

Corso di psicologia della criminalità e della devianza
2005-2006

Mutilazioni genitali femminili: una tradizione criminale



di Valeria Natali

Sommario

1. introduzione	2
2. mutilazioni genitali femminili: definizione e caratteristiche	4
3. conseguenze sulla salute	8
4. distribuzione geografica del fenomeno	14
5. informazioni sommarie riguardo alcuni paesi dove la pratica e' diffusa.....	16
6. perché è praticata la mutilazione genitale femminile: miti e credenze.....	22
7. aspetti etici e legali	27
8. la situazione in europa.....	38
9. testimonianze.....	41
bibliografia	50

1. Introduzione

Approssimativamente 100-130 milioni di donne e bambine nel mondo sono state sottoposte ad una procedura di mutilazione genitale. Ogni giorno in Africa e in alcuni paesi asiatici circa 6000 donne sono costrette a sottoporsi a questi “rituali di passaggio”; ogni anno, quindi, il numero di donne mutilate aumenta di circa due milioni. Nonostante tali numeri siano già così sconcertanti, probabilmente non sono accurati, e non riflettono il reale ed enorme numero di ragazze e donne rese vittime di una mutilazione genitale. Infatti, recentemente si è scoperto che le mutilazioni genitali femminili sono praticate da alcuni immigrati africani in Europa, Canada, Australia, Nuova Zelanda e negli Stati Uniti. Nelle culture in cui la tradizione prevede tale pratica non aver subito la mutilazione genitale significa essere posti in una condizione di isolamento sociale. I Bambara, una delle etnie del Mali, utilizzano il termine dispregiativo "bikaloro" per indicare le bambine o le donne non infibulate: si tratta di un gravissimo insulto, che vuol dire esseri privi di ogni maturità.

In Africa, intere comunità vivono ancora ignare del fatto che non tutte le donne del mondo sono mutilate. È per questo motivo che tale istituzione appare universale e necessaria; le sofferenze che provoca sembrano naturali, e sono considerati aspetti inevitabili della condizione femminile, come i dolori mestruali e le doglie del parto.

Nonostante le mutilazioni genitali siano diffuse in almeno 40 paesi (dove vengono erroneamente considerate come pratiche atte a favorire l'igiene e la purificazione) si tratta in realtà di procedure inumane e non rispettose dell'integrità fisica della donna. Ogni caratteristica anatomica dell'uomo e della donna ha una precisa funzionalità, quindi non si possono trarre benefici di alcun tipo da un'operazione che priva l'individuo di parti del suo corpo. Le mutilazioni genitali violano i diritti umani delle donne, dal momento che consistono nella rimozione di organi sessuali sani senza una necessità medica, praticata in bambine ed adolescenti, spesso con effetti molto nocivi sulla loro salute fisica e psichica. Tale tradizione viola il diritto alla non discriminazione, all'integrità del corpo e alla salute. Sebbene essa non venga praticata con l'obiettivo di danneggiare l'individuo, in realtà ha effetti devastanti su di esso: per questo motivo può essere considerata un atto di violenza vero e proprio.

Le mutilazioni genitali femminili non sono praticate soltanto nel “Terzo Mondo”, ma anche in paesi dell'occidente. Sebbene ci siano differenze nei modi di praticarle, gli scopi delle mutilazioni genitali in queste due diverse culture sono gli stessi: nelle società con una

struttura prevalentemente patriarcale gli uomini cercano di tenere a freno, o, se possibile, di cancellare, la sessualità delle donne. Secondo Lax (2000) ci sono spiegazioni in chiave psicanalitica che individuano la causa di tali pratiche nell'inconscia paura degli uomini nei confronti delle donne e della loro sessualità.

Nelle società in cui vengono praticate le mutilazioni genitali femminili le bambine non vengono preparate riguardo a quello che dovranno subire, e quando arriva il momento (la decisione viene presa dalla madre o da un altro parente prossimo della ragazza) sono terrorizzate. In un primo momento esse sono costrette a partecipare a cerimoniali fatti di canti e danze. Quando la cerimonia finisce esse vengono condotte in un rifugio, dove promettono di mantenere il segreto, si chiede loro di essere coraggiose, e di non urlare. Le ragazze che piangono o si lamentano vengono ritenute ancora immature, dato che una vera donna deve essere in grado di sopportare un dolore ancora più grande, quello del parto. Alcune ragazze vengono bendate e imbavagliate; tutte sono costrette a stendersi su una stuoia da una donna che ha il compito di tenerle ferme durante l'operazione. Colei che effettua il taglio è generalmente una donna anziana (viene definita "professionale cutter"- "tagliatrice professionista"); il "taglio" (così viene chiamata la mutilazione) viene effettuato senza alcuna forma di anestesia, senza adottare procedure sterili, con coltelli, forbici, scalpelli, pezzi di vetro o lame di rasoio.

Si tratta evidentemente di una tortura per queste ragazze, ma tutte la vivono con un senso di sacralità, non osando mettere in discussione la sua utilità né il suo significato: si tratta di un rituale sacro e necessari con cui una ragazza cambia il suo status, e viene riconosciuta dalla società come una donna.

Fortunatamente, anche nei paesi dove le mutilazioni genitali costituiscono una tradizione vi sono entità, anche governative, che si battono per eliminare l'utilizzo di questa pratica, come il Commissariato per la Protezione delle donne in Mali. A livello mondiale è l'OMS (organizzazione mondiale della sanità) che si occupa di denunciare i casi di infibulazione nei paesi in cui tale pratica è ritenuta fuorilegge.

La Convenzione sui Diritti dei Bambini, la Convenzione per l'Eliminazione di Tutte le Forme di Discriminazione Contro le Donne e le raccomandazioni del Comitato per l'eliminazione delle discriminazioni contro le donne riconoscono esplicitamente che pratiche nocive per le donne, quali le mutazioni genitali femminile, sono violazioni dei diritti umani.

2. Mutilazioni genitali femminili: definizione e caratteristiche

Si definisce mutilazione corporale la modificazione definitiva e irreversibile o l'asportazione di alcune parti del corpo umano.

Più specificatamente, l'affermazione congiunta sottoscritta nell'Aprile 1997 da OMS, UNICEF ed UNFPA, definisce la pratica delle mutilazioni genitali femminili come segue:

"La mutilazione genitale femminile comprende tutte le procedure che prevedono l'asportazione parziale o totale dei genitali esterni o altri danni agli organi genitali arrecati per motivi culturali o comunque non terapeutici".

La mutilazione genitale femminile viene solitamente attuata da una figura tradizionale, generalmente una donna anziana della comunità designata a ricoprire tale ruolo, oppure una levatrice. In alcuni Paesi, figure sanitarie quali le ostetriche ed i medici stanno attuando sempre più spesso questa pratica. In Egitto, per esempio, i risultati preliminari dell'Indagine Demografica e Sanitaria del 1995 indicavano che la percentuale di donne che dichiarava di essere stata "circoncisa" da un medico era del 13%. Al contrario, tra le loro figlie "circoncise" più di recente, il 46% era stata operata da un medico.

Sono state descritte varie forme di mutilazione e ne sono state fatte diverse classificazioni.

Lax propone la seguente:

1. Sunna. Tale termine è arabo e significa tradizione. Questo tipo di mutilazione consiste nel bucare, tagliare o nel rimuovere completamente il prepuzio del clitoride.
2. Sunna modificata. Consiste nella parziale o totale escissione del clitoride.
3. Clitoridectomia/ escissione. Consiste nella rimozione parziale o totale del clitoride e delle grandi labbra. Questa operazione generalmente produce un'area tessutale cicatrizzata così ampia da occludere l'apertura vaginale.
4. Infibulazione (circoncisione faraonica). È la forma più estrema di mutilazione. Consiste nell'asportazione del clitoride, delle piccole labbra e dei 2/3 anteriori o della intera sezione mediale delle grandi labbra. I due lati della vulva vengono poi

attaccati insieme con suture in seta, con intestini di gatto, oppure per mezzo di spine. Il risultato è l'occlusione dell'accesso vaginale, eccettuata una piccolissima apertura, per il passaggio dell'urina e del sangue mestruale, garantita dall'inserimento di sottili pezzetti di legno o da una cannuccia di giunco.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha suddiviso le mutilazioni genitali femminili in quattro tipi:

Tipo I: clitoridectomia (circoncisione) consistente nella rimozione del prepuzio, con o senza escissione parziale o totale del clitoride.

Tipo II: escissione, consistente nella rimozione del prepuzio e del clitoride, con parziale o totale escissione delle piccole labbra.

Tipo III: infibulazione, consistente nella parziale o totale rimozione dei genitali esterni.

Tipo IV: include varie pratiche di manipolazione degli organi genitali femminili non specificatamente classificate, tra cui: piercing, pricking, incisione della clitoride e/o delle labbra; allungamento della clitoride e/o delle labbra; cauterizzazione per ustione della clitoride e dei tessuti circostanti; raschiatura dell'orifizio vaginale (*angurya cuts*) o taglio della vagina (*gishiri cuts*); introduzione di sostanze corrosive nella vagina per causare sanguinamento oppure immissione di erbe con lo scopo di restringere la vagina.

Nel libro "Female Genital Mutilation - An overview" Toubia e Izett descrivono in modo specifico le procedure impiegate per ogni tipo di mutilazione genitale femminile.

Nelle mutilazioni di tipo I il clitoride viene trattenuto tra il pollice e l'indice, estroflesso e poi reciso. Per fermare l'emorragia, la ferita viene tamponata con delle garze, poi si applica un bendaggio che serve a comprimere la zona "operata".

Per quanto riguarda le mutilazioni di tipo II, la gravità del taglio cambia notevolmente, a seconda dei casi. Viene praticata la stessa procedura descritta per il tipo I, ma ad essa si aggiunge la rimozione delle piccole labbra, spesso con un unico taglio. Oltre ai bendaggi, per bloccare l'emorragia vengono applicati dei punti di sutura circolari, che a volte finiscono per coprire l'uretra e parte dell'orifizio vaginale.

I tipi I e II rappresentano circa l'80 - 85% di tutte le mutilazioni genitali femminili, anche se le percentuali variano molto da Paese a Paese.

Nella mutilazione di tipi III la quantità di tessuto rimosso è molto estesa. Tale mutilazione implica la rimozione completa della clitoride, delle piccole labbra e della superficie interna delle grandi labbra. I lembi esterni delle grandi labbra vengono ravvicinati affinché si saldino e vengono tenuti uniti per mezzo di spine conficcate, cataplasmi o suture. Dopo l'operazione le gambe vengono legate insieme per 2-6 settimane, affinché restino unite. La cicatrizzazione crea un "cappuccio di pelle" che copre l'uretra e buona parte della vagina agendo da barriera fisica al rapporto sessuale. Nella parte posteriore viene lasciato aperto un piccolo foro (2-3 cm di diametro) che consente la fuoriuscita dell'urina e del sangue mestruale. Dopo l'infibulazione ha luogo una graduale dilatazione che può richiedere settimane, mesi o addirittura un paio di anni, come si è osservato in alcuni casi. Nei casi in cui l'apertura è troppo piccola, per consentire il rapporto sessuale è necessario operare una defibulazione. Lo stesso va fatto per al momento del parto, e, alla fine di esso la donna deve essere nuovamente infibulata.

A causa dell'estensione iniziale dell'amputazione e del continuo ripetersi delle operazioni effettuate per chiudere o riaprire l'apertura vaginale, l'infibulazione è senza dubbio il tipo di mutilazione genitale che ha gli effetti fisici, sessuali e psicologici più deleteri e persistenti.

All'interno del Tipo IV sono classificati diversi tipi di mutilazione. Tra le più dannose ci sono il "taglio angurya", che consiste nell'asportazione per raschiatura del tessuto che circonda l'orifizio vaginale, e il "taglio gishiri" che è simile all'episiotomia operata durante i parti difficili e consiste nell'allargare posteriormente l'orifizio vaginale verso la zona peritoneale. Quest'ultimo tipo di tagli spesso causa fistole vescico-vaginali e danneggia lo sfintere anale.

Come accennato precedentemente, in alcune occasioni è necessario applicare una procedura di defibulazione, al fine di accrescere l'apertura dell'orifizio lasciata al momento dell'infibulazione. Tale operazione, che consiste nel praticare un'incisione nel tessuto cicatrizzato, si rende necessaria per la prima volta quando la donna deve avere il primo rapporto sessuale con il marito. Per questo motivo la defibulazione viene solitamente eseguita dal marito, che utilizza un piccolo coltello affilato o un pezzo di vetro. In alcuni casi può occuparsi di tale operazione una parente (di sesso femminile) della donna; le coppie moderne a volte ricorrono all'assistenza di un sanitario qualificato, ma

tutto ciò accade in segreto, probabilmente perché potrebbe "minare l'immagine sociale della virilità dell'uomo".

La defibulazione deve essere praticata anche in occasione del parto, per consentire la fuoriuscita della testa del neonato senza che vengano lacerati i tessuti cicatrizzati. In questo caso, a occuparsi dell'operazione, è generalmente la nonna della partoriente.

In ambito medico la defibulazione viene effettuata per vari motivi:

- diminuzione dolori mestruali
- diminuzione dolore durante rapporti sessuali
- diminuzione infezioni tratto urinario
- possibilità di praticare un esame medico
- minori complicazioni durante la gravidanza e il parto
- valutare la posizione del bambino prima del parto
- ridurre il bisogno di effettuare il parto cesareo
- maggiori possibilità di scelta del metodo anticoncezionale

Tradizionalmente dopo il parto si procede alla "reinfibulazione" facendo rinsaldare i labbri della ferita e ricreando un'apertura posteriore che spesso ha le stesse dimensioni di quella precedente il matrimonio. In realtà spesso tale operazione comporta un ulteriore restringimento dell'apertura.

