

IMMIGRAZIONE E MODIFICAZIONI GENITALI FEMMINILI

Aldo Morrone

Direttore Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, Istituto San Gallicano (I.RCCS), Roma, Italia

RIASSUNTO

Il progressivo aumento del fenomeno migratorio ha portato il mondo occidentale a confrontarsi con tradizioni e consuetudini diverse dalle proprie. Alcune di esse, pur profondamente radicate all'interno delle singole culture, vengono difficilmente comprese e spesso giudicate. All'interno del mondo femminile, grande rilevanza riveste una tematica particolarmente complessa e dolorosa, quali le modificazioni genitali femminili.

Nel presente articolo vengono analizzati gli aspetti socio-culturali e clinici. Viene inoltre presentata un'analisi storica delle MGF, a partire da alcune interessanti iscrizioni rinvenute sulle tombe degli antichi faraoni d'Egitto.

L'analisi delle diverse problematiche relative alle MGF mette in evidenza che, al fine di contrastare efficacemente una pratica largamente diffusa in molti Paesi africani e osservabile anche in Europa, Australia e America presso le comunità di immigrati, occorre essere consapevoli dell'inutilità di normative unicamente sanzionatorie. Un intervento legislativo specifico, per raggiungere i risultati sperati, deve nascere su presupposti di confronto, di educazione, di persuasione e di supporto alle donne in difficoltà.

INTRODUZIONE

L'immigrazione è ormai una realtà planetaria. Fenomeno legato a una serie impressionante di fattori politici, economici, sociali e culturali. Pochi dati per inquadrare la questione. Secondo l'ONU, nel 2004, si sono contati oltre 200 milioni di migranti nel mondo, con una incidenza del 2,9% sulla popolazione mondiale di allora: 6 miliardi e 187 milioni. Sul nostro Pianeta, ogni 35 persone residenti, una è nata in un Paese straniero. L'incidenza degli immigrati sulla popolazione residente è del 8,9% nei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA), rispetto all'1,9% negli altri Paesi.

Solo negli ultimi vent'anni il problema ha interessato l'Italia che ha sempre risposto, salvo lodevoli eccezioni, con l'adozione di provvedimenti legati all'emergenza o all'ordine pubblico, rinunciando ad analisi più approfondite e a interventi strutturali. La presenza di stranieri è triplicata negli ultimi quindici anni, superando al 1° luglio 2005, i 3milioni e 300mila soggetti che costituiscono ormai il 5,7% della popolazione complessiva. E l'aumento maggiore si è concentrato nell'ultimo triennio, che ha visto addirittura raddoppiare le presenze. Se questo tasso di crescita dovesse perdurare nel tempo, la prospettiva è un raddoppio della popolazione straniera circa ogni tre anni.

Nell'ultimo ventennio la realtà dell'immigrazione ha prodotto un cambiamento nelle nostre città. Dove prima erano presenti solo Italiani, oggi si osservano strutturalmente inserite, persone dal di-

verso colore della pelle, dalle lingue parlate, talvolta sconosciute, dalla religione diversa dalla nostra, dagli odori e dagli abiti diversi dai nostri. Oggi sappiamo che si tratta di immigrati, persone che provengono da oltre 150 Paesi del mondo, del Sud del mondo, Paesi cosiddetti in via di sviluppo, o meglio Paesi a sviluppo minimo. In questi anni ci sono diventati noti, soprattutto grazie ai mass media, con il termine particolarmente ambiguo ed offensivo, ma di notevole successo di "extracomunitari", definizione utilizzata anche quando la Comunità Europea scomparve per lasciare il posto all'Unione Europea. E' chiaro che questa parola è priva di significato, in quanto non esiste la categoria dell'extracomunitario, né tanto meno quella dell'immigrato. Ben poco accomuna un banchiere statunitense ad un rifugiato della Sierra Leone, eppure entrambi potremmo chiamarli "extracomunitari".

All'interno di questo fenomeno si è andato sviluppando, negli anni, un tentativo di comprendere quello che stava accadendo in tutta Europa, ma in particolare nel nostro Paese. Perché milioni di persone scappano dalle loro terre, dai loro affetti, dalla loro cultura, per andare in Paesi come l'Italia, di cui non conoscono nemmeno la lingua e la precisa collocazione geografica? Che cosa cercano, qual è il loro progetto migratorio? Esuli, rifugiati politici, torturati, lavoratori, donne, bambini e anche anziani, cosa sperano di trovare in Italia?

Certamente a molte di queste domande non sappiamo ancora rispondere, poiché solo da poco tempo abbiamo cominciato ad interessarci a queste persone, e soprattutto più in relazione al fenomeno

socio-politico che rappresentano che non ad essi stessi come esseri umani, con i loro sentimenti, emozioni e speranze.

L'atteggiamento iniziale è stato di profondo stupore, espresso nella duplice forma di grande interesse verso tutto ciò che è diverso, e paura e chiusura dinanzi all'ignoto.

In questi anni sono apparsi molti studi sociologici, religiosi, antropologici, culturali e medici sul fenomeno immigratorio, alcuni dei quali degni di pregio e perciò posti alla base di un atteggiamento di maggiore comprensione, eppure la nostra analisi è ancora scarsamente intenzionata a dare ascolto al punto di vista del Sud del mondo e in particolare delle donne.

DONNE IMMIGRATE IN ITALIA

Secondo le attuali previsioni, la popolazione dei 50 paesi più poveri del mondo sarà più che raddoppiata entro il 2050, passando dagli 800 milioni del 2005 a 1,7 miliardi di persone ⁽¹⁾.

Secondo stime del 2005 le donne immigrate nel mondo hanno raggiunto il valore di 89 milioni, pari a quasi la metà dei migranti stimati nel mondo (48.8%).

In Italia su una popolazione complessiva regolare di oltre 2.786.340, stimata all'inizio del 2005, le donne risultano circa 1.450.000.

Se si considerano i dati dell'ultimo censimento, le donne immigrate nel 2005 risultavano già il 50.7% della presenza immigrata ed almeno un decimo di loro risulta nata in Italia.

