

Francesco Cataldo

pediatra  
giudice onorario Tribunale Minorile  
di Palermo

Parole chiave  
**mutilazioni genitali femminili**  
Keywords  
**female genital mutilations**

# Un'antica forma di abuso infantile arrivata anche in Italia

## Riassunto

L'aumento del fenomeno migratorio verso l'Italia ha determinato problemi di confronto con nuove consuetudini.

Le mutilazioni genitali femminili (MGF), termine che descrive le alterazioni praticate sull'apparato genitale femminile, ne sono un esempio. Vengono descritte le origini e gli aspetti socio-culturali e sanitari delle MGF. La loro analisi indica che, per contrastare una procedura che è presente anche in Italia, le normative esclusivamente sanzionatorie sono inefficaci, mentre sono più utili quelle pedagogiche per favorire l'integrazione delle popolazioni immigrate.

## Summary

The progressive increase of the migratory trend has carried Italy to be faced up with new traditions. One of them is female genital mutilation (FGM), a term that describes a range of traditional customs on the female genitals. In the present article historical, social, cultural and clinical aspects of FGM are analyzed. The challenging problems related to FGM support the indication that, to effectively contrast a procedure diffuse also in Italy, it is need to be aware of the sanctions' uselessness, whereas a pedagogic support in order to reach a cultural integration with the western society is necessary.



L'immigrazione dai Paesi in via di sviluppo (PVS) verso l'Italia si è recentemente trasformata da transitoria in stabile, comportando insieme all'aumento degli stranieri regolari (3.987.000 al 31 dicembre 2007, di cui 771.000 minori, secondo il Dossier Statistico Immigrazione 2008 della Caritas) anche nuove consuetudini. Le **mutilazioni genitali femminili** (MGF), nome dato a tutte le pratiche in cui si ha l'asportazione o l'alterazione di una parte dell'apparato genitale femminile esterno, costituiscono una delle tante tradizioni che il fenomeno migratorio ha portato, mettendoci bruscamente di fronte a usanze e costumi di cui sappiamo molto poco o niente.

Esse sono diffuse nella maggior parte degli Stati africani, del Medio Oriente e del Sud-Est asiatico, mentre tra i popoli del Sud-America e dell'Australia hanno una frequenza minore. Con la crescente immigrazione di donne e bambine, provenienti da queste regioni, nei Paesi occidentali, le MGF sono state osservate anche in Europa e in Nord America, e secondo l'OMS nel mondo ci sono più di 130 milioni di donne circoncise, con un tasso di nuove circoncisioni di 2 milioni all'anno.

La stessa OMS ha distinto quattro tipi di mutilazioni genitali femminili: circoncisione, escissione, infibulazione, forme non classificabili. Il riquadro ne riassume le caratteristiche, insieme ai Paesi dove ognuna di queste viene più frequentemente praticata.

## Cenni storici

Le MGF costituiscono una **tradizione culturale di origine remota e sconosciuta**. La più antica testimonianza risale al III secolo AC : Erodoto afferma che la escissione era praticata dai Fenici, dagli Ittiti e dagli Etiopi. In Egitto la prima segnalazione risale al II secolo a.C. in un papiro greco, dove si tratta di un litigio di natura pecuniaria per una bambina giunta “in età da subire la circoncisione, conformemente alla tradizione egiziana”. Gli antichi Romani vennero a conoscenza delle MGF a seguito della conquista dell’Egitto e del Medio Oriente, mentre diverse fonti arabe dal VI al X secolo DC ne testimoniano la presenza già nell’Arabia pre-islamica. Per tale motivo alcuni studiosi ritengono che le MGF abbiano avuto origine nella penisola arabica, non in Egitto, e che la loro diffusione sia legata all’avvento dell’islamismo, che ha diffuso la cultura Araba sia in Oriente (Asia meridionale, Indonesia, ecc) sia in Occidente (Africa). A questo proposito è interessante notare che in Sudan l’infibulazione è chiamata “circoncisione faraonica”, perché si ritiene che abbia avuto origine in Egitto, mentre in quest’ultimo Paese è definita “circoncisione sudanese” perché si pensa che sia stata importata dal Sudan. In ogni caso, sebbene la società e la cultura islamiche abbiano costituito un importante veicolo per la diffusione delle MGF, non è stato l’Islam in quanto religione a divulgarle. La circoncisione femminile viene infatti praticata in società islamiche, cattoliche, ebraiche, politeiste, animaliste e allo stesso tempo condannata in ognuna di queste. L’unico riferimento alle MGF nella tradizione musulmana è un controverso “hadith” (detti e fatti attribuiti a Maometto), nel quale si narra che Maometto assistendo alla escissione abbia affermato “quando incidi non esagerare e il marito ne resterà estasiato”.

