



Università Degli Studi Di Roma “La Sapienza”

Prima Facoltà di Medicina e Chirurgia

Master di Primo Livello in

Bioetica Clinica

Direttore: Prof. Giovanni Stirati

RITO SIMBOLICO ALTERNATIVO NELLE

MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

Riflessioni e prospettive etico antropologiche

Relatore: Dott.ssa Giorgia Brambilla

Studente: Orkida Xhyheri

Anno Accademico 2006/2007

<i>Indice</i>	1
<i>Introduzione</i>	3
CAPITOLO I°	5
LA BIOETICA PERSONALISTA	5
Il concetto di persona della bioetica personalista	5
La corporeità come parte costitutiva della persona	6
Il principio di totalità o principio terapeutico.....	6
CAPITOLO II°	8
LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILE;	8
ASPETTI SCIENTIFICI ED ETICI	8
Aspetti scientifici: cosa sono la MGF?	8
Classificazione delle MGF secondo l' OMS.....	9
Ipotesi sulle origini delle MGF.	11
Perché vengono praticate le MGF.....	12
Conseguenze psico – fisiche delle MGF.	16
Conseguenze immediate	17
Conseguenze tardive.....	18
Distribuzione geografica del fenomeno delle MGF	21
Legislazione italiana riguardo le MGF	22
Aspetti etici.....	26
Problemi bioetici in una società multietnica.	26
La circoncisione : Profili bioetici.....	29
CAPITOLO III°	35
RITO SIMBOLICO ALTERNATIVO;	35
ASPETTI SCIENTIFICI ED ETICI	35
Aspetti scientifici. Ipotesi del rito simbolico alternativo	35
In cosa consiste il rito simbolico alternativo?.....	37
Il significato delle parole	38
Aspetti etici: Parere della Commissione di Bioetica delle Regione Toscana in riferimento al Rito Simbolico Alternativo.	39
Relazione del Gruppo di Lavoro	42
Valutazione della procedura di esecuzione.....	45
della “sunna lievissima” o rito simbolico.....	45
Conclusioni.....	48
Bibliografia.....	50

Introduzione

Il mio legame con il delicatissimo argomento delle mutilazioni genitali femminili è nato quasi casualmente, ovvero attraverso la visione di un documentario sulla vita delle donne africane. C'è chi potrebbe chiedersi: perché una donna occidentale lontana da certi costumi e tradizioni decide di trattare un simile argomento? Forse trattare un argomento del genere fa clamore o forse perché ultimamente è notevole la ricerca di argomenti in grado di suscitare forti reazioni nelle persone. La risposta sorge semplice e spontanea. Prima di tutto, sono una donna e come tale non posso permettermi di rimanere indifferente di fronte alla realtà delle mutilazioni genitali femminili (MGF); in secondo luogo, perché il mio giovane cammino professionale mi ha inizialmente costretto e, attualmente, oserei dire, permesso di mettermi in contatto con la parte meno bella della vita di una persona, il dolore la sofferenza. Quello che vorrei comunicare con lo svolgimento di questo lavoro è la volontà di dare un modesto e motivato contributo alla lotta contro l'infibulazione. Vorrei sottolineare che l'obiettivo di questa tesi è quello di studiare in maniera oggettiva la realtà delle MGF, senza avere la presunzione di sentenziare o giudicare il forte legame culturale che questo argomento rappresenta.

La parte iniziale della tesi tratta la bioetica personalista, il concetto di persona nella bioetica personalista e la corporeità come parte costitutiva della persona.

La prima parte di questo lavoro fornisce un quadro generale riguardo gli aspetti scientifici e culturali, in particolare la definizione del OMS riguardo le MGF, i motivi per i quali vengono effettuate le MGF, le conseguenze psicologiche e fisiche delle MGF, la distribuzione geografica del fenomeno, la situazione italiana e rispettiva legislazione riguardo le MGF. Questi dati derivano da una mia precedente tesi intitolata "De-Infibulazione Genitale Femminile; Quale il ruolo infermieristico nell'assistenza clinica, psicologica e sociale?". Tale dissertazione, come si può intuire anche dal titolo, tratta il tema della

infibulazione e successiva de-infibulazione cioè della *riapertura chirurgica*, e del forte impatto emotivo che l'argomento crea nei professionisti sanitari, i quali si trovano spesso impreparati a relazionarsi con la realtà della MGF. Dai risultati della ricerca effettuata nelle unità operative di ginecologia-ostetricia dei Presidi Ospedalieri di Ravenna Faenza e Lugo e dei relativi consultori è emersa, infatti, una conoscenza piuttosto limitata riguardo le MGF da parte dei professionisti sanitari (medici, infermieri, ostetriche, assistenti sociali), ma un interesse ad approfondire le proprie conoscenze, per instaurare un adeguato approccio clinico assistenziale con le donne che presentano le mutilazioni genitali¹.

La seconda parte della tesi prosegue illustrando la legislazione italiana riguardo le MGF, continua trattando gli aspetti etici in una società multietnica e si conclude rappresentando i profili bioetici della circoncisione maschile.

La terza e ultima parte tratta l'argomento del rito simbolico alternativo, spiega in particolare la procedura del rito simbolico alternativo, descrive il parere della Commissione di Bioetica della Regione Toscana in merito al rito simbolico alternativo e si conclude con la relazione del gruppo di lavoro a cura di P.Funghi e M. Martelloni in merito al rito alternativo che ne definisce anche gli aspetti etici e deontologici.

¹ Tali dati derivano dalla tesi di laurea in Infermieristica Università degli Studi di Ferrara anno accademico 2003-2004 dal titolo "De-infibulazione genitale femminile; quale il ruolo infermieristico nell'assistenza clinica, psicologica e sociale?" studente Orkida Xhyheri.

CAPITOLO I°

LA BIOETICA PERSONALISTA

Il concetto di persona della bioetica personalista

Il modello personalista ha come punto di riferimento principale la dignità della persona umana come entità esistenziale, intangibile, che ricapitola tutto il valore dell'umanità; esso si fonda sulla oggettività dei valori e l'uomo viene inteso come fine e mai come mezzo.

I principi sostanziali che lo sostengono sono:

- il principio della difesa della vita fisica (al di sopra del quale esiste soltanto il bene totale e spirituale dell'individuo); esso è sancito da tutte le carte internazionali dei diritti dell'uomo e impedisce la soppressione diretta e deliberata della vita (o la salute o la qualità della vita) di altri o le condizioni politico sociali di altri;
- il principio di libertà e responsabilità;
- il principio di totalità o principio terapeutico;
- il principio di socialità o sussidiarietà;

La persona, quindi, è una totalità di valori e non una mera componente della società; essa è l'insieme di mente – corpo – spirito ed è aperta ai valori che ne giustificano le azioni essendo “consapevole di essere”.

Il valore della persona è l'elemento che consente il discernimento tra ciò che è tecnicamente possibile e ciò che è eticamente lecito, basandosi su un criterio antropologico ontologicamente fondato².

La corporeità come parte costitutiva della persona³

Il mondo è costituito da uomini; l'uomo è un corpo tra tanti corpi, però non è come gli altri corpi: è un *corpo umano*, cosa che lo rende consapevole della sua diversità dagli altri corpi. Quando siamo di fronte ad un uomo non vediamo semplicemente il suo corpo, ci troviamo di fronte ad un *unicum* di psiche, spirito, e corpo: la persona. L'intimità umana non ha spazio, ma, per svelarsi, necessita della materia, e si manifesta tramite il corpo, in esso si proietta, si stampa, si manifesta.

La corporeità è espressione di interiorità. Il corpo di un uomo non è visto semplicemente come tale, ma come un corpo umano. Questo significa che l'aspetto esteriore non è un termine dove finisce la nostra percezione, ma bisognerebbe andare oltre, verso qualcosa che esso manifesta.

Dunque la corporeità viene percepita come una parte costitutiva della persona e non come un aspetto isolato, è *manifestazione* della persona.

Il principio di totalità o principio terapeutico⁴

La corporeità umana è un tutto unitario composto da diversi aspetti tra loro unificati. Quindi, per salvare il tutto, ovvero, la stessa vita del soggetto è lecito incidere su una parte dell'organismo. In questo caso il principio terapeutico richiede alcune considerazioni per poter essere applicato:

- per salvare l'organismo sano l'intervento deve essere sulla parte malata che è diretta causa del male;

² Ontologia: parte della filosofia che studia il concetto e la struttura dell'essere in generale, e non i fenomeni in cui si concretizza. (c) Petrini S.r.l. Garzanti Linguistica, 2004

³ RAMÓN LUCAS LUCAS, *Antropologia e problemi bioetica*, ed. San Paolo, 2001

⁴ GIORGIA BRAMBILLA, *Corporeità e Bioetica. Antropologia dualista e Antropologia unitaria: esiti etici e bioetici*, dissertazione di Licenza, Facoltà di Bioetica, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, 2005.

- per ovviare alla malattia non vi devono essere altri modi o mezzi;
- per la riuscita deve esserci una buona possibilità o proporzionalmente alta;
- necessita il consenso del paziente o dell'avente diritto.

Quindi, in questi casi, l'elemento in questione non è direttamente la vita stessa, quanto l'integrità fisica, la quale è considerata dalla etica personalista come un bene superiore integrato nelle corporeità, dunque un valore personale che può essere messo in pericolo o menomato soltanto a vantaggio del bene superiore a cui è legato.⁵

⁵ E, SGRECCIA, Manuale di Bioetica, *ibidem*.

CAPITOLO II°

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILE; ASPETTI SCIENTIFICI ED ETICI

Aspetti scientifici: cosa sono la MGF?

