

MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: ASPETTI CULTURALI E SANITARI. ANALISI DELLA REALTÀ FERRARESE



DOINA NEDEA

L'escissione è una sevizia, una violazione dei diritti fondamentali, ma è anche la discriminante fra onore e disonore. Si può chiedere a una madre di non fare del male a sua figlia, ma come chiederle di condannarla all'emarginazione sociale?”



Sylla Habibatou Diallo
ASDAP

Cultura

- Spesso interpretiamo la cultura come qualcosa di statico e imm modificabile che non cambia mai. Con la situazione che si è configurato oggi (migrazione, media, viaggi, globalizzazione), questa nozione non sembra più adatta a cogliere la situazione complessa ed articolato che stiamo vivendo.
- Dobbiamo quindi pensare alla cultura come ad un processo che è in continuo trasformazione.

MGF: Termine adottato nel 1995 dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per indicare tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre lesioni agli stessi organi per motivi culturali o altri motivi non terapeutici.

La pratica delle MGF è sostenuta da un sistema complicato e potente di credenze



ORIGINE

- L'origine esatta della mutilazione genitale femminile è sconosciuta.
- Esistono molte teorie sulla sua origine, i primi documenti su tale pratica risalgono a seimila anni fa. È credenza diffusa che l'infibulazione (MGF di III tipo) fosse praticata durante il periodo dei Faraoni egiziani mentre la clitoridectomia era usata nella medicina occidentale fino ai tardi anni 50 per curare la ninfomania, la promiscuità.
- Si tratta **rituali indigeni** profondamente radicati. **Le prime fonti** risalgono all'antica **civiltà Egizia** e alla **Roma antica**



Diffusione e prevalenza

Non ci sono dati comprensivi paese per paese sulle MGF. Da un'approfondita analisi su un numero ristretto di paesi e dalla Ricerca Nazionale Demografica e Sanitaria (National Demographic and Health Survey) è stato stimato che fra 100 a 140 milioni di ragazze nel mondo sono state sottoposte a MGF.

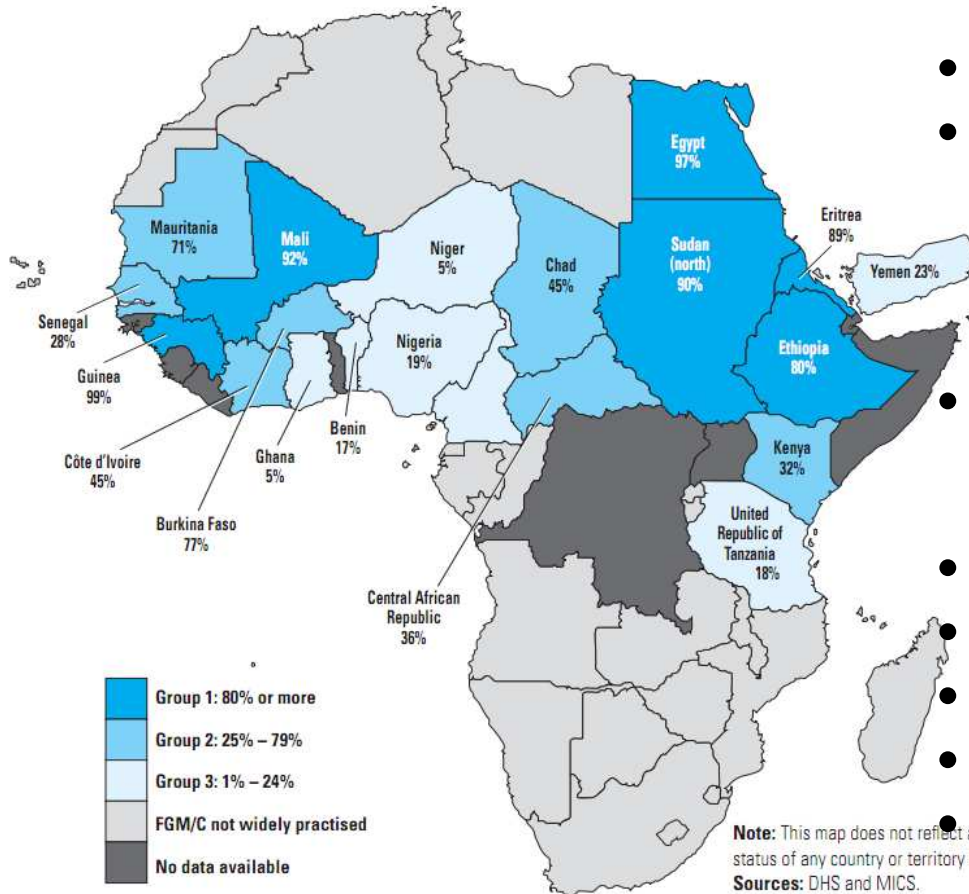
Altri 3 milioni sono a rischio ogni anno.

