



DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

TESI DI LAUREA TRIENNALE

Female Genital Mutilation vs. Female Genital Cosmetic Surgery

Una prospettiva psicosessuale

RELATORE

Martin Dodman

LAUREANDA

Francesca Gaggino

Matricola 23 D03 539

Indice

Introduzione	03
Capitolo 1. Gli organi genitali femminili tra cultura e scienza	05
1.1 L'evoluzione del corpo femminile tra sacro e tabù	05
1.2 Il corpo femminile dall'Ottocento a oggi	11
1.3. Anatomia e funzionalità genitale: la dimensione psicofisiologica	14
Capitolo 2. Le Mutilazioni Genitali Femminili	18
2.1. Classificazione clinica e procedure operative	18
2.2. La distribuzione geopolitica	20
2.3 Determinanti socioculturali	22
2.4. Correlati clinici e psicopatologici	24
Capitolo 3. La chirurgia cosmetica genitale femminile	27
3.1 Classificazione clinica e procedure operative	27
3.2 La distribuzione geopolitica delle FGCS	29
3.3 Le determinanti socioculturali che alimentano la domanda delle FGCS	30
3.4 Correlati clinici e psicopatologici	32
Capitolo 4. Uno studio comparato tra MGF e FGCS	36
4.1. Una falsa dicotomia fisica e il potere del linguaggio	36
4.2. La psicologia sociale del consenso	38
4.3. Il vissuto del trauma	40
4.4. Oltre il binomio MGF/FGCS	41
Conclusioni	43
Bibliografia	44

Introduzione

Questa tesi si propone di esplorare le analogie tra le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) e la Chirurgia Estetica Genitale Femminile (FGCS), indagando il nesso profondo che unisce queste due pratiche. Nonostante tali fenomeni appartengano a contesti socioculturali molto differenti, in quanto le MGF sono storicamente radicate nelle tradizioni rituali, mentre le FGCS sono inserite nel contemporaneo mercato estetico, questo lavoro intende analizzare le dinamiche psicologiche e le pressioni sociali che ne favoriscono la diffusione.

Durante l'elaborazione del piano teorico, l'obiettivo iniziale prevedeva un confronto tra la prospettiva femminile e quella maschile riguardo alle modificazioni corporee; tuttavia, considerata la vastità della letteratura scientifica esistente, unita all'esigenza di mantenere un approccio clinico rigoroso, è stato necessario focalizzare l'oggetto di studio alla sola condizione femminile. Questa scelta rappresenta, infatti, una condizione indispensabile per approfondire in modo accurato le implicazioni psicosessuali e le correlazioni con altri disturbi, come il Disturbo di Dismorfismo Corporeo, evitando la dispersione analitica.

Per la mia ricerca bibliografica, ho identificato parole chiave e sinonimi, insieme ad altri termini, frasi e concetti correlati, e ho quindi consultato Google Scholar, Scopus e Web of Science per la ricerca multidisciplinare e PubMed e PsycINFO per quella psicologica, restringendo gradualmente la ricerca fino a individuare la letteratura più pertinente al mio scopo.

Il primo capitolo è dedicato a una ricostruzione storica e antropologica del corpo femminile. In questa sezione sarà analizzata come la percezione della genitalità sia mutata nel tempo: da oggetto di potere sacro nelle civiltà antiche, a dominio di controllo e medicalizzazione a partire dal Medioevo. Si ritiene fondamentale questo passaggio al fine di comprendere le radici culturali su cui si fondano le pratiche oggetto della tesi.

Nei capitoli successivi la trattazione entrerà nel merito delle MGF, esaminandone i criteri di classificazione clinica delineati dall'OMS e mettendoli, successivamente, in relazione con la crescente domanda di interventi di chirurgia estetica. L'analisi si focalizzerà sui fattori di rischio psicologico, oltre che sulle determinanti socioculturali che spingono verso la ricerca di un ideale di "normalità" modellato da standard irraggiungibili.

L'obiettivo di questa ricerca è, infine, analizzare criticamente la letteratura esistente per individuare le divergenze tra le prospettive istituzionali e quelle contemporanee. Le istituzioni, infatti, tendono a mantenere una distinzione netta tra le MGF e le FGCS, condannando le prime come pratiche rituali e accettando le seconde entro i confini della chirurgia estetica, mentre le prospettive critiche contemporanee mettono in discussione questa dicotomia, sostenendo che entrambe possono essere ricondotte a un medesimo fenomeno. Attraverso questa comparazione, il lavoro intende fornire gli strumenti interpretativi per comprendere il malessere soggettivo che persiste nella richiesta di modificazione corporea, esplorando i risvolti applicativi e le proposte di nuovi interventi di supporto.

Capitolo 1. Gli organi genitali femminili tra cultura e scienza

Come evidenziato dalla scrittrice statunitense Wolf¹ (2012), una ricostruzione esaustiva della storia degli organi genitali femminili, persino limitatamente al contesto occidentale, risulterebbe estremamente complessa ed estesa, soprattutto alla luce delle finalità del presente elaborato. Pertanto, questo capitolo si pone l'obiettivo di ripercorrere in forma sintetica le principali fasi di sviluppo culturale e scientifico che hanno portato il corpo femminile, in particolar modo in relazione ai suoi organi sessuali, ad essere oggetto di una continua ridefinizione di significato.

1.1 L'evoluzione del corpo femminile tra sacro e tabù

Le prime raffigurazioni femminili conosciute risalgono a circa 30.000 anni fa, in particolare con la scoperta in Europa di incisioni su roccia che rappresentano vulve seguite, con una grande diffusione in Europa e in Egitto dal 25.000 al 15.000 a.C., dalle cosiddette "figure di Venere" grafismi o statue in pietra, avorio o fango del Nilo dall'aspetto donnesco caratterizzate da genitali e forme fisiche particolarmente pronunciate (Comba & Amateis, 2020).

È fondamentale, a tal proposito, sottolineare l'impossibilità di andare incontro a un'unica lettura oggettiva e certa dei significati, che ne rispecchi esattamente la valenza simbolica effettiva di quei tempi, ma piuttosto, consultando la letteratura, ci si imbatte in una serie di interpretazioni per lo più convergenti. Un esempio è l'ipotesi di Eisler (1987), teoria avanzata anche da altri esponenti del filone storico femminista (Gimbutas, 1991), secondo la quale queste raffigurazioni rifletterebero strutture sociali matriarcali primordiali. Questa visione sociologica può essere affiancata al riscontro emergente dall'analisi di Wolf (2012), che ipotizza che la grande ricorrenza di tali iconografie possa essere un indicatore di come esse siano espressione di una dimensione sacrale propria della sessualità femminile, e

¹Si precisa che il libro di Naomi Wolf (2012) viene usato in questa tesi esclusivamente come guida storica e cronologica per ricostruire le tappe della percezione dell'organo genitale femminile nel tempo. L'adozione di questa fonte, dunque, non implica l'adesione alle ideologie o all'orientamento politico dell'autrice, spesso al centro di critiche e discussioni in ambito accademico, ma serve unicamente a delineare il quadro storico-sociale entro cui si è sviluppata la rappresentazione psicoculturale della vagina.

all'opinione di Comba e Amateis (2020) sul fatto che le figure di venere rappresentino la capacità di generare vita. Parallelamente, è opportuno anche considerare la posizione di Leroi-Gourhan (1971), il quale interpreta, invece, tali segni come semplici raffigurazioni delle differenze fisiche tra maschio e femmina, confermando, dunque, quanto precedentemente affermato riguardo alla mancanza di una lettura univoca.

Contemporaneamente a quanto appena descritto, la figura femminile risulta ricorrente nelle rappresentazioni del periodo Paleolitico e Neolitico anche tramite raffigurazioni collegate a elementi animali, come esseri ibridi quali donna-rana, donna-riccio, o ancora donna-pesce e donna-anatra. A queste illustrazioni antropo-zoomorfe, presenti già a partire da 33-30 mila anni fa, Gimbutas (1991) propone un'interpretazione simbolica risaltandone la somiglianza con l'utero e sottolineandone il carattere sacro e la potenza della vita. Secondo l'esperta, inoltre, tali raffigurazioni esprimono l'integrazione rappresentativa della dinamica tra morte e rinascita.

Proseguendo lungo la linea temporale delle civiltà, si giunge alle culture mesopotamiche dove, attraverso la divinità sumera Inanna (la cui corrispondenza babilonese è rappresentata da Ishtar), la dimensione sacrale arcaica descritta precedentemente trova un'espressione manifesta e una narrazione poetica. Wolf (2012) evidenzia la sacralizzazione del corpo femminile, mettendo in luce proprio come venga celebrata la vulva di quest'ultima, ritenuta un luogo di potere divino ed essenziale per propiziare l'abbondanza e il nutrimento del terreno (basti pensare che persino alcune specie vegetali, come la lattuga, siano descritte come estensioni del suo corpo sacro).

Questa glorificazione dei genitali femminili, però, va oltre la fecondità materiale, poiché la vulva di Inanna viene associata alla ricerca e alla visita al Dio della saggezza, rendendo, così, la sessualità femminile una porta d'ingresso verso la conoscenza divina e i segreti dell'universo (Comba & Amateis, 2020). In questo senso Inanna è connessa ad animali notturni quali la civetta, emblema della visione profonda, nonché della potenza rigeneratrice intrinseca alla donna ed esprimibile attraverso l'esperienza della maternità. Tale simbologia non si limita al semplice racconto mitico, bensì supera questa astrazione preistorica per rispondere all'esigenza pratica di inquadrare la forza vitale in apparati istituzionali. Questa istituzionalizzazione trova, infatti, espressione nel rito del Matrimonio Sacro, un atto sessuale fisico in cui il sovrano riveste il ruolo del dio pastore, mentre la regina o una sacerdotessa incarna la dea stessa. La cerimonia ha la funzione di risvegliare la potenza del sacro e garantire la rigenerazione della natura. In questo modo la sessualità viene quindi elevata a

manifestazione del sacro, diventando uno strumento che garantisce la rigenerazione delle risorse e la stabilità economica (Ruether, 2005).

Questo legame tra potere politico ed erotismo trova un'ulteriore espressione nella cultura dell'antico Egitto e, in particolar modo, le fonti individuano nelle iconografie giunte fino a noi un'articolazione del sacro femminile. Si può osservare come gran parte della simbologia si concentri prevalentemente sulla dea Iside e, dunque, su una valorizzazione della donna intesa come modello di maternità e stabilità, la cui potenza sessuale risulta finalizzata alla fecondità (Norsigian, 1970). Essa viene, infatti, immortalata con abiti solenni o nell'atto di allattare, incarnando il potere generativo e l'archetipo della moglie ideale; viene, dunque, vista come un modello rappresentativo del comportamento femminile che deve essere seguito dalla regina. Wolf (2012) individua parallelamente la figura di Qadesh, dea della natura, del piacere sessuale e della bellezza, che, diversamente dalla divinità precedentemente descritta, viene raffigurata come una donna nuda, spesso posta sul dorso di un leone. Grazie alla rappresentazione insieme al felino, si può individuare come essa rappresenti una manifestazione della potenza della sessualità femminile, che deve essere al contempo ammirata e venerata. Le fonti affermano, infatti, come quest'ultima possa essere definita come un'evoluzione della dea Inanna e, similmente a lei, anche la sua vulva venga descritta come oggetto di venerazione. Tale sacralizzazione si può notare anche nel modo in cui viene usato il linguaggio, in quanto le fonti documentano come molti termini anatomici relativi all'organo genitale femminile che in epoca moderna hanno assunto una connotazione dispregiativa, fossero in quel tempo cariche di una profonda sacralità e nobiltà (Ruether, 2005).

Il passaggio dal bacino del Nilo alla cultura classica si traduce in una rilevante trasformazione culturale della percezione dell'anatomia femminile e del ruolo sociale della donna. Se nella prospettiva egizia, infatti, il genere femminile, seppur rappresentato attraverso due dee distinte, gode di una considerazione elevata e rispettata anche nella sua dimensione corporea ed erotica, la nuova visione nell'età classica è stata determinata da una svalutazione strutturale scaturita da tre spinte principali (Comba & Amateis, 2020).

In primo luogo, viene individuata una motivazione di ordine sociale, in quanto in questo periodo vengono fondate le prime città-stato greche, fenomeno che segna il passaggio a un irrigidimento delle gerarchie di genere. All'epoca di Platone il modello di riferimento della perfezione sessuale è rappresentato dall'unione tra un uomo adulto e un giovane, riservando alle mogli una funzione unicamente riproduttiva. Queste ultime, dunque, vengono

relegate tra le mura domestiche, costrette a un matrimonio che le priva di qualsiasi diritto, mentre le uniche figure associate alla sfera erotica e del piacere sono le cortigiane e le etere. Questa situazione riflette una vera e propria scissione nell'identità femminile, spaccata tra il dovere biologico della maternità da un lato e l'esclusione dal mondo del piacere sessuale dall'altro.

Si ritiene che tale divisione non sia soltanto sociale, ma trovi espressione anche nelle teorie mediche dell'epoca, in quanto nel medesimo panorama culturale si assiste a un dibattito sulla natura del desiderio femminile, anch'esso oggetto di numerose discussioni. Tra i vari teorici del mondo antico trovano spazio il pensiero dello studioso romano Galeno, il quale ritiene la vagina un pene rovesciato e quello del filosofo Aristotele, che confuta la tesi di Ippocrate sostenendo che, a differenza di quanto teorizzato da quest'ultimo, il corpo femminile non necessita del piacere o dell'orgasmo per poter concepire. Tuttavia, è la visione ippocratica della necessità del piacere femminile per la procreazione a imporsi come paradigma medico dominante, giungendo pressoché inalterata fino al Rinascimento. A questa visione si affianca la credenza greca, successivamente adottata anche dalla cultura romana, secondo cui l'utero sia un organo fluttuante e che i suoi spostamenti all'interno del corpo della donna causino diverse patologie, tra cui quelle di natura nervosa. La radice del termine "isteria", dunque, richiama proprio la parola greca che significa "utero".

Un chiaro riscontro di questa dinamica si trova anche dal punto di vista religioso, in quanto si assiste a una frammentazione delle due divinità egizie che si traduce in un isolamento delle varie sfaccettature del principio femminile nelle figure di Era, che simboleggia la stabilità matrimoniale, Afrodite, dea del desiderio erotico e Artemide, che incarna la forza selvaggia del parto (Comba & Amateis, 2020). Benché alcuni simboli della preistoria riescano in parte a sopravvivere, come si può osservare nell'opera *Le Metamorfosi* del celebre poeta romano Ovidio, in generale questa scissione delle dee riflette proprio questo mutamento di prospettiva per cui la donna tende progressivamente ad essere percepita da un soggetto integro a un oggetto limitato e frammentato, il cui valore dipende solo dalla collocazione marginale occupata all'interno della struttura patriarcale.

