

MORELATO Camilla, vincitrice della QUINTA edizione del PREMIO alla memoria dell'Avv. Guido CERVATI per la migliore TESTI DI LAUREA SUI DIRITTI DELL'UOMO. Premiazione avvenuta a ROMA, il 10 DICEMBRE 2005

Università degli Studi di Padova

FACOLTÀ DI SCIENZE POLITICHE

TESI DI LAUREA

**DIRITTI UMANI AL FEMMINILE
LA MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE
QUALE VIOLAZIONE DEI DIRITTI UMANI
FONDAMENTALI**

Relatore: Ch.mo Prof. ANTONINO PAPISCA

Laureanda: CAMILLA MORELATO

ANNO ACCADEMICO 2003-2004

*Ai miei genitori,
per avermi sostenuto in questo cammino di crescita,
per la loro costante e paziente presenza,
per tutto.
A mio fratello Giovanni,
all'inizio del suo viaggio con l'augurio che possa
essere ricco di soddisfazioni.
A Francesco e al nostro mondo
ancora tutto da costruire.
A tutti quei bimbi, di oggi e di domani
ai quali è negato il dono prezioso di un'infanzia serena.*

THE DAUGHTER OF EVE

*I do not blame you
I blame your innocence and
Ignorance
So I forgive you for
All you have done because of
This cultural monster.
Now my dear elders let
Bygones be bygones for its
Better late than not*

*O for I the daughter
Have discovered the
Truth and fallacies that it
Is not a religious injunction
A practice
Socially and culturally defined.*

*Excerpt of a poem by Isatan Touray
(Gambia) presented at IAC Third
Regional Conference, Addis Ababa
1994*



Introduzione

Sunna, clitoridectomia, infibulazione, circoncisione. Corno d’Africa, Mauritania, Gibuti, Mozambico, Egitto, Kenya, Mali, Arabia Saudita, Tanzania, Nigeria, ma anche Stati Uniti, Europa ed Australia. Diverse denominazioni e molti paesi per una sola pratica: la mutilazione dei genitali femminili, un problema poco noto, complicato e contraddittorio, che non possiamo più fingere di non vedere e che non possiamo più evitare di conoscere neppure nel contesto occidentale dove, sempre più frequentemente, le cronache riportano dell’esecuzione di tali procedure e delle problematiche che le accompagnano.

Siamo infatti di fronte a rituali che non coinvolgono solamente molti paesi Africani ma anche l’Estremo Oriente e l’Australia e recentemente l’Europa e gli Stati Uniti a seguito dei consistenti flussi migratori internazionali che interessano anche popolazioni ove le mutilazioni genitali femminili sono assai diffuse. Riguardano quindi donne lontane ma anche persone, ragazze e bambine, che vivono accanto a noi, e che con noi lavorano, studiano e crescono. Le mutilazioni genitali femminili comportano, come evidenzierò in seguito, numerosi rischi per la salute e la sopravvivenza stessa delle vittime, privandole oltre che dell’integrità fisica anche del loro “essere donne”, e di una normale ed equilibrata vita sessuale.

Sono usanze antiche che si perdono nella notte dei tempi ma che ci pongono di fronte ad un problema etico ormai imprescindibile la cui soluzione è divenuta improrogabile.

L’obiettivo di questo lavoro non è solo quello di aggiungere la mia voce al coro che da decenni si leva contro tali aberranti pratiche, ma anche tentare di fornire un’analisi attenta del contesto socio-culturale che racchiude queste ritualità.

La premessa da cui muovere per esaminare le MGF è che le donne nei paesi coinvolti divengono tali solo attraverso alcuni riti iniziatici che sottendono una complessa interazione tra cultura, religione, sistemi significativi e credenze, reti locali di potere,

gerarchie di istituzioni e altre strutture ideologiche. Le donne sono definite da questo contesto e, all'interno di questo, rivestono un ruolo subordinato alla figura maschile.

Molte sono le motivazioni portate a sostegno di queste pratiche la cui invasività rispetto al corpo mantiene intatto il significato recondito del rito, vale a dire la volontà di relegare la donna al proprio ruolo riproduttivo secondo uno schema di totale assoggettamento al controllo maschile.

La mutilazione è violazione. È violazione dei diritti e, ancor prima, della donna nella sua essenza. La mutilazione è anche il frutto di complesse strategie socio-economiche fondate su una visione stereotipata della donna, intesa come essere inferiore e quindi da controllare e dominare.

È proprio l'opposizione a questo modo di intendere la donna e l'impegno contro ogni discriminazione di genere che trova la sua sintesi suprema nella mutilazione del corpo femminile, che ha fatto emergere in me l'interesse per questa tematica. Il "costume" e la "tradizione" sono le argomentazioni che in linea generale attori ed attrici sociali invocano per giustificare il perpetuarsi di tali pratiche sia nei paesi d'origine sia nei contesti di immigrazione.

Analizzando la mutilazione genitale femminile intesa come violazione dei diritti umani fondamentali di donne e bambine, la mia intenzione è di evidenziare quanto è finora stato fatto, e quanto è ancora necessario fare, sia a livello internazionale sia a livello dei singoli Stati.

Ho deciso di dedicare la mia tesi al problema mutilatorio per cercare di capire il perché di tale violenza, talvolta contestata ma nel contempo anche difesa da chi è direttamente coinvolto. Quali sono gli arcani motivi che inducono le stesse donne, madri e nonne, a farsi promotrici in prima linea della perpetuazione di tale flagello sui corpi delle figlie? Ritengo che anche un solo passo avanti verso lo sradicamento di tale pratica sia di primaria importanza per lo sviluppo di un'umanità più rispettosa dei valori personali.

Siamo di fronte a rituali che nel contesto africano sono ancor più difficili da sradicare perché in esso tradizione, religione e vita sociale formano un tutt'uno.

Non dovrei utilizzare il termine "mutilazione", decisamente contestato dalle stesse donne africane che ne portano sui corpi e nell'anima le cicatrici, preferendo invece quello di "circoncisione". Utilizzando tale termine è mia intenzione mettere in rilievo

tutta la crudeltà di questo rito, sempre nel rispetto della sensibilità delle donne coinvolte. Ci troviamo di fronte infatti ad un fenomeno estremamente complesso, difficile e controverso che crea reazioni emotive contrastanti tra coloro che la vivono direttamente, e noi donne occidentali, che viviamo in una società che si sente estranea al problema. Per molti anni nei paesi europei, primo fra tutti l'Italia, la questione è stata affrontata attraverso i richiami sensazionalisti offerti dalla stampa, che forniva crudi resoconti di episodi di mutilazione avvenuti nelle comunità di immigrati presenti nel nostro paese, senza soffermarsi sul difficile contesto in cui tali pratiche si inseriscono.

Negli ultimi trent'anni qualcosa è però mutato. L'attenzione internazionale nei confronti di queste pratiche che "mutilano" sia la dignità che l'integrità fisica di milioni di donne e bambine, è decisamente aumentata.

A ciò ha certamente contribuito come si diceva sopra la massiccia immigrazione che ha coinvolto in primo luogo persone provenienti dai paesi del Terzo Mondo le quali, lasciando la propria terra, hanno portato con se il proprio personale bagaglio fatto di esigenze ed esperienze decisamente diverse, contribuendo in tal modo a creare le condizioni affinché il mondo intero si confronti con il problema.

Il fenomeno si è così presentato nella nostra realtà sociale, e ciò ha portato allo sviluppo di un processo di sensibilizzazione sempre più evidente grazie al moltiplicarsi dei dibattiti sul tema.

