in Sudanese women*. *Am J Obstet Gynecol*. 1980 Dec 1; 138(7 Pt 2):877-9.
- [109] EL DAREER A. *Complications of female circumcision in the Sudan*. *Trop Doct* 1983; 13:131-133
- [110] EL MUSHARAF S, ELKHALID I, HOFFMANN S, ALMROTH L. *A case-control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan*. *BJOG*. 2006 Apr; 113(4):469-74.
- [111] BRADY M. *Female genital mutilation: complications and risk of HIV transmission*. *AIDS Patient Care STDS*. 1999 Dec;13(12):709-16.
- [112] MORRISON L, SCHERF C, EKPO G, PAINE K, WEST B, COLEMAN R, WALRAVEN G. *The long term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey*. *Tropical Med Int Health* 2001; 6:643-653.
- [113] FREEMAN EE, WEISS HA, GLYNN JR, CROSS PL, WHITWORTH JA, HAYES RJ. *Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*. *AIDS* 2006; 20:73-83.
- [114] PEPIN J, PLAMONDON M, ALVES AC, BEAUDET M, LABBE AC. *Parenteral transmission during excision and treatment of tuberculosis and trypanosomiasis may be responsible for the HIV-2 epidemic in Guinea Bissau*. *AIDS* 2006; 20:1303-1311.
- [115] DIOUF K., NOUR N *Female genital cutting and HIV transmission: is there an association?* *Am J Reprod Immunol* 2012
- [116] ATASHILI J, POOLE C, NDUMBE PM, ADIMORA AA, SMITH JS. *Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies*. *AIDS* 2008; 22:1493-1501.

- [117] MSUYA SE, MBIZVO E, HUSSAIN A, SUNDBY J, SAM NE, *Stray-Pedersen B: Female genital cutting in Kilimanjaro, Tanzania: changing attitudes? Tropical Med Int Health* 2002; 7:159-165.
- [118] National Research Council (US) Panel on Reproductive Health; Tsui AO, Wasserheit JN, Haaga JG, editors. *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1997.
- [119] OKONOFUA FE, LARSEN U, ORONSAYE F, SNOW RC, SLANGER TE: *The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynecological morbidity in Edo State, Nigeria. BJOG* 2002; 109:1089-1096.
- [120] TEUFEL K, DÖRFLER DM. *Female genital circumcision/mutilation: implications for female uro gynecological health. Int Urogynecol J.* 2013 Dec; 24(12):2021-7.
- [121] PURCHASE TC, LAMOUDI M, COLMAN S, ALLEN S, LATTHE P, JOLLY K. *A survey on knowledge of female genital mutilation guidelines. Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013 Jul; 92(7):858-61.
- [122] *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani* ONU New York 10/12/1948, www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/itn.pdf
- [123] *Convenzione ONU sui Diritti dell'infanzia* Nazioni Unite ONU New York 20 novembre 1989, www.minori.it/convenzione-onu-1989; www.unicef.it
- [124] *Convenzione sulla eliminazione di ogni forma di discriminazione della donna (CEDAW)* (1979)
- [125] unipd-centrodiritiumani.it *Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo* (30/09/1990) redatta dagli Stati membri dell'Organizzazione dell'Unità Africana
- [126] www.volint.it/scuolevis/dirittiumani/DirittiUmani.rtf *Carta africana dei diritti umani e dei popoli* redatta dalla Commissione africana dei diritti dell'uomo e dei popoli entrata internazionalmente in vigore nel 1981
- [127] www.penalecontemporaneo.it *Convenzione ONU contro la tortura e altri trattamenti e punizioni disumani e degradanti ai prigionieri e dei detenuti* ONU New York 10/10/1989
- [128] www.glnbi.org *Protocollo aggiuntivo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti delle donne in Africa* (Maputo 2003)
- [129] www.fides.org/.../39469.0AFRICA_I_danni_del_Protocollo_di_Maputo adottato dall'Unione Africana 15/10/ 2013
- [130] *Raccomandazione sull'uguaglianza dell'uomo e della donna nel matrimonio e nella famiglia* del 09/01/2006 (ad integrazione del CEDAW 1994) www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf
- [131] *Dichiarazione congiunta Oms, Unicef, Unfpa* 1996 www.chittalink.it
- [132] *La tutela della vita privata nel bilanciamento con altri valori* www.cortecostituzionale.it/documenti/.../STU_190_Vita_privata.pdf
- [133] *Il delitto di lesioni*, www.ordet.it/ius/lesioni.htm
- [134] www.brocardi.it/costituzione/parte-i/titolo-i/art13.html