## Le radici sociali ed economiche

L’età nella quale le bambine vengono sottoposte alle MGF varia a secondo del gruppo etnico: più comunemente **tra i 4 e i 10 anni**, a volte nelle neonate o nelle adolescenti. Sono le “donne anziane” della famiglia o “operatrici tradizionali” a praticarle, per lo più con mezzi rudimentali (coltelli, rasoi, pezzi di vetro, ecc.) e senza anestesia. Per suturare la ferita viene applicato un cataplasma costituito da erbe, fango, cenere, bianco d’uovo, sterco, a volte spine di acacia o anche pochi punti di sutura. Le gambe delle bambine, che vengono immobilizzate, sono poi legate dalle caviglie alle anche per 7-15 giorni al fine di favorire la cicatrizzazione della ferita.

## I quattro tipi di mutilazioni genitali femminili secondo l’OMS

### 1. Circoncisione

Conosciuta nelle comunità mussulmane col nome di *sunna* (significa “che segue la tradizione del profeta Maometto” o semplicemente “tradizione”) consiste nella asportazione del prepuzio del clitoride (talvolta della punta del clitoride) ed è paragonata alla circoncisione maschile.

**Paesi:** Egitto, Sudan, Somalia, Eritrea, Etiopia, Kenya, Tanzania, Yemen, Oman, Emirati Arabi, Indonesia, India, Pakistan, Malesia.

### 2. Escissione o clitoridectomia

Consiste nella ablazione del clitoride associata alla escissione (totale o fino al terzo posteriore) delle piccole labbra. È la forma di MGF più diffusa, praticata nell’80-85% dei casi. Nella lingua araba

viene chiamata *khafd* (che significa “riduzione”) o *tahara* (che significa “purificazione”).

**Paesi:** Egitto, Sudan, Somalia, Eritrea, Etiopia, Kenya, Tanzania, Uganda, Nigeria, Niger, Mali, Burkina Faso, Costa d’Avorio, Sierra Leone, Guinea Bissau, Togo, Benin, Gambia, Mauritania, Ghana, Senegal, Yemen, Oman, Emirati Arabi, Indonesia, India, Pakistan, Malesia.

### 3. Infibulazione\* o circoncisione faraonica\*\*

È costituita dalla rimozione del clitoride, delle piccole labbra e in gran parte (almeno i 2/3 anteriori) delle grandi labbra, con sutura dei lembi della vulva e occlusione dell’introito vaginale (rimane solo un piccola apertura per il passaggio

delle urine e del sangue mestruale). È la forma più severa di MGF.

**Paesi:** Egitto, Sudan, Somalia, Etiopia, Eritrea, Kenya, Nigeria, Niger, Mali, Burkina Faso, Mauritania, Senegal, Yemen.

### 4. Non classificabili

Ogni pratica lesiva dell’apparato genitale femminile diversa dalle precedenti : incisione o stiramento del clitoride e delle grandi labbra, raschiamento dei tessuti circostanti l’orifizio vaginale (*angurya*), incisione della vagina (*gishiri*), introduzione di sostanze corrosive o di erbe in vagina allo scopo di causare sanguinamento e conseguente restringimento cicatriziale della stessa.

**Paesi:** Colombia, Perù, Brasile, Messico, Congo.

L'esecuzione di queste pratiche è gravata da **complicanze**, sia precoci (dolore, gravi emorragie, infezioni, ascessi, ulcere) sia tardive (infezioni croniche urinarie, vaginali, uterine, cheloidi, fistole vagino-vescicali o vagino-rettali, dispaneuria, mancanza del piacere sessuale, infertilità, parto distocico). In seguito alla infibulazione, inoltre, i rapporti sessuali sono resi impossibili fino alla deinfibulazione che di solito viene effettuata dallo sposo o dalle donne anziane della sua famiglia di origine prima della consumazione del matrimonio.

