

MUTILAZIONI GENITALI

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

Female genital mutilation (FGM) o Female genital cutting (FGC) o Female circumcision

Per mutilazione genitale femminile (FGM) si intende qualunque procedura che comprenda la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili, oppure altri danni agli organi genitali femminili per motivi *culturali, religiosi o altre ragioni non terapeutiche*. Le FGM vengono solitamente praticate da un'ostetrica, un barbiere, un guaritore tradizionale senza alcun training, o da un medico. Sono state riconosciute per la prima volta a livello internazionale nel 1958 e rappresentano una *violazione dei diritti umani delle ragazze e delle donne*. Gli operatori sanitari giocano un ruolo particolarmente importante nel trattare le donne e nel prevenire le mutilazioni genitali, opponendosi attivamente a qualunque forma di medicalizzazione di queste pratiche.



Epidemiologia

Nel mondo si verificano *ogni anno oltre due milioni di mutilazioni genitali femminili*. I paesi dove queste pratiche sono più diffuse sono l'Africa, il Medio Oriente, ma anche l'Europa, l'Australia, la Nuova Zelanda, il Canada e gli Stati Uniti d'America (nella popolazione immigrata). L'età in cui vengono praticate in genere va dai 4 agli 8 anni, ma in realtà, a seconda delle abitudini, possono essere praticate dall'infanzia fino all'adolescenza.

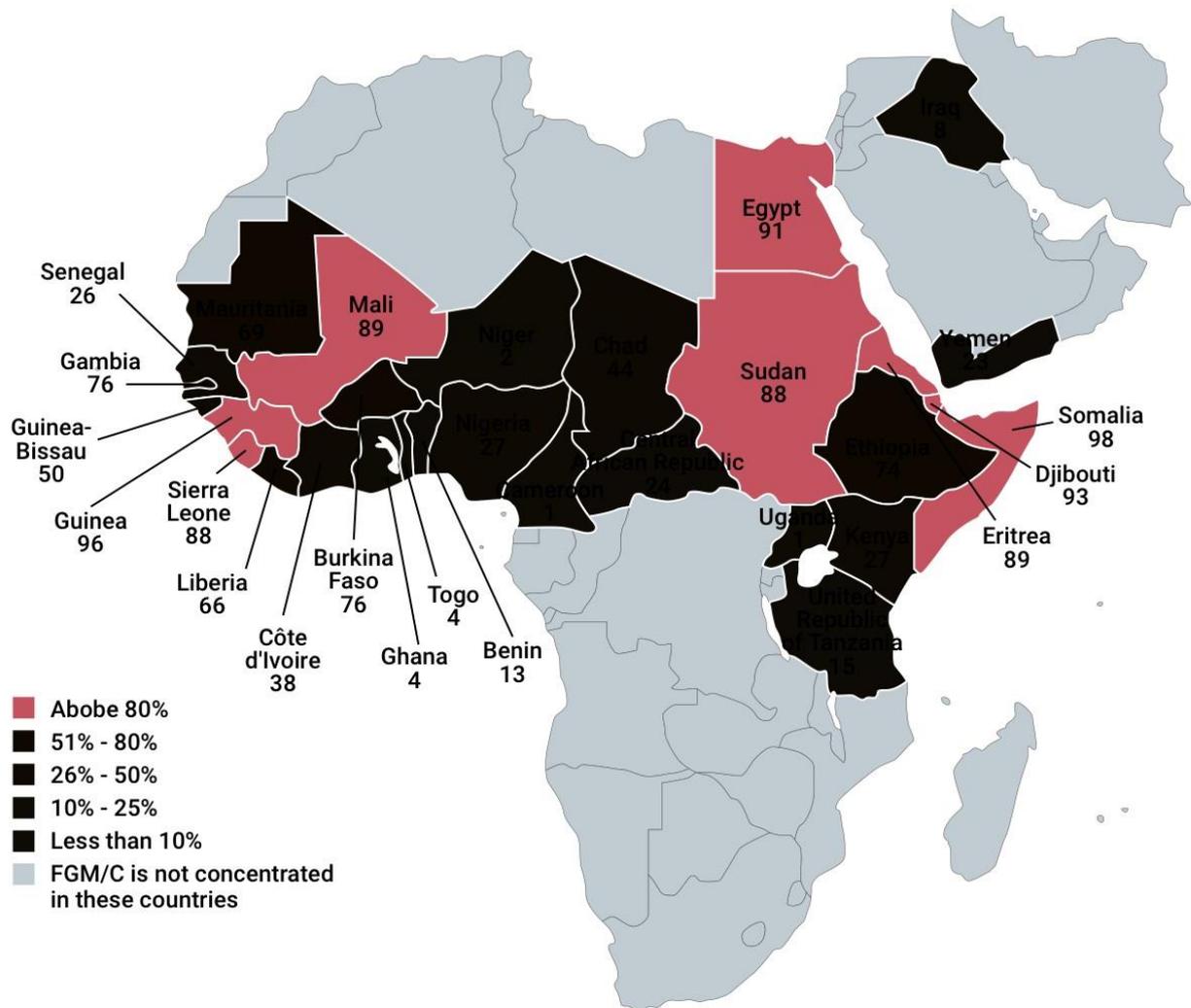
L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che ci siano oggi circa 100-140 milioni di donne al mondo che hanno subito una forma di FGM e ne condanna l'effettuazione da parte di qualsiasi professionista medico.