Proseguendo lungo questa linea evolutiva, la successiva affermazione del cristianesimo segna una nuova svolta, che si manifesta nel passaggio da un'ottica del difetto biologico a quella della colpa morale (Norsigian, 1970). L'influenza di San Paolo e dei Padri della Chiesa che sono susseguiti nei quattro secoli successivi si rivela fondamentale in questo periodo per l'affermazione di un modello culturale che concepisce la sessualità femminile

come una componente legata alla vergogna e al peccato. Operante nel corso del I secolo d.C., San Paolo pone le radici per questo mutamento introducendo nel nascente panorama cristiano la visione greca della contrapposizione dell'anima alla dimensione materiale.

È dentro questa cornice che i successivi Padri della Chiesa, specialmente nei primi quattro secoli, estremizzano il valore della castità, trasformando l'organo genitale femminile in un oggetto di corruzione morale (Ruether, 2005). Tra queste figure spicca Tertulliano, il quale ha, dunque, portato a esasperazione l'idea di San Paolo, definendo la donna come «la porta del diavolo», ovvero come una figura seduttrice dedita ad attirare gli uomini. Insieme a quest'ultimo, un ruolo di primo piano viene assunto anche da Sant'Agostino, il cui pensiero decreta il definitivo radicamento di questo paradigma incentrato sul primato maschile (Comba & Amateis, 2020). Egli, infatti, mosso da una rigida interpretazione del mito della genesi di Eva dalla costola di Adamo, teorizza una vera e propria inferiorità naturale della donna rispetto all'uomo, sostenendo come la figura femminile acquisisca valore solo nel momento in cui si unisce al maschio. In tal senso la donna non riflette del tutto l'immagine divina se considerata da sola.

Questa svalutazione morale si trasforma con il tempo in applicazioni concrete che mirano a controllare e colpire il corpo delle donne. Wolf (2020), infatti, evidenzia nel suo saggio come all'inizio del Medioevo siano stati inventati strumenti di controllo quali la cintura di castità², intesa come una barriera metallica che cingeva i fianchi della donna, con una parte posta tra le gambe che veniva chiusa con un lucchetto. La custodia delle chiavi spettava esclusivamente al marito, traducendo in atto il totale dominio sul corpo e sull'autonomia della moglie. L'applicazione prolungata dell'oggetto, oltre a proibire i rapporti sessuali, comprometteva gravemente l'igiene intima e provocava gravi ferite.

Un altro tassello repressivo descritto dalla medesima autrice è il successivo sviluppo in Europa tra il XIV e XV secolo del fenomeno sociale della caccia alle streghe, una realtà che assume come bersaglio la sessualità femminile. Se fino a quel momento questo controllo del corpo delle donne era confinato alle mura domestiche e, quindi, legato all'idea di proprietà, con la gestione della cintura in mano al marito, con l'avvento di questo fenomeno persecutorio si assiste al passaggio verso una violenza pubblica e istituzionalizzata, che

² Si specifica che, nonostante Wolf (2012) includa la cintura di castità tra i dispositivi storici di controllo del corpo femminile, la storiografia medievistica specialistica considera in modo quasi univoco questo strumento come un falso storico e un mito letterario nato nell'Ottocento. Gli esemplari conservati nei musei europei sono stati, infatti, identificati come falsi di epoca vittoriana o come oggetti satirici (Brundage, 2008; Classen, 2007). Nonostante ciò, si è scelto di lasciare questo riferimento nel testo per la sua forte valenza simbolica nell'immaginario psicoculturale legato alla repressione della sessualità femminile.

trasforma l'organo genitale nel simbolo del male assoluto. Coloro che venivano accusate di stregoneria erano donne percepite dalla popolazione come sessualmente attive o troppo libere e loro subiscono una persecuzione sistematica caratterizzata da forme di tortura specificatamente mirate ai loro organi sessuali. In questo nuovo contesto, i giudici dell'epoca ricercano il cosiddetto «marchio del diavolo» proprio all'interno della cavità vaginale, rendendo la sfera genitale il fulcro delle indagini delle autorità. Ne è un esempio la «Pera dell'Angoscia», ovvero uno strumento meccanico in ferro che, attraverso un sistema a vite, si espandeva all'interno delle cavità genitali della vittima causandone in alcuni casi anche lacerazioni e strappi.

A questo scenario di violenza si affianca, tuttavia, il paradosso legato al fatto che la scienza medievale rimane per secoli fedele al paradigma di Ippocrate, ritenendo che il raggiungimento del culmine erotico femminile sia biologicamente indispensabile per il concepimento. La medicina in questo periodo prescrive massaggi genitali terapeutici per garantire la salute e la fertilità delle donne, poiché, in assenza di orgasmo, il seme femminile si corrompe all'interno dell'utero, causando patologie come l'isteria (Gross, 2023).

È interessante osservare come a questa narrazione si contrapponga, inoltre, quella della letteratura popolare, rivelando una vera e propria dualità culturale. Un esempio di quanto appena detto si ritrova nei Racconti di Canterbury di Chaucer in cui l'organo femminile viene ancora trattato con una sorta di spensieratezza, dimostrando come la demonizzazione della vagina medievale convivesse con una dimensione profana quasi ludica (Wolf, 2020). Vi è, inoltre, l'evidenza del fatto che questa antica sacralità femminile è sopravvissuta nascosta proprio all'interno dei simboli cristiani ufficiali. Le fonti, per dimostrare quanto appena detto, richiamano l'immagine della Mandorla, cornice ogivale che nell'arte sacra racchiude spesso la figura di Maria e la cui forma stilizza l'anatomia della vagina come portale sacro, e il passaggio alla Vergine Maria di attributi delle antiche dee della fertilità, tra cui il melagrano, antico simbolo di fecondità (Comba & Amateis, 2020).

Questa ambivalenza verso il corpo femminile rimane identica anche nel Rinascimento, spostandosi solo dall'ambito religioso a quello scientifico. Se il Medioevo aveva frammentato la percezione della vagina, questo periodo segna l'inizio di una nuova era che, tuttavia, non elimina le ansie patriarcali. Nel 1559, infatti, si verifica un evento centrale per questo discorso: la riscoperta del clitoride da parte di Renaldo Colombo, il quale, utilizzando il termine «dolcezza di Venere» per definirlo, lo identifica come la sede principale del piacere femminile. Nonostante ciò, comunque, le fonti evidenziano un fenomeno

singolare, ovvero come quest'organo sia stato ciclicamente scoperto e successivamente rimosso oppure ignorato dagli scienziati per molti secoli. Questa dinamica riflette l'incapacità culturale di accettare sia un organo con la sola funzione di arrecare piacere, che anche le resistenze relative al passaggio definitivo per le donne del controllo sulla propria indipendenza. Sul piano teorico, tuttavia, il Rinascimento mantiene ancora ferma la convinzione di Ippocrate secondo cui l'orgasmo femminile sia necessario per il concepimento, alimentando l'idea della donna come sessualmente inesauribile e con una risposta erotica più travolgente di quella maschile (Comba & Amateis, 2020).

Confrontando le fonti, infine, si può notare come la cultura rinascimentale opera un nesso simbolico tra linguaggio e il corpo, sovrapponendo le labbra della bocca a quelle vaginali. Controllare la parola di una donna significa, dunque, governarne la sessualità e a dimostrazione di ciò, le fonti evidenziano, attraverso rimandi alla produzione shakesperiana, come il silenzio forzato venga individuato come una garanzia di castità, mentre la loquacità sia collegata all'idea di una donna pericolosa (Okoro et al., 2026).

1.2 Il corpo femminile dall'Ottocento a oggi

L'Ottocento, in particolare l'epoca vittoriana, segna un cambiamento drastico, inaugurando un periodo di intensa medicalizzazione e repressione del corpo femminile. Uno dei pilastri della cultura di quest'epoca è proprio l'ideologia che si sta affermando che sostiene che le donne «perbene» non siano disturbate da alcun desiderio sessuale, a differenza di quelle «cattive» che sono, invece, distratte dagli appetiti sessuali. Questa visione della donna priva di passione capovolge il modello di Ippocrate rimasto prevalente fino a quel momento e fa strada all'idea che considera il piacere femminile come qualcosa di separato dalla funzione riproduttiva, il quale viene ridefinito nei termini di una vera e propria patologia (Haerdle, 2024). In quest'epoca, inoltre, il controllo della salute riproduttiva passa nelle mani dei medici maschi, diventando al contempo uno strumento di giudizio morale e controllo sociale volto a disciplinare la crescente indipendenza delle donne, favorita dall'industrializzazione e dall'aumento dell'istruzione. I medici, all'epoca di sesso maschile, si distanziano in modo radicale dall'operato delle levatrici, il cui ruolo era stato fino a quel momento quello di sostenere i processi naturali e fisiologici, in quanto con la nuova gestione scientifica l'apparato riproduttivo femminile diventa l'oggetto di un approccio interventista e impaziente, caratterizzato da pratiche cliniche aggressive e violente. Un esempio di questa ossessione per il controllo è rappresentato proprio dalla demonizzazione della masturbazione femminile, utilizzata come pretesto per reprimere l'istruzione delle donne; si sostiene, infatti, tramite la

tesi che la lettura di romanzi possa eccitare il sistema nervoso, che tale pratica conduca alla follia o alla sterilità. Questo tentativo di imporre l'ubbidienza attraverso il controllo del corpo, però, non si limita alla sfera intellettuale, bensì giustifica anche l'utilizzo di pratiche punitive estreme, come la clitoridectomia, ovvero l'asportazione chirurgica dell'organo del piacere.

Un'ulteriore espressione di questa sottomissione si realizzi sul piano legislativo con l'intervento diretto dello Stato (Haerdle, 2024). In Inghilterra, per esempio, nel 1857 vengono approvate le Contagious Diseases Acts, provvedimenti che conferiscono ad agenti di polizia in incognito il potere di arrestare e detenere in ospedali di massima sicurezza, senza giusto processo, qualunque donna sospettata di essere una prostituta. All'interno di questi istituti le vittime sono sottoposte a esami vaginali forzati dai medici, i quali operano con il pretesto di arginare la diffusione di malattie veneree. Di fronte a tale orrore le prime femministe decidono di presentare le donne arrestate come pure vittime di abusi, ottenendo da un lato importanti vittorie legali, ma rinunciando dall'altro a rivendicarne l'autonomia e il desiderio sessuale femminile.

A questa sottomissione clinica e legislativa si aggiunge una vera e propria oppressione fisica esercitata attraverso la moda, in particolare con l'uso del corsetto, indumento simbolo di proprietà e rigidità morale che, agendo schiacciando gli organi pelvici verso il basso rischia di causare il prolasso dell'utero. A fronte di questa repressione, l'arte e la letteratura di quest'epoca sviluppano una resistenza sotterranea, ricorrendo a complesse metafore botaniche e allegorie visive per continuare a narrare la verità sul desiderio e sul piacere femminile al riparo dalla censura (Gross, 2023).

Il passaggio dal XIX al XX secolo rappresenta il superamento della cosiddetta donna priva di passione sessuale verso la nuova donna moderna, un processo che sposta il controllo dal medico allo psicoanalista e, infine, ai neuroscienziati. Il primo Novecento, dunque, a differenza dell'Ottocento che aveva tentato di soffocare il desiderio femminile attraverso la medicalizzazione, segna l'inizio di una liberazione guidata da una profonda transizione culturale. Le fonti, infatti, citano la nascita delle prime cliniche contraccettive ad opera di Marie Stopes e Margaret Sanger, grazie alle quali le donne possono separare il piacere dalla procreazione, trasformando la sessualità in una scelta consapevole (Wolf, 2020). In questo clima di avanguardia, molte artiste e scrittrici iniziano a raccontare l'erotismo e l'attivazione della sensibilità vaginale non più come un fatto solo fisico, ma come una spinta per la creatività e l'audacia artistica e sociale.

A questa libertà fisica, tuttavia, segue un nuovo tipo di prigionia teorica introdotta da Sigmund Freud (1905/1986), che individua il dualismo clitoride-vagina, prima di allora considerati aspetti diversi del medesimo sistema sessuale e riproduttivo, e utilizza la distinzione di due tipi di orgasmo per tracciare un confine morale tra sessualità adulta e infantile, arrivando ad alimentare insicurezze e dubbi sulla propria normalità in intere generazioni di donne. Solo negli anni Sessanta e Settanta il clitoride viene nuovamente rivalutato sul piano scientifico, grazie a un cambio di paradigma che prende le mosse dalle ricerche di Masters e Johnson (1970), che propongono un modello che vede le donne come sessualmente analoghe agli uomini, ma che trova il suo culmine nei lavori di Shere Hite (1995). Quest'ultima contesta l'esclusività della penetrazione vaginale, determinando tuttavia come conseguenza l'avviamento di una stagione in cui il piacere femminile viene ridefinito con logiche libertarie e di consumo.

La visione meccanica raggiunge la massima espressione nell'epoca contemporanea, caratterizzata dalla pervasività della pornografia, che rischia di condizionare il cervello maschile e femminile orientandolo verso modelli di risposta veloci, visivi e intercambiabili. Wolf (2020), in particolare, evidenzia come questa dinamica causi una definitiva profanazione dell'organo genitale, il quale passa da essere considerato un simbolo di connessione profonda e intima, a un mero oggetto di consumo e strumento di gratificazione. Tale processo favorisce l'insorgere di una desensibilizzazione e di problematiche legate alla reattività e al benessere dell'apparato genitale femminile, oltre che al modo in cui viene vissuta la sessualità all'interno della coppia.

Confrontando le prospettive storiche con le scoperte più recenti, Wolf (2020) specifica come al giorno d'oggi ci si trova nella posizione di un possibile superamento della visione meccanica. Le neuroscienze contemporanee, infatti, stanno dimostrando come il cervello e l'organo genitale femminile formano un unico asse nervoso e come il piacere femminile non sia un elemento opzionale, bensì una funzione biologica regolata da ossitocina e dopamina, essenziale poiché in grado di incrementare nella donna fiducia, equilibrio psicologico e creatività. In questo modo viene, dunque, rivendicata la centralità dell'organo del piacere femminile, in quanto ciò implica validare il dato biologico oggettivo secondo cui la salute e la reattività del sistema nervoso pelvico sono correlate al benessere globale della donna (Okoro et al., 2026).

