

MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI E MATRIMONI PRECOCI FORZATI (FENOMENO DELLE SPOSE BAMBINE)

a cura di Claudia Gandolfi, Rosalia Maria Da Riol, Marisa Calacoci, Francesca Ena, Simona La Placa

GdS Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante - Società Italiana di Pediatria
Gruppo di Lavoro Minore Migrante – Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Introduzione

Negli ultimi anni l'aumento dei **flussi migratori** ha portato tutta la società e in particolar modo gli operatori sociali e sanitari a confrontarsi con **tradizioni, riti e pratiche** che fanno parte della cultura e/o della religione di appartenenza delle popolazioni migranti. Alcune di queste tradizioni, sulle quali si accendono questioni culturali ed etiche, rappresentano una grave forma di discriminazione nei confronti delle **bambine**. Tra le pratiche da contrastare apertamente, perché rappresentano una violazione dei diritti umani e una forma di violenza di genere, rientrano le Mutilazioni Genitali Femminili e i matrimoni precoci forzati (fenomeno delle spose bambine).

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) 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.

Le MGF violano i **diritti delle donne** alla salute sessuale e riproduttiva, all'integrità fisica, alla non discriminazione e alla libertà da trattamenti crudeli e umilianti. E inevitabilmente causano conseguenze fisiche, psicologiche e sociali di lungo periodo.

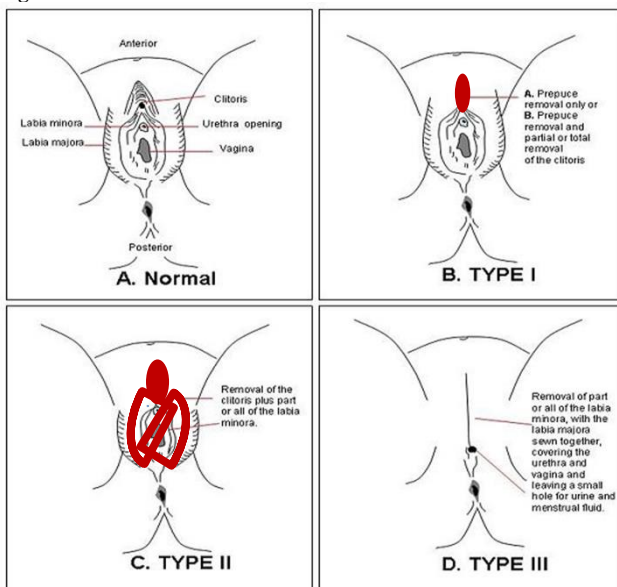
La pratica comporta, infatti, **complicanze precoci sulle bambine** (emorragie, shock, setticemia, epatiti, infezioni HIV, ritenzione urinaria, slogature e fratture causate dalle altre donne che tengono ferma la bambina durante la MGF) e **complicanze tardive sulle future donne** (infezioni pelviche e del tratto urinario, ostruzione del flusso mestruale e delle urine, fistole urinarie e fecali, infertilità, complicanze durante la gravidanza e il parto, disfunzioni sessuali). Inoltre, le bambine sottoposte alla pratica possono presentare disturbi dell'alimentazione, del sonno, dell'apprendimento, perdita di fiducia nei genitori e parenti, sviluppo di un senso di paura e di sottomissione, con propensione a sopprimere i sentimenti e i pensieri.

Classificazioni delle MGF (Fig. 1)

L'OMS ha stabilito una classificazione dei diversi tipi di MGF:

- Tipo I - Circoncisione: asportazione del prepuzio del clitoride, nota con il termine di sunna nei paesi musulmani
- Tipo II - Escissione: asportazione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra
- Tipo III - Infibulazione o circoncisione faraonica: asportazione di parte o della totalità dei genitali esterni e sutura/restringimento del canale vaginale
- Tipo IV: include altre pratiche non classificate di manipolazione degli organi genitali femminili (incisione del clitoride e/o delle labbra, introduzione di sostanze corrosive nella vagina per causare sanguinamento ecc.)

Fig. 1. Classificazione Mutilazioni Genitali Femminili



Tra questi quattro tipi, quello più diffuso è il II tipo: l'escissione del clitoride e delle piccole labbra praticato nell'80% dei casi. La forma più estrema è invece l'infibulazione (III tipo) che costituisce circa il 15% delle mutilazioni genitali e interessa soprattutto Sudan, Eritrea, Etiopia, Gibuti, Mali e Somalia.