La ripetizione di defibulazione e reinfibulazione accresce la mancanza di elasticità del perineo e può causare danni per tutta la vita.

La reinfibulazione a volte è richiesta dal marito o dalla donna stessa. Tale richiesta è giustificata dal desiderio di creare l'illusione della verginità, poiché culturalmente un orifizio vaginale stretto è considerato più piacevole per l'uomo.

3. Conseguenze sulla salute

Tutti i tipi di mutilazione genitale femminile, implicando la rimozione parziale o totale di parti dei genitali, provocano un grave danno alla normale funzionalità dei genitali esterni e possono dare origine ad una lunga serie di complicanze fisiche ben documentate nella letteratura scientifica che si occupa di tale problema.

L'insorgenza di complicanze fisiche dipende da diversi fattori: tipo di mutilazione ed estensione del taglio praticato, abilità e livello di esperienza di chi lo opera, grado di pulizia degli strumenti utilizzati, condizioni igieniche del luogo in cui viene praticata l'operazione, condizioni fisiche della bambina.

Anche se sono possibili complicanze in ogni tipo di mutilazione genitale, le più frequenti, gravi e durature sono quelle conseguenti ad interventi di Tipo III.

Le conseguenze possono essere suddivise in: conseguenze immediate, conseguenze a lungo termine, conseguenze psicologiche, conseguenze relative alla sessualità (sia femminile che maschile).

Tra le conseguenze immediate la più grave è indubbiamente il decesso, anche se non sono mai stati intrapresi studi finalizzati a determinare la percentuale di mortalità attribuibile a mutilazioni genitali. Il decesso può avvenire per uno shock emorragico (un eccessivo sanguinamento), per shock neurogenico (causato dal dolore e il trauma), oppure per un'infezione grave e incurabile.

Altre complicanze immediate sono:

- Emorragia. È la complicanza più comune. Si determina poiché l'amputazione del clitoride recide l'arteria clitoridea nella quale il sangue fluisce a pressione elevata. Se l'arteria non viene compressa o suturata il sanguinamento non si arresta e si incorre nell'emorragia. Non sono rari i casi in cui si verifica un'emorragia secondaria a causa dell'inumidimento del coagulo dell'arteria dovuto ad un'infezione.
- Shock. Durante, o immediatamente dopo l'intervento la bambina può entrare in stato di shock, causato dal dolore, il trauma psicologico, lo sfinimento provocato dai pianti e le urla.
- Danni agli organi limitrofi. Poiché l'intervento è praticato senza anestesia o in anestesia locale, la ragazza urla e si divincola per la paura ed il dolore. Lo strumento di taglio può non essere affilato e chi lo usa può essere inesperto o non vederci bene. Ognuna di queste condizioni può risultare in un danno all'uretra, alla

vagina, al perineo o al retto e può portare alla formazione di fistole con un'irreversibile incontinenza urinaria e fecale.

- Ritenzione urinaria. Si tratta generalmente di una condizione reversibile, che dura ore o giorni. In alcuni casi può essere necessario inserire un catetere o rimuovere i punti, affinché l'urina possa defluire.
- Infezione. Si tratta di una complicanza molto comune che può comparire anche a distanza di qualche giorno, provocata dall'utilizzo di strumenti non sterilizzati, ma anche dalla contaminazione della zona con urine e feci.
- Dolore acuto. La maggior parte degli interventi vengono effettuati senza anestesia. Nei rari casi in cui l'anestesia viene praticata il dolore ricompare dopo 2-3 ore dall'intervento. Inoltre la stessa applicazione dell'anestesia locale è estremamente dolorosa poiché le aree interessate sono ricche di terminazioni nervose e sono quindi molto sensibili.

Tra le complicanze a lungo termine possiamo elencare, per quanto riguarda tutti i tipi di mutilazioni:

- Mancata cicatrizzazione o lacerazione di una ferita cicatrizzata
- Formazione di ascessi.
- Cisti dermoide. È la complicanza a lungo termine più comune in tutti i tipi di mutilazione genitale femminile, e risulta dall'inclusione di tessuto cutaneo nella cicatrice. Le ghiandole che normalmente lubrificano la pelle continuano la loro attività secretoria nel tessuto sottostante la cicatrice e vanno a formare cisti o sacche di materiale, che, pur non costituendo una minaccia seria alla salute, sono estremamente fastidiose.
- Cheloidi. Si tratta di un'eccessiva crescita del tessuto cicatriziale, che ha un'origine genetica, e che non può essere curata con successo poiché le operazioni chirurgiche provocano una crescita ulteriore.
- Infezioni del tratto urinario.
- Neuroma. Si tratta di un tumore del tessuto nervoso che può rendere doloroso toccare la vulva durante i rapporti sessuali.
- Rapporti sessuali dolorosi.

Le mutilazioni genitali di Tipo III, oltre alle precedenti complicanze, che si verificano anche nel tipo I e II, presentano ulteriori conseguenze, a causa dell'ostruzione meccanica causata dalla cicatrice che copre l'uretra e la vagina e il susseguente danno tessutale.

Tali complicanze sono le seguenti:

- Infezioni del tratto riproduttivo. Il tasso di incidenza di questa malattia nelle donne infibulate è tre volte superiore a quello delle donne che hanno subito la sola asportazione del clitoride, le quali, a loro volta, presentano tassi più elevati rispetto a quelli delle donne che non si sono sottoposte ad alcuna mutilazione genitale.
- Sterilità. Si può verificare se l'infiammazione pelvica compromette la funzionalità delle tube di Falloppio.
- Dismenorrea. Si tratta di mestruazione dolorosa, che può essere causata da congestione delle pelvi dovuta ad infezioni, oppure da componenti psicosomatiche legate all'ansia per le condizioni dei propri genitali.
- Ostruzione cronica del tratto urinario.
- Incontinenza urinaria. Perdite modeste di urina sono comuni tra le donne infibulate; la vescica, infatti, non si svuota completamente e le infezioni sottostanti il cappuccio di tessuto cicatriziale rendono difficile il controllo della minzione.
- Stenosi dell'orifizio vaginale artificiale. L'apertura artificiale della vagina risultante dalla pratica dell'infibulazione può essere tanto piccola da tendere a chiudersi completamente con il passare del tempo. Tale chiusura causa uno svuotamento solamente parziale delle urine e la ritenzione del sangue mestruale, oltre a rendere assolutamente impossibile il rapporto sessuale.
- Complicanze durante il travaglio ed il parto. Le defibulazione che deve essere praticata al momento del parto aumenta il rischio di sanguinamento ed espone la ferita a possibili infezioni. Inoltre, se non è presente qualcuno in grado di eseguire tale operazione, il travaglio può essere difficoltoso e prolungato, con la possibilità di danni da moderati a gravi sia alla madre che al bambino.

È opportuno sottolineare che le donne mutilate probabilmente non associano i loro problemi di salute alla mutilazione che hanno subito, ma li accettano come eventi naturali della vita. Queste donne possono rifiutarsi di accettare la connessione, poiché sono convinte dell'utilità e dell'importanza della mutilazione, che non considerano come un atto dannoso, ma al contrario come il passaggio obbligato per essere riconosciute come membri degni della società in cui vivono. È anche possibile che esse non abbiano le conoscenze

necessarie per vedere questa connessione, dato che in molte società in cui vengono praticate le mutilazioni genitali, la pratica è considerata un tabù di cui non si deve parlare, soprattutto con chi ancora non l'ha subita.

Naturalmente le mutilazioni genitali, essendo un'esperienza fortemente traumatica, determinano delle problematiche psicologiche, anche se sono pochi gli studi che si sono occupati di questo aspetto.

I problemi psicologici più diffusi e conosciuti sono i seguenti:

- disturbi del comportamento
- disturbi psicosomatici
- ansia
- depressione
- incubi
- psicosi
- frigidità.

In uno studio promosso dall'OSM, condotto a Geneva, nel 1995, si è osservato che spesso le ragazze sono terrorizzate dall'imminente operazione, spesso preceduta da atti di intimidazione e coercizione esercitati da parenti e amici della futura vittima. Nelle zone in cui si pratica la recisione, le bambine che non l'hanno ancora subita vengono continuamente derise dalle amiche che si sono già sottoposte all'operazione.

Nello stesso studio sono state riportate come conseguenze dell'esperienza disturbi dell'alimentazione, del sonno, dell'umore e della cognizione, che si manifestano in: insonnia, incubi, perdita di appetito e di peso, stress post-traumatico, attacchi di panico, instabilità dell'umore e difficoltà di concentrazione.

In uno studio condotto in Somalia dalla Grassivaro Gallo, è stato chiesto a 159 ragazze di età compresa tra gli 8 ed i 16 anni di rappresentare graficamente la loro esperienza del momento della circoncisione e del periodo della convalescenza. Tutte ricordavano esattamente il giorno e l'ora dell'intervento, la loro età in quel momento, chi si era occupato dell'operazione e dove era avvenuto il fatto. L'analisi psicologica dei disegni rivelò che l'autostima e l'auto-riconoscimento dei soggetti apparivano disturbati sia a livello fisico che psicologico. I ricercatori scoprirono anche che la circoncisione non era vissuta come un episodio limitato nel tempo e poi dimenticato ma piuttosto come fattore che rimaneva, anche se latente, nel pensiero delle ragazze.

Tuttavia, esistono altre prove che suggeriscono come la percezione dell'operazione da parte della ragazza non sia solamente negativa. La sofferenza fisica è infatti compensata

dalla conseguente accettazione sociale in seno alla comunità, l'orgoglio personale dei parenti e anche da doni materiali. È addirittura possibile, visto il significato attribuito alla mutilazione (considerata il mezzo attraverso il quale la bambina diventa donna e acquista un posto nella comunità), che le donne non sottoposte all'operazione sviluppino problematiche psicologiche come risultato del rifiuto della società.

In seguito all'osservazione della vita delle donne nel villaggio di Hofriyat, nel Sudan settentrionale, Boddy ha concluso (1982) che, dopo la mutilazione, si avvia un processo che riguarda la percezione di sé delle giovani e dà forma alla loro autostima.

Boddy sostiene che:

"Attraverso questa operazione ed altre procedure dolorose e traumatiche, nelle ragazzine vengono inculcati gli atteggiamenti femminili adeguati, atteggiamenti che vengono iscritti sui loro corpi non solo fisicamente ma anche cognitivamente ed emozionalmente, in forma di inclinazioni mentali, "schemi di percezione e pensiero".

In queste comunità il significato della mutilazione è accuratamente costruito, attraverso l'uso di metafore ed associazioni finalizzate a dimostrare l'equivalenza tra circoncisione e fertilità. In altre parole, le donne sono convinte che sottoporsi alla mutilazione sia l'unico modo per ottenere un'identità di genere e una "fertilità moralmente adeguata"; purtroppo per raggiungere tale obiettivo le donne sacrificano la propria sessualità e l'integrità fisica.

In questo contesto, la sessualità femminile è compromessa dal condizionamento sociale. Inoltre, la condizione di mutilata diventa parte dell'immagine fisica della donna a tal punto che una qualsiasi alterazione di questo stato minaccia il suo senso di sicurezza.

La mutilazione ha naturalmente degli effetti sulla sessualità femminile, ma anche a questo riguardo esistono pochi studi.

I problemi più evidenti sono:

- frigidity
- impossibilità di orgasmo, causata dall'amputazione del clitoride
- difficoltà nella penetrazione dovuta all'irrigidimento del tessuto cicatrizzato.

Shandall ha studiato 4024 donne, pazienti del suo ambulatorio nel Sudan settentrionale, ed ha riferito che l'80% di quelle infibulate non conoscevano l'orgasmo, contro il 10% di quelle che avevano subito mutilazioni del Tipo 1 o erano intatte. Anche El Dareer, nella sua indagine nazionale condotta nella stessa zona riporta gli stessi risultati: il 50% delle

donne dichiara di non provare alcun piacere sessuale, il 23% è indifferente al rapporto e la restante parte prova piacere almeno saltuariamente.

Tutti i tipi di mutilazione genitale femminile interferiscono a vari livelli con la risposta sessuale delle donne, anche se non necessariamente escludono la possibilità di provare piacere. Questo avviene nei casi in cui una parte dei tessuti sensibili del clitoride non vengono asportati, ma sono profondamente inseriti nel pube. A questo proposito, alcuni studi suggeriscono che nelle donne mutilate, oltre ai genitali esterni, altre zone del corpo sviluppano un'accentuata sensibilità esogena, soprattutto se il partner è attento e l'esperienza sessuale nel suo insieme è piacevole.

Anche per gli uomini che devono convivere con le mutilazioni genitali delle proprie mogli o compagne l'esperienza può non essere piacevole.

Il concetto di piacere varia molto tra le popolazioni con background e culture diverse e tra individuo e individuo. Premesso, si potrebbe presumere che, nelle società in cui l'infibulazione rappresenta la norma, per la maggior parte degli uomini l'eccitazione sia condizionata da un orifizio vaginale ristretto e da una donna passiva o sofferente.

In Somalia ed in Sudan il rapporto sessuale violento finalizzato a penetrare un'infibulazione stretta è considerato positivamente, come un segno di mascolinità e virilità.

Tuttavia, ci sono dei casi in cui l'esperienza può colpire negativamente anche l'uomo, fino a renderlo impotente. In Egitto gli uomini hanno affermato che il consumo eccessivo di alcool o hashish da parte loro è legato all'insoddisfazione sessuale con le proprie mogli mutilate. Inoltre, i mariti spesso vanno alla ricerca di sesso extraconiugale con donne non "circoncise".

La mutilazione può essere la causa scatenante di relazioni familiari distorte che si manifestano con la rabbia, l'aggressività e, ultimamente, si risolvono con il divorzio.