Uno studio ha rilevato che in Egitto e in altri paesi nord-africani ben il 77% delle ragazze dai 15 ai 17 anni è stata mutilata, con conseguenze molto serie sulla salute. Fortunatamente, la creazione di un crescente movimento sociale ha portato negli ultimi decenni ad un grande declino delle FGM in Egitto; gli investimenti fatti nell'educazione femminile nel corso dell'ultima generazione probabilmente hanno prodotto un effetto-eco sul rischio di FGM per le ragazze della generazione successiva.

In Etiopia, un questionario distribuito a 11.375 donne ha evidenziato che le donne che pensano che

la FGM dovrebbe essere mantenuta sono di età compresa fra i 15 e i 25 anni, residenti in zone rurali, musulmane, coniugate, analfabete, circoncise, mai esposte ai mass media.

Un altro studio su 1.942 donne etiopi di età compresa fra i 15 ed i 49 anni nella regione di Amhara, ha potuto documentare come l'educazione materna rappresenti il principale fattore predittivo di avere una figlia con FGM: il 54% delle donne che ha risposto disapprovava la continuazione di queste pratiche.



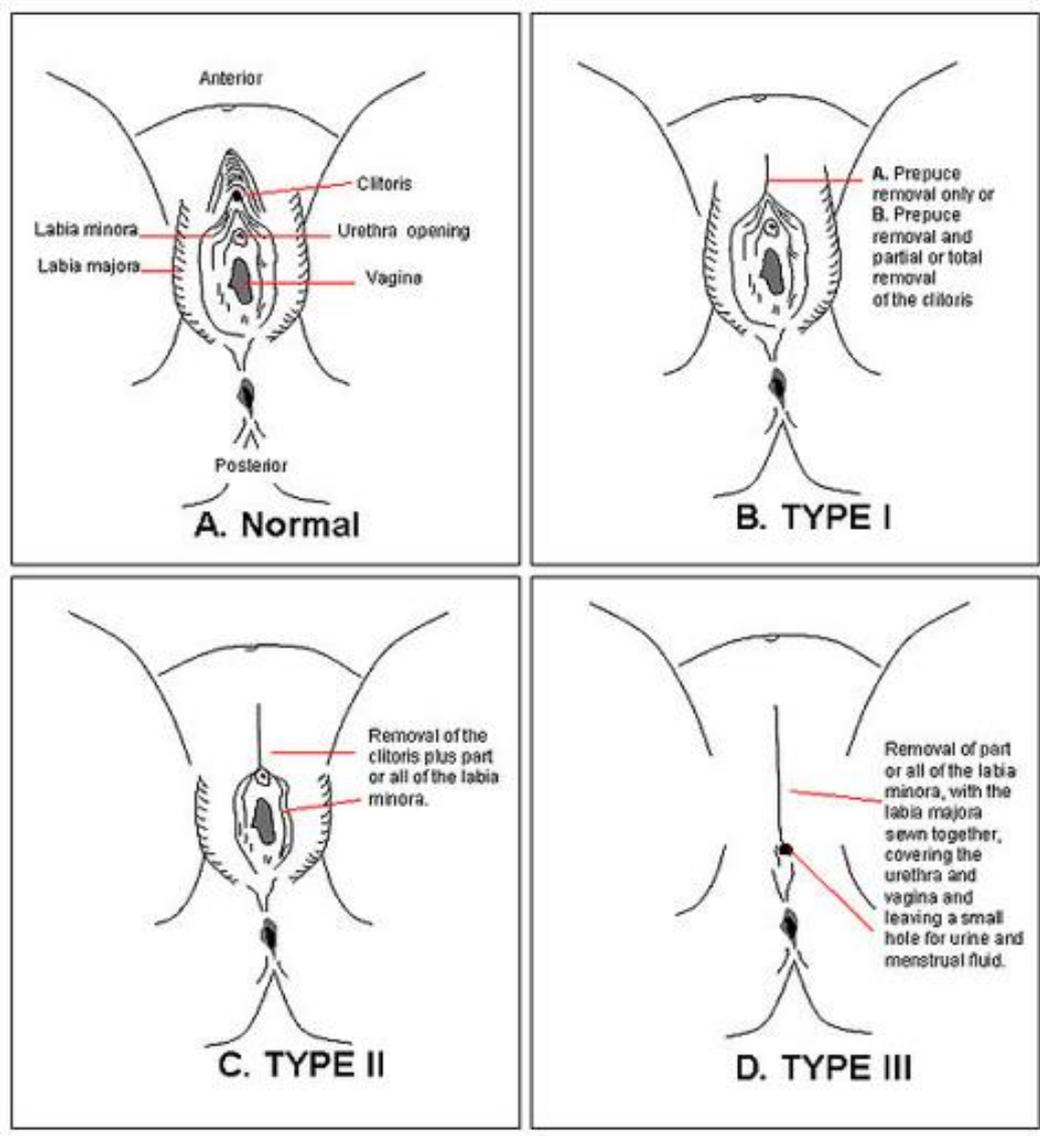
Contrariamente a quello che si potrebbe pensare, uno studio sui rifugiati somali in Etiopia ha evidenziato che più uomini che donne vedono positivamente gli interventi anti-FGM e meno uomini che donne manifestano l'intenzione di lasciare praticare FGM alle loro figlie. Ciò indica la necessità di coinvolgere anche gli uomini nelle attività anti-FGM.