Worldwide Perspective

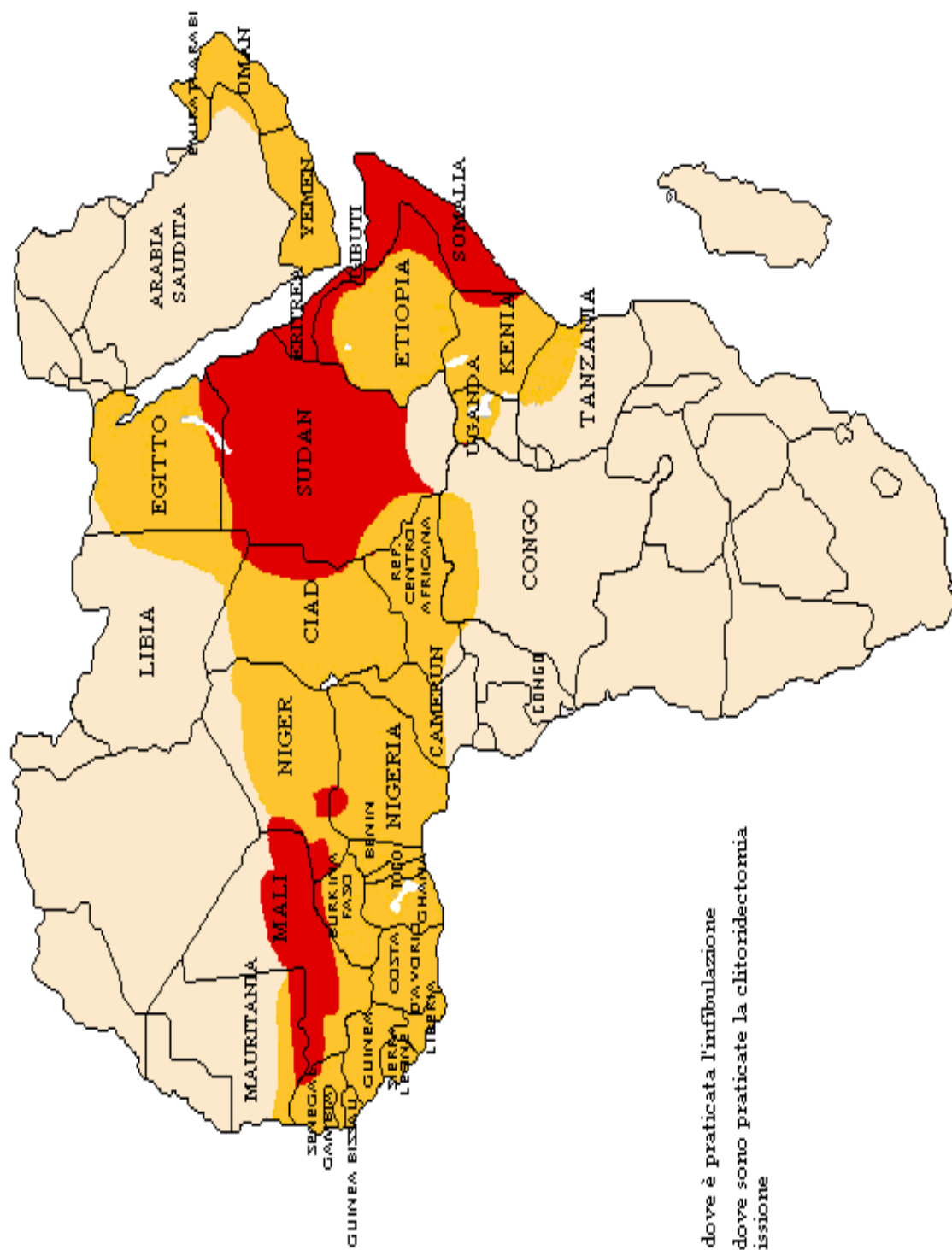


DIFFUSIONE DEL FENOMENO

Rapporto delle donne con MGF
rispetto al totale in ogni singolo paese
- UNICEF 2005



- Pratica molto antica
- usata in molti paesi dell'Africa subsahariana (Sudan, Nigeria, Costa d'Avorio, Uganda, Mali, Benin, Burkina Faso, Egitto, Etiopia, Eritrea, Somalia, Gibuti)
- Presente anche in Asia (Indonesia, Malesia, parte del Golfo persico) e,
- nelle comunità d'immigrati, in
- Europa, Canada, Stati Uniti, nell' America del Nord, Australia e Nuova Zelanda



- Paesi dove è praticata l'infibulazione
- Paesi dove sono praticate la clitoridectomia e l'escissione

EPIDEMIOLOGIA

- Guinea 99%
- Egypt 97%
- Mali 94%
- Eritrea 90%
- Sudan 89%
- Ethiopia 73%
- Burkina Faso 72%
- Benin 50%
- Cote d'Ivoire 45%
- Central Afr.Rep. 43%
- Kenya 38%
- Mauritania, Nigeria 25%
- Yemen 23%
- Tanzania 18%
- Niger 5%