In conclusione, l'evoluzione della visione del corpo femminile, con particolare riferimento all'organo genitale, appare come un lungo e affascinante viaggio tra numerose

culture. Si è partiti dalle civiltà arcaiche che ne celebravano la sacralità quale sorgente di vita, di piacere e conoscenza, passando dai processi di medicalizzazione in epoca vittoriana e dalla pervasività del fenomeno pornografico, per giungere all'idea innovativa esposta dalle moderne neuroscienze che individuano una riconciliazione tra biologia e coscienza, rivendicando la centralità di questo organo di piacere. L'abbattimento dei tabù e dei condizionamenti storici rappresentano, dunque, l'atto finale di un lungo percorso di emancipazione profonda che restituisce alla donna il possesso del proprio corpo, della propria identità e della propria libertà di azione, dimostrando che la salute e la reattività di questo organo rappresentano un vero e proprio simbolo di libertà riconquistata (Okoro et al., 2026).

1.3. Anatomia e funzionalità genitale: la dimensione psicofisiologica

Per offrire un quadro d'insieme che sia il più chiaro ed esaustivo possibile rispetto a ciò che si analizzerà più avanti, si ritiene necessario dedicare una sezione alla descrizione anatomica e fisiologica dell'apparato genitale femminile, mantenendo un orientamento e una continuità con la dimensione psicologica.

In primo luogo, appare opportuno, per comprendere la biologia della risposta sessuale femminile, definire l'apparato riproduttivo come un'unità integrata in cui, dunque, gli organi interni ed esterni interagiscono continuamente sotto la guida del sistema endocrino e nervoso (Pfaus et al., 2015).

Anatomicamente l'area genitale esterna è nota come vulva, una regione caratterizzata da una grande densità di terminazioni nervose, da una ricca rete vascolare e al cui interno si trovano le grandi labbra, dette anche labia majora o labbra esterne. Quest'ultime circondano le piccole labbra (labia minora o labbra interne), le quali, a loro volta, racchiudono una zona chiamata vestibolo (Janssen & Prause, 2016; Pfaus et al., 2015). È importante sottolineare che le piccole labbra si uniscono sopra il vestibolo formando il prepuzio clitorideo, ma anche sotto l'apertura vaginale, costituendo il frenulo (Janssen & Prause, 2016). Dal punto di vista fisiologico, le labbra sono strutture che prendono parte attiva alla risposta sessuale in quanto, durante la fase di eccitazione, l'attivazione del sistema nervoso parasimpatico innesca una vasodilatazione, che determina un massiccio afflusso di sangue nei tessuti genitali. Questo fenomeno si traduce in un incremento del turgore tissutale analogo alla risposta erettile (Pfaus et al., 2015). A tale dinamica si affianca l'attività esocrina delle ghiandole di Skene e di

Bartolini, che con il loro secreto mucoso contribuiscono a preservare l'idratazione vestibolare, integrando la principale lubrificazione interna vaginale (Handy et al. 2022).

Superando i confini dell'apparato genitale esterno, ma comunque strettamente connessa alla rete vascolare e sensoriale descritta in precedenza, si trova la vagina, un condotto elastico e dinamico formato da epitelio caratterizzato da numerose rugae, ovvero pieghe trasversali, che conferiscono all'organo una notevole capacità di estensione e adattamento, caratteristiche indispensabili per il parto e i rapporti sessuali (Levin, 2003; Levin, 2015).

Focalizzandoci sul profilo somatosensoriale, la centralità del piacere, tuttavia, risiede nel clitoride. A tal proposito risulta di fondamentale importanza evidenziare il contributo di O'Connell (2005), ampiamente riconosciuta a livello scientifico per aver individuato nel 1998, e ridefinito successivamente nel 2005, la reale anatomia di questo organo. La ricercatrice, infatti, tramite una serie di dissezioni di tessuto cadaverico e risonanze magnetiche condotte su soggetti adulti, ha dimostrato che il glande, unica componente, insieme al prepuzio, ad essere esterna e visibile, è solo «la punta di un iceberg», di una struttura multiplanare prevalentemente interna, posizionata in profondità rispetto alle piccole labbra, inferiormente all'arco pubico e attaccata all'uretra e alla vagina.

Il clitoride è composto, secondo O'Connell (2005), da una punta non erettile, ma densamente innervata, ovvero il glande, e da corpi formati da tessuto erettile, che sono i bulbi, la crura e i corpi pari. Quest'ultimi, detti anche corpi cavernosi, hanno una lunghezza di circa 12-15 cm, si estendono lungo l'arco pubico e differiscono per composizione del tessuto erettile dai bulbi vestibolari, ovvero tessuti spugnosi che sono in continuità con le altre parti del clitoride, circondano le pareti della vagina e si gonfiano durante l'eccitazione. Inoltre, nonostante non abbiano carattere erettile, anche l'uretra distale e la vagina sono strutture correlate, tali da formare così un vero e proprio complesso clitorideo-uretro-vaginale, che fa da centro funzionale dell'orgasmo femminile (O' Connell et al., 2005). La funzionalità di questa complessa struttura anatomica è garantita dal nervo pudendo, i cui tronchi presentano un diametro di 2 mm già in età infantile e che poi termina in una fitta rete di recettori sensoriali, che raggiungono la loro densità massima a livello del glande clitorideo (O' Connell et al., 2005).

A partire da questa specifica architettura anatomica e neuronale, si articola la dinamica della risposta sessuale femminile, che non è un evento puramente meccanico, bensì si configura come un processo fisiologico coordinato, che, mediante risposte specifiche come

la lubrificazione, previene disagi fisici durante l'atto sessuale (Handy et al., 2022). Il passaggio dallo stato di riposo a quello di eccitazione è segnato da una vasocongestione genitale, fenomeno mediato dall'attivazione del sistema nervoso autonomo, che porta a un aumento della frequenza cardiaca e del flusso ematico in tutto il corpo, in particolar modo verso l'area pelvica (Handy et al., 2022). Il processo di lubrificazione, invece, contrariamente a quanto spesso si crede, non è il risultato di secrezioni ghiandolari (le ghiandole di Bartolini e Skene precedentemente citate forniscono solo un minimo contributo), bensì risiede in un meccanismo di trasudazione plasmatica, ovvero consiste in una vera e propria filtrazione del plasma sanguigno attraverso le pareti vaginali. Questo meccanismo, estremamente rapido è reso possibile con il progredire della vasodilatazione, che fa aumentare la pressione idrostatica all'interno dei vasi e, dunque, spinge il plasma a filtrare attraverso gli spazi intercellulari dell'epitelio (Handy et al. 2022). Risulta importante sottolineare come l'efficienza di questo processo sia strettamente dipendente dall'integrità dei tessuti e dal supporto ormonale, rendendo, così, la lubrificazione un segnale fisiologico di integrità neurovascolare dell'apparato. Da queste premesse, è possibile dedurre come la recisione chirurgica di tali vie o la presenza di tessuto cicatriziale compromettano drasticamente la capacità di trasudazione.

La complessa macchina biologica descritta fin qui, non opera mai come un automatismo isolato, ma è il risultato di una continua integrazione tra questi processi periferici e il sistema nervoso centrale. Quest'ultimo si occupa del coordinamento degli stimoli sensoriali, degli stati ormonali e dei processi cognitivi (Meston et al., 2000). Il ponte psicofisiologico appena descritto, dunque, dimostra come l'integrità anatomica degli organi non sia sufficiente a garantire la funzionalità sessuale, in quanto il cervello agisce come modulatore attivo, facilitando e inibendo la risposta fisica in base al contesto e al vissuto emotivo del soggetto (Pfaus et al., 2015).

Il fulcro di questa interazione si può ritrovare nel Modello del Doppio Controllo (Dual Control Model) e dal concetto di «punto di svolta sessuale», un paradigma che ritiene che la risposta sessuale emerga da un bilanciamento dinamico tra sistemi di eccitazione e inibizione centrali (Janssen & Prause, 2016; Pfaus et al., 2015). In particolare, il sistema eccitatorio è guidato da neurotrasmettitori come dopamina, norepinefrina e ossitocina, che attivano l'attenzione verso gli stimoli sessuali, mentre i sistemi inibitori utilizzano serotonina, endocannabinoidi e oppioidi per indurre la salienza dello stimolo, oltre che sazietà e sedazione (Pfaus et al., 2015). Questo equilibrio è influenzato sia da propensioni individuali innate, che dal contesto immediato (Janssen & Prause, 2016; Pfaus et al., 2015). È importante,

a tal proposito, evidenziare il concetto secondo cui l'inibizione non è un mero malfunzionamento, bensì una funzione adattiva e protettiva, in grado di salvaguardare l'individuo in situazioni potenzialmente minacciose e di stress (Pfaus et al., 2015). Inoltre, anche fattori psicologici come ansia da prestazione, sensi di colpa o distrazione cognitiva possono attivare i sistemi inibitori cerebrali e sul piano neurologico questa attivazione si traduce in un'inibizione «top-down», ovvero dall'alto verso il basso, generata dalla corteccia prefrontale mediale (mPFC). In presenza di stress o di vissuti emotivi negativi, questo controllo corticale è in grado di sopprimere i riflessi periferici, bloccando l'afflusso ematico genitale e la trasudazione plasmatica (Pfaus et al., 2015).

Questa regolazione cerebrale, infine, spiega il fenomeno, osservato soprattutto nelle donne, della discordanza psicofisiologica, secondo la quale l'attivazione genitale non coincide necessariamente con l'eccitazione mentale, poiché la risposta sessuale è subordinata al significato cognitivo attribuito allo stimolo (Meston et al., 2000). Il legame appena descritto è regolato dall'interocezione, ovvero la capacità di percepire i segnali del proprio corpo. Di conseguenza fattori cognitivi come lo *spectatoring*, ovvero l'osservarsi dall'esterno in modo giudicante, o la distrazione, possono far crollare il ponte tra biologia e mente. Al contrario un coinvolgimento cognitivo positivo agisce come un facilitatore periferico. Occorre, infine, considerare come i traumi passati possano alterare le soglie di inibizione cerebrale, compromettendo la risposta fisica futura (Janssen & Prause, 2016).

L'analisi di questi fattori evidenzia, dunque, che la funzionalità sessuale femminile non risiede nella sola anatomia organica, ma anche nella qualità della sua interazione con i processi centrali. Comprendere questa struttura neurologica e psicologica è fondamentale per esaminare le implicazioni che interventi come le MGF e le FGCS esercitano sul benessere psicofisico della donna.

Capitolo 2. Le Mutilazioni Genitali Femminili

Per analizzare le mutilazioni genitali femminili (MGF) si ritiene necessario partire dalla definizione fornita a livello nazionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che delinea queste pratiche come un fenomeno che *“comprende tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili, o altre lesioni agli organi genitali femminili per motivi non medici”* (World Health Organization [WHO], 2025). Un elemento cardine sottolineato esplicitamente dall'istituzione (WHO, 2025) è la totale assenza di qualsiasi beneficio per la salute delle donne in quanto queste pratiche consistono nella rimozione e danneggiamento di tessuto genitale femminile sano e normale; l'unico effetto, dunque, è la compromissione del benessere psicofisico, che può manifestarsi inizialmente in una serie di conseguenze immediate, come emorragie e disfunzioni urinarie, che sul lungo periodo possono evolvere in infezioni, cisti e irregolarità mestruali.

Le MGF rappresentano un'emergenza di salute pubblica grave a livello globale, in quanto la letteratura epidemiologica attuale stima oltre 230 milioni di donne e ragazze sopravvissute e circa 4 milioni di nuove potenziali vittime ogni anno (WHO, 2025); sono, inoltre, riconosciute come una forma estrema di discriminazione di genere, oltre che una violazione dei diritti umani e dell'infanzia, poiché ledono profondamente il diritto all'incolumità personale e alla salute (WHO, 2025).

2.1. Classificazione clinica e procedure operative

Per poter mappare la variabilità di questi interventi, l'OMS ha classificato le MGF in quattro tipologie cliniche principali, differenziate in base alle specifiche strutture vulvari interessate dalla lesione:

- **Tipo I (Clitoridectomia):** consiste nella rimozione parziale o totale del glande del clitoride e/o del prepuzio (Shahvisi & Earp, 2019; WHO, 2018). Si suddivide a sua volta in:
 - *Sottotipo Ia:* implica la sola asportazione del prepuzio (Earp, 2014; WHO, 2018).
 - *Sottotipo Ib:* prevede la rimozione del glande, oltre che a quella del prepuzio (Earp, 2014; WHO, 2018).

- **Tipo II (escissione):** caratterizzati dall'asportazione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra. Questo tipo si articola ulteriormente in:
 - *Sottotipo IIa:* rimozione delle sole piccole labbra;
 - *Sottotipo IIb:* rimozione parziale o totale del glande e delle piccole labbra;
 - *Sottotipo IIc:* rimozione del glande, delle piccole labbra e delle grandi labbra (Earp, 2014; WHO, 2018).
- **Tipo III (infibulazione):** restringimento dell'orifizio vaginale tramite la creazione di una specie di sigillo, copertura. Quest'ultimo si forma tagliando e riposizionando le piccole e grandi labbra, con o senza la rimozione del glande e del prepuzio. Anche in questo caso esiste un'ulteriore articolazione in:
 - *Sottotipo IIIa:* rimozione e apposizione delle piccole labbra;
 - *Sottotipo IIIb:* rimozione e apposizione delle grandi labbra (Earp, 2014; WHO, 2018).
- **Tipo IV:** include tutte le altre procedure dannose eseguite per scopi non medici, come la perforazione, cauterizzazione, raschiamento, incisione e puntura (Earp, 2014; WHO, 2018).

Alla luce dell'anatomia del clitoride precedentemente definita e dell'analisi delle quattro tipologie di intervento, emerge che il corpo e la crura, composti da tessuto erettile, non risultano coinvolti nelle procedure descritte. Questo spiega perché molte donne, pur avendo subito asportazioni invasive, conservino la capacità di provare piacere o di raggiungere l'orgasmo: la maggior parte dei tessuti che servono per la risposta sessuale rimangono intatti sotto il tessuto cicatriziale (Shahvisi & Earp, 2019).

Viste le condizioni in cui viene frequentemente eseguito l'intervento, caratterizzate dall'assenza di strumenti affilati in grado di garantire incisioni nette può essere complessa la successiva identificazione clinica del tipo di MGF (WHO, 2018). È necessario, dunque, svolgere un esame accurato, documentando con disegni anatomici nella cartella clinica e specificando quali strutture (tra prepuzio, clitoride, glande e labbra) sono state rimosse (WHO, 2018), poiché l'intervento in alcuni casi viene eseguito con qualsiasi cosa si trovi a portata di mano: lamette da barba, vetri rotti, pietre appuntite o persino i denti dell'operatrice.