- [135] www.diritto.it/docs/27909-brevi-note-sull-art-32-cost
- [136] www.brocardi.it/codice-civile/libro-primotitolo-i/art5.html
- [137] www.brocardi.it (artt. 2043-2059) Codice Civile. La determinazione del risarcimento del danno
- [138] Art. 1, Legge 7/06, GU n. 14, 18 Gennaio 2006. Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile, "Legge Consolo".
- [139] Codice Penale nell'art. 582 e 583 lesioni personali e danno estetico. www.lucidi.net/Download.aspx?nFILE=LEGGI/CP/...ART_583_CP.pdf
- [140] Decreto Ministero Salute 17.12.2007 Linee guida destinate alle figure professionali che operano con le comunità d'immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche
- [141] Art. 604 CP. Fatto commesso all'estero. Le disposizioni di questa sezione, e quelle previste negli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater e 609-quinquies, si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano, ovvero in danno di cittadino italiano, ovvero dallo straniero in concorso con cittadino italiano. In quest'ultima ipotesi lo straniero è punibile quando si tratta di delitto per il quale è prevista la pena della reclusione non inferiore nel massimo a cinque anni e quando vi sia richiesta del Ministro di grazia e giustizia
- [142] simonaoberhammer.com/197-infibulazione-cucite-da-bambine
- [143] African Commission on Human and Peoples' Rights. (2003) *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa* (accessibile online su http://www.achpr.org/files/instruments/womenprotocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf)
- [144] BRENDA KOMBO, RAINATOU SOW, FAIZA JAMA MOHAMED. (2013) *Journey to equality: 10 years of the protocol on the rights of women in africa*. Equality now (accessibile online su http://www.equalitynow.org/sites/default/files/MaputoProtocol_JourneytoEquality.pdf)
- [145] Decreto Ministero Salute 17.12.2007 Linee guida destinate alle figure professionali che operano con le comunità d'immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.
- [146] GIUGLIANO A, COLUMBU F *Mutilazioni genitali femminili, tra cultura e diritti umani: il ruolo dell'infermiere pediatrico*, Tesi di Laurea in Infermeristica Pediatrica AA. 2011-2012 Sapienza Università di Roma
- [147] Infibulazione per tutte le donne in Siria e Iraq | Diritti delle donne www.pianetadonna.it/.../infibulazione-donne-siria-iraq-stato-islamico.ht

