

Mutilazioni genitali femminili

Tradizione, diffusione, complicanze, trattamenti

a cura di

Massimo Chiaretti e Giovanna Angela Carru



SAPIENZA
UNIVERSITÀ EDITRICE

2018

Copyright © 2018

Sapienza Università Editrice

Piazzale Aldo Moro 5 – 00185 Roma

www.editricesapienza.it

editrice.sapienza@uniroma1.it

ISBN 978-88-9377-060-6

Iscrizione Registro Operatori Comunicazione n. 11420

La traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione con qualsiasi mezzo (compresi microfilm, film, fotocopie), nonché la memorizzazione elettronica, sono riservati per tutti i Paesi. L'editore è a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare, per eventuali involontarie omissioni o inesattezze nella citazione delle fonti e/o delle foto.

All Rights Reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording or any other information storage and retrieval system, without prior permission in writing from the publisher. All eligible parties, if not previously approached, can ask directly the publisher in case of unintentional omissions or incorrect quotes of sources and/or photos.

In copertina: illustrazione di Giorgia Orsini (2018).

*L'istruzione è l'arma più
potente che si possa usare
per cambiare il mondo.*

NELSON MANDELA

Indice

Abstract	XI
Prefazione	XIII
Introduzione	1

PARTE I – CONCETTI GENERALI, PROVENIENZA, DISTRIBUZIONE

1. MGF: Tradizioni, diffusione nel mondo occidentale, confronto culturale	5
1.1. Definizione	6
1.2. Etimologia dei termini	6
1.3. Stime sulla diffusione e tassi di prevalenza del fenomeno	11
2. Storia, aspetti religiosi e socio-culturali delle mutilazioni genitali femminili	17
2.1. Il contesto sociale	17
2.2. Sessualità e tabù	18
2.3. Differenza tra circoncisione maschile e infibulazione femminile	19
2.4. Credenze delle popolazioni che praticano le MGF	21
2.5. Interpretazione delle MGF nel mondo islamico	22
2.6. Visione animista della circoncisione femminile	23
2.7. <i>Bride price</i> , la dote o “prezzo della sposa”	23
2.8. Età in cui viene eseguita la circoncisione	24
2.9. Chi esegue le mutilazioni?	27

3. Conseguenze psicologiche	29
3.1. Psicologia della tradizione	29
3.2. Effetti psicologici nella donna adulta	31
3.3. Conseguenze psicologiche su bambine e donne	33
3.4. Conseguenze psicosessuali	34
3.5. Conseguenze psicologiche sulle bambine	34
3.6. La tradizione tra villaggio e metropoli	35
3.7. Conseguenze psicologiche della migrazione e del confronto culturale	37
3.8. Diversità e universalità dell'assistenza transculturale secondo Madeleine Leininger	40

PARTE II – ELEMENTI DI TECNICA SPECIALE CHIRURGICA GINECOLOGICA

4. Principi di chirurgia plastica ricostruttiva	47
4.1. Classificazione delle lesioni	47
4.1.1. MGF tipo 1	49
4.1.2. MGF tipo 2	50
4.1.3. MGF tipo 3	51
4.1.4. MGF tipo 4	52
4.2. Tecniche d'incisione sulla cicatrice	54
4.2.1. Chirurgia a lama fredda (bisturi o forbici)	54
4.2.2. Laserchirurgia	54
4.3. Tecniche chirurgiche per la vaginoplastica ricostruttiva	55
4.3.1. Atresie vaginali parziali	55
4.3.2. Atresie vaginali totali	55
4.4. Interventi con apertura della mucosa del vestibolo	56
4.4.1. Metodi basati su trapianti di cute o di mucosa vaginale con prelievi autoplastici (peduncolati o liberi) o omoplastici	56
4.5. Interventi senza apertura della mucosa del vestibolo	58
4.5.1. Metodo incruento di Frank	58
4.5.2. Metodo cruento di Vecchietti	59
4.6. Discussione	61

PARTE III – COMPLICANZE CLINICHE E TRATTAMENTO MEDICO

5. Mutilazioni genitali femminili e malattie infettive: un binomio pericoloso	65
5.1. Complicanze immediate	65
5.2. Complicanze tardive	66