Barstow (1999) riporta, inoltre, che la ferita viene trattata talvolta applicando erbe locali o anche miscele contenenti sterco di vacca.

Un ulteriore critica che emerge nell'analisi delle MGF è il fenomeno della medicalizzazione, ovvero il coinvolgimento di personale sanitario qualificato (medici, infermieri o ostetriche) nell'esecuzione di tali pratiche, inclusa la re-infibulazione, indipendentemente dal setting operativo, sia esso pubblico o privato (WHO, 2018). Negli ultimi anni, infatti, si è registrato un aumento drastico della medicalizzazione: si stima che circa 16 milioni di donne, pari al 21% della popolazione globale interessata dal fenomeno, abbiano subito l'intervento per mano di professionisti della salute. Ne è un esempio l'Egitto, in cui si ritiene che tale percentuale abbia raggiunto il 78,4% (Shell-Duncan, 2018; WHO, 2018). Sotto il profilo etico, la medicalizzazione viene spesso giustificata da alcuni attori locali come un modo per ridurre il danno, basata sulla convinzione che l'uso di anestesia, strumenti sterili e ambienti igienici possa ridurre le complicazioni come emorragie o shock (WHO, 2018).

Tuttavia, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, insieme ad altre associazioni internazionali mediche, si oppongono a questa visione poiché sostengono che essa viola il principio fondamentale del non nuocere l'altro (WHO, 2018). Viene sottolineato dalle fonti, infatti, come la medicalizzazione non elimini i rischi fisici e psicologici a lungo termine, ma al contrario serva a legittimare e perpetuare una violazione dei diritti umani, rendendola semplicemente socialmente più accettabile (Shell-Duncan, 2018; WHO, 2018). La medicalizzazione, infine, è un punto cruciale anche in quanto, essendo svolta da un professionista su tessuti sani, sfuma i confini tra la mutilazione tradizionale e la chirurgia estetica genitale (FGCS), rendendo, dunque, la distinzione tra le due pratiche basata più su fenomeni sociopolitici e motivazionali che su differenze tecniche o anatomiche (Metaxas et al., 2025; Shahvisi & Earp, 2019).

2.2. La distribuzione geopolitica

Sebbene l'origine delle mutilazioni genitali femminili sia incerta, le testimonianze archeologiche egizie ne confermano la presenza da oltre 5000 anni, evidenziando come tale fenomeno sia radicato in diverse culture fin dall'antichità (Elchalal et al., 1997). Risulta fondamentale evidenziare come queste pratiche non siano ascrivibili a una specifica fede religiosa, bensì precedono la nascita delle grandi religioni monoteiste e sono state osservate nel tempo tra popolazioni musulmane, ebrei e cristiane (Morris, 1999).

Il controllo del corpo e della sessualità femminile, come già in parte approfondito, ha assunto diverse forme, a partire dall'antica Roma, dove alle schiave venivano talvolta applicati anelli metallici attraverso le piccole labbra per impedirne la procreazione (Whitehorn et al., 2002). Si ritiene importante, a tal proposito, evidenziare come, contrariamente alla percezione contemporanea che tende a etichettare le MGF come un fenomeno esclusivamente limitato al Sud del mondo, la storia medica occidentale riveli che nel XIX secolo la clitoridectomia fosse una procedura chirurgica riconosciuta e praticata regolarmente nel Regno Unito e negli Stati Uniti (Whitehorn et al., 2002). In questo contesto, l'asportazione del clitoride veniva prescritta per trattare patologie quali l'epilessia, ma soprattutto per reprimere la masturbazione femminile, conferendo a questa pratica un ruolo di cura rispetto a ciò che la morale non era riuscita a prevenire (Whitehorn et al., 2002). Solo nel corso del XX secolo, sotto l'impulso di organizzazioni internazionali come l'OMS e Amnesty International, il dibattito internazionale ha subito un cambiamento di prospettiva, riclassificando le MGF come una grave violazione dei diritti umani e adottando quadri legislativi volti alla loro abolizione e criminalizzazione (Whitehorn et al., 2002).

Attualmente le mutilazioni genitali femminili rappresentano una realtà globale che interessa oltre 230 milioni di donne e ragazze, con un aumento del 15%, rispetto alle ricerche svolte otto anni prima (United Nation Children's Fund [UNICEF], 2024). Questa distribuzione geografica presenta una concentrazione disomogenea su scala globale, con la quota più rilevante nel continente africano (144 milioni di casi), seguito dall'area asiatica (oltre 80 milioni) e dal quadrante meridionale (più di 6 milioni). A questo quadro si affianca la persistenza della pratica all'interno di comunità isolate e tra le popolazioni della diaspora, che contribuiscono a mantenere la problematica attuale (UNICEF, 2024). Analizzando il dato nel dettaglio, la mappatura epidemiologica evidenzia un'ulteriore asimmetria tra i trenta paesi africani in cui la pratica è radicata, mostrando un quadro fortemente polarizzato. A fronte di contesti in cui la prevalenza si attesta su livelli marginali (circa il 5%), dunque, si contrappongono realtà drammatiche come quelle in Somalia (99%), Guinea (95%), Sudan and Egitto (87%) (UNICEF, 2024).

Il fenomeno della diaspora ha trasformato le MGF in una questione di salute pubblica che interessa direttamente i sistemi sanitari e legali dei paesi occidentali. A causa dei flussi migratori dalle regioni ad alta prevalenza verso l'Europa, il Nord America e l'Australia, i professionisti si trovano sempre più spesso a gestire, in un contesto di differenze culturali e di identità sociale, pazienti che hanno subito o che sono a rischio di subire tali procedure (Paslakis et al., 2020; Shahvisi & Earp, 2019; Whitehorn, 2002).

2.3 Determinanti socioculturali

Comprendere le mutilazioni genitali femminili richiede di analizzare l'intreccio tra le pressioni sociali e costruzioni identitarie all'interno delle comunità praticanti. Nonostante la comunità internazionale classifichi questi interventi come una violazione dei diritti fondamentali, oltre che una forma di violenza di genere, per i gruppi che le adottano esse rappresentano spesso un elemento essenziale per il mantenimento dell'ordine sociale, ma soprattutto per l'integrazione del singolo. (Shahvisi & Earp, 2019; Whitehorn et al., 2002; WHO, 2018). Dall'analisi della letteratura, in particolare, emergono diversi pilastri fondamentali che raggruppano le principali determinanti socioculturali (Whitehorn et al., 2002; WHO, 2018).

In primo luogo, si ritiene importante sottolineare come nelle comunità in cui le mutilazioni genitali femminili sono radicate, questa pratica non venga percepita come un atto di violenza, ma come l'elemento cardine di un rito di passaggio fondamentale che segna la transizione ufficiale dall'infanzia all'età adulta (Whitehorn et al, 2002; WHO, 2018). Questo rito, dunque, funge da pilastro socioculturale, in quanto conferisce alla giovane donna lo status di "vera donna" e membro legittimo della comunità; oltre ad attribuire l'identità di adulta, il rito assicura la legittimità necessaria per essere integrata nella rete sociale, garantendo l'approvazione dei pari e il rispetto da parte dei membri più anziani. In questo contesto, pertanto, l'intervento non è solo una transizione individuale, ma un meccanismo di stabilità per l'intera società, senza il quale la donna è percepita come incompleta o non conformata secondo i canoni della sua cultura e, dunque, rischia di non essere considerata pronta per le responsabilità della vita adulta (Paslakis et al., 2020; Shahvisi & Earp, 2019; WHO, 2018)).

L'adesione a questa pratica costituisce un'importante convenzione sociale poiché determina l'accettazione dell'individuo all'interno del gruppo, mentre il rifiuto di questa norma porta al rischio di esclusione, molestie e condanna pubblica; in contesti in cui tale pratica è universale, la donna che si sottrae rischia di diventare un' emarginata, subendo uno stigma che viene, in alcuni casi, percepito come una ferita più profonda e invalidante dello stesso trauma fisico, a maggior ragione in contesti dove la figura femminile è spesso esclusa (Whitehorn et al, 2002; WHO, 2018). Per quest'ultimo motivo, dunque, in alcune culture l'evento viene addirittura "romanticizzato" dalle donne stesse, le quali vi si aggrappano come a un momento di affermazione personale e di riconoscimento del proprio valore sociale, in quanto esso rappresenta ai loro occhi una rara opportunità per celebrare pubblicamente la figura della donna (Whitehorn et al., 2002). A tal proposito, Whitehorn et al. (2002) mostrano

la pervasività di tale dinamica riportando dati relativi a un campione di 282 studentesse infermiere in Egitto. Dai risultati emerge che di queste oltre il 60% ritiene la pratica benefica e sostiene la prosecuzione di questa per le proprie figlie (Dandash et al., 2001).

Un aspetto cruciale in questa dinamica risiede nel ruolo attivo delle donne nella perpetuazione della pratica. In quasi tutte le culture interessate, infatti, le mutilazioni sono organizzate ed eseguite esclusivamente da donne (madri, nonne o tagliatrici tradizionali), su bambine di età compresa tra i due e i dodici anni mentre gli uomini spesso sono formalmente esclusi dal rituale (Barstow, 1999; Shahvisi & Earp, 2019). Gestire questi rituali rappresenta, per molte donne in età avanzata, una delle poche opportunità di esercitare autorità, potere decisionale e visibilità sociale (Whitehorn et al., 2002).

L'evento è spesso inserito in un quadro rituale complesso, accompagnato da cerimonie elaborate e festeggiamenti che coinvolgono l'intera comunità (WHO, 2018). In tale prospettiva, alcuni autori sostengono che l'esperienza del dolore sia un mezzo necessario al fine di creare un forte senso di parentela e sorellanza tra le coetanee, in particolare per chi affronta il rito insieme (Whitehorn et al., 2002). Dal punto di vista simbolico, l'operazione ha come obiettivo di plasmare il corpo secondo rigidi ideali estetici e di femminilità, poiché in molte culture i genitali integri sono percepiti come sporchi, maschili o brutti (Whitehorn et al., 2002; WHO, 2018). Il clitoride, in particolare, è talvolta visto come un organo simile al pene e la sua rimozione viene intesa come un atto di rifinitura estetica, una garanzia di purezza e virtù, essenziali per mantenere alta la dignità della famiglia (Whitehorn et al., 2002; WHO, 2018).

In questo scenario è importante sottolineare come la pressione genitoriale non origini da un intento lesivo, ma proprio da questa esigenza di operare nel migliore interesse sociale ed economico (Shahvisi & Earp, 2019; WHO, 2018). Anche il concetto di igiene e pulizia gioca un ruolo centrale, in quanto viene esplicitato nelle fonti che l'igiene della vulva non sia solo una questione fisica, ma che sia spesso associata alla purezza spirituale, rendendo, di conseguenza, la vulva modificata un requisito essenziale di bellezza e decoro (Whitehorn et al., 2002; WHO, 2018).

La determinazione socioculturale è, infine, legata intrinsecamente anche al controllo della sessualità femminile e alla protezione dell'onore familiare (Earp, 2014; Whitehorn et al., 2002). All'interno delle comunità praticanti, infatti, l'intervento porta con sé la convinzione che esso garantisca la verginità prematrimoniale e la fedeltà coniugale, agendo anche come strumento per calmare la libido femminile, considerata eccessiva e incontrollabile nelle donne

non tagliate (Shahvisi & Earp, 2019; Whitehorn et al., 2002). Questa visione della sessualità è spesso alimentata da miti e ansie profonde, come l'idea comune ad alcune culture secondo cui il clitoride, se non rimosso, possa raggiungere le dimensioni di un pene continuando a crescere, oppure la credenza che le MGF possano prevenire l'omosessualità (Whitehorn et al., 2002; WHO, 2018).

Nelle società praticanti, infine, esiste spesso l'aspettativa che gli uomini sposino solo chi ha completato il rito, rendendo le MGF una convenzione sociale, una protezione necessaria per garantire alla figlia la sicurezza sociale ed economica che deriva dall'unione coniugale (WHO, 2018). La pressione genitoriale già vista in precedenza, dunque, nasce dall'esigenza di proteggere la prole dallo stigma, dalle molestie e dal ridicolo della comunità, che potrebbe vedere in una donna non mutilata un soggetto indegno (Nuzzo, 2023).

La visione appena descritta crea una profonda tensione con le norme internazionali sui diritti umani, in quanto, se da un lato la legge globale considera la giovane come una minore da tutelare, dall'altro è proprio l'atto stesso della mutilazione a conferire lo status di adulto all'interno della comunità di cui lei intende fare parte (basti pensare al fatto che in queste culture il confine tra "bambina" e "donna" è stabilito dal completamento della procedura e non dall'età anagrafica). A tal proposito, dunque, per superare questa dicotomia, alcune strategie di intervento promuovono oggi i riti di passaggio alternativi, ovvero pratiche che mirano a conservare la dimensione cerimoniale, i festeggiamenti e l'educazione ai valori della femminilità e dell'età adulta, eliminando l'asportazione fisica dei tessuti. Essi si basano sull'idea che ci siano molte culture che, pur utilizzando riti di passaggio per segnare l'ingresso nell'età adulta delle ragazze, non praticano le MGF; questi dimostrano, dunque, che l'integrazione sociale non dipende necessariamente dalla mutilazione, ma può essere raggiunta attraverso modelli cerimoniali alternativi.

2.4. Correlati clinici e psicopatologici

Le conseguenze delle mutilazioni genitali femminili sulla salute delle donne sono di estrema gravità e si manifestano attraverso un ampio spettro di complicazioni cliniche e psicopatologiche, che possono anche persistere per tutta la durata della vita (Whitehorn et al., 2002; WHO, 2018).

Dal punto di vista clinico l'intervento, poiché spesso viene condotto in condizioni igieniche precarie, espone la paziente a sofferenze estreme, emorragie gravi, shock emorragico, setticemia, infezioni e ritenzione urinaria acuta (WHO, 2018). A lungo termine

le giovani sopravvissute affrontano ripercussioni ostetriche come la possibile formazione di cheloidi, cisti del clitoride, oltre a frequenti infezioni del tratto urinario e dell'apparato riproduttivo e gravi difficoltà mestruali come conseguenza all'ostruzione dell'orifizio vaginale (Paslakis et al., 2020; WHO, 2018). Per quanto riguardano i rischi ostetrici, questi sono considerati particolarmente critici sia per la donna in sé che per il neonato in quanto, le femmine mutilate, specialmente quelle che hanno subito l'infibulazione (Tipo III), presentano tassi più elevati di emorragie post – partum, parto cesareo, lacerazioni ostetriche e travagli prolungati e le conseguenze nei neonati, altrettanto pericolose, includono morte neonatale precoce, asfissia e necessità di rianimazione alla nascita (Paslakis et al., 2020; WHO, 2018).