- [148] PASQUINELLI C 28/11/2004 *Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili*. http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_1_temi/g_indice_per_temi/mutilaz_genitali_femm/a_aspet...
- [149] HAMID AL-BASHIR IBRAHIM, *Diritti: L'infibulazione non è Islam* <http://www.comedonchisciotte.net> 26/06/2004 EL ?
- [150] ORKIDA X., PIAZZA M., tesi di laurea *Deinfibulazione genitale femminile* http://www.amnesty.it/minori/mitilazoni_genitali.php3 28/11/2004
- [151] ODENT M. (2012) *Nascere nell'era della Plastica*, Terranova Edizioni Firenze
- [152] Di Fabio A *Counseling dalla teoria all'applicazione*, Giunti Editore, Firenze 2015
- [153] GIUGLIANO A Articoli giornalistici su "Un pediatra per amico" EDIFARM, Gennaio 2005
- [154] Codice Deontologico Infermieristico Collegio Nazionale IPASVI,
- [155] TORTOLICI B., STIVANO A., *Antropologia e nursing. Due mondi che si incontrano*. 2009 Collana: Carocci Faber Professione infermieristica ISBN: 9788874662494
- [156] ALETTO L., DI LEO L., *Nursing nella società multiculturale. Guida per l'infermiere*. 2008 Collana: Carocci Faber Professione infermieristica ISBN: 9788874660414
- [157] BANKS E., MEIRIK O., FARLEY T., AKANDE O., BATHIJA H., ALI M. *WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. *Lancet*, 2006 Jun 3; 367 (9525):1835-41
- [158] ELMUSHARAF S, ELHADI N, ALMROTH L. *Reliability of self-reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study*. *BMJ*, 2006 Jul 15; 333 (7559):124
- [159] NOUR NM, MICHELS KB, BRYANT AE. *Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function*. *J Obstet Gynecol*, 2006 Jul; 108 (1): 55-60
- [160] GIUGLIANO A *Promozione della fisiologia in ostetricia*", Progetto Spazio Donna Centro di Riferimento per la Gravidanza Fisiologica Atti Convegno Nazionale di Andria, Perugia 14-15 ottobre 2002
- [161] GIUGLIANO A, PURIFICATO F *Parto a domicilio: un'alternativa possibile. Valutazione dell'outcome materno e fetale e confronto con il parto ospedaliero*, tesi di laurea in Ostetricia, A.A. 2011-2012, Sapienza Università di Roma
- [162] BALASKAS J., MCKECHNIE L. *Manuale del parto attivo*, RED Edizioni, Milano 2003 ISBN: 9788874470495
- [163] KITZINGER S *Il bambino, l'attesa e la nascita*, Mondadori, Milano 1998
- [164] REICH W. (1994) *Bambini del Futuro*, Sugarco Edizioni, Milano
- [165] COLOMBO E., *Le società multiculturali*, Carocci, Roma 2015, Collana: Quality paperbacks (345) ISBN: 9788843057894
- [166] MANARA D., *Infermieristica interculturale*, Carocci, Roma 2009 Collana: Carocci Faber Professione infermieristica ISBN: 9788874660933

- [167] GIOVANNI XXIII *Pacem in Terris* (11 aprile 1963) w2.vatican.va/content/john-xxiii/.../hf_j-xxiii_enc_11041963_pacem.ht... *Pacem in Terris*
- [168] SARACINO M. A. (1982), "Le mutilazioni sessuali in Somalia. Le donne raccontano", *nuova DWF donnawomanfemme*, n. 22, 1982, pp. 129-14
- [169] DUALE, R. H., (1981). *Female Circumcision and Infibulation in Somalia*, London, Zed Press
- [170] MOHAMMED M., SAID A., ABDISAMAD M., (1982). *La circoncisione femminile in Somalia*, tesi di laurea in Medicina e Chirurgia, Facoltà di Medicina, Università Nazionale Somala di Mogadiscio, 1982
- [171] SCARCIA AMORETTI B. M., (1976) *Donna e Islam. Note metodologiche e introduttive*, in "DWFdonnawomanfemme", n. 3, 1976, pp. 55-77

Sitografia

www.africa-union.org

Unione Africana, già Organizzazione per l'Unità Africana

www.aidos.it

www.amnesty.it

Amnesty International sezione italiana

www.associazionenats.org

Niños y Adolescentes Trabajadores / Bambini e adolescenti lavoratori

www.azzurro.it

Sito web di Telefono Azzurro

www.bambinisoldato.it

Coalizione Italiana per fermare l'uso dei bambini soldato nel mondo

www.camina.it

Rete delle città amiche dell'Infanzia e dell'adolescenza

www.campagnamine.org

Campagna Italiana contro le mine onlus

www.cepadu.unipd.it

Sito web del Centro di studi e di formazione sui diritti della persona e dei popoli dell'Università di Padova

www.cgil.it

Confederazione Generale Italiana del Lavoro

www.child-soldiers.org

Coalition to Stop the Use of Child Soldiers / Coalizione Internazionale per fermare l'uso dei bambini soldato

www.childtrafficking.org

Child Trafficking Research Hub / Polo di Ricerca sul commercio e traffico dei bambini