Origini storico-culturali delle mutilazioni genitali femminili

La pratica delle MGF risale indietro nel tempo, non c'è consenso riguardo l'ipotesi di un'origine unica o multipla della pratica. Alcuni studiosi sostengono che abbiano avuto origine in Medio Oriente o nella penisola arabica e si sia poi diffusa in Africa. Erodoto ne parla come di una pratica conosciuta tra i Fenici, gli Ittiti, gli Etiopi e gli Egiziani. Sembra, infatti, che l'infibulazione venisse praticata nell'antico Egitto, come testimonierebbe l'espressione "circoncisione faraonica". Nell'antica Roma, una fibula veniva applicata a giovani schiavi di ambo i sessi e ai gladiatori, per impedire loro rapporti sessuali e gravidanze. In tempi più recenti la pratica dell'infibulazione è riportata da Pietro Bembo nella sua "Istoria Venetiana" con riferimento alle popolazioni che abitavano nelle zone intorno al Mar Rosso.

Diffusione nel mondo

L'UNICEF stima che siano 200 milioni, in 30 paesi del mondo, le donne sottoposte a una forma di MGF e che le bambine sottoposte a tali pratiche siano, ogni anno, circa 2 milioni (Fig. 2).

Altri 68 milioni di ragazze subiranno MGF di qui al 2030, se non vi sarà una forte accelerazione nell'impegno per porre fine a questa pratica tradizionale.

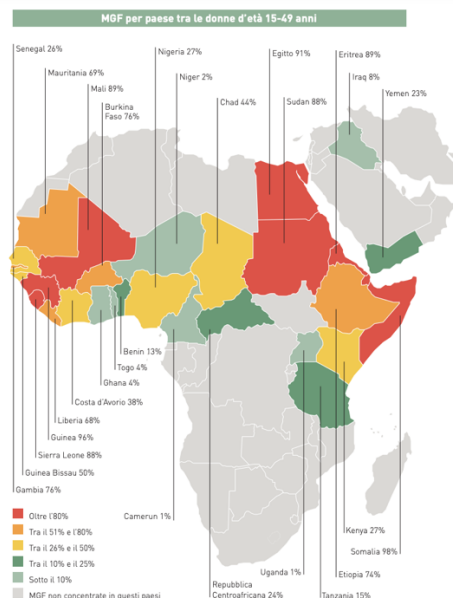
L'Africa è il continente in cui il fenomeno delle MGF è più diffuso con 91,5 milioni di donne e ragazze di età superiore a 10 anni che hanno subito una qualche forma di MGF (Report Unicef 6 febbraio 2020). La pratica delle MGF è documentata anche in alcuni paesi dell'Asia (Indonesia, India) e del Medio Oriente (Iran, Iraq, Yemen, Oman, Arabia Saudita, Israele).

Quante sono le ragazze a rischio in Italia?

Si stima che in Italia siano a rischio di MGF dal 15 al 24 % delle ragazze (15.000 circa) di età compresa tra 0 e 18 anni le cui famiglie provengono da paesi in cui si esegue tale pratica. Le ragazze a rischio di MGF in Italia per lo più provengono dall'Egitto, in minor misura, da Senegal, Nigeria, Burkina Faso, Costa d'Avorio, Etiopia e Guinea. Questi risultati sono tratti dalle ultime ricerche condotte dall'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (www.eige.europa.eu) che nel biennio 2017-2018 ha condotto uno studio "Stima delle ragazze a rischio di mutilazioni genitali femminili nell'Unione europea".

Fig. 2 Diffusione della pratica delle MGF in Africa

(dati 2018: https://www.simmweb.it/attachments/article/909/riconoscimento_precoce_vittime_MGF.pdf)



Motivazioni

Socio-culturali: in molti contesti culturali le MGF sono considerate una tradizione molto antica, una norma sociale a cui è difficile sottrarsi, sono il presupposto per il matrimonio e fanno parte delle tradizioni che segnano il passaggio dall'infanzia all'età adulta.

Igieniche ed estetiche: la rimozione, più o meno radicale, dei genitali esterni renderebbe la donna più bella da un punto di vista estetico.

Psicologiche e sessuali: in alcune comunità si tende a sostenere la necessità delle MGF per preservare la verginità e per prevenire una incontrollata attività sessuale delle giovani donne.