4. Distribuzione geografica del fenomeno

Pur essendo rimasta a lungo un segreto, a causa della compiacenza di antropologi, medici, psicologi e missionari, la pratica delle mutilazioni genitali femminili è diffusa praticamente da sempre. Secondo Lax tale tradizione è nata in Nubia e nell'antico Egitto; da lì si è diffusa in gran parte del mondo.

Attualmente una o più forme di mutilazione genitale femminile sono praticate in 28 paesi africani, soprattutto nelle aree centrali del continente. Quasi tutte le donne in Somalia, Gibuti, Sudan (ad eccezione delle popolazioni non musulmane nel Sudan meridionale), nella costa etiope del mar Rosso, nel Kenya settentrionale, nella Nigeria del nord e in alcune regioni del Mali, sono sottoposte ad infibulazione.

Fuori dal continente africano l'escissione si pratica in: Oman, Yemen, Emirati Arabi, alcune aree dell'Indonesia e della Malesia.

È stato scoperto recentemente che le mutilazioni genitali femminili sono praticate anche da alcuni immigranti africani in Europa, Canada, Australia, Nuova Zelanda e negli Stati Uniti. La seguente tabella indica la prevalenza delle mutilazioni genitali in alcuni di questi paesi. I dati sono il risultato di uno studio demografico condotto dalla Macro International (Demographic and Health Surveys, DHS)

Paese	Anno del DHS	Numerosità del campione	Prevalenza di MGF (%)
Guinea	1999	6.753	99%
Egitto	1996	14.779	97%
Mali	1995/96	9.704	94%
Eritrea	1995	5.054	90%
Sudan settentrionale	1989/90	5.860	89%
Burkina Faso	1998/99	6.445	72%
Costa d'Avorio	1998	3.040	45%
Repubblica Africana Centrale	1994/95	5.884	43%
Kenya	1998	7.881	38%
Nigeria	1999	8.206	25%
Tanzania	1999	8.120	18%
Niger	1998	7.577	5%
Mauritania	2001	7.728	71%
Etiopia	2000	15.367	80%
Benin	2001	6.219	17%

Lax ha scoperto, attraverso i suoi studi, che le mutilazioni genitali femminili, sono praticate anche nel mondo occidentale, e non solo da immigrati.

Mentre nei paesi del Terzo Mondo le mutilazioni vengono praticate a causa della pressione esercitata dall'intera comunità relativamente alla loro importanza, nel mondo occidentale le mutilazioni sono eseguite in maniera selettiva e solo su comando del padre famiglia.

In Inghilterra la clitoridectomia è stata introdotta nel 1850 da Isaac Baker Brown, un ginecologo, come cura per la masturbazione, che si pensava potesse determinare instabilità mentale, ninfomania, isteria, epilessia.

I documenti medici danno una prova chiara del fatto che la clitoridectomia era considerata il metodo migliore per ridurre gli impulsi sessuali femminili e la conseguente abitudine alla masturbazione, che erano considerati elementi pericolosi e non adatti ad una donna (Sherfey 1966).

I rapporti dell'epoca indicano che l'operazione fu eseguita su centinaia di donne, da medici qualificati e sotto anestesia totale.

La chiesa e i professionisti medici, nell'età Vittoriana continuarono a considerare la masturbazione e altre manifestazioni della sessualità femminile come un problema medico. Questo problema doveva essere "trattato" e "corretto", nelle bambine, nelle adolescenti e, se necessario, anche sulle donne adulte, per mezzo dell'amputazione o la cauterizzazione del clitoride, o utilizzando una procedura definita "cintura di castità in miniatura", che consisteva nel cucire insieme le labbra per impedire il raggiungimento del clitoride.

Spitz (1952) sottolinea il velato sadismo presente in tutte queste procedure, che continuarono ad essere trattamenti fortemente raccomandati anche in un libro sui disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza pubblicato, in varie edizioni, dal 1887 al 1940.

Tutto questo sembra dimostrare che assalti all'integrità fisica delle donne sono tollerati, e addirittura consigliati, in tutte le società del mondo. Nonostante la spiegazione per la necessità di questo attacco sia differente, l'obiettivo rimane lo stesso: privare le donne della loro sessualità.

5. Informazioni sommarie riguardo alcuni Paesi dove la pratica e' diffusa

Benin. La forma di mutilazione più diffusa è quella di tipo II (escissione). Alcuni gruppi etnici giustificano la pratica perché la ritengono utile a preservare la salute della donna, oltre che una parte essenziale del processo di socializzazione che rende possibile la transizione alla vita adulta. Alcuni cittadini anziani difendono la pratica sottolineando il vantaggio di avere una donna "cucita", che è garanzia di fedeltà.

In questo paese non c'è nessuna legge specifica che proibisce espressamente la pratica (infibulazione), anche se dal 1982, il Comitato Interafricano porta avanti una campagna contro la mutilazione, collaborando con il Ministero degli Affari sociali e il Ministero della salute. Nella popolazione è stato distribuito materiale educativo.

Burkina Faso. La forma di mutilazione più diffusa è l'escissione (tipo II). Questa tradizione è profondamente sostenuta da tutta la popolazione, anche se una recente legislazione (che è effettiva dal 1997) bandisce la pratica e il Governo combatte attivamente il fenomeno attraverso campagne di sensibilizzazione. Nel 1990 è stato istituito un Comitato Nazionale che, in collaborazione con il Comitato Interafricano, ha il compito di sviluppare programmi educativi.

Camerun. Vengono praticate la clitoridectomia e l'escissione, soprattutto nel Nord e nel Sud Est dello stato. Non ci sono leggi che proibiscono la pratica. Il Comitato Interafricano del Camerun è stato istituito nel 1992.

Repubblica Centro Africana. Vengono praticate la clitoridectomia e l'escissione. 10 dei 48 gruppi etnici presenti nel paese praticano anche l'infibulazione. Dal 1966 esiste una legge che bandisce la pratica e il Governo si ha adottato una serie di misure contro questo fenomeno.

Chad: La mutilazione genitale più praticata è quella di tipo II, mentre l'infibulazione (tipo II) è diffusa nelle aree del paese che confinano con il Sudan. Non ci sono leggi che proibiscono la pratica. Il Comitato Interafricano è presente anche in questa regione, con i suoi programmi educativi. Il ruolo del governo praticamente nullo in relazione a questa problematica.

Costa d'Avorio: La pratica della mutilazione (la più diffusa è quella di tipo II) è profondamente radicata e costituisce una parte fondamentale dei riti d'iniziazione animisti. Il fenomeno è diffuso prevalente tra le donne musulmane. Si pratica particolarmente tra le popolazioni rurali del Nord, Nord Est e Ovest. È stata presentata una proposta di legge in materia, ma non è ancora approvata. Alcune organizzazioni non governative (MIFED, IAC) portano avanti campagne di sensibilizzazione ed informazione, anche con il supporto del governo.

Congo. La mutilazione (tipo II) viene praticata sulle giovani donne che vivono nella parte Nord equatoriale del paese. Nessuna legge proibisce la pratica mutilatoria.

Gibuti. Le pratiche più diffuse sono il tipo II e III. Il 95% delle donne di ogni gruppo etnico sono infibulate, nonostante dal 1994 è in vigore una legge nel codice penale che bandisce la pratica. Alcune organizzazioni si sono occupate di organizzare una campagna di sensibilizzazione, per evidenziare i pericoli in cui si incorre praticando la mutilazione. Gli apporti governativi sono minimi.

Egitto. Sono praticate tutti i tipi di mutilazione, soprattutto tra i musulmani e i copti cristiani, nonostante un decreto presidenziale del 1958, prevede il carcere a chi pratica questa tradizione. Nel Luglio del 1996, il Ministro della sanità ha proibito esplicitamente la pratica definita "medicalizzata", praticata negli ospedali e nei centri sanitari. Nel 1997 il tribunale ha emesso una sentenza contraria al Ministro, affermando che la mutilazione genitale è una forma di chirurgia che i medici hanno il diritto "legale" di praticare, senza che i corpi ministeriali possano interferire. L'ultima parola è stata data alla più elevata autorità religiosa del paese, Sheik al Azhar, il quale ha dichiarato di essere a sostegno dell'abolizione della pratica.

Eritrea. La mutilazione genitale femminile è praticata dalla maggioranza dei gruppi etnici, in tutte le sue forme. Nessuna legge è ancora stata emanata in materia, anche se sono state fatte delle campagne educative e informative da parte del governo.

Etiopia. Le mutilazioni più praticate sono la clitoridectomia e l'escissione; l'infibulazione viene praticata nelle aree a confine con il Sudan e la Somalia da parte di circa 70 gruppi etnici, inclusi i cristiani, i musulmani e gli ebrei. L'Etiopia ha un alto tasso di mortalità

delle donne durante il parto, che, in larga parte, è causato in parte da complicazioni seguenti la mutilazione.

Non è stata istituita nessuna legge in materia, sebbene la costituzione proibisca le pratiche che menomano l' integrità fisica e molte organizzazioni non governative si sono impegnate in Etiopia per l'abolizione della pratica. L' Associazione delle Donne Rivoluzionarie Etiopi ha un mandato specifico, assegnato dal regime di Mengistu, finalizzato a sradicare la pratica, che, secondo tale regime è una negazione dei diritti delle donne.

Gambia. L'infibulazione viene praticata solo in una piccola percentuale della popolazione, mentre la pratica più diffusa è l'escissione. Non ci sono leggi che proibiscono la pratica, ma è attivo il Comitato Interafricano e il Bafrow (Fondazione per la ricerca sulla salute della donna e sulla riproduzione). I media, come la radio e la televisione, non possono trasmettere programmi che siano contro la politica della mutilazione, nonostante le varie organizzazioni si siano mobilitate contro questa politica dei media.

Ghana. La mutilazione più diffusa è l'escissione, che viene praticata soprattutto nell'estremo Nord ed Ovest del paese. La pratica persiste, anche dopo l'entrata in vigore di una legge che la bandisce apertamente. In effetti, da quando la legge è entrata in vigore, nel 1994, solo due "operatrici" sono state incriminate. A tutti i livelli governativi si stanno portando avanti campagne contro la pratica.

Guinea: Clitoridectomia, escissione ed infibulazione sono largamente praticate in Guinea, senza distinzione di gruppi etnici, religioni o regioni, nonostante la pratica sia illegale secondo quanto sancito nell'art. 265 del Codice Penale. La Corte Suprema sta lavorando con il Comitato delle pratiche tradizionali che violano l'integrità fisica, per proporre un' emendamento nella Costituzione, che proibisca la pratica escissoria.

Indonesia. Vengono praticate procedure di tipo I e anche le forme meno invasive classificate sotto il tipo IV. Non ci sono leggi contro le mutilazioni genitali femminili. In realtà alcune leggi permettono incisioni simboliche o molto piccole del clitoride.

Kenya. Vengono praticate sia la clitoridectomia che escissione, ma ci sono anche casi di infibulazione nelle aree ai confini con la Somalia e nei campi profughi. Non è stata

formulata nessuna legge specifica, anche se alcune organizzazioni non governative si sono attivate per abolire la pratica.

Liberia. Tredici gruppi etnici praticano la mutilazione genitale femminile, soprattutto di tipo II. Alcuni esperti affermano che a causa della guerra civile le percentuali di donne escisse è diminuita del 10%. Non ci sono leggi che proibiscono la pratica. Nel 1985 è stato istituito il Comitato Interafricano che conduce ricerche sul campo e porta avanti programmi preventivi.

Mali. Le forme più comuni di mutilazioni genitali sono i tipi I e II, a dispetto del fatto che alcuni gruppi di donne malesi si siano attivate, promuovendo campagne contro tali pratiche da più di dieci anni. In alcune zone meridionali viene praticata anche l'infibulazione.

Le etnie dei Bambara e dei Dogon credono che se il clitoride della madre entra in contatto con la testa del neonato durante il parto, allora il bambino morirà. Un'altra credenza riguarda il rapporto sessuale: se il pene entra a contatto con il clitoride l'uomo potrebbe essere ucciso da alcune secrezioni velenose che esso rilascia. Ovviamente tali credenze giustificano la pratica delle mutilazioni.

Le mutilazioni genitali non sono specificatamente illegali, anche se il codice penale bandisce tutte le pratiche che minacciano l'integrità fisica dell'individuo. Se una ragazza viene sottoposta ad una mutilazione senza il consenso della madre (da un parente come la nonna, la suocera o la cognata), la madre stessa può presentare un'accusa proprio in virtù di quanto sancito nel codice penale. Tuttavia di solito questa opzione non viene mai considerata a causa del tradizionale rispetto per i membri della famiglia che preclude la possibilità di portarli di fronte ad una corte.

Nigeria. Si praticano la clitoridectomia, escissione e, nella parte a Nord Est del paese, anche l'infibulazione. Non vi è nessuna legge specifica, ma sono state promosse delle campagne da ginecologi e corpo sanitario con il supporto del Comitato Interafricano.

Senegal. Si pratica l'escissione. Nel 1988 il Comitato Interafricano ha condotto una ricerca sul campo, la quale ha rivelato che tale pratica è maggiormente diffusa tra i musulmani, anche se, nella parte orientale del paese riguarda anche la popolazione non musulmana. Programmi informativi e educativi sono stati supportati da organizzazioni non governative

francesi, le quali considerano la mutilazione un atto di violenza nei confronti delle donne. Anche il Senegal e' stato istituito un Comitato Interafricano.

Sierra Leone. Tutti i gruppi etnici praticano le mutilazioni, ed in particolare l'escissione, ad eccezione dei Creoli che sono stanziati per la maggior parte nella capitale, Freetown.