www.coe.int

Sito web del Consiglio d'Europa

- www.commissioneadozioni.it
Commissione per le Adozioni Internazionali, autorità centrale italiana per l'adozione internazionale
- www.crimesofwar.org
Sito sui crimini di guerra e contro l'umanità
- www.crin.org
Child Rights Information Network / Rete d'informazione sui diritti dei bambini
- www.cyberschoolbus.un.org/mdgs/
- www.dirittiumani.donne.it
- www.dirittominorile.it
"Rivista di diritto minorile", periodico interdisciplinare a tutela dei minori
- www.echr.coe.int
Sito web della Corte Europea dei diritti umani
- www.ecpat.it
ECPAT (End Child Prostitution, Pornography and Trafficking) Italia, contro lo sfruttamento dei minori quale nuova forma di schiavitù
- www.edcities.org
Asociación Internacional de Ciudades Educadoras / Associazione internazionale delle città educative
- www.edf.unicall.be
Sito web del Forum europeo delle persone disabili
- www.eige.europa.eu/sites/default/files/documents/current_situation_and_trends_of_female_genital_mutilation_in_italy_0.pdf
- www.endcorporalpunishment.org
Global initiative to end all corporal punishment of children / Iniziativa globale contro le punizioni corporali sui bambini
- www.endfgm.it
- www.eumc.eu.int/eumc/index.php
*European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (EUMC)
Centro europeo di monitoraggio sul razzismo e la xenofobia*
- www.fondfranceschi.it
Dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza
- www.freethechildren.org
Rete internazionale dei bambini
- www.globalexchange.org
Global Exchange, Organizzazione internazionale in difesa dei diritti umani
- www.globalmarch.org
La marcia mondiale contro lo sfruttamento minorile
- www.hri.ca
Motore di ricerca specializzato in diritti umani

www.hrw.org

*Human Rights Watch, Osservatorio per la difesa dei diritti umani
con base negli USA*

www.icbl.org

*International Campaign to banlandmines / Campagna internazionale
per la messa al bando delle mine antipersona*

www.ilo.org

International Labour Organisation (ILO) / Organizzazione Mondiale del Lavoro

www.infermieristicatransculturale.com

www.infomedi.it/adel_jabbar_multiculturalismo.htm.

www.iom.int

*International Organization for Migrations / Organizzazione Internazionale
per le migrazioni*

www.istitutodeglinnocenti.it

Istituto per la tutela dei bambini e dei loro diritti

www.istruzione.it

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

www.millenniumcampaign.it

*Sito della campagna di pressione affinché i governi realizzino gli obiettivi
di sviluppo del millennio*

www.millenniumcampaign.org/youth

*Sito degli obiettivi dello sviluppo del millennio per i ragazzi e le ragazze
del mondo*

www.minori.it

Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza

www.misna.it

*Missionary International Service News Agency / Agenzia di notizie dalla rete
delle Missioni dal, nel e per il sud del mondo*

www.msf.it

Medici senza frontiere onlus

www.nuoveschiavitu.it

*Informazioni, progetti e iniziative per parlare di una realtà complessa
e in continua evoluzione*

www.parlamento.it

Sito del Parlamento Italiano

www.partecipiamo.it/cultura/graziana_morcaldi/infibulazione.htm

www.pathfind.org

*Pathfinder International, ONG che si occupa di salute e cultura contraccettiva
nei Paesi in via di sviluppo*