Esistono, inoltre, false credenze legate alla riproduzione, addotte per la perpetuazione della pratica, quali quelle che le MGF aumenterebbero la fertilità, faciliterebbero il parto e aumenterebbero il piacere sessuale del marito.

Le MGF e le religioni

Non vi sono evidenze di una correlazione tra religione e diffusione della pratica delle MGF. Queste sono infatti praticate sia fra i cristiani (protestanti, cattolici e copti), che fra i musulmani, gli ebrei, gli animisti e gli atei. In alcune realtà musulmane si tende a credere che il Corano prescriva tali pratiche anche se non è assolutamente vero, in Egitto ad esempio “sunna” parola araba con la quale si indicano i comportamenti, i detti e le azioni che compì il Profeta Mohammed, è sinonimo di circoncisione femminile.

La procedura tradizionale

Le mutilazioni sono in genere praticate da escissori tradizionali, donne anziane autorevoli della comunità, «esperte» nella pratica, ma anche ostetriche tradizionali o barbieri del villaggio con strumenti rudimentali (coltelli, lamette, rasoi, pezzi di vetro ecc.), in condizioni igieniche precarie, senza nessuna forma di sedazione e/o analgesia.

L'età in cui vengono praticate le MGF è variabile (Fig. 3), dipende dal gruppo etnico o dalla locazione geografica, principalmente sono praticate su bambine dai 4 ai 14 anni ma in alcuni paesi (es. Eritrea) l'escissione è eseguita entro i primi 7 giorni di vita.

Fig. 3 Proporzioni di donne mutilate per classi di età alla MGF e provenienza

https://www.simmweb.it/attachments/article/909/riconoscimento_precoce_vittime_MGF.pdf

Proporzioni di donne mutilate per classi d'età alla mutilazione e provenienza

	Molto precoce <5	Precoce <9*	Tardiva 10-14
Yemen	100%	Burkina Faso 91%	Rep. Centrafricana 52%
Mali	89%	Somalia 88%	Sierra Leone 37%
Ghana	83%	Etiopia 86%	Kenya 30%
Nigeria	82%	Djibouti 84%	Egitto 29%
Mauritiana	81%	Benin 84%	Tanzania 21%
Niger	76%	Costa d'Avorio 83%	
Senegal	74%	Gambia 83%	
		Niger 83%	
		Guinea 82%	
		Sudan 74%	
		Egitto 71%	
		Chad 71%	
		Togo 68%	
		Tanzania 68%	
		Eritrea 68%	
		Iraq 67%	
		Guinea-Bissau 62%	
		Kenya 52%	

*Sono escluse le nazionalità che mutilano in più del 74% dei casi prima dei 5 anni (colonna a sinistra)

Medicalizzazione

In alcuni paesi, soprattutto in area urbana, è crescente la tendenza alla medicalizzazione di questo rito, e quindi all'esecuzione di MGF all'interno di strutture sanitarie.

Oltre 20 milioni di donne e ragazze in 7 Stati (Egitto, Sudan, Guinea, Gibuti, Kenya, Yemen e Nigeria) sono state sottoposte a questa pratica per mano di un "operatore sanitario".

Le MGF, anche se attuate in ospedale o in altri contesti sanitari, non sono giustificabili e accettabili sotto il profilo etico; l'OMS e altre Organizzazioni Internazionali condannano l'esecuzione di queste pratiche da parte di medici, ostetriche, ecc.

Contrasto alle MGF

Normative in Italia, in Europa, nel mondo

Tappe significative sul fronte giuridico di contrasto alle mutilazioni in Italia sono:

- La legge n. 7 del 9 gennaio 2006 “**Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile**”, contrasta e condanna le MGF e prevede una pena da 4 a 12 anni per chiunque pratici o richieda una MGF su una bambina o donna, sia se l'operazione è fatta in Italia, sia se è fatta nel paese d'origine e il fatto viene rilevato al rientro in Italia.
- la **Convenzione di Lanzarote, 2007** (Convenzione del Consiglio d'Europa sulla protezione dei minori dallo sfruttamento e dagli abusi sessuali) ratificata dall'Italia nel 2012, che prevede nuove pene accessorie per le MGF, compresa la decadenza dall'esercizio della potestà genitoriale.
- La **Convenzione di Istanbul, 2011** (Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica) ratificata dall'Italia nel 2013 che comprende le pratiche delle MGF e del matrimonio forzato tra i reati che ogni Stato dovrebbe includere nel proprio codice penale o comunque inserire nel proprio ordinamento giuridico qualora non già presente.
- La **legge n.119 del 2013** per il contrasto alla violenza di genere prevede gratuito patrocinio a prescindere dal reddito, anche per le vittime di MGF.