Tutto quello che finora è stato fatto a livello di politiche e legislazioni non è ancora sufficiente. Sono ancora troppe le persone che, mostrando una viscerale reticenza verso l'argomento, impediscono lo squarcio di quel velo di indifferenza e timore che circonda la pratica, vista il più delle volte come un tabù dalle stesse popolazioni africane.

È di estrema importanza trattare il problema non da un punto di vista puramente occidentale, ma calandosi nel contesto socio-culturale ed economico africano.

Sebbene le norme sui diritti umani siano state introdotte nelle legislazioni di molti paesi non occidentali, sono ancora numerosi i contesti soprattutto nel Terzo Mondo nei quali i diritti umani rimangono ancor oggi una realtà negata.

La stessa pretesa di protezione dei diritti umani, è stata per lungo tempo intesa quale pretesto per un continuo intervento dei poteri coloniali occidentali negli affari interni di tali Stati. Certamente le culture di cui l'Africa è portatrice sono compatibili con i diritti

umani anche se meritano attenzione talune specificità collegate alla concezione africana dei diritti delle donne. Dobbiamo quindi aver rispetto delle diverse culture, rispetto che deve però porre un netto rifiuto di fronte a quelle pratiche, quali la mutilazione genitale femminile, che violano l'integrità della persona umana. Importante è quindi individuare la modalità di intervento più efficace al fine di eliminarle, senza però ergersi a giudici delle altre culture. Per questo motivo ogni approccio deve essere affiancato dal discorso sul piano educativo. I governi degli Stati maggiormente coinvolti sono chiamati a promuovere e sostenere programmi aventi come principale obiettivo la sensibilizzazione dell'opinione pubblica in generale, e delle donne in particolare, verso il problema mutilatorio e le conseguenze sanitarie dannose che da esso possono derivare. I paesi che praticano le mutilazioni genitali femminili necessitano inoltre di uno sviluppo concreto dal punto di vista sociale ed economico. È infatti assolutamente inutile parlare di rispetto dei diritti umani senza fornire, nel contempo, i mezzi per lo sviluppo di un contesto adeguato entro il quale l'ottica diritti umani sia in grado di svilupparsi e di trovare effettività.

È in altre parole necessario non imporre la nostra cultura ma cercare di adeguare gli standard internazionali dei diritti umani considerando la specificità Africana, vale a dire comprendere le ragioni di alcuni fenomeni tenendo ferma la necessità di salvaguardare i diritti fondamentali delle donne e delle bambine.

Questo lavoro tenta di registrare quanto ad oggi, sia a livello internazionale sia a livello nazionale e regionale, si è iniziato concretamente a fare per sradicare definitivamente queste pratiche. In Europa per esempio le MGF vengono oggi a configurare degli illeciti penali nella maggior parte dei paesi, anche in quelli sprovvisti di una figura di reato ad hoc.

Negli ultimi anni inoltre diverse nazioni, come la Gran Bretagna, la Svezia o la Norvegia, hanno varato leggi specifiche proprio con l'intento di contrastare una volta per tutte il ricorso ad interventi mutilatori da parte di gruppi di donne provenienti da aree tendenzialmente interessate da queste pratiche.

L'obiettivo della mia tesi consiste proprio nel cercare di individuare gli orientamenti adottati dai paesi africani più coinvolti che quotidianamente si devono confrontare con il

problema delle MGF¹, ma anche le scelte fatte dai governi degli Stati ove il fenomeno si registra a seguito dei flussi migratori, anche in considerazione degli impegni presi a livello internazionale. In queste terre il problema si complica perché il fenomeno mutilatorio e le sue tradizionali giustificazioni si intrecciano con i problemi derivanti dalle difficoltà di integrazione. È molto probabile, infatti, che trovandosi in un contesto culturale e sociale completamente diverso, potenzialmente ostile o semplicemente difficile da comprendere, l'individuo veda nel rispetto e nella perpetuazione delle proprie tradizioni l'unico modo per mantenere in vita il legame con la propria terra d'origine e, con essa, alla propria cultura. Tutto ciò non fa che aumentare la tensione verso le mutilazioni genitali femminili che continuano, nonostante tutto, ad essere largamente praticate sia nei paesi di provenienza sia in quelli di destinazione.

¹ A questo proposito ritengo sia indispensabile una premessa: essendo la legislazione in materia oggetto di una costante evoluzione può risultare possibile che pur sottoponendo l'elaborato ad un tempestivo e capillare aggiornamento, quanto riportato possa in alcuni casi risultare anacronistico rispetto agli ultimi progressi normativi fatti dai governi interessati dal fenomeno.

CAPITOLO PRIMO

COSA SONO LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

1.1. Le mutilazioni genitali femminili

L'intervento di modificazione e mutilazione effettuato sui genitali esterni femminili costituisce un rituale profondamente radicato nella tradizione e nel contesto socio-culturale di molte popolazioni. Per le modalità con cui viene eseguito e per i significati anche simbolici che la mutilazione sottende, identifica però una drammatica forma di violenza contro le donne e le bambine che comporta gravi conseguenze fisiche e psicologiche.

Secondo quanto precisato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella definizione fornita nel 1996, con l'espressione "mutilazioni genitali femminili" (MGF nell'acronimo italiano, FGM nell'acronimo inglese) si intende indicare tutta una serie di pratiche diffuse in molti paesi africani, che mirano ad *"alterare la conformazione degli organi genitali femminili esterni con finalità culturali, religiose o per altre ragioni comunque non terapeutiche"*.²

Il termine "mutilazioni genitali femminili" è stato coniato nel corso della terza Conferenza del Comitato Inter-Africano sulle pratiche tradizionali rilevanti per la salute di donne e bambine/i, svoltasi ad Addis Abeba nel 1990 ma, come vedremo meglio in seguito, non è generalmente accettato dalle popolazioni africane coinvolte che ne contestano la forte connotazione negativa.³ Nel tempo la terminologia utilizzata per definire queste procedure ha subito parecchie correzioni in base alle diverse caratteristiche dell'intervento, all'etnia interessata dal fenomeno o all'area geografica considerata.⁴

² Dal sito: www.who.int, *"Female Genital Mutilation. Report of a Who Technical Group"*, Geneva, 1996, p. 6.

³ Dal sito: www.who.int, *"Report of a Who Technical Consultation"*, Department of Gender, Women and Health; Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health, Who, 2001.

⁴ In riferimento alla pratica mutilatoria, le somale utilizzano generalmente il termine "cucitura". Dal sito: www.aidos.it, Pasquinelli C., *"Antropologia delle mutilazioni genitali"*, Aidos, 2000.

L'intervento più comune e diffuso fra la maggior parte delle popolazioni che praticano le MGF è quello di "circoncisione femminile". L'uso di tale termine, introdotto da alcune femministe coinvolte professionalmente nel settore sanitario e da alcune attiviste in difesa dei diritti umani, è oggi decisamente sconsigliato perché tende ad assimilare un intervento assai invasivo e il più delle volte devastante con la circoncisione maschile, pratica decisamente meno drastica e meno cruenta.⁵

Altri termini vengono generalmente usati per indicare la mutilazione genitale femminile, per esempio quello di sunna,⁶ di escissione e di infibulazione ma si tratta di pratiche mutilatorie connotate l'una rispetto all'altra in modo diverso. In alcuni casi si utilizza il termine di "circoncisione faraonica" per indicare l'infibulazione, pratica presente anche nelle mummie di sesso femminile dell'antico Egitto. Anche in questo caso però, con molta probabilità, siamo di fronte ad una situazione di confusione e ad un uso improprio del termine. La procedura osservata nelle mummie potrebbe essere infatti -ed è l'ipotesi maggiormente accreditata- collegata allo stesso processo di mummificazione piuttosto che ad un vero e proprio intervento di mutilazione.