L'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le mutilazioni genitali femminili presenti in tutte le *pratiche che portano alla rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o ad altri danni agli organi genitali femminili compiuti sulla base di motivazioni culturali o altre motivazioni non terapeutiche.*

Tali operazioni solitamente vengono eseguite in modo primitivo, spesso da persone prive di conoscenze medico-sanitarie. Le donne (bambine, adolescenti) vengono mutilate con strumenti d'uso comune come coltelli, forbici, lame di rasoi.

Sentii la carne dei miei genitali che veniva lacerata e il rumore sinistro di quella lama che andava avanti e indietro. Quando ci ripenso non riesco a credere che mi sia successo veramente Waris Dirie *“Fiore del Deserto. Storia di una Donna”*⁶

Come si può intuire dalle poche parole sopra descritte, la sofferenza che la donna deve subire è atroce perché spesso il tutto avviene senza anestesia e in condizioni igieniche non adeguate, quindi la donna è sottoposta a gravi conseguenze quali infezioni, emorragie, dolore insopportabile, morte.

Secondo l'OMS, le donne (bambine, ragazze) che hanno subito mutilazioni sessuali sono circa 135 milioni e, a queste, ogni anno se ne aggiungono circa 2 milioni.

⁶ Dirie Waris con Miller Cathleen “ Fiore del deserto storia di una donna” Garzanti editore s.p.a. Milano 1998.

Classificazione delle MGF secondo l' OMS.

I° tipo: CLITORIDECTOMIA

È la forma di mutilazione meno cruenta, consiste nell'asportazione del prepuzio, con o senza l'asportazione di parte o di tutto il clitoride. A volte è caratterizzata da una minima escoriazione o incisione del clitoride da cui si fanno stillare alcune gocce di sangue.

II° tipo: ESCISSIONE

Oltre all'asportazione del prepuzio clitorideo e del clitoride stesso, si aggiunge anche l'escissione parziale o totale delle piccole labbra.

III° tipo: INFIBULAZIONE

Riguarda la forma di intervento più distruttiva (alcune volte si può trovare sotto il nome di "infibulazione faraonica").

Oltre all'intera asportazione del clitoride e delle piccole labbra, si pratica anche l'asportazione di una parte delle grandi labbra. Successivamente i due lati della vulva vengono suturati insieme con dei punti di seta. Quando la mutilazione avviene in un ambiente rurale vengono usati spine di acacia oppure fili di crine. In questo modo, l'orifizio vaginale viene quasi interamente chiuso, riducendolo in un foro di dimensioni molto piccole (in alcuni casi la tradizione richiede che il foro abbia le dimensioni di un chicco di riso).

Quello che rimane dell'orifizio vaginale viene mantenuto aperto fino alla cicatrizzazione grazie all'inserimento di un sottile pezzo di legno in questo modo si permette il deflusso dell'urina e del sangue mestruale.

Al termine dell'operazione le gambe della donna (bambina, ragazza) vengono strettamente legate tra di loro dall'anca fino alle ginocchia o fino alle caviglie in questo modo si favorisce la cicatrizzazione e si evita l'apertura delle ferite.

Il periodo di convalescenza dura due o tre settimane; al termine del periodo di limitata mobilità, le gambe vengono sbendate e l'infibulazione viene ispezionata per verificare che l'orifizio sia sufficientemente stretto, altrimenti l'operazione dovrà essere ripetuta.

Alla pratica della infibulazione si collega di conseguenza anche la pratica della deinfibulazione (riapertura) che solitamente viene eseguita al momento del primo rapporto sessuale oppure al momento del parto per consentire la nascita del feto.

IV° tipo: NON CLASSIFICATO.

Vengono incluse tutte le operazioni che riguardano la perforazione o incisione della clitoride e/o delle piccole e grandi labbra.

Ustioni del clitoride e del tessuto circostante.

Raschiamento del tessuto circostante l'orifizio vaginale (*tagli anguria*) o incisioni della vagina (*taglio gishiri*).

Introduzione di sostanze o erbe corrosive in vagina per causare emorragia o allo scopo di restringere la vagina o qualsiasi altra procedura che cada sotto la definizione di MGF.

Ipotesi sulle origini delle MGF.

Sicuramente, in merito alle origini delle MGF, sono state fatte diverse ipotesi; in effetti, non esistono testimonianze certe che indichino come quando e perché la pratica delle MGF abbia preso inizio.

Il fenomeno delle mutilazioni si è evoluto nel tempo ed ha accompagnato la storia del uomo assumendo un significato importante per alcune popolazioni. Ecco alcune ipotesi sulla origine della pratica delle mutilazioni.

► Una delle ipotesi⁷ sostiene che l'usanza delle MGF abbia avuto origine in Egitto. Alcune scoperte archeologiche hanno identificato testimonianze di MGF nelle mummie egiziane. Si pensa che l'escissione della clitoride e l'infibulazione fossero praticate durante la dinastia dei Faraoni alle donne appartenenti alla famiglia reale allo scopo di conservare le loro fertilità.

► Una testimonianza si trova anche nella letteratura medica⁸. Nel XIX secolo, la clitoridectomia trovava un largo impiego nel contesto medico-sanitario per quanto riguarda la cura dell'isteria. Tale sindrome era definita come una condizione caratterizzata da uno stato di eccitazione esagerata, conseguente ad una alterazione a carico dell'apparato genitale. Quindi, la clitoridectomia veniva praticata come trattamento terapeutico per porre rimedio a questa alterazione organica.

⁷ Progetto n.9 Regione E. Romagna MGF nella popolazione immigrata 2001. Walzer A. Protibhap. Warrior Marks. London. Jonathan Cape 1993.

⁸ I Segni sul corpo. Per un antropologia delle modificazioni dei genitali femminili. Michela Fusaschi 2003. Sindzingre 1997.

► Un'altra ipotesi sulle origini deriva da alcuni studi riguardanti l'Epoca Romana⁹.

Il termine “infibulazione” deriva dalla parola *fibula* (spilla). La fibula veniva applicata sulle grandi labbra nelle donne e sul prepuzio negli uomini. Questo veniva praticato per evitare rapporti sessuali tra schiavi, quindi per evitare gravidanze che avrebbero ostacolato il lavoro delle donne schiave.

Perché vengono praticate le MGF.

L'infibulazione è una pratica radicata dall'antichità, non è dettata da alcuna religione, fonda le sue radici nella tradizione millenaria. Si ritiene che le sue origini possano derivare dall'epoca dei faraoni egiziani.

Da allora, si è diffusa in tutta l'Africa con modalità differenti a seconda della regione e della tribù di appartenenza. Per la donna, sottoporsi a questa pratica significa abbandonare il mondo dell'infanzia ed entrare a fare parte nel mondo degli adulti, essere riconosciuta dalla propria comunità .

L'età, il tipo di mutilazione variano a seconda del paese di appartenenza e della zona (rurale o urbana) in cui le ragazze vivono. L'età varia tra i quattro e dieci anni, esistono anche casi nei quali l'infibulazione avviene appena qualche giorno dopo la nascita.

Il giorno del rito viene vissuto con grande gioia e partecipazione da parte di tutti i famigliari che esprimono parole di benedizione e auguri. Per rendere meglio l'idea l'evento potrebbe essere paragonato ad un esempio di prima comunione.

Le MGF provvedono ad asportare la parte maschile della donna , la clitoride è paragonata ad un piccolo pene. Attraverso l'asportazione della parte maschile la donna acquista la femminilità a pieno titolo.

⁹ Antropologia delle Mutilazioni dei Genitali Femminili. Carla Pasquinelli.

Le motivazioni che vengono fornite riguardanti le MGF sono leggermente differenti a seconda delle aree geografiche interessate, tutte però sono basate su credenze, superstizioni, tradizioni. Le più frequenti sono le seguenti¹⁰:

► **L'infibulazione preserva la verginità.** Si pensa che l'infibulazione preservi la castità della donna fino al giorno del matrimonio. È percepita come una forma di protezione che inibisce nella donna desideri e tentazioni di rapporti sessuali. La verginità nella società tradizionale africana è un requisito molto risentito. In realtà la verginità è caratterizzata dalla presenza dell'imene .

A volte, a causa delle precarie conoscenze medico sanitarie, può succedere che durante l'intervento ci sia la rottura della membrana dell'imene causando così la “perdita della verginità”.

► **L'infibulazione è una garanzia di fedeltà.** Si pensa che l'infibulazione abbia lo scopo di attenuare i desideri sessuali nella donna, preservandone così la castità . Quindi, servirebbe a proteggere la donna dalla tentazione di essere vittima dei propri istinti sessuali. In questo modo, viene percepito che una donna infibulata sia più fedele al proprio uomo rispetto ad una donna non infibulata.

► **L'infibulazione rende la donna più fertile.** Questa affermazione deriva da una credenza secondo la quale le secrezioni delle ghiandole dei genitali di una donna non infibulata uccidono gli spermatozoi nella vagina.

Di conseguenza una donna infibulata è considerata sicuramente più fertile. In realtà, le MGF possono rendere sterili la donna, soprattutto nel caso delle infezioni pelviche che sono una delle conseguenze delle MGF.

¹⁰ Dati tratti dal sito Web Aidos.it Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo.

► **L'infibulazione è una garanzia di igiene.** L'asportazione degli organi genitale esterni è giustificata dall'idea di favorire la pulizia dell'igiene intima. Le secrezioni prodotte dalle ghiandole nella clitoride, nelle piccole e nelle grandi labbra producono un odore sgradevole rendendo il corpo della donna non pulito. In realtà le normali secrezioni delle ghiandole sono impercettibili e aumentano durante i rapporti sessuali per facilitare la penetrazione. In caso di secrezioni abbondanti e maleodoranti, significa che c'è un'infezione che deve essere prontamente trattata. Inoltre, nell'infibulazione la chiusura della vulva comporta una lenta e difficoltosa fuoriuscita delle urine e del sangue mestruale originando così infezioni.

