

Credits

Libretto informativo a cura di AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, realizzato nell'ambito del progetto "Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti", finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità attraverso la Legge 7/2006, coordinato da AIDOS e realizzato in collaborazione con ADUSU – Associazione diritti umani – sviluppo umano di Padova e Culture Aperte di Trieste.

Testi

a cura di Cristiana Scoppa

Grafica e impaginazione

Cristina Chiappini e Daniela Verona

Stampa

Litostampa 3B

Contatti

AIDOS – Associazione italiana donne per lo sviluppo

via dei Giubbonari 30

00186 Roma

tel. 06 6873214/196 - fax 06 6872549

www.aidos.it

aidos@aidos.it

ADUSU - Associazione diritti umani - sviluppo umano

via Zabarella 19

35121 Padova

tel. 049 8774470

www.centrodirittiumani.unipd.it/adusu

info@associazionedirittiumani.it

Culture Aperte

via de Pastrovich 1

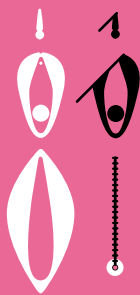
34127 Trieste

tel. 3477515477

cultureaperte@libero.it

Info:

www.stopfgmc.org – sito multilingue di documentazione sulle MGF/E



Al fianco delle donne africane verso l'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili/escissione

Conoscere per prevenire

Indice

- 04 MGF/E - Che cosa sono
- 17 Mutilazioni dei genitali femminili/
escissione e salute
- 24 Mutilazioni dei genitali femminili/
escissione e diritti umani
- 30 Riferimenti bibliografici
- 31 I partner del progetto

MGF/E - Che cosa sono

Le mutilazioni dei genitali femminili/escissione (MGF/E) sono una pratica tradizionale di numerosi gruppi etnici africani. Esse sono diffuse in 28 paesi del continente, ma sono presenti anche in Oman, Yemen, tra i curdi dell'Iraq e dell'Iran, in Indonesia. Anche se è difficile risalire alle loro origini, sappiamo che si tratta di una pratica molto antica, con molta probabilità già in uso nell'antico Egitto, da dove sarebbe approdata nei territori dell'Impero romano (la parola "infibulazione" deriva dal latino *fibula*) come misura per controllare la sessualità delle schiave.

In generale le bambine sono sottoposte alla pratica durante l'infanzia e prima della pubertà, con differenze significative per specifici gruppi etnici. Per esempio tra i Maasai del Kenya e della Tanzania, le ragazze sono sottoposte alla pratica subito prima del matrimonio che viene combinato dalle famiglie in genere intorno ai 15 anni, mentre tra alcuni gruppi etnici dell'Etiopia e dell'Eritrea sono le neonate a esservi sottoposte. In generale si nota un generale abbassamento dell'età alla quale la bambina è sottoposta alla pratica, in particolare nei paesi che hanno adottato leggi che vietano le MGF/E. In questo caso non solo l'intervento è in genere più limitato e meno mutilante per le bambine, poiché il corpo è all'inizio del proprio sviluppo; ma soprattutto, una volta adulte non ne conservano alcun ricordo, non credono di aver provato dolore, e tendono a pensare che la pratica non sia una tradizione così nociva come l'espressione "mutilazioni dei genitali femminili" lascia intendere.

In tutti i paesi africani dove la pratica è diffusa sono in corso da ormai quasi tre decenni campagne volte a promuovere l'abbandono della pratica, che hanno portato a una diminuzione delle forme più cruente di mutilazione a favore di pratiche meno invasive.

Tali campagne hanno inoltre inquadrato la pratica in un discorso pubblico volto a promuovere i diritti umani e l'uguaglianza di genere, stimolando l'impegno istituzionale e facendo crescere, come confermano le indagini DHS, Demographic and Health Surveys (Sondaggi demografici e sanitari, condotti da Macro International e finanziati da USAID, l'Agenzia statunitense di cooperazione allo sviluppo), il numero delle donne e degli uomini che si dicono non intenzionati a sottoporre le proprie figlie a MGF/E, così come il numero delle organizzazioni di base che, a diversi livelli, sono impegnate attivamente per contrastare il fenomeno.

Cifre e trend

Nel 2008, con la pubblicazione del saggio *Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total* (in "DHS Working Papers", n° 39, USAID, 2008), gli esperti statistici di Macro International hanno calcolato il numero di donne che verosimilmente sono state sottoposte alla pratica in Africa. Secondo tali calcoli:

- il numero delle donne di **età maggiore di 15 anni** che hanno subito una qualche forma di MGF/E in Africa è 79.195.692, cioè circa **80 milioni**;
- il numero delle **bambine tra 10 e 14 anni** che hanno subito una qualche forma di MGF/E in Africa è circa **12,4 milioni**;
- il totale complessivo di **bambine e donne di età maggiore di 10 anni** che hanno subito una qualche forma di MGF/E in Africa è calcolato in **91,5 milioni**.

Da tali cifre sono esclusi i paesi non africani – quali lo Yemen, l’Oman, l’Indonesia – dove le MGF/E sono diffuse, come pure i paesi occidentali dove risiedono stabilmente immigrate di origine africana. Più in generale, Macro International approssima il numero delle donne che nel mondo hanno subito una qualche forma di mutilazione dei genitali a **130 milioni**.

Prevalenza per età

| Paese | Fonte dei dati | Anno del rilevamento statistico | Prevalenza (% di donne che hanno subito mutilazioni dei genitali femminili/escissione) per età | | |
|----------------|----------------|---------------------------------|--|--|--|
| | | | Totale campione 15-49 anni | Fascia d'età più giovane rilevata 15-19 anni | Fascia d'età media rilevata 35-39 anni |
| Benin | DHS | 2006 | 12.9 | 7.9 | 16.3 |
| Burkina Faso | DHS | 2003 | 76.6 | 65.0 | 81.6 |
| Camerun | DHS | 2004 | 1.4 | 0.4 | 1.2 |
| Ciad | DHS | 2004 | 44.9 | 43.4 | 46.2 |
| Costa d'Avorio | MICS | 2006 | 36.4 | 28.0 | 43.8 |
| Egitto | DHS | 2005 | 95.8 | 96.4 | 95.9 |
| Eritrea | DHS | 2002 | 88.7 | 78.3 | 92.6 |
| Etiopia | DHS | 2005 | 74.3 | 62.1 | 81.2 |
| Gambia | MICS | 2005/06 | 78.3 | 79.9 | 79.5 |

| | | | | | |
|--------------------------|--------|---------|------|------|------|
| Chana | MICS | 2006 | 3.8 | 1.4 | 5.7 |
| Cibuti | MICS | 2006 | 93.1 | — | — |
| Guinea | DHS | 2005 | 95.6 | 89.3 | 98.6 |
| Guinea-Bissau | MICS | 2006 | 44.5 | 43.5 | 48.6 |
| Kenya | DHS | 2003 | 32.2 | 20.3 | 39.7 |
| Mali | DHS | 2006 | 85.2 | 84.7 | 84.9 |
| Mauritania | DHS | 2000/01 | 71.3 | 65.9 | 71.7 |
| Niger | DHS | 2006 | 2.2 | 1.9 | 2.9 |
| Nigeria | DHS | 2003 | 19.0 | 12.9 | 22.2 |
| Repubblica Centrafricana | MICS | 2000 | 35.9 | 27.2 | 43.3 |
| Senegal | DHS | 2005 | 28.2 | 24.8 | 30.5 |
| Sierra Leone | MICS | 2006 | 94.0 | 81.1 | 97.5 |
| Somalia | MICS | 2006 | 97.9 | 96.7 | 98.9 |
| Sudan (nord) | MICS | 2000 | 90.0 | 85.5 | 91.5 |
| Tanzania | DHS | 2004/05 | 14.6 | 9.1 | 16.0 |
| Togo | MICS | 2006 | 5.8 | 1.3 | 9.4 |
| Uganda | DHS | 2006 | 0.6 | 0.5 | 0.8 |
| Yemen | PAPFAM | 2003 | 38.2 | — | — |

Legenda: DHS – Demographic and health survey / Sondaggi demografici e sanitari (Macro International); MICS – Multiple indicator cluster surveys / Sondaggi a campione con indicatori multipli, PAPFAM – Pan-Arab project for family health / Progetto Pan-Arabo per la salute della famiglia .

Fonte: Population Reference Bureau (PRB), *Female genital mutilation/cutting: data and trends*, PRB, 2008.