Sul piano della salute sessuale, la rimozione di tessuti molto innervati compromette in modo drastico la risposta fisiologica, portando con sé dispareunia, ovvero dolore di varia natura durante il rapporto, riduzione del desiderio (45%), diminuzione del piacere (49%) e anorgasmia (60,5%) (Whitehorn et al., 2002; WHO, 2018). Tuttavia, questa prospettiva strettamente medica necessita di essere integrata con la cosiddetta “Teoria dell'Iceberg”, indispensabile anche per smentire le false credenze che circondano la sessualità delle donne (Shahvisi & Earp, 2019). Sebbene le procedure di MGF colpiscano le parti esterne visibili, le scoperte anatomiche individuano come circa il 90% del clitoride sia interno, in particolare la porzione che comprende i tessuti erettili essenziali per l'orgasmo, rimanendo dunque integro in quasi tutte le forme di mutilazione (Shahvisi & Earp, 2019; WHO, 2018). Ciò spiega perché un'alta percentuale di donne (secondo alcuni studi tra l'86% e il 90,5%) riferisca di essere in grado di raggiungere l'orgasmo, delineando anche come il piacere non sia solo una funzione meccanica legata al tessuto esterno, ma un processo che coinvolge tutto il complesso anatomico (Shahvisi & Earp, 2019; WHO, 2018).

Il benessere sessuale, però, è anche spesso minacciato da barriere psicosessuali e da un'immagine di sé negativa, poiché molte donne a seguito della mutilazione si sentono incomplete, oppure ritengono di essere brutte; questo disagio genera sentimenti di vergogna e imbarazzo (Whitehorn et al., 2002; WHO, 2018). Dall'altro lato, invece, alcuni contesti tendono a normalizzare le difficoltà sessuali, poiché condivise dalla comunità (WHO, 2018).

Sul piano interpersonale, infine, le complicazioni fisiche individuate precedentemente possono portare anche alla distruzione della reciprocità relazionale. Queste rischiano, infatti, di ridurre la donna a un mero oggetto masturbatorio per il partner, privando entrambi di una profonda intimità emotiva; le situazioni più estreme, inoltre, possono arrivare al punto di

rendere la penetrazione impossibile, causando ansia e tensioni nel matrimonio (Logmans, A. et al., 2006).

Tutte queste disfunzioni e anomalie alimentano un circolo vizioso di ansia e stress che predispongono l'individuo a un'ampia serie di disturbi psicopatologici. Tra questi si riscontra con particolare frequenza il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), che si manifesta principalmente con iperallerta, incubi, flashback intrusivi e tentativi di evitamento di stimoli legati al trauma, come rapporti sessuali o visite ginecologiche (Behrendt & Moritz, 2005; WHO, 2018). In riferimento a questa condizione risulta di notevole interesse lo studio condotto da Behrendt e Moritz (2005), che, oltre ad aver documentato una prevalenza di PTSD pari al 30,4% delle 23 donne senegalesi circoncise, a fronte di un'assenza totale nel gruppo di controllo composto da 24 donne senegalesi non mutilate, ha evidenziato una correlazione significativa tra il disturbo e la presenza di deficit a carico della memoria dichiarativa. Secondo gli autori tale compromissione cognitiva non è riconducibile direttamente all'atto chirurgico in sé, ma piuttosto alla gravità del trauma post-traumatico sviluppato, che spesso è portatore di esperienze intrusive persistenti legate alla drammaticità dell'intervento (Behrendt & Moritz, 2005).

Oltre al PTSD sono comuni tra le donne circoncise disturbi come la depressione grave, irritabilità, disturbi d'ansia, disturbi del sonno, pensieri paranoici, e tendenze ossessivo-compulsive (Whitehorn et al., 2002; WHO, 2018). È stato inoltre individuato come, essendo la pratica sovente eseguita da una figura femminile della comunità o da un familiare, molte donne provino un senso di tradimento verso persone a cui erano emotivamente legate (Whitehorn et al.).

La portata invalidante delle MGF si estende inoltre, come evidenziato da Lightfoot-Klein (1993), persino oltre il danno psicopatologico diretto, causando spesso dolore cronico e limitazioni fisiche che aumentano a loro volta il rischio di depressione e di suicidio. Questa condizione viene aggravata da barriere strutturali e di genere, in quanto l'accesso a servizi di assistenza medica in alcune culture è vincolato al permesso dei familiari maschi, che possono anche imporre la propria presenza durante le visite. Tale controllo ostacola la cura medica, impedendo alla donna di parlare liberamente delle proprie difficoltà emotive e rendendo il percorso di recupero complesso e isolante (Lightfoot-Klein, 1993).

Capitolo 3. La chirurgia cosmetica genitale femminile

La chirurgia estetica genitale femminile (FGCS), definita anche come procedure cosmetiche genitali femminili (FGCP), comprende un insieme molto vasto di interventi chirurgici finalizzati a modificare sotto il profilo estetico o strutturale la vulva o la vagina sane, generalmente in assenza di condizioni patologiche accertate, e pertanto, al di fuori di un preciso protocollo o indicazione medica (Azmoode et al., 2024; Metaxas et al., 2025; Simonis et al., 2016).

Negli ultimi decenni queste pratiche hanno registrato un'impennata di popolarità senza precedenti nei paesi occidentali, con incrementi statistici che superano il 200% in alcuni contesti, trasformandosi da una tendenza passeggera a un mercato in continua espansione (Azmoode et al., 2024; Metaxas et al., 2025). L'evoluzione di questa tendenza è strettamente legata alla diffusione di nuovi canoni di bellezza dell'apparato genitale femminile, standard ampiamente diffusi attraverso i media e la pornografia online, che condizionano la percezione corporea femminile (Barbara et al., 2015; Metaxas et al., 2025). Nonostante la FGCS si presenti come una libera scelta individuale volta al miglioramento della qualità della vita sessuale, essa, dunque, nasconde complesse questioni etiche, cliniche e legali (Metaxas et al., 2025; Shahvisi, 2021).

3.1 Classificazione clinica e procedure operative

Per poter svolgere un'analisi dettagliata delle tipologie di procedure che rientrano nell'ampio spettro delle operazioni cosmetiche genitali femminili, è necessario sottolineare la grande eterogeneità degli interventi che compongono tale categoria, i quali spaziano da pratiche mininvasive a rimodellamenti chirurgici. Quest'ultimi sono tutti accomunati da un unico obiettivo dichiarato: il miglioramento dell'aspetto estetico o, in alcuni casi, della funzione sessuale percepita. Di seguito vengono riportate le principali tipologie di intervento che rientrano in questo ambito.

- **Labiaplastica (riduzione delle piccole labbra):** questa è la procedura più comune e consiste nella riduzione delle dimensioni o nel rimodellamento delle piccole labbra (labia minora) e meno comunemente delle grandi labbra (labia majora) (Metaxas et

al., 2025; Simonis et al., 2016). Solitamente viene seguito l'ideale estetico della cosiddetta "Barbie vulva", ovvero viene richiesta una ridefinizione vulvare che sia caratterizzata dalle piccole labbra che non protrudono oltre le grandi labbra (Alinsod, 2010; Braun, 2010).

- **Riduzione del cappuccio clitorideo (Hoodectomy):** questa tecnica mira a ridurre il tessuto del prepuzio clitorideo al fine di aumentare l'esposizione del glande del clitoride e spesso viene eseguita in combinazione con la labiaplastica al fine di mantenere una proporzione armoniosa della vulva (Johnsdotter & Essén, 2010; Metaxas et al., 2025).
- **Vaginoplastica e ringiovanimento vaginale:** procedure che intervengono direttamente sul canale vaginale, spesso richieste dalle pazienti che hanno subito un parto naturale per contrastare la sensazione di perdita di tono vaginale. In particolare:
 - **Vaginoplastica:** ha come fine di restringere il canale vaginale e l'orifizio vulvare (Braun, 2010).
 - **Laser "rejuvenation":** utilizzo di tecnologie laser per indurre la contrazione dei tessuti vaginali. Le prove di efficacia clinica a lungo termine, tuttavia, sono scarse (Azmodé et al., 2024; Braun, 2010).
 - **Imenoplastica (re.virgination):** consiste nella ricostruzione dei resti dell'imene al fine di simulare lo stato virginale. Nello specifico questa procedura prevede la rimozione dello strato epiteliale dai residui imenali, seguita da una sutura circolare. In caso di carenza di tessuto, la ricostruzione può essere integrata con l'utilizzo di un lembo della parete vaginale posteriore (Logmans et al., 2006).

Oltre a queste pratiche principali, il panorama della chirurgia genitale femminile comprende una serie di interventi meno frequenti o complementari, cioè eseguiti spesso in combinazione con altri interventi principali per mantenere le proporzioni estetiche. Tra queste, dunque, possiamo trovare l'amplificazione del punto G, che consiste in un'iniezione di collagene o altri materiali nella parete vaginale anteriore per aumentare la sensibilità sessuale (Braun, 2010; Mowat et al., 2015; Simonis et al., 2016), oppure anche l'aumento delle grandi labbra, cioè un'iniezione di grasso che serve a rendere le labbra esterne più turgide e giovanili (Simonis et al., 2016). In aggiunta a queste pratiche possiamo anche trovare la liposuzione del Monte di Venere, che consiste nella rimozione del tessuto adiposo sopra l'osso pubico (Simonis et al., 2016).

Generalmente le procedure sono eseguite da ginecologi, ostetrici e chirurghi plastici, nonché in alcuni casi da urologi e altri specialisti in base alle normative locali relative a chi può eseguire interventi chirurgici (Simonis et al., 2016). Confrontando le fonti, risulta importante ribadire la distinzione tra FGCS e procedure simili dalle indicazioni mediche chiare, come, appunto, la vaginoplastica medica, eseguita per trattare prolapsi genitali, incontinenza urinaria e altri tipi di patologie, oppure vari tipi di chirurgia post-traumatica, ovvero interventi necessari a seguito di lacerazioni perineali da parto o incidenti fisici (Barbara et al. 2015; Metaxas et al. 2025).

3.2. La distribuzione geopolitica delle FGCS

La chirurgia estetica genitale femminile si è evoluta rapidamente da fenomeno di nicchia a mercato transnazionale, in quanto, infatti, nonostante queste pratiche siano storicamente radicate nei paesi occidentali e industrializzati, come Nord America, Australia e Europa, i dati recenti mostrano una grandissima espansione globale, che sta ridisegnando i confini tra chirurgia estetica e pratiche tradizionali (Chen, 2022; Shahvisi, 2021; Shahvisi & Earp, 2019).

Per quanto riguarda le società occidentali, dunque, la domanda di interventi come la labiaplastica è cresciuto in modo esponenziale nell'ultimo decennio. Negli Stati Uniti, in particolare, la procedura è passata dall'essere una curiosità medica a un intervento di routine, con un incremento del 217,3 % delle richieste tra il 2014 e il 2019, confermando la tendenza già evidente da 2013, anno in cui la labiaplastica è stata individuata come la quarta procedura chirurgia estetica più frequente, con una crescita del 44% in soli dodici mesi (American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2014; Metaxas et al., 2025).

Una dinamica simile si riscontra nel Regno Unito, i cui dati indicano che il numero di labiaplastiche sia quintuplicato tra il 2001 e il 2010 (British Association of Aesthetic Plastic Surgeons, n.d), e in Australia, in cui le statistiche riportano un aumento del 140% delle vulvoplastiche tra il 2001 e il 2013, mentre stime indipendenti suggeriscono che il numero complessivo di labiaplastiche sia triplicato nel decennio 2003-2013 (Australian Government Department of Human Service, 2014). A livello globale, dunque, la labiaplastica ha raggiunto circa 194.086 procedure nel 2023, con un incremento globale del 46,3% su base quinquennale (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2023).

Al giorno d'oggi, però, come precedentemente individuato, il fenomeno non è più limitato al blocco occidentale, in quanto le fonti confermano incrementi significativi in

Europa dell'Est, America Centrale e Asia, oltre che in Turchia e Arabia Saudita (Azroude et al., 2024). Un fenomeno geopolitico rilevante che ha favorito l'incremento di questi dati è la medicalizzazione della chirurgia genitale in contesti in cui erano tradizionalmente diffuse le mutilazioni, individuabile, per esempio, in paesi come l'Egitto, in cui negli ultimi anni si osserva una tendenza dei professionisti sanitari a ridefinire interventi su tessuti labiali come il perfezionamento estetico o la rifinitura. In questo modo la chirurgia genitale penetra nelle nuove classi sociali urbane venendo percepita come una pratica moderna e cosmetica piuttosto che tradizionale (Metaxas et al., 2025; Shahvisi, 2021).

La distribuzione delle FGCS appena individuata è, inoltre, influenzata dai movimenti di migliaia di donne provenienti da paesi ad alta prevalenza di MGF, in particolar modo in Europa (ad esempio, circa 57.000 in Italia nel 2010) (Buggio et al., 2019). All'interno di queste comunità della diaspora, si osserva, dunque, un interesse crescente per la FGCS, sia come forma di adeguamento ai nuovi standard estetici occidentali, sia come richiesta di chirurgia ricostruttiva per riparare i danni di precedenti mutilazioni (Metaxas et al., 2025).

3.3. Le determinanti socioculturali che alimentano la domanda delle FGCS

L'esplosione della domanda di FGCS non può essere compresa come un fenomeno puramente medico, ma quanto più come risposta a una complessa rete di pressioni socioculturali, influenze mediatiche e dinamiche di mercato che hanno ridefinito la percezione del corpo femminile e dei suoi standard anatomici (Braun, 2010; Johnsdotter & Essén, 2010). Queste variabili traducono, di conseguenza, nella costruzione sociale di un nuovo bisogno estetico applicato a tessuti genitali in realtà sani e funzionali (Braun, 2010; Plowman, 2010).