www.peacelink.it

Portale sulle tematiche della pace

- www.peacereporter.it
Agenzia di stampa e di servizi editoriali per una Rete di Pace
- www.poliziadistato.it
Sito ufficiale della Polizia di Stato italiana
- www.runic-europe.org/italian/
Centro Regionale di Informazione delle Nazioni Unite
- www.savethechildren.it
Save the Children Italia
- www.simonaoberhammer.com/197-infibulazione-cucite-da-bambine/#sthash.
u6Xc9geT.dpuf
- www.soschild.org
Portale dell'Istituto per la prevenzione del disagio minorile
- www.studiperlapace.it
Centro studi per la pace
- www.tdhitaly.org
Terre des hommes Italia
- www.un.org
Sito ufficiale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU)
- www.un.org/law
Sito web delle Nazioni Unite sui diritti umani e i trattati ONU
- www.un.org/womenwatch
Sito web delle Nazioni Unite sui diritti delle donne e le problematiche di genere
- www.unesco.org e www.unesco.it
Siti internazionale e nazionale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura
- www.unhcr.it
Alto Commissariato ONU per i rifugiati
- www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm-i.pdf
- www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/5105
- www.unicef.org e www.unicef.it
Siti internazionale e nazionale del Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia
- www.unimondo.org/Guide/Dirittiumani/Sessualita/(desc)/show
- www.vatican.va/holy_father/john_xxiii/encyclicals/documents/hf_jxxiii_enc_11041963_pacem_it.html
- www.violencestudy.org
Centro Studi delle Nazioni Unite sulla violenza sui bambini
- www.volint.it
Portale sui temi dello sviluppo umano sostenibile
- www.warnews.it
War News, notizie online dai conflitti nel mondo
- www.who.org
Organizzazione Mondiale della Sanità

Glossario

| | |
|--------|--|
| AIDOS | Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo |
| DHS | Demographic and Health Surveys |
| IAC | Comitato Inter-africano |
| NPSG | National Patient Safety Goals (Non c'è Pace Senza Giustizia) |
| OAU | Organizzazione per l'Unità Africana |
| OMS | Organizzazione Mondiale della Sanità |
| PVS | Paesi in Via di Sviluppo |
| TAMWA | Tanzania Media Women Association |
| UNFPA | United Nations Population Fund |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund |

Abbandono delle MGF Situazione in cui le comunità pervengono alla decisione collettiva e coordinata di cessare la pratica dell'escissione/mutilazione genitale femminile (E/MGF).

Convenzione sociale Regola sociale di comportamento seguita dai membri di una comunità in base all'aspettativa che altri facciano altrettanto. L'osservanza di una convenzione sociale è nel miglior interesse dell'individuo.

Dichiarazione/comunicazione pubblica. Affermazione esplicita e manifestazione della volontà pubblica dell'impegno collettivo ad abbandonare una pratica. Una dichiarazione o comunicazione pubblica non implica che la comunità che la effettua sia libera dall'E/MGF; piuttosto, rappresenta una pietra miliare nel processo di abbandono, in quanto segnala un cambiamento delle aspettative sociali. Può assumere varie forme, come quella di un autorevole comunicato scritto o di una dichiarazione pubblica rilasciata durante un grande raduno collettivo. Può coinvolgere un intero villaggio, gruppi di pressione come medici, capi religiosi o giovani, oppure individui e famiglie.

Diffusione organizzata Processo organizzato attraverso il quale le conoscenze e le azioni di una famiglia o di una comunità vengono divulgate ad altre famiglie o comunità mediante reti sociali.

Escissione/mutilazione genitale femminile Tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altra lesione ai genitali femminili per ragioni non mediche. L'E/MGF può essere classificata in quattro tipi:

- Tipo I* Rimozione parziale o totale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia).
- Tipo II* Rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza asportazione delle grandi labbra (escissione).
- Tipo III* Restringimento dell'orifizio vaginale con la creazione di un lembo di copertura mediante escissione e la sutura delle piccole labbra e/o grandi labbra, con o senza l'asportazione del clitoride (infibulazione).
- Tipo IV* Tutte le altre procedure lesive dei genitali femminili effettuate per finalità non mediche, ad esempio puntura, foratura, incisione, abrasione e cauterizzazione.

Gruppo entro il quale si contrae matrimonio Gruppo esteso o ristretto di persone l'appartenenza al quale è determinata dalla accettazione di alcuni criteri e requisiti che rendono gli individui adatti al matrimonio. I membri del gruppo possono a loro volta appartenere a diversi raggruppamenti socio-economici e essere trasversali a diversi territori geografici/nazionali.