Per quanto riguarda invece i professionisti della salute, in un altro studio condotto a Barcellona, il 16% dei professionisti aveva dichiarato di avere registrato alcuni casi di FGM, in notevole incremento rispetto al passato. Nel questionario tuttavia è stato evidenziato come meno del 40% dei medici avesse identificato correttamente il tipo di FGM e meno del 30% fosse a conoscenza dei paesi in cui la FGM è praticata. Ciononostante, l'82% di questi professionisti aveva normalmente in cura pazienti provenienti da questi paesi.

Interviste condotte a donne e uomini immigrati in Svezia dall'Etiopia e dall'Eritrea hanno mostrato atteggiamenti di fermo rifiuto verso tutte le forme di FGM e la mancanza di un motivo guida. Infatti, bambine nate da etiopi ed eritrei residenti in Svezia corrono rischi bassissimi di subire FGM.

Tipi di FGM

Esistono differenti tipi di procedure, che è doveroso conoscere e registrare, nell'esercizio della pratica medica.



Tipo I

Consiste nella rimozione parziale o totale del clitoride (clitoridectomia) e/o del prepuzio (cappuccio del clitoride) e viene ulteriormente classificata in:

- Tipo I a = rimozione del solo cappuccio clitorideo (possibili danni cicatriziali all'innervazione);
- Tipo I b = rimozione del clitoride con il prepuzio (danni più gravi).

Tipo II

Consiste nella rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra, ed è la forma più diffusa di FGM (circa l'80% del totale). Anche questo tipo viene ulteriormente suddiviso in:

- Tipo II a = rimozione delle sole piccole labbra;
- Tipo II b = rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra;
- Tipo II c = rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole e delle grandi labbra.