CLASSIFICAZIONE

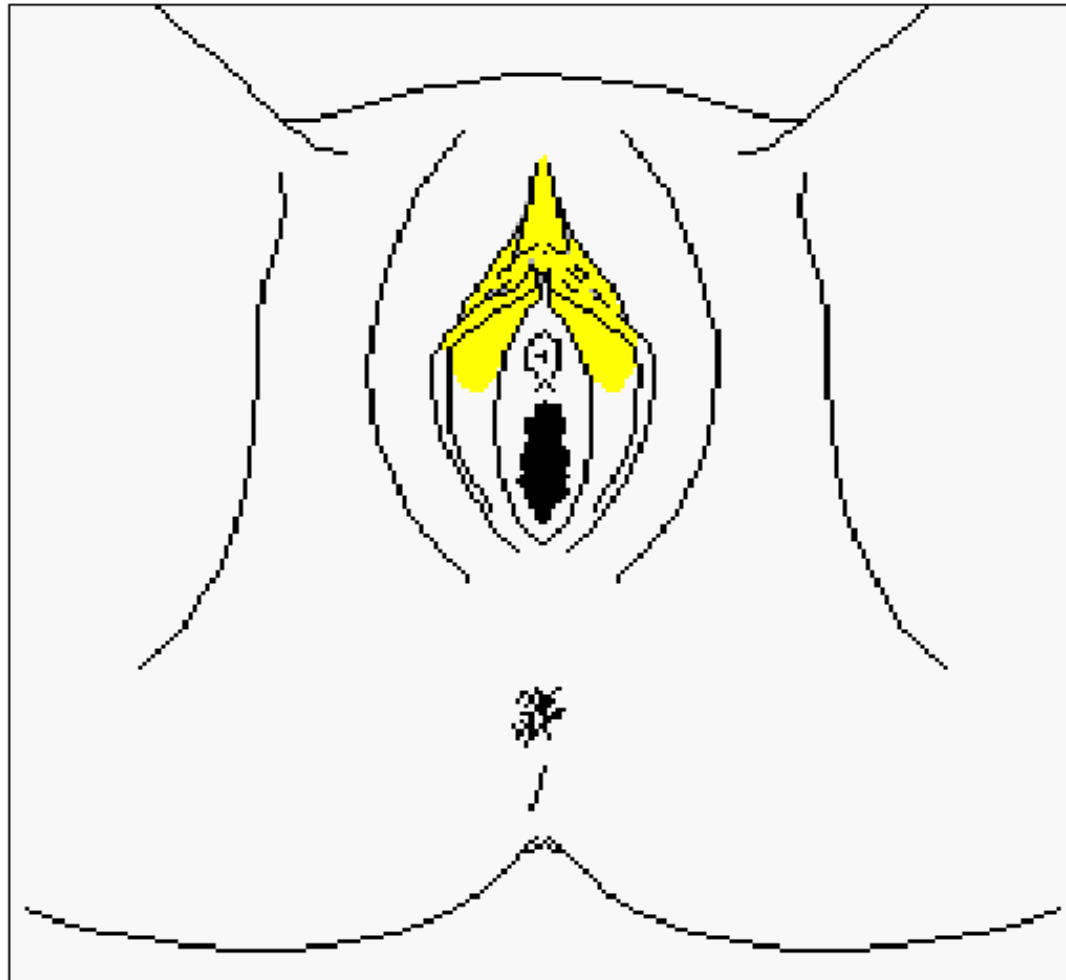
- Offre una descrizione tecnica



MGF DI TIPO I OMS

(Sunna)

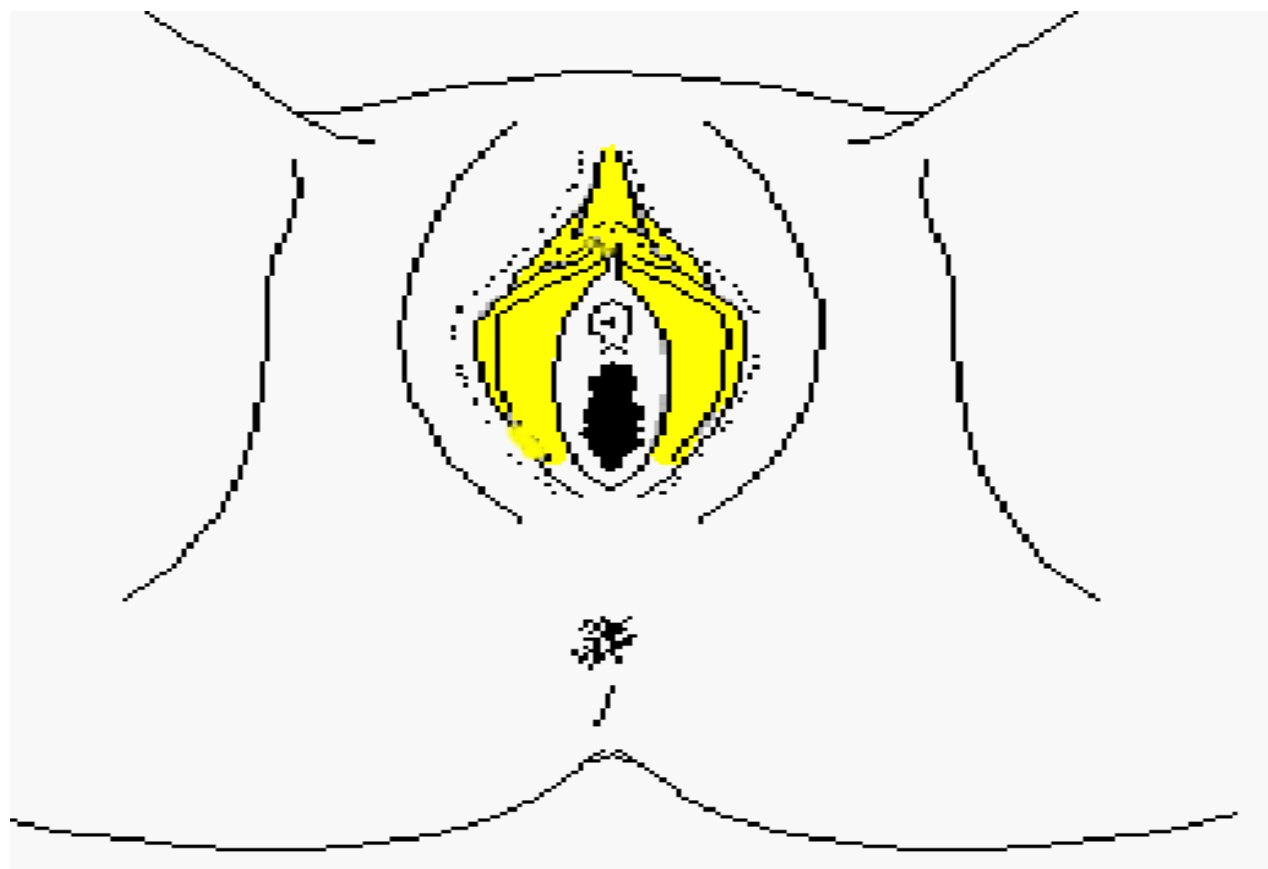
asportazione del prepuzio o dell'intero clitoride