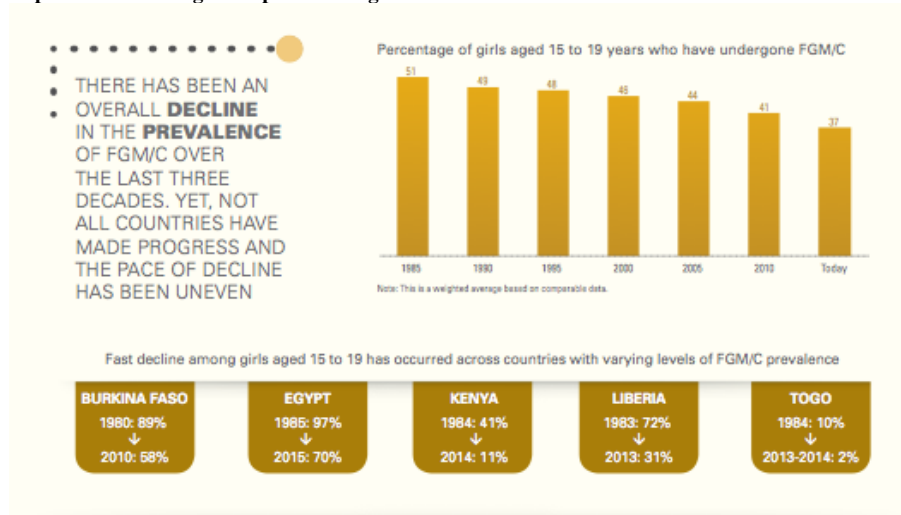
Leggi che vietano in modo specifico le MGF sono presenti in diversi paesi europei: Austria, Belgio, Cipro, Danimarca, Italia, Norvegia, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia. In altri paesi le MGF sono vietate da misure generiche sulle lesioni personali (Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo e Svizzera). Il 14 giugno 2012 il Parlamento Europeo ha approvato una Risoluzione congiunta per chiedere agli Stati Membri di rispettare gli obblighi internazionali per porre fine alle MGF attraverso misure di prevenzione, di protezione e di natura legislativa. A quest'ultima è strettamente legata la possibilità di riconoscimento della protezione internazionale per motivi connessi alle MGF.

Leggi specifiche di contrasto sono state approvate in 25 dei 30 paesi dove si praticano le MGF: Benin, Burkina Faso, Repubblica Centro Africana, Ciad, Costa d'Avorio, Eritrea, Etiopia, Egitto, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Iraq (regione Kurdistan) Kenya, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Somalia, Sudan, Tanzania, Togo, Uganda, Yemen.

Le misure legislative di contrasto alle MGF sono necessarie ma da sole non bastano. L'abbandono della pratica può avvenire solo tramite un «**cambiamento sociale e culturale**» che, nelle comunità dei paesi a tradizione escissoria, è sostenuto e supportato da progetti e iniziative di organismi internazionali (Unicef, OMS, UNFPA), di ONG e di associazioni locali di donne.

L'approccio adottato, che si basa sulle relazioni sociali, è quello di rivolgersi alla comunità, ai leader religiosi, alle donne, in particolare alle più anziane e a quelle che effettuano le mutilazioni per promuovere l'abbandono della pratica; il coinvolgimento delle praticanti tradizionali implica anche una loro riconversione professionale che possa garantire loro un reddito alternativo (Fig. 4).

Fig. 4 Incidenza delle MGF e decremento in percentuale
<http://data.unicef.org/child-protection/fgmc.html>



Aspetti del fenomeno delle MGF nei paesi occidentali

Nei Paesi d'immigrazione la pratica viene spesso perpetuata per un attaccamento esasperato alla cultura di origine da cui si teme di essere sradicati durante il processo di adattamento al contesto d'immigrazione. La presenza di ragazze e bambine che rischiano di subire o subiscono la pratica delle MGF durante il soggiorno in Italia o nei paesi di provenienza dei genitori durante un periodo di soggiorno nei medesimi (vacanze estive ecc.) impone un'azione di contrasto attenta ed efficace.