► **L'infibulazione è una garanzia economica.** Quando arriva il momento del matrimonio il valore della sposa dipende anche dal fatto che sia vergine. La famiglia dello sposo versa alla famiglia della sposa un compenso in denaro o in bestiame in cambio di una sposa illibata, intatta, ben chiusa in modo da scoraggiarne desideri e rapporti prematrimoniali. Se la donna non è ben operata il marito può restituirla alla famiglia di origine la prima notte di nozze e riprendersi il compenso versato prima del matrimonio.

► **L'infibulazione viene eseguita per motivi estetici.** Nei paesi dove vengono praticate le MGF si pensa che la clitoride rappresenti la parte maschile nella donna di conseguenza deve essere rimossa per evitare che durante lo sviluppo della donna la clitoride possa crescere. Quindi si pensa che una zona piatta e liscia senza la clitoride e le piccole labbra possa essere più attraente alla vista e al tatto.

Questo non si verifica sempre perché dopo l'infibulazione accade spesso che nella sutura dei lembi delle grandi labbra si formino dei cheloidi dolorosi e dall'aspetto abnorme

► **L'infibulazione aumenta il piacere sessuale degli uomini.**

Nell'infibulazione come si è già detto l'obiettivo è quello di ridurre l'orifizio vaginale. In questo modo si crede di aumentare il piacere del maschio durante il rapporto sessuale. In realtà le donne che subiscono le mutilazioni genitali hanno rapporti dolorosi e gli uomini hanno penetrazioni difficoltose e dolorose.

► **La MGF è una prevenzione delle morti prenatali.** Alcune tribù africane credono che durante il parto se il neonato viene a contatto con la clitoride rischia di morire. Questa affermazione non ha alcun fondamento scientifico .

Al contrario il rischio di morte prenatale aumenta nelle donne infibulate a causa del lungo travaglio causato dalla chiusura delle grandi labbra.

► **Le MGF sono dettate dalla religione e in particolare dall'Islam.** Nessuna religione prescrive la MGF perché la sua origine è antica e antecedente all'Islam. Le scoperte archeologiche hanno dimostrato l'esistenza di mummie egiziane infibulate, ciò dimostra che la pratica dell'infibulazione era diffusa nella famiglia reale faraonica, quindi prima della diffusione dell'Islam.

Tuttavia la pratica delle mutilazioni genitali ha acquisito nel corso dei secoli una dimensione religiosa e come tale è stata adottata dalle popolazioni che la praticano. Le mutilazioni genitali femminili sono praticate oltre che alcune popolazioni di religione musulmana anche da cattolici, protestanti, ebrei nei vari paesi interessati .

Conseguenze psico – fisiche delle MGF.

Gli interventi di mutilazione genitale sono dei veri e propri atti chirurgici, che nella maggior parte dei casi sono eseguiti in condizioni igieniche precarie. Di conseguenza il rischio di complicanze è molto elevato.

Le complicanze post mutilazione dipendono molto anche dal tipo di mutilazione praticata, ovviamente una donna che ha subito una mutilazione di primo grado cioè meno cruenta ha meno probabilità di andare incontro ad una complicanza con conseguenze gravi per la vita rispetto ad una donna che ha subito una mutilazione del terzo o quarto tipo.

È importante non sottovalutare il fatto che indipendentemente dal tipo di mutilazione subita, la donna mutilata oltre ad avere conseguenze a livello fisico ha importanti ripercussioni anche a livello psicologico.

Altri fattori che condizionano le conseguenze delle MGF sono:

- abilità della persona che pratica l'intervento (molte volte si tratta di persone con una scarsa conoscenza medico sanitaria);
- tipo di strumento che viene utilizzato (spesso si tratta di strumenti non sterili oppure di strumenti non adeguati es. lame, pezzi di vetro);
- condizioni dell'ambiente dove viene praticato l'intervento;
- condizioni fisiche generali della bambina o della donna che subisce l'intervento.

Conseguenze immediate

- **Dolore.** Nella maggioranza dei casi la mutilazione avviene in ambiente extra ospedaliero, questo perchè in molti paesi la legislazione condanna questa pratica .Ciò significa che spesso l'intervento è eseguito in modo clandestino da persone con scarse conoscenze medico sanitarie quindi in assenza di anestesia, di conseguenza le bambine e le donne che subiscono questa pratica devono subire dolori insopportabili.

- **Fratture o lussazioni.** Durante l'intervento di mutilazione la donna o la bambina viene tenuta ferma nelle braccia e nelle gambe da altre donne che assistono, questo per evitare che possa divincolarsi, ribellarsi quindi per favorire a colei che pratica l'intervento di concluderlo nel *miglior* modo possibile. Durante questa fase di forzata immobilizzazione si possono creare dei danni agli arti, quali fratture o lussazioni.

- **Emorragia.** L'emorragia è una delle conseguenze più frequenti. Durante l'escissione del clitoride viene recisa l'arteria clitoridea nella quale scorre una importante quantità di sangue. L'emorragia se non viene prontamente e opportunamente trattata può portare alla morte della donna.

- **Lesioni dei tessuti adiacenti.** Le parti maggiormente a rischio sono ovviamente l'uretra, la vagina, il perineo, il retto. Le lesioni a questi tessuti sono dovuti non solo all'utilizzo di strumenti non adeguati (lame di rasoi, frammenti

di vetro) ma anche alla scarsa conoscenza dell'anatomia da parte delle *operatrici* e dal dimenarsi della donna .

Spesso si creano delle fistole che possono essere sia vescica-vaginali, sia retto-vaginali, con continua perdita di feci o urine.

Conseguenze tardive

- **Complicanze a livello della vulva.** L'infezione, l'edema, il passaggio dell'urina possono impedire che la ferita abbia una buona cicatrizzazione .Quindi c'è il rischio che si possano insorgere cisti, ascessi, cheloidi.

- **Complicanze del tratto urinario.** La presenza di infezioni della ferita o aderenze che interessano l'uretra creano una difficoltà di passaggio delle urine con conseguente ritenzione urinaria.

Parlando personalmente con una donna che era stata infibulata nel suo paese di origine poi deinfibulata in Italia¹¹ ho constatato che il tempo necessario per urinare varia tra 30-40 minuti, inoltre la minzione è dolorosa quindi le donne tendono ad urinare di meno.

- **Conseguenze a livello ginecologico.** Durante il ciclo mestruale si può creare un ristagno di sangue mestruale (ematocolpo) o secrezioni dovute alla restrizione dell'orifizio vaginale; in questo modo, si crea un ambiente favorevole per l'insorgenza di infezioni che non si limitano solo alla vagina ma possono

¹¹ Paziente intervistata personalmente nell' anno 2004 (presso il Centro di riferimento regionale per la prevenzione e la cura delle complicanze legate alle mutilazioni dei genitali femminili di Firenze) per l'elaborazione della tesi del corso di laurea in infermieristica dal titolo “ De – infibulazione genitale femminile quale il ruolo infermieristico nell'assistenza clinica, psicologica e sociale”

interessare anche gli organi interni con il rischio di condurre la donna fino all'infertilità.

- **Conseguenze sulla gravidanza e sul parto.** Nel corso della gravidanza c'è una grossa difficoltà ad eseguire gli accertamenti non solo per una questione di riservatezza della donna che si rivolge al medico solo in caso di imminente pericolo ma anche per una questione di difficile accesso alle strutture sanitarie in quanto numericamente scarse e non facile da raggiungere a causa della distanza che le separa l'una dalle altre.

Nel caso di una donna infibulata, la visita ginecologica risulta difficile spesso impossibile da eseguire; in questo caso si rende necessaria la deinfibulazione (riapertura delle grandi labbra) non solo per eseguire gli accertamenti ginecologici ma soprattutto al momento del parto perché il resistente tessuto della cicatrice può impedire la dilatazione del canale e non permettere al feto di fuoriuscire dal canale vaginale.

Attraverso la deinfibulazione si evita un travaglio prolungato e difficile con ripercussioni dannose per il feto.

Spesso al termine del parto la donna chiede di essere nuovamente "*chiusa*", quindi la risuturazione oltre ad indurre l'insorgenza di aderenze dolorose nell'area genitale, riduce anche l'elasticità del perineo e di conseguenza comporta un ulteriore restringimento del orifizio vaginale.

- **Conseguenze sulla sfera sessuale.** Quando giunge il momento del primo rapporto sessuale spesso si rende necessario praticare una riapertura nelle grandi labbra per allargare l'orifizio vaginale.

Questa ulteriore operazione viene eseguita dal marito, oppure da una delle sue parenti di sesso femminile utilizzando un coltello affilato o un pezzo di vetro.

Le coppie più “moderne” per evitare ulteriori sofferenze, cercano l’assistenza di un medico. L’operazione di parziale deinfibulazione deve avvenire nella maggiore segretezza altrimenti si rischia di intaccare la virilità dello sposo.

Spesso il rapporto sessuale è doloroso (dispareunia) e viene vissuto dalla donna come un ulteriore sofferenza causato dall’ostruzione, dalla formazione di aderenze, dalla presenza di infezioni pelviche. Di conseguenza la penetrazione può risultare difficile, se non impossibile.

Conseguenze psicologiche sociali. Le conseguenze psicologiche delle mutilazioni genitali femminili sono più difficili da studiare rispetto alle conseguenze fisiche. Spesso dalle testimonianze delle donne mutilate si rilevano due percezioni di sentimenti che si alternano.