MUTILAZIONE DI TIPO II OMS

(khefad o tahara)

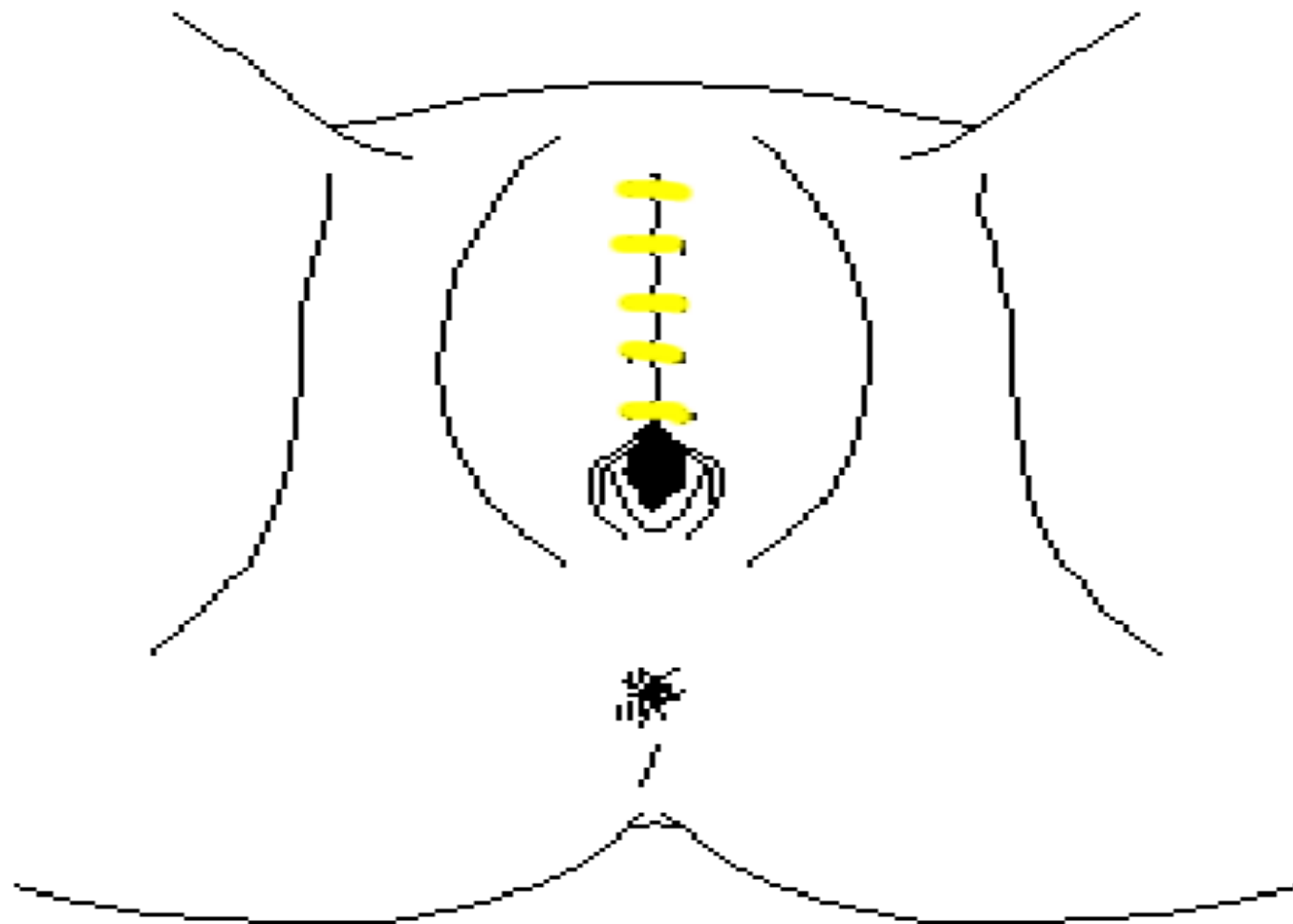
asportazione di clitoride e piccole labbra