Nome, nomi

Mutilazioni dei genitali femminili è una definizione abbastanza recente, affermatasi gradualmente dalla fine degli anni Settanta, quando la pratica cominciò a essere conosciuta in Occidente. Tale definizione riunisce tutte le forme che assume la pratica, denominate di volta in volta clitoridectomia, escissione, infibulazione, secondo la classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità riportata più avanti.

L'uso di queste parole non è però patrimonio condiviso dalla maggior parte delle popolazioni africane che praticano una qualche forma di MGF/E. Ad esempio, in Africa occidentale, l'espressione "excision" (escissione) indica tutte le possibili forme di MGF/E, anche quella, presente presso alcuni gruppi etnici, che prevede la cicatrizzazione unita delle piccole labbra, senza una vera e propria sutura, e non solo l'ablazione del clitoride, con il risultato di dare luogo a una specie di infibulazione, per la quale alcuni hanno usato l'espressione "sealing", dall'inglese *sigillare*. Molto comune è anche l'uso dell'espressione circonscisione femminile, assimilando la pratica alla circonscisione maschile: questo però finisce con l'occultarne le fondamentali differenze, poiché nella circonscisione del pene è solo la pelle del prepuzio che viene eliminata, mentre nel caso della circonscisione femminile si interviene direttamente tagliando un organo (il clitoride) e ledendone la normale funzionalità. Le espressioni usate invece nelle lingue locali africane si riferiscono piuttosto ad altri concetti, quali purezza/purificazione (in senso religioso), pulizia (nel senso di igiene), il taglio/l'atto del tagliare, il cucire/ridurre. Come nota un recente *Digest* dell'Istituto Innocenti dell'Unicef, "la parola 'mutilazione' non solo stabilisce una chiara distinzione linguistica rispetto alla circonscisione maschile, ma, con la sua forte connotazione negativa, sottolinea la gravità dell'atto". Nel 1990 questo termine fu adottato nella terza conferenza del Comitato interafricano sulle pratiche tradizionali nocive per la salute di donne e bambini (IAC), la prima rete di organizzazioni africane, costituita nel 1984, con l'obiettivo esplicito di eliminare le mutilazioni dei genitali femminili. Nel 1991 l'OMS ha poi raccomandato l'uso di tale terminologia, che è stata conseguentemente adottata dalle diverse agenzie della Nazioni Unite e dalla comunità internazionale e scientifica in generale. L'impiego del termine 'mutilazione' rafforza l'idea che questa sia una violazione dei diritti umani delle bambine e delle donne, e quindi aiuta a promuovere l'impegno nazionale e internazionale per il suo abbandono. Per le comunità interessate, tuttavia, l'uso di questo termine può essere problematico, poiché dà alla pratica una accezione negativa non condivisa da chi la perpetua, che tende invece a vederla come una tradizione necessaria e benefica per le donne, poiché contribuisce a contenerne gli impulsi sessuali dei quali altrimenti sarebbero vittima,

mettendo a repentaglio la loro dignità di donne e, nel caso di adulterio, il suo matrimonio e quindi la sopravvivenza. Per descrivere la pratica le lingue locali in genere usano l'equivalente del termine 'escissione', che possiede una minore connotazione valutativa: comprensibilmente, i genitori rifiutano l'idea di stare 'mutilando' le proprie figlie".

Per questo ha cominciato ad affermarsi alla fine degli anni Novanta l'espressione *female genital cutting* (FGC, letteralmente taglio dei genitali femminili), che fa riferimento solo all'atto del tagliare, senza giudizi valutativi, e ha l'obiettivo di sottolineare il rispetto per le culture locali/tradizionali che comprendono tra le proprie forme espressive la pratica.

Per "mantenere la valenza politica del termine 'mutilazione' e allo stesso tempo riconoscere l'importanza di usare una terminologia che non esprima un giudizio nei confronti delle comunità che la pratica" l'Unicef e le altre agenzie dell'Onu, come pure un crescente numero di organizzazioni non governative, ha scelto come mediazione possibile tra due istanze ritenute entrambe giuste, l'espressione *femal genital mutilation/cutting* (FGM/C), tradotta in italiano con mutilazione genitale femminile/escissione (MGF/E). Espressione che quindi adottiamo in questo testo.

I termini usati in alcune lingue locali africane

| Paese | Lingua | Espressione usata per indicare le MGF/E | Significato dell'espressione usata |
|--------------|----------|---|---|
| Burkina Faso | Bissa | Bangu | La parola significa rispetto , a indicare cosa le donne ottengono attraverso la pratica. |
| | Moré | Marwala | La parola significa letteralmente piccione , animale che in Burkina Faso porta bene. |
| Egitto | Arabo | Tahara | Dalla parola araba "tahar" che significa pulire o purificare . |
| | | Khitan | Circoncisione , usato sia per la circoncisione maschile che per quella femminile. |
| Etiopia | Amarico | Megrez | Circoncisione/taglio |
| | Harrari | Absum | Nome rituale |
| Eritrea | Tigrigno | Mekhnishab | Circoncisione/taglio |
| Guinea | Malinké | Kileg/Digitongu | Abluzione o pulizia Entrambe le parole possono essere usate per descrivere la pratica. |
| Mali | Bambara | Bolokoli | Letteralmente significa lavarsi le mani . Non è chiaro se il termine è usato per dire che la circoncisione implica pulizia o se si riferisce al fatto che l'operatrice si lava le mani dopo l'operazione. |
| | Bambara | Negekorosigui | Letteralmente significa: siede su un coltello . È un termine che ha connotazioni politiche e non è usato nel gergo quotidiano. |
| Nigeria | Ibo | Ibi/Ugwu | L'atto di tagliare . Viene usato per la circoncisione maschile e femminile. |
| | | Sunna | Sunna si riferisce alla tradizione islamica . Questo termine viene usato da differenti gruppi di persone di fede islamica in diversi paesi per indicare la circoncisione femminile poiché si crede che la pratica sia raccomandata dalla religione musulmana. |

| | | | |
|---------|--------|---------------------------------|---|
| Somalia | Somalo | Hawenka gudniin (o gudninka) | Circoncisione femminile |
| | | Halalays | Dal termine arabo "halal", "sanzionato", per intendere purificazione e purezza. Usato soprattutto nella Somalia settentrionale o dai Somali di lingua araba. |
| | | Qodiin | Cucire, attaccare o stringere. Usato con riferimento all'infibulazione. |
| Sudan | Arabo | Tahur | Dalla parola araba "tahar" che significa pulire o purificare. |
| | | Khifad | Dalla parola araba "khafad" che significa ridurre. Riferito alla riduzione della dimensione della clitoride a causa dell'escissione (usato raramente nel linguaggio colloquiale). |

Le forme di MGF/E secondo la classificazione dell'OMS

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), ha classificato le mutilazioni dei genitali femminili in quattro tipi in base alle porzioni dei genitali che vengono asportate e modificate e alle modalità di esecuzione della pratica:

I tipo: circoncisione, ovvero resezione del prepuzio clitorideo con o senza l'escissione di parte o dell'intero clitoride;

II tipo: escissione, ovvero resezione del prepuzio e della clitoride insieme alla rimozione parziale o totale delle piccole labbra;

III tipo: infibulazione o circoncisione faraonica, forma di mutilazione genitale tipica dei paesi del Corno d'Africa che consiste nell'escissione parziale o totale dei genitali esterni. I due lati della vulva vengono poi cuciti con una sutura o con spine, riducendo in tal modo la dimensione dell'orifizio della vulva e lasciando solo un piccolo passaggio nell'estremità inferiore, per l'emissione del flusso mestruale e dell'urina;

IV tipo: include varie pratiche di manipolazione degli organi genitali femminili: piercing, pricking (dall'inglese "pizzicare", compressione del clitoride e delle piccole labbra), incisione del clitoride e/o delle labbra; allungamento del clitoride e/o delle labbra; cauterizzazione per ustione del clitoride e dei tessuti circostanti; raschiatura dell'orifizio vaginale (*angurya cuts*) o esecuzione di piccoli tagli della vagina (*gishiri cuts*); introduzione di sostanze corrosive oppure di erbe con lo scopo di restringere la vagina.

Una norma sociale fondata sulla tradizione

Come scrivono le antropologhe Véronique Petit e Susanne Carillon nella ricerca *Société, familles et individus face à une "question de femmes". Déconstruire et analyser les décisions relatives à la pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti* "Le MGF/E costituiscono una norma sociale che riposa su accordi informali ed impliciti, consacrati dall'autorevolezza dell'antichità della tradizione, la cui legittimità risiede nella memoria ancestrale. Ciò che conferisce autorità a questa norma è, in effetti, la sua ripetizione. Non è dettata da un dio né da una legge scritta. Il suo rispetto è garantito dalle credenze che la circondano: la bambina non "circoncesa" non diventa una vera donna, resterà preda dei suoi impulsi sessuali come accade agli animali, nessuno la vorrà sposare...".