Il 54.1% della popolazione femminile immigrata proviene dall'Europa il 15.8% dall'America. Il 15% dall'Africa e il 14.8% dall'Asia. Le donne dell'Europa orientale regolarmente soggiornanti rappresentano il 44.2% della presenza femminile. Il 39,5 delle donne immigrate in Italia ha un permesso di soggiorno legato al ricongiungimento familiare.

La maggior parte delle donne straniere vive nel Nord-Ovest dell'Italia (31.8%), seguito dal Centro (30%) e dal Nord-Est (23.3%). Metà della presenza complessiva femminile è concentrata in Emilia Romagna, Lazio e Lombardia.

Riguardo al livello d'istruzione il 13.3% delle donne rispetto al 10.9% degli uomini risulta laureato, mentre il 30.2% rispetto al 25.3% possiede un diploma di scuola media superiore, mentre nei livelli di scolarizzazione più bassi, uomini e donne si equivalgono. Le donne immigrate con titoli di studio equivalenti alla laurea o al diploma di scuola superiore si concentrano nel Lazio, mentre quelle a bassa scolarità sono presenti maggiormente in Sicilia.

SALUTE DELLA DONNA E DIRITTI RIPRODUTTIVI

Il tema della salute della donna, per troppi anni colpevolmente trascurato, è entrato tra gli interessi primari dei diversi Governi da quando a Pechino nel 1995, nel corso della IV Conferenza Mondiale delle Donne ⁽²⁾, si è svolto un ampio dibattito su questo aspetto della condizione femminile, considerato a livello mondiale una delle aree nevralgiche più scoperte, che esigono da parte dei Governi una molteplicità di interventi per garantire alle donne il godimento dei più alti livelli qualitativi di salute durante l'intera durata della loro

vita, alla pari con gli uomini. Nel corso della Conferenza di Pechino si sono adottati due documenti: la Piattaforma d'Azione e la Dichiarazione di Pechino. La salute, nella sua accezione più ampia, intesa come condizione di completo benessere psico-fisico e non semplice assenza di malattia, è oggi riconosciuta universalmente come uno dei diritti umani fondamentali che propone specifiche esigenze e domande agli uomini e alle donne. È vero che le donne vivono più a lungo, ma il loro stato di salute sembra essere peggiore non solo in termini di percezione soggettiva e di qualità della vita in conseguenza delle diverse patologie legate all'età, ma anche per l'evidente svantaggio sociale derivante dal maggior carico di lavoro di cura e dalle minori risorse culturali ed economiche che vengono loro offerte ⁽³⁻⁵⁾.

Il diritto alla vita è uno dei diritti fondamentali dell'uomo, ed implica non solo il diritto alla procreazione, ma la responsabilità dei governi nell'assicurare le condizioni necessarie per tutelare la vita e la sopravvivenza. Il rispetto di tale diritto implica assicurare alle donne di tutto il mondo l'opportunità di accedere a quei servizi che tutelano la gravidanza e il parto. Il Programma d'Azione della Conferenza Internazionale del Cairo (*"International Conference Population and Development"*) del 1994, terza conferenza dedicata al tema della popolazione che ha fatto seguito a tutta una serie di conferenze incentrate sul tema della donna come attrice decisiva di qualsiasi progresso ⁽⁶⁾, ha stabilito il contesto e il contenuto dei diritti riproduttivi. *"I diritti riproduttivi comprendono alcuni diritti umani già riconosciuti da leggi nazionali, testi internazionali sui diritti umani, e altri documenti consensuali delle Nazioni Unite. Il fondamento di questi diritti è il riconoscimento del diritto basilare di tutte le coppie e individui di decidere liberamente e responsabilmente il numero, il momento e l'intervallo di tempo delle nascite dei propri figli, di avere le informazioni necessarie a fare ciò, e il diritto all'ottenimento del livello più alto di salute sessuale e riproduttiva. È compreso in tali diritti il diritto di tuttile di prendere decisioni in materia di riproduzione liberale da discriminazione, coercizione e violenza, come esplicitato nei documenti in materia di diritti umani"* (Programme of Action of the UN ICPD, Chapter VII - Reproductive Rights and Reproductive Health, Basis for Action 7.3).

La Conferenza di Pechino ha trasferito direttamente nella propria Piattaforma d'Azione molte formulazioni della conferenza del Cairo. Afferma infatti la Piattaforma: *"Una buona salute è essenziale per vivere una vita produttiva e gratificante, e il diritto di tutte le donne al controllo su tutti gli aspetti della propria salute, e in particolare sulla propria fertilità, è essenziale per il loro empowerment."* E ancora: *"I diritti fondamentali delle donne includono il loro diritto ad avere il controllo e a decidere liberamente e responsabilmente circa la propria sessualità, inclusa la salute sessuale e riproduttiva, senza coercizione, discriminazione e violenza."* (Platform for Action, Women and Health 92, 96)

All'interno del mondo femminile abbiamo approfondito, grazie all'incontro con tante donne immigrate, una tematica particolarmente complessa, difficile e dolorosa, come quella delle Modificazioni Genitali Femminili, più note come Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), un termine che descrive diversi rituali tradizionali², sia in un'ottica culturale che clinico-antropologica. Numerose sono le pubblicazioni sull'argomento prodotte da studiosi stranieri

¹ United Nations, *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193), Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nation, New York, 2005. http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlights_finalrevised.pdf.

² Morrone A., Hercogova J., Lotti T., *Stop female genital mutilation: appeal to the international dermatologic community*, Int J Dermatol, 2002, May (4), 253-63

e italiani, ma data la interdisciplinarietà che il tema impone, nessuno studio può mai dirsi esaustivo.

Per quanto concerne le nostre ricerche, vorremmo sottolineare almeno tre punti: le condizioni socio-economiche e ambientali dei Paesi in cui è maggiore l'incidenza delle MGF, l'aspetto medico, quello più vicino alla nostra esperienza di medici di frontiera che lavorano all'interno di una realtà di un Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico ed infine l'aspetto giuridico sempre più di attualità. È durante l'esperienza condotta in questi anni sia a contatto con le donne immigrate in Italia, sia lavorando in Africa che abbiamo imparato a conoscere e cercare di capire realtà e persone diverse da noi.