MGF DI TIPO III OMS

(circoncisione faraonica o sudanense)

asportazione quasi completa di clitoride, grandi e piccole labbra



MGF DI TIPO III OMS
(infibulazione)
sutura

Results



TIPO IV (*non classificati*)

non coincide con un tipo di mutilazione specifica, ma comprende diverse pratiche lesive

- perforazione, penetrazione, incisione del clitoride
- stiramento di clitoride e/o piccole labbra
- scorticamento del tessuto circostante l'orifizio vaginale
- introduzione di sostanze corrosive o erbe
- “angurya cuts” e “gishiri cuts”
- qualsiasi altra procedura di MGF (introcisione, trachelotomia rituale, infibulazione inversa, ecc.)

- I tipi più comuni di MGF sono quelle di I ed il II tipo che costituiscono oltre l'80% dei casi.
- Le MGF di III tipo, la forma più estrema di MGF (generalmente conosciuta come infibulazione) costituiscono approssimativamente il 15% di tutte le pratiche

MOTIVAZIONI PROPOSTE

- costumi e tradizioni
- identità di genere
- religione
- mantenimento di verginità/castità
- accettazione sociale
- igiene e pulizia
- aumentato piacere sessuale per l' uomo
- bellezza
- onore familiare
- aumento della fertilità

PERCHÉ le mutilazioni genitali femminili

Motivazioni igieniche ed estetiche



- La rimozione, più o meno radicale, dei genitali esterni rende la donna più bella da un punto di vista estetico e più pulita da un punto di vista igienico, un concetto di bellezza cui si associa un significato più profondo di purezza spirituale. Nella terminologia popolare le MGF sono sinonimo di purezza (ad esempio si usa il termine di *tahara* o *nigsa* = “non pulita” in Egitto e Sudan)
- In alcune società, le donne non mutilate vengono considerate sporche e a loro non è permesso maneggiare cibo o acqua.
- In alcune culture si pensa che i genitali possano continuare a crescere fino ad arrivare a "pendere" tra le gambe, se la clitoride non viene recisa. Alcuni gruppi credono che il contatto della clitoride con il pene di un uomo ne causerebbe la morte; altri che se la clitoride toccasse la testa del neonato, durante il parto, esso morirebbe.

Motivazioni igieniche ed estetiche

- Un'altra credenza molto diffusa è che se la donna non viene sottoposta a infibulazione l'aria possa entrare in lei attraverso la vagina e provocarle infezioni
- Esistono anche culture in cui si pensa che il clitoride produca sostanze sgradevoli e/o cattivo odore per cui la MGF viene ricondotta a una forma di pulizia

MOTIVI PSICO-SESSUALI



- Garanzia di castità e di fedeltà
- Vantaggio nelle società poligamiche
- Certezza della paternità della prole
- Maggior piacere da una vulva resa artificialmente stenotica

CONVINZIONI SPIRITUALI E RELIGIOSE



- Religione: la pratica delle mutilazioni genitali femminili è antecedente all'Islam e la maggior parte dei musulmani non la usano
- . Tuttavia nel corso dei secoli questa consuetudine ha acquisito una dimensione religiosa e le popolazioni di fede islamica che la applicano adducano come motivo la religione.
- Il Corano non parla delle mutilazioni, esistono solo alcuni hadith (detti attribuiti al Profeta) che ne fanno cenno.
- In un di essi si racconta che Maometto vedendo praticare una escissione abbia detto alla donna che la praticava: "Quando incidi non esagerare, così facendo il suo viso sarà splendente e il marito sarà estasiato".
- A conti fatti le mutilazioni genitali vengono praticate anche da cattolici, protestanti, animisti, copti e falasha (ebrei etiopi) nei vari paesi interessati.

MOTIVI MITOLOGICI E ANTROPOLOGICI

- Ognuno nasce con un'anima maschile e femminile allo stesso tempo
- L'anima femminile nei bambini sarebbe localizzata nel prepuzio e quella maschile nelle bambine si troverebbe nel clitoride
- La mutilazione diventa pertanto indispensabile per l'identità sessuale



MOTIVI SOCIALI ed economici



- Le FGM sono praticate da operatrici tradizionali, in genere donne anziane molto influenti, per cui rappresentano un'importante fonte di reddito

Motivazioni socio-culturali

- Per questo motivo le MGF sono considerate una componente fondamentale dei riti di iniziazione grazie ai quali, nelle società tradizionali, si diventa “donna”. Questo perché, come si è precedentemente sottolineato, non basta nascere donne per appartenere al genere femminile, in quanto la connotazione biologica non riesce ad essere di per sé fattore sufficiente di individuazione. Sono quindi i riti che decidono dell’identità di una persona, che notificano alla persona la sua effettiva identità
- Le MGF, oltre che modificare in modo permanente il corpo della donna dal punto di vista anatomico, ne modificano anche l’aspetto, le proporzioni, l’armonia fra le varie parti e le posture. Delle donne infibulate colpisce infatti l’andatura flessuosa e lenta da considerarsi come diretta conseguenza dell’operazione che rende estremamente complicata tutta una serie di movimenti.