Le MGF/E sono dei riti di passaggio che regolano la vita delle bambine e ne scandiscono la transizione all'età adulta e da cui dipendono l'accettazione e il rispetto all'interno della comunità. Senza questo atto, che dovrebbe contribuire a disciplinare il corpo rispetto a pulsioni istintive giudicate altrimenti incontrollabili, come l'istinto sessuale negli animali, una bambina non solo non diventa donna, ma in senso

più ampio non diventa una persona, cioè non acquista il ruolo sociale che le compete per appartenenza biologica al sesso femminile e che si esprime nell'accedere ai ruoli di moglie e madre che la società tradizionale prevede come fondanti dell'identità femminile.

L'Africa vive oggi in uno spazio e tempo sospesi tra tradizione e modernità. La tradizione dà sicurezza, ma non è più funzionale alla vita attuale soprattutto nei contesti urbani dove si va concentrando la popolazione mentre le campagne vengono progressivamente abbandonate. La modernità è spesso solo un desiderio frustrato dalla povertà. La tradizione diventa allora l'unica possibilità di scelta per sopravvivere laddove non ci sono scuole di qualità e opportunità di lavoro che possono offrire il medesimo status sociale che solo il matrimonio continua a offrire.

Le ricerche che hanno svelato i significati profondi delle MGF/E e hanno permesso una migliore comprensione delle dinamiche socio-culturali che le sottendono, come pure le campagne e i tanti progetti che ne promuovono l'abbandono e che hanno infranto il tabù che le copriva, sono uno degli elementi che hanno contribuito a mettere in discussione la tradizione.

Controllo della sessualità femminile, matrimonio e certezza della paternità

Le MGF/E sono un modo complesso e doloroso per limitare il desiderio sessuale femminile, e di conseguenza assicurare la verginità della ragazza fino al matrimonio e la sua fedeltà di moglie.

Private dell'organo più esplicitamente legato al piacere e dunque al desiderio sessuale femminile, le donne lasceranno l'iniziativa dei rapporti sessuali ai mariti, li subiranno quasi, sostenute dal desiderio di diventare madri come ci si aspetta da una donna sposata: e poiché i rapporti sessuali avverranno solo su iniziativa del marito, quest'ultimo sarà certo di essere il padre dei figli concepiti, ai quali verranno trasmessi i beni di famiglia.

Come fa notare l'antropologa Carla Pasquinelli, il matrimonio in Africa "è sempre un matrimonio combinato dai parenti. Raramente è una libera scelta della coppia e, nel caso lo sia, l'assenso al matrimonio dipende dal benessere dei due gruppi familiari. Ai due gruppi parentali spetta anche di decidere l'ammontare del 'prezzo della sposa', che lo sposo deve versare alla famiglia della sposa. Per prezzo (o ricchezza) della sposa, si intende l'insieme dei beni che la famiglia dello sposo cede alla famiglia della sposa in occasione del matrimonio (...).

È lo sposo che versa un compenso alla famiglia della sposa per risarcirla della perdita di una donna e dei suoi servizi (...). Il prezzo della sposa è, infatti, l'equivalente per qualcosa che viene trasferito dal gruppo natale al gruppo dello sposo, ma nel contesto africano non è la persona della donna che viene data, bensì solo dei diritti su di lei: sul

lavoro, sulla sessualità, sulla fecondità della donna. E sulla sua prole. Dal momento che la ricchezza della sposa è il compenso che viene versato in cambio della fecondità della donna, e prima ancora della sua purezza, risulta a questo punto chiara la funzione che hanno le MGF/E nel custodirne l'inviolabilità, nel salvaguardare la castità delle figlie, ma anche nel favorire, secondo le credenze popolari, la fecondità". Infine c'è il ruolo della comunità. Come spiegano Jerry Mackie e John Le Jeune, "Ciò che una famiglia sceglie di fare dipende da ciò che le altre famiglie della comunità decidono di fare. Nessuna famiglia ha motivo di cambiare: se lo facesse, la figlia sarebbe destinata a non sposarsi o ad ottenere un matrimonio poco conveniente". La comunità esercita quindi uno stretto controllo sulla sessualità femminile attraverso la pratica delle mutilazioni dei genitali e il matrimonio. Una donna "come si deve" non mostra di provare desiderio e lascia l'iniziativa dei rapporti sessuali all'uomo. La comunità vede le donne non escisse come incapaci di gestire i propri impulsi sessuali e questa morale è interiorizzata anche dalle donne. Il tradimento della moglie lede l'onore dell'uomo e della famiglia: la mutilazione dei genitali femminili/escissione serve a preservarlo preventivamente.

Migrazione e abbandono delle MGF/E

Il numero di donne africane che scelgono di emigrare e si stabiliscono in Italia è in costante aumento. Non stupisce dunque che anche le mutilazioni dei genitali femminili, una pratica tradizionale diffusa in alcuni dei paesi da cui più numerose arrivano o sono arrivate le donne – Nigeria, Egitto, Somalia, Etiopia, Eritrea – abbia ottenuto una sempre maggiore visibilità sui media italiani e nei discorsi politici, spesso con semplificazioni tali da non permettere la comprensione del fenomeno e da lasciare spazio a pericolose derive razziste.

In molti si chiedono chi sono e cosa pensano le donne immigrate che hanno subito la pratica e soprattutto se vogliono sottoporvi le proprie figlie, oppure se invece il confronto con altri valori e modelli stimola un ripensamento e dunque la scelta opposta, anche nella prospettiva di una vita spesa interamente in Italia o in Occidente.

Non sempre il cambiamento di vita che l'emigrazione comporta va nella direzione dell'abbandono della pratica. A volte sortisce esiti opposti, nel senso che l'incontro con una realtà diversa invece di stimolare un processo di trasformazione può provocare una chiusura all'interno della propria cultura, che viene vissuta come un rifugio per sottrarsi alla contaminazione e al contatto con modelli e valori estranei e come tali pericolosi. Inoltre le donne che migrano perdono il sostegno della comunità femminile su cui potevano contare nel paese d'origine.

Nel nuovo contesto sociale occidentale faticano a trovare modelli cui identificarsi oppure spazi per esprimersi e agire secondo i dettami dei ruoli di genere tradizionali cui sono state educate.

Tendiamo a pensare che il nostro mondo e il mondo che le persone che migrano si lasciano alle spalle siano due mondi lontani, non solo diversi, come in effetti sono, ma “staccati”, alla luce di quello che è il ricordo e l’esperienza di quando erano gli italiani a migrare. Chi partiva dall’Italia nel secolo scorso per gli Stati Uniti, l’Australia, l’America Latina, ma anche la Germania o il Belgio, andava “lontano”, telefonava alla famiglia rimasta in patria solo raramente a causa del costo delle comunicazioni, e le visite erano eventi eccezionali in cui si faceva il pieno di affetto, ricordi e specialità alimentari, per resistere a un nuovo, lungo periodo di isolamento.

Oggi invece, Senegal, Burkina Faso, Egitto o Etiopia non sono poi così lontani come può sembrare a prima vista, grazie ai cellulari, ai call center diffusi ovunque – qui e lì – e a Skype che permette di chiamare via Internet a costi ragionevoli. Anche i voli costano molto meno, e una volta ottenuto il permesso di soggiorno, tornare in patria ogni anno o due diventa sostenibile. Il/la migrante non è più una persona che sta per sempre e in maniera continuata nel luogo in cui si è venuta a stabilire, ma mantiene un rapporto ininterrotto e regolare con il proprio paese d’origine - a cui resta legato/a da una complessa rete di relazioni affettive e dal costante sostegno fornito a chi è rimasto in patria attraverso le rimesse di denaro che ogni mese partono verso i paesi africani.

Le donne africane immigrate in Italia negli ultimi anni finiscono dunque per vivere “qui” e “là” contemporaneamente, mantenendo una molteplicità e fluidità di legami con la propria società di origine che le tiene sempre aggiornate su quanto avviene a casa, continuando ad avere un rapporto vivo, fondato sull’attualità e non solo su un ricordo sepolto nel cuore che trova sfogo nella nostalgia e nel rimpianto. Questi legami diventano tanto più importanti se si percepisce come fragile il proprio progetto di migrazione a causa delle difficoltà di rinnovare regolarmente e continuativamente il permesso di soggiorno e quindi stabilirsi definitivamente nei paesi di accoglienza.