LA DIVERSITÀ CULTURALE

Afferma Amartya Sen nel suo libro *La democrazia degli altri*: la diversità è una caratteristica di quasi tutte le culture del mondo e la civiltà occidentale non fa eccezione.³ La nostra società si proclama ogni giorno sempre più multiculturale o addirittura interculturale, ma non sembra davvero, ad una più attenta analisi, di poter cogliere i segnali di una autentica attenzione alla diversità. Se da una parte ci si affanna a dichiarare che viviamo in una realtà multi-etnica, dall'altra si pratica e si vive una cultura eurocentrica, antropocentrica ed androcentrica. Anche a livello scientifico la sola diversità di genere non viene quasi mai presa in considerazione nello studio e nella sperimentazione dei farmaci, elaborati, prodotti e collaudati per l'essere umano di genere maschile e quindi con caratteristiche biochimiche e metaboliche estremamente diverse rispetto all'essere umano femmina. Se tale è la capacità di attenzione per la diversità di genere, che non aveva certo bisogno dell'arrivo del fenomeno migratorio per essere più attentamente indagata, ci si può facilmente immaginare la reale attenzione alle nuove diversità culturali, religiose e sociali che ha portato con sé la realtà dell'immigrazione. Anche sull'analisi di tale realtà spesso ci si sofferma più sull'esaltazione della tolleranza e dei valori dell'occidente, che non sui valori della diversità, giunta a noi attraverso persone con le loro storie e le loro vite. Sembra sempre più prendere corpo, dopo un apparente periodo di "tolleranza", uno "scontro di civiltà" che non un riconoscimento delle diversità culturali presenti ormai nel nostro paese. Samuel Huntington nel suo studio afferma chiaramente che il senso di individualismo e la tradizione di diritti e libertà tipici dell'occidente sono senza eguali tra le società civili, ribadendo una superiorità dell'occidente che diventa difficile rilevare ad una analisi un po' più approfondita.⁴ La stessa grande studiosa Gertrude Himmelfarb, autrice di *"The Idea of Poverty"*⁵, un'opera di grande spessore su una nuova concezione della povertà, riferendosi alla tesi di Martha Mussbaum sul valore del cosmopolitismo, dichiara che le idee di giustizia, diritto, ragione e amore dell'umanità sono prevalentemente, se non addirittura esclusivamente, valori occidentali. Si tratta, sostiene Amartya Sen nel suo libro, di affermazioni molto impegnative ed assai difficili da dimostrare.

Tra le diversità culturali che il fenomeno migratorio ha reso più

visibili nella nostra società, un posto preminente è dato dalle cosiddette Modificazioni Genitali Femminili. Non si tratta certo dell'aspetto più caratteristico dell'immigrazione, ma l'impatto massmediologico che ha suscitato le ha rese di grande attualità, stimolando un dibattito acceso, talvolta duro e al limite dell'intolleranza reciproca. Nel nostro Paese l'eco di tale confronto si è avuta durante il recente dibattito alla Camera dei Deputati, in occasione dell'approvazione della proposta di legge su tale tema, che è ora in discussione nell'altro ramo del Parlamento.

DEFINIZIONE

La confusione che ancora oggi si osserva a proposito della definizione di questa pratica e della sua classificazione, esprime la difficoltà di comprendere nel suo giusto significato un'usanza che viene percepita diversamente nei Paesi interessati e in occidente. D'altra parte l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha il compito istituzionale di adattare la terminologia e di *omologarla* per fini di ricerca scientifica che abbiano in tutto il mondo gli stessi parametri clinici ed epidemiologici. Il termine infibulazione o circoncisione femminile, sono senz'altro più rispettose della cultura di provenienza, ma nascondono varie ambiguità fra cui il rischio di confondere la circoncisione femminile con quella maschile. Inoltre il termine infibulazione rimanda ad una pratica nota tra i romani e di tipo punitivo o profilattico, diverso da ciò che, seppure assurdamente, esprime nei Paesi africani, dove nessuna madre si sognerebbe di punire la propria figlia o di mutilarla, sottoponendola a questa pratica. Anche soltanto la problematica della terminologia può fare intravedere la complessità del fenomeno, soprattutto in Occidente, dove per oltre un secolo si è guardato alle MGF con gli occhi dell'esploratore, missionario o studioso che fosse. Successivamente la medicalizzazione ha ancora di più allontanato la comprensione del fenomeno da tutto il contesto culturale, economico e politico in cui invece è nato e in cui si muove, come se si volesse comprendere la vita dei pesci, studiandoli fuori dell'acqua del mare e dalla relazione con gli altri animali acquatici.

In molte lingue locali per indicare le mutilazioni genitali femminili si usa il termine circoncisione. Questa parola significa letteralmente *"tagliare intorno"* ed anche *"tagliare corto"*, generalmente riferito agli organi genitali umani. La "circoncisione femminile" comporta la rimozione di parte o degli interi genitali esterni femminili e, pertanto, il termine risulta essere improprio. Si preferisce parlare, per questi interventi, di "Mutilazione Genitale Femminile" in quanto, secondo la definizione di Gerard Zwang, *"qualsiasi asportazione definitiva e irrimediabile di un organo sano costituisce una mutilazione"*.

Oggi si tende ad utilizzare l'espressione "Modificazioni Genitali Femminili" più attenta alle motivazioni culturali che le sottendono. In ogni caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1995, sulla spinta di varie organizzazioni delle Nazioni Unite che già dal 1958 la invitavano a farsi carico di queste realtà, approvava un documento utilizzando la definizione e classificazione di "Mutilazione

³ Sen A, *La democrazia degli altri*, Milano, Mondadori, 2004, pp. 77-78.

⁴ Huntington SP, *Lo scontro delle civiltà e il nuovo ordine mondiale*, Milano, Garzanti, 1997.

⁵ Himmelfarb G *The idea of poverty: England in the early Industrial Age*, New York, Knopf, 1984.