Nel 1959⁷ l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sulla base di una richiesta avanzata l'anno precedente dal Consiglio Economico e Sociale,⁸ affermò che le operazioni mutilatorie rituali dovessero ritenersi il risultato di concezioni sociali e culturali dei paesi in cui venivano eseguite e pertanto esulavano dalla competenza dell'Oms.⁹

Durante gli anni sessanta in più occasioni si discusse del problema, ma la comunità internazionale non aveva ancora maturato la consapevolezza di un più deciso coinvolgimento degli organismi preposti alla tutela dei diritti umani contro la pratica. Nel 1960 in un seminario organizzato dalle Nazioni Unite ad Addis Abeba riguardante

⁵ L'intervento di circoncisione maschile prevede la rimozione della pelle che circonda il glande senza provocare alcun effetto mutilante sul corpo dell'uomo.

⁶ Che in Arabo significa "precepto" o "tradizione" e si riferisce ad un insieme di pratiche che seguono gli insegnamenti dell'Islam. I riferimenti che nel Corano vengono fatti al termine sunna, sono spesso usati per giustificare la mutilazione come una sorta di imposizione religiosa.

⁷ Nel 1952 la Commissione delle Nazioni Unite sui diritti umani affronta per la prima volta il problema della pratica mutilatoria.

⁸ Nel 1958 il Consiglio Economico e Sociale con la Risoluzione 680 (XXVI), invitò l'Oms in collaborazione con la Commissione sulla condizione della donna (CSW), "ad intraprendere uno studio sulla persistenza dei costumi riguardanti pratiche rituali sulle ragazze" e ad adottare misure per porre fine a dette pratiche. Nazioni Unite, 26° Sessione del Comitato Economico e Sociale, 10 luglio, 1958

⁹ Who, 12° World Health Assembly, 11° Plenary meeting, May 28, 1959.

la partecipazione femminile alla vita pubblica,¹⁰ il problema mutilatorio trovò spazio nella discussione. I risultati conclusivi del Seminario facevano appello all'Oms perché emanasse una dichiarazione di condanna di tutte le forme di medicalizzazione della pratica mutilatoria e nel 1962 l'Ecosoc invitò nuovamente l'Oms ad esaminare le conseguenze medico-sanitarie provocate dalle operazioni tradizionali che comportano, come vedremo in seguito, una modificazione grave e permanente degli organi genitali femminili e devastanti conseguenze psicofisiche.¹¹

Nel 1976 l'Ufficio Regionale per il Mediterraneo Orientale dell'Oms, revisionò tutta la letteratura medica fino ad allora prodotta sul tema delle mutilazioni genitali femminili, stabilendo un programma di attività in merito, ma fu soprattutto nel corso degli anni settanta, in seguito alla pubblicazione di Fran P. Hosken¹² (1977) "*The Hosken Report*", che conteneva per la prima volta una valutazione statistica delle operazioni mutilatorie diffuse nei vari paesi, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità cominciò a mutare atteggiamento manifestando interesse verso queste situazioni, che furono presto oggetto di una precisa classificazione da parte della stessa Organizzazione.

Due anni dopo, nel 1979, si tenne a Khartoum, in Sudan, il primo seminario dedicato al tema delle MGF organizzato dall'Ufficio Regionale dell'Oms per il Mediterraneo Orientale, che vide la partecipazione di rappresentanti di alcuni paesi africani e dell'Unicef. Durante il Seminario venne deciso di accantonare l'idea che si trattasse di un fenomeno squisitamente culturale, e si fece della "mutilazione genitale femminile", in primo luogo, un problema di salute pubblica.

¹⁰ United Nations Seminar on the participation of women in public life, Addis Ababa, 1960.

¹¹ Dal sito: www.who.int, "*Female Genital Mutilation: United Nations action*", Female Genital Mutilation: Information Pack.

¹² Giornalista femminista, nata a Vienna, si trasferisce negli Usa a partire dal 1938. Nel corso di un viaggio in Kenya all'inizio degli anni settanta rimane colpita dalla diffusione delle pratiche escissorie. Dopo aver visitato una quindicina di paesi, decide di dedicare la propria vita alla lotta contro queste operazioni, e a tale scopo scrive *The Hosken Report: Genital/Sexual Mutilation*, pubblicato da Win News, 1982/1983. L'opera contiene i risultati e i casi relativi ad episodi di mutilazioni genitali raccolti durante le ricerche condotte dalla giornalista in Sudan, Egitto, Somalia, Kenya, Etiopia, Nigeria, Mali, Costa d'Avorio, Senegal, Sierra Leone, Medio Oriente, Malesia, Indonesia, e Occidente.

Il seminario di Khartoum, segnò un passo importante ed un'occasione senza precedenti per condannare in modo esplicito tutte le possibili tipologie attraverso le quali la pratica si esplica, comprese quelle compiute nelle strutture ospedaliere.¹³

A partire da questa prima presa di posizione sul tema, furono organizzati periodicamente, appuntamenti internazionali in paesi differenti. Di estrema importanza fu quello del 1984, nel quale su invito del governo senegalese, l'Oms e altre organizzazioni internazionali riuscirono a portare a Dakar, in Senegal, in occasione del secondo Seminario sulle pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute di donne e bambine, le rappresentanze di venti paesi coinvolti dal fenomeno. Fu durante questo seminario organizzato dall'Unicef, e dall'Unfpa in collaborazione con l'Oms, che venne creato ad opera del Working Group sulle pratiche tradizionali dannose composto da esperti designati dalla Sottocommissione per la protezione e la promozione dei diritti umani, dall'Unesco e dall'Oms, l'Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children (Iac nell'acronimo inglese e Ci-Af in quello francese).¹⁴

Il Comitato prese immediatamente posizione contro le pratiche mutilatorie definendole come un vero e proprio attentato ai diritti delle donne oltre che atti pregiudizievoli della salute femminile. Fu però soltanto nella seconda metà degli anni novanta, sulla base delle diverse classificazioni proposte, che l'Oms procedette alla definizione e classificazione definitiva del fenomeno che ora tutti conosciamo come “mutilazione genitale femminile”.

¹³ Il Seminario di Karthoum è considerato una pietra miliare nella campagna contro le MGF per il contributo che ha fornito nel promuovere l'adozione di piani d'azione nazionali ed internazionali da parte dei governi e delle Ong impegnate al riguardo. Nel 1981, anche l'Associazione delle donne africane per la ricerca e lo sviluppo discusse il problema. Il Gruppo di Lavoro sulla Schiavitù dell'allora Sottocommissione sulla prevenzione della discriminazione e la protezione delle minoranze (ora Sottocommissione per la promozione e la protezione dei diritti umani) raccomandò lo studio di tutti gli aspetti, e di tutte le possibili implicazioni delle mutilazioni genitali. Nel contempo, l'Oms in collaborazione con l'Unicef offrì supporto ai governi e collaborò nella ricerca e nella diffusione delle informazioni con le altre agenzie delle Nazioni Unite.

¹⁴ Dal sito: www.iac-ciaf.ch. Come vedremo in seguito, il Comitato Inter-Africano ha ottenuto negli anni importanti riconoscimenti e conta oggi oltre ai quartieri generali di Addis Abeba e Ginevra affiliazioni in ventisei paesi africani ed alcuni paesi occidentali. Può essere considerato la principale organizzazione non governativa protagonista della lotta contro le mutilazioni genitali femminili a livello nazionale e regionale in Africa e insostituibile portavoce del problema mutilatorio nelle varie conferenze regionali e mondiali. Per maggiori informazioni si veda quanto riportato nel capitolo terzo, par. 3.4.1, pp. 168 e ss.

Come abbiamo precedentemente accennato, il nuovo termine ha però suscitato molte reazioni. Mentre questa espressione è infatti accettata dal mondo occidentale, essa è generalmente recepita come offensiva nelle aree africane escissorie dove, in riferimento al fenomeno, permane ancora l'espressione tradizionale di "circoncisione femminile". Dopo la proposta del Comitato Inter-Africano, nel 1991 durante il Seminario delle Nazioni Unite sulle pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute di donne e bambini, svoltosi nel Burkina Faso, venne raccomandato ed incentivato l'uso futuro della nuova terminologia.

In seguito, al fine di evitare possibili ambiguità e confusioni e di facilitare la raccolta di informazioni oltre che il progresso delle attività di monitoraggio, l'Oms prese ufficialmente posizione contro le mutilazioni genitali femminili in seno alla Commissione dei diritti umani dell'Onu, raccomandando specifiche politiche nazionali al fine di contrastarne la diffusione e invitando i medici a non realizzare interventi di questo tipo in qualunque situazione, né negli ospedali né in qualsivoglia altro centro specializzato. Nel 1996, l'Oms riunì un gruppo di esperti con l'obiettivo di elaborare una definizione standard. L'accordo raggiunto sulla necessità di pervenire ad una terminologia universale circa le pratiche mutilatorie sulle donne, può quindi definirsi il frutto di almeno un decennio di mobilitazione a livello internazionale.

1.2. Classificazione

La classificazione effettuata nel 1996 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità¹⁵ che accompagna la stessa definizione di MGF, ha permesso di individuare quattro tipologie di mutilazioni che coinvolgono in modo differente i genitali femminili e che riflettono diversi livelli di gravità. Tenendo presente che forme intermedie sono comunque possibili, le mutilazioni si distinguono in:

Tipo 1: escissione del prepuzio con/senza escissione di parte o di tutto il clitoride.

È la forma di mutilazione meno cruenta e viene più comunemente definita "sunna", ma questo termine appare però sconsigliato perché, come si vedrà in seguito, richiama impropriamente ad una regola religiosa.

¹⁵ Dal sito: www.who.int: "Female Genital Mutilation", Information Pack, giugno 2000; "Female Genital Mutilation: Report of a Who Technical Group", Geneva, 1996, p.6.

Tale tipologia di mutilazione a volte è limitata ad una piccola escoriazione dalla quale far stillare del sangue; in altri casi invece può accompagnarsi oltre che all'ablazione del prepuzio anche a quella di parte del clitoride. Come si è precedente sottolineato le forme intermedie sono molto frequenti.

Tipo 2: escissione del prepuzio e del clitoride con parziale o totale escissione delle labbra minori.

È una mutilazione più drastica e cruenta delle precedenti, ed è generalmente praticata in quegli Stati nei quali l'infibulazione è stata dichiarata fuori legge come per esempio nel Sudan.

Tale tipo di mutilazione è comunemente identificata con il termine clitoridectomia.¹⁶

È diffusa soprattutto in Egitto, in alcuni paesi dell'Africa Orientale e tra numerosi gruppi etnici della fascia subsahariana.

Tipo 3: escissione di parte o di tutti i genitali esterni con restringimento o chiusura dell'apertura vaginale (infibulazione).

Tale tipologia prevede la cruentazione delle piccole labbra che vengono fatte aderire in modo da cicatrizzare unite, ricoprendo meano uretrale ed introito vaginale.

Come si può facilmente intuire è la forma più drastica e distruttiva di mutilazione che, a causa della sua invasività, comporta drammatiche conseguenze per la salute psichica e fisica della donna.

Tale tipologia è più comunemente conosciuta come infibulazione:¹⁷ dopo l'asportazione dei genitali esterni in modo analogo a quanto avviene per la tipologia 2, la faccia interna delle grandi labbra viene scarificata e fatta sanguinare. Le due superfici ottenute vengono quindi fatte collabire e cicatrizzare unite. In ambienti rurali la cucitura viene eseguita con mezzi di fortuna, come per esempio spine di acacia, con la logica conseguenza di aumentare drasticamente i rischi di complicazioni successive

¹⁶ La clitoridectomia fu "ideata" dalle ostetriche sudanesi e ritenuta come una sorta di compromesso quando la legislazione britannica proibì le operazioni più estreme nel 1946.

¹⁷ Il termine deriva dal latino *fibula* e si tratta di una spilla che veniva utilizzata per agganciare la toga romana. Al tempo dei romani la fibula era inoltre utilizzata al fine di proibire i possibili rapporti sessuali tra schiavi. Veniva fissata attraverso le grandi labbra per le donne e al prepuzio per gli uomini con lo scopo di assicurare la fedeltà delle schiave evitando gravidanze indesiderate che avrebbero ostacolato il loro lavoro, ed impedire agli schiavi e ai gladiatori di affaticarsi con le donne. Dal sito www.nocirc.org, M.A. Warsame, 1989, p. 94 (citato da Fran. P. Hosken, *Female Genital Mutilation: strategies for eradication*, presented at The First International Symposium on Circumcision, Anaheim, California, 1-2 Marzo, 1989).

all'operazione, mentre in ambiente sanitario o parasanitario la cucitura viene eseguita con filo di sutura.

La sutura così effettuata è tale da lasciare solo un foro posteriore molto piccolo in modo che possa defluire l'urina e, dopo il menarca, il sangue mestruale.

Al termine del processo di cicatrizzazione viene controllato l'ostio residuo, e se questo non viene giudicato sufficientemente stretto si procederà ad un nuovo intervento.

L'infibulazione è una procedura particolarmente diffusa in Somalia, in Sudan e presso alcuni popoli del Mali (Dorgon).

Tipo 4: questa tipologia non coincide con un tipo di mutilazione specifica, ma comprende diverse pratiche lesive dell'apparato genitale femminile. Vi rientrano molte forme di intervento con una diffusione limitata a ristrette aree geografiche.

Vengono qui comprese pratiche che prevedono la lacerazione delle grandi labbra a scopo medico rituale, ad esempio per curare la sterilità, o che prevedono l'esecuzione di punture, perforazioni o incisioni sul clitoride, grandi e piccole labbra; altre forme prevedono incisioni longitudinali della vagina allo scopo di farla retrarre (gishiri, praticato ad esempio in preparazione di un nuovo matrimonio), oppure che consistono nella cauterizzazione del clitoride e dei tessuti circostanti o nel raschiamento dell'orifizio vaginale (angurya).

Tra le varie forme considerate in questa quarta tipologia sono comprese anche l'introcisione, praticata da una tribù australiana e consistente nella dilatazione traumatica della vagina in preparazione alla prima notte di nozze, nonché l'introduzione in vagina di sostanze vegetali corrosive aventi lo scopo di restringerla o di chiuderla.¹⁸

Oltre alle quattro tipologie di mutilazione genitale femminile menzionate nella classificazione dell'Oms, è necessario considerare altre due pratiche che vengono in conseguenza alle precedenti: la defibulazione e la reinfibulazione.

La defibulazione è la procedura che si attua per accrescere l'apertura dell'orifizio lasciata al momento dell'infibulazione. Questa comporta un'incisione nella cicatrice

¹⁸ In Somalia esiste una "tipologia modificata" che consiste nell'eliminazione del prepuzio, nella cruentazione delle labbra minori e nella loro suturazione controlaterale. Le donne portatrici di questa mutilazione, una volta defibulate, presentano conseguenze meno severe nella loro vita sessuale rispetto alle donne vittime dell'infibulazione tradizionale. Grassivaro Gallo P., *Figlie d'Africa Mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*, ed. L'Harmattan, Padova, 1998, pp. 14 e ss.

dell'infibulazione, che permette la creazione di un'apertura, con la rimarginazione delle rimanenti labia majora.

La defibulazione serve sostanzialmente a ridurre le possibilità di future complicazioni e aiuta nella gestione di alcune implicazioni connesse alla stessa pratica infibulatoria.

La defibulazione viene effettuata per vari motivi:

- diminuzione dei dolori mestruali;
- diminuzione del dolore durante i rapporti sessuali;
- diminuzioni e cura delle infezioni del tratto urinario;
- possibilità di praticare un esame medico;
- diminuzione della possibilità di complicazioni durante la gravidanza e il parto;
- riduzione della necessità di praticare il parto cesareo;
- aumentare le possibilità di scelta del metodo anticoncezionale.

La reinfibulazione è la procedura attraverso la quale le labbra vengono ricucite insieme dopo il parto. Questo ulteriore taglio e la successiva risuturazione accrescono la perdita di elasticità del perineo. La ripetizione di defibulazioni e reinfibulazioni può causare gravissimi danni permanenti.¹⁹

Da quanto detto finora risulta chiaro che le MGF costituiscono un insieme di pratiche estremamente eterogeneo. Accomunate per convenzione sotto la medesima sigla, ritroviamo infatti procedure profondamente distinte sia per quanto concerne le conseguenze cliniche che ne possono derivare, sia per i sistemi socioculturali a cui fanno riferimento. Altrettanto diverse risultano essere anche le modalità di esecuzione, le motivazioni culturali ed antropologiche, le età in cui vengono effettuate e gli stessi operatori che le eseguono. La tipologia più diffusa è l'escissione del clitoride e delle piccole labbra (tipo 2) praticata nell'80% dei casi. La forma più estrema e drammatica è invece l'infibulazione, che costituisce circa il 15% delle mutilazioni genitali.

Proprio per non fornire alcun alibi a qualsiasi tecnica mutilatoria, gli organismi internazionali non fanno più alcuna distinzione tra sunna, clitoridectomia, infibulazione

¹⁹ Dal sito: www.aidos.it, "Mutilazioni Genitali Femminili. Si crede che... Invece... Perché questa pratica deve finire", Aidos, 2000.

ecc. in quanto tutte vengono raggruppate nella più ampia categoria delle MGF e condannate in blocco.

Ci si è infatti resi conto che il diritto all'integrità psicofisica della bambina o della donna risulta comunque violato indipendentemente dal carattere più o meno invasivo della pratica. Come sottolineano inoltre molti esperti, nei contesti in cui la mutilazione genitale femminile è avvertita come un'azione positiva e fortemente radicata nella coscienza individuale e collettiva, lasciare aperto un varco (per es. la possibilità di ricorrere alla mutilazione sunna) significa inevitabilmente dare supporto alla perpetuazione anche delle forme più crudeli e devastanti che si impongono grazie all'ambiguità del termine.

La classificazione delle quattro tipologie dettate dall'Oms ha svolto, e svolge ancora oggi, un ruolo importante soprattutto nei termini di una comunicazione e una sensibilizzazione sociale ad ampio raggio. Bisogna però fare attenzione: l'uso di un'espressione, quale quella di mutilazione genitale, che elimina esplicitamente il contesto ed ogni considerazione culturale, esprime immediatamente una "connotazione negativa" intesa come "deterioramento di un membro, perdita, alterazione" e, proprio per questo, è recepita in modo controverso a dispetto del carattere universalista del linguaggio che le organizzazioni internazionali intendono proporre.

Come abbiamo visto infatti l'espressione viene criticata in particolar modo dalle attrici sociali coinvolte, poiché nell'uso di tale termine è evidente un'implicita condanna o comunque una valutazione negativa di atti che gli stessi soggetti coinvolti avvertono come eventi positivi della vita di un individuo e della comunità o, al più, come passaggi obbligati e necessari al percorso di crescita della persona, sottintendendo che ci sia qualcosa di malvagio nella cultura dei popoli coinvolti e nell'animo dei genitori che si pongono in prima linea nel propugnare la perpetuazione ed il mantenimento della pratica. Per questo motivo, in questi ultimi anni, le organizzazioni internazionali hanno preferito utilizzare un nuovo termine, "female genital cutting" o "taglio", decisamente più neutrale rispetto a quello di "mutilazione genitale".

1.3. Origine delle mutilazioni genitali femminili

La mutilazione dei genitali femminili, nella molteplicità delle sue modalità di esecuzione, è una prassi diffusa soprattutto in Africa ma è ampiamente in uso anche in alcuni paesi dell'Oriente e dell'America Latina nonostante la diffusione al di fuori del continente africano non si presti ad una valutazione sul piano quantitativo.

È una tradizione molto antica situata cronologicamente e geograficamente in un'area dai contorni indefiniti e relegata in un passato molto remoto.

Alcuni sostengono che le mutilazioni effettuate sugli organi genitali esterni femminili risalgano all'epoca dei faraoni ed altri le riferirebbero originarie dell'antica Roma. La loro origine è resa ancor più misteriosa dal silenzio che da sempre circonda l'esecuzione di tali interventi e che ha certamente contribuito a farne un argomento tabù per le genti africane.

È una pratica cruenta che si inserisce in contesti culturali ove assume le caratteristiche di espressione simbolica di un complesso sistema economico-sociale di strategie matrimoniali diffuso in maniera capillare soprattutto nell'Africa sub-sahariana.

Nella perpetuazione del silenzio che circonda la pratica, l'Occidente non è certo privo di responsabilità. Con il colonialismo prima e con le politiche di cooperazione allo sviluppo poi, ha preferito ignorare le MGF giustificando il proprio comportamento nel nome di un rispetto, per altro del tutto inusuale, delle tradizioni locali.

Detto ciò bisogna sottolineare che, fatta debita eccezione per le testimonianze che compaiono a partire dalla fine del XVII secolo nelle relazioni di viaggio,²⁰ poche sono le ricerche condotte che trattano delle MGF, e le poche esistenti sono estremamente incomplete. Ciò dipende anche dal fatto che per lungo tempo ad eseguire missioni in loco erano stati prevalentemente uomini che, proprio in quanto tali, avevano enormi difficoltà di accesso e scarso interesse per il mondo femminile.²¹

Ma qual è l'origine delle MGF? La ricostruzione non è di certo semplice data la varietà delle forme e la vastità della zona in cui vengono praticate.

²⁰ Smith J. "Visions and discussions on genital mutilation of girls. An international survey (original dutch ed. 1992), Nederland, Leiden 1995, (in Grassivro Gallo, *op. cit.*)

²¹ Emblematica è stata la posizione assunta dalle donne africane alla Conferenza di Copenhagen del 1980, le quali si sono sottratte alle pressioni delle femministe americane che insistevano per inserire la questione delle MGF nella loro agenda politica, respingendo tale iniziativa come un'indebita ingerenza nelle loro vite e nelle loro scelte politiche.