Massa critica Numero di persone sufficientemente elevato da innescare un processo continuo di cambiamento collettivo. Nel processo di abbandono dell'E/MGF, la massa critica è utile a convincere altri membri del gruppo, mostrando loro i vantaggi derivanti dal non praticare l'E/MGF, e ad abbandonare definitivamente la pratica.

Matrimonio forzato Matrimonio contratto in assenza del valido e libero consenso di almeno una delle parti coinvolte. Nelle sue forme più gravi, il matrimonio forzato può comportare minacce, rapimento, reclusione, violenza fisica, stupro e, in alcuni casi, l'omicidio. Le parti coinvolte in un matrimonio forzato possono essere adulti/e o bambini/e.

Matrimonio precoce Matrimonio di bambine e bambini di età inferiore a 18 anni.

Matrimonio per rapimento Forma di matrimonio in un cui una bambina e/o ragazza è prelevata con la forza o l'inganno da un gruppo di uomini, tra i quali anche il futuro sposo. La vittima viene spesso picchiata, violentata e costretta a sposare il suo rapitore.

Norma morale Regola di comportamento motivata da valori personali riguardo a ciò che è giusto o sbagliato e che dà luogo a sentimenti di rettitudine in caso di osservanza e di colpa in caso di trasgressione. È motivata intrinsecamente anziché estrinsecamente da premi e sanzioni sociali.

Norma sociale Regola sociale di comportamento seguita dai membri di una comunità nella convinzione che gli altri si aspettino che essi la osservino. L'osservanza di una norma sociale è motivata dall'attesa di un riconoscimento sociale per il rispetto della norma stessa e di una sanzione sociale per la sua trasgressione.

Pratiche (tradizionali) nocive Coniata originariamente per descrivere l'escissione/mutilazione genitale femminile, questa espressione si riferisce a quelle pratiche che, pur avendo una legittimità culturale, sono nocive per le bambine e le donne.

Punto critico (*Tiping point*) In una situazione in evoluzione, è il punto che conduce a uno sviluppo nuovo e irreversibile. Ai fini di questo studio, il "punto critico" è quello in cui la maggioranza in una comunità è persuasa ad abbandonare l'E/MGF. A questo punto, l'abbandono collettivo diventa duraturo poiché si produce un mutamento permanente delle aspettative sociali. Dai membri della comunità ci si attende che non sottopongano più le figlie ad escissione, ed essi vengono socialmente premiati o sanzionati di conseguenza.¹² Questo concetto viene comunemente utilizzato nella teoria manageriale e in sociologia.

12 ?

Teoria delle convenzioni sociali Teoria che si avvale dei modelli della teoria dei giochi per spiegare le dinamiche di funzionamento delle convenzioni e norme sociali. Questa teoria, usata nel presente studio per esplorare le dinamiche sociali delle MGF, spiega come l'escissione/mutilazione genitale femminile sia perpetuata in base alle aspettative reciproche all'interno di un gruppo di riferimento.

Teoria dei giochi Studio delle decisioni come frutto di processi interdipendenti: la scelta compiuta da uno dei partecipanti al gioco dipende da quella effettuata da un altro, la cui scelta, a sua volta, dipende da quella compiuta dal primo giocatore. In un gruppo più ampio, la scelta di ciascun membro dipende da quelle di tutti gli altri.

SSN Servizio Sanitario Nazionale.

Autori

Massimo Chiaretti, PhD in Fisiopatologia dell'Apparato Digerente, PhD in Tecnologie Avanzate in Chirurgia, Specialista in Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso, Specialista in Scienza dell'Alimentazione, strutturato dal 1994 presso il Dipartimento di Chirurgia Generale, Specialità Chirurgiche e Trapianti d'Organo Paride Stefanini, Sapienza Università di Roma.

Giovanna Angela Carru, PhD in Tecnologie Avanzate in Chirurgia, Farmacista, strutturata presso la Direzione Sanitaria del Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma, ha pubblicato, "Vivere la Morte nelle varie Religioni", un saggio sui più importanti argomenti sanitari, interpretati secondo il punto di vista dei pazienti/credenti delle varie religioni.