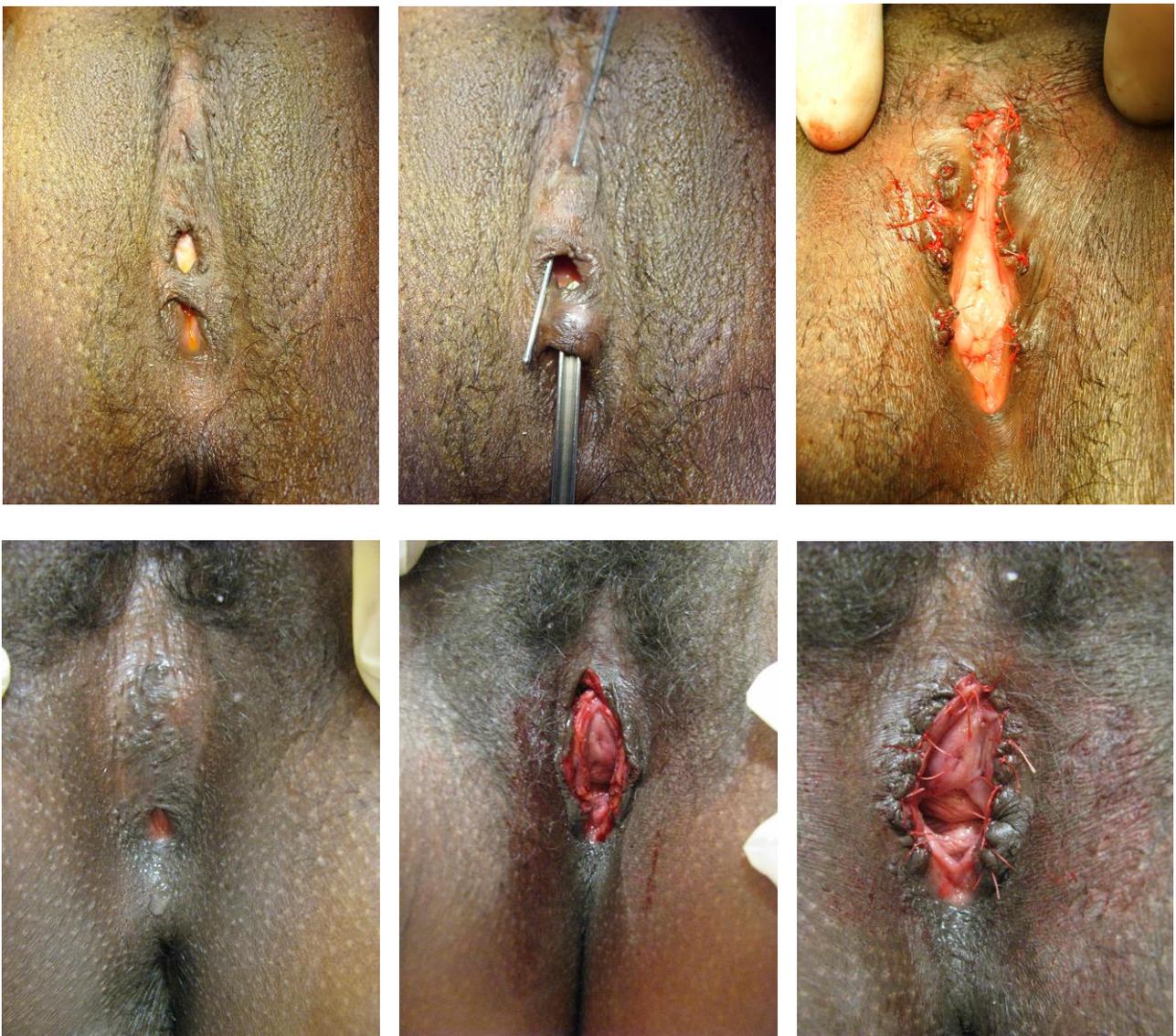
Tipo III: Infibulazione con escissione

Comporta il restringimento dell'ostio vulvare con creazione di un tessuto di copertura, andando a

tagliare e riposizionare le piccole e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (viene anche chiamata “infibulazione” o “circoncisione faraonica”). Si tratta della più ampia forma di FGM e viene praticata con o senza l’anestesia (rappresenta il 15% del totale). Spesso vengono applicate spine o punti; in alcuni casi le gambe della ragazza vengono fasciate per 2-6 settimane, in modo da prevenire i movimenti e permettere la cicatrizzazione della ferita.