Nessuna legge specifica proibisce la pratica, che viene eseguita in un forte contesto ritualistico, con l'evocazione di poteri magici che sarebbero esercitati dalla società segreta delle donne Bundo. La stima che queste donne hanno conquistato nella popolazione, unita alla paura dei loro poteri magici impedisce il diffondersi di campagne contrarie alla pratica; infatti, il governo supporta attivamente la MGF e le altre pratiche tradizionali.

Nonostante questo c'è un Comitato Interafricano, istituito nel 1984, il quale collabora con le diverse organizzazioni non governative per l'abolizione del rito.

Somalia. Virtualmente tutte le donne somale sono sottoposte all'infibulazione. Non vi è nessuna legge in materia. Nel 1977 è stata fondata un'organizzazione governativa di donne somale, SWDO, con lo scopo di sradicare la pratica. Dal 1987, questa associazione lavora insieme ad un'organizzazione italiana, Aidos, sviluppando campagne e progetti informativi allo scopo di abolire tale pratica. I progetti sono stati sospesi all'inizio della guerra civile.

Sudan. L'infibulazione e' predominante, mentre ci sono solo alcuni casi di escissione. Negli ultimi 50 anni si è cercato di abolire questa tradizione millenaria, ma le donne continuano ad essere mutilate.

Il Sudan è stato il primo stato africano ad emanare una legge che proibiva la mutilazione genitale: il codice penale del 1946 proibiva l'infibulazione, ma permetteva la sunna, una forma più moderata di mutilazione. Una legge simile è stata emanata nel 1957, quando il Sudan ha ottenuto l'indipendenza. Nel 1991, il governo ha affermato che continua ad essere attivo al fine di ottenere l'abolizione della pratica, mentre gruppi di organizzazioni non governative si occupano di sviluppare programmi di sensibilizzazione per sradicare la pratica.

Tanzania. Le mutilazioni (tipo I e II) sono praticate in cinque regioni della Tanzania. Non c'è una legislazione specifica in materia e il governo intervenuto sporadicamente per abolire la pratica, con una campagna rivolta soltanto a due regioni. Nel 1992 è stato istituito il Comitato Interafricano.

Togo: l'escissione viene praticata nel Nord del Paese. Non ci sono leggi in materia. Gruppi che si interessano ai diritti umani e ai diritti delle donne cercano di educare la popolazione rurale agli effetti negativi e pericolosi della pratica. Tali gruppi sono aiutati dal Comitato Interafriano del Togo, che distribuisce materiale informativo.

Yemen. Le forme più comuni di mutilazione praticata sono il tipo II e III. Non ci sono leggi in proposito. Un decreto ministeriale effettivo da Gennaio 2001, comunque, proibisce la pratica.

6. Perché è praticata la mutilazione genitale femminile: miti e credenze

Le mutilazioni genitali femminili sono, o sono state, praticate dai membri di tutte le religioni, in tutte le società di tutto il mondo.

Nonostante tale pratica sia ancora diffusa nei paesi del “Terzo Mondo”, essa ha avuto fortuna anche in occidente, dove la sua prevalenza dipendeva dal periodo storico, e dove, fortunatamente, non è mai diventata un bisogno della società.

Le mutilazioni genitali, in ogni luogo, sono sempre il risultato di una decisione presa da uomini, che le donne, in modi diversi, sono costrette a subire. Le motivazioni di fondo sono simili, anche se ci sono alcune differenze tra una società e l'altra.

In Arabia, la parola che indica le mutilazioni genitali è Tahara e significa “purificare”: la donna deve essere purificata, a causa dei suoi desideri sessuali. Inoltre la donna deve subire il “taglio” (così viene chiamata la pratica da chi la esegue e da chi la subisce) perché esso accresce la sua femminilità.

Il taglio sembra essere un aspetto essenziale dell'identità di ogni donna. Dal momento che anche il taglio meno devastante include la rimozione parziale o totale del clitoride, è chiaro che l'obiettivo primario della pratica è duplice: da un lato si vogliono eliminare attributi “mascolini” che la donna possiede (il clitoride viene considerato l'elemento maschile nella donna, così come il prepuzio è considerato la parte femminile nell'uomo; entrambi devono essere eliminati per delineare chiaramente il sesso della persona), dall'altro si vuole privare la donna della possibilità di provare piacere, e, di conseguenza, di avere desideri sessuali.

Alcune etnie africane credono che, se il clitoride non venisse tagliato, esso continuerebbe a crescere trasformandosi in un una sorta di pene. In quest'ottica è chiaro come la clitoridectomia sia un meccanismo efficace finalizzato al raggiungimento di una vera femminilità.

Altre comunità ritengono che il contatto con il clitoride possa essere letale sia per l'uomo che ha un rapporto sessuale con la donna, sia per i bambini al momento del parto, a causa di secrezioni velenose che esso rilascerebbe.

In queste comunità la mutilazione genitale diventa necessaria affinché la donna possa partorire: poiché in questo tipo di società la rispettabilità e lo status della donna dipendono dal numero di figli che essa ha messo al mondo, è chiaro come questa convinzione sia uno dei motivi per cui la donna si presta a subire la mutilazione, considerandola addirittura un bene.

Nonostante le varie credenze che si sono sviluppate come tentativi di spiegazione per la necessità della mutilazione, secondo Abusharaf (1997) l'unico vero motivo per cui essa si pratica è il desiderio dell'uomo di controllare la sessualità della donna, in modo che essa si presti a realizzare i desideri dell'uomo senza averne di propri. Se la donna non prova piacere durante il rapporto sessuale non ne avrà desiderio; per lei il rapporto sarà solo un dovere coniugale. Questo assicura al marito la fedeltà della donna, e in modo indiretto, la sua dipendenza. Nelle comunità in cui si pratica l'infibulazione la donna è "aperta" e poi "ricucita" dal marito, che in questo modo è in grado di controllarla.

Le società che praticano l'infibulazione sono fortemente patriarcali. Prevenire la possibilità che la donna indulga in relazioni sessuali illegittime, o proteggerla da rapporti non voluti, è vitale per l'uomo e per l'intera famiglia, perché il loro onore dipende da questo. In realtà è evidente che l'infibulazione non è un deterrente, se la donna desidera avere rapporti con un uomo diverso dal marito.

Alcuni studi psicoanalitici hanno dimostrato che gli uomini, inconsciamente o coscientemente, temono la sessualità femminile perché la percepiscono travolgente, insaziabile, incontrollabile e, a volte, addirittura pericolosa (Asad, 1980; Lightfoot-Klein, 1989).

Questo timore giustifica e motiva il desiderio di frenare, o addirittura eliminare, la sessualità femminile. Eliminando la sessualità della donna l'uomo elimina la sua paura di non essere in grado di soddisfarla: mutilando la donna, l'uomo si risparmia una possibile ferita narcisistica.

In questa ottica, sembra che l'uomo desideri un'interazione sessuale nella quale la donna è disponibile ad adattarsi ai desideri dell'uomo, occupandosi soltanto di gratificarlo. In accordo con il punto di vista diffuso in molte culture, una donna è completamente e pienamente femminile, solo se è disposta a sottomettersi al proprio uomo.

Nel mondo occidentale, la religione contribuisce ad alimentare questo modo di vedere la donna: Eva ha commesso il peccato originario a causa della sua insaziabilità, è quindi necessario che l'uomo si occupi di controllare la donna e reprimere la sua libera espressione.

Amnesty International, nel 2004, ha pubblicato un opuscolo informativo riguardante le mutilazioni genitali femminili, nel quale sono descritte alcune possibili motivazioni della diffusione di tale pratiche.

In primo luogo vengono poste motivazioni relative all'identità culturale: le mutilazioni genitali definiscono chi è nel gruppo, e chi invece è escluso. La mutilazione è un passo

obbligatorio verso l'età adulta, un rito di iniziazione necessario senza il quale la donna non può acquistare un posto nella società.

Molte persone, nelle società che praticano le mutilazioni genitali, le ritengono così naturali che non riescono neanche ad immaginare la possibilità che ci siano donne non "tagliate"; solo le straniere e le emarginate non sono mutilate. Questo accade perché una donna non è considerata tale finché non ha subito l'operazione.

In secondo luogo vengono collocate motivazioni relative all'identità di genere. Infatti, la donna acquista femminilità dall'operazione, che elimina la sua parte maschile (il clitoride). In questi luoghi però si confonde la femminilità con la docilità e l'obbedienza.

Se la mutilazione è parte di un rito di iniziazione più complesso, essa è preceduta da istruzioni relative al ruolo della donna nella società. In Sierra Leone esiste una società segreta, costituita dalle donne del gruppo etnico Bundo, che ha il compito specifico di formare le bambine a diventare delle donne, nel corso di un periodo di tirocinio che può durare uno o due anni. Esse apprendono tutto ciò che sarà necessario nella loro vita futura di spose e madri. Alla fine di questo periodo di addestramento, in occasione di una grande festa, vengono circonciate ed entrano a pieno titolo nella comunità. Durante il periodo di insegnamento, le bambine vivono isolate dalla società e non possono avere nessun contatto con l'esterno.

Peraltro in Africa intere comunità ancora vivono ignare del fatto che non tutte le donne del mondo sono mutilate e può persino succedere che solo durante il pellegrinaggio alla Mecca (uno dei cinque pilastri dell'islam) delle donne scoprono che non tutte le musulmane sono escisse o infibulate. Così l'istituzione appare universale e necessaria.

Infine ci sono delle credenze relative all'igiene, l'estetica e la salute: in queste culture si ritiene che la mutilazione sia una garanzia di pulizia. Gli stessi termini utilizzati per indicare la mutilazione sono sinonimi di purificazione (es. tahir in Sudan, sili.ji per i Bambara, in Mali). Le donne non mutilate sono considerate sporche e non è consentito loro di maneggiare acqua e cibo.

È evidente che ci sono una serie di credenze, prodotto di una mistificazione della realtà, che giustificano la pratica delle mutilazioni. È quindi necessario dimostrare, punto per punto, la falsità di tali convinzioni: è con questo fine che vengono istituite delle associazioni che promuovono campagne di sensibilizzazione.

In primo luogo è necessario convincere questi popoli che, pur essendo una tradizione, la pratica delle mutilazioni è nociva per le donne, e che sarebbe più sano mantenere tradizioni meno dannose, oppure mantenere quelle già esistenti, ma solo in una forma simbolica.

Alcuni credono che la circoncisione aumenti la fertilità della donna, e che se una donna si sposa subito dopo aver subito la mutilazione, allora rimarrà incinta con più facilità. La verità è esattamente contraria a questa idea: una delle complicanze delle mutilazioni è la sterilità, dovuta ad infiammazioni pelviche che si sviluppano soprattutto nelle ragazze più giovani. Inoltre l'infibulazione rende molto difficile il parto, mettendo a rischio sia la vita della madre che quella del bambino.

Molti ritengono che la pratica sia una pratica religiosa. Le mutilazioni genitali femminili sono, o sono state, praticate da cristiani (protestanti, cattolici e copti), mussulmani, ebrei, animisti e atei. Le popolazioni islamiche che le praticano sono convinte che siano volontà di Dio, ma ignorano che in realtà l'islam, pur avendo l'enorme responsabilità di assecondarle da secoli, e in certi casi di averle esportate (ad esempio, in Indonesia), non le ha inventate e non le prescrive. La verità è che nessuna religione richiede niente di simile, e che le origini della pratica sono pre-cristiane e pre-islamiche. Probabilmente l'associazione della mutilazione con convinzioni religiose deriva da coincidenze storiche e da insegnamenti scorretti o incomprensioni dei testi religiosi.

Alcune comunità credono che il "taglio" sia un modo per prevenire la morte prenatale e perinatale.

È invece evidente che le donne non mutilate, a parte rare eccezioni, partoriscono senza grandi difficoltà, mentre tra le donne circoncese c'è un'alta percentuale di morti sia pre che post natali.

La mutilazione genitale dovrebbe garantire la verginità, e si ritiene anche che l'infibulazione dovrebbe proteggere la castità delle giovani donne fino al loro matrimonio. La verginità, infatti, è un prerequisito fondamentale per il matrimonio. Da un punto di vista medico e anatomico, la verginità è garantita dalla presenza di un imene integro. A volte, date le precarie condizioni in cui viene praticata la mutilazione, la membrana dell'imene viene rotta, causando tecnicamente la perdita della verginità.

La mutilazione è considerata garanzia di un'ottima salute. Si dice che le donne circoncese siano sempre sane, e che i loro problemi di salute siano dovuti a cause sovranaturali. Si crede anche che la circoncisione possa curare la depressione e la malinconia. Ovviamente, tutto questo è profondamente falso. C'è un'ampia e dettagliata letteratura medica che dimostra quante complicazioni può avere un'operazione del genere. Tuttavia, le donne

stesse tendono a non associare i loro problemi di salute con l'operazione subita, e considerano la sofferenza come una parte necessaria dell'essere una donna, a causa dell'educazione che hanno ricevuto fin da piccole. Inoltre, poiché alle donne è assolutamente proibito parlare del taglio, e più in generale, degli organi del corpo e delle loro funzioni, possiamo assumere che le conseguenze delle mutilazioni siano ignorate.

Tutte le comunità in cui si praticano le mutilazioni genitali sono convinte che queste operazioni garantiscano purezza e pulizia. La rimozione dei genitali esterni è giustificata, anche dai professionisti, dal bisogno di mantenere pulita l'area genitale, dal momento che il clitoride e le labbra producono secrezioni che emanano un cattivo odore e che sporcano il corpo della donna.

In realtà, la normale secrezione delle ghiandole dei genitali è impercettibile e aumenta soltanto durante l'atto sessuale, per facilitare la penetrazione. Secrezioni abbondanti e maleodoranti sono indice di un'infezione, che può essere trattata e guarita. Nell'infibulazione, inoltre, la chiusura delle vulva determina una difficoltà nell'espellere urina e sangue mestruale.