In primo luogo, uno dei principali motori di questo fenomeno è la ormai costante esposizione a contenuti pornografici digitali, oltre che dalla circolazione di immagini virtuali manipolate, che promuovono un canone estetico caratterizzato da uniformità (Barbara et al., 2015). Questa rappresentazione mediatica ha favorito la nascita del concetto di “designer vagina” o “Barbie vulva”, ovvero una vulva idealizzata, definita ordinata, in cui le piccole labbra sono minimali o addirittura del tutto invisibili che, cioè, non devono risultare prominenti oltre le grandi labbra (Barbara et al., 2015; Metaxas, 2025; Shahvisi & Earp, 2019). Come evidenziato da Barbara et al. (2015), diversi studi confermano che l'esposizione costante a queste rappresentazioni pornografiche alterate sia ciò che favorisce lo sviluppo di

concezioni irrealistiche di “normalità” anatomica e che porta le donne a ignorare l’ampia variabilità fisiologica dei genitali esterni femminili e anzi, a percepire qualsiasi variante naturale come un difetto o una patologia da correggere (Chen, 2022).

A questo proposito, la ricerca accademica ha documentato l’assenza di un unico modello di “normalità”, evidenziando, invece, una vastissima variabilità naturale nelle forme e nelle dimensioni vulvari. Lo studio di Lloyd et al, (2005), in particolare, ha confermato tale diversità in donne sane, mostrando che le dimensioni delle piccole labbra possono superare i 5 cm senza essere sintomo di alcuna patologia e che non vi è alcuna correlazione significativa tra misure e fattori come l’etnia o la parità. Nonostante questa evidenza, esiste un vuoto informativo importante, poiché le descrizioni accurate della vulva e le immagini della sua diversità fisiologica risultano estremamente scarse anche nei testi accademici di riferimento. (Azmoode et al., 2024). In questo scenario, un elemento centrale è rappresentato dalla patologizzazione della diversità tramite l’adozione di termini medici quale, per esempio, “ipertrofia labiale”, definizioni spesso arbitrarie e prive di una solida base di evidenza scientifica (Braun, 2010; Metaxas et al., 2025). In questo modo il linguaggio del marketing chirurgico trasforma una caratteristica naturale in una condizione clinica, utilizzando una terminologia che sottolinea la necessità di correggere tessuti che sono, in realtà, sani e funzionali (Braun, 2010).

Il ruolo dei professionisti, inoltre, appare altrettanto critico, poiché molti medici di base riferiscono una significativa incertezza nella valutazione della normalità dei genitali, spesso a causa di una formazione accademica carente (Azmoode et al., 2024; Simonis et al., 2016). Fortunatamente è stato al contempo osservato che, laddove i medici forniscono un’adeguata consulenza sullo spettro della differenza anatomica, una percentuale che arriva fino all’87% delle pazienti rinuncia alla richiesta di intervento (Braun, 2010; Metaxas et al., 2025).

Il boom della FGCS risulta, in aggiunta, indissolubilmente legato alla commercializzazione della chirurgia estetica, in cui i medici assumono il ruolo di promotori di prodotti e le pazienti quello di consumatrici. Queste procedure vengono pubblicizzate con termini privi di validazione scientifica, come nel caso della nomenclatura coniata negli Stati Uniti “ringiovanimento vaginale”, al fine di rendere l’intervento appetibile. Le campagne pubblicitarie, inoltre, tendono a minimizzare sistematicamente i rischi, esagerando, invece, i benefici psicofisici, presentando la chirurgia come una soluzione rapida e liberatoria dalle insicurezze personali (Braun, 2010).

Braun, però, pone i lettori di fronte al fatto che questo settore è caratterizzato da una grande carenza di dati empirici pubblicati. Nonostante l'intensa attività promozionale, infatti, manca una sistematica documentazione dei risultati e un resoconto dell'efficacia di queste tecniche, e anzi, al contrario, molti operatori scelgono di mantenere le proprie tecniche, spesso brevettate, in una sorta di riservatezza. In questo modo i dettagli tecnici e metodologici rimangono celati, ma queste pratiche continuano ad essere commercializzate e insegnate ad altri professionisti, sulla base di presupposti privi di validazione scientifica (Braun, 2010).

La decisione di sottoporsi a tali interventi, per di più, risulta profondamente influenzata dal contesto interpersonale, in quanto molti medici di base segnalano che le richieste sono motivate dai commenti dei partner sessuali o dalla pressione dei coetanei, spesso, nuovamente, a seguito delle influenze della pornografia (Barbara et al., 2015; Simonis et al., 2016). In alcuni studi, in aggiunta, una percentuale significativa di donne ha dichiarato che l'intervento era finalizzato a migliorare il piacere sessuale del partner piuttosto che il proprio, portando a una visione della chirurgia come strumento per conformarsi alle aspettative altrui e al sentirsi adeguate in un contesto relazionale dominato da standard estetici globalizzati (Shahvisi, 2021; Simonis et al., 2016).

Infine, la FGCS è alimentata da una visione meccanicistica e medicalizzata della sessualità, poiché, nonostante le industrie promuovano l'idea che il raggiungimento della soddisfazione sessuale debba passare necessariamente attraverso la conquista della vulva perfetta, non esistono prove scientifiche che dimostrino che pratiche come la riduzione dei tessuti e il restringimento vaginale portino a un reale miglioramento della funzione sessuale (Azroude et al., 2024; Barbara et al., 2015; Braun, 2010). Nonostante ciò, il marketing continua a ridurre disagi legati all'autostima a semplici problematiche fisiologiche suscettibili di risoluzione chirurgica, operando una rimozione della complessità psicologica e socioculturale intrinseca al benessere sessuale femminile (Barbara et al., 2015; Braun, 2010; Metaxas et al., 2025).

3.4. Correlati clinici e psicopatologici

Come già ampiamente evidenziato, la FGCS si distingue dalla chirurgia ricostruttiva ginecologica tradizionale poiché interviene su tessuti genitali anatomicamente sani e funzionali, privi di patologie fisiche rilevanti ed è, dunque, proprio questa caratteristica a rendere l'analisi dei rischi clinici e dei profili psicologici delle pazienti un passaggio

fondamentale. Le fonti indicano che queste procedure portano con sé un carico significativo di complicazioni fisiche e vulnerabilità mentali (Barbara et al., 2015; Metaxas et al., 2025).

Nonostante il marketing tenda a minimizzare i pericoli, il tasso di complicanze a seguito di interventi come la labiaplastica è stimato tra il 4% e il 18% (Boddy, 2020). Tra le complicanze immediate ritroviamo nella riapertura della ferita o della sutura la problematica più comune, mentre altri rischi frequenti possono includere ematomi, emorragie, cicatrici visibili, infezioni e necrosi (Braun, 2010; Metaxas et al., 2025). Per quanto riguardano i rischi a lungo termine, invece, le pazienti possono sviluppare asimmetrie residue e dolore cronico, oltre che dispareunia, ovvero il dolore durante il rapporto sessuale, che può derivare da processi di guarigione anomali, oppure da un'eccessiva rimozione di tessuto (come nel caso della deformazione del cappuccio clitorideo chiamata “small penis deformity”) (Barbara et al., 2015; Metaxas et al., 2025). Infine, poiché le piccole labbra sono riccamente innervate, la loro asportazione può interferire negativamente con la risposta sessuale e la sensibilità genitale (Azmoode et al., 2024).

Preso in considerazione il fatto che il ricorso alla chirurgia estetica genitale emerge spesso come tentativo di risanare un malessere profondo, si ritiene necessario svolgere un approfondimento sul profilo psicologico delle pazienti.

In primo luogo, le donne che richiedono la FGCS mostrano spesso una vulnerabilità psicologica superiore alla media, caratterizzata soprattutto dall'incapacità di accettare la naturale diversità anatomica del proprio corpo. Tale fragilità può configurarsi come un terreno fertile per lo sviluppo o l'aggravamento di diverse condizioni cliniche, tra cui il Disturbo di Dismorfismo Corporeo (BDD), disturbi d'ansia, difficoltà relazionali, depressione e disfunzioni sessuali preesistenti. Il Disturbo di Dismorfismo Corporeo, la condizione psicopatologica più frequente, si manifesta, secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione (DSM – 5) con una preoccupazione estrema per difetti fisici minimi o inesistenti, associato a pensieri intrusivi, distress persistente e comportamenti ripetitivi e in alcuni casi compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. Viene, inoltre sottolineata dalla medesima fonte, la ricerca di rassicurazione da parte degli altri e la richiesta, come del caso che si sta analizzando, di interventi di chirurgia estetica non necessari (American Psychiatric Association [APA], (2013). L'esordio del medesimo disturbo solitamente si verifica durante la prima adolescenza, con ossessioni costanti e deliranti focalizzate sul proprio aspetto esteriore, in quanto i giovani in quel periodo della loro vita

devono affrontare numerose sfide che comprendono l'immagine corporea, quali la costruzione di una propria identità e del concetto di sé (Barbara et al., 2015).

Studi clinici descritti nell'articolo di Barbara et al. (2015), hanno dimostrato che circa il 18-20% delle donne intenzionate a praticare una labiaplastica soddisfano i criteri diagnostici per il BDD. Nonostante tutto, però, è importante evidenziare che in questi casi la chirurgia estetica si rivela raramente risolutiva, tendendo spesso a peggiorare i sintomi del disturbo o a spostare l'ossessione su altre parti del corpo, poiché la natura del problema non è fisica, bensì psicosociale (Barbara et al., 2015). Una conferma di quanto appena detto emerge dai risultati delle indagini, che rilevano tassi significativi di comorbidità, con percentuali particolarmente elevate per i disturbi d'ansia (67%), le difficoltà relazionali (59%), la depressione (50%) e le disfunzioni sessuali pregresse (42%) (Simonis et al., 2016).

Questo tentativo di risoluzione chirurgica si scontra, tuttavia, con le strategie comunicative e di marketing della medicina estetica, che promuove la FGCS come un percorso verso la trasformazione sessuale, nonostante in realtà non ci sia alcuna prova scientifica a supporto dell'idea per cui l'intervento porti a un reale incremento della libido o della soddisfazione orgasmica (Barbara et al., 2015; Braun, 2010). Al contrario, le ricerche hanno dimostrato come queste pratiche rischino di danneggiare la complessa innervazione dei tessuti vulvari, compromettendo permanentemente la sensibilità (Azmoode et al., 2024; Braun, 2010). A livello estetico, inoltre, nonostante alcuni pazienti riportino un iniziale appagamento estetico, i dati a lungo termine mostrano una regressione di soddisfazione. È, infine, importante sottolineare rispetto alle conseguenze in ambito sessuale, come questa visione meccanicistica della sessualità, legata alla necessità di perfezionare la vulva per garantirne una migliore performance, porti la donna a ignorare la complessità dei fattori psicologici, relazionali e culturali che determinano il vero benessere sessuale (Barbara et al., 2015).

Un ulteriore fenomeno clinico di estrema rilevanza è rappresentato dalle pazienti che, nonostante l'adesione volontaria all'intervento, sviluppano successivamente un profondo sentimento di deturpazione, descrivendo la sensazione di mutilazione, di un corpo irreversibilmente danneggiato e un senso di tradimento verso sé stesse e verso il chirurgo (Metaxas et al., 2025). In alcune circostanze emerge anche che questo vissuto di rammarico è correlato a storie di traumi sessuali o abusi (Metaxas et al., 2025). In questi casi, la chirurgia genitale può agire come trigger che fa riaffiorare i traumi passati tramite flashback, incubi e

sintomi che richiamano il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) (Buggio et al., 2019; Metaxas et al., 2025).

Considerato quanto appena detto, si evince che un intervento psicoterapeutico, come sottolineato da Barbara et al. (2015), è sicuramente da raccomandare a tutte le donne che stanno prendendo in considerazione l'idea di svolgere una di queste pratiche, a maggior ragione con le giovani e anzi, al giorno d'oggi, data la complessità clinica, alcune società scientifiche internazionali hanno emesso linee guida che scoraggiano la FGCS in assenza di patologie fisiche, promuovendo piuttosto un approccio multidisciplinare (Barbara et al., 2015; Metaxas et al., 2025). Quest'ultimo richiede uno screening psicologico indipendente per escludere disturbi preesistenti, un counseling educativo sulla variabilità anatomica e un consenso informato rigoroso che chiarisca l'assenza di benefici sessuali provati e l'alto rischio di complicanze. (Barbara et al., 2015; Buggio et al., 2019; WHO, 2018).

Capitolo 4. Uno studio comparato tra MGF e FGCS

L'analisi della letteratura scientifica evidenzia una tensione emergente tra il punto di vista delle organizzazioni internazionali e la riflessione bioetica contemporanea riguardo alla classificazione delle modifiche genitali femminili. Un numero crescente di studi ha cominciato a effettuare una comparazione tra le pratiche di MGF e FGCS da diverse prospettive: ginecologica, sessuologica, psicologica, legale e morale. Per poter comprendere appieno il fenomeno, questo capitolo si pone l'obiettivo di svolgere un confronto esponendo le ipotesi contemporanee sostenute nella letteratura che mettono in discussione la posizione istituzionale predominante.

4.1. Una falsa dicotomia fisica e il potere del linguaggio

Secondo alcuni studiosi la distinzione tra mutilazioni genitali femminili e chirurgia estetica genitale femminile non risieda tanto in una differenza oggettiva delle procedure fisiche, quanto più nel modo in cui essere vengono categorizzate e percepite psicologicamente (Shahvisi & Earp, 2019; Shahvisi, 2021). Questo studio comparato di fonti dimostra, dunque, che la separazione tra “mutilazione” e chirurgia” è funzionale, piuttosto che scientifica, in quanto le realtà fisiche di questi atti tendono a sovrapporsi in modo considerevole (Shahvisi & Earp, 2019).

Dall'analisi delle fonti emerge, in primo luogo, che, basandosi sulla classificazione delle mutilazioni individuata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per ogni procedura chirurgica esiste una modifica equivalente praticata come FGCS nei contesti principalmente occidentali (Shahvisi & Earp, 2019). Questa sovrapposizione individuata da Shahvisi (2021) nel suo articolo mette in discussione il presupposto comune secondo cui la distinzione fisica tra le due procedure sia tale da giustificare una distinzione clinica e giuridica (Shahvisi & Earp, 2019).

In particolare, le convergenze tecniche tra le due pratiche, sintetizzate dall'autore precedentemente citato e da Earp (2019) in un'apposita tabella, sono le seguenti:

- **Alterazioni del clitoride (Tipo I):** le procedure di tipo 1a, ovvero la rimozione parziale o totale del cappuccio clitorideo e 1b, cioè la rimozione della parte esterna

del clitoride, oltre che del cappuccio stesso, trovano un corrispettivo nella scopertura del clitoride (clitoral unhooding), nel rimodellamento clitorideo e nella clitoridectomia o clitoroplastica. Queste pratiche sono spesso eseguite in occidente per migliorare l'aspetto e la sensibilità (Shahvisi, 2021).