I motivi che stanno alla base delle MGF sono legati alle tradizioni e alla cultura dei Paesi in via di sviluppo e sono diversi. Si ritiene che esse proteggano la verginità delle ragazze, indicandola al futuro sposo, e assicurino la fedeltà coniugale, perché la clitoridectomia riduce il desiderio sessuale. La **circoncisione femminile** costituisce anche una iniziazione all'età adulta e fa spesso parte di una "cerimonia rituale" durante la quale la bambina riceve una educazione sulla propria igiene personale e sul suo ruolo di donna, sposa e madre. Subito dopo essa viene festeggiata e la sua famiglia acquisisce importanza nella comunità perché ha seguito la "tradizione". Le MGF rappresentano in ogni caso un modo di **identificarsi al gruppo di appartenenza**: una donna non circoncesa non partecipa alla vita sociale e difficilmente potrà sposarsi perché ritenuta di facili costumi. Ciò è particolarmente importante nei gruppi etnici più poveri, dove la donna è priva di beni, anzi essa stessa è un bene che viene ceduto dalla famiglia di origine, come mezzo di scambio con denaro o animali, a seguito di matrimoni combinati dai genitori. In alcune società si ritiene, infine, che nelle donne non circoncese le secrezioni prodotte dal clitoride possano uccidere gli spermatozoi dopo i rapporti sessuali e che il clitoride possa nuocere al bambino durante il parto. Le MGF fanno quindi parte di pratiche tradizionali con radici sociali ed economiche molto forti e l'immigrazione non ne impedisce l'esecuzione: a volte le bambine tornano nel paese di origine, dove sono sottoposte a tali procedure; altre volte queste vengono eseguite da persone giunte appositamente nel paese di immigrazione da quello di origine.



Questa legge introduce sanzioni (reclusione da 4 a 12 anni) a chiunque pratica MGF in assenza di esigenze terapeutiche, con la pena accessoria della interdizione dalla professione da 3 a 10 anni se l'autore di queste è un operatore sanitario

### La legge 7/2006

In Italia purtroppo non ci sono ancora dati attendibili sull'ampiezza del fenomeno, sebbene secondo stime non ufficiali sarebbero alcune decine di migliaia (oltre 40.000) le donne giunte in Italia dai Paesi in via di sviluppo già infibulate. In via approssimativa, è stato calcolato che ogni anno da **4.000 a 5.000 bambine** immigrate, di età compresa tra i 4 ed i 12 anni, sono a **rischio di MGF**. Il silenzio omertoso che le etnie immigrate hanno nei confronti delle MGF spiega perché non se ne conosce la reale incidenza. Prova ne è che in Italia il problema è stato sollevato una prima volta nel 1997 da una donna italiana, moglie separata di un egiziano, che ha denunciato l'ex marito per avere sottoposto a circonscisione ambedue i figli (un bambino e una bambina) durante una breve vacanza in Egitto, e una seconda volta nel 1998 per la denuncia di una coppia di genitori immigrati contro un Centro sanitario islamico e di due medici islamici (un algerino e un etiopio) che avevano praticato l'infibulazione alla figlia di 6 mesi.

Fino a pochi anni fa **solo 3 nazioni del mondo occidentale** (Regno Unito, Svezia e Norvegia) avevano vietato per mezzo di specifiche norme le MGF. Questo, nonostante un rapporto dell'OMS (1982) avesse stabilito che la circonscisione femminile non doveva essere praticata da nessun operatore sanitario e in nessun luogo, e una dichiarazione dell'Unicef (1994) avesse affermato che esse "erano un **rischio per la salute** e una **violazione dei diritti delle bambine**".

In Italia, fino ai primi anni 2000, nei rari casi che venivano denunciati, si applicavano gli articoli 583 e 583 del Codice Penale (le MGF venivano considerate "**lesioni personali**"). Tali articoli nel 1998 sono stati rafforzati dal nuovo Codice di Deontologia medica che, all'articolo 50, ha vietato espressamente di "praticare qualsiasi forma di MGF" e dal Comitato nazionale di Bioetica che non ha dato alcuna autorizzazione, nemmeno culturale, per eseguirle.

Soltanto nel 2006, con la legge 7 del 9/1/06, pubblicata nella GU del 18/1/06 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile") il Legislatore è intervenuto con il fine, come recita l'art 1 della legge, "di prevenire, contrastare e reprimere le MGF quali **violazioni dei diritti fondamentali all'integrità**

delle persone e alla salute delle donne e delle bambine”. Questa legge introduce sanzioni (reclusione da 4 a 12 anni) a chiunque pratica MGF in assenza di esigenze terapeutiche, con la pena accessoria della interdizione dalla professione da 3 a 10 anni se l'autore di queste è un operatore sanitario (articolo 6). Secondo lo stesso articolo, inoltre, tali norme sono valide anche se il reato viene commesso all'estero su soggetti stranieri residenti in Italia e le pene vengono aumentate di 1/3 se le MGF vengono eseguite su una minorenni o per motivi di lucro. L'articolo 8 dispone infine pene pecuniarie e l'interdizione dalla attività per 1 anno nei confronti della struttura sanitaria dove viene eseguita la mutilazione e, nei casi in cui questa viene prevalentemente utilizzata per tali pratiche, la sua interdizione definitiva.