Primo Pennesi Professore Associato, Specialista in Chirurgia d'Urgenza afferente al Dipartimento di Scienze Ginecologiche e Ostetriche e Dipartimento Scienze Urologiche, "Sapienza" Università di Roma, Policlinico Umberto I.

Annapaola Chiaretti Dottore in Giurisprudenza, Borsista della Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Roma "Sapienza" presso la Kansas University, Cultore di Diritto Internazionale.

Giancarlo Ceccarelli PhD, Specialista in Malattie Infettive, Migrant and Global Health Research Organization – Centro di Ricerca sulla Salute Globale e delle Popolazioni Mobili (Mi-HeRO), Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive Università di Roma "Sapienza", Azienda Policlinico Umberto I – Area Sanitaria e responsabile scientifico, Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo (C.A.R.A.) di Castelnuovo di Porto (Auxilium) e Centro di Accoglienza Straordinaria (C.A.S.) "Mondo Migliore" Rocca di Papa (S. Filippo Neri).

Anna Giugliano Maestra Osterica strutturata presso il Dipartimento di Scienze Ginecologiche e Ostetriche e Dipartimento Scienze Urologiche, "Sapienza" Università di Roma, Policlinico Umberto I

Maurizio Lopalco Direttore Sanitario, Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo (C.A.R.A.) di Castelnuovo di Porto (Auxilium) – Centro di Accoglienza Straordinaria (C.A.S.) "Mondo Migliore" Rocca di Papa (S. Filippo Neri)

Maria Antonietta Saracino Professore Ordinario presso il Dipartimento di Studi Europei, Americani e Interculturali, Facoltà di Lettere, Università di Roma La Sapienza. Ha insegnato presso le Università di Sheffield (Regno Unito), ha conseguito un Master in letterature africane di lingua inglese. Ha insegnato presso l'Università Nazionale Somala di Mogadiscio. Anglista, insegna mediazione interculturale e Letterature di espressione anglofona – in particolare di Africa, Caraibi, India – aree nelle quali ha scritto e pubblicato estesamente. È curatrice di testi multiculturali anglofoni. Ha tradotto opere di J. Conrad, (Frassinelli) V. Woolf (Einaudi), D. Lessing (Feltrinelli), K. Ishiguro (Einaudi), E. Said (Feltrinelli) e la biografia di Nelson Mandela (Contrasto), del quale è stata anche interprete, durante la visita a Roma del leader Sudafricano, nel 1992. Pubblica saggi letterari sulla rivista N.I.B. de Il Mulino. Ha vinto il premio nazionale per la traduzione italiana di *Juneteenth*, di Ralph Ellison (Einaudi), Mondello 2003.

Annalisa Italia Chiaretti II Facoltà di Medicina e Psicologia, "Sapienza" Università di Roma, Culture della Materia.

Elisa Pasqualone Laurea in Infermieristica presso l'Università "La Sapienza" di Roma.

Alfonsa Lucia Trassari Migrant and Global Health Research Organization – Centro di Ricerca sulla Salute Globale e delle Popolazioni Mobili (Mi-HeRO), Area infermieristica, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Università di Roma "Sapienza"/Policlinico Umberto I, Roma.

Maria Leonardi Laurea in Infermieristica, Centro Accoglienza Richiedenti Asilo, (C.A.R.A.) di Castelnuovo di Porto (Roma).

Irene Conti Papuzza Area infermieristica Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo (C.A.R.A.) di Castelnuovo di Porto (Auxilium).

Mariam Mohamed Hassan Presidente dell'Associazione Italo Somala Comunità Internazionale e Africana (A.I.S.C.I.A.).