Visione negativa. Sentimenti che la donna percepisce prima e durante le mutilazione:

- paura
- dolore
- ansia
- rifiuto
- senso di impotenza
- sottomissione

Visione positiva. Sentimenti che si contrappongono alla sofferenze prima elencate:

- orgoglio
- purezza
- riconoscimento della femminilità
- accettazione da parte della comunità
- festeggiamenti dell’evento, consegna di regali

Distribuzione geografica del fenomeno delle MGF¹²

La pratica di mutilazione dei genitali femminili interessa indipendentemente dalla religione diversi paesi. La zona più colpita è la fascia centrale del Continente Africano, il fenomeno si allarga anche nel sud della penisola araba e nel sud-est asiatico.

Di seguito si può trovare l'elenco di alcuni paesi dove sono praticate le mutilazioni dei genitali femminili in varie forme ; clitoridectomia, escissione, infibulazione, non classificato.

Africa; Somalia, Gibuti, Sud Egitto, Sierra Leone, Sudan, Etiopia, Eritrea, Gambia, Mali, Burkina Faso, Ciad, Guinea, Nigeria, Costa d'Avorio, Repubblica Centrafricana, Ghana, Benin, Guinea Bissau, Kenya, Togo, Senegal, Niger, Mauritania, Camerun, Congo, Tanzania, Uganda, Zaire.

Asia; Indonesia, Malaysia, India

Medio Oriente; Oman ,Emirati Arabi, Yemen.

Bisogna riconoscere che, anche se a piccoli passi alcuni dei paesi precedentemente citati si sono mobilitati dal punto di vista legislativo verso la condanna delle MGF.

In Egitto, e in Ghana, c'è una legislazione specifica che condanna le MGF.

In Burkina Faso le mammane (donne che eseguono le MGF) sono severamente punite dalla legge locale.

In Kenia è dal anno 1982 che il presidente intervenne per mettere al bando le MGF.

¹² Dati tratti dal "Dossier Mutilazioni Genitali Femminili " a cura dell' Associazione EquaMagliana.

In Sudan l'infibulazione viene condannata mentre non costituisce reato l'escissione della clitoride.

In Somalia la SWDO (*Somali Women's Democratic Organization*) nel 1978 costituì una commissione per abolire l'infibulazione, alcuni anni dopo il governo chiese alla SWDO di sottoscrivere una proposta di legge, purtroppo questo lavoro fu impedito dalla guerra civile che ebbe inizio nel 1991.¹³

In Eritrea dal 31 marzo 2007 praticare l'infibulazione è un reato e per i trasgressori sono previste multe e carcerazione in corrispondenza alla gravità della mutilazione.

Bisogna ammettere che le MGF sono una realtà talmente radicata nella cultura e nella tradizione che non sempre la legge è sufficiente a debellare completamente questa pratica.

Legislazione italiana riguardo le MGF

L'immigrazione è un fenomeno sociale che da anni caratterizza gran parte del mondo, si possono trovare presenze delle MGF nelle comunità provenienti dai paesi precedentemente citati che sono immigrate in Canada, Stati Uniti, Australia e anche in Europa.

In questi ultimi anni, le MGF sono una realtà che interessano anche l'Italia grazie appunto ad uno spostamento migratorio di popolazioni provenienti dai paesi in via di sviluppo. L'Italia, inizialmente, si è trovata scarsamente preparata per affrontare questa problematica quindi si è attivata per affrontare la situazione sia dal punto di vista sanitario che legislativo;

¹³ Dati tratti dal sito web. Pigrizia.it “che dicono le leggi africane”

Legge 9 gennaio 2006 n.7

“Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”¹⁴

La presente legge (composta da nove articoli) è il frutto di un lavoro dettato dalla necessità di fare fronte al fenomeno delle mutilazioni genitali femminili in Italia. Di seguito sono riportati alcuni degli articoli che formulano la legge del 9 gennaio 2006.

Art. 1 Finalità

L'adozione di misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche delle mutilazioni genitali femminili quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine.

Art. 2 Attività di promozione e coordinamento

La Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità promuove e sostiene, nell'ambito degli ordinari stanziamenti di bilancio, il coordinamento delle attività svolte dai Ministeri competenti dirette alla prevenzione, all'assistenza alle vittime e all'eliminazione delle pratiche di mutilazione genitale femminile. Ai fini dello svolgimento delle predette attività la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità acquisisce dati e informazioni, a livello nazionale e internazionale, sull'attività

¹⁴ Il testo completo della Legge 9 gennaio 2006 è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.14 del 18 gennaio 2006

svolta per la prevenzione e la repressione e sulle strategie di contrasto programmate o realizzate da altri Stati.

Art. 3 Campagne informative

Allo scopo di prevenire e contrastare le pratiche delle mutilazioni genitali femminili la legge dovrebbe incentivare le campagne informative rivolte agli immigrati, dirette a diffondere la conoscenza dei diritti fondamentali della persona, in particolare delle donne e delle bambine.

Dovrebbe promuovere iniziative di sensibilizzazione, attraverso la partecipazione delle organizzazioni di volontariato, delle organizzazioni non profit, delle comunità di immigrati provenienti dai Paesi dove sono praticate le mutilazioni genitali femminili con lo scopo di sviluppare l'integrazione socio-culturale. Dovrebbe promuovere corsi di formazione per donne infibulate in stato di gravidanza finalizzate ad una corretta preparazione al parto. Dovrebbe promuovere programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo per aiutare a prevenire le mutilazioni genitali femminili con il coinvolgimento dei genitori delle bambine e dei bambini immigrati.

Art.4 Formazione del personale sanitario

Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, lo Stato emana linee guida destinate alle figure professionali sanitarie, nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

Art. 5 Istituzione di un numero verde

Il Ministero della salute si impegna entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge ad attivare un numero verde finalizzato a ricevere segnalazioni da parte di coloro che sono a conoscenza della effettuazione di mutilazioni sessuali femminili sul territorio italiano, nonché a fornire informazioni sulle organizzazioni di volontariato e sulle strutture sanitarie che operano presso le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate tali pratiche.

Art.6 inserimento dopo l'art 583 del cod. penale di due nuovi articoli in merito alle MGF;

Dopo l'articolo 583 (lesione personale grave e gravissima) del codice penale sono inseriti;

Art. 583 bis. Pratiche di mutilazioni degli organi genitali femminili, chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni. Si intende come pratiche di mutilazioni genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo. Il fatto viene punito anche quando è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o straniero residente in Italia.

Art.583 ter. Pena accessoria. La condanna contro l'esercente una professione sanitaria per taluno dei delitti previsti dall'art .583 bis importa la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni. Della sentenza di condanna è data comunicazione all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Aspetti etici

Problemi bioetici in una società multietnica¹⁵.

Parere del CNB 16 gennaio 1998

In questo documento il Comitato Nazionale di Bioetica esprime una riflessione in merito al fenomeno dell'immigrazione, un fenomeno che negli ultimi anni caratterizza anche la realtà italiana.

Secondo il parere del CNB la convivenza di una pluralità di etnie in uno stesso territorio solleva innumerevoli problemi che interessano diversi aspetti.

Della sociologia e della demografia, che studiano la manifestazione e lo sviluppo del fenomeno migratorio, identificando le aree di provenienza la localizzazione degli individui o dei gruppi e le condizioni di vita.

Dell'antropologia culturale e dell'etnologia che si interessano delle concezioni etico – religiose e degli usi dei diversi popoli,

Della psicologia che studia i problemi dello sradicamento dalle origini e dell'impatto con culture e ambienti diversi

Della medicina che si occupa dell'epidemiologia delle patologie più diffuse, delle patologie d'importanza, ossia dei luoghi di provenienza, delle patologie acquisite, ossia patologie da disagio o da degrado o da cambiamento climatico e cambiamenti nutrizionali, dalla precarietà delle condizioni di vita o dallo stress psichico del cambiamento.

Del diritto nazionale e internazionale.

Il confronto interdisciplinare consente di precisare meglio i problemi emergenti, permette quindi di acquisire dati necessari per individuare eventuali elementi comuni di somiglianza o compatibilità (avendo sempre presente la

¹⁵ Dati tratti dal sito www.governo.it Comitato Nazionale per la Bioetica. I Pareri del Comitato. Problemi Bioetici in una società multietnica. 16 gennaio 1998.

consapevolezza delle divergenze) per favorire una integrazione e un incontro tra le culture.

La bioetica, quale disciplina che si occupa dei problemi morali e giuridici emergenti nell'ambito delle scienze biologiche e mediche, si deve riferire specialmente ai problemi sociali suscitati dall'immigrazione. La documentazione interdisciplinare dovrebbero permettere l'identificazione di alcuni principi specifici che devono orientare il comportamento in bioetica. Soprattutto a livello delle politiche sanitarie, il principio generale è inviolabile nella tutela della salute.

La salute va riconosciuta come valore primario e diritto universale ; è il bene inalienabile riconosciuto da dichiarazioni, convenzioni, patti e documenti internazionali, e dalla stessa Costituzione Italiana. La salute bisogna tutelarla in ogni individuo indipendentemente dall'appartenenza culturale, e al tempo stesso garantire la salute della comunità nel suo complesso. Inoltre, il diritto alla tutela della salute diviene anche un dovere. Nella misura in cui ogni individuo vive in un contesto di relazioni con altri individui.

La compresenza, in uno stesso territorio, di una pluralità di culture, costituisce una riflessione etica e giuridica in generale, in quanto evidenzia alcune differenze, sul piano delle concezioni del mondo e della vita (etiche, filosofiche, religiose e culturali in senso lato) e sul piano dei comportamenti (usi, costumi, e tradizioni) che mettono alla prova la consistenza dei principi di uguaglianza e di differenza (diversità).