Diventano protagoniste di una doppia vita tra due società segnate da valori, mentalità e modelli di comportamento diversi e a volte difficilmente conciliabili.

Allora, anche il peso “della tradizione” si fa più persistente, e la voce della nonna o della suocera che insistono affinché la nipotina nata in Italia sia sottoposta a MGF/E diventa più vicina, presente, difficile da contrastare. E può aumentare il rischio che le bambine siano sottoposte alla pratica, soprattutto durante una vacanza nel paese d’origine, a volte contro la stessa volontà della madre, orientata invece ad abbandonare la pratica.

L'Islam di fronte alle mutilazioni dei genitali femminili/escissione

Anche se le mutilazioni dei genitali femminili/escissione sono praticate da popolazioni di orientamenti religiosi diversi, si tende ad associarle con l'Islam. "Nella stragrande maggioranza delle società musulmane del mondo l'escissione non è praticata: infatti, nell'80% del mondo musulmano questa pratica è sconosciuta", fa notare l'antropologa svedese Sarah Johnsdotter. "Essa era solidamente radicata in alcune parti dell'Arabia e dell'Africa migliaia di anni prima che queste regioni fossero cristianizzate o islamizzate. Dopo l'arrivo del Cristianesimo o dell'Islam, le usanze sono state integrate nei sistemi di credo religiosi". Le MGF/E sono una tradizione che l'Islam, nel suo diffondersi in Africa, non ha contrastato, ma ha finito per accettare o, in taluni casi, per promuovere assimilandola alla circoncisione maschile, tanto da lasciar intendere che fosse un precetto religioso. Questo è un punto molto importante dal momento che molte persone africane di religione musulmana sono invece convinte che le MGF/E siano una pratica islamica, tanto più in quei paesi dove la parola *sunna* – consuetudine, modo di comportarsi di Maometto che ha valore di norma e di esempio per i credenti – è utilizzata come nome per la forma più blanda di MGF/E. In merito, le diverse scuole islamiche hanno assunto posizioni variabili basandosi sul Corano e su alcuni *hadith*, cioè detti del Profeta riportati da autori successivi: in taluni casi raccomandandone l'abbandono in quanto non coerenti con i principi religiosi, in altri condannando solo le forme più gravi, cioè l'infibulazione, e non le forme più lievi, cioè la clitoridectomia o l'escissione. Spesso però, i *mullah* nei villaggi le difendono, e questo fa sì che in molti credano che sia una pratica prescritta dalla religione. "L'*hadith* citato più spesso", nota Johnsdotter, "è quello in cui il Profeta Maometto si rivolge a una donna che sta andando a fare una escissione; secondo una delle numerose traduzioni in inglese, il Profeta dice allora: 'Non tagliate troppo (non esagerate) perché (il clitoride) è una fortuna per il coniuge e una delizia per lei'. Ma la catena di trasmissione di questo *hadith* è debole, cosicché alcuni eruditi sostengono che non vi sia alcuna *sunna* da seguire in materia di escissione". E poiché, come scrive Deborah Scolart, ricercatrice di Diritto musulmano e dei paesi islamici, "L'Islam è un sistema complesso nel quale la sfera religiosa e quella giuridica non sono perfettamente distinguibili e nel quale la morale, il diritto e la religione interagiscono continuamente" e dove "il Corano è, come noto, non solo il testo sacro dell'Islam in quanto religione, ma altresì la fonte primaria del diritto musulmano", sempre più numerosi sono gli esperti e i leader religiosi islamici favorevoli all'adozione di leggi che vietino la pratica e alla realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione in modo da accelerare il suo abbandono.

Mutilazioni dei genitali femminili/escissione e salute

Le mutilazioni dei genitali femminili/escissione possono avere gravi conseguenze per la salute, sia immediate che a lungo termine. Tali conseguenze dipendono dal tipo di operazione praticata, dall'esperienza dell'operatrice, dalle condizioni igieniche nelle quali viene effettuata la pratica, dallo stato di salute della bambina al momento dell'intervento.

Conseguenze immediate

- **Emorragia** che se prolungata può portare a un'anemia a lungo termine, e nei casi più gravi, per esempio se viene rescissa l'aorta inguinale, una delle arterie fondamentali, può causare la morte per dissanguamento.
- **Shock** dovuto sia alla perdita di sangue che al forte dolore.
- **Infezioni** causate dalla mancata sterilizzazione degli strumenti usati, dalle condizioni igieniche del luogo in cui viene praticata l'operazione, dall'eventualità di minzione o defecazione sulle ferite, soprattutto quando le gambe vengono legate insieme per facilitare la guarigione, dalla somministrazione di medicine tradizionali usate per far guarire la ferita.
- **Ritenzione urinaria** poiché la minzione può risultare dolorosa a causa dell'infiammazione della ferita vulvare. Questa complicazione a volte può causare infezioni all'apparato urinario.
- **Lesioni dei tessuti** adiacenti come per esempio dell'uretra, della vagina, del perineo o del retto.
- **Tetano** a causa dell'uso di strumenti non sterili. Le MGF/E possono anche contribuire alla diffusione del virus HIV, se viene usata la stessa lama per diverse bambine, una delle quali sieropositiva.

Conseguenze a lungo termine

- **Ritenzione urinaria** che sul lungo periodo può causare incontinenza e infezioni all'apparato urinario.
- **Infezioni pelviche croniche** (comuni nelle donne infibulate) poiché la parziale occlusione della vagina e dell'uretra aumenta le probabilità di infezioni.
- **Infertilità** causata da infezioni mal curate che possono danneggiare irreparabilmente gli organi riproduttivi.
- **Cheloidi** che essendo delle formazioni fibromatose cutanee, possono restringere l'orifizio vaginale causando gravi conseguenze.
- **Cisti dermoidi** che, possono dar luogo a tumori.
- **Neurinomi** che si possono sviluppare laddove il nervo dorsale

della clitoride viene tagliato: l'intera area genitale diviene ipersensibile e causa dolori permanenti molto forti.

- Formazione di **calcoli** a causa dei residui del flusso mestruale o dei depositi urinari nella vagina e nello spazio dietro il ponte di pelle creato dall'infibulazione.
- **Fistole** (perforazioni o tunnel tra la vagina e la vescica o il retto) che portano a una continua perdita di urina e feci e possono segnare la vita delle donne fino a trasformarle in reiette della società.
- **Disfunzioni sessuali** causate dai dolori durante i rapporti e dalla ridotta sensibilità. La penetrazione può risultare difficile, se non impossibile, e in certi casi bisogna praticare un altro taglio.
- **Complicanze durante la gravidanza e il parto**: il canale del parto può risultare poco elastico e dar luogo a complicanze sia per la mamma che per il bambino, che potrebbe riportare dei danni cerebrali.

Problemi sessuali e psicologici

Non ci sono sufficienti studi sugli effetti psico-sessuali della pratica. La letteratura in merito segnala:

- **Problemi sessuali**: frigidità; mancanza di orgasmo dovuta all'amputazione del clitoride; difficoltà nella penetrazione a causa della stenosi (restringimento dell'orifizio) della vagina.
- **Problemi psicologici**: stress; disturbi del comportamento; malattie psicosomatiche; ansia; depressione; incubi; psicosi.

Prevenzione e cura dal menarca alla menopausa

Menarca

La prima mestruazione si presenta come un mistero per la maggior parte delle bambine africane, tenute in generale all'oscuro del funzionamento del corpo femminile. Le mestruazioni segnano l'avvio della fecondità, cioè del "rischio gravidanza" nel caso di rapporti sessuali: rischio che tradizionalmente si crede contenuto dalla pratica delle mutilazioni dei genitali femminili, poiché il taglio del clitoride in tenera età dovrebbe aver evitato qualsiasi esperienza di sessualità genitale della bambina, anche la masturbazione, cioè qualsiasi conoscenza del piacere sessuale.

Tutto questo accade mentre nel corpo dell'adolescente si attivano le trasformazioni ormonali che trasformeranno la bambina in donna. È come se due forze contrarie si fronteggiassero nel corpo, nei sensi e nell'anima della ragazza adolescente: da un lato l'esplosione dei sensi e l'irrompere dell'attrazione per l'altro sesso. Dall'altro il contenimento per cui tale esplosione non trova una sintesi concreta, un luogo fisico dove manifestarsi con pieno abbandono, quale potrebbe essere il piacere sessuale e l'orgasmo, perché la pratica ha modificato la sensibilità dei genitali esterni.