- **Alterazioni delle labbra (Tipo II):** il tipo 2a, ovvero la rimozione parziale o totale delle piccole labbra è anatomicamente identica alla labiaplastica, la quale mira a ridurre le labbra interne in modo da non farle sporgere oltre quelle esterne, un risultato che in contesti non occidentali potrebbe essere categorizzato come escissione (Metaxas et al., 2025);
- **Alterazioni dell'apertura vaginale (Tipo III):** il restringimento dell'apertura vaginale o l'infibulazione sono due tecniche che hanno parallelismi con le procedure di ringiovanimento della vagina, del rassodamento vaginale o della ricostruzione dell'imene. Queste vengono praticate per ragioni estetiche, per conformarsi a ideali di verginità o per contrastare la perdita di tono vaginale (Metaxas et al., 2025).
- **Procedure varie (Tipo IV):** all'interno di questa categoria si trovano pratiche come il tatuaggio genitale, il piercing, la cauterizzazione, o ancora la liposuzione. In Occidente, a differenza di alcuni contesti in cui queste pratiche sono viste come dannose, il piercing genitale è considerato una vera e propria scelta estetica (Shahvisi, 2021).

La sovrapposizione fisica appena individuata suggerisce, dunque, che la distinzione tra le due pratiche non poggia su criteri clinici oggettivi, bensì sia attivamente costruita attraverso uno strategico e differenziato uso del linguaggio. È importante, a tal proposito, evidenziare come il linguaggio non sia mai neutro, ma che anzi il modo in cui viene nominato un fenomeno ne condiziona profondamente la valutazione morale e la percezione del rischio (Shahvisi, 2021). Mentre per le tecniche non occidentali si utilizza il termine “mutilazione”, che implica un'incisione intenzionale, per le procedure occidentali i chirurghi plastici tendono a preferire parole come “rifinitura” o “perfezionamento”. Ne consegue una descrizione delle MGF come uno strumento patriarcale di oppressione, contro l'idea delle FGCS come mezzo di empowerment ed emancipazione per la popolazione femminile e strumento per migliorare l'autostima (Chen, 2022; Metaxas, 2025). È proprio qui che si manifesta il fenomeno del rebranding medico, ovvero una strategia utilizzata dai chirurghi plastici, attraverso la quale

essi hanno rinominato procedure identiche a quelle rituali utilizzando un linguaggio neutro o positivo e rendendole in questo modo legalmente lecite nel contesto estetico (Metaxas et al., 2025). Il rebranding, in tal modo, agisce come una cornice linguistica entro cui costruire una specifica idea di normalità, spostando il focus della chirurgia all'adeguamento estetico (Simonis, 2015).

In questo contesto, come evidenziato nel capitolo precedentemente, la richiesta di FGCS non nasce da una libera scelta, ma è spesso il risultato di un'insoddisfazione genitale cronica indotta da rigidi standard estetici. (Shahvisi & Earp, 2019). Risulta, in particolare, significativa l'influenza dei media e della pornografia, che hanno imposto il modello della "Barbie vulva", che spinge molte donne a percepire i propri genitali sani come anomali o difettosi (Shahvisi & Earp, 2019; Simonis, 2015). Parallelamente, l'obbligo sociale invisibile fa sì che la presunta libera scelta occidentale venga messa a confronto con l'obbligo dei riti non occidentali. Entrambe le pratiche, secondo Shahvisi (2021) sono risposte a pressioni culturali che portano alla conformazione del corpo femminile a ideali di bellezza o di appartenenza che limitano l'autonomia di decisione. In questo modo, dunque, le MGF e le FGCS sono manifestazioni analoghe di un'imposizione sociale sul corpo femminile, la cui sola distinzione risiede nel modo in cui vengono usate le parole e le leggi, proteggendo, cioè l'autonomia della donna bianca occidentale individuandola come "agente razionale" e negando la capacità di consenso alla donna di colore, in quanto vista come vittima culturale (Metaxas et al., 2025; Shahvisi, 2021; Shahvisi & Earp, 2019).

4.2. La psicologia sociale del consenso

Dopo aver stabilito che la distinzione tra MGF e FGCS non risiede nella differenza fisica dei tessuti rimossi, questo secondo paragrafo sposta l'analisi dalla dimensione anatomica a quella sociale, indagando come, a livello psicosociale, i pregiudizi etnocentrici e legali influenzano la percezione della capacità di consenso (Shahvisi & Earp, 2019).

La visione istituzionale, espressa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e condivisa anche dalle legislazioni nazionali, si fonda sul principio di protezione assoluta dell'integrità corporea, individuando, dunque, nel consenso informato, un pilastro dell'etica medica (WHO, 2018). Tuttavia, nei confronti delle MGF le istituzioni adottano un approccio di "tolleranza zero", definendo la pratica come una violazione dei diritti umani, oltre che un atto di violenza, indipendentemente dal fatto che venga eseguita in contesti clinici o rituali (WHO, 2018). Legislazioni come quelle del Regno Unito e della Svizzera configurano le MGF come reato anche se praticate su donne adulte consenzienti, mentre la FGCS rimane

lecita persino su soggetti minorenni, data la presunta finalità terapeutica legata alla salute mentale (Shahvisi & Earp, 2019).

È proprio qui, però, che si manifesta il “doppio standard” individuato dalla letteratura, in quanto l'autonomia decisionale viene riconosciuta alle donne bianche, viste come soggetti capaci di scegliere per il proprio “empowerment”, mentre alle donne di colore viene negata questa capacità, riducendole a vittime passive della propria cultura (Shahvisi, 2021; Shahvisi & Earp, 2019). Questi approcci opposti verso la MGF e la FGCS, suggeriscono che il vero motore della distinzione legale sia il modo in cui le persone che praticano l'atto sono percepite socialmente (Shahvisi, 2021).

La letteratura evidenzia come la condizione della salute mentale sia stata strumentalizzata per proteggere l'industria dalla chirurgia estetica (Metaxas et al., 2025). I legislatori svizzeri, per esempio, hanno escluso le FGCS dalle restrizioni, poiché ritengono che essa risponda sempre a un bisogno psicologico di sollievo dal disagio, ma, al contempo, le stesse autorità negano che una donna migrante possa nutrire motivazioni psicologiche o estetiche analoghe per richiedere un intervento rituale. In questo secondo caso la richiesta della donna viene etichettata come esito di una sottomissione culturale (Metaxas et al., 2025; Shahvisi & Earp, 2019).

Questo approccio, però, ignora la complessità delle motivazioni sottostanti, poiché, infatti, in Occidente la pressione estetica esercitata dai media e dalla pornografia ha imposto, come già approfondito, un'anatomia prepuberale, commercializzando la chirurgia genitale come uno strumento di empowerment e miglioramento dell'autostima, ma rendendo l'intervento una risposta a una insoddisfazione corporea indotta socialmente (Shahvisi & Earp, 2019). Al contrario, la mutilazione genitale porta con sé l'idea di una convenzione sociale, necessaria per l'integrazione e per l'acquisizione dello status di adulta e che portano le famiglie a vedere la pratica come un perfezionamento volto a proteggere le figlie (Metaxas et al., 2025; Shahvisi & Earp, 2019).

In conclusione, questa distinzione tra “scelta” e “obbligo” si rivela una costruzione sociale instabile e la sfida di oggi, come suggerito sia da Shahvisi & Earp (2019) che nell'articolo di Metaxas et al. (2025), consiste proprio nel superare le categorizzazioni basate sulla nazionalità o sulla razza. Solo superando lo sguardo discriminatorio che divide le pratiche in base all'etnia sarà possibile proteggere realmente l'integrità fisica dei minori e l'autonomia degli adulti, indipendentemente dalla loro cultura di provenienza.

4.3. Il vissuto del trauma

Se, come emerso, la distinzione tra MGF e FGCS appare arbitraria e discriminatoria sul piano legislativo, l'analisi clinica conferma che tale separazione perde totalmente validità se ci si sposta sul piano dell'esperienza soggettiva (Earp, 2019; Metaxas et al., 2025; Shahvisi, 2021). Spostando l'indagine dal piano sociologico a quello clinico, emerge infatti una profonda discrepanza tra il modo in cui le istituzioni mediche categorizzano le modifiche genitali e quello che è il vissuto reale delle donne (Metaxas; 2019). Mentre il discorso istituzionale si focalizza solo sulla gravità del danno fisico delle MGF e sulla sicurezza delle FGCS, la letteratura più recente suggerisce che il trauma genitale sia un fenomeno trasversale, non sempre riconducibile a tali rigide etichette (Metaxas et al., 2025; Shahvisi; 2021).

L'obiettivo di questo terzo paragrafo, dunque è quello di indagare come il trauma e l'insoddisfazione corporea rappresentino uno dei punti di contatto principali tra le mutilazioni genitali e la chirurgia estetica genitale (Metaxas et al., 2025; Reman et al., 2023). Analizzando la letteratura, infatti, si riscontra come il danno psicologico sia determinato dal vissuto soggettivo di perdita di integrità, di violazione e pressione verso standard, imposti dall'esterno, indipendentemente dalla loro natura rituale o estetica (Shahvisi, 2021).

Riprendendo quanto già precedentemente analizzato, l'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) descrive le MGF come pratiche dannose e prive di benefici, confermando una correlazione significativa tra il trauma subito e l'insorgenza di gravi disturbi psichiatrici, come il Disturbo Post-Traumatico da Stress, la depressione e l'ansia (WHO, 2018). Solitamente la gravità della sintomatologia tende ad essere proporzionale all'invasività della pratica (Reman et al., 2023). Al contrario, nel contesto occidentale, la FGCS viene inquadrata dalle società di chirurgia plastica come un intervento sicuro ed efficace (Chen, 2022, Metaxas et al., 2025). L'American Society of Plastic Surgeons, per esempio, riporta tassi di soddisfazione fino al 90%, presentando la labiaplastica come uno strumento di empowerment e miglioramento di autostima (Chen, 2022, Metaxas et al., 2025).

La ricerca psicologica contemporanea, però, sfida questa dicotomia, evidenziando come la FGCS sia, in realtà, alimentata da un'angoscia sociale legata al modello della "Barbie vulva", che trasforma il corpo femminile in un oggetto da correggere, facendo vivere molte donne in un'insoddisfazione cronica che le spinge a percepire la chirurgia come unica via per rendere normale un corpo considerato difettoso (Metaxas et al., 2025; Shahvisi, 2021; Shahvisi & Earp, 2019). In questo senso, la letteratura evidenzia come la scelta di sottoporsi

a chirurgia sia una risposta a pressioni culturali non meno coercitive di quelle rituali (Shahvisi, 2021).

Il punto di rottura più significativo con il quadro istituzionale emerge dalle testimonianze cliniche di donne occidentali che, dopo la labiaplastica, riferiscono un vissuto “di mutilazione percepita” (Metaxas et al., 2025). Gli studi condotti presso centri specializzati, come gli Ospedali Universitari di Ginevra, testimoniano di pazienti che descrivono un senso di danno profondo, perdita di integrità e rimpianto, ovvero un vissuto identico a quello provato in contesti dove la MGF è tradizionale (Metaxas et al., 2025). Questa sofferenza è alimentata dalla consapevolezza di non aver fornito un consenso realmente informato, poiché c'è stata una banalizzazione dei rischi da parte del marketing medico (Metaxas et al., 2025).

In conclusione, l'esperienza clinica dimostra che anche di fronte al vissuto soggettivo delle pazienti, la distinzione tra mutilazione e chirurgia sfuma (Metaxas et al., 2025). Si deve, pertanto, superare i pregiudizi sociali, riconoscendo che questa pressione verso standard ideali, di qualsiasi natura essi siano, può produrre traumi e crisi dell'immagine corporea di pari intensità (Metaxas et al., 2025; Shahvisi, 2021). Il trauma genitale si rivela, dunque, un fenomeno trasversale che dipende dalla percezione della violazione della propria integrità e dal tradimento delle aspettative di benessere originarie (Metaxas et al., 2025).

4.4. Oltre il binomio MGF/FGCS

Da questo studio comparato della letteratura si nota con chiarezza come la distinzione tra mutilazioni genitali femminili e chirurgia estetica genitale femminile si fondi spesso su ragioni politiche e funzionali, che non hanno un reale riscontro in criteri clinici oggettivi (Shahvisi & Earp, 2019). La sfida contemporanea consiste nel superare questo binomio, tramite l'analisi di ogni intervento, che sia esso rituale o estetico, attraverso la capacità di fornire un consenso informato (Metaxas et al., 2025; Shahvisi, 2021).

La visione istituzionale corrente, guidata dall'OMS e dalle Nazioni Unite poggia sulla necessità di eliminare le MGF poiché catalogate come una violazione dei diritti umani e atti di violenza di genere (Chen, 2022; WHO, 2018). Il focus istituzionale è la protezione assoluta dei minori, intesi come soggetti incapaci legalmente di acconsentire a procedure che possono essere potenzialmente dannose, sottolineando che i genitori non devono avere il potere di autorizzare alcun tipo di modifiche genitali non necessarie (Earp & Sanders, 2023; WHO, 2018). Per le istituzioni, dunque, mantenere netta la distinzione tra mutilazione e chirurgia

rimane una mossa strategica al fine di garantire tutela legale contro le pratiche rituali (Metaxas et al., 2025; Shahvisi & Earp, 2019).

La letteratura bioetica, al contrario, sfida questa dicotomia, proponendo un modello neutrale rispetto alla razza, alla cultura o alla religione, finalizzato a superare questa categorizzazione (Metaxas et al., 2025; Shahvisi, 2021). La proposta, dunque, è quella di unire MGF e FGCS in un'unica valutazione basata sul consenso e, proprio perché la distinzione tra mutilazione e chirurgia sfuma di fronte al vissuto soggettivo, risulta necessaria una presa in carico multidisciplinare basata su un modello bio-psico-sociale (Buggio et al., 2019; Metaxas et al., 2025). Secondo la letteratura, dunque, per affrontare queste criticità, la medicina deve seguire tre pilastri di intervento.