Il primo principio che deve guidare la riflessione bioetica in una società multietnica deve essere quello del riconoscimento del *rispetto dell'essere umano*, indipendentemente dall'appartenenza culturale o etnica. Da cui ne deriva *il principio di uguaglianza*, il quale a sua volta va integrato con *il principio di differenza* (diversità), ossia riferito alla specificità di ogni cultura.

In realtà i problemi nascono nel momento in cui ci si chiede “chi sono gli uguali, chi sono i diversi”. La risposta in base alla quale si raggruppano gli individui in

uguali e diversi va contestualizzata a secondo dei tempi, i luoghi, le ideologie, le condizioni etiche, religiose. Spesso le risposte derivano da pregiudizi

Di fatto gli individui sono fra loro tanto uguali quanto diversi ed è un pregiudizio affermare che sono tutti uguali, quanto affermare che sono tutti diversi. Da questi due pregiudizi derivano definizioni che riguardano l'immigrazione. Uno chiamato "assimilazione", secondo cui colui che entra in un Paese deve poco a poco identificarsi con i suoi abitanti, accettarne le regole, perdere la propria identità attraverso la graduale acquisizione dei diritti di cittadinanza, civili, sociali, politici. L'altro chiamato "separatista", cioè il forte rispetto delle differenze, che dovrebbe consentire all'individuo di un gruppo etnico diverso da quello maggioritario la conservazione più ampia possibile di ciò che lo rende diverso, i propri costumi, la propria lingua, la propria concezione etica e quindi il diritto di avere proprie scuole, propri ospedali, ecc.

Attualmente, c'è un forte contrasto tra queste due condizioni estreme, appunto perchè sono due condizioni estreme potrebbero essere sbagliate entrambe.

Dunque, l'integrazione dei due principi (uguaglianza e differenza) va vista alla luce dell'abbandono dei due diversi pregiudizi e del riconoscimento dei valori comuni cioè l'importanza della dignità di ogni individuo umano e l'appartenenza ad una comunità.

Infine, il documento del Comitato di Bioetica si conclude facendo rilevare l'obiettivo di comprendere che l'essere stranieri o immigrati non indica estraneità da emarginare, ma semmai alterità le cui ragioni vanno comprese e non solo accettate come mero dato di fatto immodificabile; la comprensione di tali ragioni consentirebbe di entrare in una relazione dinamica meta-culturale in cui il reciproco arricchimento, oltre a costruire un modello all'interno della comunità ospitante, finirebbe per accelerare il processo di graduale inserimento dello straniero evitando la sensazione di una invasione. Questo reciproco arricchimento costituisce una speranza di reale e pacifica convivenza.

La circoncisione : Profili bioetici¹⁶

25 settembre 1998

Il Comitato Nazionale di Bioetica è stato interpellato dal Comitato Etico della ASL Reggio Emilia in merito a quattro quesiti:

- 1) è etico respingere da parte di ospedali pubblici le richieste di circoncidere i minori presso strutture ospedaliere per garantire un trattamento sanitario adeguato;
- 2) è etica la posizione di un pubblico ospedale - e legalmente lecita - che considera i piccoli interventi chirurgici solamente per sanare una persona e non anche per rendere meno traumatizzante una circoncisione rituale;
- 3) è etico il comportamento di medici che compiono l'atto di circoncidere senza anestesia in un luogo di religione, non certamente asettico, che non garantiscono la continuità di assistenza comunque necessaria anche dopo il piccolo intervento;
- 4) se le mutilazioni genitali femminili sono state condannate da una dichiarazione congiunta dell'OMS, dell'UNICEF e dell'UNFPA, si pone un problema etico tra i fautori della condanna della circoncisione e i fautori della non condanna e del rispetto delle tradizioni rituali religiose.

Il documento continua descrivendo le quattro tipologie di circoncisione maschile; esso descrive la circoncisione maschile come una pratica antichissima finalizzata a determinare una scopertura permanente del glande e distinguibile in quattro categorie:

- *circoncisione terapeutica* (es. in caso di fimosi o parafimosi)
- *circoncisione profilattica* (es. nei neonati per prevenire infezioni del tratto urinario nell'infanzia)

¹⁶ Dati tratti dal documento intitolato I Pareri del Comitato. La circoncisione; Profili bioetici 25 settembre 1998.

- *circoncisione rituale* (tipica nell'ebraismo e nell'islamismo)
- *circoncisione provvista di altre motivazioni* (desiderio di imitazione, ragione non esplicitate da parte del richiedente).

Delle quattro ipotesi non merita particolare attenzione perché del tutto giustificata *la circoncisione terapeutica* ovviamente se eseguita secondo i principi della buona pratica medica. Per quanto riguarda *la circoncisione non terapeutica – profilattica e non rituale*, il CNB è concorde nel ritenere che l'assenza di adeguate ragioni renda molto difficile giustificare questa pratica. In epoca vittoriana si iniziò a raccomandare *la circoncisione profilattica maschile* come misura preventiva nei confronti della masturbazione. Durante la seconda guerra mondiale, in particolare nella zona del Pacifico per causa delle condizioni climatiche e delle scarse condizioni igieniche si diffuse la pratica tra i soldati americani. Ultimamente l'American Academy of Pediatrics 1989 ha sostenuto che per quanto riguarda la pratica della circoncisione profilattica nei neonati i benefici che ne derivano sono equivalenti ai rischi indotti da tale pratica. Quindi, si deduce che il dibattito per la circoncisione profilattica maschile sia tuttora aperto. Comunque, non esistono indicazioni cogenti che ne sconsiglino la pratica, si può concludere che si può ritenere non ingiustificata dal punto di vista medico tale forma di circoncisione, purchè naturalmente posta in essere nel rispetto dei criteri della buona pratica medica e avvalorata nel caso concreto da uno specifico giudizio di carattere scientifico.

Per quanto riguarda *la circoncisione rituale*, essa è una pratica che appartiene a molti popoli diversi sia dell'antico Oriente mediterraneo che dell'Africa nera, si tratta comunque di una pratica antichissima, che interessa diverse tradizioni sia islamiche che ebraiche ed è inoltre rappresentata anche in dipinti di tombe egiziane, risalenti ad almeno a cinquemila anni prima di Cristo.

Per gli ebrei, in particolare, l'atto della circoncisione rappresenta una duplice valenza. Segno esteriore di alleanza stabilita fra Dio e il suo popolo eletto. Segno indelebile di distinzione, di identificazione e di appartenenza al popolo e

alla fede di Israele. Il neonato ebreo l'ottavo giorno di nascita, viene circonciso ricorrendo all'uso di oggetti rituali (coltello dotato di lama particolare, scudo di protezione, contenitore per il prepuzio). È in questa occasione che viene suggellato l'ingresso nella comunità ebraica.

Due domande che il CNB si pone durante la compilazione di questo documento datato 25 settembre 1998:

- la pratica di circoncisione maschile (modificazione anatomiche irreversibili) a carico di minori, che non sono in grado di prestare un valido consenso è compatibile o meno con l'ordinamento giuridico italiano?

Il CNB segnala che nelle culture che praticano la circoncisione rituale in specifico nel diritto ebraico questo adempimento costituisce un preciso obbligo posto a carico dei genitori del neonato o di chi ne fa le veci, inoltre viene vissuto come un atto devozionale e di culto.

Assumendo per i fedeli questa caratterizzazione religiosa, secondo il CNB la prassi della circoncisione rituale può essere ricondotta alla forma di *esercizio del culto* garantite dall'art.19 Cost, che nel lasciare ai consociati piena libertà di espressione e di scelta in campo religioso, si limita ad evitare soltanto eventuali pratiche rituali contrarie al "buon costume". Sotto questa angolazione l'atto circoncisorio non pare contrastare con il parametro del "buon costume" ossia come complesso di principi inerenti alla sfera del onore del pudore e del decoro in campo sessuale. Secondo il CNB la procedura della circoncisione rituale non si pone in contrasto con il "buon costume" in quanto essa non è compiuta attraverso atti idonei a pregiudicare o a violare la sfera dell'intimità e della decadenza sessuale della persona, ma è praticata seguendo precise regole di prudenza e di riservatezza. Di più la circoncisione rituale, ove intesa quale particolare manifestazione del patrimonio fideistico-rituale, viene solitamente praticata attraverso forme e modalità tecniche che non si concretizzano sotto alcun profilo di atti osceni lesivi nel sentimento medio del pudore in materia

sessuale. Alla luce delle sue caratteristiche la circoncisione appare pienamente compatibile con il disposto dell'art 19 della Costituzione italiana, che salvo sempre il rispetto del limite formalmente previsto, riconosce completa libertà di espressione culturale e rituale sia a livello individuale che a livello collettivo.

- La circoncisione rituale maschile può creare dei problemi in bioetica e può essere intesa o meno come prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale?

Una volta accertata la non illiceità della pratica circoncisoria rituale. È evidente che quando sia motivata da ragioni profilattiche o terapeutiche, la circoncisione non possa che essere realizzata da un medico. Ed è evidente che l'intervento di un medico, per eseguire la circoncisione rituale di un neonato, ove venga espressamente richiesto, è assolutamente giustificato da un punto di vista etico.