Primi rapporti sessuali

Verginità fino al matrimonio e fedeltà prima del matrimonio sono condizioni che contribuiscono largamente a garantire un futuro alla donna in Africa, soprattutto laddove il matrimonio rappresenta l'opportunità pressoché unica perché una donna possa realizzarsi. Questo non significa solo diventare madre, ma anche assicurarsi il sostegno economico e uno status sociale essenziali per la sopravvivenza e per avere un minimo di autonomia all'interno delle dinamiche familiari e comunitarie.

Ma il rigido codice educativo connesso alla pratica delle mutilazioni dei genitali femminili/escissione, che definisce il comportamento di una donna "come si deve", fa sì che le adolescenti imparino a concepire il proprio ruolo nei rapporti sessuali come passivo, sottomesso al desiderio sessuale maschile, subordinato alle sue decisioni. Al punto che spesso le ragazze finiscono per accettare o subire i rapporti sessuali senza averli davvero scelti. Questo modello educativo si contrappone a quello prevalente oggi in Italia, che fa leva sulla capacità decisionale della ragazza, sul suo essere parte attiva del rapporto con il partner e quindi sulla sua possibilità di scegliere consapevolmente il momento del rapporto sessuale.

Le mutilazioni dei genitali femminili costituiscono una incognita che le ragazze di origine africana che hanno subito la pratica e che vivono in Italia, portano nel rapporto con un ragazzo di origine italiana.

Sessualità

Comprendere gli effetti delle mutilazioni dei genitali femminili/escissione sulla sessualità non è sempre facile. Le fonti, scrive Carla Makhoul Obermeyer, sono principalmente "gli effetti dell'intervento sull'anatomia dei genitali e le testimonianze delle donne che hanno subito la pratica. Tutte le forme di MGF/E prevedono la rimozione di una parte o dell'intero clitoride, e per questo si ritiene che limitino o distruggano la capacità di trarre piacere dal sesso; l'infibulazione riduce inoltre l'apertura della vulva, a volte così minuscola che i tessuti devono essere incisi o lacerati per permettere la penetrazione e i rapporti sessuali finiscono per provocare dolore piuttosto che piacere". Come spiegare allora il fatto che molte donne affermano di provare piacere sessuale nonostante le MGF/E?

Le testimonianze non sempre aiutano a fare chiarezza, "soprattutto perché a parlare sono quasi sempre donne che hanno subito l'infibulazione e gli intensi dettagli dei loro racconti tendono a essere generalizzati per tutti i tipi di MGF/E".

La cultura contrassegna poi fortemente la sessualità, modificandone le pratiche e il valore nel corso del tempo. A complicare le cose ci sono i problemi di descrizione di cosa sia il piacere sessuale e il tabù che in

genere circonda il sesso, oltre che le MGF/E. Sono state fatte diverse ipotesi per spiegare le variazioni nel piacere sessuale sperimentato dalle donne con MGF/E. Innanzitutto le porzioni dei genitali esterni rimosse variano considerevolmente a seconda del tipo di MGF/E. In Sudan ad esempio, come racconta Ellen Gruenbaum, "molte ostetriche, temendo emorragie, lasciano la maggior parte del clitoride (erettile) intatto al di sotto della sutura dell'infibulazione. Questo probabilmente spiega il fatto che alcune donne hanno una reazione orgasmica nonostante le cicatrici". Makhlof Obermeyer nota: "È anche possibile che le altre zone erogene del corpo diventino più sensibili, per compensare la riduzione o assenza del clitoride, e che la capacità di sopportare il dolore e la mancanza di consapevolezza riguardo ad altre possibili sensazioni renda più facile accettare la propria condizione".

Pianificazione familiare

La modificazione dei genitali generata dalla pratica può essere più o meno profonda. Nel caso in cui sia stato escisso solo il clitoride e/o le piccole labbra, senza alcuna sutura tra le parti, qualsiasi tipo di anticoncezionale può essere utilizzato, compreso il diaframma, il condom femminile oppure la spirale. Quest'ultima sarà naturalmente inserita da un/a ginecologo/a. Nel caso in cui l'escissione delle piccole labbra sia stata fatta rimarginare facendone combaciare i lembi e ostruendo così parzialmente l'apertura della vulva, oppure nel caso dell'infibulazione vera e propria che comporta anche l'incisione e la sutura della grandi labbra in modo da lasciare un foro molto piccolo per il passaggio dell'urina e del sangue mestruale, le opzioni possibili per una contraccezione moderna, senza intervenire attraverso la de-infibulazione, cioè la riapertura chirurgica della vulva, sono i contraccettivi orali (la pillola) oppure i contraccettivi ormonali a rilascio lento che vengono impiantati sottocute.

Negoziare l'utilizzo di un condom maschile significa non solo affrontare l'imbarazzo per un atto "intenzionale", "razionale", che interrompe l'attrazione emotiva espressa nel rapporto sessuale, ma anche superare il modello interiorizzato di comportamento femminile "come si deve" che prevede che non sia la donna a manifestare apertamente una qualsiasi richiesta relativa al sesso.

Le mutilazioni dei genitali femminili possono inoltre in taluni casi generare delle condizioni di dolore cronico o acuto, legato a stati infiammatori pelvici, che possono condizionare moltissimo l'esperienza della sessualità, anche quando essa è stata scelta.

Gravidanza e parto

Avere subito mutilazioni dei genitali femminili non influisce tanto sul decorso della gravidanza, quanto sullo svolgimento del parto, che potrebbe presentarsi con un travaglio particolarmente lungo, provocare lacerazioni estese della vulva o fistole ostetriche, cioè fori tra la vagina e la vescica o tra la vagina e il retto. Partorire un figlio quando la vulva è stata modificata attraverso un intervento che genera dei tessuti cicatriziali più rigidi e, nel caso di infibulazione, molto estesi, comporta cioè maggiori rischi per la madre e per il/la nascituro/a poiché al momento del parto l'apertura della vulva non si dilata quanto necessario per far passare il/la bambino/a.

L'intervento di de-infibulazione, che consiste nell'apertura chirurgica della vulva separando i due lembi che erano stati uniti, e che permette un parto naturale che le donne africane preferiscono, va eseguito alcuni mesi prima del parto, in modo da consentire una piena cicatrizzazione dell'apertura vaginale così ricostituita.

La de-infibulazione determina comunque una nuova forma degli organi genitali esterni, una forma parzialmente innaturale, perché priva delle rotondità e pieghe che costituiscono il sesso femminile intatto. Ma soprattutto una forma che non coincide con quella cui le donne sono abituate e che hanno imparato a preferire alla forma naturale, giudicandola più attraente esteticamente.

A questa nuova forma dei propri genitali dovranno d'ora in poi abituarsi, un processo che potrebbe influire anche sulla sessualità con il marito, che ha conosciuto e amato il corpo della moglie così come era stato modificato dalla pratica. "Gli piacerò anche così?" è la domanda, non priva di ansia, che le donne si fanno in questo caso. Un dilemma con il quale non dovrebbero essere lasciate sole.

Nel caso non sia stato possibile eseguire una de-infibulazione vera e propria, qualora il parto presenti delle complicanze al momento dell'espulsione del feto, quando cioè la dilatazione è insufficiente per far passare il/la bambino, le soluzioni a disposizione di ostetriche e ginecologi/he sono essenzialmente due: intervenire con una episiotomia, cioè una incisione chirurgica del perineo, in basso o lateralmente alla vagina, per allargare il canale del parto; oppure effettuare un taglio cesareo.

De-infibulazione e ricostruzione del clitoride

La de-infibulazione con ricostruzione plastica della vagina, una tecnica messa a punto in Inghilterra dal chirurgo Harry Gordon, così come la ricostruzione del clitoride avviata in Francia dal ginecologo Pierre Foldès e ora diffusa anche in alcuni paesi africani, come ad esempio il Burkina Faso, sono interventi che possono essere scelti dalle donne per migliorare la propria sessualità. Nel primo caso, si tratta di facilitare la penetrazione del pene in vagina limitando il dolore che essa comporta quando l'apertura vaginale è stata molto ridotta dall'infibulazione e i tessuti cicatriziali sono molto rigidi, contemporaneamente avendo cura di ricostruire l'esterno dei genitali in maniera da contenere un possibile prollasso dell'utero. Nel secondo caso, si tratta di una operazione che comporta il recupero del tronco del clitoride, che ha continuato a svilupparsi nonostante la parte superiore sia stata tagliata durante l'infanzia, sollevandolo e assottigliando il tessuto cicatriziale che lo ricopre in modo da risvegliarne la sensibilità, così da permettere una più completa esperienza del piacere durante il rapporto sessuale.