COME VENGONO ESEGUITE

STRUMENTI DI TAGLIO

- lame improvvisate (coltelli, lamette da barba, ecc.)
- pezzi di vetro
- cocci
- lattine



SUTURE

- fili di seta
- catgut
- spine d'acacia
- gundura (stecca di legno di palma a forma di V)
- Le FGM sono praticate da operatrici tradizionali, in genere donne anziane molto influenti, per cui rappresentano un'importante fonte di reddito

Come vengono eseguite?

Ogni operazione si svolge secondo una sequenza fortemente ritualizzata che si ripete immutata da madre a figlia.

Tutto accade in un luogo appartato e in una ora cerimoniale, con una operatrice della comunità o esterna ed è gestita nel segreto di una comunità femminile che a operazione avvenuta si apre e accoglie l'intera comunità per festeggiare e riconoscere pubblicamente in nuovo status di donna, accompagnato da doni con forte carica simbolica.

La casistica è molto ampia ma il tutto si svolge secondo una sequenza rituale scandita dalle tre fasi cerimoniali di separazione, margine e aggregazione, che caratterizzano ogni rito di passaggio.

La prima fase è quella di separazione quando all'alba le bambine prescelte vengono portate via da casa e riunite in un luogo lontano da sguardi indiscreti dove avverrà l'operazione.

La seconda è quella liminale, un periodo sospeso tra la sofferenza dovuta all'operazione e la cicatrizzazione delle ferite, che le bambine trascorrono sdraiate a terra con le gambe fasciate in un luogo appartato lontano dalla vita di famiglia, in attesa di guarigione.

La terza è quella di aggregazione quando le bambine vengono reinserite nella comunità in festa e riempite di doni per celebrare il loro ingresso nel mondo femminile.



La pratica

"..Subii la mutilazione quando avevo 10 anni. Mia nonna mi disse che mi portavano al fiume per una cerimonia particolare e che dopo avrei ricevuto molto cibo da mangiare. Ero una bambina innocente e fui condotta, come una pecora, al massacro. Entrate nella boscaglia fui condotta in una casupola buia, e spogliata. Fui bendata e denudata completamente. Due donne mi trascinarono nel luogo dell'operazione. Fui costretta a sdraiarmi sulla schiena da quattro donne robuste, due mi afferrarono saldamente ciascuna gamba.

Un'altra si sedette sul mio petto per impedire che la parte superiore del mio corpo si muovesse.

Mi ficcarono a forza un pezzo di stoffa in bocca per impedirmi di urlare. Poi fui rasata. Quando l'operazione iniziò, cominciai a lottare. Il dolore era terribile ed insopportabile. Mentre mi divincolavo fui mutilata malamente e persi molto sangue.

Tutte quelle che prendevano parte all'operazione erano mezze ubriache. Altre danzavano e cantavano [...].Fui mutilata con un temperino spuntato.

Hannah Koroma, Coordinamento Donne della sezione ghanese
di Amnesty International



“Io sono stata infibulata a sei anni, come tutte le bambine della mia età.(...)Ho vissuto quel momento con entusiasmo e gioia. Mi ha permesso di affacciarmi al mondo femminile con dignità e orgoglio.(...)Con la consapevolezza e le conoscenze di una persona adulta posso dire che essa è deleteria e che, in alcune situazioni, mette a rischio la salute di chi la subisce”.

**Maka Haji Ali (Ferite per sempre, Catania,
Abdulcadir, 2005**

ETÀ

- Etiopia 8 giorni
- Arabia 10 sett.
- Somalia 3-4 anni
(circoncisione e
clitoridectomia)
- Sudan 8-10 anni
(infibulazione)
- tribù Masai 5-8 anni
- dopo il
matrimonio



CONSEGUENZE SOMATICHE

- Le MGF provocano un grave danno alla salute delle vittime per le **conseguenze immediate**, a **breve** e a **lungo termine**.
- - Gli effetti dipendono dal tipo di lesione, dall'estensione della stessa, dall'abilità dell'operatore, dalla sterilizzazione degli strumenti e dall'ambiente,
- nonché dalle condizioni psico-fisiche della vittima

Complicanze immediate

- **Decesso.** Nessuno studio è mai stato intrapreso per determinare l'effettiva percentuale di mortalità femminile attribuibile alla mutilazione genitale femminile; tuttavia, l'exitus può essere dovuto ad una grave emorragia (shock emorragico), a dolore e trauma (shock neutrogeno) o ad una grave infezione (setticemia)

Complicanze a breve termine

- **Dolore intenso**, perché: la maggioranza delle MGF sono eseguite senza anestesia; le lesioni del tessuto dell'uretra, della vagina, del perineo e del retto possono derivare dall'impiego di strumenti non chirurgici, da scarsa capacità dell'operatore, da una tecnica inadeguata.
- - **Emorragia**, perché se viene incisa l'arteria clitoridea il flusso ematico è forte e la pressione sanguigna elevata.
- - **Shock** immediatamente successivo, come conseguenza dell'improvvisa perdita di sangue (shock emorragico) e del dolore acuto (shock neurogeno).
- - **Il tetano** può manifestarsi conseguentemente all'impiego di strumenti non sterilizzati e mancanza di vaccinazione antitetanica.