PARTE IV – GIURISPRUDENZA NAZIONALE E INTERNAZIONALE A CONFRONTO

6. Giurisprudenza speciale internazionale sulle MGF. Stato dell'arte e confronto tra ordinamenti	75
6.1. Diritto alla salute	75
6.2. Diritto a non essere soggetto a trattamenti crudeli e degradanti	76
6.3. Diritto all'integrità fisica e sessuale	76
6.4. Diritto alla riproduzione	78
6.5. Legislazione sulle MGF in Italia. Principi generali	79
6.6. Legislazione speciale sulle MGF in Italia	80
7. Linee guida e raccomandazioni al personale sanitario	83
7.1. Linee guida	83
7.2. Forza delle raccomandazioni	84
7.3. Raccomandazioni per le figure professionali sanitarie	84
7.3.1. La visita ginecologica	88
7.3.2. Ruolo dei ginecologi	90
7.3.3. Chirurgia con laser Nd-yag q-switch	91
7.3.4. Ruolo delle ostetriche	91
7.3.5. Ruolo del personale infermieristico	93
7.4. Raccomandazioni per le figure professionali che operano con le comunità di immigrati. La mediazione linguistico-culturale e gli operatori socio-sanitari	95
7.5. Raccomandazioni per gli operatori della scuola	97

PARTE V – INDAGINE DEMOSCOPICA

8. Ricerche e testimonianze femminili	103
8.1. Situazione in Italia	103
8.2. Metodo della raccolta dei dati	104
8.2.1. Questionario anonimo per il personale infermieristico e ostetrico (da tesi sperimentale a.a. 2011)	109
8.3. Progetto “Donne del Corno d’Africa”	114
8.4. Conclusioni	114
9. Le mutilazioni sessuali in Somalia: le donne raccontano	117
9.1. Il contesto culturale	120
9.1.1. Caso n. 1: Fádum	129
9.1.2. Caso n. 2: Ardo	132
9.1.3. Caso n. 3: Sahra	134
10. Conclusioni	139
10.1. MGF Europa	139
10.2. End of MGF	141
10.3. Campagna “Stop FGM”. Il Cairo 21-23 giugno 2003	142
10.4. L’impegno per l’abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili	143
Allegati	
1. Questionario anonimo per infermieri e ostetriche	145
2. Intervista anonima alle donne portatrici di MGF comunità somala di Roma	148
3. 3.5: Il Codice deontologico infermieristico	149
4a. Giurisprudenza contro le MGF nei Paesi occidentali	150
4a.1. Paesi con leggi specifiche	150
4a.2. Paesi che proibiscono le MGF nell’ambito di norme contro la violenza sui minori, la violenza fisica in generale	150
4b. Giurisprudenza contro le MGF nei paesi africani	152
Bibliografia	155
Sitografia	167
Glossario	171
Autori	175

Abstract

Le mutilazioni degli organi genitali femminili (di seguito indicate con l'acronimo di MGF), altrimenti complessivamente note come *infibulazione*, costituiscono una pratica radicata nelle tradizioni e culture di alcune popolazioni asiatiche e africane, rimasta immutata per secoli e protetta da grande riservatezza. Dalla fine del secolo scorso, con le migrazioni verso i paesi occidentali, in Europa la questione delle MGF è salita alla ribalta dell'interesse scientifico e medico, soprattutto a causa delle complicanze osservate nelle donne che ne sono portatrici. Le MGF riguardano tutte le pratiche che comportano la parziale o totale rimozione degli organi genitali femminili esterni per ragioni non mediche. È una pratica che danneggia la salute delle donne e l'integrità dell'apparato genitale femminile. Inoltre la procedura è eseguita brutalmente senza anestesia né locale né generale ed è quindi molto dolorosa con effetti sulla salute, sia a breve che a lungo termine, tra cui la sterilità e problemi durante il parto. La MGF rappresenta una pratica pre-islamica, già in uso nell'antico Egitto e radicata prevalentemente in Africa, dal Mediterraneo alla fascia equatoriale. Attualmente le MGF sono praticate principalmente in 28 paesi dell'Africa sub-sahariana e nello Yemen e si ha certezza di casi di MGF nel Kurdistan iracheno, Indonesia, Arabia Saudita, Malesia. A seguito delle migrazioni, oggi si osservano casi anche in Europa, Australia, Canada, Nuova Zelanda e Stati Uniti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che 130 milioni di donne nel mondo siano state sottoposte, in anni recenti, a tali pratiche e che ogni anno circa 3 milioni di bambine rischiano di essere circonciise o vengono sottoposte alla MGF. In Italia, al 2014, le donne che hanno subito tale trattamento si stimano in circa settantamila. La MGF è espressione di una società rurale, a struttura patriarcale,