Re-infibulazione

Nei paesi dove è diffusa l'infibulazione accade spesso che dopo il parto, qualora vi siano state delle lacerazioni o sia stata necessaria una episiotomia, le donne chiedano di "essere richiuse", operazione indicata con il termine re-infibulazione. Tale operazione ha lo scopo di ripristinare l'aspetto esterno dei genitali così come modificato dall'infibulazione subita durante l'infanzia, nel timore di non essere più sessualmente attraenti per i mariti che quindi, nei paesi dove vige la poligamia, finirebbero per cercarsi un'altra moglie. In Italia la re-infibulazione è vietata dalla legge n. 7 del 9 gennaio 2006.

Chirurgia ricostruttiva e plastica vaginale

Il miglioramento dell'aspetto degli organi genitali esterni femminili per via chirurgica si è diffuso in anni recenti in Occidente, accanto ad altri interventi volti a migliorare, nella percezione di chi decide di sottoporvisi, l'aspetto del viso e del corpo. Tali interventi, sulle grandi e piccole labbra prevalentemente, non possono essere assimilati alle mutilazioni dei genitali femminili. Essi sono scelti da persone adulte e in genere pienamente informate sull'intervento e sulle sue possibili conseguenze, persone che decidono con piena consapevolezza, seppure all'interno di modelli prescrittivi di bellezza che fanno della "giovinezza" e della capacità seduttiva il tratto da preservare a qualsiasi costo. Nel caso delle MGF/E si tratta di una pratica effettuata su una bambina, che non ha praticamente alcuno strumento per opporvisi: in genere non sa esattamente cosa le verrà fatto, non ha

idea del dolore che proverà qualora, come avviene nella maggior parte dei casi, l'intervento sia eseguito senza alcuna anestesia, né le vengono fornite informazioni sugli effetti della pratica sulla sessualità e sulle possibili conseguenze per la salute. Per questo le mutilazioni dei genitali femminili sono considerate una violazione dei diritti umani e declinate come una delle forme che assume la violenza di genere. Alla chirurgia ricostruttiva e plastica vaginale può essere invece assimilata la tecnica di ricostruzione del clitoride messa a punto in Francia da Pierre Foldès o la tecnica di de-infibulazione e ricostruzione plastica della vagina messa a punto in Inghilterra da Harry Gordon.

Prevenzione e cura delle infezioni a trasmissione sessuale

Le mutilazioni dei genitali femminili possono favorire, soprattutto nel caso in cui l'apertura della vulva sia stata ridotta dalla sutura delle piccole o delle grandi labbra, lo svilupparsi di infezioni sessuali. La visita ginecologica, l'introduzione dello speculum, l'esecuzione di pap test o tamponi vaginali può essere più difficile.

Visita ginecologica

Seppure i sistemi sanitari siano in lento ma continuo miglioramento anche nei paesi in via di sviluppo, per molte donne africane la "prima volta" di una visita ginecologica si dà in occasione della maternità. Molte delle immigrate africane, arrivate in Italia prima della maternità, potrebbero dunque fare una simile esperienza per la prima volta nel nostro paese. Portano con sé la consapevolezza di avere sul corpo i segni di una pratica che in Italia è condannata dall'opinione pubblica, considerata una violenza inutile su bambine e donne, vietata dalla legge, etichettata con aggettivi quali crudele, barbara, orribile. Questi preconcetti su "cosa pensa probabilmente" il/la medico/a che le visiterà possono generare dei meccanismi difensivi che rendono il momento della prima visita ginecologica particolarmente delicato. Dalla possibilità di stabilire una relazione di fiducia complessiva con la donna, oltre il suo essere una paziente, dipende anche l'esito della relazione terapeutica e la possibilità di avviare un percorso di prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili, nel caso la donna sia una puerpera in attesa di una bambina.

Le Linee guida del Ministero della Salute

Il Ministero della Salute ha emanato delle specifiche Linee guida destinate “alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche”. Esse raccomandano, tra l’altro:

- l’acquisizione, da parte del personale sanitario, di conoscenze sulle caratteristiche socio-culturali delle MGF/E;
- l’impiego di personale specializzato, in particolare per l’assistenza al parto compresa la de-infibulazione;
- l’intervento di personale sanitario di sesso femminile;
- la costruzione di un rapporto medico-paziente disteso e di fiducia con grande cura della comunicazione interpersonale;
- l’utilizzo di interpreti e/o mediatrici culturali per facilitare la comprensione delle raccomandazioni terapeutiche.

Le Linee guida sono disponibili online al link:

www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf

Mutilazioni dei genitali femminili/ escissione e diritti umani

Come si legge in un recente *Digest* dell'Istituto Innocenti dell'Unicef, "le varie forme di MGF/E producono una vasta gamma di effetti sulle bambine e sulle donne e la pratica compromette il godimento di diritti umani", riconosciuti da Trattati e Convenzioni adottati nell'ambito delle Nazioni Unite oppure in sedi regionali, quali l'Unione Africana oppure l'Unione Europea, che comprendono "il diritto alla vita, all'integrità fisica, al godimento del migliore stato di salute possibile, alla salute sessuale e riproduttiva una volta raggiunta la maturità", nonché "il diritto alla libertà da violenza, oltraggio o brutalità fisiche e mentali, e il diritto delle bambine allo sviluppo, alla protezione e alla partecipazione".

Paola Degani ricorda che i trattati e le convenzioni violati dalle MGF/E comprendono la Dichiarazione sui diritti umani del 1948, le Convenzioni sui diritti civili e politici e sui diritti economici sociali e culturali, entrambe del 1966, la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne

del 1979 (conosciuta con l'acronimo inglese CEDAW), ratificata da 185 paesi, compresa l'Italia e da tutti i paesi africani tranne la Somalia e il Sudan, la Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989, ratificati da tutti i paesi africani. E sono ribaditi da strumenti adottati a livello regionale, come il recente Protocollo aggiuntivo alla Carta africana sui diritti umani e dei popoli relativo ai diritti delle donne, detto Protocollo di Maputo, adottato dall'Unione Africana nel 2003.

Sottoponendo le ragazze e le donne non consenzienti alle pratiche di mutilazione, le violazioni rinvenibili sul piano del diritto internazionale riguardano diritti di natura diversa:

- il diritto a non subire discriminazioni
- il diritto alla vita e all'integrità fisica
- il diritto alla salute
- il diritto a non subire tortura o trattamenti inumani, crudeli e degradanti
- il diritto dei bambini a forme di protezione particolari informate dal principio del miglior interesse del minore.

A questa lista vanno poi aggiunti i diritti riproduttivi e sessuali, vale a dire:

- il diritto alla salute riproduttiva e alla pianificazione familiare
- il diritto di decidere il numero e lo spazio di tempo tra un figlio e l'altro
- il diritto ad acconsentire al matrimonio
- il diritto alla *privacy*

- il diritto a modificare tradizioni e costumi che violano i diritti umani delle donne
- il diritto di vivere libero dalla violenza sessuale
- il diritto di godere del progresso scientifico e di prendere parte a sperimentazioni solo con il proprio consenso libero e informato.

Come precisa Paola Degani: “Le MGF/E pongono inequivocabilmente a pregiudizio la **vita** e l'**integrità fisica**. Si tratta di beni protetti dagli ordinamenti interni di tutti i paesi e generalmente ritenuti **indisponibili**, vale a dire che anche nel caso in cui le MGF/E riguardino donne adulte consenzienti, in linea di massima si tratta di un consenso non ammesso, poiché dalla pratica derivano danni permanenti e gravi. I diritti alla vita e all'integrità fisica sono considerati come fondamentali nel codice dei diritti umani e in certa misura indisponibili. Collegato al diritto all'integrità fisica è anche il **diritto di assumere delle decisioni in modo indipendente su questioni che concernono la propria esistenza**. In questo senso le mutilazioni dei genitali femminili/escissione si caratterizzano come una violazione dei diritti sessuali e riproduttivi”, nuova frontiera dei diritti umani riconosciuta in particolare dalla Conferenza dei Cairo su popolazione e sviluppo e dalla Conferenza di Pechino sulle donne.