Alcuni sono convinti che le mutilazioni genitali migliorino la performance sessuale dell'uomo. Questo perché la donna è generalmente passiva e docile durante il rapporto. Inoltre la chiusura rende l'orifizio vaginale più stretto e questo consente una maggior stimolazione del pene. Tuttavia alcuni uomini intervistati hanno confessato di preferire rapporti sessuali con donne non mutilate.

Infine, per smentire la presunta fedeltà che garantirebbero le mutilazioni, è opportuno ricordare che la promiscuità è un comportamento che risulta da una complessa combinazione di circostanze sociali e che la rimozione degli organi genitali non ha un impatto diretto su questo comportamento.

7. Aspetti etici e legali

Le donne subiscono discriminazioni e violenze con modalità che spesso non toccano gli uomini (in larga misura i soprusi di cui sono vittime sono di natura sessuale). Questi abusi, pur presentandosi in diverse forme, modi e circostanze, non hanno trovato giusta considerazione a livello internazionale, se non raramente. Paradossalmente, più numerose sono le violazioni a carico di un gruppo sociale come sono le donne, meno è facile perseguire penalmente certe condotte, poiché taluni comportamenti vengono diffusamente percepiti e si configurano come elementi della normalità. Questo è evidentemente il caso delle mutilazioni genitali femminili.

Secondo quanto sancito nella “Dichiarazione Universale dei Diritti umani”, adottata dall’Assemblea

Generale delle Nazioni Unite nel 1948 i diritti umani (sicurezza della persona, libertà di pensiero, religione, cultura ed educazione) dovrebbero applicarsi senza nessuna distinzione di razza, lingua, colore e sesso. Tuttavia, tradizioni, pregiudizi, interessi economici e politici hanno escluso le donne dal concetto prevalente di diritti umani generali e relegato le hanno relegate in una posizione secondaria. In alcuni casi le donne sono state considerate sotto l’etichetta di interessi particolari.

Questa tendenza ad emarginare le donne nel campo dei diritti umani è, in realtà, il riflesso della condizione di ineguaglianza in cui vivono milioni di donne.

Una possibile giustificazione di questa trascuratezza può essere dalla netta distinzione, in ambito di diritto internazionale tra la sfera pubblica e quella privata: i diritti umani delle donne potevano essere invocati solo in caso di abusi appartenenti alla sfera pubblica, mentre le donne che subivano abusi nella sfera privata, in ambito familiare, non avevano la possibilità di invocare salvaguardia e protezione da parte dello stato.

La lotta per l’uguaglianza dei sessi era ancora ai suoi stadi iniziali al momento della fondazione delle Nazioni Unite, nel 1945. Ciononostante gli uomini che stesero i diversi statuti e la Dichiarazione Universale ebbero la capacità di evocare “uguali diritti di uomini e donne” nel momento in cui dichiaravano la “fede nei diritti umani fondamentali” e la “dignità e il valore della persona umana”.

In precedenza, nessun documento legalmente vincolante aveva affermato con tanta forza l’uguaglianza di tutti gli esseri umani, ne aveva riconosciuto che il sesso potesse essere la base per una discriminazione. Divenne finalmente chiaro che i diritti delle donne dovevano

essere considerati di fondamentale importanza affinché il lavoro che doveva essere svolto rispondesse agli effettivi bisogni della comunità mondiale.

Durante i primi tre decenni, il lavoro delle Nazioni Unite in difesa delle donne si è concentrato principalmente sulla codifica dei diritti civili e legali delle donne. Col passare del tempo, tuttavia, è diventato sempre più evidente che le leggi da sole non erano sufficienti per garantire l'uguaglianza delle donne.

Le quattro Conferenze Mondiali sulle donne convocate dalle Nazioni Unite dal 1975 al 1995 sono state di grande utilità per portare la causa dell'uguaglianza tra i sessi al centro dell'attenzione globale. Queste conferenze hanno evidenziato la necessità di delineare un insieme di obiettivi comuni al fine di programmare un piano d'azione efficace per il progresso delle condizioni delle donne in ogni luogo, e in tutte le sfere della vita (pubblica e privata).

La prima Conferenza Mondiale sulla condizione della donna venne organizzata a Città del Messico nel 1975, che è stato anche l' "Anno Internazionale delle Donne", celebrato per ricordare alla Comunità Internazionale che la discriminazione nei confronti delle donne continuava ad essere un problema in gran parte del mondo. La Conferenza, che venne convocata dall'Assemblea Generale dell'ONU, diede inizio ad una serie di sforzi globali per promuovere lo sviluppo femminile progettando strategie efficaci e piani d'azione per il progresso femminile.

Durante questa Conferenza venne adottato un Piano d'Azione Mondiale, nel quale venivano esposte alcune linee guida che i governi e le comunità avrebbero dovuto seguire per raggiungere gli obiettivi stabiliti dall'Assemblea Generale.

Tali obiettivi erano:

- Raggiungimento della piena uguaglianza fra i sessi ed eliminazione delle discriminazioni sessuali;
- Integrazione e piena partecipazione delle donne allo sviluppo;
- Maggior contributo delle donne nel rafforzamento della pace mondiale.

Il Piano d'Azione determinò un effettivo cambiamento nel modo di percepire le donne: mentre in precedenza le donne venivano viste come passive destinatarie di sostegno e assistenza, ora esse potevano essere considerate partner paritari degli uomini, con i medesimi diritti ad ottenere risorse e opportunità.

Gli atti della Conferenza invitavano i governi a formulare delle strategie nazionali e a identificare obiettivi e priorità nei loro tentativi di promuovere la partecipazione paritaria delle donne. Entro al fine del Decennio dell'ONU per le donne, istituito a partire dalla conferenza, 127 Stati Membri avevano risposto a questa richiesta, istituendo un qualche meccanismo nazionale e delle nuove istituzioni che si occupavano di promuovere politiche, ricerche e programmi diretti a favorire il progresso delle donne e la loro partecipazione effettiva partecipazione allo sviluppo.

Nel dicembre 1979 fu adottata, da parte dell'Assemblea Generale, la "Convenzione sull'Eliminazione di Tutte le Forme di Discriminazione nei confronti delle Donne", uno degli strumenti più completi e particolareggiati in favore dell'uguaglianza femminile.

La Convenzione, definita anche "carta dei diritti femminili", al momento è legalmente vincolante in 165 stati, che sono obbligati a riferire, ogni 4 anni, sulle misure adottate per l'eliminazione degli ostacoli e il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla convenzione.

Per la seconda Conferenza Mondiale sulle donne 145 rappresentanti degli Stati Membri si riunirono a Copenhagen nel 1980, con l'obiettivo di riesaminare e valutare il Piano d'Azione Mondiale del 1975.

Nonostante i progressi che erano stati compiuti fino ad allora, i partecipanti alla Conferenza di Copenhagen riconobbero che cominciavano ad emergere dei segnali di disuguaglianza tra i diritti che venivano nominalmente garantiti e la capacità reale delle donne di esercitarli.

A questo proposito vennero delineati una pluralità di fattori responsabili di tale discrepanza, tra cui:

- mancanza di un sufficiente coinvolgimento da parte degli uomini, nel migliorare il ruolo delle donne nella società;
- insufficiente volontà politica;
- mancato riconoscimento del valore dei contributi femminili alla società;
- mancanza di attenzione in fase di pianificazione a quelle che sono le particolari esigenze delle donne;
- scarsità di donne nelle posizioni elevate al fine del processo decisionale;
- mancanza di consapevolezza fra le donne circa le opportunità che erano a loro disposizione.

Il movimento per l'uguaglianza dei sessi aveva finalmente acquisito una reale conoscenza globale nel momento in cui venne convocata a Nairobi la Terza Conferenza Mondiale sulle Donne (1985) che aveva tra i vari punti lo scopo di riesaminare e valutare i risultati del Decennio delle Nazioni Unite per le Donne.

Si fa riferimento a questa Conferenza come l'occasione della "Nascita del Femminismo Globale". Il movimento delle donne era finalmente diventato una forza internazionale unificata sotto la bandiera dell'uguaglianza, dello sviluppo e della pace. Dietro questa pietra miliare c'era un decennio di lavoro durante il quale si era acquisita una grande quantità di informazioni, conoscenze ed esperienze.

I dati raccolti dalle Nazioni Unite rivelavano che soltanto una piccola minoranza di donne aveva beneficiato dei miglioramenti teoricamente apportati alla condizione femminile e dei tentativi compiuti per raggiungere un'uguaglianza sostanziale. Nelle nazioni in via di sviluppo, i cambiamenti potevano essere considerati, nella migliore delle ipotesi, marginali.

Anche questa volta, quindi, gli obiettivi stabiliti nella precedente conferenza non erano stati raggiunti. Ancora una volta ci si rese conto della necessità di adottare nuove strategie. L'obiettivo primario individuato durante la Conferenza di Nairobi era quello di esplorare nuove vie per superare gli ostacoli che si frapponavano al raggiungimento degli obiettivi fissati per il Decennio delle Donne.

Da questo momento la partecipazione femminile all'assunzione di decisioni e alla gestione di tutti gli affari umani veniva riconosciuta non soltanto come un diritto legittimo, ma anche come una necessità sociale e politica che avrebbe dovuto essere incorporata in tutte le istituzioni della società.

Nel Settembre del 1995, a Pechino, ha avuto luogo la 4° Conferenza Mondiale delle donne. In tale sede è stata adottata la Dichiarazione di Pechino, la quale ha affermato per l'ennesima volta gli uguali diritti e l'inerte dignità umana delle donne e degli uomini.

In questa conferenza è stata adottata anche la "Piattaforma d' Azione", che ha lo scopo di assicurare l'uguaglianza e la non discriminazione nel nome della legge e della pratica; inoltre fa richiamo specificatamente alle leggi, ancora esistenti, che attuano discriminazioni in base al sesso.

La Dichiarazione e il Programma di Azione adottati a Pechino raccolgono le novità più significative

dei movimenti delle donne incentrate sulla valorizzazione della differenza di genere come leva per una critica alle forme attuali dello sviluppo e della convivenza sociale.

La Conferenza segna il passaggio dalle politiche della parità alla necessaria consapevolezza che per raggiungere l'uguaglianza di diritti e di condizioni è necessario anche riconoscere e valorizzare la differenza tra i generi.

Nel Giugno 2000 i rappresentanti dei diversi governi si sono incontrati per una speciale sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con l'obiettivo di rivedere i programmi contenuti nella "Piattaforma d' Azione". Si lamentava il fatto che non tutti gli stati avevano abrogato le leggi a base discriminatoria e si evidenziava che la legge è solo una piccola componente formale di tutti i tipi di discriminazioni che ogni giorno colpiscono le donne in ogni parte del mondo.

Nel corso delle diverse Conferenze, donne provenienti dai paesi più disparati; culture razze si sono incontrate in una prospettiva di scambio culturale per migliorare lo status della donna.

Per decenni, si è lavorato per condannare e bandire determinate pratiche che danneggiano fisicamente e psicologicamente le donne e che sono protette sotto l'etichetta della religione e della cultura. Questo è ovviamente il caso della mutilazione genitale femminile.

A causa della concentrazione focalizzata solamente sul problema dell'uguaglianza, il tema più specifico della violenza contro le donne ha trovato solo recentemente posto tra gli interessi di coloro che si occupano dei diritti umani.

Il tema della violenza sulle donne, infatti, non era mai stato trattato in maniera esclusiva, ma solo in relazione ad altri temi quali la discriminazione, la salute, l'economia e la società.

A tal proposito lo strumento di maggior rilevanza è la Dichiarazione di Vienna del 1993, dato che si focalizza in maniera specifica sul tema delle violenze subite dalle donne. In tale documento si afferma che le violenze nei confronti delle donne violano e limitano l'esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali.

Nella parte 1, par. 18, si afferma:

“ I diritti umani delle donne sono un'inalienabile, integrale e indivisibile parte dei diritti umani universali. La completa ed uguale partecipazione delle donne nella vita politica, sociale ed economica a livello nazionale, regionale ed internazionale e lo sradicamento di tutte le forme di discriminazione in base al sesso sono l'obiettivo prioritario della comunità internazionale.

Ogni tipo di violenza e tutte le forme di abuso e sfruttamento sessuale, incluse quelle risultanti da pregiudizi culturali sono incompatibili con la dignità della persona umana e devono essere eliminati.

Questo si può ottenere attraverso misure legali e attraverso l'azione nazionale e la cooperazione internazionale in campi quali lo sviluppo sociale ed economico, nonché' la salute e la maternità.”
(art.18)

Nel corso dei secoli, le donne sono state vittime vulnerabili di atti di violenze nella famiglia, nella comunità e negli stati.

Le donne sono vulnerabili alla violenza, a causa delle loro caratteristiche fisiche, o nell'ambito di una relazione con un uomo (violenza domestica) o a causa dell'appartenenza ad un gruppo sociale, dove la violenza è un mezzo di umiliazione diretta nei confronti dell'intero gruppo (pulizia etnica e stupri nei conflitti armati) o del solo genere femminile (mutilazioni genitali femminili).

In altre parole, le donne sono soggette a violenze in seno alla famiglia; in seno alla comunità e soggette a violenze da parte degli stati.

Come affermato nel Preambolo della Dichiarazione dell'ONU per l'eliminazione delle violenze nei confronti delle donne, tali violenze sono una manifestazione della storica ineguale relazione di poteri tra uomini e donne. La violenza è parte del processo storico e non è connaturata dal determinismo biologico. Il sistema del dominio maschile ha radici storiche e le sue funzioni e manifestazioni cambiano nel tempo. Gli stati hanno la responsabilità, non solo di frenare tali atti di violenza, ma di intervenire attivamente per prevenirli.

In molti casi, come è evidente per le mutilazioni genitali femminili, le cause di violenze nei confronti delle donne sono strettamente connesse alla questione della sessualità. In particolare le violenze sono spesso usate come strumento di controllo del comportamento sessuale femminile.

Come si è visto dalla descrizione di alcuni stati in cui si praticano le mutilazioni genitali, ci sono dei governi che non solo non proibiscono la pratica, ma che addirittura la sostengono. Per questo motivo, nell'art. 4 della “Dichiarazione per l'eliminazione delle violenze nei confronti delle donne” si richiede agli stati di condannare tutte le forme di violenza e di non invocare come giustificazione costumi popolari, tradizioni o pratiche religiose.

Gli stati sono responsabili di prevenire, investigare e punire i crimini associati alle diverse forme di violenza nei confronti delle donne, e non possono in alcun modo permettersi di mantenerle in vita, supportandole direttamente o anche semplicemente ignorandole (molti stati non si occupano di promulgare leggi contro le mutilazioni, e questo è un modo indiretto per permettere che si continui a praticarle).

Attualmente, molti strumenti internazionali che si occupano dei diritti umani includono tra le loro previsioni la protezione delle donne dalle diverse forme di violenza.

L'articolo 1 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani sancisce che tutti gli esseri umani nascono liberi e uguali nella dignità e nei diritti. Ci sono cinque articoli, in questo documento, che insieme costituiscono una base per condannare le mutilazioni dei genitali femminili:

- art. 2 prevede che ciascuno è titolare di tutti i diritti e le libertà previsti nella dichiarazione, senza distinzione di sesso, colore, razza e religione.
- art. 3 prevede che ognuno ha diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della persona.
- art. 5 prevede che nessuno può essere soggetto a tortura o a trattamenti inumani o degradanti.
- art. 12 sulla privacy.
- art. 25 sul diritto al minimo standard di vita (inclusa adeguate cure sanitarie) e protezione della maternità e dell'infanzia.

La clausola di non discriminazione afferma che qualsiasi forma di violenza nei confronti delle donne, sia costruita quale minaccia alla vita o alla sicurezza della persona o sia implicante tortura, trattamento inumano o degradante, è violazione di un obbligo internazionale degli stati membri.

Altri strumenti, quali la Convenzione dei diritti civili e politici e la Convenzione Internazionale dei diritti economici, sociali e culturali, proibiscono la violenza nei confronti delle donne.

L'art. 2 della Convenzione per i diritti civili e politici contiene una clausola di non discriminazione simile a quella contenuta nella Dichiarazione Universale. In aggiunta, l'art. 26 della Convenzione argomenta che tutti gli individui sono uguali davanti alla legge ed hanno diritto ad uguale protezione da parte dello stato.

Lo strumento che tratta in maniera esaustiva ed estensiva dei diritti delle donne è la "Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne", entrata in vigore nel Settembre del 1981.

Sebbene tale strumento non tratti esplicitamente delle violenze nei confronti delle donne, molte delle clausole di non discriminazione contenute in essa, prevedono la protezione delle donne in caso di violenza.

L'art. 1 della Convenzione definisce la discriminazione nei confronti delle donne come

“ qualsiasi distinzione, esclusione o restrizione fatta in base al sesso che ha lo scopo di limitare o annullare il godimento o l'esercizio da parte delle donne di diritti umani e libertà fondamentali in campo sociale, politico, culturale, civile o in qualsiasi altro campo “.

La violenza non è espressamente menzionata, ma una giusta interpretazione della definizione permette che sia inclusa la sua implicazione.

Nell'art. 5. di tale convenzione si afferma:

"Gli stati parte prendono ogni misura adeguata al fine di modificare gli schemi e i modelli di comportamento socio-culturale degli uomini e delle donne e giungere a un'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".

La raccomandazione generale num. 19/36 formulata nel 1992 si occupa specificatamente delle violenze nei confronti delle donne e stabilisce che le violenze basate sul genere sono una forma di discriminazione che seriamente inibisce la capacità delle donne di godere dei diritti e delle libertà su una base di uguaglianza in rapporto agli uomini e chiede agli stati di prenderne atto e di rivedere le leggi e pratiche.

La Dichiarazione è il primo strumento reale che sancisce standard internazionali che trattano specificatamente del problema delle violenze nei confronti delle donne. Vengono inoltre identificati gruppi di donne che sono maggiormente vulnerabili alle violenze. Si tratta di donne che appartengono a minoranze etniche, donne rifugiate, donne emigrate, donne detenute.

Da quando le mutilazioni genitali sono divenute un argomento di interesse in molte società, i gruppi di donne hanno preferito affrontare il problema nel campo dell'educazione e dell'informazione, piuttosto che ricorrere a strumenti legali, poiché ritengono che quest'ultime non sono effettive nelle comunità in cui la pratica è giustificata dalla tradizione.

Tuttavia, essendo tali mutilazioni una grave forma di violenza nei confronti delle è necessario cercare un modo efficace per risolvere tale problema sul piano legale. Il primo

passo consiste certamente nell'ottenere una proibizione legale di tali pratiche in tutti i paesi in cui sono eseguite, accompagnata da sanzioni piuttosto severe.

Inoltre devono essere previsti programmi educativi che sensibilizzino la coscienza delle persone.

L'Organizzazione mondiale della sanità, il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia e il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione condannano le mutilazioni dei genitali femminili come "violazione di diritti umani fondamentali quali il diritto a ottenere il più alto livello possibile di salute fisica e mentale e il diritto alla sicurezza della persona" e dichiarano:

“In tutte le società ci sono norme di comportamento e di assistenza fondate sull'età, sullo stadio della vita, sul genere e sulla classe sociale. Queste "norme", spesso citate come pratiche tradizionali, hanno origine sia da condizioni sociali o culturali oggettive che da osservazioni empiriche relative al benessere degli individui nella società. Le pratiche tradizionali possono essere benefiche, dannose o innocue. Ma possono anche avere effetti dannosi sulla salute, e questo è spesso il caso delle pratiche tradizionali che riguardano le bambine, le relazioni fra uomini e donne, il matrimonio e la sessualità.”

“Nel presentare questa dichiarazione, il proposito non è né di criticare né di condannare. Ma è inaccettabile che la comunità internazionale resti passiva in nome di una visione distorta del multiculturalismo. I comportamenti umani e i valori sociali, anche se possono apparire senza senso e distruttivi dal punto di vista personale e culturale degli altri, hanno comunque un senso e assolvono a una qualche funzione per coloro che li praticano. Ma la cultura non è statica, bensì in costante evoluzione, adattamento, rinnovamento. Le persone cambiano il proprio comportamento quando comprendono quali sono i rischi e le conseguenze che alcune pratiche tradizionali dannose comportano, e quando capiscono che è possibile abbandonare tali pratiche senza abbandonare gli aspetti significativi della propria cultura" (Dichiarazione congiunta Oms, Unicef, Unfpa).

Anche delle organizzazioni governative cercano di combattere contro le mutilazioni genitali.

Nella dichiarazione del Comitato inter africano contro le pratiche tradizionali nocive per donne e bambine/i (rete di comitati nazionali, governativi e non governativi, presenti in 26 paesi africani e fondata nel 1984), promulgata il nel settembre del 1997, si afferma ancora una volta come le mutilazioni dei genitali femminili siano una violazione della maggior parte dei diritti umani universali, incluso:

- il diritto alla vita;
- il diritto alla protezione contro trattamenti crudeli, inumani e degradanti;
- il diritto all'auto-determinazione;
- il diritto all'integrità fisica;
- il diritto alla salute;
- il diritto alla protezione contro la discriminazione.

Per lungo tempo le mutilazioni genitali femminili sono state protette dal silenzio, sia da parte delle comunità in cui vengono praticate, che lo considerano un argomento tabù, sia da parte delle comunità occidentali, che hanno preferito ignorarle, trincerandosi dietro un'inusuale forma di rispetto delle tradizioni locali di questi popoli.

Pian piano i governi hanno cominciato ad occuparsi del problema, cercando di far valere in maniera universale i diritti umani.

Un aiuto importante, nell'attività di sensibilizzazione contro le mutilazioni genitali, è stato dato dall'avvio della campagna internazionale "Stop FGM!". I promotori di questa campagna sono due organizzazioni italiane: AIDOS (Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo) e NPSG (Non c'è Pace Senza Giustizia), che hanno condotto il progetto in collaborazione con TAMWA (Tanzania Media Women Association) ed altre 7 organizzazioni non governative attive in Gambia, Mali, Burkina Faso, Egitto, Etiopia, Somalia, Kenya.

La conferenza del Cairo, che si è svolta nel giugno del 2003, ha rappresentato una tappa fondamentale della campagna "Stop FGM!". Nella dichiarazione finale questa pratica tradizionale viene unanimemente condannata. Il documento chiede ai governi, ai rappresentanti delle organizzazioni internazionali e nazionali, ai rappresentanti della società civile e ai leader religiosi, maggiore impegno e determinazione nel promuovere degli strumenti legislativi finalizzati alla prevenzione di questa pratica.

Il nuovo programma per l'Africa Sub-sahariana elaborato dall'UNICEF in collaborazione con AIDOS e NPSG, che ha ricevuto anche un significativo contributo del Ministero degli Esteri italiano, rilancia la campagna "Stop FGM!" per il 2004-2006, allargando il numero dei paesi africani coinvolti, e puntando alla costruzione di un ambiente culturale, sociale e legale che favorisca l'abbandono della pratica.

Le attività saranno pianificate in modo da contribuire all'approvazione di leggi sulle MGF, affinché rispettino le indicazioni della Dichiarazione del Cairo e alla implementazione nazionale del Protocollo di Maputo, il trattato sui diritti delle donne africane.

In questo trattato vengono specificate alcune misure relative all'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, riaffermando il diritto alla dignità, alla vita, all'integrità e alla sicurezza della persona, all'eliminazione delle pratiche lesive, alla protezione della donna nei conflitti armati, il diritto alla educazione e alla formazione, il diritto al benessere economico e sociale, alla salute e alla procreazione.

In particolare, nell'articolo 5 del Protocollo, si specifica che le pratiche definite tradizionali e gravemente lesive per donne e bambine, in particolare le MGF, dovrebbero essere proibite e condannate.

Il progetto prevede inoltre il miglioramento degli strumenti di monitoraggio e di valutazione dell'impatto dei progetti per la prevenzione delle MGF ma anche, cosa molto importante, il rafforzamento delle organizzazioni che lavorano sul terreno in Africa, contribuendo così alla costruzione di un network che faciliti lo scambio di informazioni, esperienze di successo e buone prassi.

8. La situazione in Europa

In Europa alcuni paesi (Austria, Belgio, Danimarca, Spagna, Svezia e Regno Unito) hanno adottato legislazioni specifiche sulle MGF. In altri paesi invece (Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Portogallo e Paesi Bassi), le MGF sono perseguibili secondo il vigente codice penale e/o le legislazioni per la protezione dei bambini.

Il Regno Unito ha promulgato una legge che punisce le mutilazioni genitali femminili nel 1985, completandola nel 1989 con il “Children Act”, che prevede l’avvio di un’inchiesta nei casi in cui si sospetta una violazione.

Questa legge punisce anche tutti coloro che aiutano, incitano, consigliano o forniscono mezzi a terzi per praticare la mutilazione sul corpo di un’altra persona.

In Francia, non esiste alcuna legge che punisce specificatamente le mutilazioni genitali femminili, ma, in caso di necessità, i giudici possono applicare l’art. 312 del codice penale, che prevede una pena variabile tra i 10 e i 20 anni per le violenze compiute sui bambini.

Quando l’autore della violenza è un genitore, la pena può arrivare all’ergastolo; tuttavia, generalmente i medici o i professionisti che praticano le mutilazioni sono puniti più severamente dei genitori stessi, perché per quest’ultimi si impone l’attenuante del rispetto di pratiche e leggi tradizionali.

Nonostante la mancanza di leggi specifiche a Parigi, nel 1999, è stata emessa una sentenza di condanna nei confronti di un’operatrice, che illegalmente ha circonciso almeno 48 bambine in territorio francese. L’arresto è stato possibile grazie alla testimonianza di una ragazza di 18 anni, che era stata circoncisa dalla donna (all’età di 8 anni), e che ha avuto la forza di rompere il silenzio, rivolgendosi alla polizia.

Una legge che proibisce specificatamente la mutilazione femminile, indipendentemente dal fatto che la donna che deve subirla sia consenziente o meno, è entrata in vigore in Svezia nel 1982. In Norvegia, nel 1985, tutti gli ospedali furono messi in allerta riguardo a tale pratica. Il Belgio si è associato nella messa al bando delle mutilazioni.

Il Parlamento Europeo, nel rapporto sulle mutilazioni genitali femminili datato 17 luglio 2001, considerando tali pratiche un serio attacco alla salute fisica e mentale delle donne e delle ragazze, che non può essere giustificata per nessun motivo culturale o religioso, e una violazione dei diritti delle donne e delle bambine, chiede al consiglio, alla commissione, e ai paesi membri di:

- a. Considerare le mutilazioni genitali femminili come un crimine contro l'integrità dell'individuo.
- b. Condurre indagini dettagliate con l'obiettivo di valutare il grado di diffusione di questo fenomeno negli stati membri dell'Unione Europea, e di promuovere misure finalizzate a fornire informazioni, elaborare modalità di intervento adeguate (per forze dell'ordine, medici, insegnanti, ecc.) e strategie di prevenzione.
- c. Riconoscere che il rischio di essere sottoposti a mutilazioni genitali costituisce una ragione valida per garantire asilo politico o protezione umanitaria.
- d. Considerare l'attività finalizzata a combattere le mutilazioni come una priorità.
- e. Supportare le organizzazioni non governative per eliminare queste pratiche nei paesi dove sono difese da tradizioni culturali e religiose.
- f. Assicurarsi che la pratica delle mutilazioni genitali femminili sia perseguita come crimine, che gli esecutori subiscano pene effettive, proporzionate e dissuasive, e che le vittime ricevano l'assistenza adeguata.
- g. Seguire una strategia preventiva, consistente nel fornire informazioni alle donne che appartengono ai gruppi immigrati nei quali vengono ancora eseguite queste pratiche.
- h. Usare le clausole della dichiarazione dei diritti umani per sensibilizzare i paesi che non fanno parte dell'Unione Europea, ma con i quali essa ha stretti contatti, e fare pressione affinché adottino le misure preventive legali, amministrative e giudiziarie necessarie a porre fine a queste pratiche.

In Italia vivono 40mila donne infibulate e, ogni anno, 6mila bambine tra i quattro e i dodici anni, con genitori provenienti soprattutto dai paesi dell'Africa sub-sahariana, rischiano di essere sottoposte a questo rituale.

Fortunatamente in Italia, dal 22 dicembre 2005, l'infibulazione è un reato.

Il Senato ha approvato in via definitiva il Disegno di legge n. 414-D relativo alle disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile (clitoridectomia, escissione, infibulazione e qualsiasi altra operazione che provochi effetti dello stesso genere).

La nuova normativa, composta da nove articoli, 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» 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 pratica dell'infibulazione in Italia è punito con la reclusione da 4 a 12 anni. La pena può essere aumentata di un terzo (arrivando così a 16 anni) se la mutilazione viene compiuta su una minorenne e in tutti i casi in cui viene eseguita per fini di lucro. I medici scoperti a praticarla rischiano anche la cancellazione dall'ordine per un massimo di 10 anni. Il personale sanitario che viene a conoscenza di un caso di infibulazione ha l'obbligo di denunciarlo.

La legge italiana è costituita in modo tale da colpire i colpevoli (cittadini italiani o residenti in Italia) anche nel caso in cui l'infibulazione viene eseguita all'estero. Nei consolati italiani nei paesi dove è praticata l'infibulazione, al momento della concessione del visto, ci saranno funzionari incaricati di far conoscere la legge italiana sui diritti delle donne e delle bambine.

La legge prevede anche lo svolgimento di campagne di informazione tra gli immigrati.

Un limite di questa legge sta nell'impossibilità di accogliere le istanze di garantire asilo politico, in quanto incompatibili con le norme in vigore a livello interno ed internazionale. Infatti, la pratica delle mutilazioni genitali non può essere considerata un evento individuale, affrontabile con misure specifiche "ad personam" qual'è, appunto, l'asilo politico, ma si configura come fenomeno sociale dalla considerevole diffusione.

La nuova legge in materia di Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile ha trovato applicazione per la prima volta a Verona nell'Aprile 2006.

È stata arrestata una nigeriana di 43 anni, poco prima che iniziasse il suo intervento su una neonata di 14 giorni, nell'abitazione dei genitori della bambina. La donna aveva in una borsa forbici chirurgiche, flaconi di sostanze anestetizzanti e antibiotici, garze e oli emollienti. Le indagini hanno accertato che pochi giorni prima aveva eseguito un intervento simile su un'altra piccola di due mesi.

C'è stato anche un altro caso in cui una donna, immigrata clandestinamente in Italia insieme a sua figlia, è riuscita a non essere espulsa poiché ha dimostrato che in patria la bambina sarebbe costretta a subire l'intervento mutilatorio prescritto a tutte le donne della loro etnia, prima del matrimonio.

9. Testimonianze

Ogni giorno, milioni di ragazze sono in pericolo di mutilazione. La mutilazione è una forma di tortura, che implica sofferenza e dolori. Chi sopravvive, ha seri problemi mentali e fisici per il resto della sua vita.

Riporto alcune testimonianze per dimostrare che la pratica è soggetta a diverse interpretazioni, e come ci sia chi ricorda solo il dolore e chi invece l'ha rimosso e sostiene la necessità di mantenere la tradizione.

Nel 1977, quando si costituì l'Organizzazione Democratica delle Donne Somale (SWDO), un'operatrice sanitaria specializzata (Edna Adan Ismail) infranse il tabù e parlò, con il beneplacito del governo, dell'infibulazione. Facendo questo aveva paura che le donne presenti nella sala potessero essere indignate ed offese. Al contrario, esse si alzarono in piedi ed applaudirono, chiedendo a gran voce l'abolizione della pratica.

In un seminario organizzato nel 1996 da Amnesty International (sez. Ghana), Hannah Koroma, che fa parte dell'organizzazione quale rappresentante delle donne, ha raccontato la sua traumatica esperienza:

“Sono stata mutilata all'età di 10 anni. Mia nonna mi ha detto che mi stava portando al fiume per una certa cerimonia, dopo la quale avrei avuto una sacco di cose da mangiare.[..]

Mi spogliarono e mi portarono in una stanza buia. Mi bendarono gli occhi. Fui forzata a distendermi sulla schiena, mentre quattro donne mi tenevano immobilizzata nella parte inferiore come nella parte superiore del mio corpo. Hanno cercato di prevenire le mie urla, ponendomi uno straccio in bocca. Mi hanno depilato. Ho cercato di ribellarmi, ma non c'è stata possibilità. Mi sono dovuta arrendere. Il dolore era terribile e insopportabile. Nella lotta mi hanno tagliato malamente ed ho perso molto sangue. Le donne che hanno preso parte alla mia mutilazione, erano quasi tutte sotto l'effetto dell'alcool. Altri ballavano e cantavano, nudi [..]

Dopo l'operazione nessuno aveva il permesso di aiutarmi a camminare. Lo straccio che avevano messo sulla ferita puzzava ed era fastidioso. Fu terribile. Ogni volta che dovevo urinare, ero costretta ad alzarmi. L'urina si spargeva sulla ferita e causava dolore tutto intorno. Mi costringevo a non urinare, per paura del terribile dolore.

Durante l'operazione non mi vennero dati anestetici per ridurre il dolore, né antibiotici per combattere le infezioni. Dopo, ho avuto un'emorragia e sono diventata anemica. Questo fu attribuito a stregoneria. Ho sofferto per lungo tempo di infezioni vaginali ”

Hannah è stata mutilata da sua nonna, che si è fatta aiutare da alcune amiche. Questo rende l'esperienza ancora più dolorosa, visto che a farle del male è stato chi avrebbe dovuto proteggerla. D'altro canto questo dimostra come l'infibulazione sia percepita come un atto necessario e giusto.

L. I., una donna somala di 35 anni, vive in Italia da 10, ed ha acconsentito a farsi intervistare per raccontare come i genitori l'hanno protetta, riuscendo a evitare l'infibulazione:

“ Devo ringraziare mia madre per essersi opposta dal primo giorno alla mia infibulazione. Non ha mai dimenticato quel momento terribile e ha giurato a se stessa che avrebbe salvato le sue figlie. Mio padre era d'accordo e questo ha reso tutto più facile. Nella nostra cultura gli uomini lasciano fare alle donne, ma solo se seguono le loro direttive. E poi bisogna rendere conto alla comunità. L'Imam, davvero illuminato a quei tempi, disse a mia madre che non era un precetto religioso. Lei non aspettava altro. Con mio padre ha escogitato un piano: alle vicine ha detto che i parenti del Nord ci tenevano molto che io fossi sottoposta al rito con le mie cugine e ai parenti ha detto che non potevano deludere il vicinato. Di ritorno da un viaggio con mio padre, abbiamo raccontato che ero stata infibulata. Ero felice: avevo evitato quella cosa tremenda e dividevo un segreto da adulti. Quando le mie amiche hanno chiesto di vedere, ho aperto pochissimo le gambe e con le dita mi sono tirata le labbra, in modo che sembrasse tutto chiuso. Ero solo preoccupata di non riuscire a sposarmi, ma mia madre rispondeva che un marito lo si può sempre comprare. Oggi la benedico per il suo coraggio. Salvare le bambine è diventata la mia ragione di vita. Ma le altre donne non devono sapere che non sono mutilata: non si confiderebbero più con me, mi tratterebbero come trattano le donne occidentali che tentano di aiutarle. “

J. A, egiziana, 40 anni, in Italia da 15, è stata meno fortunata e ha dovuto subire l'operazione, eppure non ne conserva un brutto ricordo, ed è tutt'ora favorevole al mantenimento di questa tradizione:

“Sono stata escissa a 9 anni, e non ricordo un gran dolore. Ricordo invece una festa bellissima. Tutta la famiglia ti sta attorno. E, dopo, tutti ti coccolano, la mamma ti cucina i tuoi piatti preferiti. Mia madre non aveva il coraggio di tenermi ferma, ma al momento del taglio ha fatto zagarid, quel suono con la lingua che si fa nei riti di passaggio: l'escissione e poi il fidanzamento, il matrimonio e il parto del primo maschio. Clitoride e piccole labbra vengono mostrati alla madre e ai familiari, poi cosparsi di sale e legati con una benda al braccio della bambina. La prima volta che esce, lei

stessa getta il pacchettino nel fiume o in mare. Da quel momento sei una donna vera e devi comportarti come tale. So che il Corano non dice nulla dell'escissione, ma quando mia sorella mi ha chiesto un consiglio per sua figlia le ho risposto che io gliela avrei fatta fare. Perché chi vive in un Paese occidentale è più tentata dai rapporti prematrimoniali, quindi è meglio diminuire la sensibilità delle ragazze.”

Questa testimonianza dimostra come la mutilazione genitale femminile sia non solo accettata, ma anche sostenuta, da molte donne, che rispettano la tradizione considerandola giusta. Queste donne associano il non essere circoncese con l'essere emarginate, credono fortemente che l'operazione sia fatta per il loro bene e per il bene delle loro figlie.

Il fenomeno delle mutilazioni non è fatto solo di vittime, ma anche di esecutori. Oureye Sall, senegalese, ha rilasciato, su invito dell'Unicef, un'intervista sul suo lavoro di operatrice e ha spiegato come ha deciso di abbandonare la pratica.

Oureye, ha lavorato 18 anni come operatrice ed ha ereditato il lavoro da sua madre. Si tratta, infatti, di un lavoro che si tramanda da generazione in generazione.

Ha praticato la mutilazione sempre per motivi culturali, dal momento che le donne non circoncese sono emarginate dalla comunità di appartenenza, e sempre con il metodo tradizionale, usando lamette di rasoio e pronunciando le formule magiche che la madre le ha tramandato.

L'età delle bambine che ha operato variava a seconda del momento in cui l'operazione veniva richiesta dalle madri e anche dalle disponibilità finanziarie della famiglia. Comunque, la fascia di età andava da poche settimane di vita a 15 anni.

L'importante era che la circonscisione avvenisse prima del matrimonio: una donna non circoncesa, non può sposarsi. La circonscisione è praticata per proteggere le bambine fino al giorno del matrimonio, per preservare la loro verginità e purezza.

Le bambine non sanno in che cosa consiste questo rituale. Sanno solo che si tratta di un giorno speciale. Non è una costrizione o un'imposizione: il sottoporsi alla circonscisione le renderà membri della comunità.

Oureye operava perché voleva e pensava di fare del bene perché seguiva le tradizioni. Rimaneva impassibile di fronte al dolore e alle grida di queste bambine: “ talvolta per fare del bene, bisogna soffrire “.

Gli uomini non prendono parte a questi riti; per loro è tabù. Comunque neanche alle donne è concesso di affrontare apertamente l'argomento.

Oureye ha smesso di praticare la circoncisione dopo aver partecipato ad un programma educativo, dove ha imparato a comprendere cosa sono i diritti umani, e ha capito che quando pratica la circoncisione crea gravi conseguenze nella salute delle bambine e viola i diritti degli altri.

Ha deciso così di abbandonare il suo lavoro: non è stato semplice, perché ha dovuto parlare sia con il capo religioso della sua comunità, sia con suo marito. Inoltre ha perso la sua stabilità economica.

Tuttavia sapeva di essere stimata e di avere il suo influsso nella comunità: se lei non avesse più esercitato il suo lavoro, i membri della comunità non si sarebbero rivolti a delle altre operatrici. Ha sperato che dal suo comportamento sortissero degli effetti positivi nella regione, influenzando il comportamento nelle altre operatrici, ed effettivamente, così è stato. In un giorno 30 piccoli villaggi hanno deciso di non praticare più la circoncisione femminile.

Crede che educare e spiegare cosa sono i diritti umani sia il metodo giusto per poter sradicare questa pratica millenaria.

“Bisogna spiegare ad uomini e donne che siamo tutti uguali e abbiamo tutti gli stessi diritti. Bisogna portare avanti una campagna di sensibilizzazione di paese in paese. Non si rinuncia ad una tradizione, si lotta per migliorare la salute delle bambine e delle donne. Non bisogna affrontare il tema solo con le donne; bisogna infrangere i tabù e parlarne anche con gli uomini in maniera aperta e costruttiva.”

A Tourela, paese del Mali, da quattro anni lavora l'Amspot (Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles), e da allora, le donne hanno detto no alla mutilazioni genitali femminili. In un incontro con Rokia Sanogo e Amy Sanogo hanno raccontato la loro storia.

"Quando una bambina viene escissa e muore o quando soffre per mesi, anni, sono i genitori che soffrono con lei. Su questo abbiamo fatto leva e sulla paura delle donne, per sé e per le loro figlie".

"I problemi di salute, a breve e a lungo termine, sono moltissimi. Con l'aiuto dell'Amspot abbiamo mostrato che cosa succede davvero e che cosa si può fare. L'opera di sensibilizzazione è stata lunga, è stata difficile. Ma alla fine la comunità ha preso una decisione: la pratica dell'escissione è vietata. A chiunque la imponga verrà inflitta una multa di 25mila franchi maliani (circa 76 mila lire)".