condizionate da dinamiche sociali che costringono le famiglie a perpetuare l'usanza sulle loro figlie al fine di non subire giudizi morali e sanzioni sociali. In queste comunità, specialmente quelle più povere, l'onore familiare, l'educazione e il raggiungimento di una determinata condizione sociale sono necessari alla sopravvivenza, e poiché la castità della donna è al centro dello schema sociale, è difficile per le famiglie, e ancor più per le bambine stesse, sottrarsi alla pratica o decidere spontaneamente di rifiutarla. Come la circoncisione maschile, anche le MGF sono vissute e difese come "usanza popolare", una normale pratica igienico-religioso-tradizionale. Così, ad esempio, da molti americani di origine islamica o ebraica, la pratica della circoncisione è ritenuta "normale" nei maschi, mentre l'infibulazione, a causa delle possibili gravi complicanze cliniche è avversata dall'opinione pubblica occidentale. L'OMS definisce le MGF "...una violazione dei diritti fondamentali delle donne e delle bambine, perché ledono il loro diritto alla salute, alla sicurezza e all'integrità fisica, il diritto a essere libere dalla tortura e da trattamenti crudeli, disumani o degradanti; e anche lo stesso diritto alla vita, qualora la procedura conduca a morte, (16). Tale pratica ha natura discriminatoria e assegna alle bambine e alle donne una posizione di subordinazione all'interno della famiglia e della società tribale" (17). Questa prospettiva trova mille espressioni di rigetto, in Europa come negli Stati Uniti, dove la radice di questa impossibilità ad accettare tali pratiche si può far risalire al discorso di Theodor Roosevelt sullo Stato dell'Unione del 6 gennaio 1941, nel quale il Presidente degli Stati Uniti enunciava la famosa dottrina "delle quattro libertà": la libertà di parola e di espressione, la libertà di culto, la libertà dal bisogno e quella dalla paura. Per quanto riguarda il presente lavoro, la libertà dalla paura significa adoperarsi per creare un mondo non solo più giusto, ma anche libero dal fardello di rituali antichi, spesso dolorosi e penalizzanti, dei quali sovente – come nel caso delle mutilazioni genitali – sono le donne a pagare il prezzo più alto.

Prefazione

Mariam Mohamed Hassan, Presidente dell'Associazione Italo Somala Comunità Internazionale e Africana (A.I.S.C.I.A.)

Mentre scrivevo le righe che seguono, in questa mia presentazione, mi chiedevo *“sarò mai all'altezza di redigere una prefazione a un volume come questo?”* Conosco il tema per averne avuto esperienza diretta, ma anche per essere stata testimone dei disagi, delle umiliazioni vissute dalle donne vittime della pratica delle Mutilazioni Genitali Femminili durante i momenti del parto o di semplici visite sanitarie. Questo volume, basato su ricerca e studi scientifici, introduce alla realtà del tema accompagnando il lettore italiano a comprendere un complesso e doloroso fenomeno, che in questi ultimi anni è stato messo in evidenza anche in Italia. È per tale motivo che consiglio la lettura di questo testo soprattutto agli operatori sanitari, impegnati a soccorrere e curare le donne vittime di infibulazione, che riportano conseguenze fisiche psicologiche e sessuali, causate dalla mutilazione, dal modo in cui è stata praticata, dalle condizioni igieniche e dalla resistenza opposta da chi la subisce, producendo conseguenze fisiche e psicologiche che segneranno per sempre la vita di milioni di donne in ampie aree del mondo. I contributi di questo volume evidenziano come le mutilazioni genitali sono ancora oggi pratica diffusa in grandi aree del mondo, dall'Africa sub-sahariana al Medio Oriente, e che nemmeno l'Europa è indenne da tale fenomeno. L'aumento dei flussi migratori verso il mondo occidentale ha reso visibile anche in Europa il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili. Per quanto riguarda l'Italia, la pubblicazione di una ricerca realizzata per conto del Dipartimento per le Pari Opportunità, nel 2009, ha consentito di avere una stima quantitativa dell'incidenza del fenomeno nel nostro Paese. La Legge del 9 gennaio 2006, n. 7, recante *“Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”*, detta le misure

necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le mutilazioni genitali quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute di donne e bambine.