Genitale Femminile” che da allora è divenuta di uso comune.

CENNI STORICI

L'origine della pratica delle mutilazioni genitali femminili è sconosciuta poiché non vi sono testimonianze certe che indichino come e quando l'usanza sia nata e in che modo si sia diffusa, anche se parte degli studiosi è concorde nell'indicare la provenienza da un luogo geografico preciso, individuato nella penisola araba o nell'Egitto, dal quale si sarebbe poi propagata altrove. Altri invece ritengono che si sia sviluppata in maniera indipendente, in posti diversi e in momenti storici differenti, poiché una così ampia diffusione difficilmente potrebbe ricondursi a una origine comune.

Dagli studi finora effettuati si evince che in tutte le società in cui viene praticata la circoncisione femminile sia presente anche quella maschile, ma non è certo se entrambe ebbero uno sviluppo parallelo.

Alcuni rilievi della tomba egiziana di Ankh-Ma Hor, della sesta dinastia (2340-2180 a.C.), a Saqqara⁶, un'iscrizione rinvenuta nel sarcofago di Sit-hedj-hotep, della dodicesima dinastia (ca 1991-1786 a.C.), e altre rappresentazioni risalenti ad un periodo ancora successivo (1567-1085 a.C.) rinvenute sulle pareti del tempio di Amenhotep III, raffigurano quasi certamente il rito della circoncisione maschile. La stessa mummia all'interno del tempio del sacerdote Amenhotep III⁷ riporta chiari segni di circoncisione, come quella del suo predecessore Amenhotep II.

Per quanto riguarda la circoncisione femminile, G. Elliott Smith, patologo australiano, ritiene che le mummie possono far sospettare i segni di una pregressa infibulazione in virtù del modo con cui venivano fasciate e strette in prossimità dei genitali. Del resto, il loro stato di conservazione spesso non consente di distinguere un taglio della pelle effettuato di proposito da un'escoriazione dovuta alla pressione esercitata dal bendaggio⁸.

La più antica fonte documentaria che registra la pratica della circoncisione è l'opera di Erodoto (484-424 a.C.) secondo cui l'escissione veniva praticata oltre che dagli egizi, dai fenici, dagli ittiti e dagli etiopi.⁹ In epoca successiva, Strabone (63 a.C.-20 d.C.), geografo e storico greco, scrive: “E' questa una delle tradizioni seguite con maggiore premura: (...) circoncidere i maschi e praticare l'escissione alle femmine”¹⁰.

Altre testimonianze sono riportate nella letteratura medica antica. Sorano, un medico greco operante fra il I e il II sec. d.C. ad Alessandria d'Egitto e a Roma, descrive dettagliatamente l'intervento e le tecniche usate, riferendo inoltre che esso veniva praticato per diminuire il desiderio sessuale femminile. Più tardi, Ezio (527-565 d.C.) e Paolo d'Egina (625-690 d.C.) riportano una descrizione analoga e approvano l'intervento stesso, sostenendo che il clitoride

dovesse essere necessariamente rimosso prima che potesse diventare troppo grande, in quanto, potendo erigersi analogamente al membro maschile, avrebbe permesso il coito lesbico. In effetti, l'esperienza di Sorano viene ripresa dalla maggior parte degli autori a lui successivi, tanto da poter ritenere che intorno alla sua opera si sia sviluppata una vera e propria scuola¹¹.

Anche il termine “infibulazione” tradisce una derivazione latina. La fibula, una spilla che serviva a tenere agganciata la toga, veniva usata dai Romani sulle proprie mogli, in modo da prevenire rapporti illeciti, e veniva imposta anche agli schiavi e schiave per impedire ai primi di stancarsi coi rapporti sessuali e le gravidanze delle seconde che avrebbero ostacolato il lavoro.

Nell'Europa moderna ritroviamo numerosi riferimenti sulla consuetudine all'esercizio del rigido controllo della sessualità femminile. Basti ricordare la diffusione medioevale dell'utilizzo della cintura di castità, prodotto d'importazione dei Crociati nel corso del dodicesimo secolo, con la quale veniva controllata la fedeltà delle giovani spose durante i lunghi periodi di assenza dei loro mariti. Del resto, i medici europei del Medioevo e del Seicento avevano fondato la propria istruzione e il proprio pensiero filosofico sulle teorie platoniche ed aristoteliche relative al ruolo e alla funzione del corpo femminile.

Le memorie di viaggio dei grandi esploratori del diciottesimo secolo raccontano di come gli stessi fossero venuti a contatto con popoli che praticavano la mutilazione genitale femminile. Carsten Niebuhr (1733-1815), l'unico superstite della prima spedizione scientifica in Arabia e in Egitto, ci riporta la notizia di una escissione dei genitali femminili avvenuta nel 1767¹². Sir Richard Burton (1821-1890), noto esploratore britannico vissuto nel diciannovesimo secolo, dedicò buona parte dei suoi scritti allo studio sulla sessualità delle popolazioni che egli considerava primitive. Notò che mentre l'intento della pratica era quello di inibire il desiderio sessuale femminile, i suoi effetti si rivelavano opposti. Secondo Burton l'escissione procurava alle donne un desiderio sessuale maggiore, ma allo stesso tempo una minore possibilità che venissero appagate.¹³

La setta russa degli Skoptzi (XVII-XVIII sec. d.C.) di matrice ortodossa, praticava la mutilazione maschile e femminile sulla base dell'interpretazione letterale dell'espressione evangelica “farsi eunuchi per Cristo”¹⁴.

Nel corso del diciottesimo secolo e dei primi anni del diciannovesimo numerosi medici di dubbia provenienza, al fine di preparare un terreno facile su cui diffondere la pratica della clitoridectomia, operazione che avrebbe potuto garantire preziose fonti di guadagno, rispolverarono la vicenda biblica di Onan per divulgare fra il popolo la convinzione secondo cui la masturbazione e il coito interrotto potessero condurre all'impotenza.