La “defibulazione” è la procedura inversa, eseguita per consentire il rapporto sessuale oppure durante il travaglio di parto, o anche da parte dei parenti stessi della ragazza (la cui responsabilità è di ispezionare la ferita e aprirla un poco se necessario). Durante il parto l’allargamento è comunque insufficiente per permettere un parto vaginale; l’infibulazione viene completamente aperta (per poi essere nuovamente praticata dopo il parto). Anche in ospedale la paziente spesso insiste affinché la vulva venga richiusa dopo il parto. I danni consistono in gravi lacerazioni dell’area infibulata, fino a casi con morte del feto. Il desiderio sessuale, il piacere e l’orgasmo sono invece preservati nella maggioranza dei casi.

Le figure seguenti illustrano due esempi di mutilazione genitale femminile di tipo III (infibulazione), prima e subito dopo il trattamento di defibulazione:



Tipo IV: Altri tipi

Il quarto tipo di FGM riguarda tutte le altre procedure dannose sui genitali femminili, per scopi non

medici, che non implicano la rimozione di tessuti (es. punture, forature, incisioni, raschiamenti, cauterizzazioni). Esiste un'ampia varietà di pratiche diverse: punture del clitoride con aghi, piercing, bruciature o scarificazioni dei genitali, lacerazioni vaginali, etc.

Motivazioni per FGM

Le motivazioni che vengono addotte per giustificare queste pratiche sono varie:

- incoraggiamento del sistema di famiglia patriarcale;
- metodo per il controllo delle nascite;
- garanzia di comportamento morale e fedeltà al marito;
- protezione delle donne da sospetti e disonore;
- rituale d'iniziazione;
- simbolo di femminilità e bellezza;
- scopo igienico;
- vantaggi sulla salute ed economici.

Uno studio antropologico ha riportato che la circoncisione veniva vista come "lo strumento che libera il corpo femminile dalle sue proprietà maschili" e che per le donne intervistate rappresentava una sorgente di potere e di forza.

L'evento migrazione, proprio per la messa in discussione dell'ordine delle cose, può spingere ad aderire con più forza a modelli familiari al fine di salvaguardare il proprio orizzonte di senso.

Nella letteratura non scientifica, il problema venne portato alla ribalta nel 1998 con il libro "Fiore del deserto", autobiografia della modella somala (naturalizzata austriaca) Waris Dirie, mutilata all'età di 3 anni insieme alle sue due sorelle e che in seguito fu nominata ambasciatrice delle Nazioni Unite per la lotta contro le FGM. Nella cronaca nera, spesso si ritrovano episodi di familiari che uccidono le figlie o le fidanzate, colpevoli di adesione a modelli occidentali.

Per tale motivo, laddove non sia ragionevolmente possibile abolire del tutto queste pratiche, si può pensare di convincere i singoli a passare da una FGM di tipo II e di tipo III ad una FGM di tipo IV, nella forma per esempio di un piercing del cappuccio clitorideo.

Conseguenze delle FGM

Le conseguenze di queste pratiche possono essere sia a breve che a lungo termine e consistono in danni fisici acuti e cronici, problemi di tipo ostetrico, psichico e sessuale.

Conseguenze fisiche acute

Includono:

- dolore
- emorragia
- ritenzione urinaria
- infezioni della ferita
- sepsi
- shock
- problemi urinari e fratture
- morte (shock per dolore eccessivo o per emorragia)

Conseguenze fisiche croniche

Includono:

- anemia
- infezioni del tratto urinario, calcolosi, stenosi dell'uretra e fistole urinarie
- infezioni genitali e malattia infiammatoria pelvica
- cicatrici e cheloidi

- cisti da inclusione (che poi si espandono o si infettano), neurinomi clitoridei
- lacerazioni vaginali durante i rapporti sessuali
- sterilità / infertilità
- dolore cronico
- disuria
- ematocolpo
- dismenorrea
- dispareunia, apareunia
- dolore insopportabile al primo rapporto sessuale (talora il partner stesso pratica un taglio, che comporta il verificarsi di ulteriori complicazioni)
- rischio più elevato di infezioni da HIV, epatite B e C.