Il presente volume fornirà un importante contributo verso la conoscenza e l'abolizione della pratica delle MGF.

Introduzione

Massimo Chiaretti e Giovanna Angela Carru

Sono sempre più numerose le persone che abbandonano il proprio paese per cercare altrove una vita migliore. A causa di fame, guerre, povertà endemica e malattie (curabili, ma i farmaci non sono sempre e ovunque disponibili), si è generato un potente e ininterrotto flusso migratorio, in continua crescita, dalle aree sottosviluppate del mondo verso i paesi economicamente più ricchi, flusso che ha prodotto notevoli cambiamenti demografici, socioeconomici e culturali, mettendo a confronto culture tra loro diverse. Nonostante l'entrata in vigore in Italia della legge n. 189 del 30 luglio 2002, nuova disciplina dell'immigrazione – meglio nota come legge Bossi-Fini, – detta così dai cognomi dei primi firmatari: Gianfranco Fini e Umberto Bossi che nel governo Berlusconi II ricoprivano rispettivamente le cariche di vicepresidente del Consiglio dei Ministri e di Ministro per le Riforme Istituzionali. Nonostante la “Devoluzione” la nuova disciplina, più restrittiva rispetto all'assetto normativo esistente che il partito leghista tentava di far approvare nel 2002, i migranti in fuga dai paesi d'origine continuano ad arrivare in Italia, con intensità crescente, in numero direttamente proporzionale alla gravità delle crisi politiche, economiche, sanitarie che si stavano sviluppando nel continente africano e nel Vicino e Medio Oriente. Tutto ciò ha iniziato a modificare la struttura sociale del nostro paese, favorendo lo sviluppo di una società multiethnica e multiculturale. A questo si aggiunge la cultura cristiana dell'accoglienza, che entra nella politica e ne condiziona le scelte sociali facilitando da un lato, e costringendo graziosamente dall'altro, la classe politica a scelte che altrimenti sarebbero impopolari, pur essendo antieconomiche. Queste popolazioni, portatrici di culture e tradizioni proprie, ci costringono a prendere coscienza di un gran numero di nuove problematiche, sconosciute alla nostra mentalità occidentale; problematiche che nascono

proprio da differenze culturali e che entrano in conflitto con convinzioni e tradizioni di altri popoli, soprattutto se profondamente diverse e per noi criticabili, rendendo in molti casi difficile l'integrazione dei nuovi arrivati. Non sempre, tuttavia, gli aspiranti cittadini italiani sono inclini a modificare i propri usi e costumi per integrarsi con la nostra società, che a sua volta vuole il rispetto delle proprie leggi. Un caso eclatante ed estremo è precisamente quello che riguarda l'oggetto del presente lavoro. Infatti, in questo inatteso 'scontro di civiltà' si osservano, da un lato, la femminilità rivendicata, sentita, sfoggiata e conquistata con sanguinose battaglie ormai da 100 anni. Dall'altro, una femminilità passiva, silente o zittita, vittima della tradizione e della ottusità-violenza-repressione maschile che costringe l'altra metà del cielo a subire pratiche, ai nostri occhi assurde, insopportabili e ormai riconosciute come estremamente pericolose per la salute delle donne. Nel nostro paese le donne con modificazioni genitali sono numerose, ma, quando si rivolgono al nostro Servizio sanitario nazionale, (presente su tutto il territorio, servizio gratuito e – ricordiamolo – pagato con le tasse dei cittadini italiani, costruito con sacrifici e lotte), queste si devono confrontare con Sanitari che, il più delle volte, a causa della barriera linguistica, non riescono a comunicare con loro, ma che – in qualche caso – sono ignari dell'argomento del quale qui si parla, nonché delle tradizioni delle quali le pazienti sono portatrici. A loro volta, le pazienti in questione non conoscono il nesso tra pratiche tradizionali e conseguenze cliniche, cosicché nella maggior parte dei casi non sono in grado di collaborare o si trovano ad affrontare pregiudizi culturali. Scopo del presente Manuale tecnico-pratico è quello di fornire uno strumento al tempo stesso agile, e per quanto possibile completo e chiaro, con informazioni dettagliate e aggiornate relative alle mutilazioni genitali femminili, a partire dal substrato storico e culturale che ha generato una pratica ai nostri occhi inutile e dannosa. In considerazione della sorprendente diffusione del fenomeno, in molti paesi sono stati avviati già da tempo programmi per sensibilizzare le comunità e preparare i servizi sanitari e sociali ad affrontare la questione. Si è cercato di analizzare, attraverso interviste alle donne che ne sono state vittime, le sofferenze, i disturbi della sfera genitale, il tipo e la qualità delle cure ricevute dal nostro Servizio sanitario nazionale. Un servizio sanitario che, anche se lento ad adattarsi alle nuove necessità di questa mutevole realtà che sta diventando multiculturale, richiede agli operatori sanitari uno sforzo formativo, conoscitivo e di adeguamento alle tematiche sociali, culturali e sanitarie di questi nuovi cittadini, comprese le donne portatrici di mutilazioni genitali.

PARTE I

CONCETTI GENERALI, PROVENIENZA, DISTRIBUZIONE

1. MGF: tradizioni, diffusione nel mondo occidentale, confronto culturale

Giovanna Angela Carru e Massimo Chiaretti

La Mutilazione dei Genitali Femminili è una pratica radicata nelle tradizioni e culture di alcune popolazioni asiatiche e africane, immutata per secoli e celata da un velo di riservatezza. A seguito dei fenomeni migratori intercorsi dalla fine del XXI secolo, le MGF sono salite alla ribalta dell'interesse medico soprattutto a causa delle gravi complicanze osservate nelle donne portatrici, con una problematica clinica ormai piuttosto frequente, di cui al capitolo 5. Per MGF si intendono tutte le pratiche che comportano la parziale o totale rimozione degli organi genitali femminili esterni per ragioni non mediche. Sono procedure che danneggiano la salute e l'apparato genitale della donna, causando interferenze con le naturali funzioni dell'organismo femminile, molto dolorose, che determineranno problemi durante il parto, sterilità. Le MGF hanno origine nella tradizione pre-islamica, già in uso nell'antico Egitto, radicata prevalentemente sul continente africano, dal Mediterraneo alla fascia equatoriale. In questo periodo, le MGF sono praticate principalmente in 28 paesi dell'Africa sub-sahariana e nello Yemen e si ha certezza di casi di MGF in Kurdistan iracheno, Indonesia, Arabia Saudita, Malesia. A seguito dei fenomeni migratori si osservano casi anche in Europa, Australia, Canada, Nuova Zelanda e Stati Uniti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che 130 milioni di donne nel mondo siano già state sottoposte a tali interventi, e che 3 milioni di bambine siano a rischio ogni anno. Attualmente, in Italia le donne che hanno subito tali procedure sono circa settantamila. Tali pratiche sono caratteristiche di società a struttura patriarcale, condizionate da dinamiche sociali che costringono le famiglie a perpetuarne l'usanza al fine di non subire gravi sanzioni sociali e giudizi morali. L'onore familiare, l'educazione e il raggiungimento di una determinata condizione sociale sono necessari per

la sopravvivenza in queste comunità, specialmente quelle più povere, e poiché al centro dello schema tradizionale è la castità della donna, è difficile per le famiglie e ancor più per le bambine stesse, sottrarsi alla pratica o decidere spontaneamente di rifiutarla. Come la circoncisione maschile, anche le mutilazioni femminili sono vissute e difese come “usanza del popolo”, come normale pratica igienico-religiosa-tradizionale. Tuttavia, ad esempio, per molti americani di origine islamica o ebraica la circoncisione maschile è ritenuta “normale”, mentre le mutilazioni femminili, a causa delle possibili gravi complicanze cliniche sono giudicate e condannate dall’opinione pubblica occidentale. L’OMS definisce le MGF “...una violazione dei diritti fondamentali delle donne e delle bambine perché [...] ledono il loro diritto alla salute, alla sicurezza e all’integrità fisica, il diritto a essere libere dalla tortura e da trattamenti crudeli, disumani o degradanti; e anche lo stesso diritto alla vita, qualora la procedura conduca a morte [...] [1]. Inoltre, [...] la pratica delle MGF, anche se non intesa come tale, è a tutti gli effetti, un atto violentissimo; inoltre esso ha natura discriminatoria, poiché assegna alle bambine, e alle donne, una posizione di subordinazione all’interno della famiglia e della società tribale [...]” [2].

1.1. Definizione

La dichiarazione congiunta OMS/WHO, UNICEF e UNFPA dell’aprile 1997 definisce come MGF

“tutte le procedure che includono la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre lesioni agli organi genitali femminili, per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche” [3].

Tali procedure non sono eseguite sulla base di indicazioni mediche o chirurgiche per la salute femminile ma per ragioni diverse, e questo lavoro si propone di esaminarle.

1.2. Etimologia dei termini

La pratica di modificare chirurgicamente i genitali femminili era nota da tempo come ‘circoncisione femminile’ in lingua inglese e come ‘escissione’ in lingua francese.

Le società scientifiche europee che studiavano le popolazioni afri-

PAESE	LINGUA	ESPRESSIONE USATA PER INDICARE LE MGF	SIGNIFICATO DELL'ESPRESSIONE USATA
Burkina Faso	Bissa	Bangu	La parola significa rispetto , a indicare cosa le donne ottengono attraverso la pratica
Burkina Faso	Moré	Marwala	La parola significa letteralmente piccione , animale che in Burkina Faso porta bene
Egitto	Arabo	Tahara	Dalla parola araba "tahar" che significa pulire o purificare
Egitto	Arabo	Khitan	Circoncisione , usato sia per la circoncisione maschile che per quella femminile
Etiopia	Amarico	Megrez	Circoncisione/taglio
Etiopia	Harrari	Absum	Nome rituale
Eritrea	Tigrigno	Mekhnishab	Circoncisione/taglio
Guinea	Malinké	Kileg/Digitongu	Abluzione o pulizia , entrambe le parole descrivono la pratica
Mali	Bambara	Bolokoli	Letteralmente significa lavarsi le mani . Non è chiaro se il termine è usato per dire che la circoncisione implica pulizia o se si riferisce al fatto che l'operatrice si lava le mani dopo l'operazione
Mali	Bambara	Negekorosigui	Letteralmente significa: siede su un coltello . Il termine ha connotazioni politiche e non è usato nel gergo quotidiano
Nigeria	Ibo	Ibi/Ugwu	L'atto di tagliare , usato per la circoncisione maschile e femminile
Nigeria	Ibo	Sunna	Sunna si riferisce alla tradizione islamica . Questo termine viene usato da differenti gruppi di persone di fede islamica in diversi paesi per indicare la circoncisione femminile poiché si crede che la pratica sia raccomandata dalla religione musulmana
Somalia	Somalo	Hawenka gudniin (o gudninka)	Circoncisione femminile
Somalia	Somalo	Halalays	Dal termine arabo "halal", "sanzionato", per intendere purificazione e purezza , usato soprattutto nella Somalia settentrionale e dai Somali di lingua araba
Somalia	Somalo	Qodiin	Cucire, attaccare o stringere , si riferisce all'infibulazione
Sudan	Arabo	Tahur	Dalla parola araba "tahar" che significa pulire o purificare
Sudan	Arabo	Khifad	Dalla parola araba "khafad" che significa ridurre , si riferisce alla riduzione delle dimensioni del clitoride a causa dell'escissione (usato raramente nel linguaggio colloquiale)

Tab. 1.1. Termini usati in alcune lingue locali africane per indicare le mutilazioni/escissioni eseguite sui genitali femminili [4, 5].