⁶ Porter B, Moss RLB, *Topographical Bibliography of Ancient Egyptian Hieroglyphic Texts, Reliefs and Paintings*. Oxford: Oxford Univ. Press, 1927-1951, Vol. 3, p. 514

⁷ Ikram S, Dodson A, *The Mummy in Ancient Egypt*. London: Thames & Hudson, 1998, p. 324

⁸ Smith GE, *A Contribution to the Study of Mummification in Egypt*. Mémoires Présentés à l'Institut Egyptien et Publiés sous les Auspices de A. A. Abbas II, Khédive d'Egypte, 5 (1). Il Cairo, 1906, p. 30

⁹ Erodoto, *Historiae*, 2.35

¹⁰ Strabone, *Geographica*, 17.2.5

¹¹ KNIGHT M, *Curing Cut or Ritual Mutilation? Some Remarks on the Practice of Female and Male Circumcision in Graeco-Roman Egypt*, Isis, 2001, 92:317-338, pp. 322-325

¹² Lightfoot-Klein H, *Prisoners of ritual: some contemporary developments in the history of female genital mutilation*, 1991, pag. 3

¹³ Burton R, *Love, War and Fancy: Notes to the Arabian Nights*. London, Rumber, 1954, pag. 108

¹⁴ Engelstein L, *Castration and the Heavenly Kingdom: A Russian Folktale*. Ithaca: Cornell University Press. 1999

Questa mutilazione cosiddetta "terapeutica" si iscrive in una opinione allora abbastanza diffusa, specie in Francia, Germania, Inghilterra, che attribuiva alla masturbazione, soprattutto femminile, tutta una serie di disturbi funzionali del cervello e del sistema nervoso che andavano dall'epilessia alla follia, e che riponeva nell'intervento di clitoridectomia la possibilità di guarigione di questi disturbi.

The Lancet, nel 1822, riporta l'esperienza di un chirurgo tedesco, Graefe, che affermava di aver curato con successo, mediante escissione del clitoride, una ragazza affetta da "masturbazione eccessiva e ninfomania".¹⁵

A conferma di questa tendenza è opportuno citare l'opera di alcuni famosi medici del tempo. Isaak Baker Brown, della Medical Society of London, nel 1865 sosteneva che "... la masturbazione causa eccitamento periferico del nervo pubico, che a sua volta causa malattia e morte nei seguenti otto stadi: isteria, irritazione spinale, crisi epilettoidi, crisi catalettiche, crisi epilettiche, idiozia, follia e morte...".¹⁶

A.J. Block, in "Sexual perversion in Female", pubblicato sul *New Orleans Medical Surgery Journal* nel 1894-1895, riportava di un suo successo terapeutico su una studentessa di 14 anni che soffriva di "nervosismo" e "pallore" mediante la "liberazione del clitoride dalle sue aderenze" e ammonendola circa i pericoli della masturbazione.¹⁷ Anche se l'ultimo caso documentato risale al 1927 si hanno informazioni circa l'avvenuta esecuzione di clitoridectomie negli ospedali psichiatrici fino al 1935.¹⁸

CLASSIFICAZIONE

Nel tempo si sono succedute varie classificazioni, da quella di Daniell del 1847 fino a quella, tuttora molto utilizzata, di Shandall (1967) modificata poi da Verzin (1975), che suddivide gli interventi mutilatori in quattro tipi.

In tempi più recenti (luglio 1995), riconoscendo la necessità di una classificazione più omogenea e standardizzata, l'OMS ha convocato un Gruppo Tecnico di Lavoro sulle MGF a Ginevra per classificare le MGF e per assumere una netta posizione di condanna nei confronti di tale pratica e del coinvolgimento del personale medico-sanitario. Attualmente, secondo la classificazione OMS, le MGF possono essere suddivise in:

- **Tipo I.** Escissione del prepuzio, con o senza asportazione parziale o totale di tutto il clitoride.
- **Tipo II.** Escissione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra.
- **Tipo III.** Escissione di parte o tutti i genitali esterni e sutura/restringimento dell'apertura vaginale (infibulazione).
- **Tipo IV.** Non classificati: include perforazione, penetrazione o incisione di clitoride e/o labbra; stramento di clitoride e/o labbra; cauterizzazione mediante ustione del clitoride e del tessuto circostante; raschiamento del tessuto circostante l'orifizio vaginale (**angurya cuts**) o incisione della vagina (**gishiri cuts**); introduzione di sostanze corrosive o erbe nella vagina per causare emorragia o allo scopo di serrarla o restringerla; e qualsiasi altra procedura che cade sotto la definizione di MGF.

DESCRIZIONE DELLE MGF

Tipo 1. Consiste nell'escissione circonferenziale del prepuzio del clitoride ed è chiaramente analoga alla circoncisione maschile. Nei paesi islamici è nota come Sunna, che in arabo significa "tradizione." Viene effettuata con l'asportazione del prepuzio del clitoride conservando comunque l'integrità del clitoride e delle piccole labbra. In genere il clitoride viene afferrato tra pollice e indice, tirato in fuori e amputato con un colpo di oggetto tagliente (Fig.1a)

Una seconda forma, meno comune, è costituita da una piccola incisione sul prepuzio del clitoride senza asportarne nessuna parte, limitandosi a far uscire alcune gocce di sangue (sette gocce, secondo la tradizione). Questo tipo di circoncisione non è particolarmente nocivo per la salute femminile e non comporta complicanze immediate o a distanza.

Tipo 2. Oltre al prepuzio questo tipo implica la rimozione del glande del clitoride o anche dell'intero clitoride stesso e può includere parte, o tutte, le piccole labbra. (Fig.1b)

Tipo 3. E' chiamata anche circoncisione faraonica in Sudan e circoncisione sudanense in Egitto. Implica la chiusura parziale dell'orifizio vaginale dopo l'escissione di una varia quantità di tessuto vulvare. Nella sua forma più drastica vengono asportati tutto o parte del monte di Venere, le grandi e piccole labbra e il clitoride (Fig.1c)

I due lati della vulva vengono poi cuciti con una sutura di catgut o con spine, riducendone in tal modo l'orifizio della vulva e lasciando solo un piccolo passaggio nell'estremità inferiore, per l'emissione del flusso mestruale e dell'urina, del diametro di un fiammifero o di una matita o, come dice la tradizione, in modo che dal foro residuo "passi solo un grano di miglio". Spesso l'apertura viene mantenuta inserendovi un piccolo scheggia di legno.