Come nota la studiosa Sawitry Coonesekere, “I diritti umani sono fonte di diritto. A differenza di altre rivendicazioni o aspirazioni sociali, i diritti umani hanno validità giuridica, oltre ad avere forza morale”. Tali trattati e convenzioni obbligano gli stati a **rispettare, tutelare e promuovere i diritti umani**, lavorando affinché siano eliminati tutti quei comportamenti, comprese le MGF/E, che li violano. In particolare:

- l'**obbligo al rispetto dei diritti umani** richiede che lo Stato, e quindi tutti i suoi organi e agenti, si astengano dal fare qualunque cosa che violi l'integrità dell'individuo o interferisca con la sua libertà. **Nel caso delle MGF/E**, ciò significa ad esempio che nessun medico, infermiera, o altro funzionario pubblico può eseguire la pratica;
- l'**obbligo alla tutela dei diritti umani** richiede che lo Stato e i suoi agenti prendano le misure necessarie ad impedire che altri individui o gruppi violino l'integrità, la libertà d'azione o altri diritti umani dell'individuo. **Nel caso delle MGF/E**, ciò significa che lo Stato deve adottare le necessarie misure per vietare a chiunque di eseguire la pratica. Attualmente tali leggi sono vigenti in 17 paesi africani: Benin, Burkina Faso, Repubblica Centrafricana, Ciad, Costa d'Avorio, Gibuti, Egitto, Eritrea, Etiopia, Ghana, Guinea, Kenya, Nigeria (in particolare, gli stati di Edo e Cross River), Senegal, Tanzania, Togo, e in diversi paesi europei: Austria, Belgio, Cipro, Danimarca, Italia, Norvegia, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia. In altri paesi le MGF/E sono vietate da misure generiche sulle lesioni personali: questo è quanto avviene ad es. in Finlandia,

Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Svizzera. Va sottolineato però che l'applicazione di tali leggi resta difficile, soprattutto nei paesi africani dove la pratica riguarda la maggioranza della popolazione. Inoltre, è ampiamente riconosciuto che il divieto per legge non è una misura sufficiente a garantire l'abbandono di una pratica che costituisce una convenzione sociale la cui ragione d'essere risiede nella struttura socioculturale del contesto dove viene attuata;

- **l'obbligo a promuovere i diritti umani** richiede che lo Stato prenda le misure necessarie a garantire ad ogni persona sotto la sua giurisdizione la possibilità di ottenere la soddisfazione di quei bisogni, riconosciuti negli strumenti sui diritti umani, che non possono essere assicurati dall'impegno personale.

Nel caso delle MGF/E, ciò significa che lo Stato deve fare tutto quanto in suo potere per permettere alle bambine di sottrarsi alla pratica, attraverso campagne e progetti che promuovano l'abbandono della pratica.

La CEDAW, nel suo art. 5 chiede agli stati firmatari di "adottare ogni misura adeguata (...) al fine di modificare gli schemi e i modelli di comportamento socio-culturali degli uomini e delle donne e giungere all'eliminazione dei pregiudizi e delle pratiche consuetudinarie o di altro genere che siano basate sulla convinzione dell'inferiorità o della superiorità dell'uno sull'altro sesso o sull'idea di ruoli stereotipati degli uomini e delle donne".

Tale articolo è di grande importanza, poiché si riferisce proprio al dovere – per tutti gli stati che hanno ratificato la convenzione – di eliminare quelle norme e consuetudini che contribuiscono, direttamente o indirettamente, alla disuguaglianza di genere e al mantenimento delle MGF/E. Tra queste: la bassa considerazione delle bambine nella gerarchia familiare, la pratica dei matrimoni combinati e l'adozione del prezzo della sposa, la poligamia e l'accettazione delle relazioni extra-coniugali maschili a fronte della fedeltà pretesa dalle donne, e in senso più ampio la disparità di genere in tutti gli aspetti della vita familiare e sociale e l'ingerenza della struttura familiare allargata che spesso condiziona la possibilità, per le donne/madri, di abbandonare le MGF/E.

Diritti sessuali e riproduttivi

A partire dalla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo svoltasi al Cairo nel 1994 e dalla quarta Conferenza mondiale sulle donne di Pechino del 1995, si è andata affermando a livello internazionale il concetto di diritti sessuali e riproduttivi come diritti umani.

Nella **Piattaforma d'azione della Quarta Conferenza di Pechino, paragrafo 96**, si afferma: "I diritti fondamentali delle donne includono il diritto di essere padrone della propria sessualità, compresa la

salute in fatto di sessualità e di procreazione, senza costrizioni, discriminazioni o violenza, e il diritto di prendere liberamente e responsabilmente delle decisioni in questo ambito.

L'uguaglianza fra le donne e gli uomini in fatto di sessualità e di procreazione, ivi compreso il rispetto assoluto dell'integrità della persona, esige il rispetto reciproco, il consenso e la condivisione della responsabilità per i comportamenti sessuali e le loro conseguenze".

Il Programma d'azione della Conferenza del Cairo, paragrafo 7.3

nota che "I diritti umani delle donne e delle bambine sono parte integrante, inalienabile e indivisibile dei diritti umani universali.

La partecipazione piena e paritaria delle donne alla vita civile, culturale, economica, politica e sociale a livello nazionale, regionale e internazionale, come pure l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione basate sul sesso, sono obiettivi prioritari della comunità internazionale".

Le MGF/E contrastano con i diritti sessuali e riproduttivi perché ledono l'integrità fisica delle donne e quindi la possibilità di esercitare liberamente la propria sessualità, che viene subordinata fin dall'infanzia attraverso le MGF/E al mantenimento della verginità prima del matrimonio e della fedeltà durante il matrimonio, nonché alla passività e sottomissione all'uomo nei comportamenti che attengono alla sfera sessuale e riproduttiva.

Il reato di mutilazione dei genitali femminili

Con la **legge n. 7 del 9 gennaio 2006, Disposizioni per la prevenzione e il contrasto delle mutilazioni dei genitali femminili**, si istituisce in Italia una nuova fattispecie di reato, una variazione del reato di lesioni personali aggravate. A essere punito è un atto con caratteristiche e motivazioni specifiche che non trovano riscontro in alcuna altra fattispecie di reato contro la persona. Infatti, ad essere sanzionata è una pratica tradizionale e culturale africana che, nelle comunità etniche d'origine, riguarda la stragrande maggioranza delle donne, ed è quindi ritenuta una "cosa normale", una "tappa naturale" e significativa nel percorso di crescita che trasforma una bambina in una donna adulta. Una pratica perpetuata dai genitori, in particolare dalle madri, sulle figlie attraverso l'intervento di una professionista specializzata ammantata di un'aura sacrale, non certo con l'intenzione di fare loro del male, quanto piuttosto di offrire loro una condizione più vantaggiosa per il futuro, poiché necessaria per accedere a un buon matrimonio, condizione imprescindibile per la sopravvivenza nei paesi d'origine, soprattutto se si proviene dal contesto rurale. Una pratica che attiene alla costruzione identitaria e di genere, sia per la bambina che la subisce e che entra così nella comunità delle donne adulte, sia per la madre che la fa eseguire sulla figlia e che riafferma il proprio status all'interno della comunità dando continuità alle tradizioni che

vi si tramandano, che infine per la nonna che la dispone sulla nipote riaffermando il proprio ruolo di custode delle tradizioni.

Con tradizione ci si riferisce a una norma socio-culturale che plasma i comportamenti appropriati per una donna “come si deve” e di cui tutti/e conoscono e condividono la finalità, vale a dire un contenimento della sessualità femminile attraverso una diminuzione del piacere erotico e del desiderio sessuale, funzionale a una gestione della sessualità interamente nel controllo degli uomini. Obiettivi considerati legittimi in società patriarcali come sono ancora, prevalentemente, le comunità rurali africane, ma in corso di ridefinizione in tutti i paesi africani grazie alla spinta verso l’affermazione della parità di diritti e delle pari opportunità promosse dalle associazioni di donne, dalle istituzioni nazionali e dalle organizzazioni internazionali.

Un cammino che è confermato anche dall’approvazione, in quasi tutti i paesi dove la pratica è diffusa, di leggi che la vietano.

Per lo Stato italiano il corpo di una persona non può subire operazioni e mutilazioni di nessun tipo se non per curare una malattia o prevenire un problema di salute. La **legge n. 7 del 9 gennaio 2006** vieta le mutilazioni dei genitali femminili delle donne e delle bambine (Art. 1).