cane consideravano tale pratica, per le ragazze, parte integrante di una serie di cerimonie eseguite durante un periodo d'isolamento, una volta raggiunta la pubertà [4]. La raccolta di documenti a cura di Shell-Duncan e Hernlund sulla circoncisione femminile include una vasta ricerca sulle origini dei termini [4]. Nel corso degli anni anche numerosi antropologi hanno usato il termine 'circoncisione femminile' [4]. La pratica della circoncisione femminile nei paesi africani non ha attratto l'attenzione di molti studiosi qualificati fino al 1980. Alcuni regimi coloniali europei avevano cercato di sradicare la pratica in aree di Kenya e Sudan nel 1920 e 1930, e anche più tardi, ma questi tentativi si dimostrarono isolati e inefficaci. Alla fine del 1920, in Kenya, missionari protestanti cercarono di vietare le MGF per ragioni mediche; nel distretto di Meru fu vietata la clitoridectomia; stessa cosa, per ragioni mediche, nel 1956-1959 durante la rivolta cosiddetta 'dei Mau Mau' e lo 'stato di emergenza' imposto dagli inglesi che portò, infine, all'indipendenza del Kenya dalla Gran Bretagna [5]. In Sudan, nel 1946, le autorità britanniche vietarono l'infibulazione (restringimento e chiusura parziale dell'apertura vaginale), ma non la clitoridectomia, anche se le violazioni comportarono pochissimi arresti. Menzione alle MGF si ritrova in alcuni resoconti etnografici o sociologici degli anni 1950 e 1960, con scarsissima seria attenzione alla pratica e nessun tentativo di valutare le dimensioni e la portata della pratica stessa nelle società africane coinvolte. Lo studio delle dimensioni e della portata di questa merita attenzione per molte ragioni. È importante conoscere i tassi di prevalenza della pratica per calcolare il numero di ragazze e di donne che ogni anno, ancora oggi, sono costrette a subirla. In secondo luogo occorrono dati sulla distribuzione geografica della pratica per concentrare interventi sanitari efficaci. In terzo luogo, vi è necessità di capire in che modo le MGF siano effettuate, per meglio spiegare alle popolazioni perché è necessario abbandonare tali pratiche. Infine, questa informazione è fondamentale per valutare le conseguenze per la salute, di tale pratica, su bambine e donne, e questo sia subito dopo il taglio, che per le conseguenze che questo comporterà più tardi, nella vita. La relazione pubblicata nel 1979 da Francis Hosken [6] è spesso citata come il primo grande tentativo di fornire una stima per la prevalenza nazionale di MGF/ in molti paesi africani [7]. Tale relazione è importante più per essere riuscita ad attirare sulla questione l'attenzione delle agenzie internazionali, che per il rigore scientifico che la caratterizzava.

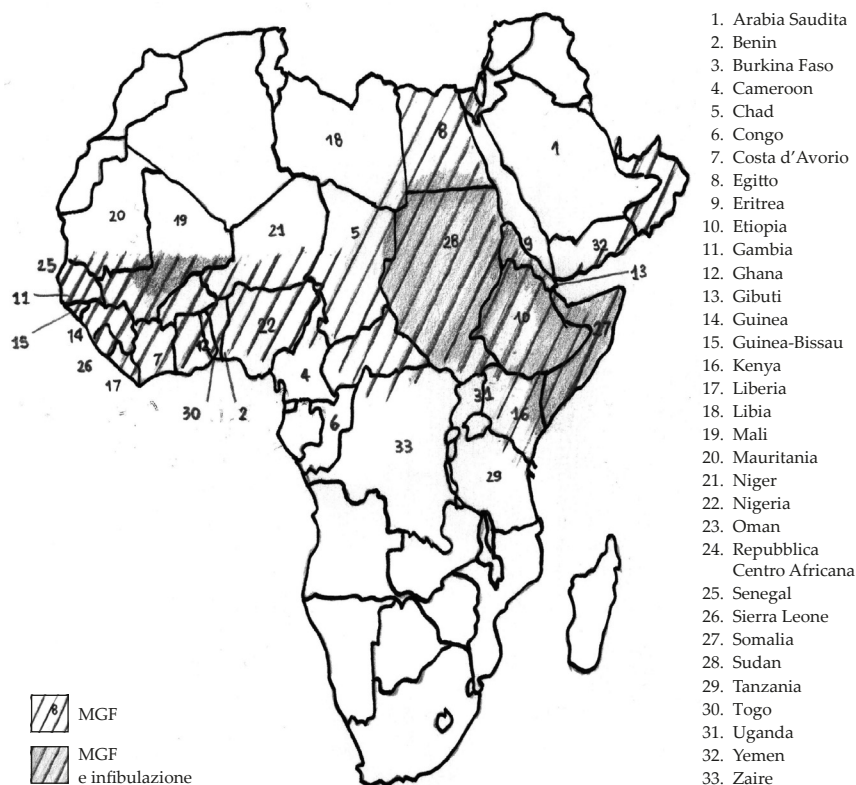


Fig. 1.1. Distribuzione e luoghi di provenienza delle popolazioni che praticano mutilazioni genitali femminili/*female genital mutilation* (MGF) sulle proprie donne e bambine.