Il documento continua con le riflessioni sulle domande presentate al CNB inizialmente dall'ASL di Reggio Emilia. Il CNB ritiene che in quanto atto di natura medica, perché produttivo di modificazione anatomo funzionale dell'organismo, quello della circoncisione debba venir praticato nel pieno rispetto di tutte le usuali norme di igiene e asepsi e che esso debba comunque essere posto in essere da un medico. Solo nel caso di circoncisione rituale praticata su neonati, considerando anche la semplicità dell'intervento, alcuni membri del CNB ritengono che possa essere posta in essere anche da ministri a ciò preposti, purchè dotati di adeguata e riconosciuta competenza. Altri membri del CNB ritengono che anche per i neonati l'intervento del medico sia imprescindibile, per una piena tutela della loro salute. Rientra dunque nella responsabilità di chi pratica la circoncisione garantire personalmente la continuità dell'assistenza eventualmente necessaria dopo l'intervento a fornire comunque indicazioni esaurienti e non equivoche perché tale assistenza possa essere efficacemente prestata.

Resta infine il problema se il SSN sia tenuto, in linea di principio, a farsi carico di prestazioni che non abbiano una prioritaria e/o motivata indicazione terapeutica, ma solo una indicazione prevalentemente religiosa, come nel caso della circoncisione rituale nei neonati di sesso maschile. Il CNB ritiene a grande maggioranza che sotto il profilo etico sarebbe senza dubbio auspicabile che i membri dei popoli o delle comunità che praticano la circoncisione dei neonati per ragioni rituali (nei limiti in cui essa è ammissibile in base all'ordinamento italiano) ricorressero a medici privati, ovvero ad ospedali pubblici, ma in regime di attività libero – professionale. Il CNB non ritiene infatti che esistano ragioni di carattere etico e sanitario che debbano indurre lo Stato a porre a carico della collettività le pratiche di circoncisione maschile di carattere rituale

Per quanto riguarda l'ultimo quesito in merito alle mutilazioni genitali femminili il CNB ritiene che per quanto molto antiche e radicate le diverse pratiche di circoncisione femminile non sembrano rivestire alcun carattere propriamente religioso, e ne possono avere alcuna giustificazione dal punto di vista igienico sanitario esse sono argomentate dalle popolazioni che le pongono in essere con argomentazioni di tipo culturale o tradizionale. Il CNB è ben consapevole del rispetto che è doveroso prestare alla pluralità delle culture, anche quando queste si manifestano in forme lontane da quelle della tradizione occidentale, e del gran valore del giusto confronto con la diversità culturale, che è oggetto di continuo studio. Ritiene che nessun rispetto sia dovuto a pratiche, volte non solo a mutilare irreversibilmente le persone, ma soprattutto ad alterarne violentemente l'identità psico-fisica, quando ciò non trovi una inequivocabile giustificazione nello stretto interesse della salute della persona in questione.

Il CNB non può quindi che ritenerle eticamente inammissibili sotto ogni profilo ed auspicare che vengano esplicitamente combattute, anche con l'introduzione di nuove, specifiche norme di carattere penale.

In Questa prospettiva, ben consapevole di quanto la repressione penale , anche se formalmente irrinunciabile sia di per sé poco operante al fine di sradicare costumi e tradizioni e di quanto la pratica della circoncisione femminile sia radicata nei costumi di tante popolazioni , Il CNB auspica che vengano attivate e sperimentate nuove forme di accoglienza e di integrazione di quelle famiglie, in seno alle quali si presuma che queste pratiche possano essere poste in essere , e per di più in modo clandestino.

È necessario che le culture che praticano la circoncisione femminile siano aiutate a sublimare e a trasformarla simbolicamente.

Il CNB ritiene quindi che la circoncisione femminile non possa essere ritenuta lecita sotto alcun profilo , né etico né giuridico.

Invece, per le sue specifiche caratteristiche di carattere terapeutico o profilattico, non può non essere considerata lecita la circoncisione maschile.

CAPITOLO III°

RITO SIMBOLICO ALTERNATIVO; ASPETTI SCIENTIFICI ED ETICI

Aspetti scientifici. Ipotesi del rito simbolico alternativo

*“L’isterismo collettivo di condanna senza conoscere le basi su cui si fonda
l’infibulazione crea, come ha sempre creato, effetti opposti”¹⁷.*

(Scrittore somalo.)

Nella realtà italiana spiccano alcuni dati importanti forniti dal Centro Regionali per la Cura e Prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili (Ospedale Careggi di Firenze); diretto dal dott. Abdulcadir Omar Hussen con la collaborazione della dott.sa Lucrezia Catania.

Oltre 500 donne all’anno fanno riferimento a questo centro per affrontare i problemi (emorragie, infezioni, cisti, sterilità) derivanti dalle mutilazioni. Tuttora a Firenze arrivano donne non solo dall’Italia ma anche da altri paesi come Inghilterra, Olanda, Svezia per fare fronte alle problematiche correlate alle MGF.

I servizi che questo centro è in grado di fornire sono diversi:¹⁸

- accoglienza e assistenza a donne nubili “*chiuse*” per la risoluzione dei problemi di natura ginecologica e non solo;
- diffusione ed esecuzione di interventi di deinfibulazione “*riapertura chirurgica*” dei genitali mutilati;

¹⁷ Tratto dal testo Ferite per sempre- Una vita contro le MGF Abdulcadir Omar Hussen.

¹⁸ I dati sono tratti dal testo intitolato “Ferite per sempre Le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo”L. Catania Abdulcadir Omar Hussen APPRODI.2005

- cura prenatale delle donne con MGF (educazione, prevenzione, deinfibulazione);
- cure postpartum (allattamento, prevenzione complicanze postpartum, educazione e sensibilizzazione contro le MGF in caso di neonato femmina);
- risoluzione di molti problemi di sterilità legati alle complicanze delle MGF;
- attività di ricerca scientifica e di didattica. Collaborazione nella preparazione di tesi di laurea;
- educazione sulle conseguenze delle MGF ai genitori;
- attività didattiche con donne e uomini, (spiegare l'anatomia dei genitali esterni ed interni di una donna, in cosa consiste la verginità fisica), molti uomini vogliono sposare solo una donna ben infibulata perché credono che sia quella la verginità.

Alcuni dei risultati raggiunti nel centro di prevenzione e cura delle MGF

- Aumento degli interventi di deinfibulazione prima del matrimonio per avere una vita sessuale serena e per ragioni terapeutiche. Questo dato rispecchia un importante cambiamento di mentalità degli uomini, perché nella loro cultura aprire personalmente le infibulazioni delle proprie mogli con il rapporto sessuale è inteso come una dimostrazione di virilità maschile.
- Le bambine nate con il supporto del centro finora non hanno subito alcuna forma di mutilazione.
- È aumentata la conoscenza sull'argomento delle MGF e le loro conseguenze tra le comunità direttamente interessate che attualmente vivono in Italia.

Questo centro è la testimonianza vivente del fatto che il fenomeno delle MGF è presente anche nel territorio italiano. Il radicamento di questa tradizione secolare è talmente forte che non sempre il divieto dettato dalla legge basta a sconfiggerlo. Soprattutto in un contesto come quello dell'immigrazione dove l'allontanamento dal proprio paese scaturisce negli immigrati il bisogno di

identificarsi nella propria cultura in alcuni casi anche attraverso la pratica delle MGF. Quindi bisognerebbe cogliere le importanti radici culturali di questo fenomeno e soprattutto l'impatto culturale da cui ne deriva l'affermazione sociale della donna (es. possibilità di sposarsi e creare una famiglia).

Conoscere le motivazioni socio-culturale che determinano le MGF può essere uno strumento per capire il complesso fenomeno .

Capire non significa giustificare il fenomeno delle MGF mettendo in secondo piano i diritti delle donne.

Visitando personalmente il centro di riferimento regionale per la prevenzione e la cura delle complicanze derivanti dalle mutilazioni dei genitali femminili ho potuto constatare l' esistenza di famiglie immigrate che richiedono di praticare le MGF alle proprie figlie.

Allora sorge spontanea la domanda di come si può arrivare ad un compromesso per salvaguardare l'integrità psicologica fisica e sessuale soprattutto delle nuove generazioni di bambine che rischiano di essere rimandate nei paesi di origine per subire l'infibulazione.

In cosa consiste il rito simbolico alternativo?

Dopo anni caratterizzati da un intenso lavoro contro le mutilazioni genitali femminili, il centro di riferimento della regione Toscana per la prevenzione e la cura delle complicanze legate alle MGF è arrivato alla conclusione che i strumenti per debellare le MGF sono innanzitutto il dialogo interculturale con i vari rappresentanti delle comunità di immigrati, cercando di evitare un approccio di compassione e di giudizio delle varie culture che sono interessate da questo fenomeno. I leader delle comunità di immigranti (uomini e donne) e i

leader religiosi hanno approvato il lungo e difficile cammino per la lotta contro le mutilazioni genitali femminili.

Il raggiungimento di un compromesso dettato dal rito simbolico alternativo, in grado di salvaguardare le bambine a rischio, senza perdere l'identità delle proprie radici culturali, può essere considerato come uno strumento che ha come obiettivo finale la completa estinzione delle mutilazioni genitali femminili. Tuttora la proposta del rito simbolico alternativo rimane il compromesso più accettabile da entrambi le parti.

Il rito simbolico alternativo consiste in una puntura di ago sottile (puntura di spillo) sulla mucosa che ricopre la clitoride previa anestesia locale con specifica crema anestetica.

L'obiettivo è dare la possibilità alle bambine delle famiglie più tradizionali provenienti dai paesi di tradizione escissoria di azzerare il danno e di vivere protette, rispettate, accettate sia nelle famiglie d'origine che nella società in cui vivono. In questo modo le bambine a rischio hanno il loro rito validato dal riconoscimento delle figure importanti delle comunità ma senza la sofferenza e la mutilazione.¹⁹

In seguito viene descritto il significato letterale del rito simbolico alternativo:

Il significato delle parole

Proposta. Quanto viene presentato all'altrui attenzione nei termini del suggerimento, del consiglio, dell'offerta. Enunciazione di una domanda, di un quesito, di un tema.