Questa legge **punisce tutte le forme di mutilazione dei genitali femminili** e prevede che chiunque cagioni una clitoridectomia,

escissione, infibulazione o qualsiasi altra pratica che abbia effetti dello stesso tipo, sia punito con il **carcere da 4 a 12 anni** e ciò sia se l’operazione è fatta in Italia, sia se è fatta nel paese d’origine e il fatto dovesse essere rilevato al rientro in Italia. “Chiunque cagioni” vuol dire che la legge punisce non solo chi esegue l’operazione, dunque la donna africana che, in Italia, continui a svolgere il ruolo di **praticante tradizionale** che aveva in Africa, o il **medico** che si presti a eseguire l’intervento, ma anche i **genitori e/o parenti** che hanno richiesto l’intervento, perché è dalla loro decisione che tutto parte.

Sarà il tribunale a stabilire quanti anni di carcere deve scontare chi ha commesso questo reato e lo farà in base alla gravità dell’intervento – la pena per l’infibulazione, che prevede il taglio del clitoride e delle piccole labbra e la sutura congiunta delle grandi labbra sarà dunque più alta della pena per la sola escissione del clitoride – e all’età della bambina: se ha meno di 18 anni, la pena sarà aumentata di un terzo (art. 6). Il **carcere, da 3 a 7 anni**, è previsto anche per chi esegue altre operazioni sui genitali che risultino nei medesimi effetti, cioè in una menomazione delle funzioni sessuali, e che non siano state necessarie per tutelare la salute. Il medico condannato per questo reato **non potrà più svolgere la sua professione per un periodo che va da 3 a 10 anni** (art. 6).

Problematicità dell'applicazione della legge sulle MGF/E

L'applicazione della legge è particolarmente complessa soprattutto perché chiama in causa direttamente i genitori quali "mandanti" del reato. Ma occorre tenere presente che nel sottoporre la bambina a MGF/E i genitori non agiscono con dolo, poiché non la sottopongono a MGF/E per farle del male, bensì per farle del bene, preservandola dall'emarginazione dalla sua comunità e aumentando le sue probabilità di sposarsi, seppure attraverso una sofferenza momentanea, di cui sono consapevoli ma che è accettabile in contesti culturali dove il superamento di una "prova di dolore" ha un valore educativo.

Inoltre, la condanna al carcere dei genitori priva la bambina, e i suoi eventuali fratelli e sorelle, del fondamentale sostegno dei genitori. Il suo probabile destino è quello di essere affidata a un istituto oppure a un'altra famiglia, con tutta la sofferenza che questo può comportare. E, a meno che la denuncia non sia partita direttamente dalla minore, come è accaduto ad esempio in Francia dove un'adolescente ha tentato così di evitare le MGF/E alla sorella più piccola, la procedura penale rischia di scatenare nella bambina dei gravi sensi di colpa per essere stata la causa della condanna al carcere dei propri genitori.

Riferimenti bibliografici

- AIDOS, NPSC, *Norme legislative per la prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili. Atti del seminario afro-arabo di esperti, 21-23 giugno 2003, il Cairo*, AIDOS e NPSC, Roma, 2003
- Ballas Cabane, Christine, *La Coupure. L'excision ou les identités douloureuses*, La Dispute/SNÉDIT, Parigi, 2008
- Degani, Paola, P. De Stefani e O. Urpis (a cura di), *Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani. Rapporto di ricerca nelle regioni Veneto e Friuli Venezia Giulia*, AIDOS, ADUSU, Culture Aperte, Roma, 2009
- Digest Innocenti, "Cambiare una convenzione sociale dannosa: la pratica della escissione/mutilazione genitale femminile", a cura di Alexia Lewnes, Unicef, Firenze, 2005
- Coonesekere, Savitry, "Il rispetto dei diritti come strumento fondamentale per realizzare l'eguaglianza fra i sessi", in *Diritti e rovesci. I diritti umani dal punto di vista delle donne*, a cura di Chiara Ingrao e Cristiana Scoppa, AIDOS, Roma, 2001
- Hernlund, Ylva e B. Shell-Duncan, *Transcultural Bodies. Femal Genital Cutting in Global Context*, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey, 2007
- Johnsdotter, Sara, "Somali Women in Western Exile: Reassessing Female Circumcision in the Light of Islamic Teachings", in *Journal of Muslim Minorità Affairs*, vol. 23, n. 2, Ottobre 2003
- Johnsdotter, Sara, "Mutilazioni genitali femminili tra le donne immigrate nei paesi occidentali: le stime del rischio sono attendibili?", in *Corpi e simboli*, a cura di Aldo Morrone e Pietro Vulpiani, Armando Editore, Roma, 2004
- Le Jeune, G. e C. Mackie, *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A New Look at the Theory*, Innocenti Working Paper, 2009
- Pasquinelli, Carla, *Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili. Una ricerca in Italia*, AIDOS, Roma, 2000
- Petit, Véronique e S. Carillon, *Société, familles et individus face à une "question de femmes". Déconstruire et analyser les décisions relatives à la pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti*, Popinter per UNFPA e UNICEF, Parigi, maggio 2007
- Scolart, Deborah, "Le mutilazioni genitali femminili e la shari'a", in *Corpi e simboli*, a cura di Aldo Morrone e Pietro Vulpiani, Armando Editore, Roma, 2004
- Makhlof Obermeyer, Carla, "Femal Genital Surgeries: The Known, the Unknown, and the Unknowable", in *Medical Anthropology Quarterly* n. 13, American Anthropological Association, 1999
- Cruenbaum, Ellen, "The Cultural Debate over Femal Circumcision: The Sudanese Are Arguing This One Out for Themselves", in *Medical Anthropology Quarterly* n. 10, American Anthropological Association, 1996

I partner del progetto

AIDOS

AIDOS – Associazione italiana donne per lo sviluppo è un'organizzazione non governativa che da oltre 25 anni collabora con organizzazioni di donne del Sud del mondo per migliorare la condizione femminile. L'associazione opera in una ventina di paesi. I principali settori di intervento sono:

- la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, compresa la promozione dell'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili e la prevenzione della violenza contro le donne;
- il sostegno all'imprenditoria femminile e la creazione di centri di formazione, documentazione e informazione;
- il sostegno al diritto allo studio delle bambine e adolescenti svantaggiate.

AIDOS è riconosciuta idonea ad operare nei paesi in via di sviluppo dal Ministero degli Affari esteri e ha status consultivo presso le Nazioni Unite.

ADUSU

L'associazione di promozione sociale ADUSU, Associazione diritti umani – sviluppo umano, con sede a Padova, è stata fondata nel 1996 da un gruppo di specialisti diplomati presso la Scuola post-universitaria in Istituzioni e tecniche di tutela dei diritti umani dell'Università di Padova diretta dal Prof. Antonio Papisca, che si propone di valorizzare il tema dei diritti umani nelle politiche delle istituzioni e presso la società civile fornendo servizi di orientamento, consulenza, formazione e ricerca.

Culture Aperte

Culture Aperte è un'associazione multi-etnica a carattere scientifico di impegno sociale e internazionale per uno sviluppo sostenibile, con sede a Trieste. Le finalità di Culture Aperte sono: studiare e valorizzare le diverse culture, attuali e antiche, le culture di genere, le strutture delle famiglie in rapporto con l'ambiente e le diverse organizzazioni sociali; migliorare attraverso azioni sociali la qualità della vita, delle persone e delle famiglie; offrire formazione e documentazione scientifica, culturale e artistica; promuovere la mediazione familiare e culturale; affrontare i problemi delle donne e delle famiglie migranti in contesti culturali multipli, di concerto con i servizi nel territorio regionale e i programmi di cooperazione internazionale.

Conoscere le mutilazioni dei genitali femminili/escissione è il migliore strumento per contribuire alla prevenzione della pratica e affiancare le donne africane, e gli uomini, nel loro percorso. Questo libretto informativo nasce all'interno del progetto "Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti", coordinato da AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri attraverso la legge n. 7 del 9 gennaio 2006, e realizzato in collaborazione con ADUSU, Associazione diritti umani – sviluppo umano di Padova e Culture Aperte di Trieste. Vuole essere uno strumento di agile lettura a disposizione di tutti/e coloro che operano in contatto con i/le migranti provenienti da paesi dove si praticano mutilazioni dei genitali femminili/escissione: medici e operatori socio-sanitari, in particolare ostetriche, ginecologi/ghe, pediatri/e, psicologi/ghe, ma anche mediatori e mediatrici culturali, assistenti sociali.

progetto
realizzato da

AIDOS

Associazione Italiana donne
per lo sviluppo



ASSOCIAZIONE
DIRITTI UMANI
SVILUPPO UMANO



**CULTURE /
APERTE /**

associazione di promozione
sociale composta
da mediatori culturali

con il contributo
finanziario di



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità