REGIONE TOSCANA

nosotras onlus

PROFILO INFORMATIVO DEL FENOMENO DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

conoscerle per prevenirle

a cura di Elena Laurenzi

Autori:

Ghani Adam
Laila Abi Ahmed
Mila Busoni
Daniela Consoli
Diye Ndjaye
Graziella Sacchetti
Cristina Trugli
Mauro Zaffaroni

Supervisione scientifica: Mila Busoni, Università di Firenze
Fotografia: Pia Ranzato

Questo profilo informativo costituisce un ampliamento delle Linee Guida per operatori prodotte nel 2002 all'interno del progetto IDIL "Salvare la diversità, non la sofferenza", ed è stato elaborato su iniziativa del Gruppo di lavoro multidisciplinare sulle Mgf istituito dalla Regione Toscana nel 2003.
Il gruppo di lavoro affronta il delicato tema delle mutilazioni genitali femminili nelle sue molteplici implicazioni, che vanno dall'assistenza sanitaria alle donne che hanno subito mutilazioni allo sviluppo di un dialogo interculturale tra gli operatori sociosanitari e le popolazioni direttamente coinvolte. Il gruppo è composto dalle seguenti professionalità, associazioni e rappresentanti della Regione Toscana – Direzione Generale del Diritto alla Salute:

- *Associazione Nosotras*
- *Centro di Riferimento per le MGF di Careggi*
- *Commissione regionale per le Pari Opportunità*
- *Medico Ginecologo*
- *Rappresentante della Commissione di Bioetica*
- *Rappresentante del Consiglio Sanitario Regionale*
- *ONG COSPE*
- *Antropologo*
- *Associazione Donne Somale*
- *Regione Toscana - Settore Servizi Sanitari territoriali e percorsi assistenziali*
- *Regione Toscana - Settore Interventi di formazione, comunicazione e supporto al governo clinico regionale*

Questo profilo informativo, nato dal confronto e dal lavoro del gruppo, vuole essere il primo passo verso la realizzazione di progetti che portino alla conoscenza del problema ma soprattutto alla educazione delle nuove generazioni alla prevenzione.

INDICE

PRESENTAZIONE (Regione Toscana) 8

PRESENTAZIONE (Associazione Nosotras) 9

INTRODUZIONE 10

PARTE PRIMA:
COSA SONO LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI 13

1. tipologie 14
2. origine, diffusione e tassi di prevalenza 16
3. la terminologia 19

PARTE SECONDA:
ASPETTI SOCIALI E CULTURALI DELLE MGF 21

1. il contesto sociale 22
2. le motivazioni della pratica 24
3. MGF e religione 27
4. una valutazione imprescindibile: i rapporti di genere 29

PARTE TERZA:
LE TRASFORMAZIONI IN ATTO 31

1. cambiamenti e resistenze 32
2. l'Inter African Comittee 34
3. le strategie di contrasto in Africa 36

PARTE QUARTA:
LE MGF NEL CONTESTO DELL'EMIGRAZIONE 37

1. strategie di prevenzione e contrasto in Europa 39
2. l'immigrazione femminile e la pratica delle MGF in Italia 42
3. la situazione in Toscana 43
4. cosa pensano le donne: un'indagine nell'area fiorentina 44

PARTE QUINTA:
PREVENZIONE, SOSTEGNO, PRESA IN CARICO PER LA CURA 47

1. conseguenze sanitarie delle MGF 49
2. assistenza alla donna con mutilazioni genitali 52
3. assistenza pediatrica 55

PARTE SESTA:
TRATTAMENTO GIURIDICO DELLE MGF 57
1. le MGF e gli strumenti internazionali per la protezione dei diritti umani 61
2. convenzioni e dichiarazioni sulle mutilazioni genitali femminili in Africa 64
3. le legislazioni dei singoli stati 66
4. la legge italiana 69

MAPPATURA DEI SERVIZI PRESENTI SUL TERRITORIO TOSCANO 75
FONTI 76
SITOGRAFIA 78

La persona è inviolabile. Ogni essere umano ha diritto al rispetto della propria vita e all'integrità fisica e morale della sua persona.
Carta Africana dei Diritti dell'Uomo e dei Popoli, 1990, art. 4

Discriminazione in relazione alle donne: qualsiasi distinzione, esclusione, restrizione o ogni trattamento differenziato fondati sul sesso, che abbia per scopo o per effetto di compromettere o vietare alle donne, indipendentemente dalla loro situazione matrimoniale, il riconoscimento, il piacere o l'esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali in tutti i settori della vita.
Protocollo alla Carta Africana dei Diritti dell'Uomo, Maputo 2003, art.1/e

PRESENTAZIONE
(Regione Toscana)

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono da molto tempo oggetto di un acceso dibattito che sta favirendo l'adozione di strumenti legislativi, a livello sia nazionale che internazionale, per combattere questo fenomeno ed arrivare all'eliminazione di ogni discriminazione contro le donne.

La Regione Toscana si è attivata per promuovere su tutto il territorio una visione non razzista del problema delle MGF e delle sue innumerevoli sfaccettature, sottolineando l'urgenza di misure adeguate di intervento. Per questo motivo dal 2004, in seno alla Giunta della nostra Regione, è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare (costituito da operatori del Servizio Sanitario Regionale, da esperti universitari e da rappresentanti di Associazioni maggiormente coinvolte) per migliorare la conoscenza del fenomeno MGF e stimarne alcuni aspetti quali-quantitativi, già osservati dagli operatori dei servizi sociosanitari territoriali pubblici della Toscana. Un'indagine svolta dal gruppo di lavoro presso gli operatori sociosanitari delle aziende sanitarie della Toscana ha messo in rilievo la mancanza di materiali formativi e informativi rigorosi capaci di rispondere alle esigenze di conoscenza di settori specializzati e non.

La Regione Toscana è convinta che sia ormai maturo il tempo per proporre interventi e programmi utili a rendere operativi i pronunciamenti e le dichiarazioni che in sedi internazionali hanno già stigmatizzato le MGF, ed eliminare nella nostra società il perpetuarsi di tali pratiche. Il gruppo di lavoro presenta un ampio e articolato documento, che contiene un approfondimento della problematica delle mutilazioni dei genitali femminili e indicazioni che serviranno agli operatori dei servizi territoriali e ospedalieri per affrontare il problema.
Questa pubblicazione vuole essere il punto di partenza per coinvolgere gli Enti Locali toscani, le Aziende Sanitarie, le Associazioni di volontariato che operano con immigrati nella messa in atto strategie operative per prevenire le MGF.

PRESENTAZIONE
(Associazione Nosotras)

In tutto il mondo e attraverso tutta la storia umana, le donne sono state vittime di forme di violenza tradizionalmente tollerate. Uno sguardo alla situazione delle donne e delle ragazze africane rivela che esse sono ancora sistematicamente soggette a pratiche che compromettono pesantemente la loro integrità fisica, la loro salute psichica, la loro stessa vita.
Le mutilazioni genitali sono una di queste pratiche, senza dubbio una delle più terribili.
L'ammontare del danno da esse provocato nella vita di milioni di donne non è stato accertato, e forse è incalcolabile.

Da anni l'Associazione Interculturale di Donne Nosotras si è impegnata nella lotta alle MGF, organizzando sul territorio interventi di ricerca, sensibilizzazione, informazione e formazione. Membro della rete europea Euronet, di cui fanno parte 60 organizzazioni femminili che si occupano della prevenzione delle MGF nei paesi di immigrazione, e del network Inter African Commitee - il Comitato Inter Africano per la lotta alle pratiche tradizionali lesive della salute e dei diritti delle donne e delle bambine - l'Associazione ha perseguito l'obiettivo di creare ponti di comunicazione e di confronto tra la realtà italiana e toscana in particolare, e le organizzazioni che a livello sia africano che europeo si sono mobilitate per sradicare il fenomeno, così da favorire lo scambio di esperienze, informazioni, abilità e buone pratiche.

Ci auguriamo che l'opuscolo informativo che qui presentiamo costituisca un valido strumento non solo per capire cosa sono e cosa comportano le MGF, ma anche per intenderne le cause e le implicazioni, e soprattutto per meglio comprendere e meglio curare le donne che ne sono vittime e spesso, purtroppo, anche trasmettitrici.

Vorremmo che queste pagine servissero a diffondere, presso gli operatori, gli amministratori e la cittadinanza tutta, un atteggiamento di sensibilità e di ascolto nei confronti della popolazione immigrata. Solo se prenderano le mosse da tale atteggiamento, infatti, gli interventi di prevenzione e di contrasto delle MGF potranno essere accolti dalla popolazione implicata nella pratica come misure di protezione e non come atti di alienazione e di prevaricazione.

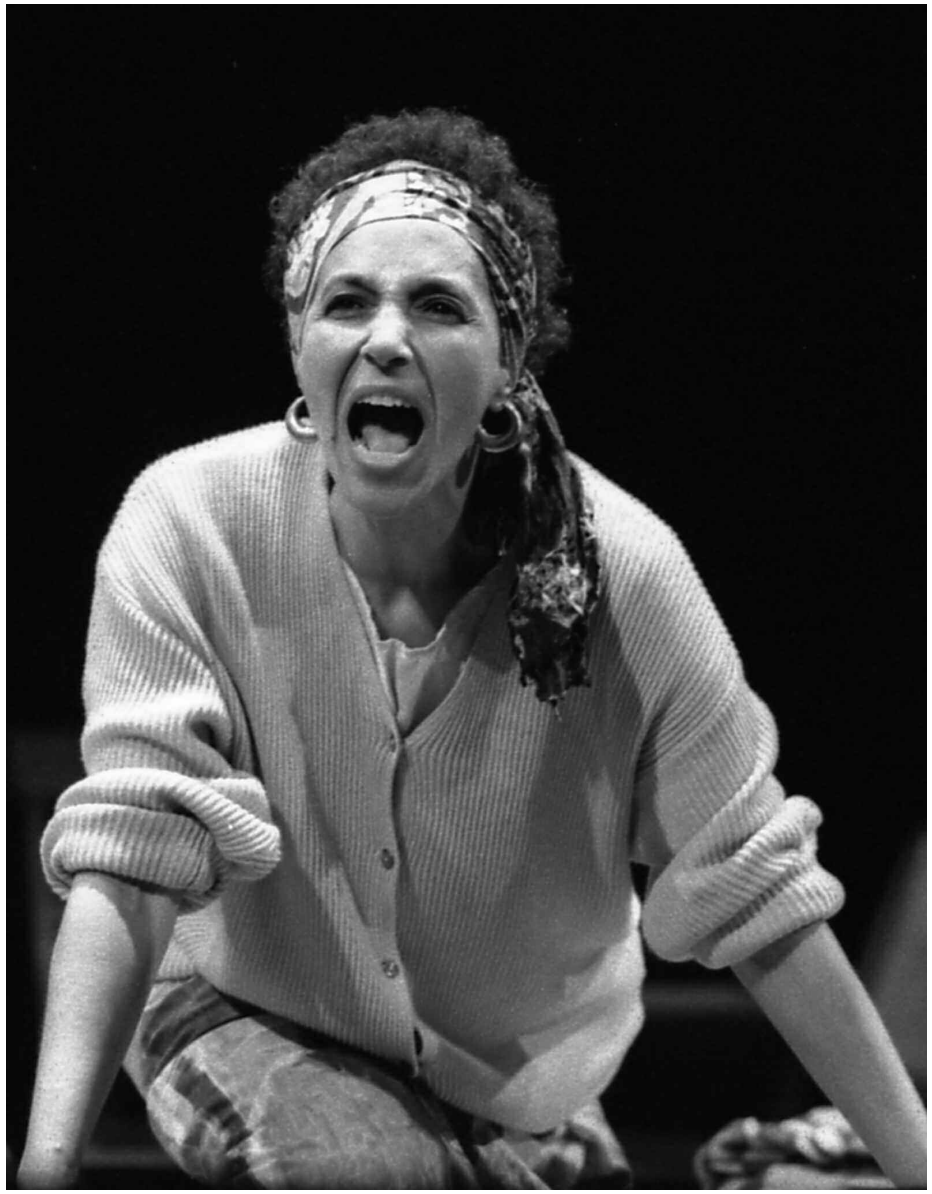
INTRODUZIONE

Il dato che per molto tempo ha contraddistinto il fenomeno delle Mutilazioni genitali femminili (MGF) è la poca chiarezza: l'ambiguità degli approcci e la confusione nelle informazioni. Ad un lungo periodo in cui non se ne parlava affatto è seguito un altro in cui se ne parla in modo inadeguato e, in certi casi, fuorviante e dannoso. Ciò non fa che aumentare il senso di sgomento, una sorta di rifiuto del pensiero che non riesce a darsi una spiegazione.
Per contro, la consistenza stessa del fenomeno si impone alla nostra coscienza e diventa una ragione per cercare di capire e per impegnarsi nel contrastarlo e sradicarlo: per far sì che le MGF appartengano definitivamente al passato.
Un passo decisivo è individuare gli elementi che contribuiscono a rendere le MGF un fenomeno indecifrabile:

- il silenzio della scienza, della politica e dei media, fino a poco tempo fa; e il silenzio delle stesse persone coinvolte che, sotto forma di "segreto", converte le MGF in un fatto/argomento tabù;
- l'enorme varietà di forme, modalità, tipologie, momenti della vita in cui avviene l'intervento;
- la falsa assegnazione delle MGF all'ambito religioso e in particolar modo islamico;
- una oscurità totale riguardo alla storicità delle MGF, ovvero ai fattori che ne hanno determinato il sorgere, l'adozione e il mantenimento. Vale la pena qui accennare alla possibilità che queste pratiche, come ogni tratto socioculturale, siano mutate nel corso dei secoli, e che siano state tanto abbandandonate quanto adottate dalle varie popolazioni;
- l'ignoranza su quanto sta succedendo in Africa, sulle trasformazioni in atto e sull'impegno attuale di gran parte degli stati africani per sradicare il fenomeno;
- l' incoerenza dell'approccio politico spesso marcato da una forma di relativismo culturale che, trincerandosi dietro un presunto "rispetto delle culture" e sostenendo di ripudiare l'etnocentrismo e il razzismo, suggerisce che nella tutela dei diritti si possa agire seguendo due pesi e due misure;
- l'ambiguità e la parzialità degli studi dedicati all'argomento, che contribuiscono in modo non trascurabile a costruirlo come fenomeno oscuro e confinante con l'inumano. L'approccio più diffuso ci presenta le MGF come un elemento "culturale" o "religioso" di cui le popolazioni interessate non potrebbero fare a meno, pena la perdita della propria "identità culturale". A questo punto il cerchio si chiude: queste pratiche divengono un autentico oggetto impensabile. Sono rimandate ad un "là" in cui le cose funzionano altrimenti che "qui" – un mondo altro rispetto all'umano che conosciamo.

Per uscire dall'impasse conoscitiva che è anche uno scacco emotivo (poiché la nostra esigenza di mobilitarsi è completamente ridotta all'impotenza), è necessario fare alcuni passi metodologici e teorici, e analizzare il fenomeno MGF nell'enorme complessità delle questioni che vi sono implicate. Le MGF non sono un problema esclusivamente sanitario, tanto meno un problema esclusivamente giuridico e penale. Sono fenomeni delicati e compositi, emotivamente coinvolgenti sia per chi le subisce che per chi si trova a doverle affrontare, prevenire o curare.
Approssimarsi al fenomeno significa disporsi a una riflessione ampia, esaminare temi e problemi che attraversano e investono la nostra contemporaneità: l'irrigidimento di alcune nozioni come "cultura", "identità", "etnia", "comunità", "tradizione", che spesso diventano un paravento che ci impedisce di avvicinare le persone, con i loro vissuti complessi, irripetibili, unici; la condizione dei migranti, oggetto del razzismo e della negazione dei diritti di cittadinanza che determina la chiusura e la difesa ad oltranza della propria "identità culturale"; il delicato rapporto tra rispetto delle differenze culturali e difesa dei diritti umani e dei diritti delle donne in particolare; la disparità delle relazioni di genere, la subordinazione femminile a tutti i livelli della vita sociale e la violenza strutturale contro le donne che attraversa, in forme diverse, tutte le società.
Ma soprattutto, per comprendere davvero il fenomeno, e per individuare strumenti e strategie adeguate per combatterlo, è necessario porsi all'ascolto delle donne africane che, sempre più numerose, lottano nei paesi di origine e in quelli di emigrazione per sconfiggere le MGF. Le voci e i volti di alcune di queste donne faranno da contrappunto a tutti gli argomenti trattati nel Profilo. Siamo infatti convinte che la risposta definitiva alle MGF possa venire solo dalle donne che le conoscono bene per averle subite e per esservisi opposte, spesso pagando prezzi altissimi.
Ci auguriamo che questo Profilo rappresenti un utile strumento di informazione, ma anche e soprattutto che sia uno strumento di sensibilizzazione e di presa di coscienza per coloro che, lavorando in campo sanitario e sociale, sono chiamati a essere agenti del cambiamento.

Mila Busoni



Almateatro, “Righibè”, 1994

PARTE PRIMA

COSA SONO LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

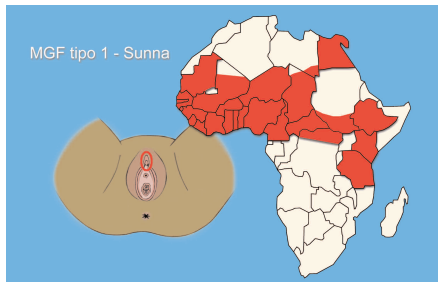
«Credo che la maggior parte di quelle di noi che lavorano sulla violenza contro le donne, soprattutto sulla violenza sessuale, siano convinte che si tratta di una vera e propria mutilazione. Dicono che è solo un taglio. Ma quello che è stato fatto a me e alla mia famiglia non è un taglio. E’ mutilazione. Io sono mutilata».

Isatou Touray, Associazione Gambotrap, Gambia

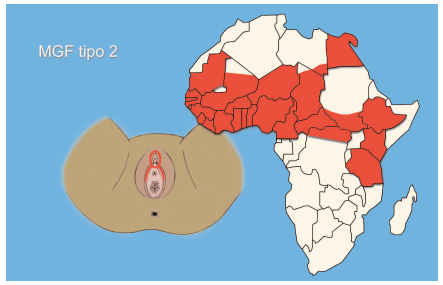
Isatou Touray

1. TIPOLOGIE

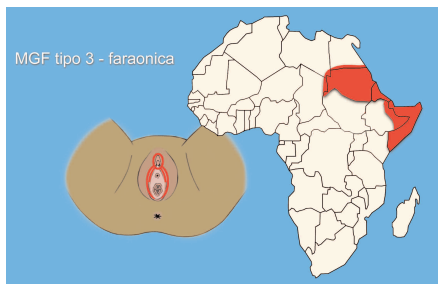
Le mutilazioni genitali femminili sono una delle forme più atroci e devastanti di violenza sul corpo delle donne. L'Organizzazione Mondiale della Sanità le ha suddivise in quattro tipi.



Tipo I "Circoncisione" . Consiste nel taglio del prepuzio della clitoride. Nei paesi musulmani nota con il termine *sunna* (tradizione).



Tipo II "Escissione o clitoridectomia". La rimozione, totale o parziale, della clitoride e delle piccole labbra.



Tipo III "Infibulazione o circoncisione faraonica". Rimozione della clitoride, delle piccole labbra e di gran parte delle grandi labbra, e successiva sutura dei lembi rimanenti della vulva con l'occlusione pressoché totale dell'introito vaginale, di cui resta solamente una piccola apertura per il passaggio difficile e doloroso dell'urina e del sangue mestruale.

Tipo IV Include pratiche svariate tra cui: l'incisione, il percing o lo stiramento della clitoride e/o delle grandi labbra; l'abrasione dei tessuti circostanti l'orifizio vaginale (angurya cuts) o l'incisione della vagina (gishiri cuts); l'introduzione di sostanze corrosive o erbe astringenti nella vagina.

Questa classificazione tuttavia va intesa come una approssimazione con carattere più riassuntivo che descrittivo: le forme e le modalità delle mutilazioni dei genitali femminili sono molteplici, si modificano nel tempo, ne esistono infinite varianti. Esiste, per esempio, una forma "chiusa" di escissione, praticata prevalentemente in Africa Occidentale, che determina una chiusura della vulva analoga a quella dell'infibulazione, poichè il sangue viene fatto coagulare sulla ferita suturandola. Bisogna anche considerare che, a causa del tabù che circonda la pratica e dell'età precoce in cui viene effettuata, spesso le donne mutilate non sono in grado di descrivere il tipo di intervento subito e di individuare gli organi compromessi.

Recentemente l'Oms ha introdotto nella sua classificazione una quinta tipologia, riferita a "pratiche simboliche che comportano l'escissione o la foratura della clitoride per fare uscire alcune gocce di sangue".

Congresso IAC, Bamako, Mali 2005

2. ORIGINE, DIFFUSIONE E TASSI DI PREVALENZA

L'origine delle MGF è certamente pre-cristiana e pre-islamica. C'è chi le fa risalire all'epoca dei Faraoni in Egitto, basandosi sul fatto che sono state rinvenute mutilazioni genitali sulle mummie. L'infibulazione - detta appunto "faraonica"- sembra fosse praticata dagli Egizi e dagli abitanti della Nubia, regione situata tra l'Egitto e il Sudan. Erodoto (V sec. a.C.) scrive di interventi sui genitali femminili tra le popolazioni egizie, ittite e fenicie.

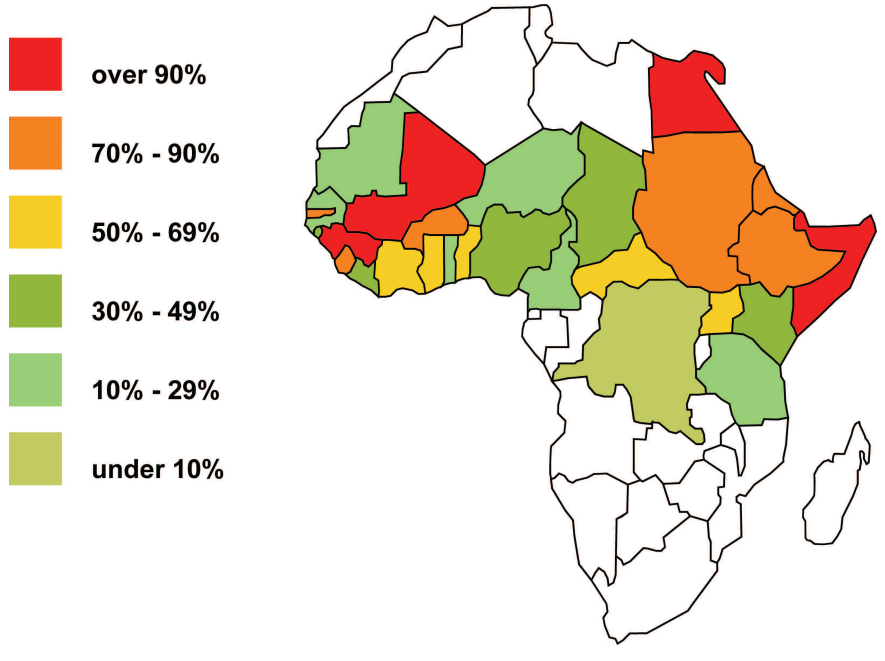
Attualmente le MGF sono praticate in 28 paesi compresi nella fascia sub sahariana dell'Africa, oltre che in Egitto (vedi la Mappa). La pratica è conosciuta anche in Medio Oriente, dove viene effettuata in alcune zone dello Yemen, dell'Oman, della Giordania, e in alcune comunità curde dell'Iraq. In misura più limitata, sono state riscontrate forme di mutilazione dei genitali femminili anche in alcuni paesi asiatici come la Malesia e l'Indonesia e in alcune zone dell'India e dello Sri Lanka.

Secondo una stima dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra 100 e 140 milioni di donne e bambine in tutto il mondo hanno subito una qualche forma di mutilazione dei genitali e 2 milioni di bambine rischiano di subirla ogni anno.

I tassi di prevalenza variano molto da paese a paese: dal 5% stimato in paesi come il Niger o il Congo, al quasi 100% registrato in Somalia, Egitto, Guinea, Mali. Ma le medie nazionali spesso nascondono variazioni significative all'interno del paese, con una diffusione irregolare.

In Senegal, per esempio, la prevalenza media è stimata intorno al 30%. Ma i tassi variano secondo l'area geografica considerata e in relazione al gruppo e all'appartenenza religiosa. Le MGF nella forma dell'escissione (tipologia 2) sono diffuse nelle regioni di Kolda (94%), Tambacounda (93%), Saint Louis (86%). Per quanto concerne la appartenenza etnica, le MGF sono più frequenti presso i Soniké (78%) e i Pular (62%), mentre sono molto più rare nell'etnia dominante, i Wolof, che sono il 45% della popolazione (2%). Tra i musulmani il tasso di prevalenza è del 29%, tra i Cristiani l'11%, tra gli animisti il 16%. (Fonte: Unicef, *EDS Senegal* 2005).

L'emigrazione dall'Africa verso i paesi industrializzati ha portato alla diffusione delle MGF anche in altri continenti: America settentrionale, Australia, Europa. In vari paesi europei da alcuni anni si segnala la presenza di un considerevole numero di donne mutilate.
Mancano tuttavia dati certi sulla prevalenza e le caratteristiche delle MGF nei paesi di emigrazione. Di solito si ricorre a un calcolo approssimativo, estrapolando il numero delle donne che si suppongono mutilate e delle bambine potenzialmente a rischio dai dati concernenti la presenza di immigrate provenienti dai paesi interessati dalle MGF. Ma tale calcolo non tiene conto dei possibili cambiamenti di mentalità e di orientamento circa la pratica determinati dal confronto con il contesto sociale e culturale dei paesi di emigrazione.



La principale fonte di dati sulla prevalenza e la natura delle MGF è costituita dalla Measure DHS, (Demographics and Health Surveys): un programma finanziato dall'Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale (USAID), che fornisce assistenza ai paesi in via di sviluppo per la raccolta, l'analisi e l'uso di dati al fine di monitorare i programmi nei settori della popolazione, della sanità e della nutrizione. Le inchieste DHS, integrate dalle indagini MICS dell'Unicef, forniscono anche dati disaggregati che permettono di valutare l'incidenza del fenomeno per regioni o provincie, per gruppi etnici, per età, grado di istruzione etc.

La prevalenza delle MGF per paese, secondo i risultati delle inchieste DHS

Paese	Anno dell'inchiesta	Prevalenza
Mali	2001	91.6%
Egitto	2000	97.3%
Eritrea	2001-02	88.7%
Costa d'Avorio	1998-99	44.5%
Burkina Faso	2003	75.0%
Nigeria	2003-04	18.9%
Kenya	2003	33.7%
Guinea Conakry	1999	98.6%
Sudan Settentrionale	1989-90	89.2%
Etiopia	2000	79.9%
Mauritania	2000-01	71.3%
Repubblica Centroafricana	1994-95	43.43%
Yemen	1997	22.6%
Tanzania	1996	17.9%
Benin	2001	16.8%
Niger	1998	4.5%

3. LA TERMINOLOGIA

L'espressione inglese "Female Genital Mutilation" corrispondente a quella italiana "Mutilazione Genitale Femminile" (da cui le rispettive sigle FGM e MGF) è la denominazione accreditata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e recepita nei documenti ufficiali delle Nazioni Unite.

I termini usati tradizionalmente per indicare le mutilazioni genitali sono molteplici (vedi tabella n. 2). Il termine "circoncisione femminile" era ed è la definizione più usata. Ma molte attiviste e studiose considerano questo termine inadeguato e ambiguo poiché, stabilendo un parallelismo con l'intervento di ablazione praticato sul prepuzio dei maschi ebrei e musulmani, non dà la misura della gravità dei danni fisici e psicologici provocati dalla mutilazione femminile, molto più invasiva. Il parallelismo tende anche a occultare il fatto che le MGF sono espressione di una disparità di genere che assegna alle donne una posizione di subalternità, creando in esse una percezione negativa del corpo e della propria sessualità.

Per queste ragioni, il termine "mutilazione" è sembrato il più idoneo a descrivere ciò che una donna subisce quando viene sottoposta alle MGF: mutilazione del corpo, della psiche e della vita.

Alcune organizzazioni e studiose occidentali sostengono tuttavia che tale termine contiene un giudizio di valore che lo renderebbe inaccettabile presso le popolazioni coinvolte. In effetti alla Conferenza Mondiale delle Donne di Copenaghen (1980), una delle prime occasioni di dibattito internazionale sulle MGF, le attiviste africane si opposero all'uso della parola "mutilazione" giudicandola offensiva delle proprie tradizioni. Il termine fu però successivamente adottato proprio da un importante network africano, l'Inter-African Committee (Congresso di Addis Abeba, 1990). Attualmente sono le attiviste africane a sostenerlo con più convinzione contro termini sostitutivi come "cutting - taglio", o addirittura "modificazione dei genitali", che appaiono ambigui o impropri. Il fatto che le donne riconoscano la gravità della mutilazione subita e la nominino come tale, è una premessa necessaria perchè non si convertano, a loro volta, in mutilatrici delle proprie figlie.

Alcuni termini usati tradizionalmente

Paese	Lingua	Termine tradizionale	Significato
Egitto	Arabo	*Tahara*	Dall'arabo "tahar", che significa pulito o purificato.
Egitto	Arabo	*Khitan*	Circoncisione maschile e femminile.
Egitto	Arabo	*Khifad*	Dall'arabo "khafad": ridurre
Ethiopia	Amharico	*Megrez*	Circoncisione/tagliare
Ethiopia	Harrari	*Absum*	Rituale
Eritrea	Tigrino	*Mekhnishab*	Circoncisione/tagliare
Kenya	Swahili	*Kutairi (wasichana)*	Kutairi = circoncisione Kutairi wasichana = circoncisione delle ragazze
Nigeria	Igbo	*Ibi/Ugwu*	Tagliare, usato sia per la circoncisione maschile che per quella femminile.
Sierra Leone	Temeneè Mandingo Limba	*Bondo*	Iniziazione/formazione
Sierra Leone	Mendeè	*Sonde*	Iniziazione: rito di passaggio
Somalia	Somalo	*Gudniin*	Circoncisione maschile e femminile.
Somalia	Somalo	*Hallaleys*	Dall'arabo "halal"= purificazione, pulizia.
Somalia	Somalo	*Qodbin*	Cucire, stringere (riferito all'infibulazione)
Sudan	Arabo	*Tahoor*	Dall'arabo "tahar": purificare
Sudan	Arabo	*Khifad*	Dall'arabo "khafad": ridurre

(fonte *Idil* 2003)

ASPETTI SOCIALI E CULTURALI DELLE MGF

«Questa lotta è cominciata bisbigliando. La bisbigliavamo in occasione della festa della donna, della giornata mondiale della sanità, o anche della festa dell'Indipendenza. Un giorno sono intervenuta in una conferenza in un paese africano e si è parlato dell'escissione, del matrimonio precoce, delle ragazze prelevate e date in matrimonio ai vecchi. Quella volta abbiamo parlato a voce molto alta. Abbiamo parlato dei doveri del ministero della salute, dei doveri della giustizia. Il ministro che presiedeva alla sessione, aveva appena sposato una bambina di 10 anni, che era stata escissa, e dopo la sua guarigione glie-l'avevano data in moglie. Quando la sessione è terminata lui ha detto: 'fareste meglio ad andare a dormire e non impicciarvi dei matrimoni precoci. Se Mme Touré vuole venire ad aiutarci qui, deve sapere che anche lei fa parte dei costumi e degli usi dell'Africa»

Marie Touré, Sage Femme, IAC, Senegal

Marie Touré

1. IL CONTESTO SOCIALE

Le MGF trovano la loro causa prima nella asimmetria delle relazioni tra uomini e donne, e condizionano la vita sociale delle donne dalla nascita al matrimonio al parto, fino alla morte. Proprio in riferimento alle loro radici nel tessuto sociale, la loro eliminazione viene indicata con il termine “eradicazione”.

L'età delle bambine e/o delle donne sottoposte all’intervento varia a seconda dell’area e del gruppo d’appartenenza. Prevalentemente le MGF vengono praticate all'età della pubertà, su bambine dai 6 ai 12 anni. Ma ci sono gruppi che le praticano pochi giorni dopo la nascita, e altri che vi sottopongono le donne già adulte prima delle nozze o nel periodo immediatamente precedente il primo parto. All'apertura vaginale provocata dal parto può seguire la reinfibulazione, e ciò può ripetersi in occasione dei successivi parti per un indefinito numero di volte, in base agli usi del gruppo di origine o alla volontà del partner.

A effettuare l’intervento di mutilazione, soprattutto nelle campagne, sono praticanti tradizionali principalmente donne (*exciseuses*), che spesso operano con strumenti rudimentali e in condizioni igieniche precarie che comportano un alto rischio di infezione e di contagio HIV.
Paradossalmente sono proprio le madri (o le nonne, le zie, le parenti prossime) a contattare l'*exciseuse* e a sorvegliare che l'intervento venga praticato secondo le regole. Le violenze, le minacce, le imposizioni del clan familiare e della comunità si riproducono così proprio tramite le donne, che da vittime si trasformano in mutilatrici delle proprie figlie, nella convinzione di fare il loro bene garantendone l' accettazione all'interno della comunità. Il rifiuto è un atto veramente eroico e comporta prezzi altissimi.

Per le donne non mutilate l'ostracismo della comunità può essere molto pesante. Per assicurare la perpetuazione della pratica, vengono messi in atto potenti sistemi di convincimento, che comprendono il rifiuto della donna non mutilata come sposa, il rischio di ripudio immediato della moglie che si rivelasse intatta, la derisione pubblica fino alla minaccia di mutilazione in pubblico al momento delle nozze, l'istillamento di paure ancestrali. In Togo, Mali e Senegal, come altrove in Africa, le ragazze non mutilate non possono servire i pasti per via della loro presunta impurità. In alcune comunità della Mauritania, le donne non escisse non possono essere seppellite con il rituale d’uso, e la famiglia procede all’asportazione della clitoride durante la preparazione della salma.

Gli uomini africani tendono a defilarsi dalla responsabilità delle mutilazioni e a dire che esse sono "un affare di donne". In realtà, benché possano non apparire come i principali autori materiali, sono quelli che le sostengono e le alimentano. Dietro ogni donna mutilata c'è un uomo che rifiuta di sposare una donna integra.

2. LE MOTIVAZIONI DELLA PRATICA

Le MGF sono nella sostanza forme di controllo della sessualità femminile e di appropriazione del corpo delle donne.

> La sessualità femminile è stata ed è repressa universalmente, in vari modi. Le stesse mutilazioni genitali sono state praticate, in epoche diverse, in molte parti del mondo. Le schiave dell'antica Roma portavano uno o più anelli di metallo infilati attraverso le grandi labbra al fine di evitare che rimanessero incinte. Le cinture di castità furono introdotte in Europa dai crociati durante il XII secolo. E la clitoderidectomia era praticata come rimedio chirurgico alla masturbazione sia in Europa che negli Stati Uniti fino al secolo scorso. (Fonte: Sirad Salad Hassan 1996).

Al di là di questa motivazione di fondo, più o meno confessata, esistono molteplici e svariate ragioni che vengono addotte per la perpetuazione della pratica: un insieme di miti, convinzioni, codici di condotta e valori, che alcuni collegano a dettami religiosi, altri ad istituti tradizionali tramandati nel corso dei secoli.

La consuetudine

Tra le popolazioni che le praticano, le MGF sono considerate parte di una tradizione molto antica, e tale antichità diventa un argomento per continuare a praticarle. Nel contesto di immigrazione l'osservanza della tradizione come mezzo di difesa e conservazione dell'identità e dell'appartenenza di gruppo può diventare anche più severa. Numerosi studi comparati hanno mostrato che la pressione sulle donne cresce quando la comunità si sente minacciata dall' 'altro', e alcune delle pratiche culturali loro imposte (velo, reclusione, matrimoni forzati) possono essere più estreme e rigide che nei paesi d'origine.

Motivazioni psico-sessuali

Le MGF sono considerate un sistema per attenuare il desiderio sessuale della donna e prevenire rapporti sessuali prematrimoniali o extramatrimoniali. La clitoride è ritenuta erroneamente la sede del desiderio sessuale, e si crede che la sua rimozione controlli l'"ipersessualità" femminile favorendo così la castità. Una ragazza non mutilata è considerata "poco seria", "leggera", "calda".

Altre credenze si assiepano attorno agli organi genitali femminili:

- La clitoride sarebbe un organo aggressivo, pericoloso sia per l'organo maschile che per il feto: si crede possa provocare gravi malformazioni o addirittura la morte del nascituro se questo viene a contatto con essa al momento del parto.
- Alcune testimonianze riportano la credenza secondo la quale la secrezione delle ghiandole dei genitali di una donna non mutilata uccide lo spermatozoo nella vagina. Viceversa, alcuni credono che le MGF rendano le donne più fertili.
- Si ritiene che la clitoride sia un pene in embrione, e che se non viene tagliata possa crescere sino a diventare simile all'organo maschile, compromettendo irrimediabilmente la femminilità della donna.

Motivazioni igieniche ed estetiche

I genitali femminili esterni sono considerati impuri e sporchi e la loro rimozione è considerata una misura igienica. In arabo la circoncisione è detta *tahur* che significa purezza e pulizia. Si sostiene che le secrezioni prodotte dalle ghiandole nella clitoride, nelle piccole labbra e nelle grandi labbra producano un cattivo odore.

Motivazioni economiche

La pratica delle MGF è anche una professione, e rappresenta spesso l'unica fonte di reddito per coloro che la eseguono. Le/i praticanti tradizionali tendono dunque ad esercitare la loro influenza affinché la tradizione mutilatoria non venga abbandonata, sollecitando le famiglie che tardano a decidersi e stigmatizzandole presso l'intera comunità in caso di rifiuto.

Motivazioni sociali

Nei contesti in cui vengono praticate le MGF rappresentano una delle condizioni fondamentali per il matrimonio, cui è vincolato l'onore e la rispettabilità della famiglia. Le si considera infatti una garanzia di verginità, un sistema per proteggere e preservare la castità delle giovani. In molte società africane la prova della verginità è parte integrante della transazione matrimoniale.
In alcuni contesti la mutilazione è legata ai riti d'iniziazione che marcano il passaggio all'età adulta. L'evento è accompagnato da cerimonie assai elabora-

te con musiche, danze e canti che indicano alle ragazzine le caratteristiche e i comportamenti di una buona moglie e madre. Il rituale ha anche lo scopo di insegnare alla bambina a vincere la paura, a sopportare il dolore fisico o morale senza la minima manifestazione esteriore, perché le si dice che è chiamata a "partorire nel dolore" (come è scritto anche nella Bibbia). Oggi, questi cerimoniali hanno perso il loro significato perché nella maggior parte delle società la pratica è effettuata molto prima del raggiungimento della pubertà, e dopo l'evento il ruolo sociale della bambina non subisce alcun mutamento.

3. MGF E RELIGIONE

«Culturalmente, se io che sono una donna dico che non si deve mutilare una bambina questo non ha peso. E' molto più probabile che diano ascolto a un uomo, un Imam, se dice che il Corano non ammette queste pratiche, questo ha più peso. Perché mi accusano di essere una donna occidentalizzata quando lotto per l'abbandono della pratica».

Zakia Abdessalan Alm
Parlamentare somala, segreteria generale SSWC, Somalia

Molti sono convinti che le MGF siano una prescrizione religiosa, e in particolare un dettato dell'Islam. In realtà non c'è alcun riferimento all'escissione nel Corano. Infatti nella maggior parte dei paesi musulmani - asiatici ed africani- le MGF non vengono praticate, mentre, laddove esistono, colpiscono anche fette di popolazione di religione cattolica, copta, animista, ebraica (comunità Fallasha in Israele). Tuttavia, gran parte delle donne che le subiscono sono convinte che le MGF siano *sunna*, una prescrizione del libro sacro, e che bisogna sottoporvisi per essere "pure".

Le parole dell'inganno: la *sunna*

La parola *sunna* viene dalla lingua araba e vuole dire genericamente "consuetudine, modo abituale di comportarsi, tradizione". In ambito religioso, essa indica le consuetudini di Maometto nelle varie circostanze della sua vita, e per i credenti rappresenta un esempio da imitare e ha valore di norma. La *sunna* si desume dagli *hadith*, ossia dalle tradizioni canoniche di detti o fatti di Maometto, e sin dalla fine del secolo I° dell'Egira fu considerata un complemento del Corano dal valore normativo. La sunna è quindi collocata quale secondo fondamento, dopo il Libro sacro, dei rituali e del diritto. La confusione con le MGF sorge dall'uso surrettizio del termine *sunna* per indicare il primo tipo di mutilazione dei genitali.

Il perdurare dell'equivoco è assai rivelatore di un assetto della conoscenza che possiamo definire "di genere": tradizionalmente sono gli uomini che interpretano le sacre scritture, e che accedono al grado di istruzione religiosa che permette di conoscere il corpus dei testi sacri da cui risulta, con tutta evidenza, che tali pratiche non appartengono al canone dell'ortodossia. Ma teologi e imam non si sono troppo preoccupati di chiarire l'equivoco. L' "impurità" è anzi stata usata come motivazione per proibire alle ragazze non mutilate di studiare il

Corano, e in alcuni paesi in Africa le ragazze non mutilate non possono avvicinarsi alle tavolette coraniche per non inquinarle. In sostanza, finchè i leaders religiosi non prendono una posizione nettamente contraria alle MGF, la religione opera di fatto in direzione del loro mantenimento. Vanno tuttavia segnalati casi più recenti di Imam attivamente coinvolti nelle campagne di contrasto.

Recentemente sono anche state promosse iniziative in ambito internazionale con l'obiettivo di coinvolgere gli Imam in una dichiarazione pubblica collettiva circa la non ortodossia della pratica delle MGF. La Conferenza sub-Regionale organizzata a Gibouti nel febbraio 2005, che ha riunito i capi religiosi africani per un confronto sulle implicazioni teologiche delle MGF, si è conclusa con una dichiarazione che ribadisce che ogni tipo di MGF è contrario ai precetti dell'Islam. Tuttavia questo risultato si deve largamente alle pressioni e le proteste delle donne presenti, che hanno vivamente contestato la propensione degli Imam a limitare la condanna delle MGF alla forma più cruenta, l'infibulazione, e a legittimare invece la *sunna*.

«Secondo noi donne i nostri uomini fanno confusione tra la tradizione e la religione per tutelare il loro potere. In questo modo tengono in pugno la tradizione. Alla conferenza gli Imam del Gibuti hanno sostenuto che le donne vogliono essere troppo libere, che vogliono somigliare alle donne "infedeli". Così, mentre noi aspettavamo che il capo Imam del Gibuti firmasse una dichiarazione sul fatto che le MGF non sono ammissibili dal punto di vista religioso, questi si è presentato con un documento che dichiarava che la sunna è ammessa. Noi abbiamo detto di no. Le donne hanno picchiato pugni e piedi per terra. Tutti i gibutini, e le delegazioni delle donne hanno detto di no».

Nima Omar Awaleh, CNLCPP, Gibouti

Sister Agapie Asaad, Egitto

4. UNA VALUTAZIONE IMPRESCINDIBILE: I RAPPORTI DI GENERE

Per comprendere le MGF è indispensabile analizzare i rapporti tra uomini e donne all'interno delle società in cui esse vengono praticate. Emerge allora un aspetto spesso trascurato, ma centrale: la posizione subalterna delle donne. La forza della pressione sociale, che le porta o può portarle a interiorizzare le MGF come positive o quantomeno come un male necessario, è tanto più potente laddove alle donne non è lasciata scelta. Se l'unico destino che permette loro di sopravvivere è sposarsi, e se per sposarsi è necessario essere mutilate, questo spiega molte cose. Spiega perché le madri, che sperimentano sulla propria persona i danni delle mutilazioni, continuino a sottoporvi le figlie anche quando non le condividono idealmente.

Le indagini DHS rivelano che quasi ovunque la percentuale delle donne che approva la pratica è più bassa di quelle che l'hanno subita. Un esempio: in Burkina Faso l'82% delle donne che hanno subito la mutilazione afferma di essere contraria.

La lotta alle MGF non può che passare, dunque, per un processo di empowerment delle donne che investa tutti i piani della vita sociale: dal rafforzamento delle loro capacità decisionali all'ampliamento delle loro sfere di azione tramite l'accesso alle risorse, all'informazione, all'istruzione, alla salute, al lavoro, al reddito, ai posti di governo.
Collateralmente alle leggi di contrasto alle MGF, debbono essere promossi interventi legislativi in merito alla distribuzione e l'accesso a proprietà, alla successione e l'eredità, e leggi sulla famiglia che disciplinino il divorzio e la tutela figli.

«Il diritto di successione è il fondamento delle nozioni patriarcali della socializzazione delle donne africane, perchè innumerevoli donne sono passive nell'ambito delle sue norme. Se vogliamo che le donne facciano un salto oltre le MGF dobbiamo mettere in questione le norme del diritto di successione. Dobbiamo avviare un processo di empowerment attraverso cui le donne africane si emancipino dalle MGF non grazie ai sussidi internazionali, ma attraverso una presa di potere e di realizzazione di sé.»

Isatou Touray, GAMBOTRAP, Gambia

L'attenzione alle relazioni di genere mette profondamente in questione l'approccio relativistico, che suggerisce di considerare (e rispettare) le pratiche mutilatorie come un portato della "cultura" di altri popoli. In questo approccio diventa invisibile la posizione delle donne, ridotte a soggetti "portatori" - e non produttori- di cultura. Ovunque, la difesa dell' "identità culturale" del gruppo, dell'"onore" della famiglia o della tradizione è ottenuta attraverso la pressione sulle donne.

Anche se le prescrizioni e le connotazioni possono essere diverse da caso a caso, la sostanza resta invariata: le donne sono caricate del «fardello della rappresentanza», e costituiscono il bersaglio delle politiche identitarie che impongono loro codici di comportamento, forme di abbigliamento, modelli estetici cui non possono sottrarsi.

Le parole dell'inganno: "cultura"

E' possibile, oltre che auspicabile, che si diffonda un nuovo modo di considerare i processi e le relazioni socioculturali. Il passo decisivo è mettere sotto la luce dei riflettori il concetto di cultura a cui si richiama il relativismo. Perché contribuisce a occultare ciò che, per quanto riguarda le 'nostre' società, appare scontato: che nella/nelle società i conflitti, gli interessi e le opinioni sono molteplici e possono essere sostenute sul terreno del confronto democratico. Ciò che accade invece quando usiamo l'espressione: "è la loro cultura", è che si lasciano molti sottintesi e punti ciechi: si adombra che la "loro cultura" sia una, condivisa e sostenuta da tutti/e; che corrisponda all'armonia sociale, e che si perpetui da tempo immemorabile sempre identica a se stessa. Così facendo, facciamo torto a loro e a noi; a noi, perché così diventiamo, d'un balzo, razzisti ed etnocentrici; a loro, perché non li riteniamo "degni" di qualificare le loro relazioni socio-politiche e economiche con il termine "società". In sintesi: culture sono sempre le loro: a noi riserviamo il termine società, con tutto quel che implica di compiutamente umano, sociale, politico. L'operazione più grave, senza ritorno, è che si traccia in tal modo una linea netta, anacronistica, del tutto fuori di ogni logica e osservazione del mondo di oggi: la demarcazione tra il 'noi' e il 'loro'. Se c'è un portato utile di quel processo multiforme chiamato globalizzazione è proprio il mettere a fuoco, come prima non era mai successo, che il mondo è ed è stato sempre interconnesso e nessuno sta per conto suo, rinchiuso nella propria "cultura".

Mila Busoni

LE TRASFORMAZIONI IN ATTO

«La pratica, della mutilazione genitale femminile, si tramanda da secoli e secoli. Generazioni intere l'hanno perpetuata. E' una questione che tocca la mentalità delle persone. E un cambiamento dei comportamenti non si può realizzare in un anno, né in 2 anni, né in 10 anni. Per cambiare, per far vacillare una pratica che si perpetua da secoli, ci vogliono anni, è una lotta di lunga durata. E' per questo che abbiamo l'impressione che in questa lotta avanziamo e retrocediamo»

Lamizana Mariam Traoret
Ministra dell'azione sociale e della solidarietà nazionale, Burkina Faso

Lamizana Mariam Traoret

1. CAMBIAMENTI E RESISTENZE

I dati raccolti dalle inchieste DHS in Africa consentono un cauto ottimismo sulla regressione delle MGF. In 9 dei 16 paesi monitorati si registra un netto calo di prevalenza tra le ragazze di età più giovane (da 15 a 25 anni). Generalmente, ma non in tutti i casi, si registra una flessione della prevalenza nelle aree urbane rispetto alle aree rurali, e nelle donne con più alto tasso di istruzione. In 4 dei paesi (Eritrea, Kenya, Nigeria, Mali) in cui le indagini sono state ripetute a distanza di alcuni anni si è registrata anche una flessione della prevalenza generale. Ma le cifre di altri paesi, e soprattutto dei paesi con più alto tasso di prevalenza sono rimaste invariate.

Indagini recenti segnalano inoltre alcuni cambiamenti rilevanti che testimoniano la resistenza ad abbandonare la pratica:

- E' in aumento la medicalizzazione delle MGF: le bambine vengono portate negli ospedali e operate da personale sanitario piuttosto che da praticanti tradizionali. Intorno alle MGF sarebbe così sorto un business che vedrebbe medici e infermieri lentamente sostituirsi agli operatori tradizionali.
- L'età media alla quale una ragazza è sottoposta all'intervento è in diminuzione in alcuni paesi, e soprattutto in ambiente urbano si tende a intervenire prima dell'età scolare, per evitare le campagne di controllo e di contrasto avviate nelle scuole.
- A seguito dell'entrata in vigore delle leggi contro le MGF l'importanza dell'aspetto cerimoniale associato alla pratica è in declino e la mutilazione viene effettuata in sordina, senza troppa pubblicità. (Fonte: Unicef, Digest Innocenti 2005).