In primo luogo, bisogna utilizzare lo screening delle vulnerabilità, che permette di andare oltre il colloquio psicologico standard, indagando la storia personale al fine di individuare un eventuale trauma psichico sottostante e non realmente risolvibile con l'intervento chirurgico (Metaxas et al. 2025). Il secondo pilastro è rappresentato dal counseling come strumento di de-patologizzazione, in quanto si ritiene necessario implementare un counseling educativo che ha come obiettivo di divulgare informazioni corrette sulla naturale variabilità anatomica attraverso anche l'utilizzo di strumenti visivi e divulgativi, per contrastare il mito della "Barbie vulva" e rassicurare le pazienti sulla normalità dei propri genitali (Metaxas et al., 2025). Infine, l'intervento deve comprendere anche un modello di cura multidisciplinare, che è caratterizzato da un supporto integrato tra medicina, psicologia e sessuologia e vede nella chirurgia costruttiva solo l'ultima opzione. (Buggio et al., 2019; Metaxas et al., 2025). L'obiettivo di questo ultimo pilastro è proprio quello di aiutare la donna a ricostruire un'immagine corporea positiva, riconoscendo che il benessere sessuale dipende da una percezione di sé integrata (Buggio et al., 2019; Metaxas et al., 2025).

In sintesi, la letteratura moderna invita a superare l'idea della "mutilazione come crimine culturale" in favore di una reale tutela dell'autonomia genitale e solo adottando una bioetica capace di applicare gli stessi standard di consenso a ogni corpo e di riconoscere l'impatto dei mandati culturali, sarà possibile offrire alle donne una protezione della propria salute psicofisica, che supera ogni discriminazione basata sull'etnia (Metaxas et al., 2025; Shahvisi, 2021).

Conclusioni

Il percorso intrapreso in questa tesi ha permesso di esaminare la complessità delle modificazioni genitali femminili, ambito in cui la distinzione tra tradizioni culturali e libera scelta estetica appare sempre meno netta. Attraverso una ricostruzione storica e antropologica, è emerso come il corpo femminile sia stato, nel corso dei secoli, terreno di scontro tra imposizioni morali, logiche di potere e modelli medici che hanno sempre cercato di regolare e controllare la sessualità delle donne.

Il confronto tra le posizioni istituzionali e le prospettive teoriche contemporanee ha rivelato un punto di incontro significativo. I risultati di questa ricerca, infatti, portano alla conclusione che, nonostante le differenze nel contesto d'origine, nelle motivazioni e nel linguaggio utilizzato per giustificare, sia le MGF che le FGCS condividono la matrice comune dell'imposizione di standard di conformità che limitano la soggettività e la naturalità del corpo femminile. La mutilazione, infatti, non risiede solo nell'atto fisico, ma nell'obbligo a conformarsi a modelli prefissati, che siano dettati da tradizioni antiche o dai moderni standard estetici e veicolati dai media.

Dal punto di vista psicologico, l'indagine ha mostrato che il disagio di chi desidera modificare il proprio corpo non è quasi mai una pura questione estetica, bensì spesso riflette un malessere più profondo, legato a vissuti di inadeguatezza o a una percezione distorta della propria immagine, alimentati da aspettative socioculturali che agiscono costantemente in modo pervasivo. La richiesta chirurgica, in tal senso, diviene un tentativo, spesso mero, di riparare un'identità che non si sente all'altezza delle aspettative sociali.

Alla luce di tali considerazioni, emerge l'importanza di un modello di cura multidisciplinare, capace di integrare il supporto medico, psicologico e sessuologico. Tale approccio è essenziale per superare la frammentazione della domanda estetica, in favore di una visione che riconosca la complessità intrinseca della persona; questa cooperazione professionale permette di andare oltre la mera validazione della richiesta chirurgica, promuovendo un intervento integrato volto a sostenere la paziente nella riappropriazione del proprio corpo.

Bibliografia

- Alinsod, R. M. (2010). Radiofrequency resurfacing and revision of deepithelialized labia minora labiaplasty: Review of literature and case study. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 9(4). <https://share.google/6kUGL3TictMGzZoll>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery. (2014). Plastic surgery statistics. <https://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics?sub=2014+Plastic+Surgery+Statistics>
- Australian Government Department of Human Services. (2014). Medicare item reports. https://medicarestatistics.humanservices.gov.au/statistics/mbs_item.html
- Azmoude, E., Ebrahimzadeh Zagami, S., Hooshmand, E., Taheri, E., & Jahani Shoorab, N. (2024). Female genital cosmetic procedures from the perspective of health practitioners: A systematic review of knowledge, attitude and practice studies. *BMC Women's Health*, 24(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39529074/>
- Barbara, G., Facchin, F., Meschia, M., & Vercellini, P. (2015). “The first cut is the deepest”: A psychological, sexological, and gynecological perspective on female genital cosmetic surgery. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 94(9), 915–920. <https://doi.org/10.1111/aogs.12660>
- Barstow, D. G. (1999). Female genital mutilation: The penultimate gender abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(6), 501–510. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10348385/>
- Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1000–1002. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.1000>
- Boddy, J. (2020). Re-thinking the zero tolerance approach to FGM/C: The debate around female genital cosmetic surgery. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 302–313. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11930-020-00293-1>
- Braun V. (2005). Origin of the World: Science and the Fiction of the Vagina. *BMJ*. 2005 Apr 23;330(7497):970. PMCID: PMC556357. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC556357/>

- Braun, V. (2010). Female genital cosmetic surgery: A critical review of current knowledge and contemporary debates. *Journal of Women's Health*, 19(7).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20509791/>
- British Association of Aesthetic Plastic Surgeons. (n.d.). Aesthetic genital surgery.
https://baaps.org.uk/patients/procedures/18/aesthetic_genital_surgery
- Brundage, J. A. (2008). Review of *The Medieval Chastity Belt: A Myth-Making Process*, by A. Classen. *Speculum*, 83(2), 411–413. <http://www.jstor.org/stable/20466225>
- Buggio, L., Facchin, F., Chiappa, L., Barbara, G., Brambilla, M., & Vercellini, P. (2019). Psychosexual consequences of female genital mutilation and the impact of reconstructive surgery: A narrative review. *Health Equity*, 3(1), 122–129.
<https://doi.org/10.1089/heq.2018.0036>
- Chen, S. (2022). Female genital mutilation and female genital cosmetic surgery. In *Proceedings of the 2021 International Conference on Social Development and Media Communication (SDMC 2021)* (Vol. 631). Atlantis Press.
- Classen, A (2007). *The Medieval Chastity Belt: A Myth-Making Process*. Palgrave Macmillan.
- Comba, E., & Amateis, M. (2020). *Le porte dell'anno: Cerimonie stagionali e mascherate animali*. Accademia University Press.
- Dandash, K. F., Refaat, A. H., & Eyada, M. (2001). Female genital mutilation: A descriptive study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27(5), 453–458.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11554206/>
- Earp, B. D. (2014). *Female genital mutilation (MGF) and male circumcision: Should there be a separate ethical discourse?* Practical Ethics. University of Oxford.
https://www.academia.edu/8817976/Female_genital_mutilation_MGF_and_male_circumcision_Should_there_be_a_separate_ethical_discourse
- Earp, B. D. (2019). *Mutilation or enhancement? What is morally at stake in body alterations*. Practical Ethics. University of Oxford.
<http://blog.practicaethics.ox.ac.uk/2019/12/mutilation-or-enhancement-what-is-morally-at-stake-in-body-alterations/>
- Earp, B. D., & Sanders, S. A. (2023). Child genital cutting and surgery across cultures, sex, and gender. Part 1: female, male, intersex—and trans? The difficulty of drawing distinctions. *IJR: Your Sexual Medicine Journal*, 35(1), 1–5.
<https://doi.org/10.1038/s41443-022-00639-4>
- Eisler, R. (1988). *The chalice and the blade: Our history, our future*. HarperOne.

- Elchalal, U., Ben-Ami, B., Gillis, R., & Brzezinski, A. (1997). Ritualistic female genital mutilation: Current status and future outlook. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 52(10).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9326757/>
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body*. Basic Books.
- Freud, S. (1996) *Tre saggi sulla sessualità*. Newton Compton Editori.
- Gimbutas, M. (1991). *The Civilization of the Goddess*. Ed. Joan Marler. Harper.
- Gross, R. E. (2023) *Vagina Obscura: An Anatomical Voyage*. W. W. Norton.
- Haerdle, S. (2024) *JUICE: A History of Female Ejaculation*. The MIT Press.
- Handy, A. B., McMahon, L. N., & Meston, C. M. (2022). Local responses to genital arousal – mechanisms of lubrication. *Current Sexual Health Reports*, 14, 247-253.
https://www.researchgate.net/publication/365209904_Local_Responses_to_Genital_Arousal_-_Mechanisms_of_Lubrication
- Hite, S. (1995). *The Hite Report*. Pandora.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (2023). Global survey 2022.
<https://www.isaps.org/discover/about-isaps/global-statistics/global-survey-2023-full-report-and-press-releases/>
- Janssen, E., & Prause, N. (2017). Sexual response. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary, & G. G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology* (4th ed., pp. 284–299). Cambridge University Press.
- Johnsdotter, S., & Essén, B. (2010). Genitals and ethnicity: The politics of genital modifications. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 29–37.
[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)35495-4](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)35495-4)
- Lloyd, J., Crouch, N.S., Minto, C.L., Liao, L.-M. and Creighton, S.M. (2005), Female genital appearance: ‘normality’ unfolds. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112: 643-646. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00517.x>
- Lightfoot-Klein, H. (1993). Disability in female immigrants with ritually inflicted genital mutilation. *Women & Therapy*, 14(1-2), 187–194.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12288384/>
- Leroi-Gourhan, A. (1971). *Préhistoire de l'art occidental*. Mazenod.
- Levin, R. J. (2003). A journey through two lumens! *International Journal of Impotence Research*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12605234/>
- Levin, R. J. (2015). Recreation and procreation: a critical view of sex in the human female. *Clinical Anatomy*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25511503/>

- Logmans, A., Verhoeff, A., Bol Raap, R., Creighton, F., & van Lent, M. (2006). Ethical dilemma: Should doctors reconstruct the vaginal introitus of adolescent girls to mimic the virginal state? *BMJ*, 332(7549), 1083–1085. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9492678/>
- Masters, W. H. & Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Little Brown Co.
- Meston, C. M. & Frohlichm, P. F. (2000). The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Nov;57(11):1012-30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11074867/>
- Metaxas, T., Earp, B. D., Bader, D., Ghasemi, S., Solari, M., & Abdulcadir, J. (2025). Clinical, ethical, and legal considerations raised by self-reported genital mutilation following voluntary cosmetic labiaplasty. *Archives of Sexual Behavior*, 54(1), 1-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39730955/>
- Morris, R. I. (1999). Female genital mutilation: Perspectives, risks, and complications. *Urological Nursing*, 19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10373987/>
- Mowat, H., McDonald, K., Dobson, A. S., Fisher, J., & Kirkman, M. (2015). The contribution of online content to the promotion and normalisation of female genital cosmetic surgery: A systematic review of the literature. *BMC Women's Health*, 15. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4660671/>
- Norsigian, J. (1970) *Our Bodies, Ourselves*. Atria Books.
- Nuzzo, JL (2023). 'Circoncisione maschile' e 'mutilazione genitale femminile': perché i genitori scelgono le procedure e il caso del pregiudizio di genere nella nomenclatura medica. *The International Journal of Human Rights*, 27 (8), 1205–1228. <https://doi.org/10.1080/13642987.2023.2199202>
- O'Connell, H. E., Sanjeevan K. V. & Hutson J. M. (2005) Anatomy of the clitoris. *J Urol*. 2005 Oct;174(4 Pt 1):1189-95. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16145367/>
- Okoro, D., Drian, A., Perelmuter, S., Xu, H., Chubak, B. & Nseyo, U. The Corpus Spongiosum: A Historical Lens on Female Sexual Anatomy, *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 23, Issue Supplement_3, March 2026, qdag063.121. https://academic.oup.com/jsm/article/23/Supplement_3/qdag063.121/8614319
- Paslakis, G., Farré, J. M., Tolosa-Sola, I., Palazón-Llecha, A., Domínguez-Cagnon, H., Jiménez, M., Martínez Rosselló, B., Barri-Soldevila, P., & Mestre-Bach, G. (2020). Clinical features associated with female genital mutilation/cutting: A pilot longitudinal study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32707951/>

- Pfaus, J. G, Jones, S. L., Flanagan-Cato, L. M. & Blaustein, J.F. (2015). Female Sexual Behaviour. In Knobil and Neill's *Physiology of Reproduction*, Fourth Edition. Elsevier. https://www.researchgate.net/publication/282594468_Female_Sexual_Behavior
- Plowman, T. M. (2010). The perfect vagina [Recensione del programma televisivo The perfect vagina, presentato da L. Rogers]. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 111–114. https://www.researchgate.net/publication/246350748_The_Perfect_Vagina
- Reman, T., Balligand, V., Schoefs, B., Feipel, V., & Bertuit, J. (2023). Psychological consequences of female genital mutilation: A mixed-method systematic review. *South African Journal of Physiotherapy*, 79(1), Article a1877. <https://doi.org/10.4102/sajp.v79i1.1877>
- Ruether, R. R. (2005). *Goddesses and the Divine Feminine: A Western Religious History*. University of California Press.
- Shahvisi, A., & Earp, B. D. (2019). The law and ethics of female genital cutting. In S. Creighton & L.-M. Liao (Eds.), *Female Genital Cosmetic Surgery: Solution to What Problem?* (pp. 58-71). Cambridge University Press.
- Shahvisi, A. (2021). “FGM” vs. female “cosmetic” surgeries: why do they continue to be treated separately? *International Journal of Impotence Research*, 35, 187–191. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00514-8>
- Shell-Duncan, B. (2018). Tendenze nella medicalizzazione delle mutilazioni/escissioni genitali femminili: Cosa rivelano i dati? *Population Council*. https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/571/
- Simonis, M. (2015). *Female genital cosmetic surgery: A resource for general practitioners and other health professionals*. The Royal Australian College of General Practitioners. <https://www.racgp.org.au/getattachment/be129a58-028c-4f78-ac06-78bf5b6fb38a/Female-genital-cosmetic-surgery.aspx>
- Simonis, M., Manocha, R., & Ong, J. J. (2016). Female genital cosmetic surgery: A cross-sectional survey exploring knowledge, attitude and practice of general practitioners. *BMJ Open*, 6(10), e013010. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013010>
- Whitehorn, J., Ayonrinde, O., & Maingay, S. (2002). Female genital mutilation: Cultural and psychological implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2).161–170. <https://doi.org/10.1080/14681990220121275>
- WHO. (2018). Care of girls and women living with female genital mutilation: A clinical handbook. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513913>
- WHO. (2025). Female Genital Mutilation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

Wolf, N. (2012). *Vagina: A new biography*. Virago Press.

United Nations Children's Fund. (2024). Female genital mutilation: A global concern. 2024 update. <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/>