Complicanze a breve termine

- - **Ritenzione urinaria acuta**, dovuta alla flogosi del tessuto circostante la ferita, alla ritenzione volontaria per paura del dolore prodotto dalla minzione sulla lesione aperta, alle lesioni uretrali.
- - **Frattura** della clavicola, del femore, dell'omero, oppure la dislocazione dell'articolazione femorale possono verificarsi se una forte pressione viene esercitata sul corpo della vittima per immobilizzarla e vincerne la resistenza durante l'intervento.
- - **Infezione** con conseguente shock settico.
- - **Prolungati tempi di guarigione**, a causa dell'infezione, dell'irritazione provocata dal passaggio delle urine o dallo sfregamento derivante dalla deambulazione, oppure da una malattia sottostante come l'anemia o la malnutrizione

Complicanze a lungo termine

- - Minzione difficoltosa per il danno all'apertura uretrale o per la cicatrizzazione del meato.
- - Infezione ricorrente del tratto urinario ed infezioni pelviche.
- - Infertilità secondaria ad infezione pelvica coinvolgente gli organi riproduttivi.
- - Cheloide.
- - Ascessi.
- - Cisti dermoidi
- - Neuroma clitorideo, con conseguente ipersensibilità, iperalgesia e dispareunia.
- - Dismenorrea o amenorrea conseguenti all'occlusione parziale o totale dell'orifizio vaginale.



Complicanze a lungo termine

- - Formazione di calcoli intravaginali prodotti dall'accumulo di detriti mestruali e depositi urinari.
- - Fistole (buchi o tunnel) vescico-vaginali, o retto-vaginali, provocate durante la mutilazione, o la de-infibulazione o la re-infibulazione, oppure durante i successivi rapporti sessuali, oppure durante il parto, con ostruzione al medesimo.
- - Sviluppo di una "falsa vagina" nelle donne sottoposte a infibulazione, se durante ripetuti rapporti sessuali, il tessuto cicatriziale non si dilata a sufficienza.
- - Dispareunia, vaginismo, ipo-/an-orgasmia.
- - Occlusione parziale o totale dell'apertura vaginale con ostacolata dilatazione del canale del parto.

**La mutilazione genitale
femminile aumenta il rischio di
contrarre la malattia da HIV**

BRADY M.,

***Female genital mutilation: complications and
risk of HIV transmission***

AIDS Patient Care STDS, 1999,13(12),709-16

CONSEGUENZE PSICOSESSUALI, MENTALI E SOCIALI

Disturbi mentali

- – La mutilazione genitale femminile può avere sulla mente delle vittime effetti che durano per tutta la vita.
- – Molte donne mutilate riferiscono: marcata ansia prima dell'intervento, terrore di essere sequestrate e trattenute con forza durante l'operazione, enormi difficoltà durante il parto e perdita di piacere durante il rapporto sessuale.
- – Sono stati descritti: disturbo da stress post-traumatico, disturbi psicosomatici di diverso tipo, disturbi d'ansia variamente classificati, disturbi depressivi, psicosi, suicidio.
- – Tali disturbi sono dovuti alle dolorose procedure della FGM, alle mestruazioni dolorose conseguenti alla mutilazione, ai rapporti sessuali dolorosi, ai ricorrenti episodi di frigidity, alla formazione di cisti dermoidi, all'incontinenza urinaria, alla spiccata conflittualità coniugale secondaria alla disfunzionalità dei rapporti di coppia.
- – Una sindrome di tipo ansioso-depressiva riguardante i genitali, caratterizzata da una costante preoccupazione per lo stato dei genitali, dismenorrea intollerabile e timori di infertilità, è stata descritta in Sudan tra le donne sottoposte a infibula

CONSEGUENZE PSICOSESSUALI, MENTALI E SOCIALI

Disturbi sessuali

- – Frigidità dovuta alla dispareunia, alle lesioni prolungate durante i primi rapporti sessuali e all'infezione pelvica.
- – Anorgasmia dovuta all'amputazione del glande clitorideo.
- – Difficoltà coitale o incapacità assoluta di avere rapporti vaginali, a causa della stenosi della vagina.
- – Conflitti coniugali

CONSEGUENZE PSICOSESSUALI, MENTALI E SOCIALI

Problematiche socio-relazionali

- – Nelle comunità dove le MGF hanno un alto valore sociale, le bambine e le donne che non sono mutilate possono essere ostracizzate.
- – Le donne mutilate nelle comunità di immigrati possono avere problemi di identità sessuale quando si confrontano con le donne occidentali non mutilate e con l'opposizione culturale alle MGF del paese ospitante.