Secondo la corrente di pensiero maggiormente accreditata, la pratica risalirebbe come si anticipava, all'Antico Egitto ma la si ritroverebbe anche a Roma ove praticata sulle schiave e legata ad aspetti patrimoniali del corpo femminile.²²

Secondo le testimonianze di Erodoto le pratiche mutilatorie dei genitali femminili sarebbero state presenti già nel V secolo a.C. fra gli Egizi e gli Etiopi, mentre i Siriani e coloro che abitavano la Palestina ne avrebbero appreso l'usanza in epoca successiva proprio dagli Egizi.

L'escissione era dunque conosciuta fin prima della nascita di Cristo e si sarebbe mantenuta anche dopo la conversione di quelle popolazioni al Cristianesimo e all'Islam. In realtà i dati in nostro possesso sono molto pochi e decisamente poco organici. Gli stessi accenni agli autori greci testimoniano solo dell'esistenza antica di notizie senza però fornire elementi di contenuto in relazione alle pratiche stesse.²³ Sembrerebbe dunque che l'origine delle MGF, sia destinata a rimanere indeterminata. L'unica cosa certa e generalmente accettata è che non è stato l'Islam ad introdurre in Africa tali pratiche.

Si tratta infatti di rituali indigeni profondamente radicati nelle società locali e preesistenti alla penetrazione dell'Islam nell'Africa sub-sahariana o centro orientale iniziata nel 1050 dopo essersi assestata nei secoli precedenti nell'Africa mediterranea.

In realtà, come sostengono molti studiosi, quello dell'origine è un falso problema perché non aiuta a capire le ragioni della presenza delle MGF, autorizzando l'idea che siano una pratica arcaica e mettendo invece in secondo piano il fatto che esse sono un istituto tuttora molto attivo nel determinare la vita di relazione e gli scambi su cui si basa la struttura sociale di gran parte delle società africane.²⁴

²² Dal sito: www.aidos.it, Pasquinelli C., *“Antropologia delle mutilazioni genitali femminili. Una ricerca in Italia”*, ed. Aidos, Roma, 2000.

²³ Fusaschi M., *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2003, p.51.

²⁴ L'esempio estremo rappresentativo della tendenza a considerare coloro che pongono in essere tali pratiche più vicini allo stato originario dell'umanità è l'ipotesi etologica dell'origine dell'infibulazione in Somalia presentata dall'antropologa Grassivaro Gallo e contenuta nell'opera *“Figlie d'Africa mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia”* del 1998, p. 25 e ss, ed. Marhattan. Nel testo si riportano i risultati di un rilevamento effettuato nel 1981 in Somalia, avente come oggetto il costume escissorio. Lo scopo era quello di analizzare le condizioni ambientali in cui esso si sviluppava. Lo studio coinvolse circa 2.000 donne circoncise che nel 99,3% dei casi avevano descritto il tipo di mutilazione subita e il luogo dell'operazione. 795 donne dichiararono di essere state circoncise nella regione di provenienza dei genitori, mentre 276 dichiararono di essere state operate lontano dai centri abitati nella

1.4. Perché le mutilazioni genitali femminili: motivazioni e analisi.

Le motivazioni che nel corso dei secoli sono state avanzate per giustificare l'esistenza e la perpetuazione di questa tradizione, dal punto di vista occidentale inumana ed incomprensibile, sono decisamente stupefacenti e allo stesso tempo contraddittorie. Esse differiscono tra i diversi popoli e le diverse aree geografiche anche se può essere individuata una costante trasversale a tutte le possibili giustificazioni che consiste nel mutilare, non solo fisicamente, ma anche psicologicamente la giovane donna vittima dell'atto.

Una cosa è necessario chiarire: come ribadito da Aidos in molti studi sulle MGF le donne mutilate non subiscono i trattamenti che sono loro inflitti per una sorta di inspiegabile masochismo, ma perché dette pratiche *“costituiscono l'elemento cardine di strutture cognitive complesse, di relazioni di potere che organizzano la percezione del mondo di coloro che le praticano e che a diversi livelli vengono coinvolti in questi riti”*.²⁵

Quando il discorso scientifico affronta il problema della pratica mutilatoria dei genitali femminili, lo fa elencando un insieme eteroclitico di credenze, tradizioni e regole tribali.

A seconda del gruppo etnico considerato le mutilazioni genitali femminili avrebbero lo scopo di:

- differenziare i sessi;

boscaglia. Sulla base di una analisi complessiva di queste considerazioni si giungeva, secondo l'approccio etologico, ad avanzare l'ipotesi che l'infibulazione fosse uno strumento atto ad affievolire le salienze olfattive sessuali femminili. Resa "priva di odore" la donna avrebbe potuto accudire meglio le greggi, senza allertare le fiere della boscaglia. L'infibulazione sarebbe quindi connessa ad un ambiente pastorale nel quale le adolescenti e le donne sovrintendono agli armenti di taglia minore, mentre i giovani e i mariti si dedicano al bestiame maggiore. In realtà l'aspetto etologico può aver al limite costituito solo la premessa per l'instaurazione della pratica infibulatoria poi consolidata da ulteriori elementi culturali quali garantire la fedeltà femminile, costituire una prova di verginità con conseguente valutazione economica della donna in vista del matrimonio. Tale ipotesi etologica sull'origine e sulla giustificazione della pratica dell'infibulazione ha suscitato nel tempo alcune perplessità, e può essere confutata facendo riferimento ad alcune basilari considerazioni: anche fosse vera l'ipotesi che l'infibulazione, riducendo gli odori, svolga una funzione protettiva nei confronti delle donne da possibili attacchi, essa servirebbe solo a risolvere il problema dell'odore connesso ai cicli mestruali e non potrebbe nulla per quello determinato dalle gravidanze e dall'allattamento. In realtà, come studi alcuni studi clinici e la semplice constatazione concreta hanno dimostrato, l'infibulazione prolunga i giorni di deiezione mestruale e gli odori connessi esponendo semmai le donne al pericolo di aggressioni animali per un periodo più lungo. AA.VV., *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, a cura di Mazzetti M., ed. Franco Angeli, Milano, 2000, pp. 9-10.

²⁵ Dal sito: www.aidos.it, Pasquinelli C., *op. cit.*

- proteggere la verginità in comunità nomadi dove le donne sono spesso lasciate sole per lunghi periodi di tempo;
- attenuare l'altrimenti spasmodico ed incontrollato desiderio sessuale della donna;
- segnare l'appartenenza ad un gruppo etnico e sociale;
- esercitare un controllo politico sulla donna;
- abbellire il corpo femminile;
- segnare il passaggio all'età adulta;
- seguire regole religiose.

Come si può facilmente comprendere però ogni fenomeno culturale è una realtà indissociabile e comprensibile solo all'interno e nell'interazione con gli altri aspetti della vita sociale.

La cultura si riconosce in un insieme di pratiche mutevoli e complesse in continua evoluzione.

Spesso le MGF vengono associate a società arcaiche, caratterizzate da un'economia pastorale e da concezioni tradizionali false dalle quali la società civile, laica e razionale prende le distanze.²⁶

La realtà è ben diversa. Le MGF sono pratiche attuate in situazioni complesse, in contesti urbani oltre che pastorali, in contesti di immigrazione, in società che, come ribadisce l'antropologa Carla Pasquinelli *"da secoli conoscono la scrittura, l'Islam e l'economia di mercato"*. Ma allora perché mutilare le donne?