Mutilazione genitale femminile/*female genital mutilation* è un termine non accettato da molte donne africane per la sua accezione negativa, poiché esprime l'idea di una menomazione corporea, là dove esse ritengono che i loro corpi corrispondano a ideali di bellezza. Di fatto a livello locale, nelle comunità, i termini più usati sono circoncisione femminile o altri, tratti dalla cultura di appartenenza. Secondo la concezione occidentale, il termine mutilazione ha un significato peggiorativo, in quanto allude all'idea di un corpo irrimediabilmente deturpato, che ha perso la sua naturale integrità. Per culture di alcuni paesi orientali e per molte culture africane, invece, tale pratica rappresenta un rafforzamento dell'integrità, poiché vengono asportate parti dell'organo genitale femminile che lo renderebbero impuro. Non a caso molti termini usati a livello locale contengono l'idea di purificare, lavarsi (Burkina Faso, Mali, Sudan) o nel caso dell'infibulazione, di sigillare, cucire (Somalia).

Per questo motivo, da qualche anno alcune organizzazioni hanno proposto di sostituire l'espressione «mutilazione genitale» con termini che non alterino eccessivamente la percezione. A nostro avviso, invece, è opportuno mantenere la parola «mutilazione», anche se non andrebbe così intesa, poiché essa descrive bene il pesante impatto sull'organismo, che questa pratica determina nel corpo femminile (Tab. 1.1). La pratica di modificare o asportare la parte esterna dei genitali femminili, in qualsiasi modo realizzata, è nota dall'inglese, come 'circoncisione femminile', così definita dai primi studiosi europei che si occuparono del problema in epoca coloniale [8]. La pratica è conosciuta in lingua francese come «escissione». Numerosi gli antropologi che nel corso degli anni hanno usato il termine "circoncisione femminile" [7], ritenendo che «mutilazione genitale femminile» applicato dal 1990, sia più descrittivo rispetto a quello di «circoncisione femminile», adottato anche dall'OMS. Lo distingue dalla circoncisione maschile, evidenziando la mutilazione provocata dall'atto ed evidenziando anche la pervicace violazione dei diritti umani nelle ragazze che la subiscono; di conseguenza promuove azioni contro tale pratica. Nel 1990, alcuni ricercatori, studiando la tradizione, scoprirono che alcuni colleghi africani contestavano il termine «mutilazione» ritenendo che questo implicasse un danno intenzionale [4]. Per descrivere la pratica è difficile trovare un termine esauriente e al tempo stesso non giudicante. Così, nel rispetto delle culture praticanti, sono state introdotte nuove espressioni forse più ambigue come FGC (Female Genital Cutting) ovvero "taglio" dei genitali femminili e «modificazione» dei genitali femminili esterni. Nei linguaggi locali, condivisi e adottati anche da alcune organizzazioni che lavorano con le comunità stesse, si utilizzano termini simbolici (Tab. 1.1), molti dei quali fanno riferimento al termine circoncisione-escissione o all'atto del tagliare. Shell-Duncan e Hernlund, nella loro revisione linguistica, nell'ambito di un programma di salute riproduttiva in Uganda (REACH), hanno suggerito l'uso del termine «taglio genitale femminile» (FGC), più neutro e quindi più appropriato [4, 6]. Questo termine (FGC) è stato adottato anche dalla United States Agency for International Development alla fine del 1990. Le pubblicazioni di Shell-Duncan e Hernlund sulla circoncisione femminile in Africa approfondiscono la comprensione della varietà di termini usati per descrivere la pratica e presentano una critica convincente ai numerosi stereotipi e false supposizioni apparsi in letteratura [4]. Nel 2005 l'UNICEF promuove l'abbandono della pratica, cominciando a utilizzare il termine di mutilazioni genitali femminili/escissione (MGF/E) [4].