"Si dice che le mutilazioni genitali femminili fanno parte della tradizione, di un costume radicato nei secoli. Ma, ogni volta che si chiama in causa la tradizione, è sempre per opprimere le donne, mai per liberarle"

Moustaph Toure, ginecologo responsabile di un Centro sanitario a Bamako, capitale del Mali, racconta la storia di una sua paziente:

"Djelika è stata infibulata a dieci anni. A tredici era già sposata. A sedici è rimasta incinta. Io l'ho vista arrivare in condizioni disperate in ospedale. Era stata portata dopo tre interi giorni di travaglio: non riusciva a partorire. La testa del bambino si era incastrata, aveva rotto la vescica, perforato il retto, ma non poteva uscire. Quando siamo intervenuti, il neonato era già morto: guardarlo era insostenibile. E mortificante".

Djelika è rimasta in ospedale per un mese, per riparare alla devastazione; dopo le sue dimissioni nessuno ha saputo più niente di lei. Ha deciso di sparire per paura di essere costretta a risposarsi (il marito era morto poco dopo il suo ritorno a casa).

Ci sono molte storie di donne e bambine morte, o irrimediabilmente danneggiate, dall'operazione, ma nonostante questo, in Mali, il 94% di loro viene mutilata. Inoltre, mentre in passato l'operazione era gratuita, adesso è un'attività lucrativa, pagata alle exciseuses in denaro o in Qatura. La prima che ha osato aprire un dossier per denunciare questa situazione è stata la sociologa, Aissa Diallo, nel 1978. Da allora sono nate diverse associazioni dirette da donne, per lo più sole, nubili o divorziate, che lottano contro le mutilazioni. Tuttavia in Mali le donne, in pubblico, non hanno diritto di parola. Sylla Habibatou Diallo dell'Asdap (Association dit soutien au developpement des activities dit population) spiega :

"L'escissione è una sevizia, una violazione dei diritti fondamentali, ma è anche la discriminante fra onore e disonore. Si può chiedere a una madre di non fare del male a sua figlia, ma come chiederle di condannarla all'emarginazione sociale?".

Augusta Luraghi è una missionaria colombiana che ha lavorato per dodici anni (tra il 1973 e il 1993) come assistente ostetrica nel reparto maternità dell'ospedale di Khartoum, capitale del Sudan. In base alla sua esperienza, essa afferma:

“Ci vorranno generazioni e generazioni prima che si arrivi ad eliminare questo tipo di pratiche in Sudan. Al nord risultano infibulate il 90% delle donne e gli interventi vengono eseguiti sempre più spesso in ospedale, dunque senz'alcuna ritualità. [...] Nel corso degli anni, non solo non c'è stato alcun miglioramento. Al contrario, anche le ragazze provenienti dalle aree cristiane e animiste del sud, rifugiatesi nel nord musulmano, cominciano a sottoporsi all'infibulazione che, di per sé, è estranea alla loro tradizione e cultura. La pressione dell'ambiente è enorme e chi vuole vivere qui, sposarsi, avere dei figli, deve necessariamente obbedire a queste tradizioni».

Nel reparto maternità di Khartoum, che dispone di 30 letti e ha una media mensile di 250 parti (cui segue immediatamente la reinfibulazione), le suore missionarie comboniane hanno sempre tentato di affrontare l'argomento mutilazione nei colloqui con le pazienti, ma in 12 anni di attività ospedaliera, non hanno avuto un solo riscontro positivo: nessuna donna ha mai deciso di restare "aperta" dopo un parto, o di non sottoporre le proprie figlie, verso i 10-12 anni, all'infibulazione. Le risposte che venivano date erano sempre dello stesso tono: «Avete ragione voi, però la nostra mentalità è diversa»

Nel villaggio di Myabè, nel sud del Chad si è iniziato a praticare la circoncisione femminile (clitoridectomia) circa 20 anni fa. Si tratta dell'unica comunità nella quale la pratica delle mutilazioni genitali non è supportata da una tradizione millenaria.

In questa comunità il rito non è imposto dalla famiglia o dagli anziani del villaggio. L'impeto nell'adozione della pratica proviene dalle adolescenti, le quali, in piena autonomia, organizzano la cerimonia e si preoccupano di trovare un'operatrice. Per loro la pratica significa adottare uno stile moderno, seguire la moda. Quindi non lo fanno per ragioni religiose o sociali. È interessante ascoltare ciò che hanno da raccontare, i motivi per cui alcune donne sono favorevoli e altre contrarie.

Zaki probabilmente è la donna più anziana del villaggio. Ha vissuto l'esperienza coloniale, la quale ha proibito alle donne di sottoporsi a riti di iniziazione quali il piercing alle labbra, proibizione a cui queste donne si sono sottomesse per paura dell'uomo bianco, senza domandare il perché dell'abolizione della pratica, che costituiva una loro tradizione.

Della circoncisione Zaki dice:

“Ora imitano il modernismo. La circoncisione è modernismo. Arriva da qualche altra parte. Non so da dove viene. Dicono che provenga da Sara Madjingaye ma non lo so. “

Pensa che le adolescenti si sottopongano alla circoncisione per bisogno di imitazione. A lei non disturba che tali riti vengano praticati: non crede che sia pericoloso. Dice che se non fosse qualcosa di positivo nessuno avrebbe questo istinto di copiare.

Nabia, una giovane donna, dice:

“Ho imitato le mie amiche. Ho visto la danza di Fatimè e ho pensato fosse bella. Noi chiamiamo chi non si sottopone al rituale “Sato”. Se ti chiamano Sato, ti sottoponi sicuramente al rito”.

Anche in questo caso c'è un forte senso d' appartenenza al gruppo, l'idea di partecipare a delle cerimonie e a delle danze. Le ragazze si sono convinte che sottoponendosi al rito, diverranno più attraenti e seducenti agli occhi maschili. Si fidano completamente del loro primordiale istinto di imitazione.

Nessuna di loro parla del rito in se stesso; sono felici dei riti che seguono, dei nuovi vestiti che ricevono, felici di poter condividere con le loro coetanee le stesse esperienze.

Munikir ha visto le sue coetanee e amiche che si erano sottoposte al rito e ha chiesto a suo padre se poteva anche lei parteciparvi. Il padre non ha accettato con facilità, ma poi le ha fatto dei regali a rito concluso.

Munikir dice:

“Il rito non ha uno scopo, e' solo per piacere. Tu vai, vieni circoncesa, ti regalano vestiti e soldi. Ero felice. “

Per lei era un rito d' iniziazione nel mondo degli adulti. Il rito aveva qualcosa di magico. Era felice perché nessuno l' aveva così accudita e coccolata.

Kadja racconta:

“Puoi partecipare al rito. Nessuno nel villaggio te lo impone o te lo proibisce. Era mio desiderio essere circoncesa”

Prima di andare alla cerimonia, Kadja aveva solo una vaga idea di che cosa l'aspettasse. Sapeva che le avrebbero tagliato via qualcosa chiamato clitoride. L'operatrice le ha spiegato poi cos'era e ha chiesto che rimanesse un segreto. Per Kadja, se le donne sono curiose di sapere cosa succede durante il rito, devono provare esse stesse. Lei crede che

bisogna sottoporsi alla pratica volontariamente, nessuno ha il diritto di importi questo rito. Per questo non bisogna parlarne.

Questo modo di vedere la cosa spiega forse il motivo del desiderio di sottoporsi al rito: le ragazze desiderano sottoporsi al rito perché sono affascinate dal contesto in cui si esegue, tra danze e canti, e desiderose di ricevere dei doni; il problema è che esse non sanno esattamente quanto costerà loro quel poco che di positivo c'è nella cerimonia. Non sanno che il fulcro del rito consiste in una mutilazione che metterà a rischio la loro vita; non lo sanno perché chi prima di loro ha subito la mutilazione mantiene il silenzio.

Nanda è il capo del villaggio di Mayabè, considerato la suprema autorità religiosa e spirituale. È contrario alla pratica, perché non discende dai loro antenati. Grazie alla sua opposizione è riuscito a mantenere la pratica lontana dal suo villaggio, le adolescenti si recano volontariamente nei villaggi vicini, per sottoporsi al rito:

“Le adolescenti non ascoltano. Vanno in altri villaggi e tornano. Per me è ignoranza, non bellezza. Mi arrabbio. Le persone anziane mi ascoltano, mentre i giovani no. Ciò mi ferisce.”

Nanda crede che questo rito disturbi i riti naturali della natura, ad esempio il fatto che non piove è dovuto alla pratica della circoncisione.

La maggior parte dei genitori di questo villaggio è confusa dal comportamento delle adolescenti. La circoncisione femminile è un rito della nuova generazione (per fare un paragone con la nostra società, possiamo confrontarla al tatuaggio). Non vi è nessun caso in cui una madre che è circoncesa induca la figlia a circoncedersi.

Ecco ciò che dicono alcune madri:

“Ho sette bambini di cui tre bambine e non lascio che qualcuno mi asporti la clitoride e mi lasci sanguinare. Due delle mie figlie sono circoncese e lo hanno fatto senza il mio consenso. Non so come siano, perché essendo non circoncesa non le posso vedere.”

“Ho sette bambine, solo una è circoncesa. Non ho parlato con loro, mia figlia ha deciso da sola di sottoporsi al rito. L'operatrice era responsabile della salute di mia figlia. Ma alla fine sono stata obbligata ad accettare il desiderio di mia figlia.”

“Le ragazze non sanno cosa fanno quando si avviano alla circoncisione. Vedono solo le danze e i regali e vogliono partecipare a questa festa.”

“ Se il capo del villaggio autorizza il rito, porterò le mie figlie, in caso contrario rispetterò il volere del nostro capo.”

L'esperienza della circoncisione femminile in Myabè devia dalle descrizioni e analisi fatte fino ad ora nella letteratura.

Forse la divergenza più forte è il fatto di come sia recente l'instaurazione della pratica, che si è sviluppata solo 20 anni fa, ma ci sono anche altri punti peculiari: la circoncisione non fa parte di un rito di passaggio per le adolescenti; non è un prerequisito del matrimonio o della gravidanza;

non viene imposta alle giovani generazioni; la maggior parte dei familiari oppone resistenza all'introduzione della pratica, proibendo alle loro figlie di parteciparvi e manifestando sentimenti quali la rabbia, disgusto, confusione e alla fine solo rassegnazione.

Il caso di Mayabè dimostra che, per poter veramente fare qualcosa di utile e definitivo, bisogna ampliare il nostro modo di concepire la circoncisione femminile e sviluppare nuovi progetti per capire e agire.

Bibliografia

Abusharaf, R.M. (1997). Changing traditions: Sudanese women extirpating ritualized female genital surgeries. *Awaken*. New York: Equality Now. pp. 19–22.

Amnesty International (1998) Universalità ed interdipendenza dei diritti umani delle donne: Il caso delle mutilazioni genitali femminili. Azione donne.

Assaad, M.B. (1980) Female circumcision in Egypt: social implications, current research, and prospects for change. *Studies in Family Planning*, 11:5–16.

Boddy J. (1982) Womb as oasis: the symbolic context of Pharaonic circumcision in rural Sudan. *American Ethnologist*, 9(4): 682-689.

Bono A, In una cultura arcaica e ingiusta le radici di quelle terribili sofferenze, Avvenire on line. www.avvenireonline.it

Dareer AE. (1982) *Woman, Why Do Weep? Circumcision and Its Consequences*. London; zed Press.

Fanni Canelles M., Guardiani F., Corrado M., Studio sulla mutilazione genitale femminile pubblicato su: http://www.auxilia.fvg.it/attivita_12.htm

Female genital mutilation, Report of a WHO Technical Working Group Geneva, 17-19 July 1995. Geneva, World Health Organisation, 1996. p.10.

Grassivaro Gallo P. (1986) *La circoncisione femminile in Somalia: una ricerca sul campo*, Franco Angeli, Milano.

Lightfoot-Klein, H. (1989). *Prisoners of Ritual. An Odyssey into Female Genital - Circumcision*. New York: Harrington Park Press.

Olivieri Maccarone S. (2002) I diritti umani al femminile. La “circoncisione “ femminile quale violazione dei diritti della donna. Tesi di laurea pubblicata su <http://www.studiocataldi.it/>

Persiani, Gabriella (2004) Mutilazioni genitali femminili. Tradizione e orrore. Ma qualcosa sta cambiando. *Il cassetto*, online media.
<http://www.ilcassetto.it/notizia.php?tid=5> .

Report on female genital mutilation (2001/2035(INI)) Committee on Women’s Rights and Equal Opportunities. Rapporteur: Elena Valenciano Martínez-Orozco. 17 July 2001.

Toubia, N., Izett S. (1998) Female genital mutilation: an overview. Geneva: World Health Organization, 1998.

Sanogo R., Sanogo A., (2001) Abbiamo incontrato le donne del mali. Pubblicato su: <http://www.radicalparty.org/monitor/grazia090101.htm>

Shandall AA (1965), Circumcision and infibulation of females. *Sudan Medical Journal*, 5(1), 178-212.

Sherfey, M.J. (1966). The evolution and nature of female sexuality in relation to psychoanalytic theory. *JAPA*, 14, 28–128.

Spitz, R.M. (1952). Authority and masturbation: Some remarks on a bibliographical investigation. In *Masturbation From Infancy to Senescence*, ed. (1975) by Irwin M. Marcus, M.D. and John H. Francis, M.D. New York: International Universities Press. pp. 381–489.

Yoder, P.S., Camara, P.O. e Soumaoro, B. (1999) *Female Genital Cutting and Coming of Age in Guinea*, Macro International Inc., Calverton, Maryland (Usa).

www.state.gov/documents/organization/10222.pdf

<http://www.islam-online.it/infibulazione.htm>

www.stopfgm.org

<http://www.npwj.org>

www.repubblica.it