La possibile risposta può essere ricercata nella necessità di controllare il piacere sessuale della donna. L'escissione nasce come una forma di controllo esercitato sulle donne, partendo dal presupposto che una donna privata del piacere sessuale abbia meno possibilità di tradire un uomo.

In ambiente nomade patriarcale, il pastore che mancava dal capanno per il pascolo voleva essere sicuro che i figli nati dalla sua donna fossero effettivamente suoi. Le MGF esercitano in questo contesto la funzione di una sorta di cintura di castità ante litteram.²⁷

²⁶ Harry Lightfoot-Klein, *Prisoner of Ritual: an odyssey into female genital circumcision in Africa*, Haworth Press, Binghamton, New York, 1989.

²⁷ Dal sito: www.nigrizia.it, AA.VV., *"Le lacrime che nessuno vede"*, Dossier sulle mutilazioni genitali femminili, Nigrizia, novembre 1996.

In realtà la promiscuità è una forma di comportamento che nasce da un'unione complessa di comportamenti sociali, quindi la mutilazione non ha nessun influsso diretto sulla fedeltà della donna. Inoltre sebbene l'intento dell'operazione sia quello di diminuire il desiderio della donna, la mutilazione riduce la sensibilità degli organi genitali ma non può ridurre il desiderio che è frutto di sensazioni ed emozioni indipendenti dall'integrità o meno del corpo.

Tuttavia la mutilazione genitale è ritenuta garanzia di verginità. Questo è un concetto di estrema importanza attorno al quale ruota tutto un sistema fatto di regole economiche e sociali che, come vedremo poi in modo più dettagliato, trova i suoi punti cardine in istituti quali il prezzo della sposa e il matrimonio forzato. Bisogna considerare il fatto che le MGF sono radicate soprattutto in paesi estremamente poveri e sottosviluppati, dove la miseria e l'analfabetismo sono condizioni diffuse e dove le donne devono lottare quotidianamente per sopravvivere e per soddisfare i bisogni primari. Crescono di fatto in un contesto culturale dove è condivisa la convinzione, che la ragazza non circoncesa, sia una persona che ha perduto la verginità e perciò debba essere oggetto di sdegno ed inevitabilmente ripudiata e allontanata dalla famiglia e dalla comunità. In contesti simili, è facile capire come la mutilazione risulti essere l'unico modo per assicurarsi un futuro dignitoso.

In tutte le società africane la verginità, che può essere preservata solo attraverso la mutilazione, è quindi un requisito essenziale per il matrimonio, pena una vita fatta di solitudine e di stenti. Questa convinzione in realtà non trova alcun fondamento scientifico. La verginità è infatti garantita, dal punto di vista anatomico, dalla presenza dell'imene che spesso viene lacerato proprio nel corso dell'operazione.

Nelle società patriarcali è poi diffusa l'idea che le MGF migliorino sensibilmente le prestazioni sessuali maschili. Infatti il clitoride è considerato un organo gemello e omologo del pene e quindi si pensa che il contatto tra i due sia negativo e porti l'uomo ad una rapida conclusione del rapporto. Questo naturalmente non è vero, ma il solo

crederlo induce gli uomini (che vivono in società parzialmente o totalmente patriarcali) a considerare la presenza del clitoride un terribile affronto contro la loro persona.²⁸

Anche per questo la pratica dell'infibulazione si è così largamente diffusa. Si crede che eliminando l'organo incriminato e riducendo il più possibile l'orifizio vaginale il piacere dell'uomo aumenti durante il rapporto. Questa spiegazione è valida solamente laddove i maschi siano stati condizionati dalla società a credere che la donna debba essere passiva, subordinata appunto mutilata. Per molte ragazze l'operazione comporta la possibilità di entrare nel mondo adulto. In Somalia, dove la quasi totalità della popolazione femminile è infibulata, la donna non operata diviene automaticamente una fuori casta, un'impura e le probabilità che riesca a trovare marito e si inserisca in tal modo nella società sono praticamente nulle. Proprio per questo motivo alcune donne arrivano al punto di farsi reinfibulare dopo il parto, aggravando in tal modo i già forti danni subiti.

Molti popoli credono infine, che le MGF siano un dettame o meglio un obbligo religioso. Ciò non è vero. Come vedremo in seguito nessuna religione, neppure l'Islam contempla od impone tali usanze. Ma analizziamo le singole motivazioni in modo più dettagliato.

1.4.1. La costruzione dell'identità di genere attraverso le MGF

Nella donna il clitoride appare come un piccolo pene, frutto di una creazione incompleta, la cui ablazione toglie alla bambina ogni residuo di mascolinità rendendola "perfettamente femmina" e in grado così di divenire una donna adulta pronta per essere sposata e generare. Le MGF sono quindi messe in atto al fine di perfezionare la "donna in quanto donna".

Alcune testimonianze riportano la credenza secondo la quale le secrezioni delle ghiandole dei genitali della donna non circonscisa uccidano lo spermatozoo in vagina, e di conseguenza, secondo questa logica, una donna che si sposa dopo essere stata circonscisa rimarrà sicuramente incinta.

²⁸ Tribù quali i Mossi dell'Alto Volta e i Dogon del Mali ritengono addirittura che il clitoride sia un organo pericoloso, in quanto durante il rapporto può uccidere l'uomo se, sventuratamente, entra in contatto con il suo pene.

In realtà le MGF possono, al contrario, rendere sterili. Sono infatti una delle più frequenti cause di infertilità, specialmente nelle giovani vergini a causa delle gravi infezioni pelviche e delle vie urinarie che l'intervento può comportare.

Per capire meglio il perché dell'efficacia simbolica delle mutilazioni genitali femminili è necessario definire meglio la loro fisionomia. Se facciamo riferimento a quanto spiegato da Carla Pasquinelli, antropologa che da anni collabora con Aidos, *“per pratiche simboliche dobbiamo intendere tutti quegli atti abituali che sono stati trasmessi dalla generazione passata e che saranno passati a quella successiva. Le mutilazioni dei genitali sono però un tipo particolare di pratiche tradizionali. Siamo infatti nell'ambito dei riti di passaggio, di quelle pratiche cerimoniali che guidano, controllano e regolano i mutamenti di status, di ruolo e di età delle persone, e così facendo scandiscono le varie fasi del ciclo di vita”*. Per questo motivo le MGF sono considerate una componente fondamentale dei riti di iniziazione grazie ai quali, nelle società tradizionali, si diventa “donna”.²⁹ Questo perché, come si è precedentemente sottolineato, non basta nascere donne per appartenere al genere femminile, in quanto la connotazione biologica non riesce ad essere di per sé fattore sufficiente di individuazione. Sono quindi i riti che decidono dell'identità di una persona, che notificano alla persona la sua effettiva identità.³⁰

Proprio in virtù di questo potere simbolico i riti di passaggio sono stati definiti “atti di magia sociale”, non solo perché sono in grado di creare delle differenze dal nulla, ma anche perché fanno riconoscere alla comunità come legittimo quello che in realtà è un limite arbitrario che istituisce una divisione fondamentale nell'ordine sociale, maschi e femmine.