COMITATO EDITORIALE
SAPIENZA UNIVERSITÀ EDITRICE

Coordinatore

FRANCESCA BERNARDINI

Membri

GAETANO AZZARITI

ANDREA BAIOCCHI

MAURIZIO DEL MONTE

GIUSEPPE FAMILIARI

VITTORIO LINGIARDI

CAMILLA MIGLIO

Il Comitato editoriale assicura una valutazione trasparente e indipendente delle opere sottoponendole in forma anonima a due valutatori, anch'essi anonimi. Per ulteriori dettagli si rinvia al sito: www.editricesapienza.it

COLLANA MATERIALI E DOCUMENTI

1. La plastica nell'arte e per l'arte. I polimeri come materiali di base e di restauro per i beni culturali
a cura di Luigi Campanella, Alice Hansen, Ezio Martuscelli, Antonella Russo
2. Museo di Merceologia, Sapienza Università di Roma. Catalogo ragionato degli strumenti scientifici / Museum of Commodity Science, Sapienza University of Rome. Catalogue Raisonné of scientific instruments
Małgorzata Biniecka, Patrizia Falconi, Raffaella Preti
3. Video didattico sull'uso interattivo del TAM-2
Federica Micale, Irene Bracone, Maria Antonietta Pinto
4. Video didattico sull'uso interattivo del TAM-3
Federica Micale e Maria Antonietta Pinto
5. Utilización interactiva del THAM-2
Pilar Núñez Delgado y María Santamarina Sancho
6. Utilización interactiva del THAM-3
Video didáctico sobre un grupo de discusión
Jon Ander Merino y David Lasagabaster
7. Utilisation interactive du THAM-3
Vidéo didactique à partir d'items du THAM-3
Isabelle Monette & Sonia El Euch
8. Tham-2 test de habilidades metalingüísticas nº 2 (9-14 años)
Pilar Núñez Delgado y Maria Antonietta Pinto
9. The "MATEL" Project: Research Results
edited by Maria Antonietta Pinto
10. Metalinguistic Exercises as Classroom Activities
edited by Maria Antonietta Pinto
11. Turismo poliedrico
Un brainstorming sulle nuove opportunità di sviluppo turistico
a cura di Marco Brogna
12. I Teatri Antichi del Mediterraneo come esperienza di rilievo integrato
The Ancient Theatres of the Mediterranean as integrated survey experience
Carlo Bianchini, Carlo Inglese, Alfonso Ippolito
13. Impostare e gestire in salute e sicurezza le attività di un laboratorio chimico
Quaderno informativo N. 03
Leandro Casini, Roberta Curini, Emiliano Rapiti, Emanuela Petrucci

14. La gestione delle emergenze in un laboratorio chimico
Quaderno informativo N. 19
Leandro Casini, Roberta Curini, Emiliano Rapiti
15. I Maestri del Bisso, della Seta, del Lino / The Masters of Byssus,
Silk and Linen
a cura di Małgorzata Biniecka
16. Tecniche di massimazione delle sentenze
Loredana Nazzicone
17. Tenebra luminosissima
Sant'Ivo alla Sapienza tra fede e ragione
Riflessioni su una ipotesi generativa
Luca Ribichini
18. Laura Gori
L'opera scientifica
a cura di Laura Pezza, Francesca Pitolli, Elisabetta Santi
19. Proposte per l'attuazione della delega penitenziaria
a cura di Glauco Giostra e Pasquale Bronzo
20. Riflessioni sulla crisi libica del 2011
Guerra, economia e migrazioni
a cura di Luca Micheletta
21. Fondamenti della geografia economica
Basi teoriche e metodologiche per lo studio dei sistemi territoriali
Attilio Celant
22. Diritto e sistema dromocratico
Hayek e Kelsen a confronto
Giovanna Petrocco
23. Responsabilità degli enti da reato e mercati emergenti
a cura di Antonio Fiorella e Anna Salvina Valenzano
24. Integratori nello sport e nelle normali attività: le evidenze e la
sorveglianza
Luigi Bellante, Piero Chiappini, Paolo Onorati
- XX. Mutilazioni genitali femminili
Tradizione, diffusione, complicanze, trattamenti
a cura di Massimo Chiaretti e Giovanna Angela Carru

Finito di stampare nel mese di dicembre 2017

CENTRO STAMPA UNIVERSITÀ
Università degli Studi di Roma *La Sapienza*
Piazzale Aldo Moro 5 – 00185 Roma

www.editricesapienza.it