¹⁹ Dati tratti dal documento sul rito simbolico firmato da circa trecento donne immigrate dall'Africa dell'Est.

Rito. Complesso di norme che regolano le cerimonie di un culto. Conformità con una consuetudine prescritta o con una prassi abituale, talvolta sentita come inderogabile o inevitabile.

Simbolico. Che ha valore di simbolo, che riveste importanza non per quello che realmente è ma per quello che significa o rappresenta.

Alternativo. Che procede in modo alterno, che risponde a libere scelte, in contrapposizione a quanto è comunemente accettato o addirittura imposto.

**Aspetti etici: Parere della Commissione di Bioetica della Regione Toscana
in riferimento al Rito Simbolico Alternativo.²⁰**

Si può proporre un rito alternativo, eticamente e legalmente accettabile, in una strategia di lotta efficace contro la mutilazione dei genitali femminili MGF?

Seduta del 9 marzo 2004

La Commissione di Bioetica della Regione Toscana, consapevole della necessità di intensificare, nel quadro della politica di integrazione delle comunità, tutte le iniziative utili al superamento di ogni forma di sopraffazione e di discriminazione della donna, e intraprendere azioni di promozione della salute secondo quanto sancito nei principi universali a tutela dei diritti dell'uomo e liberamente sottoscritti da tutti i paesi del mondo aderenti e presenti nelle carte statutarie dell'Onu, dell'Unesco, dell'Unicef e della Comunità Europea, esprime il proprio parere unanime a partire da una radicale condanna di ogni forma di manipolazione del corpo delle donne.

²⁰ Dati tratti dal documento ; Parere della Commissione Regionale di Bioetica espresso nella seduta del 9 marzo 2004 relativamente a: Prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF): liceità etica, deontologica e giuridica della partecipazione dei medici alla pratica di un rito alternativo. Il documento è contenuto nel libro "Ferite per Sempre" le mutilazioni genitali femminile e la proposta del rito simbolico alternativo. Lucrezia Catania e Abdulcadir Omar Hussen.

La presenza in Toscana di popolazioni immigrate ha comportato problemi di varia indole sanitaria e non. Ed è sulla base di relative esperienze che sono sorte iniziative protettive, quale quella lodevolmente e coraggiosamente perseguita dal dottor Abdulcadir, che non si limita alla cura medica a chirurgica delle patologie infettive e funzionali che rendono drammatica la vita della donna infibulata per quanto attiene la vita sessuale e l'espletamento del parto ma si estendono ad un lodevole rapporto informativo e persuasivo, diretto a proteggere, soprattutto ma non esclusivamente le bambine esposte al rischio di infibulazione o di altre MGF

La valutazione nei riguardi di una forma non dolorosa, praticamente incruenta e sostanzialmente ben lontana da qualsiasi tipo di MGF e persino dalla cosiddetta sunna, deve essere intesa nella sua mera significazione di pratica rituale diretta a prevenire, nei limiti del possibile e del credibile, il ricorso a interventi demolitori, a rispettare quindi la integrità della donna ma pur sempre nel quadro di una soggezione rituale ormai combattuta o addirittura bandita negli stessi paesi d'origine.

La Commissione ritiene peraltro assolutamente commendevole e meritevole della massima considerazione l'operato a la proposta del dottor Abdulcadir in quanto volti a integrare con misure di intervento pratico, un autentica e meritoria lotta contro la pratica della MGF particolarmente attuate con una procedura simbolica che presuppone per ragioni di sicurezza e d'igiene la presenza specifica di un esercente di professioni sanitarie che a tale iniziativa liberamente aderisce.

Trattandosi di un intervento sul corpo della donna che, come chiaramente emerge dalla relazione del Professor Ferrando Mantovani²¹, non integra alcuna forma di reato essendo la lesioni personale lievissima che ne deriva totalmente

²¹ Per quanto concerne gli aspetti giuridici il gruppo di lavoro si è avvalso del parere giuridico espresso dal Prof. Ferrando Mantovani. Il testo della relazione si trova nel libro intitolato "Ferite per Sempre" Le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo. Lucrezia Catania e Abdulcadir Omar Hussien.

discriminata dal consenso della persona, o in caso di minore, del legale rappresentante ; mentre un intervento demolitore, ancorché consentito dal soggetto che lo subisca, specie se produttivo di danno permanente resta possibile di sanzione penale (cfr. relazione Prof. F. Mantovani) non sussistendo nessun fine di tutela della salute ed anzi l'esatto contrario. Non sembra ascrivibile a grave scorrettezza deontologica la partecipazione dl medico al rito in discussione, anche se resta discutibile la coerenza con decoro e con la dignità professionale. In ogni caso il medico è libero di rifiutare l'esecuzione di ogni trattamento contrastante con la propria coscienza salvo che non disponga diversamente una legge (art 12 Codice di Deontologia) o non sussista pericolo per la vita della persona assistita.

La Commissione regionale di Bioetica ritiene, pertanto, che la proposta di tale procedura possa trovare accoglienza in ambito sanitario, solamente quale eventuale risposta da offrire a quei genitori che richiedono di poter effettuare sulle figlie minorenni, senza rischi per la loro salute, un rito simbolico sostitutivo all'infibulazione, in quanto atto compatibile con la legislazione italiana e con la deontologia degli operatori sanitari, purchè essa, proprio per il suo carattere di ritualità, non venga inclusa nell'elenco delle prestazioni sanitarie che il servizio pubblico ha il diritto di erogare.

Tale procedura, comunque deve essere intesa come parte integrante di un percorso volto al completo superamento di ogni forma di mutilazione dei genitali femminili. La commissione regionale di bioetica ritiene pertanto che il tema così complesso e articolato debba essere oggetto di una ricerca atta a mettere in luce i diversi aspetti etici, sanitari, sociali e culturali, da effettuarsi insieme con le comunità presenti nella Regione Toscana, utile sia ad evidenziare la dimensione del fenomeno nella realtà regionale, sia per valutare la validità di eventuali proposte operative, che comprendano programmi di formazione del personale socio - sanitario e proporre iniziative di sensibilizzazione sul teme.

Relazione del Gruppo di Lavoro

in merito alla liceità deontologica, giuridica ed etica della partecipazione da parte dei medici alla pratica del rito alternativo all'infibulazione, proposta dal Dott. Abdulcadir in una strategia di lotta efficace contro le mutilazioni dei genitali femminili.

(a cura di P. Funghi e M. Cartelloni)²²

Occorre premettere che il presente elaborato non propone una riflessione sulle Mutilazioni genitali Femminili, ma si fonda su un giudizio di illiceità etice, deontologica e giuridica della suddetta pratica.

Alla luce di tale presupposto si procede alla valutazione della procedura di esecuzione della “sunna lievissima” quale proposta sostitutiva dell'infibulazione in un contesto di lotta efficace contro le mutilazioni; lotta che intende associare tale procedura ad iniziative di informazione, formazione ed educazione alla salute rivolte alle donne che, già mutilate, si rivolgono al Centro delle Complicanze delle Mutilazioni dei Genitali Femminili di Careggi, affinché esse non sottopongano a loro volta le proprie figlie a tale violenza.

Significato del rito simbolico alternativo

Questa spiegazione è importante per comprendere il significato della “sunna lievissima”.

Essa non si propone come una richiesta di accettazione di un disvalore, in nome della tolleranza e del vivere civile tra culture eterogenee che convivono all'interno di uno stesso paese.

Essa si propone l'arduo obiettivo del superamento della violenza cui vengono sottoposte numerose bambine che vivono a Firenze e in altre città italiane ed

²² Il testo completo della relazione si trova nel libro intitolato “Ferite per Sempre” le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo. Lucrezia Catani e Abdulcadir Omar Hussien.

europee, nella consapevolezza, data da anni di ricerca nel settore, che una pratica antichissima radicata nella cultura di alcuni popoli, per quanto assurda e riprovevole ci possa apparire, non può essere eradicata con una semplice affermazione di principio o con una legge che la vieti e tanto meno con il clamore dei media che dà voce a numerose esternazioni di pensiero dei cittadini italiani.

Valutazione dell'efficacia della procedura;

Attualmente non si è in grado di determinare l'efficacia del rito sostitutivo "sunna lievissima" soprattutto perché non ci sono dati da studiare in merito al rito alternativo .

Potrebbe risultare opportuno considerare la "sunna lievissima" come una sorta di momentaneo tentativo di profilassi sociale da verificare con strumenti scientifici e che si propone i seguenti obiettivi:

- obiettivo a lungo termine: sradicamento culturale delle MGF in quanto pratica di violenza perpetrata sulle bambine e sulle donne;
- obiettivo a breve termine: salvare almeno una bambina dalla mutilazione;

Possibili iniziative da adottare per prevenire le mutilazioni dei genitali femminili:

- sensibilizzare/richiamare il personale sanitario sull'obbligo, penalmente sanzionato di segnalare all'Autorità Giudiziaria, attraverso regolari referti-rapporti i singoli casi di mutilazione genitale femminile cui sia venuto a conoscenza durante la propria attività professionale;
- attuare strategie di informazione con lo scopo di rendere consapevoli gli immigrati provenienti dai paesi in cui la MGF è presente, che tale pratica in Italia è un reato perseguibile penalmente;

- iniziative di informazione, formazione, educazione che affermino il principio dell'illiceità etica, giuridica e deontologica delle MGF;
- iniziative che, come quella della “sunna lievissima”, volendo andare oltre una generica per quanto forte affermazione di principio circa l'illiceità delle MGF, si fondano sulla convinzione che per raggiungere il condiviso obiettivo del superamento delle MGF, *occorre attraversare e non scavalcare* la realtà dei fatti di seguito descritta;
- le famiglie di immigranti in molti casi sottopongono comunque le proprie figlie alla pratiche mutilanti in modo clandestino o per mezzo di medici europei compiacenti, oppure recandosi nei propri paesi di origine;
- per quanto assurdo possa apparire, all'interno della cultura che attua l'infibulazione (da noi definita mutilazione), esso è ritenuto di fondamentale importanza al fine del raggiungimento della purezza, della bellezza, dell'accettazione sociale della donna (la donna non infibulata viene vista come impura, sporca e in quanto tale gli uomini si rifiutano di sposarla).
Esso è inteso come il massimo bene sia per il soggetto su cui è praticato, sia per la sua famiglia, l'avvenimento è vissuto in un contesto di festa e di orgoglio generale;
- al ritorno in Italia la famiglia nasconde l'avvenuta mutilazione della figlia finché non si viene a conoscenza in seguito a problemi psicologici della bambina, spesso segnalati dal personale docente della scuola frequentata, oppure in seguito a problemi di natura sanitaria (infezioni, dolore persistente) che costringono la famiglia a ricorrere al pediatra di base o al Pronto Soccorso.