La cicatrice richiusa crea un "cappuccio di pelle" che copre l'uretra e in parte o quasi tutta la vagina, costituendo una barriera fisica al coito. Permane quindi solo una piccola apertura posteriore, circondata da cute e tessuto cicatriziale, che in genere misura 2-3 cm di diametro, ma può avere anche le dimensioni della capocchia di un fiammifero (Fig.1d).

A seconda delle differenti usanze, la ferita viene cucita con filo di seta o per suture (in Sudan) o con spine di acacia (in Somalia). In alcune regioni vengono utilizzati anche strumenti particolari come il *gundura*, una sorta di stecca di legno di palma a forma di V.

L'utilizzo di materiali inidonei per la sutura e la cicatrizzazione, l'assoluta mancanza di sterilità, il rischio che questi strumenti, molto spesso impropri (può trattarsi, oltre che di coltelli, anche di pezzi di vetro o altre lame improvvisate) vengano utilizzati spesso in successione su un gran numero di ragazze, la fasciatura, le rudimentali tecniche di taglio espongono le persone che subiscono la mutilazione a un rischio di effetti collaterali molto elevato. Il rischio è correlato ovviamente anche al tipo di mutilazione praticata: le donne sulle quali è stata praticata la Sunna sono colpite più raramente dal rischio di complicanze.

¹⁵ WHO, *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*. Geneva, World Health Organization, 1997.

¹⁶ Kandela P., *Sketches from The Lancet. Clitoridectomy.*, Lancet. 1999 Apr 24;353(9162):1453

¹⁷ Block AJ, *Sexual perversion in Female*, New Orleans Med Surg J (new series), 22, 1-7, 1894-1895

¹⁸ Youngson, RM. *Medical Blunders: Amazing True Stories of Mad, Bad & Dangerous Doctors*, New York: New York University Press 1999:290.

Figura n° 1a

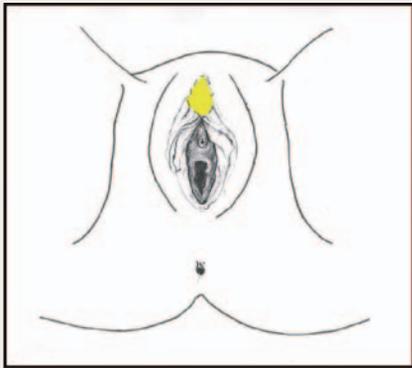


Figura n° 1b

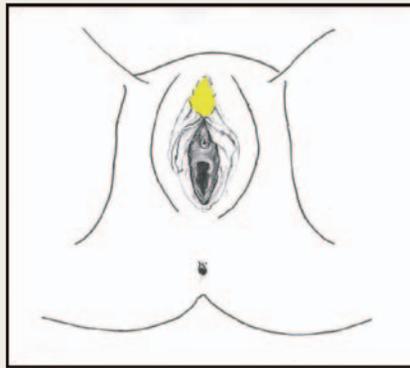


Figura n° 1c

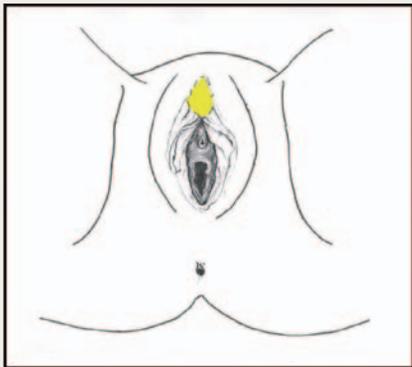
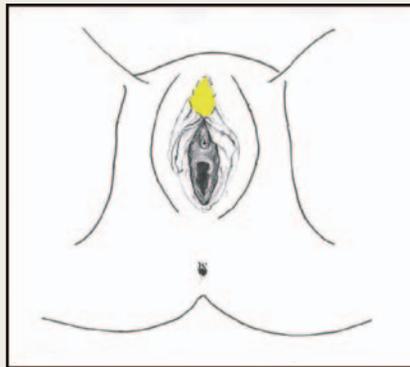


Figura n° 1d



COMPLICANZE

Le conseguenze più frequenti possono essere suddivise in immediate e tardive. Tra quelle immediate di più frequente riscontro possiamo includere la morte, le emorragie, le infezioni sovrapposte sino alla setticemia, la ritenzione urinaria.

Tra quelle tardive, nel caso delle mutilazioni di tipo I e II vanno sottolineate le difficoltà di guarigione delle ferite, ascessi, cisti dermoidi, cheloidi, infezioni urinarie e genitali, mentre per il tipo III è possibile osservare infezioni genitali, dismenorrea, stenosi dell'orifizio vaginale, complicanze del parto, danni agli organi vicini, effetti di tipo psicologico, effetti di tipo sessuale.^{19 20}

Recentemente è stata segnalata anche la possibilità che la MGF aumenti il rischio di contrarre la malattia da HIV.²¹

ETÀ

L'età per la circoncisione cambia sia in rapporto alle aree geografiche che al gruppo etnico di appartenenza.

Sebbene l'età per la pratica possa variare da una settimana di vita fino ai venti anni, viene eseguita sempre più spesso su bambine tra i tre e gli otto anni. Recentemente si è verificata una tendenza

a intervenire in un'età persino più prematura, per minimizzare la resistenza al dolore.

Verzin ha sintetizzato le età in cui viene effettuata la circoncisione femminile come segue: otto giorni dalla nascita in Etiopia; dieci settimane dalla nascita in Arabia; dai tre ai quattro anni (circoncisione e clitoridectomia) in Somalia; dai tre agli otto anni in Egitto; dai cinque agli otto anni in Sudan; dagli otto ai dieci anni (infibulazione) in Somalia; poco dopo il matrimonio presso le tribù Masai.