Tuttavia il pregio principale di questa legge non risiede nel suo aspetto sanzionatorio, ma negli **indirizzi preventivi** che detta. All'articolo 3 infatti prevede **campagne di informazione** volte a diffondere nelle etnie straniere la conoscenza che in Italia le MGF sono vietate e soprattutto quali sono i diritti fondamentali di ogni persona (in particolare delle donne e delle bambine), mentre all'articolo 4 prevede la formazione di figure professionali qualificate, in grado di operare nelle comunità dove sono in uso queste pratiche, per realizzare attività preventive e assistenziali mirate. L'articolo 5 prevede infine l'istituzione di un numero verde dedicato alle MGF e destinato a ricevere segnalazioni da parte di chiunque venga a conoscenza dell'effettuazione nel territorio nazionale di queste pratiche, e a fornire informazioni utili per la loro prevenzione.

Il pediatra che è “l'avvocato difensore dei diritti di tutti i bambini”, senza distinzione di sesso e di etnia, deve quindi prendere atto che in Italia a seguito del fenomeno immigratorio sono giunte usanze che, anche se antiche e radicate nella cultura dei Paesi in via di sviluppo, per lui sono nuove. I pediatri debbono quindi imparare a conoscere le MGF non solo per diagnosticarle, ma anche perché essendo consapevoli delle motivazioni socioculturali che le sottintendono possono attuare una **azione preventiva nei confronti delle famiglie immigrate**. Con un approccio di comunicazione pedagogica e carica di empatia, attuato sia negli ambulatori dei pediatri di famiglia sia in occasione di una ospedalizzazione, essi potrebbero (forse meglio dovrebbero) da un lato illustrare ai genitori di ogni bambina straniera i rischi di queste pratiche e dall'altro sfatarne (con il dovuto tatto) le motivazioni. Solo in questa maniera i pediatri potranno costituire un utile anello di quella lunga catena di passaggi necessari per rompere i legami socio-culturali che stanno alla base delle MGF e che ledono, come qualunque altra forma di maltrattamento e abuso, alcuni dei diritti fondamentali delle bambine di cui essi si prendono cura. ■



\*Etimologicamente il termine deriva dal latino fibula (fibbia, fermaglio) con riferimento alla spilla usata dagli antichi romani per agganciare la toga. Quindi “infibulare” significa “chiudere con una fibbia o un anello”, e una particolare “fibula” a forma di anello nell'antica Roma veniva applicata tra le grandi labbra delle schiave o a livello del prepuzio degli schiavi per evitare alle prime una gravidanza, che avrebbe ostacolato il lavoro, e ai secondi di affaticarsi con le donne.

\*\*Faraonica perché una condizione analoga è stata trovata nelle mummie egiziane di sesso femminile. Per tale motivo alcuni ritengono che tale pratica sia originata in Egitto, allora culla della civiltà, per diffondersi nel resto dell'Africa, nel Medio Oriente e in Asia.

## Bibliografia

- 1 *Bambine mutilate. In : 4° Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza. Edizioni Eris, 2003; pp. 145-168.*
- 2 *Comitato Nazionale per la Bioetica. La circoncisione : profili bioetici. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma 25 Settembre 1998.*
- 3 *Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile. Legge N. 7/9 gennaio 2006, G.U. n. 14 del 18/1/2006*
- 4 *Grassivaro Gallo P. Figlie di Africa mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia. L'Harmattan Italia Editrice, Torino 1998.*
- 5 *Il Codice di Deontologia Medica, www.ministerosalute.it*
- 6 *Mazzetti M. Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili. Franco Angeli Editore, 2000.*
- 7 *Pasquinelli C. Infibulazione. Il corpo violato. Meltemi Editore, 2007.*
- 8 *Zaffaroni M, Livio M, Controllo I. Mutilazioni genitali femminili. In : Cataldo F, Gabrielli O eds. Il bambino immigrato, attualità e prospettive. Volume 2°, Edizioni Editeam 2005; pp. 125- 149.*