Cisti da inclusione

Conseguenze ostetriche

Includono:

- prolungamento del II stadio del travaglio di parto
- fistole retto-vaginali
- lacerazioni perineali / infezioni della ferita
- aumento del 30% del rischio di taglio cesareo (specie nel tipo III)
- aumento del 70% di emorragia post-partum (perdita ematica > 500 mL)
- morte del neonato (15% tipo I, 32% tipo II, 55% tipo III)
- morte perinatale durante il ricovero.

Conseguenze psichiche

Includono:

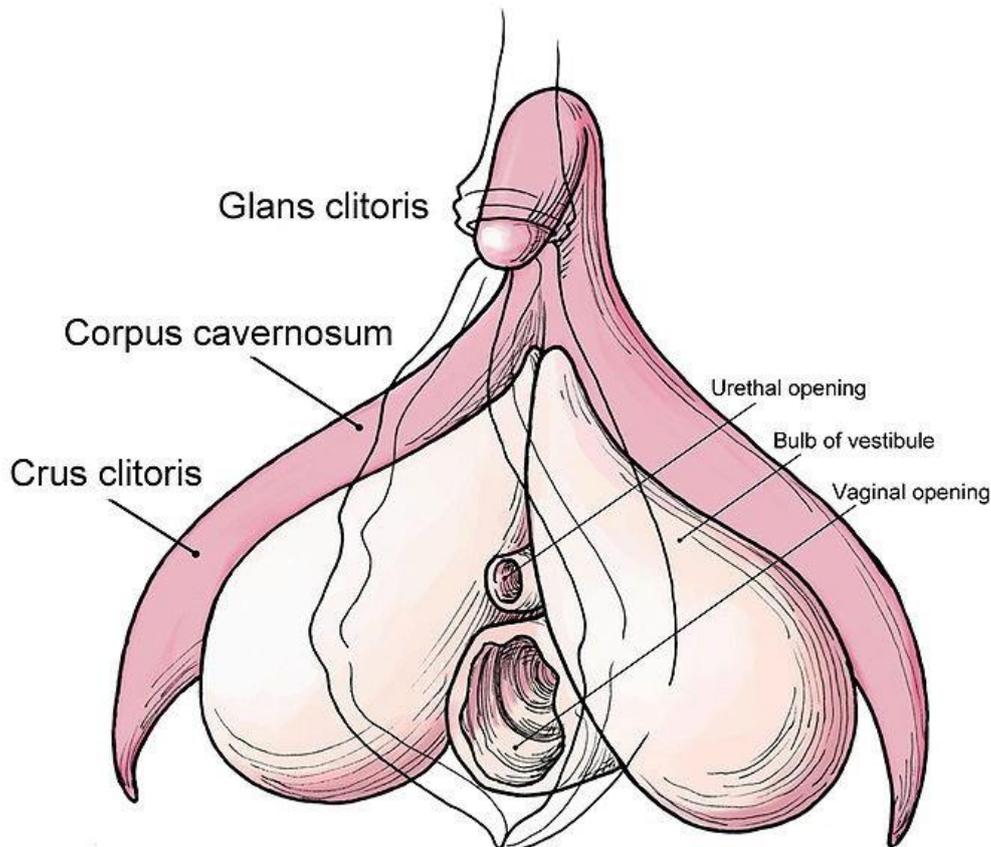
- ansia, flashback, disturbi da stress post-traumatico
- sensazioni di incompletezza
- fobie
- inferiorità e sottomissione
- irritabilità cronica

- incubi
- rischio aumentato di malattie psichiatriche
- rischio aumentato di malattie psicosomatiche
- aumentata incidenza di violenza domestica.

Conseguenze sessuali

Includono:

- riduzione del desiderio ed eccitazione
- ridotta frequenza di orgasmo o anorgasmia
- riduzione della lubrificazione e poca soddisfazione sessuale.