EPIDEMIOLOGIA

I dati circa la diffusione dei vari tipi di MGF sono tuttora molto incerti. Secondo le fonti più accreditate la pratica sarebbe diffusa per il 98% in Somalia, 97% in Egitto, 95% in Eritrea e Gibuti, 90% in Sierra Leone, 89% in Sudan, 85-94% nel Mali, 70-90% in Etiopia, 60-90% in Gambia e Nigeria, ma in misura minore sono oggi osservabili anche in Europa, Australia e America presso le comunità di immigrati o rifugiati.

Pur essendo largamente praticata nei paesi a maggioranza islamica, le MGF

sono però una realtà pre-islamica, pre-ebraica e pre-cristiana. Le pratiche sono diffuse anche presso comunità di cristiani copti, membri di vari gruppi indigeni, animisti, protestanti, ebrei falasha e agnostici.

CASISTICA CLINICA

Presso l'Osservatorio medico-antropologico della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto San Gallicano (IRCCS) sono state visitate 681 donne, provenienti in gran parte dall'Africa Subsahariana e dal Corno d'Africa, dalla Nigeria, dal Mali, dal Sudan, dalla Somalia e dalla Sierra Leone. Di queste, 370 presentavano una mutilazione genitale di I tipo OMS, 148 una mutilazione di II tipo e 163 una mutilazione di III tipo.

Alcune di queste pazienti, adottate da bambine e sottoposte alla mutilazione in età neonatale nel Paese d'origine e quindi inconsapevoli della loro condizione, sono giunte all'osservazione per quadri clinici costituiti da patologie infiammatorie dell'apparato genitale o per problemi ginecologici di varia natura, comunque correlabili all'intervento subito.

La maggior parte delle pazienti non ha accettato alcun intervento

¹⁹ Hakim LY., *Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition.*, East Afr Med J. 2001 May;78(5):255-8

²⁰ Strickland JL., *Female circumcision/female genital mutilation.*, J Pediatr Adolesc Gynecol. 2001 Aug;14(3):109-12

²¹ Brady M., *Female genital mutilation: complications and risk of HIV transmission*, AIDS Patient Care STDs, 1999,13(12),709-16

di correzione chirurgica della mutilazione. In alcuni casi invece è stato richiesto un intervento di deinfibulazione, allo scopo di permettere i rapporti sessuali.

CONCLUSIONI

Il fenomeno delle Mutilazioni, o Modificazioni Genitali Femminili, è complesso e coinvolge elementi e problematiche di diversa natura, che variano da aspetti più propriamente medico-clinici, ovvero condizioni anatomiche, patologie, complicanze immediate e tardive, ad aspetti antropologici, quali la storia, la cultura, le tradizioni e le motivazioni.

I movimenti migratori da una parte hanno reso possibile l'incontro di popoli estremamente diversi fra loro, dall'altra hanno contribuito alla nascita di una forma del tutto nuova di società, nella quale convivenza pacifica e rispetto reciproco vengono costantemente messi alla prova dal delicato intreccio di culture che avvolge la vita quotidiana. Spesso l'equilibrio delle relazioni umane si spezza proprio a causa della scarsa attenzione che una persona dimostra nei confronti di un'altra, che una cultura dimostra nei confronti di un'altra, perché in molti casi condannare è più facile che capire. Ed ecco perché pensare di risolvere il problema delle pratiche tradizio-

nali dannose soltanto attraverso l'introduzione di normative che ne puniscano l'esecuzione può risultare estremamente rischioso o addirittura del tutto inutile. L'intervento legislativo, per raggiungere i risultati sperati, trova un passaggio obbligato nella comprensione e nel dialogo con le altre culture, e necessariamente abbandona la seppur facile tentazione di scivolare nel pregiudizio verso ciò che non si conosce. Deve investire in progetti educativi, di persuasione e di incentivo all'abbandono di pratiche dannose per la salute. Si tratta di far comprendere che si può rimanere fedeli alle proprie culture, ai propri riti, lasciandosi alle spalle pratiche pericolose per l'integrità psicofisica delle bambine. E' inoltre necessario intervenire, con gli organismi locali, con progetti di cooperazione, di formazione e di riconversione in attività sanitarie delle persone che eseguono materialmente le MGF nei Paesi dove tali pratiche sono così diffuse. Progetti quindi più ampi ed elaborati, che coinvolgano professionalità diverse.

Quello che gli uomini, le donne e i bambini, giunti fino a noi da mondi lontani, ci stanno lentamente insegnando è che difficilmente un risultato verrà raggiunto se per ottenerlo non si è resa più grande la propria forza attraverso l'unione e la condivisione con le altre.

BIBLIOGRAFIA

1. Abdalla R., *Sisters in affliction: circumcision and infibulation of women in Africa*, London, Wed Press, 1982.
2. Adebajo C., *Update on female genital mutilation in Nigeria*. In: *Report of the global Action against Female Genital Mutilation first inter-agency working group meeting on female genital mutilation*. New York, NY, RAINB, 1994.
3. Badawi M., *Epidemiology of female sexual castration in Cairo, Egypt*, The truth seeker, July/August 1989,31-4.
4. Daniell WF. *On the circumcision of females in West Africa*. *Medical gazette of London, England*, 1847: 374-378 (Cited in: Huelsman BR. *An anthropological view of clitoral and other female genital mutilations*. In: Lowry TP et al. *The clitoris*. St Louis, MO, Warren H. Green Inc., 1976: 111-161).
5. De Silva S., *Obstetric sequelae of female circumcision*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1989,32,233-40.
6. Dirie M.A., Lindmark G., *A hospital study of the complications of female circumcision*, *Trop Doct*,1991,21,146-48.
7. Dirie M.A., Lindmark G., *Female circumcision in Somalia and women's motives*. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 50,581-5.
8. Dirie MA, Lindmark G. *The risk of medical complications after female circumcision*. *East Afr Med J*, 1992, 69: 479-482.
9. Egwuatu V.E., Agugua N.E.N., *Complications of female circumcision in Nigerian Igbo's*. *Br J Obstet Gynaecol*, 1981,88,1090-3.