Il dato freddo delle statistiche non rende tuttavia giustizia dei processi di cambiamento in atto oggi in Africa. Nel corso degli ultimi venti anni le iniziative contro le MGF si sono moltiplicate, e le campagne di informazione, sensibilizzazione e contrasto hanno contribuito a creare una consapevolezza diffusa non soltanto delle gravi conseguenze sanitarie, ma anche delle radici socioculturali e simboliche che legittimano il perpetuarsi di tali pratiche. Un risultato tangibile e fondamentale è dunque già stato raggiunto: è la rottura del tabù. In Africa, ormai, delle MGF se ne parla, se ne discute. Hanno perduto la garanzia del silenzio e dell'omertà.

Nelle zone rurali, le campagne di contrasto tendono a coinvolgere intere comunità e villaggi così da comprendere le aree in cui avvengono gli scambi matrimoniali. La decisione di abbandonare la pratica si profila dunque come una scelta collettiva che impegna le comunità con una dichiarazione pubblica e solenne, così da diffondere la sensibilizzazione anche alle aree limitrofe.

In Senegal, dal 1977 ad oggi, circa 1500 villaggi hanno pubblicamente dichiarato di abbandonare la pratica. Esperienze pilota sulla falsariga dell' esperienza del Senegal sono in corso in Burkina Faso, Mali, Guinea, Gambia, Sudan, e recentemente in Somalia (Fonte: Colombo e Scoppa 2006).

L'opinione sempre più diffusa tra le organizzazioni internazionali è che l'abbandono delle MGF possa avvenire in tempi rapidi, persino nel giro di una generazione. Tale eventualità è legata alla formazione di una "massa critica" soprattutto tra i giovani: va ricordato che quasi la metà della popolazione africana ha meno di 24 anni. Quando la decisione di abbandonare la pratica si diffonde in maniera sufficiente, le stesse dinamiche sociali "di contagio" che in origine l'avevano consolidata possono servire ad accellerare e a rafforzare il processo del suo abbandono. (Fonte: Unicef, Digest Innocenti 2005)

«All'inizio era un tabù. Non avremmo potuto parlarne tra donne. A maggior ragione non si poteva parlarne davanti a un uomo o parlarne in gruppo, alla radio, alla tv o fare delle conferenze. Se una donna si fermava a parlare di sesso davanti agli uomini, era uno scandalo. Ora invece lo facciamo. E la gente ha cominciato a capire».

Diané Houdouri Barry, SEPTAFE, Conakry Kamaienne

Dianè Houdouri Barry

2. L'INTER AFRICAN COMITTEE

L' Inter African Comittee (IAC), il *Comitato Inter Africano per la lotta alle pratiche tradizionali lesive della salute e dei diritti delle donne e delle bambine,* è il più grande network africano di associazioni femminili. Attivo dal 1984, riunisce le organizzazioni di 28 paesi africani e ha membri attivi anche in Europa, Canada, Giappone e Nuova Zelanda. Il suo obiettivo è l'eliminazione delle "pratiche tradizionali nefaste": oltre alla mutilazione genitale femminile, i matrimoni forzati e precoci, i tabù nutrizionali, l'imposizione dei tatuaggi rituali etc. L'Inter African Comittee è in prima linea nella lotta per sradicare le MGF in Africa attraverso un approccio olistico, multisettoriale e integrato che coinvolge attori e soggetti diversi: medici, ostetriche tradizionali, ex exciseuses, giuristi, giornalisti, politici, leader religiosi, studiosi, insegnanti, comunicatori tradizionali, membri delle comunità, giovani. Il network ha anche contribuito in modo significativo nel promuovere in Africa leggi contro le MGF e nel portare all'attenzione mondiale la gravità del problema attraverso un'intensa attività di advocacy svolta a livello regionale, nazionale e internazionale.

Tra le azioni più significative sul piano internazionale va ricordata la Conferenza Internazionale sulla Tolleranza Zero alle MGF (Addis Abeba, 2003) che ha coinvolto associazioni, governi, istituzioni ONU, parlamentari, legislatori, decision makers, ONG al fine di coordinare gli approcci e armonizzare le attività nella ricerca di una via comune verso l'eliminazione delle MGF. I principali risultati della conferenza sono stati:

- Il lancio di un appello ai governi affinché mobilitino risorse e capacità per sradicare le MGF e altre pratiche tradizionali dannose.
- L'adozione dell'Agenda Comune d'Azione per arrivare all'eliminazione delle MGF nel periodo 2003-2010.
- La proclamazione del 6 febbraio quale Giornata Internazionale della Tolleranza Zero alle MGF. La giornata del 6 febbraio viene attualmente celebrata in Africa e in molte altre regioni del mondo, tra cui la Toscana.

Un' agenda comune per le azioni di "tolleranza zero alle MGF"

Le donne sono state vittime, in tutto il mondo e attraverso tutta la storia umana, di forme di violenza tradizionalmente tollerate.
Uno sguardo attento alla situazione delle donne e delle ragazze africane rivela che, nel nome della tradizione, esse sono ancora sistematicamente soggette a pratiche nefaste quali la mutilazione genitale o il matrimonio forzato in tenera età. L' entità del danno provocato da certe pratiche tradizionali nella vita di milioni di donne non è ancora stata accertata […]
In generale, causa il persistere di pratiche e valori patriarcali, le donne sono escluse dagli ambiti decisionali, anche da quelli che riguardano direttamente la loro integrità fisica. Vengono inoltre distolte dal leggere e interpretare i testi religiosi, così che non possano scoprire quali siano i reali insegnamenti riguardo il loro status e la loro salute. Le donne sono state sottomesse a falsi insegnamenti, che esigono da loro grandi sacrifici e garantiscono grandi benefici per gli uomini.[…]
Il sistema patriarcale ha ottenuto un grande successo nel trasmettere un'immagine negativa del corpo femminile, e le donne stesse hanno interiorizzato la negazione e la svalorizzazione di se stesse.
Questo stato di cose deve cambiare e il cambiamento è possibile. La cultura non è statica ma dinamica. Una tradizione degna di rispetto porta con sé i valori di giustizia e di un eguale trattamento per uomini e donne, ragazzi e ragazze. Una pratica come le MGF non potrebbe e non dovrebbe essere tollerata in questa era in cui il genere umano aspira all' universalità.

Congresso IAC, Bamako, Mali 2004

3. LE STRATEGIE DI CONTRASTO IN AFRICA

La complessità e la delicatezza delle problematiche che contornano le MGF fa sì che la battaglia per il loro sradicamento non possa essere giocata su un unico piano. Le strategie messe in atto in Africa sono molteplici e coinvolgono figure con competenze diverse che lavorano in sinergia.

Interventi e azioni contro le mgf in Africa

- Campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte al pubblico in generale: programmi radiofonici e televisivi; dossier e materiali informativi; musiche, canti, opere di teatro anti- MGF; conferenze e dibattiti. Nelle campagne vengono spesso coinvolti come testimonial leader politici, artisti, sportivi o intere squadre di calcio.
- Campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte alle donne: si utilizzano corsi di alfabetizzazione o corsi sulla salute per affrontare i danni provocati dalle MGF.
- Campagne di informazione e sensibilizzazione nelle scuole e nelle università: workshop e corsi rivolti agli studenti e agli insegnanti.
- Campagne di informazione e sensibilizzazione nei villaggi: interventi "porta a porta", assemblee pubbliche, azioni di sensibilizzazione rivolte agli anziani e ai leader. In queste campagne intervengono medici, comunicatori tradizionali, ostetriche tradizionali.
- Campagne per l'abbandono dei coltelli rivolte alle exciseuses, che vengono formate e coinvolte nelle campagne di contrasto, per illustrare alle donne i danni delle MGF e le ragioni per l'abbandono.
- Azioni di microcredito rivolte alle donne e alle exciseuses che abbandonano la pratica.
- Programmi di sensibilizzazione specifici rivolti ai giovani, sui quali sono puntate le più forti speranze di cambiamento. Coinvolgimento diretto dei giovani nelle azioni di contrasto. Creazione di reti di comunicazione e collaborazione tra giovani residenti in Africa e africani della diaspora.
- Formazione del personale medico come agente di cambiamento.
- Creazione di centri specifici per la cura delle complicanze delle MGF, che svolgono anche un'azione di informazione e prevenzione.
- Coinvolgimento dei leader religiosi per eliminare la convinzione che le MGF siano una prescrizione religiosa.
- Rituali alternativi che segnino il passaggio delle bambine all'età adulta senza ferire il loro corpo né mortificare la loro anima.

LE MGF NEL CONTESTO DELL'IMMIGRAZIONE

«Noi siamo donne africane che vivono in Europa. Abbiamo tre battaglie da combattere. Essere donne, innanzitutto, essere mutilate ed essere africane»
Khady Koita, GAMS, Senegal - Francia

Firenze, Palazzo Vecchio 2003

Trattare la questione delle MGF nel contesto di immigrazione pone problemi specifici che vanno affrontati con strumenti adeguati. Non esistono dati neanche approssimativi sui tassi di prevalenza delle MGF tra le popolazioni immigrate, né sull'orientamento delle donne e delle famiglie rispetto alla pratica.

Dalle poche indagini fatte risulta un panorama complesso determinato da tendenze contrapposte. Da una parte il confronto con l'ambiente sociale e culturale del paese di immigrazione può portare a una maggior consapevolezza dei danni della mutilazione e alla messa in discussione delle ragioni che inducono a perpetuarla. Per contro, all'interno delle comunità emigrate la pressione a mantenere la pratica può addirittura aumentare, perché è più forte il sentimento di difesa della propria "identità culturale" e delle proprie tradizioni. Chi è emigrato da anni spesso ignora i cambiamenti in atto nel paese di origine. Sui genitori che sono approdati a un consapevole rifiuto della mutilazione, la pressione del gruppo e delle famiglie di origine può essere molto forte. Accade che le bambine vengano fatte mutilare, anche all'insaputa dei genitori, durante i periodi di soggiorno in Africa per le vacanze.

Le donne immigrate che hanno subito la mutilazione fronteggiano una situazione doppiamente difficile e dolorosa: al danno fisico e psicologico si somma l'isolamento, a volte l'ostracismo nella società di arrivo, e frequentemente la mancanza di preparazione da parte dei servizi sanitari e sociali ad affrontare il problema. Le conseguenze fisiche della mutilazione possono rappresentare gravi handicap nella vita sociale e lavorativa.

Per le ragazze mutilate cresciute nei paesi di immigrazione le sofferenze sul piano psicologico sono ancora più profonde. La mutilazione può essere percepita come un sopruso e un tradimento da parte della famiglia, e genera un conflitto tra la cultura di origine e l'ambiente in cui esse vivono. Le ragazze si sentono "diverse" dalle loro coetanee e menomate. Custodiscono inoltre un segreto che non può essere condiviso. Le difficoltà aumentano in modo drammatico con i primi approcci sessuali. Il trauma subito da queste ragazze richiede un trattamento psicologico molto complesso e delicato. Alcuni psicologi lo assimilano a quello delle bambine e dei bambini che hanno subito una violenza sessuale.

1. STRATEGIE DI PREVENZIONE E CONTRASTO IN EUROPA

Le battaglie che le donne conducono in Africa per liberarsi dalle mutilazioni trovano una sponda naturale nelle donne "della diaspora", che sono emigrate in Europa o in altri continenti.

A partire soprattutto dagli anni '90, le organizzazioni delle donne africane in Europa hanno condotto un'intensa azione di *lobbying* e di sensibilizzazione, al fine di portare all'attenzione pubblica il problema delle MGF e della loro perpetuazione nei contesti di immigrazione, e di sollecitare i governi europei a intraprendere azioni di contrasto sul piano legislativo, educativo, sociale.

Tra le azioni intraprese in questo ventennio figurano:

- campagne di informazione rivolte alle comunità. In queste campagne si privilegia il coinvolgimento degli uomini e delle donne che hanno deciso di abbandonare la pratica, in qualità di mediatori-sensibilizzatori;
- formazione di operatori della sanità, del sociale e della scuola;
- linee guida, dossier, video e altri e materiali informativi ed educativi per le scuole, le famiglie, le comunità, i mediatori interculturali, gli operatori sanitari e sociali, le associazioni di volontariato;
- ricerche e azioni di monitoraggio sulle strategie e sulle leggi di contrasto alle MGF promulgate nei diversi paesi europei;
- sostegno medico, psicologico e sociale alle donne vittime delle MGF;
- centri per la cura e la prevenzione delle MGF;
- sensibilizzazione dei media e avvio di programmi e spot radiofonici e televisivi sulle MGF;
- progetti di cooperazione con Organizzazioni africane che combattono le MGF.

La rete Euronet

Allo scopo di coordinare le azioni e i progetti avviati in Europa, nell'ottobre del 2000 è nata la rete Euronet, di cui fanno parte 60 organizzazioni femminili che si occupano della prevenzione delle MGF nei paesi di immigrazione e lottano affinché queste pratiche vengano sradicate. Attraverso il Progetto Idil, finanziato nel Programma Daphne dell'UE, il network ha elaborato la prima Guida europea sui metodi per combattere le MGF.

idi
instruments to develop the integrity of lasses

SALVARE LE DIVERSITÁ,
NON LA SOFFERENZA

Rinunciare a una pratica dannosa, non ad una cultura

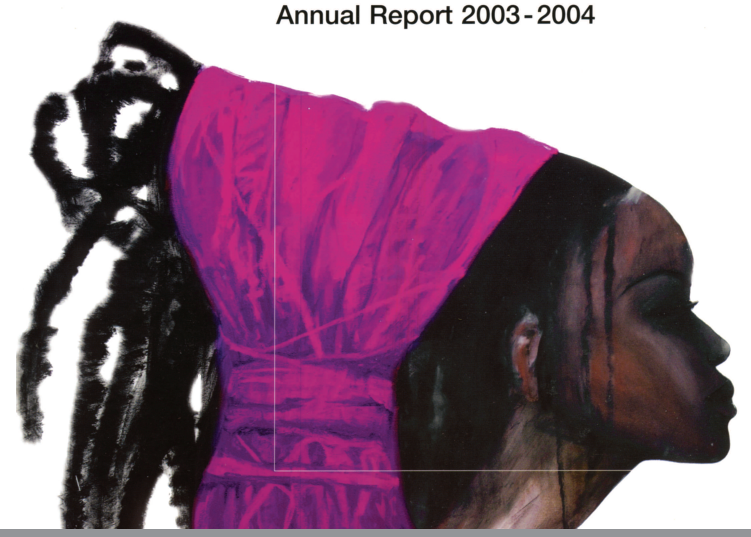
LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI - MGF

Linee guida per operatori

FORWARD

FOUNDATION FOR WOMEN'S HEALTH, RESEARCH & DEVELOPMENT

Annual Report 2003 - 2004

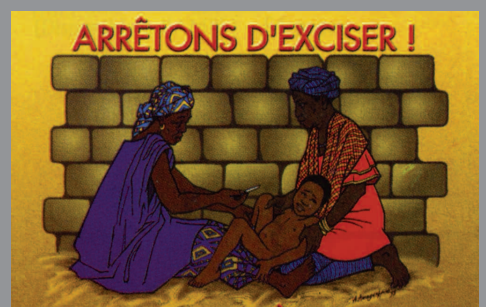


A Five Day International Forum to Strengthen Action against Female Genital Mutilation in Somaliland

ADVANCING IN UNITY

BLACK WOMEN'S HEALTH AND FAMILY

ARRÊTONS D'EXCISER !



L'EXCISION NUIT À LA FEMME !