Fondamentale è il ruolo del pediatra che, confrontandosi quotidianamente con la popolazione infantile ha l'opportunità, la capacità e la competenza per attuare con tutti i mezzi a disposizione una capillare azione preventiva.

Approccio transculturale alle MGF e ruolo del pediatra

- Identificare le **bambine a rischio**, ricordando che ogni bambina nata da madre proveniente da paesi a tradizione escissoria o portatrice di MGF corre il rischio di essere sottoposta alla pratica, indipendentemente dallo status sociale e il livello d'istruzione dei genitori.
- Confrontare il **paese di provenienza** della famiglia con i grafici che riportano le prevalenze di MGF nei vari paesi.
- Per facilitare l'identificazione sarebbe auspicabile un **lavoro di rete** tra gli specialisti che sono in contatto con la realtà delle MGF, soprattutto ginecologi, ostetriche, che hanno assistito la mamma portatrice di MGF durante la gravidanza e/o il parto e i pediatri che prendono in cura le neonate.
- Affrontare il tema delle MGF sin dalla prima visita della bambina con determinazione, inserendolo nella lista routinaria di argomenti trattati.
- Avere un atteggiamento empatico, utilizzando anche un **linguaggio non verbale**, esplicitando che si è a conoscenza del problema culturale insito nella pratica e delle difficoltà che i genitori incontrano presso la famiglia di origine che vorrebbe perpetuare la tradizione delle MGF.

- Usare un linguaggio semplice, comprensibile non criminalizzante, il termine “**taglio**” o “**escissione**” comunemente adottato in molte comunità per definire la mutilazione, risulta più accettabile per stabilire un contatto.
- Informare i genitori sulle **normative vigenti in Italia** ma insistere di più sulle conseguenze sulla salute e sui danni sia a livello fisico e psicologico che andrebbero a recare alla loro figlia, ipotizzando anche una futura infertilità può essere motivo di riflessione.
- Riprendere l’argomento delle MGF in occasione di ogni vacanza o ritorno nel paese di origine. Invitare a non lasciare mai sola la bambina con parenti durante la permanenza all’estero.
- **Inserire di routine nelle visite pediatriche l’ispezione dei genitali anche sulle bambine.**
- Se si incontrano difficoltà di tipo linguistico e/o culturale avvalersi, quando possibile, della collaborazione di **mediatrici culturali**, di solito meglio accettate dalla famiglia, nel rispetto della loro cultura e tradizione.

Cosa fare se si viene a conoscenza di una mutilazione praticata a una bambina?

La normativa italiana prevede l’obbligo di referto per il sanitario che venga a conoscenza di una mutilazione praticata su una minore. I genitori possono così essere perseguiti e la bambina essere allontanata dalla famiglia. Tuttavia bisogna considerare che la scelta di criminalizzare i genitori – fino ad eventuale carcerazione – si traduce in un grave ulteriore danno per la minore.

Si pone così un ulteriore dilemma etico su cui ancora si discute e che non si è finora risolto.

MATRIMONI PRECOCI FORZATI (FENOMENO DELLE SPOSE BAMBINE)

Il matrimonio precoce e forzato (CEFM) è una violazione dei diritti umani:

- priva le bambine della loro infanzia e adolescenza,
- costituisce un grave rischio per la loro salute,
- ha gravi ripercussioni sull’istruzione,
- limita le loro possibilità di *empowerment*, di futura occupazione e di opportunità lavorative, in generale di crescita e sviluppo nell’ambito della società,
- aumenta il rischio di essere sottoposte a violenza e abusi.

Diffusione del fenomeno

- Ogni anno, nel mondo, 12 milioni di bambine e ragazze si sposano prima di aver compiuto i 18 anni.
- Si verificano, anche quando la legge lo proibisce, casi limite di matrimoni combinati con bambine di 8 - 10 anni.
- I tassi più elevati di diffusione dei matrimoni precoci si registrano nell’**Asia meridionale** (Bangladesh, India, Nepal, ecc.) e nell’**Africa sub sahariana** (Niger, Repubblica Centro Africana, Chad, Mali, Guinea, Sierra Leone, ecc.). Il fenomeno riguarda i paesi a basse risorse, ma anche i paesi industrializzati, in conseguenza delle migrazioni.
- In Italia si stima siano 2mila le ragazze nate e/o residenti nel nostro Paese, costrette a sposarsi ogni anno nello Stato di origine.
- Le stime del 2020 riportano quasi 500.000 ragazze in più nel mondo costrette al matrimonio forzato per effetto delle conseguenze economiche della pandemia, a cui si aggiungerebbero 1 milione in più di gravidanze precoci.