La lotta alle mutilazioni

- La Commissione sui Diritti Umani delle Nazioni Unite sollevò il problema delle mutilazioni genitali femminili nel 1952 e questa questione fu a lungo oggetto di studi e di dibattito.
- Finalmente nel 1984 l'ONU creò a Dakar, un "*Comitato interafricano sulle pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute delle donne e dei bambini*" (IAC). *L'obiettivo principale dello IAC era dar vita a campagne di sensibilizzazione e formazione per attivisti locali, levatrici e membri autorevoli delle comunità locali.*
- A partire dagli anni '90 le mutilazioni genitali femminili vennero riconosciute dalla comunità internazionale come una grave violazione dei diritti delle donne e delle bambine.

Paesi africani in cui le mutilazioni sono vietate per legge (in ordine di entrata in vigore)

- Guinea, Repubblica Centro Africana, Ghana, Etiopia, Djibouti, Uganda, Egitto, Burkina Faso, Costa d'Avorio, Tanzania, Togo, Senegal.

Le tendenze di sviluppo del fenomeno

- In alcuni paesi, tra i quali Egitto, Guinea e Mali, è in aumento la "medicalizzazione" della MGF, che è effettuata da personale medico in strutture sanitarie invece che da praticanti tradizionali.
- L'importanza degli aspetti cerimoniali associati alla MGF è in declino in molte comunità. Questa tendenza può anche essere in parte collegata all'esistenza di leggi che la proibiscono scoraggiando le celebrazioni pubbliche dell'evento

Il trattamento giuridico delle MGF

- **Nei paesi d'immigrazione:** Solo alcuni si sono dotati di leggi specifiche contro le MGF.

La maggior parte di essi puniscono le MGF nella fattispecie di reati diversi come quello di lesioni aggravate, abusi e maltrattamenti nei confronti dei minori.

Australia (leggi in 6 su 8 stati), Austria, Belgio, Canada (1993)
Danimarca, Germania, Francia (1997), Italia, Olanda, Nuova
Zelanda, Norvegia, Svezia (1982 – rivisitata nel 1998), Regno
Unito (1985) , Stati Uniti d'America (leggi in 16 stati), Spagna.

Quadro normativo in vigore in Italia

- Le MGF sono considerate una minaccia all'integrità psico-fisica della persona e per tale ragione illegittime
- D.L. 7/2006 “disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”
- Divisa in due capitoli: misure preventive e misure punitive
- Linee guida per realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche

IL RUOLO DELLA SCUOLA

- L'aumento progressivo del numero di alunni stranieri rappresenta un dato di grande rilevanza che chiama in causa le scuole italiane non solo nella loro capacità di accoglienza ed integrazione, ma anche di promozione, di coesione, di dialogo e responsabilità.

La scuola può giocare un ruolo importante nella prevenzione delle MGF se questa è intesa come promozione del benessere globale della bambina.

La prevenzione si traduce quindi in diritto alla salute

Il ruolo degli insegnanti

- Le strategie

L'insegnante pur non avendo competenze specifiche deve essere consapevole che attraverso una relazione adeguata può stabilire un rapporto di fiducia e facilitare il dialogo con le famiglie per acquisire elementi utili sulle diverse culture e tradizioni.

- Quindi il primo passo per gli insegnanti è di imparare a “leggere” i segnali che precedono o accompagnano eventuali fattori di rischio di disagio presenti nelle bambine.
- Un secondo passo potrebbe essere la condivisione con chi ha maggiore capacità di mediazione e costante esperienza nella in-formazione sentendosi parte di una “rete di tutela”

Il ruolo dei mediatori: Le strategie

- La figura del mediatore ha un ruolo fondamentale, lo possiamo infatti definire agente di cambiamento.
- La funzione del mediatore linguistico culturale si declina almeno in tre aspetti:
la comunicazione; la composizione del conflitto;
l'orientamento/informazione

Il ruolo dei mediatori: Le strategie

- Facilitare ed agevolare la comunicazione significa fare da ponte tra un emittente ed un ricevente allo scopo di stabilire una relazione, una connessione tra le parti.
- Nel caso di un “conflitto” il mediatore deve essere in grado di identificare i termini del conflitto ed offrire suggerimenti ed indicazioni per la sua risoluzione.
- La collocazione del mediatore è pertanto esterna al conflitto, in una posizione neutra, imparziale, ed è questo che permette la mediazione

Le dinamiche sociali che perpetuano M.G.F possono contribuire a promuovere l'abbandono

Dialogo collettivo: l'intera comunità che si muove nella stessa direzione per costruire un ambiente socio-culturale favorevole al cambiamento, allora anche il processo di abbandono delle MGF subisce un'accelerazione, coinvolgendo strati sempre più ampi di popolazione che porteranno ad un cambiamento totale e irreversibile

Come promuovere l'abbandono delle MGF

- Coinvolgere il leader politici, religiosi.
- Campagne di sensibilizzazione costanti rivolte all'intera comunità.
- Materiali informativi.
- Educazione sui diritti umani può avere un effetto trasformativo che si estende oltre i confini.
- MGF non vanno analizzati separatamente ma vanno inserite in progetti che prendono in considerazione temi come l'igiene, l'alfabetizzazione, le malattie diffuse come HIV.

Grazie per l'attenzione