Agir face aux mutilations sexuelles

Unissons-nous pour l'intégrité de nos filles

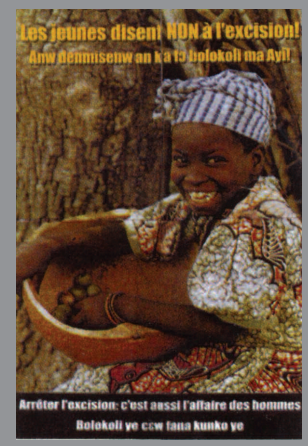
HALTE A L'EXCISION

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA PRATIQUE DE L'EXCISION

TEL. 30 79 15 B.P 515 OUAGADOUGOU

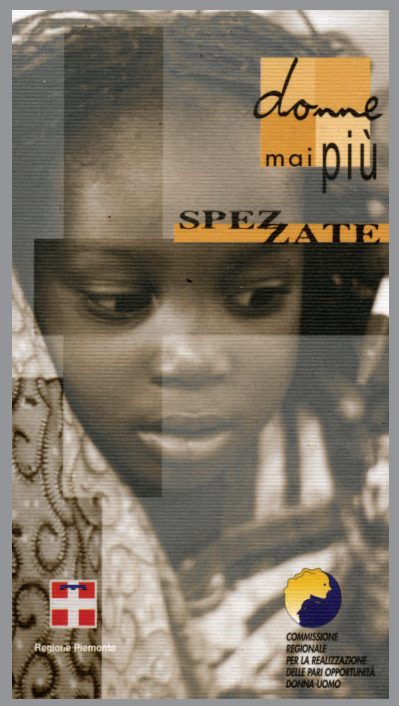
Les jeunes disent NON à l'excision!

Anw dennisenw an k'a to bolokoli ma Ayi!



Arrêter l'excision: c'est aussi l'affaire des hommes

Bolokoli ye cew fana kunko ye



RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTÈRE DE LA PROMOTION DE LA FEMME DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE

MPFEF

PNLE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA PRATIQUE DE L'EXCISION

" Exciser, c'est compromettre la Santé de la Reproduction "

" l'excision nuit à la santé de toute la famille"

" Non à l'excision, oui à la promotion du bien être familial "

Siège du PNLE

BP : 2688 / Tél: 223-20-87 / Fax: 223-30-98

Quartier: Badabougou SEMA-Gesco Rue: 146 - Porte: 254

Email : cnapn-mpfef- @-tambagga.com.ml

WHO/FCH/GWH/01.4
WHO/RHR/01.17
Dist: General
Original: English

Female Genital **Mutilation**

Integrating the **Prevention** and the **Management** of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery.

A **Student's** Manual

Strijd mee tegen meisjesbesnijdenis

Word protector

t a m w a

TANZANIA MEDIA WOMEN'S ASSOCIATION

ANNUAL REPORT 2003

OUR MOVEMENT CONTINUES

IMAGINE THE POSSIBILITIES

2. L'IMMIGRAZIONE FEMMINILE E LA PRATICA DELLE MGF IN ITALIA

Le donne rappresentano attualmente quasi la metà della popolazione immigrata a livello mondiale. Tra la fine degli anni '80 e i primi anni '90 la componente femminile acquista rilevanza anche all'interno dei flussi migratori verso l'Italia: insieme a un numero considerevole di donne che intraprendono individualmente la migrazione da paesi dell'America Centro-Meridionale e dell'Est europeo, arrivano molte donne all'interno di percorsi migratori di tipo familiare dalla Somalia, dall'ex Jugoslavia e dall'Albania. In alcune Regioni, tra cui la Toscana, la presenza di donne immigrate sfiora o persino supera percentualmente quella maschile.

In Italia la componente di donne provenienti dalle aree ove si praticano le MGF è rilevante. Limitandoci all'area africana, quella più interessata dal fenomeno, possiamo calcolare che sono regolarmente presenti circa 34.000 donne potenzialmente vittime delle MGF. La maggior parte proviene dall'area dove viene praticata l'infibulazione: Somalia, Etiopia, Eritrea. Si registra anche un elevato numero di donne provenienti dall'Egitto dove si pratica la mutilazione del primo tipo.

Firenze, Giardino dei Ciliegi, 27.02.2003

3. LA SITUAZIONE IN TOSCANA

In Toscana risultano attualmente residenti circa 4000 donne provenienti dai paesi dove si praticano le MGF. La maggior parte di loro proviene dalla Somalia, dalla Nigeria, dall'Etiopia, dall'Eritrea e dall'Egitto. Non si hanno dati disaggregati rispetto all'età di queste donne, ragione per la quale è difficile calcolare la percentuale di presenza delle bambine a rischio di mutilazione.

Presenza femminile in Toscana proveniente dai Paesi africani in cui si praticano le MGF. Dati aggiornati al dicembre 2005.

Benin	22
Burkina Faso	9
Camerun	159
Chad	7
Costa d'Avorio	247
Egitto	519
Etiopia	262
Eritrea	347
Gambia	1
Ghana	61
Guinea	16
Kenya	29
Liberia	9
Mali	4
Niger	27
Nigeria	1200
Rep. Centro Africana	1
Senegal	674
Sierra Leone	2
Somalia	721
Sudan	4
Tanzania	15
Togo	47
Uganda	4
Zaire	-

(Fonte: Istat 2005)

4. COSA PENSANO LE DONNE: UN'INDAGINE NELL'AREA FIORENTINA

Nel 2003 l'Associazione Nosotras, attraverso il progetto *Iman* realizzato con il sostegno e il contributo dell'Assessorato alle Politiche del Lavoro e dell'Immigrazione del Comune di Firenze, ha svolto una ricerca nell'area Fiorentina sulla diffusione delle MGF. La ricerca risponde all'esigenza di comprendere meglio la realtà delle donne vittime di MGF approfondendo le loro storie, il loro vissuto, le loro convinzioni, le loro sofferenze, al fine di studiare azioni di sostegno e di mettere a punto campagne di sensibilizzazione e di prevenzione più efficaci nella lotta alle MGF.

La ricerca si è avvalsa dello strumento della raccolta di storie di vita, che ha permesso di entrare in un contatto non superficiale con il vissuto di alcune donne e di raccogliere informazioni, narrazioni, impressioni che altri strumenti come questionari e interviste di tipo tradizionale non avrebbero potuto far emergere.

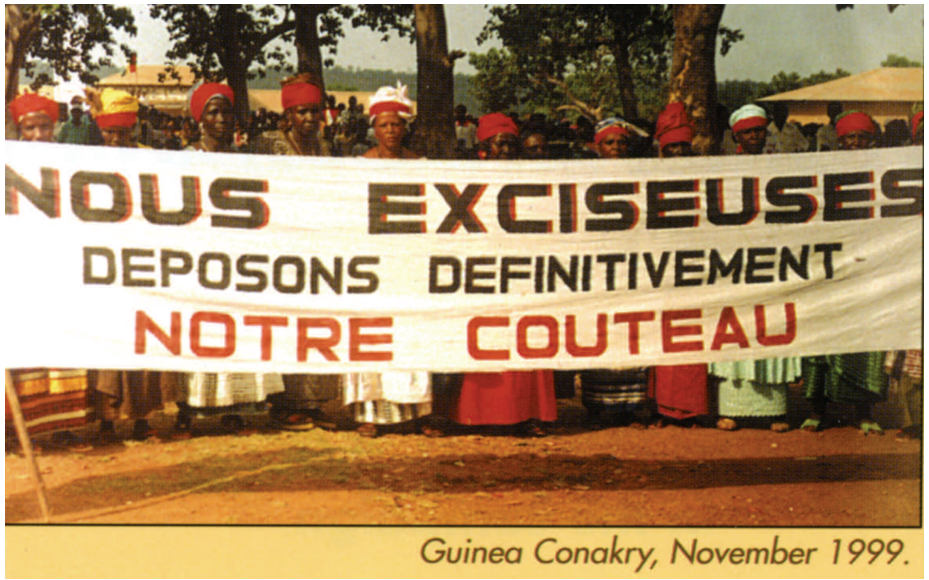
Convegno: "Salvare la diversità, non la sofferenza", Firenze, Palazzo Vecchio 2003

Ne sono emersi alcuni aspetti peculiari su cui merita soffermarsi.

- Il fenomeno delle MGF riguarda un ampio numero di donne provenienti dai paesi sopra indicati e tocca potenzialmente un numero non irrilevante di bambine. Molte donne che hanno subito le MGF hanno deciso di sottoporre le loro figlie alla medesima pratica, in alcuni casi prima di emigrare verso l'Italia, in altri dopo che erano già immigrate. E' dunque evidente la necessità di una campagna di sensibilizzazione e di prevenzione capillare che coinvolga le famiglie d'origine e le strutture educative e sanitarie che vengono a contatto con queste minori e con le loro famiglie.
- Le donne che hanno subito le MGF sono sottoposte a sofferenze fisiche e psicologiche notevoli. Dalle storie di vita emerge un vissuto di dolore e di menomazione che coinvolge non soltanto la sfera fisica ma anche quella psicologica e determina pesanti conseguenze sulla vita sessuale.
- La maggior parte delle donne sono consapevoli della natura culturale e non religiosa della pratica, delle sue antiche origini, del suo essere finalizzata a controllare la sessualità femminile e della sua forte connotazione 'morale', nel senso che le MGF si presentano come pratiche miranti a preservare e garantire la moralità della futura donna.
- Emerge con chiarezza il ruolo occulto degli uomini dietro a una gestione apparentemente tutta femminile delle pratiche.
- Esiste una forte pressione in patria, presso le famiglie d'origine, a che le bambine nate in Italia vengano sottoposte a MGF. Dai racconti si evince anche che le MGF sono praticate in modo clandestino in Italia, magari con l'appoggio di personale medico o sanitario compiacente.
- Una parte consistente delle donne che hanno subito le MGF o non intende praticarle sulle figlie, o si è pentita di averlo fatto e afferma che tornando indietro non lo rifarebbe. La crescente consapevolezza, presso le donne che hanno subito le MGF, della negatività di tale pratica è un elemento inedito rispetto ad altre ricerche.

Le donne intervistate si dividono, in definitiva, in due gruppi abbastanza ben definiti, con poche posizioni intermedie o sfumate: le favorevoli e le contrarie al mantenimento della tradizione mutilatoria. Dalla maggioranza emerge un processo di presa di coscienza delle conseguenze e dei danni provocati dalle MGF. Un processo in cui diverse componenti possono avere un peso non indifferente: le campagne di sensibilizzazione e lotta promosse nei paesi d'origine; il confronto con i modelli culturali del paese d'immigrazione; il dialogo inter-

generazionale con le figlie. Alcune donne, invece, restano dell'avviso che le MGF sono una pratica tradizionale da preservare e il cui significato non va messo in discussione. Rispetto al campione non sono la maggioranza, ma è anche vero che ad accettare di raccontare la propria esperienza e il proprio punto di vista sulle MGF sono prevalentemente donne che hanno preso le distanze dall'universo simbolico cui tali pratiche fanno riferimento. Di fatto, risulta che tra le favorevoli e le contrarie poche sarebbero le indecise o quante assumono una posizione sfumata. C'è nondimeno chi, pur restando in buona parte fedele all'orizzonte culturale che giustifica le MGF, si rende conto che queste provocano una menomazione e si spinge a dire dapprima che in Italia le MGF vanno vietate, per poi osare affermare che vanno vietate in assoluto.



Guinea Conakry, November 1999.

PREVENZIONE, SOSTEGNO, PRESA IN CARICO PER LA CURA.

Per poter curare le donne vittime di MGF e prevenire le MGF sulle bambine, è decisivo un intervento che sappia identificare le vittime e le minori a rischio, e operare con le famiglie.

I presupposti sono:

- Più le famiglie si sentono bene accolte e integrate in terra di immigrazione, tanto meno sentono la necessità di ricorrere a riti tradizionali per riaffermare una propria identità; una cultura diffusa dell'accoglienza è quindi il primo presupposto.
- Aiutare le famiglie a capire che essere genitori in terra di immigrazione comporta, per certi aspetti, l'assunzione di atteggiamenti e costumi diversi da quelli cui loro sono stati abituati, sin da piccoli, nel paese di origine, ma non significa essere "meno genitori". E che le loro figlie hanno bisogno di avere genitori presenti e partecipi, ma al tempo stesso hanno la necessità di integrarsi nel paese di residenza.
- Rendere le famiglie consapevoli che le MGF in terra di immigrazione aggiungono al danno fisico e psicologico anche uno stigma che può essere motivo di ulteriore emarginazione rispetto alle bambine di pari età, loro compagne di scuola o di giochi.
- Informare le famiglie dei cambiamenti in atto in Africa.

Inoltre bisogna ricordare che in terra di migrazione:

- la donna mutilata non vive il meccanismo compensatorio dell'accettazione sociale in cambio della menomazione subita;
- la consapevolezza della sua "diversità" è segnale della propria appartenenza originaria ma è anche stigma della sua estraneità alla società ospite;
- dietro le MGF c'è un substrato sociale e familiare complesso in cui le donne sono immerse;
- i toni "truculenti e scandalistici"con cui i mass media trattano a volte delle MGF colpevolizzano la donna che ha già subito un trauma e si aggiunge una ferita psicologica ad una ferita fisica.

Le MGF vanno combattute, ma non le donne che le subiscono.

1. CONSEGUENZE SANITARIE DELLE MGF

I rischi per la salute e le complicazioni delle MGF dipendono dalla gravità della mutilazione, dalle condizioni igieniche, dall'abilità di chi la pratica e dalla resistenza opposta dalla ragazza durante l'intervento.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica le complicazioni dovute a tale pratica in:

Complicazioni immediate

Le complicazioni immediate più frequententi che avvengono soprattutto in seguito all'infibulazione sono: ritenzione urinaria, emorragie, infezioni, febbre, shock, setticemia, danno ai tessuti adiacenti la vulva, non cicatrizzazione e tetano. Alcune di queste complicazioni possono avere conseguenze tragiche e condurre alla morte.

Complicazioni a medio termine

Le complicazioni che con maggiore frequenza sopraggiungono sono: infezione pelvica, infezione dell'utero e della vagina, cisti e ascessi vulvari, cisti dermoidi, cisti da inclusioni, formazioni di cicatrici retraenti o di cheloidi, danni al dotto di Bartolini con formazione di cisti, formazione di neuroma (tumore dei nervi) e vulvovaginiti. Sono frequenti i casi d'anemia o malnutrizione, legati alla difficoltà di un'alimentazione normale: per trauma, per timore e difficoltà nell'espletamento dei bisogni fisiologici.

Complicazioni a lungo termine

Un'infibulazione stretta comporta soprattutto: dispareunia (difficoltà o l'impossibilità per la penetrazione e dolore durante il rapporto sessuale), dismenorrea (mestruazioni irregolari e dolorose). Sono frequenti anche i casi di difficoltà della minzione (incapacità a svuotare la vescica e difficoltà a emettere urina per danni all'orificio uretrale), incontinenza, calcoli vaginali, fistole retto-vaginali, formazione di una falsa vagina, ipersensibilità dell'area genitale e infertilità. La maggioranza delle donne infibulate, a causa della stenosi della vagina, ha difficoltà nel coito.

Complicazioni ostetrico-ginecologiche

Le donne infibulate necessitano di particolare assistenza durante il parto:

- Parto e de-infibulazione. Il tessuto fibroso vulvare non permette la dilatazione necessaria per il normale passaggio del nascituro. Se non si procede alla riapertura dei tessuti, la testa del bambino si ferma nel canale vaginale e la mancanza di ossigeno provoca danni al cervello. In mancanza di una de-infibulazione si riscontrano lacerazioni perineali, uretrali e rettali.
- Ulteriore complicazione è la rottura dell'utero. In questo caso il bambino non può uscire. Un travaglio prolungato può portare a una morte intra-uterina, mentre un travaglio ostruito può portare alla perdita del feto. Sono frequenti anche i casi di emorragie, infezioni delle ferite perineali, periodo espulsivo prolungato, infezione puerperale, fistole vescico-vaginali dovute alla prolungata pressione fetale sulla vescica, esecuzione di tagli cesarei non necessari, morte per emorragia o sepsi puerperale.

Complicazioni psicologiche e sessuali

L'operazione distrugge gran parte o tutte le terminazioni del nervo vulvare e può ritardare o impedire l'eccitazione e il successivo orgasmo.
Le implicazioni psicologiche e sessuali, poco note, si possono ritenere comunque importanti e assai diverse nel contesto di immigrazione rispetto al contesto tradizionale, modificandosi drasticamente nei due casi i poli di riferimento per la costruzione dell'identità personale, psicosessuale e socioculturale.
Per quanto concerne il contesto tradizionale, la letteratura parla di aspetti valorizzanti e rinforzi positivi di tipo sociale che sostengono l'operanda al momento dell'intervento e per tutta la vita di donna mutilata, in un ambiente in cui diventa anormalità il non esserlo. Ma esistono anche situazioni in cui le donne soffrono gravi problemi di ordine psicologico e sociale, legati molto spesso alle complicazioni di tipo fisico delle MGF: incontinenza fecale o urinaria in seguito a prolasso, fistole, infezioni, lacerazioni da sesso anale o da parto, possono determinare il ripudio da parte del coniuge e l'ostracismo della comunità, fino a spingere le donne al suicidio.
In ambito migratorio, particolarmente esposte a rischio e problemi sono le seconde generazioni. Tuttavia, anche la donna adulta mutilata è sottoposta a stimoli discordanti con i modelli acquisiti nell'infanzia e può soffrire di crisi di identità, viversi "mutilata" per la prima volta in vita sua, vedersi additata come

"sessualmente handicappata", come vittima di un mondo barbaro e selvaggio (questo purtroppo anche a causa di una cattiva informazione giornalistica sul tema).
L'aspetto delle conseguenze delle MGF sulla vita sessuale è controverso. Alcune donne sostengono di riuscire a "compensare" la compromissione di organi erogeni e ad avere una vita sessuale soddisfacente. Altre dichiarano di non essere mai riuscite a provare un orgasmo.
In molte ragazze si segnalano episodi di tipo simil-psicotico all'approssimarsi della consumazione del matrimonio, particolarmente nei casi di infibulazione in cui il coito comporta la lacerazione della vulva.