Motivazioni culturali e sociali

- Discriminazione di genere
- Povertà
- Difesa dell’onore familiare
- Strategia di sopravvivenza nelle comunità vulnerabili durante i conflitti, le crisi economiche e i disastri naturali

Nei paesi d’immigrazione:

- Strumento per mantenere un legame forte con la cultura del proprio paese di origine
- Modo di proteggere i giovani da stili di vita più aperti soprattutto per quanto il rapporto con la sessualità
- Atto di solidarietà nei confronti della comunità di origine

Conseguenze sulla salute

- Ad un alto numero di matrimoni precoci corrisponde un alto numero di **gravidanze precoci** che comportano spesso gravi conseguenze sulla salute della donna e del bambino.
- Le **complicazioni durante la gravidanza e il parto**, sono la seconda causa di morte tra le ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni nei paesi più poveri.
- Le ragazze di età inferiore ai 15 anni, hanno 5 volte di più la probabilità di morire durante il parto (rispetto la classe 20-29 anni).
- I figli di donne sotto i 15 anni hanno il 50% di probabilità in più, rispetto alle madri di 20-29 anni, di nascere morti o di morire subito dopo la nascita.

Legislazione italiana

La legislazione italiana non contiene riferimenti espliciti al “matrimonio forzato”. Tuttavia, consente di affrontare questo reato attraverso altri strumenti giuridici.

In particolare i matrimoni forzati sono sanzionati da:

- *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1962)*

- *Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW)*, Convenzione internazionale adottata nel 1979 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, entrata in vigore nel settembre 1981, ratificata dall'Italia nel giugno del 1985

- *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul)* del 2011, ratificata dall'Italia nel settembre 2012

Valutazione del rischio dei matrimoni precoci e forzati

La valutazione del rischio di matrimoni precoci e forzati non si avvale di procedure facilmente quantificabili. Si possono usare come riferimento i dati forniti sui tassi di matrimoni precoci e di fecondità accertata in donne di età inferiore rispettivamente ai 18 e ai 19 anni, nei paesi di provenienza della bambina/ragazza.

UNICEF global databases, 2020, based on DHS, MICS and other national surveys, 2013-2019.

<https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboar>

<https://www.girlsnotbrides.org/where-does-it-happen/>

Conclusioni

Nel corso degli anni, **le politiche e le azioni di contrasto** messe in atto in tutto il mondo hanno fatto ridurre in termini percentuali l'incidenza delle MGF e dei matrimoni precoci. Una delle azioni più efficaci di contrasto di queste pratiche è rappresentato dall'innalzamento del livello di istruzione delle bambine, future ragazze e donne, per renderle consapevoli dei loro diritti e capaci di rivendicarli. Nonostante ciò, la rapida **crescita demografica** di questi paesi, aumentando la popolazione giovanile, ha portato a una crescita nel numero di ragazze a rischio. Inoltre, nel 2020 i rischi di discriminazione per tante bambine e ragazze nel mondo sono aumentati in conseguenza degli effetti socio-economici della pandemia di Covid-19. Nei Paesi a basse risorse, infatti, si sono accentuate povertà e disuguaglianze; due ragazze su tre sono state costrette ad abbandonare la scuola per occuparsi della casa o per entrare nei circuiti del lavoro minorile, e comunque a subire violenze di genere.

“Raggiungere l'eguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e le ragazze” è uno degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile identificati dall'ONU nel 2015, che contempla, tra l'altro, l'eliminazione di tutte le pratiche dannose, come il matrimonio precoce e forzato e le mutilazioni genitali femminili **entro il 2030**, ... anno che, considerato tutto, non è poi così lontano!

Bibliografia e link di riferimento

<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/global-girlhood-report-2020-how-covid-19-putting-progress-peril>

<http://data.unicef.org/child-protection/fgmc.html>

<https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treat>

<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/global-girlhood-report-2020-how-covid-19-putting-progress-peril>

http://dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_2_testi/d_impegni_pol_internaz/a_conf_mondiali_onu/b_conf_pechino/home_pec_hino.html