10. El Dareer A., *Epidemiology of female circumcision in the Sudan*. Trop Doct, 1983,13,41-5.
11. *Female genital mutilation. Report of a WHO Technical Working Group*, Geneva, 17-19 July 1995.
12. *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*. Geneva, World Health Organization, 1997.
13. Fourcroy I.L., *Female circumcision*, Am Fam Physician, 1999,60 (2),657-8.
14. Gordon D., *Female circumcision and genital operations in Egypt and Sudan: a dilemma for medical anthropology*. Medical Anthropology Quarterly, 1991,5,3-14.
15. Grassivaro Gallo P., Moro Moscolo E., *Female circumcision in the graphic reproduction of a group of Somali girls: cultural aspects and psychological experiences*, Journal de Psychopathologie Africaine, 1985,10,165-90.
16. Grisaru N., Lezer S., Belmaker R.H., *Ritual female genital surgery among Ethiopian Jews*. Arch Sex Behav, 1997, 26(2), 211-5.
17. Gruenbaum E., *The Islamic movement, development and health education: recent changes in the health of rural women in Central Sudan*, Soc Sci Med, 1991,33,637-45.
18. Harel D., *Medical work among the Falashas of Ethiopia*. Isr J Med Sci, 1967, 3,483-90.
19. Hathout H.M., *Some aspects of female circumcision with case report of a rare complication*. J Obstet Gynaecol Br Emp, 1963,70,505-7.
20. Hosken F., *The Hosken report*. Ist. ed. Lexington, MA, Women's International Network News, 1979.
21. Iregbulem LM. *Post-circumcision vulval adhesions in Nigerians*. Br J Plast Surg, 1980, 33: 83-86.
22. Johnson KE, Rodgers S. *When cultural practices are health risks: the dilemma of female circumcision*. Holist Nurs Pract, 1994, 8: 70-78.
23. Karim M., *Circumcision and mutilations: male and female*. Cairo, The National Population Council, 1994.
24. Kere LA, Tapsoba I. *Charity will not liberate women*. In: *Private decisions, public debate*. London, Panos Press, 1994.
25. Koso-Thomas O. *The circumcision of women: a strategy for eradication*. London, Zed Press, 1987.
26. Kun K.E., *Female genital mutilation: the potential for increased risk of HIV infection.*, Int J Gynaecol Obstet. 1997, 59(2), 153-5.
27. Lightfoot-Klein H., *The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated in the Sudan*, J Sex Res, 1989,26,375-92.
28. McCaffrey M., *Female genital mutilation: consequences for reproductive and sexual health*, London British Association for Sexual and Marital Therapy, 1995, 189-200.
29. Meskal F.H., Dijene A., Yuduhfa A., *Perceptions and attitudes regarding harmful traditional practices in Ethiopia*. Addis Ababa, National Committee on Harmful Traditional Practices/Ministry of Health, 1990.
30. Morrone A., *L'altra faccia di Gaia. Salute, migrazione e ambiente tra Nord e Sud del Pianeta*. Armando, Roma, 1999, pp.90-95.
31. Morrone A., *Cure mediche appropriate. Per tutelare la salute della donna immigrata*. Famiglia Oggi, anno XXI, n° 6/7, pp 104-107, 1998
32. Morrone A, Franco G., *Le mutilazioni genitali femminili*. In: (a cura di) Morrone A, Mazzali M, Pistolese A. *Oltre il colore della pelle*. Bagatto Libri, Roma, 1999.
33. Mottin-Sylla M.-H., *L'excision au Sénégal: éléments d'information pour l'action. (Excision in Senegal: elements of information for action)*., Dakar, Environnement et Développement du Tiers-Monde (ENDA), 1990.
34. Ng'ang'a L., *Female genital mutilation activities in Africa: focus on Kenya using a case story*. In: *Report from the Seminar on Female Genital Mutilation, Copenhagen, May 1995*. Copenhagen, Ministry of Foreign Affairs/DANIDA, 1996.
35. Post M.T.H., *Female genital mutilation and the risk of HIV*. Soutien pour l'Analyse et la Recherche in Afrique (SARA) Issue Paper, May 1995.
36. *Report on harmful traditional practices that affect the health of the women and their children in Kenya*. Nairobi, Maendeleo ya Wanawake Organization, 1991
37. Roles RC. *Tribal surgery in East Africa during the 19th century: Part two – Therapeutic surgery*. East Africa Medical Journal, 1967, 44: 17-30 (Cited in: Huelsman BR. *An Anthropological view of clitoral and other female genital mutilations*. In: Lowry TP et al. The clitoris. St Louis, MO, Warren H. Green Inc., 1976: 111-161).
38. Sami I., *Female circumcision with special reference to the Sudan*, Ann Trop Paediatr, 1986,6,99-115.
39. Toubia N. *Female genital mutilation: a call for global action*, 2nd ed. New York, NY, RAINB , 1995.
40. Toubia N., *Two million girls a year mutilated*. In: *The progress of nations*, New York, NY, UNICEF, 1996.
41. *UN Declaration on Elimination of Violence Against Women*, December 1993 (United Nations General Asses, by document A/ RES/48/104).
42. *Universal Declaration of Human Rights*. New York, NY, United Nations, 1948 (United Nations General Assembly resolution 217 A(III)).
43. Warzazi A., *Report of the Working Group on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*. New York, NY, United Nations Economic and Social Council, Commission on Human Rights, 1991.
44. World Health Organization. *Female genital mutilation. An overview*. WHO, Geneva, 1998,
45. World Health Organization, International federation of Gynaecology and Obstetric. *Female circumcision, female genital mutilation*. Int J Gynaecol Obstet, 1992,37,149.
46. *World Medical Association Statement on Condemnation of Female Genital Mutilation*, Ferney-Voltaire, World Medical Association, 1993.
47. Worsley A. *Infibulation and female circumcision: a study of a little-known custom*. J Obstet Gynaecol Br Emp, 1938, 45: 686-691.