2. ASSISTENZA ALLA DONNA CON MUTILAZIONI GENITALI

La visita ginecologica e la gestione prenatale

Una donna proveniente da Paesi a rischio può presentarsi alla visita medica con sintomi che potrebbero essere possibili conseguenze di MGF quali:

- dolori addominali diffusi
- dismenorrea persistente
- infezioni ricorrenti del tratto urinario e genitale
- difficoltà nei rapporti sessuali

E' importante che il primo impatto con i nostri servizi sanitari, sia ospedalieri che territoriali, non sia un evento drammatico, ma che invece sia all'insegna del rispetto e dell'accoglienza. In questo senso sarebbe necessario:

- garantire un'adeguata formazione sul tema agli operatori del campo per poter promuovere un atteggiamento di accoglienza, rispetto e accettazione evitando atteggiamenti di sorpresa e curiosità;
- che gli operatori siano consapevoli dell'effetto che a livello emotivo la pratica non manca di suscitare in loro, in modo da controllare atteggiamenti di orrore, indignazione, ripulsa;
- eseguire delicate manovre semeiotiche e strumentali, chiedendone il consenso; spiegare i motivi delle analisi mediche e delle procedure adottate; aiutare la donna a percepirsi come "corpo attivo" piuttosto che passivo;
- evitare di chiamare altri colleghi o specializzandi durante la visita se non dopo avere avuto il consenso dalla donna;
- spiegare ed illustrare la normale anatomia femminile e quella della donna mutilata, quando la paziente manifesti il proprio interesse;
- evitare atteggiamenti moralistici o critici;
- in caso di richiesta di infibulazione o reinfibulazione dopo il parto, opporre le ragioni del rifiuto con delicatezza e rispetto evitando motivazioni svalutanti che potrebbero portare la donna a farsi infibulare clandestinamente
- utilizzare se possibile, mediatrici linguistico culturali;
- capire che i mariti potrebbero giocare un ruolo importante nel prendere le decisioni;
- proporre gruppi di auto aiuto.

La deinfibulazione

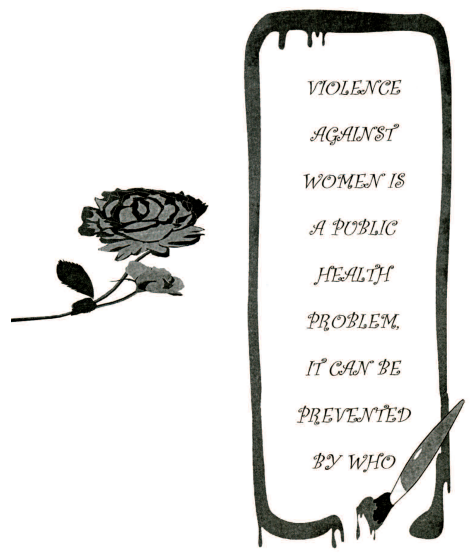
Una donna che ha subito una infibulazione dovrebbe essere informata della possibilità di essere deinfibulata ("aperta"), spiegando i vantaggi di questa procedura sia per lei che per il partner: potrebbe avere meno dolore alle mestruazioni, meno infezioni vaginali e urinarie e anche più facilità ai rapporti sessuali e potrebbe eseguire senza problemi esami preventivi, come il pap test, che altrimenti le sarebbero impediti.

Per quanto riguarda la **tecnica di deinfibulazione**, si raccomanda di:

- effettuare un'anestesia spinale o generale e non un'anestesia locale, in quanto per molte pazienti il ricordo dell'infibulazione è sempre presente;
- incidere longitudinale la cicatrice (facendo attenzione al meato uretrale);
- eseguire una sutura emostatica di ogni lato cruentato o in continuo o a punti staccati con filo sottile riassorbibile.

Nei giorni seguenti alla deinfibulazione è bene:

- raccomandare alla donna di lavarsi due volte al giorno;
- consigliare di riprendere i rapporti sessuali solo dopo la guarigione della sutura;
- informare il marito che l'intervento potrà compromettere l'attività sessuale per un certo periodo;
- fornire un sostegno psicologico della donne per affrontare la situazione dell'"essere aperta" (non solo fisicamente ma anche come percezione psichica).



Assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio

Dove sia possibile è bene attivare dei centri specifici dove, accanto a personale medico, sociale e psicologico formato sulle tematiche delle MGF, siano presenti mediatrici linguistico culturali per affrontare con le famiglie seguite nel percorso riproduttivo le tematiche in questione, inserendole in un più ampio confronto sull'educazione sanitaria e sessuale delle proprie bambine.

Prima del parto si raccomanda di:

- fare il meno possibile esplorazioni vaginali;
- effettuare, se possibile, una deinfibulazione a 15-20 settimane, in anestesia generale o spinale;
- al momento del parto eseguire una episiotomia ventrale e, se necessario, fare anche una episiotomia mediana o para mediana;
- discutere con la paziente e con il marito sulla sutura da effettuare dopo il parto (gestire la richiesta di essere "richiusa").

E' bene ricordare che nella donna portatrice di MGF di I e II tipo, per quanto riguarda la modalità del parto, non c'è indicazione elettiva ed assoluta al taglio cesareo, e di questo sarebbe bene parlare con la donna ed il marito già durante la gravidanza.

Dopo il parto

- suturare separatamente i lembi della episiotomia ventrale;
- controllare altre lacerazioni perineali e vaginali;
- fornire informazioni riguardanti miglioramenti di pregressi sintomi alla minzione, durante le mestruazioni e durante i rapporti sessuali.

Assistenza in puerperio

- usare delicatezza nella fase della medicazione, dandone spiegazioni alla donna;
- se la neonata è femmina, utilizzare la prima visita post partum per parlare dell'aspetto dei genitali esterni di una donna alla nascita;
- nella prima visita post partum affrontare il problema della contraccezione e della prevenzione (Pap test);
- se si instaura un clima di fiducia, proporre dei gruppi di educazione sanitaria e sessuale, soprattutto a livello territoriale (consultori familiari).

3. ASSISTENZA PEDIATRICA

Le occasioni in cui il pediatra in ambulatorio o in ospedale può avere a che fare con MGF sono varie:

- Alla nascita, in ospedale (durante la degenza al Nido, al momento del riconoscimento, in occasione delle prime visite di controllo) il pediatra, parlando con i genitori della salute della bambina, deve saper affrontare anche l'argomento delle MGF e chiedere con delicatezza e rispetto quali sono le intenzioni dei genitori per le figlie.
- Il pediatra di libera scelta o del consultorio, in occasione di una visita di controllo o in caso di ricovero di una bambina proveniente da un paese a rischio (o di una bambina nata in Italia ma con madre o padre immigrati da zone dove esiste la pratica delle MGF), deve poter visitare bene la bambina ed effettuare una attenta anamnesi familiare per decidere se impostare un'azione di prevenzione.
- In caso di visita al Pronto Soccorso di una bambina che presenta segni sospetti quali anemia da causa sconosciuta, setticemia, infezione genitale con evidenti lesioni da mutilazione recentemente avvenuta, occorre sapere quale comportamento tenere anche di fronte alle autorità giudiziarie.
- In caso di consulenza specialistica, quando una bambina/adolescente proveniente da un paese a rischio presenta modificazioni comportamentali da causa apparentemente sconosciuta, specialmente a seguito di vacanze passate al paese di origine, è possibile che abbia subito la MGF in occasione del viaggio, e che il trauma si manifesti con ansia, depressione, sogni ricorrenti di oggetti taglienti e/o altri simboli che evocano l'evento mutilatorio, sfiducia nei genitori e negli adulti in genere, accentuazione dei conflitti intergenerazionali, vergogna, imbarazzo, disistima, concezione svalorizzante dell'essere donna, calo improvviso nel rendimento scolastico, isolamento dai coetanei, o al contrario iperattività, esplosioni di rabbia e dolore, paura degli estranei, di essere toccata, terrore delle visite mediche e del personale medico-sanitario, rifiuto dei luoghi di tipo ospedaliero, ecc.
- In caso di visita ad adolescenti originarie da paesi a rischio che presentano dismenorrea, amenorrea, addome acuto. All'età del menarca, in caso di infibulazione, esiste il rischio di ematocolpo. Studi sul campo hanno dimostrato che questa fase della vita è attesa con particolare ansia e timore dalle bimbe, spesso consapevoli delle conseguenze negative che essa comporta.

Occorre che il pediatra conosca il problema delle MGF, ne parli con i genitori in modo chiaro e tranquillo, sia comunque rispettoso dei loro costumi e della loro storia personale. Il tempo deve essere sufficiente per affrontare l'argomento e approfondire tutti i particolari. La comunicazione deve essere facilitata dalla presenza di un mediatore linguistico-culturale (preferibilmente donna).
Il colloquio può essere iniziato con la madre, ma deve coinvolgere successivamente anche il padre; può essere opportuno coinvolgere anche i nonni o altri membri autorevoli della comunità di appartenenza.
Il pediatra dovrebbe conoscere le motivazioni e le forme di attuazione delle MGF oggi esistenti, le posizioni legali nazionali ed internazionali sul tema, deve spiegare chiaramente che la pratica delle MGF in Italia è illegale e fornire materiale informativo sulla legislazione in materia e sui danni provocati.
Il pediatra dovrebbe conoscere le implicazioni fisiche e psicologiche delle MGF, deve saper descrivere ai genitori quali sono i rischi per la salute fisica e psichica della loro bambina.
Deve inoltre essere in grado di sviluppare un approccio partecipato e sensibile, che coinvolga i genitori in un'azione di prevenzione e cambiamento senza stigmatizzarli e giudicarli, e che sappia cogliere e far esprimere il dramma della bambina/adolescente con MGF.
Il pediatra deve considerare che le MGF sono illegali, dannose, impraticabili e deve esserne pienamente consapevole per poter assumersi la responsabilità di un intervento preventivo, curativo e riabilitativo.

IL TRATTAMENTO GIURIDICO DELLE MGF

A partire dagli anni '90 i governi hanno iniziato ad intervenire con strumenti giuridici nella lotta alle MGF. La discussione sull'opportunità di creare una norma penale apposita per sanzionare le MGF distingue a seconda che si tratti delle aree geografiche in cui la pratica origina ed è diffusa o che si tratti di aree geografiche ove le MGF rientrano, comunque nell'ambito del diritto penale, e la pratica non è conosciuta dalla popolazione autoctona se non di riflesso, perché effettuata dalla popolazione immigrata.

In Africa.

Dei 28 paesi africani interessati dalle MGF, 15 hanno varato leggi o norme specifiche che proibiscono la pratica: leggi penali, norme costituzionali o leggi a tutela dell'infanzia. L'approvazione di tali leggi è stata fortemente caldeggiata dalle organizzazioni africane come l'Inter African Comittee, come un segnale forte dell'impegno degli Stati a garantire il diritto alla salute e all'integrità fisica delle donne e delle bambine sancito da Convenzioni internazionali. Nei contesti in cui la pratica coinvolge un'ampia fetta o addirittura la quasi totalità della popolazione, la possibilità di appellarsi alla legge può rafforzare i fautori del cambiamento, e la legge stessa può agire come strumento educativo, aprendo la strada a una più ampia discussione sul superamento della pratica.
Tuttavia le ricerche e le azioni di monitoraggio hanno evidenziato la debolezza dello strumento legislativo laddove il diritto statale confligge con quello consuetudinario, ben più cogente e vincolante, e la trasgressione della norma consuetudinaria è vissuta come più pesante di quella che eventualmente segue la trasgressione della norma ufficiale.

La Dichiarazione finale del Seminario afro-arabo *Norme legislative per la prevenzione delle MGF* tenutosi al Cairo nel 2003, sottolinea che:

- qualsiasi intervento legislativo nel campo delle MGF deve inserirsi nell'ambito di una "legislazione più ampia che tenga conto di altre questioni quali: l'uguaglianza tra i sessi; la protezione contro ogni forma di violenza contro le donne; la salute riproduttiva e i diritti delle donne; i diritti di bambine/i";
- l'intero processo legislativo (redazione del testo, discussione, adozione, applicazione) dovrebbe essere accompagnato da campagne informative tagliate su misura per i diversi settori della popolazione interessati, in modo da facilitare la comprensione e il rispetto della legge, nonché il suo uso come strumento per prevenire la pratica;

- qualsiasi intervento legislativo non può essere disgiunto da una campagna di sensibilizzazione e prevenzione ad ampio raggio che coinvolga attori diversi: Ong, media, personale socio-sanitario, istituzioni locali e comunitarie, istituzioni religiose, scuole, giovani.

Nei paesi di immigrazione

Solo alcuni paesi di immigrazione si sono dotati di leggi specifiche contro le MGF. La maggior parte di essi puniscono le MGF nella fattispecie di reati diversi, come quello di lesioni aggravate o di abusi e maltrattamenti nei confronti dei minori.
Va sottolineato che nei paesi che per primi hanno adottato leggi specifiche contro le MGF (Svezia, Gran Bretagna) non si sono celebrati processi secondo queste leggi se non molto recentemente. In Francia, dove le MGF sono perseguite in base alle norme del Codice Penale sulle mutilazioni in generale, sono stati celebrati alcuni processi che si sono conclusi con condanne lievi e sospese.

Le motivazioni a favore dell'impiego del diritto penale contro le MGF nei paesi di immigrazione sono le seguenti:

- la presenza di una figura autonoma di reato può incoraggiare la denuncia della pratica sia da parte dei membri delle comunità immigrate che dissentono dalla pratica stessa, sia da parte di operatori scolastici, sociali e sanitari che, in mancanza di un divieto esplicito cui appellarsi, possono adagiarsi in una sorta di accettazione passiva di un "costume straniero" non esplicitamente previsto come reato;
- la penalizzazione può contribuire al riconoscimento simbolico del problema e assumere una funzione pedagogica, contribuendo al mutamento di atteggiamenti e norme culturali.

Di contro, le posizioni critiche sottolineano che :

- nei contesti in cui la pratica riguarda solo un gruppo minoritario, la creazione di un reato ad hoc può essere sentita come uno strumento di stigmatizzazione, vessazione e discriminazione, determinando la chiusura della comunità su se stessa;
- la legge può sortire l'effetto di far entrare la pratica nella clandestinità, ostacolando le ricerche e le azioni di monitoraggio del fenomeno e soprattutto

scoraggiando le famiglie dal ricorso a strutture sanitarie in presenza di complicanze sovraggiunte alla mutilazione;
- una legge punitiva nei confronti delle famiglie non ottempera alla tutela dell' interesse del minore: le sanzioni penali previste per i genitori possono creare disagi aggiuntivi per le bambine;
- la legge rischia di colpire piuttosto che difendere le vittime delle MGF: se è auspicabile che si puniscano medici o altri operatori che pratichino le MGF, diverso è il caso per i membri delle comunità, generalmente carenti di informazioni e per i quali si investono poche risorse atte a garantire l'accesso ai servizi e la piena integrazione.

In generale, si raccomanda di affiancare le leggi e le normative contro le MGF con provvedimenti volti a:

- informare e sensibilizzare la popolazione sulla pericolosità della pratica
- innescare processi positivi di cambiamento culturale collettivo;
- coinvolgere attivamente le comunità nei percorsi di sensibilizzazione, informazione e contrasto;
- migliorare l'integrazione degli immigrati, garantendone l'accesso ai servizi, al lavoro, alla casa.

Ma soprattutto, le leggi vanno accompagnate da misure positive volte a incrementare l'empowerment delle donne:

- garantire alle donne l' accesso ai servizi per la salute riproduttiva;
- incidere positivamente sulle condizioni materiali e le relazioni sociali che mantengono le donne in posizione di subordinazione, eliminando le barriere che impediscono loro di accedere al credito e alla formazione, e rafforzandone l' autonomia decisionale e materiale;
- garantire lo statuto di rifugiato alle donne che fuggono dai paesi di origine per evitare la mutilazione per sé o per le proprie figlie.