Valutazione della procedura di esecuzione della “sunna lievissima” o rito simbolico²³

Valutazioni etiche

Motivazione etica favorevole; “la sunna lievissima “ (adottata come procedura transitoria) in quanto tale procedura, senza procurare un danno alle bambine e senza provarle dolore, conserva per quanti la scelgono il significato simbolico del rito: realizzare “il massimo bene per le proprie figlie” donando loro purezza, bellezze e accettazione sociale.

Motivazioni etiche contrarie; accettando la “sunna lievissima”, quale pratica della sostituzione dell’infibulazione, si avvallano i disvalori che sono alla base delle MGF (violazione dei diritti umani delle donne e delle bambine). Al fine di un efficace lotta alle MGF (prevenzione ed eliminazione), sono lecite solo quelle azioni che proclamano inequivocabilmente l’illiceità di tale pratica e che si realizzano, come afferma la dichiarazione del Cairo, “ attraverso un approccio globale che promuova il cambiamento dei comportamenti e che utilizzi le misure legislative come strumento chiave”

Aspetti Deontologici:

Appare opportuno che il Sistema Sanitario prenda atto del fatto che effettuare solo interventi curativi, riparativi sui danni procurati dalle MGF, per quanto azione necessaria ed importante, non costituisce più una risposta sufficiente al

²³ Il testo completo della relazione si trova nel libro “Ferite per sempre” le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo. Lucrezia Catania e Omar Abdulcadir Hussien

problema; è ormai indispensabile e doveroso ricercare soluzioni soprattutto in ambito di prevenzione del danno. Quindi la prevenzione dei danni da infibulazione rappresenta una scelta di tutela della salute delle donne e delle bambine interessate.

E' importante sviluppare in primo luogo strategie di Educazione alla Salute che penetrino in modo diffuso nelle scuole frequentate da bambine appartenenti a famiglie immigrate dai paesi che praticano le MGF. Oggetto di informazione/formazione devono essere anche le famiglie, il personale scolastico, il personale sanitario.

Si ritiene che la procedura della “sunna lievissima” sia raffigurabile come atto che si inserisce nell’ottica della prevenzione dei danni da infibulazione e che, pur provocando una lievissima lesione (lesione puntoria), non provoca un danno permanente e, grazie all’uso della crema anestetica, viene effettuata in assenza di dolore. Sotto il profilo tecnico, si può affermare che essa non è ricomprensibile in senso stretto nella categoria di atto medico, ma in quella di “atto sanitario”.

Una volta superato in senso positivo il problema della liceità dell’atto sotto il profilo deontologico, si afferma che il medico, l’infermiere, l’ostetrica che si rende disponibile ad agire in tal senso non determina danno alla salute del minore, favorisce la prevenzione di fatti più gravi e non commette alcun reato. Allo stesso tempo si afferma che nessun medico, infermiere, ostetrica debba ritenersi obbligato a compiere tale atto, nel pieno rispetto della propria coscienza.

Inoltre nel valutare la liceità deontologica della “sunna lievissima” sembra doveroso tenere presente il fatto che in Italia ha già trovato accoglienza la circoncisione rituale maschile su minore in assenza di motivi terapeutici e che in nome della ritualità si è ritenuto lecito sottoporre il minore ad un intervento che, non privo di rischi, gli provoca, una “ lieve effrazione dell’integrità corporea” (CNB La circoncisione: profili bioetica 1998) con esiti permanenti sia relativi

alla sensibilità maschile nel rapporto sessuale, sia cicatriziale, a differenza della “sunna lievissima” che non produce danno.

Per quanto riguarda l’ipotesi di effettuazione della “sunna lievissima” a carico delle strutture sanitarie pubbliche, si ritiene che il carattere rituale della procedura e quindi l’assenza di motivazioni terapeutiche della stessa , non possa essere sostenuta dal SSN.

Conclusioni

Il tema delle mutilazioni genitali è un argomento molto delicato che solleva diversi dilemmi etici e giuridici. Nel mondo si stima che ci siano circa 130 milioni di donne che hanno subito diverse forme di mutilazioni genitali.

E' naturale che la prima reazione che si ha di fronte ad un simile argomento è la condanna assoluta di ogni forma di mutilazione, ma è altrettanto naturale che non si può rimanere indifferenti di fronte al rischio che molte bambine tuttora corrono soprattutto in quelle famiglie che hanno un forte legame con le tradizioni d'origine. Le mutilazioni dei genitali femminile sono tradizioni rituali antichissime. Per molte comunità che le praticano le mgf sono una tappa fondamentale da compiere per permettere alle bambine di essere riconosciute dalla comunità e quindi di sposarsi e di creare una famiglia. Le ragazze che non vengono sottoposte a queste pratiche disonorano la famiglia, sono considerate sporche impure e vengono emarginate dalla comunità.

Ormai è impossibile rimanere indifferenti di fronte a questo fenomeno e di fronte alle innumerevoli conseguenze che ne derivano (dolore, infezioni, complicanze a livello ginecologico).

I vari provvedimenti legislativi hanno condannato la pratica delle mgf, ribadendo il rispetto per la salute e puntando sulla sensibilizzazione e sulla informazione per vincere la dura battaglia contro le mgf ma, le leggi da sole non bastano per debellare una pratica così antica, che spesso continua a progredire in silenzio e in clandestinità.

Nasce così la necessità di trovare soluzioni in grado di rispettare la sensibilità culturale delle comunità immigrate e di quelle autoctone in grado di garantire la salute e la sicurezza delle bambine, delle donne.

L'ipotesi di un compromesso arriva dal centro di riferimento regionale per la prevenzione e la cura delle complicanze legate alle mutilazioni genitali di Firenze attraverso *il rito simbolico alternativo*.

Il rito simbolico alternativo consiste nella puntura tramite spilla della mucosa clitoridea previa anestesia attraverso l'utilizzo di una crema anestetica. La proposta del rito simbolico alternativo è il risultato di un lungo cammino, caratterizzato dal dialogo, con i rappresentanti e le rappresentanti delle comunità africane in cui la tradizione della escissione dei genitali esterni femminili è un momento di fondamentale importanza per una donna. Loro stessi sono consapevoli che l'affermazione di essere contrari alle mutilazioni non basta per evitare la pratica dell'infibulazione. La maggior parte di loro è consapevole che questo è un passo importantissimo nell'avviare l'abbandono di tali pratiche e nel fare in modo che le future generazioni non le ritengano più necessarie alla conservazione della loro identità.²⁴

La puntura simbolica si inserisce nell'ottica della prevenzione dei danni permanenti e irreversibili dell'infibulazione. Questa proposta va intesa come un percorso che ha l'obiettivo finale di debellare negli anni ogni forma di mutilazione dei genitali .

²⁴ Documento firmato da alcuni dei rappresentanti delle comunità africane a tradizione rescissoria. “ Ferite per sempre le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo”

Bibliografia

- *I segni sul corpo. Per un antropologia delle modificazioni dei genitali femminili.*

Fusaschi Micaela.

Bollati Boringhieri s.r.l. Torino 2003

- *Ferite per sempre. Mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo.*

Lucrezia Catania e Abdulcadir Omar Hussen.

Derive Approdi 2005

- *Fiore del deserto. Storia di una donna*

Dirie Waris e Miller Cathleen

Garzanti editore s.p.a Milano 1998

- *Antropologia e problemi bioetici*

Ramon Lucas Lucas

Edizioni San Paolo 2001

- *Manuale di bioetica Vol. I° ed Vita e Pensiero*

E. Sgreccia Milano 1999

- *Tesi di laurea in infermieristica. Università degli Studi di Ferrara “De-Infibulazione Genitale Femminile. Quale il ruolo infermieristico nell’assistenza clinica, psicologica e sociale?”*

Laureando Orkida Xhyheri. Relatore Marco Piazza.

Anno Accademico 2003-2004

- *Tesi di laurea in bioetica. Facoltà di Bioetica Ateneo Pontificio Regina Apostolorum “Corporeità e Bioetica Antropologia dualista e Antropologia unitaria; esiti etici e bioetici”*

Studente Giorgia Brambilla . Professore Ponzalo mirando Anno Accademico 2004/2005

Sitografia.

- www.governo.it
- www.stopMGF.org
- www.aidos.it
- www.amnesty.it
- www.library.amnesty.it
- www.torremaura.it
- www.saperidoc.it
- www.mediciesalute.it
- www.angelisullespalle.com
- www.dirittiumani.it