Le FGM non causano l'eliminazione del piacere sessuale in tutte le donne (quasi il 90% delle donne intervistate ha affermato di avere sperimentato l'orgasmo: la frequenza variava da "sempre" a "raramente"). Ciò in quanto in alcune donne infibulate non viene completamente escissa una parte del tessuto erettile fondamentale alla produzione del piacere sessuale. La defibulazione di alcune di queste pazienti ha infatti consentito di rilevare come una parte o l'intero corpo del clitoride fosse ancora presente sotto la cicatrice dell'infibulazione. In un altro studio non sono dimostrate differenze statisticamente significative fra donne circoncese e non, per quanto riguarda lo score relativo all'insorgenza del desiderio sessuale o quello del dolore. Tuttavia, sono state rilevate differenze statisticamente significative per quanto riguarda gli score relativi all'eccitazione, la lubrificazione, l'orgasmo e la soddisfazione, come pure nello score complessivo. Gli Autori concludevano asserendo che la funzione sessuale nelle donne con FGM viene alterata negativamente.

Nel Regno Unito è illegale effettuare o assistere una FGM. In caso si venga a conoscenza di una FGM praticata in una ragazza al di sotto dei 18 anni è obbligatoria la segnalazione alla polizia, che deve essere fatta entro un mese dalla conferma. Il professionista sanitario deve distinguere fra "registrazione" (che è la semplice documentazione in cartella clinica della FGM per la raccolta dei

dati) e “comunicazione” (che consiste nel fare un rinvio alla polizia e/o ai servizi sociali, in forma non anonima per evitare il duplicato dei dati). Tutte le bambine con FGM o sospetta FGM devono essere visitate presso i servizi di salvaguardia dell’infanzia. Le donne adulte dovrebbero fare riferimento al proprio medico di medicina generale e poi ad una clinica ginecologica dell’ospedale. A tutte le donne deve essere offerto il test per la valutazione psicologica, i test per HIV, epatite B e C e lo screening per le malattie sessualmente trasmesse. Le donne in grado di beneficiare della *defibulazione* devono essere informate e deve essere loro offerta tale procedura prima della gravidanza, o meglio ancora idealmente, prima del primo rapporto sessuale. Quando la donna è gravida, la defibulazione può essere eseguita prima del parto, nella prima fase del travaglio, o anche al momento del parto stesso, solitamente in anestesia locale. Dopo taglio cesareo, può essere eseguita nel periodo perioperatorio. La ricostruzione del clitoride non deve invece essere effettuata, in quanto i tassi di complicazione sono risultati inaccettabili e mancano prove certe di benefici.

La *re-infibulazione* è illegale e non deve essere effettuata in nessuna circostanza.

La legge in Italia

Legge n° 7/2006 del 09/01/2006, divenuta effettiva il 28/01/2006, concernente le “Disposizioni per la prevenzione ed il divieto di ogni pratica di mutilazione genitale femminile” (*Legge Consolo*).

L’art. 6 della legge si integra con gli art. 583-Bis e 583-Ter del Codice Penale, punendo qualsiasi pratica di mutilazione/taglio genitale femminile “non giustificabile da esigenze terapeutiche” con la reclusione da 3 a 7 anni. La pena può essere ridotta fino a due terzi se la lesione causata è di lieve entità, ma può essere aumentata fino a un terzo se la pratica è commessa a danno di un minore o per fini di lucro. Tali disposizioni si applicano anche quando il fatto sia commesso all’estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. In tal caso il colpevole è punito a richiesta del Ministro della Giustizia.

La condanna contro l’esercente una professione sanitaria per taluno dei delitti previsti comporta la pena accessoria dell’interdizione dalla professione da tre a dieci anni.

La seconda parte della Legge è mirata a *promuovere programmi di cooperazione internazionale* “condotti dal Ministero degli Affari esteri e in particolare nei programmi finalizzati alla promozione dei diritti delle donne, in Paesi dove, anche in presenza di norme nazionali di divieto, continuano ad essere praticate mutilazioni genitali femminili, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per lo Stato, in accordo con i Governi interessati, presso le popolazioni locali”.