1. LE MGF E GLI STRUMENTI INTERNAZIONALI PER LA PROTEZIONE DEI DIRITTI UMANI

Secondo la definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità le Mutilazioni Genitali Femminili consistono in *tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altri interventi dannosi sugli organi genitali femminili tanto per ragioni culturali che per altre ragioni non terapeutiche.*
La definizione pone l'accento sulla dannosità di qualsiasi intervento sugli organi genitali femminili e quindi sul danno per la persona che li subisce. Sono considerati interventi leciti solo se effettuati per accertate esigenze terapeutiche. Vengono invece escluse le motivazioni che si rifanno alle tradizioni, alla cultura e/o ai ruoli sociali e che, di norma, vengono sostenute per giustificare le MGF
.

Norme a tutela dei diritti umani e dei diritti delle donne

E' noto il valore che le Normative internazionali, regionali e, nella maggior parte dei casi, nazionali, attribuiscono ai diritti umani e primariamente alla vita, all'integrità fisica, alla salute. Tutte le pratiche di Mutilazione dei Genitali Femminili inflitte a bambine e donne ledono la loro vita, l'integrità fisica, la salute, i diritti sessuali e riproduttivi, la dignità e la reputazione.

Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948)
La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite afferma che:

- *Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona (art. 3);*
- *Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamenti o a punizioni crudeli, inumani o degradanti (art. 5);*
- *Nessun individuo potrà essere sottoposto ad interferenze arbitrarie nella sua vita privata, nella sua famiglia, nella sua casa, nella sua corrispondenza, né a lesioni del suo onore e della sua reputazione. Ogni individuo ha diritto ad essere tutelato dalla legge contro tali interferenze o lesioni (art. 12);*
- *Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia (...). La maternità e l'infanzia*

hanno speciali cure ed assistenza (art. 25);

- L'art. 2 della Dichiarazione espressamente dispone: *"Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione".*

Convenzione sull'Eliminazione di tutte le Forme di Discriminazione contro le Donne (CEDAW) (1979)

Adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU, questa convenzione rappresenta uno degli strumenti di diritto internazionale più importanti in materia di tutela dei diritti delle donne. Dopo avere definito giuridicamente la "discriminazione nei confronti della donna" impegna gli Stati membri a:

- *perseguire con ogni mezzo appropriato e senza indugio, una politica tendente ad eliminare la discriminazione nei confronti della donna;*
- *prevedere l'adozione di ogni misura adeguata, comprese le disposizioni di legge, per modificare o abrogare ogni legge, disposizione, regolamento, consuetudine o pratica che costituisca discriminazione nei confronti della donna;*
- *prendere ogni misura adeguata al fine di modificare gli schemi ed i modelli di comportamento socioculturale degli uomini e delle donne e giungere ad una eliminazione dei pregiudizi e delle pratiche consuetudinarie o di altro genere, che siano basate sulla convinzione dell'inferiorità o della superiorità dell'uno o dell'altro sesso o sull'idea di ruoli stereotipati degli uomini e delle donne.*

Norme a tutela dei minori

Il fatto che le Mutilazioni, di norma, vengano praticate su soggetti minori di età, quindi incapaci di intendere e di volere, è elemento di estrema importanza dal punto di vista giuridico. Oggi il minore è soggetto di diritto a pieno titolo nella società, con pretesa, giuridicamente garantita, al pieno sviluppo della personalità. La Comunità internazionale si è quindi fatta carico di predisporre strumenti normativi a garanzia dei suoi diritti fondamentali, primo tra tutti il diritto esistenziale a crescere ed a divenire adulto in modo quanto più possibile armonico ed equilibrato.

Convenzione sui diritti dell'Infanzia (1989)

Si tratta di una Convenzione articolata composta da 54 norme la cui chiave di lettura è il superiore interesse del minore perchè *"a causa della sua mancanza di maturità fisica ed intellettuale necessita di una protezione legale appropriata, sia prima che dopo la nascita [...] nel rispetto dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali"*. L'art 24, terzo comma, impegna gli stati a abolire pratiche tradizionali contrarie alla salute di bambine/i.

Dichiarazione di Vienna (1993)

Approvata a conclusione della II Conferenza dell'ONU sui Diritti Umani all'art. 18 afferma *"I diritti umani delle donne e delle bambine sono una parte inalienabile, integrale e indivisibile dei diritti umani universali"* .

Dichiarazioni internazionali sulle mutilazioni genitali femminili

Dichiarazione finale della Conferenza su Popolazione e Sviluppo (Cairo, 1994)

I Governi e le Comunità devono urgentemente intraprendere azioni volte a fermare la pratica della mutilazione dei genitali femminili e proteggere le donne e le ragazze da simili pratiche non necessarie e pericolose. Le azioni volte ad eliminare dette pratiche devono includere programmi rivolti alle comunità locali che coinvolgano i leader religiosi e i capi villaggio, assicurare educazione e consulenza in relazione all'impatto sulla salute di donne e ragazze che hanno subito la mutilazione. I servizi devono includere consulenza per uomini e donne al fine di scoraggiare la pratica (Par. 7.40)

IV Conferenza Mondiale dell'ONU sulle Donne (Pechino, 1995)

Il piano d'azione adottato a Pechino prevede tra gli obiettivi strategici di:

- *Rafforzare i programmi di prevenzione che migliorano la salute della donna e dare priorità ai programmi che assumono iniziative per il sostegno alle donne in relazione alla salute, alla sessualità ed alla fertilità, contro gli atteggiamenti dannosi quali le MGF o la preferenza per il figlio maschio;*
- *Eliminare la discriminazione nei confronti delle bambine nei settori della salute e della nutrizione;*
- *Rafforzare le leggi, riformare le istituzioni e promuovere norme e pratiche che eliminino la discriminazione contro le donne ed incoraggino le donne e gli uomini ad assumersi la responsabilità del loro comportamento sessuale e nella procreazione.*

2. CONVENZIONI E DICHIARAZIONI SULLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI IN AFRICA

A livello regionale, nei Paesi dove le MGF interessano gran parte della popolazione, il principio dell'universalità dei diritti umani ed il primato degli stessi rispetto alla tradizione, cultura e/o religione ha tardato ad affermarsi, e altrettanto l'esigenza di misure legislative dirette a promuovere il cambiamento dei comportamenti. Tuttavia in tempi recenti sono stati approntati importanti strumenti legislativi al livello regionale:

Carta Africana dei Diritti Umani e dei Popoli (1981)

- *Gli esseri umani sono inviolabili. Ogni essere umano dovrebbe avere diritto al rispetto per la sua vita e per l'integrità della sua persona. Nessuno può essere arbitrariamente privato di questo diritto (Art. 4)*
- *Ogni individuo dovrebbe avere diritto al pieno rispetto inerente a ogni umano e al riconoscimento del suo status legale. Qualsiasi forma di sfruttamento o degradazione di un essere umani, in particolare la riduzione in schiavitù, la tratta a fini di riduzione in schiavitù, la tortura, punizioni e trattamenti crudeli, inumani o degradanti devono essere puniti (Art. 5)*
- *Ogni individuo dovrebbe avere il diritto alla libertà personale e alla sicurezza (Art. 6)*

Dichiarazione di Addis Abeba sulla violenza contro le donne derivata da pratiche tradizionali.

Le MGF vengono definite come pratiche che violano i diritti umani universali.

Carta dei diritti e del benessere dei bambini africani

Obbliga gli Stati a prendere le misure appropriate per abolire le pratiche consuetudinarie, sociali e culturali, dannose per il benessere, la crescita normale e lo sviluppo del/della bambino/a. In particolare i costumi e le pratiche pregiudizievoli per la salute e la vita del bambino/a, i costumi e le pratiche discriminatorie per il/la bambino/a sulla base del sesso o di altre cause.

Protocollo di Maputo

Si tratta di un documento aggiuntivo alla Carta Africana sui Diritti Umani e dei Popoli, sottoscritto il 10/12 luglio 2003, ed entrato in vigore il 29 novembre 2005 a seguito del raggiungimento delle 15 ratifiche. E' l'unico strumento specifico ai diritti delle donne in Africa.

Tra i diritti che il Protocollo intende tutelare figurano:

- *l'eliminazione di qualsiasi forma di discriminazione di cui è vittima la donna*
- *il diritto alla dignità, alla vita, all'integrità e alla sicurezza fisica della sua persona*
- *la protezione in occasione dei conflitti armati*
- *il diritto all'istruzione e alla formazione*
- *i diritti economici e alla dignità sociale*
- *i diritti alla salute e alla riproduzione.*

L'articolo 5 prevede espressamente la condanna ed il divieto di qualsiasi tipo di Mutilazione Genitale Femminile.
Di importanza centrale è l'avere dato la giusta considerazione alla prevenzione incoraggiando il miglioramento dei sistemi di monitoraggio e di valutazione dei progetti e la costruzione di un network che mette in rete le associazioni e gli enti che lavorano su questo terreno per lo scambio di informazioni ed esperienze.

Congresso IAC, Bamako, Mali 2004

3. LE LEGISLAZIONI DEI SINGOLI STATI

Le legislazioni africane

Benin: una legge del 2003 punisce la pratica con la reclusione e un'ammenda.

Burkina Faso: il codice penale prevede la pena detentiva per chiunque violi o tenti di violare l'integrità fisica degli organi genitali femminili.

Costa d'Avorio: nel 1998 ha emanato una legge che definisce le mutilazioni come una violazione dell'integrità degli organi genitali femminili prevedendo una pena detentiva.

Gibuti: l'art. 333 del codice penale prevede che atti di violenza risultanti in una mutilazione dei genitali siano puniti con il carcere fino a 5 anni e una multa di un milione di franchi.

Egitto: nel 1996 è stato emanato un decreto che proibisce le mutilazioni a scopo non terapeutico.

Ghana: la sez. 69A del Codice Penale dispone che chiunque esegua qualsiasi forma di MGF sia punito fino a 3 anni di reclusione.

Guinea: nel 2000 è stata emanata una legge speciale sulla salute riproduttiva che all'art. 13 vieta la pratica.

Senegal: l'art. 299 bis del codice penale punisce chiunque violi o tenti di violare l'integrità fisica degli organi genitali di una persona di genere femminile con il carcere da 6 mesi a 5 anni.

Sudan: l'art. 284 del codice penale stabilisce che tagliare solamente la parte libera e sporgente della clitoride non costituisce reato.

Tanzania: il codice penale punisce chi pratichi le MGF con la reclusione fino a 15 anni e/o con una multa.

Togo: una legge adottata nel 1998 prevede che chiunque pratichi o promuova, con mezzi tradizionali o moderni, le mutilazioni dei genitali femminili o partecipi a tale attività sia punito con il carcere da 2 mesi a 5 anni e/o con una multa.

Legislazioni dei Paesi occidentali extra europei

Australia: tra il 1994 e il 1997 sei degli otto stati e territori dell'Australia hanno adottato delle leggi *ad hoc* contro le MGF.

Canada: le MGF sono perseguite come "lesioni aggravate". Inoltre dal 1993 è in vigore il *Refugee Board Guidelines*, un provvedimento che consente alle donne di chiedere asilo per motivi di persecuzione legata all'appartenenza di genere.

Nuova Zelanda: il *Crimes Amendament Act* è stato modificato per vietare ogni atto che comporti la mutilazione dei genitali femminili, la pena comminata è la reclusione fino a 7 anni.

USA: una legge federale adottata nel 1995 al par.116 prevede la pena della reclusione fino a 5 anni e/o una multa per chiunque abbia praticato una qualche forma di mutilazione. 15 Stati americani hanno adottato una legge *ad hoc* sulle MGF.

Legislazioni dei paesi europei

Il Parlamento europeo ha adottato una Risoluzione in materia di MGF con cui condanna fermamente le mutilazioni genitali femminili in quanto violazione dei diritti umani, e con cui si chiede a ciascun Stato membro di adottare delle misure legislative che considerino la pratica un reato a prescindere dalla sussistenza o meno del consenso della donna vittima (*Risoluzione 2001/2035 INI*).

Svezia: la Svezia è stato il primo paese occidentale ad adottare, nel 1982, una legge che proibisce le MGF . Ne riportiamo gli articoli di pertinenza.

- *Le operazioni sugli organi genitali femminili volte a produrre danni o cambiamenti permanenti, non sono ammissibili, indipendentemente dal consenso o meno dato dalla vittima.*
- *Chiunque contravviene all'art. 1 è passibile di arresto e di condanna a 4 anni di carcere.*
- *Tentativi o cospirazioni o fallimenti nel predisporre l'intervento devono essere considerati come azioni criminali in accordo con la sezione 23 del Codice Penale.*

L'Atto del Servizio Sociale (SoL) e l'Atto relativo al Benessere dei Minori (LVU, 1990:52), completano il quadro di assistenza sociale rivolto ai cittadini, e considerano le MGF un abuso mentale e fisico per il minore.

Gran Bretagna: il *Children Act* del 1989 consente l'allontanamento del minore dalla famiglia qualora tale misura costituisca l'unica alternativa per la protezione del bambino.
Nel 2003 è stato adottato il *Female Genital Mutilation Act* che al cap. 31 sez 1 prevede il reato di mutilazioni genitale femminile, alla sez. 2 il reato di assistenza di una ragazza per agevolare la mutilazione, alla sez. 3 il reato di assistenza di un non cittadino alla mutilazione di una ragazza.

Norvegia: l'Act n. 74 del 15.12. 1995 proibisce l' MGF con la pena della reclusione fino ad un massimo di 8 anni.

Francia: Non ha una legislazione specifica sulle MGF , ma utilizza le norme del Codice Penale sulle mutilazioni in generale. Il Codice Penale all'art. 222-7 prevede una pena di 5 anni di reclusione se la vittima ha meno di 15 anni e all'art. 222-9 prevede, se le violenze comportano mutilazioni permanenti, la reclusione fino a 15 anni.
La giurisprudenza include il timore di subire le Mutilazioni nel concetto di persecuzione ai sensi della Convenzione di Ginevra per la dichiarazione dello status di rifugiato.

Germania: nessuna norma è ancora stata adottata, ma sopperiscono le norme del codice penale, paragrafi 223 (violazione dell'integrità fisica), 224 (violazione grave con coltelli o strumenti pericolosi) e 226 (ferita grave).

Olanda: non esiste una specifica legge in materia. Le MGF vengono punite sulla base della legge penale sulle lesioni. Nel 1992 l'ambiente medico e le organizzazioni femminili africane si sono opposte alla proposta governativa di autorizzare gli interventi in forma "simbolica" e "leggera".

4. LA LEGGE ITALIANA

Da qualche mese l'Italia si è dotata di una legge specifica contro le MGF. Prima dell'intervento legislativo le mutilazioni erano perseguite innanzitutto perché lesive di diritti fondamentali quindi contrarie alle norme costituzionali ed in particolare lesive dell'integrità fisica. Si faceva riferimento in particolare alle seguenti norme:

Codice Civile Art. 5: *Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionano una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.*

Codice Penale Articolo 582 - lesione personale: *E' punito chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale della quale derivi una malattia nel corpo e nella mente.*

Codice Penale Articolo 583 - Circostanze aggravanti - lesioni gravi e gravissime: Il primo comma dispone: *La lesione personale è grave, e si applica la reclusione da 3 a 7 anni se dal fatto deriva una malattia che mette in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o una incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai 40 giorni; se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo.*

Il secondo comma dispone: *La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da 6 a 12 anni, se dal fatto deriva: una malattia certamente o probabilmente insanabile; la perdita di un senso; la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso.*

La legge adottata il 9 gennaio 2006 n. 7: *Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitali femminile* stabilisce che il reato di mutilazione genitale femminile è procedibile d'ufficio. Questo significa che qualunque notizia di reato consente alla Procura della Repubblica di instaurare il procedimento penale. Ne consegue che i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio hanno l'obbligo di denunciare senza ritardo la mutilazione quando ne abbiano notizia nell'esercizio o a causa della propria funzione.

Riportiamo gli articoli fondamentali della Legge:

Art. 1. (Finalità)

1. In attuazione degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione e di quanto sancito dalla Dichiarazione e dal Programma di azione adottati a Pechino il 15 settembre 1995 nella quarta Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne, la presente legge detta le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine.

Art. 2. (Attività di promozione e coordinamento)

1. La Presidenza del Consiglio dei ministri-Dipartimento per le pari opportunità promuove e sostiene, nell'ambito degli ordinari stanziamenti di bilancio, il coordinamento delle attività svolte dai Ministeri competenti dirette alla prevenzione, all'assistenza alle vittime e all'eliminazione delle pratiche di mutilazione genitale femminile. Ai fini dello svolgimento delle attività di cui al comma 1, la Presidenza del Consiglio dei ministri-Dipartimento per le pari opportunità acquisisce dati e informazioni, a livello nazionale e internazionale, sull'attività svolta per la prevenzione e la repressione e sulle strategie di contrasto programmate o realizzate da altri Stati.