Prevenzione

Il medico che incontra una donna con FGM ha il dovere di informarla dei danni che il mantenimento del suo stato può comportare e il dovere di proporle la defibulazione, in regime di Servizio Sanitario Nazionale. Il piercing, pur non essendo mai consigliabile, può essere proposto come alternativa alla re-infibulazione.

Per ottenere una reale abolizione della pratica è necessario dotare le donne di strumenti alternativi che diano loro sicurezza e consenso sociale. Fondamentale è il ruolo degli operatori socio-sanitari, che devono intraprendere un percorso di conoscenza del fenomeno, al fine di avere gli strumenti per adottare forme di comunicazione appropriate. La *legge 7/2006* rappresenta, nel panorama normativo italiano ed internazionale, un mezzo di difesa e prevenzione. Con questa legge, l’ordinamento giuridico italiano si è dotato di uno strumento non solo repressivo, ma necessario e utile per creare una nuova cultura di diritti e un nuovo modo di entrare nella comunità.

Ovviamente il reale cambiamento nella prevalenza e nella pratica delle FGM deve realizzarsi a partire dall’interno delle comunità stesse.

MUTILAZIONI GENITALI MASCHILI

La *circoncisione maschile* consiste nella rimozione parziale o totale del prepuzio, lasciando il glande permanentemente esposto in misura parziale o completa. Viene praticata per motivi culturali, religiosi, o medici. Alcuni americani, i musulmani e gli ebrei eseguono la circoncisione prevalentemente in epoca neonatale, mentre nelle Filippine o in alcune tribù africane la pratica viene effettuata poco prima dell'adolescenza, come rito di iniziazione all'età adulta. Nella medicina moderna la circoncisione può essere effettuata per trattare casi di fimosi severa o balanite ricorrente.

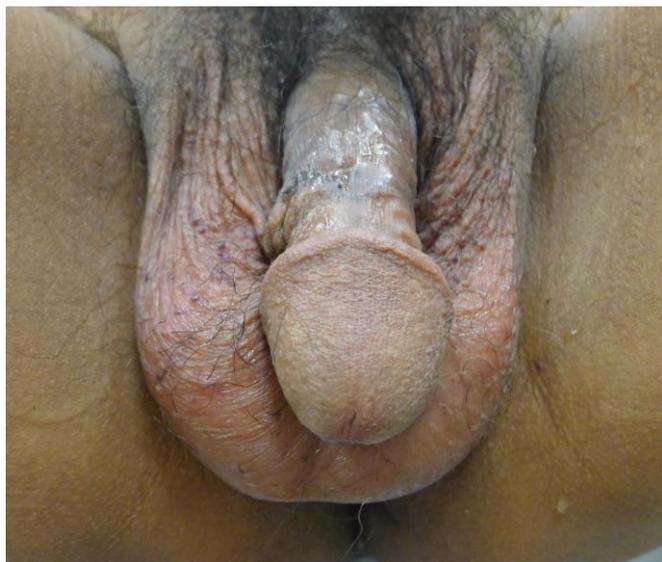
L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che in tutto il mondo circa un terzo degli uomini siano circoncisi.



Benché le conseguenze della circoncisione maschile possano essere meno gravi di quelle dell'infibulazione nella donna, la circoncisione praticata per motivi non medici va a tutti gli effetti considerata una mutilazione genitale, in quanto lede il diritto dell'individuo all'integrità del proprio corpo. Le ragioni sanitarie addotte a difesa di questa pratica riguardano essenzialmente la diminuzione del rischio di contrarre l'HIV e alcune malattie a trasmissione sessuale nei maschi eterosessuali circoncisi, come anche la diminuzione del rischio di cancro cervicale nelle loro partner sessuali. Tuttavia una *corretta igiene intima* maschile è sufficiente a garantire l'eliminazione dello *smegma* prodotto dalle ghiandole del solco balano-prepuziale, evitando altresì di lasciare esposto in permanenza il glande, che può comportare una diminuita sensibilità di questa zona erogena.



Pene normale



Pene circonciso

Il cancro del pene ha un'incidenza bassissima prima dei 65 anni, indipendentemente dal fatto che il paziente sia circonciso o meno.