Art. 3. (Campagne informative)

1. Allo scopo di prevenire e contrastare le pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale, il Ministro per le pari opportunità, d'intesa con i Ministri della salute, dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del lavoro e delle politiche sociali, degli affari esteri e dell'interno e con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, predispone appositi programmi diretti a:

a) predisporre campagne informative rivolte agli immigrati dai Paesi in cui sono effettuate le pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale, al momento della concessione del visto presso i consolati italiani e del loro arrivo alle frontiere italiane, dirette a diffondere la conoscenza dei diritti fondamentali della persona, in particolare delle donne e delle bambine, e del divieto vigente in Italia delle pratiche di mutilazione genitale femminile;

b) promuovere iniziative di sensibilizzazione, con la partecipazione delle organizzazioni di volontariato, delle organizzazioni no profit, delle strutture sanitarie, in particolare dei centri riconosciuti di eccellenza dalla

Organizzazione Mondiale della Sanità, e con le comunità di immigrati provenienti dai Paesi dove sono praticate le mutilazioni genitali femminili per sviluppare l'integrazione socio-culturale nel rispetto dei diritti fondamentali della persona, in particolare delle donne e delle bambine;

c) organizzare corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza, finalizzati ad una corretta preparazione al parto;

d) promuovere appositi programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo, anche avvalendosi di figure di riconosciuta esperienza nel campo della mediazione culturale, per aiutarli a prevenire le mutilazioni genitali femminili, con il coinvolgimento dei genitori delle bambine e dei bambini immigrati, e per diffondere in classe la conoscenza dei diritti delle donne e delle bambine;

e) promuovere presso le strutture sanitarie e i servizi sociali il monitoraggio dei casi pregressi già noti e rilevati localmente.

Art. 4. (Formazione del personale sanitario)

1. Il Ministro della salute, sentiti i Ministri dell'istruzione, dell'università e della ricerca e per le pari opportunità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonchè ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

Art. 5. (Istituzione di un numero verde)

1. È istituito, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso il Ministero dell'interno, un numero verde finalizzato a ricevere segnalazioni da parte di chiunque venga a conoscenza della effettuazione, sul territorio italiano, delle pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale, nonchè a fornire informazioni sulle organizzazioni di volontariato e sulle strutture sanitarie che operano presso le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate tali pratiche.

Art. 6. (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili)

1. Dopo l'articolo 583 del codice penale sono inseriti i seguenti:

«Art. 583-bis. - (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili).

Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni. Ai fini del presente articolo, si intendono come pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo.

Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità.

La pena è aumentata di un terzo quando le pratiche di cui al primo e al secondo comma sono commesse a danno di un minore ovvero se il fatto è commesso per fini di lucro.

Le disposizioni del presente articolo si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. In tal caso, il colpevole è punito a richiesta del Ministro della giustizia.

(Pena accessoria):

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

Art. 7. (Programmi di cooperazione internazionale)

Nell'ambito dei programmi di cooperazione allo sviluppo condotti dal Ministero degli affari esteri e in particolare nei programmi finalizzati alla promozione dei diritti delle donne, in Paesi dove, anche in presenza di norme nazionali di divieto, continuano ad essere praticate mutilazioni genitali femminili, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per lo Stato, sono previsti, in accordo con i Governi interessati, presso le popolazioni locali, progetti di formazione e informazione diretti a scoraggiare tali pratiche nonchè a creare centri antiviolenza che possano eventualmente dare accoglienza alle giovani che intendano sottrarsi a tali pratiche ovvero alle donne che intendano sottrarvi le proprie figlie o le proprie parenti in età minore.

Art. 8. (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili)

1. In relazione alla commissione dei delitti di cui all'articolo 583-bis del codice penale si applicano all'ente, nella cui struttura è commesso il delitto, la sanzione pecuniaria da 300 a 700 quote e le sanzioni interdittive previste dall'articolo 9, comma 2, per una durata non inferiore ad un anno. Nel caso in cui si tratti di un ente privato accreditato è altresì revocato l'accreditamento.

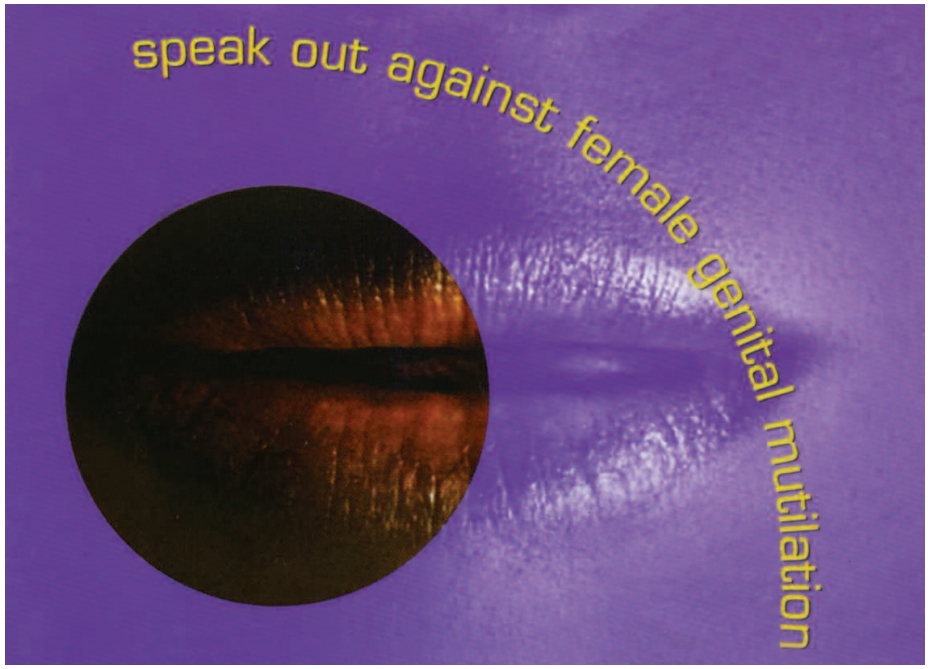
Se l'ente o una sua unità organizzativa viene stabilmente utilizzato allo scopo unico o prevalente di consentire o agevolare la commissione dei delitti indicati al comma 1, si applica la sanzione dell'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 16, comma 3».

Codice di Deontologia Medica

L'ordine dei medici si è pronunciato sullo sviluppo etico di questa pratica giungendo a codificare i limiti d'operatività del medico. L'articolo 50 comma 2 del vigente Codice di Deontologia Medica recita: "Torture e trattamenti disumani: il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare ad atti esecutivi di pena di morte o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti. È vietato al medico di praticare forma di mutilazione sessuale femminile".

Comitato Nazionale di Bioetica

Il Comitato ha approvato un documento che sancisce una distinzione tra la normativa valida per la circoncisione maschile e la mutilazione genitale femminile. Mentre la prima è considerata lecita, nessuna autorizzazione viene data per la seconda, si chiede anzi che «vengano aiutate le etnie presso le quali sono in uso (le mutilazioni) a superare pratiche così inaccettabili» (settembre 1998).



MAPPATURA DEI SERVIZI PRESENTI SUL TERRITORIO TOSCANO

Consultori e centri per l'accoglienza di donne con mgf

ASL 1	Consultorio Apuane	via Giovan Pietro, 26	Avenza	0585 767815
ASL 1	Consultorio Lunigiana	via Mazzini, 48	Pontremoli	0187 4630219 0187 4630205
ASL 2	Consultorio Lucca	v.le Giusti, 537	Lucca	0583 449679
ASL 3	Centro donna	p.zza S.Bartolomeo, 5	Pistoia	0573 50241 0573 353309
ASL 3	Centro donna	via Amendola, 41	Montecatini Terme	0572 940236
ASL 4	Consultorio Prato	p.zza Lippi, 3	Prato	0574 435703 0574 435701
ASL 5	Consultorio Pisa	via Cilea	Pisa	050 954585
ASL 5	Consultorio Volterra	borgo S. Lazzaro, 5	Volterra	0588 91853
ASL 6	Consultorio Cecina c/o Ospedale di Cecina	via Montanara, 14	Cecina	0586 614208
ASL 6	Consultorio Piombino	via Lerario	Piombino	0565 67691
ASL 6	Consultorio Livorno	via E. Rossi	Livorno	0586 223631 0586 223608
ASL 6	Consultorio Elba	largo Torchiana	Portoferraio	0565 926816
ASL 7	Consultorio Amiata	via Serdini, 46	Abbadia S. Salvatore	0577 773322
ASL 7	Consultorio Siena	v.le Don Minzoni, 43	Siena	0577 280700
ASL 8	Consultorio Arezzo	v.le Cittadini, 33	Arezzo	0585 255829
ASL 8	Consultorio Casentino	p.zza Folli 1	Poppi	0575 568445
ASL 8	Consultorio Valdarno c/o distretto	via 3 novembre	S. Giovanni Valdarno	055 9106428 055 9106425
ASL 8	Consultorio Valdichiana c/o casa della salute	via Madonna del Rivaio	Castiglion F.no	
ASL 8	Consultorio Valtiberina c/o Poliambulatorio	via F. Redi	S. Sepolcro	0575 757480
ASL 9	Consultorio Grosseto	via Don Minzoni, 5	Grosseto	0564 485736
ASL 10	Centro cons. Giovani	via Gramsci, 561	Sesto F.no	055 4498248
ASL 10	Consultorio Immigrati	via S. Monaca	Firenze	055 2645564
ASL 11	Consultorio Empoli	via Rozzalupi, 57	Empoli	0571 702732
ASL 11	Consultorio Castelfranco	via Solferino, 11	Castelfranco	
ASL 12	Consultorio Viareggio	v. Fratti, 150	Viareggio	0584 6059336
Centro regionale MGF di Careggi	c/o Maternità di Careggi	viale Pieraccini	Firenze	055 4220168 055 7947550

FONTI

Diamo qui di seguito la relazione dei libri, articoli e dossier da cui abbiamo tratto le informazioni contenute nel presente volume. Per una bibliografia completa sul fenomeno Mgf rimandiamo al sito dell'Aidos, Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo, www.aidos.it.

- AAVV, 2004, *Afro-Arab Expert Consultation on Legal Tools for the prevention of female genital mutilation* (supplemento a: "Non c'è pace senza giustizia" n. 1/2004), Roma.

- Abi Laila, Ndiaye Diye et aliae, 2004, *Progetto "Iman". Sintesi del rapporto di ricerca sulle MGF,* Associazione Interculturale Nosotras – Assessorato Politiche del lavoro e immigrazione del Comune di Firenze, documento cartaceo.

- AIDOS – Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo, 1995, *Mutilazioni Genitali Femminili: proposte per un cambiamento - Quaderno n.1: Rapporto del Minority Rights Group,* Roma, AIDOS.

- AIDOS – Associazione Italiana Donne per lo sviluppo, 1995, *Mutilazioni Genitali Femminili: proposte per un cambiamento – Quaderno n.2: Conseguenze sulla salute fisica e psichica,* Roma, Aidos.

- Beneduce Roberto, 2004, *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un modo creolo",* Milano, Franco Angeli.

- Busoni Mila, Laurenzi Elena (a cura di), 2005, *Il corpo dei simboli. Nodi teorici e politici di un dibattito sulle mutilazioni genitali femminili,* Firenze, Seid.

- Caritas, 2005, *Immigrazione. Dossier Statistico 2005,* Roma, Anterem.

- Ciminelli Maria Luisa, 2002, *Le 'ragioni culturali' delle mutilazioni genitali femminili: note critiche sulla definizione di Mgf dell'Oms/Who, in "*Erreffe - La ricerca folklorica", n. 46.

- Colombo Daniela, Scoppa Cristiana (a cura di), 2006, *Moulaadé. La forza delle donne, (allegato al DVD Moulaadé di Ousmane Sembene),* Milano, Feltrinelli Real Cinema.

- IDIL, 2003, *Le mutilazioni genitali femminili. Linee guida per operatori*, s.l.

- Hassan Sirad Salad, 1996, *La donna mutilata,* Firenze, Loggia de' Lanzi.

- Ismail Mohamed Marian, 2001, *Il corpo violato. Le mutilazioni genitali femminili,* Roma, Carocci

- Mazzetti Marco (a cura di), 2000, *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili ,* Milano, Franco Angeli.

- National Board of Health - Denmark, 2000, *Prevention of female circumcision,* Copenaghen.

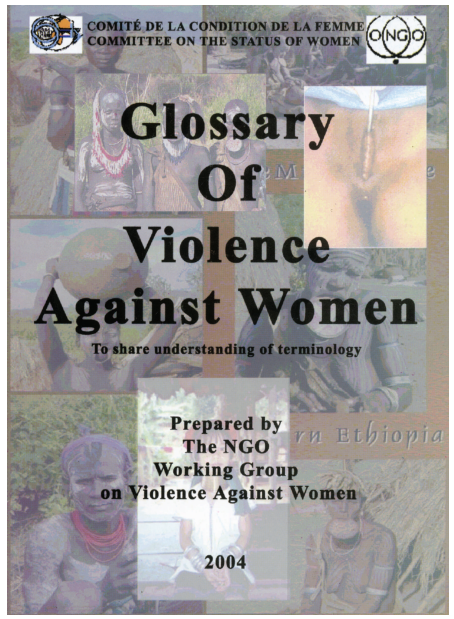
- Pitch Tamar, 2000, *La legge giusta. Il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili,* Roma, AIDOS.

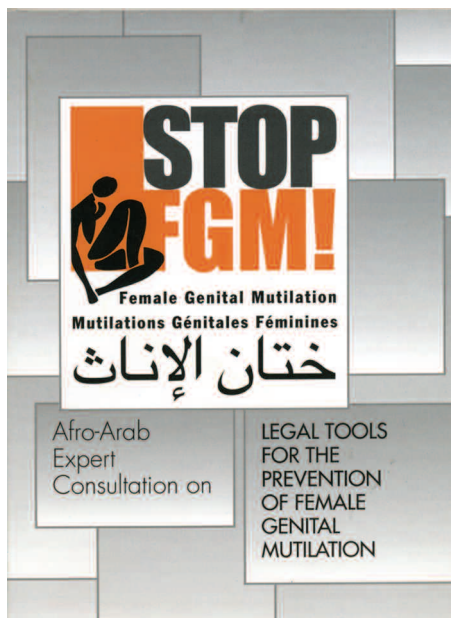
- UNICEF, 2005, *Cambiare una convenzione sociale dannosa: la pratica della escissione/mutilazione genitale femminile,* Firenze, Digest Innocenti.

- UNICEF, 2005, EDS Senegal- *rapport préliminaire*, s.l.

- WHO, 2001, *Female genital mutilation. Integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery. A student's manual,* WHO, Ginevra.

Le dichiarazioni delle militanti africane sono tratte dalle interviste del video di Pia Ranzato: *Le tradizioni antiche non sono verità assolute*, 2005





SITOGRAFIA

http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/
Il sito dell'Aidos comprende una intera sezione sulle MGF con testi di legge, analisi, proposte e una esaustiva bibliografia.

http://www.unicef.it
Sul sito dell'Unicef sono reperibili informazioni e documenti relativi al fenomeno MGF, e in particolare il Rapporto UNICEF 2005: Cambiare una convenzione sociale dannosa: la pratica della escissione/mutilazione genitale femminile.

http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/infibulazione/
Dossier del Governo Italiano, 2004.

http://www. stopfgm.org
Un portale in inglese, francese e arabo volto a documentare, analizzare e diffondre informazioni sul fenomeno MGF e a promuovere buone pratiche per il suo abbandono.

http://www.iac-ciaf.org/
Il sito dell'Inter African Committee. Un importante strumento per sapere cosa si muove in Africa nella lotta alle MGF e ad altre pratiche "nefaste" per la salute e i diritti di donne e bambine. In inglese.

http://www.fgmnetwork.org/html/index.php
Un sito internazionale interamente dedicato alle MGF, con mappature, testi e documenti, legislazioni e notizie da tutto il mondo. In inglese.

http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm
Una sezione del sito di Amnesty International sulle Mgf. In inglese.

http://www.afrol.com/Categories/Women/FGM/msindex.htm
Un sito africano sulle MGF. Prevalentemente in inglese.

http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_18_fgm_policy_guidelines/
Le linee guida dell'organizzazione Mondiale della sanità per il trattamento delle MGF. In inglese.

progetto grafico Angela Gennaretti

stampa Industria Grafica Valdarnese
San Giovanni V.no (Arezzo)

2006