Tutto ciò non accade solo in Africa. Con sfumature diverse, ogni società trasforma la sessualità biologica in una costruzione culturale differenziando il maschile dal femminile. La differenza si riconosce nel fatto che nelle società africane la creazione dell'identità di genere passa attraverso la manipolazione cruenta dei corpi. Le MGF, rispetto agli aspetti cerimoniali dei riti di iniziazione vanno oltre perché incidono

²⁹ Dal sito: www.aidos.it, Pasquinelli C., *op. cit.*

³⁰ AA.VV., *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, a cura di Mazzetti M., ed. Franco Angeli, Milano, 2000, pp. 100 e ss.

direttamente sui corpi femminili la loro appartenenza di genere modificandone la morfologia e plasmandone l'espressività.

Solo con l'escissione e l'eliminazione delle sue parti maschili la ragazza può diventare realmente donna. La manipolazione rafforza l'idea che l'identità di genere si possa costituire solo con la mutilazione. In alcune culture, tipicamente presso alcune popolazioni del Mali e del Burkina Faso, la motivazione adottata per spiegare la riduzione o l'ablazione del clitoride è quella di demarcare meglio l'appartenenza al sesso femminile.³¹ Secondo tale concezione infatti, la natura ha individuato due sessi ma l'opera è rimasta incompiuta; l'opera deve quindi essere conclusa attraverso l'intervento dell'uomo.³²

Le MGF, oltre che modificare in modo permanente il corpo della donna dal punto di vista anatomico, ne modificano anche l'aspetto, le proporzioni, l'armonia fra le varie parti e le posture. Delle donne infibulate colpisce infatti l'andatura flessuosa e lenta da considerarsi come diretta conseguenza dell'operazione che rende estremamente complicata tutta una serie di movimenti.

Aidos sottolinea infatti che l'intervento di mutilazione, soprattutto se praticato nella sua forma più drastica e invasiva, l'infibulazione, dal momento che avvicina tra loro le gambe elimina la possibilità di allargare troppo le cosce, costringendo in tal modo la donna a rivedere la propria andatura e la propria postura. Una volta infibulate le bambine vengono rieducate dalle madri ad usare il proprio corpo selezionando alcuni movimenti ed abbandonandone altri che possono in qualche modo compromettere il risultato dell'operazione. L'operazione mette inoltre fine, come si può facilmente

³¹ Nel Mali, i Bambara e i Dogon credono che i bambini abbiano due anime, una maschile e una femminile, il prepuzio e il clitoride. Questi due organi sono considerati sede di una forza demoniaca chiamata *wanzo*, la quale impedisce la fertilità e l'accesso al mondo adulto. Da qui la necessità dell'escissione per la donna e della circoncisione per l'uomo. Fusaschi M., *op. cit.*, p.19.

³² Pietro Coppo, uno psichiatra italiano che ha lavorato a lungo in Mali presso i Dogon, ha raccolto e pubblicato nel suo volume *Guaritori di follia* una leggenda che spiega la cosmogonia proprio richiamando la necessità dell'escissione: "nel mito il Dio Amma creò innanzitutto il cielo, le stelle, la luna e il sole. Poi modellata con le mani una manciata di argilla la lanciò in aria come già aveva fatto per gli astri. L'argilla si distese in corpo di donna: la terra. Il dio desiderava possederla ma lo impedì l'erezione del clitoride-termitaio. Abbattè quindi il termitaio ribelle e si unì alla terra così escissa...". Da quell'unione nacquero gli esseri viventi. AA. VV., "*Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*", a cura di Mazzetti M., ed. Franco Angeli, Milano, 2000, pp. 16 e ss.

intuire, ad ogni forma di promiscuità tra bambini e bambine, in quanto quest'ultime inevitabilmente cesseranno di giocare con i loro coetanei.³³

Detto ciò la mutilazione genitale femminile ci appare come una vera e propria "marcatura sessuale", che acquista il proprio significato all'interno di riti di iniziazione di cui, nella maggior parte dei casi, costituiscono l'evento centrale. Può anche accadere che, in taluni contesti l'elemento cerimoniale sia ridotto al minimo e siano le mutilazioni a costituire esse stesse la performance rituale.

1.4.2. Rito iniziatico di passaggio all'età adulta

Si tratta di una motivazione che in genere si sovrappone alla precedente e la integra: "*una ragazza è pronta per diventare donna solo quando si sottopone al rito*".³⁴ È il segnale per il passaggio di status. Questa non è però una motivazione riconosciuta ovunque. Nonostante nella maggioranza dei casi le mutilazioni vengano effettuate prima del menarca, solo in alcuni contesti esse divengono dei veri e propri riti di iniziazione dato che in molti casi vengono effettuate in età infantile e ciò preclude ogni valenza rituale.

In diversi contesti sociali, si sta diffondendo la tendenza ad effettuare gli interventi in età sempre più precoci, fatto che viene giustificato con la necessità sia di prevenire la possibile resistenza della ragazza, dovuta, soprattutto in ambiente urbano o in terra d'emigrazione alle influenze esterne, sia per aggirare più facilmente gli ostacoli legali che da più parti si oppongono sempre più insistentemente all'esecuzione delle mutilazioni.

Anche la possibilità di effettuare l'intervento presso le strutture ospedaliere, nei paesi in cui ciò è consentito, esula l'intervento di mutilazione dal suo contesto iniziatico. In

³³ Dal sito: www.aidos.it, Pasquinelli C., *op.cit.*

³⁴ Nella tradizioni di molti gruppi etnici (i Kikuyu in Kenya, i Toguana in Costa d'Avorio, i Bambara nel Mali) l'evento è accompagnato da una cerimonia elaborata, con rituali carichi di significati simbolici (canzoni, danze, abiti speciali e cibo). Nel Sudan, la ragazza che deve essere sottoposta all'operazione, è chiamata *arusa* che significa *giovane sposa*, e ciò allude al futuro rapporto matrimoniale e al ruolo sessuale della futura moglie. La donna è vestita da sposa, indossa gioielli d'oro ed è abbellita con l'henna. Le donne che partecipano alla cerimonia incoraggiano la ragazza con lo *zagarid* (ululato per lieto evento). In seguito all'operazione la ragazza viene stesa sul letto e adornata con fili rossi, con una collana di perle e con uno scarabeo ritenuti tutti elementi capaci di accelerare il processo di guarigione e di proteggere dal male. Le ragazze ricevono doni in soldi, oro e abiti. I regali che si accompagnano all'elaborata cerimonia servono come incitamento per le giovani ragazze. Fusaschi M., *op. cit.*, p. 24

realtà, diverse osservazioni sembrano concordare sul fatto che l'elemento iniziatico sia in regresso e che sempre più spesso le mutilazioni avvengano in un contesto estraneo ai possibili significati antropologici e rituali originari, per conservarsi semmai come una drammatica abitudine, o ancor peggio come strumento di controllo della donna.

1.4.3. La religione

Nei luoghi dove la mutilazione genitale è pratica estremamente diffusa non di rado l'esecuzione dell'intervento viene spiegata facendo riferimento alla necessità di adempiere a specifici doveri religiosi. In realtà, come si tende a sottolineare sempre più spesso, si tratta di convinzioni che si sono andate strutturando nei secoli per giustificare a posteriori una pratica già preesistente. Le MGF seguono infatti più i confini di una distribuzione etnica o geografica che non quelli di una fede religiosa. In Etiopia e in Eritrea, ad esempio, sono diffuse sia tra le donne cristiane copte sia tra le falasha di religione ebraica. Viceversa sono assenti in territori che sono considerati la culla dell'Islam (l'Arabia Saudita per esempio), tra le donne ebraiche delle altre parti del mondo, o presso le altre confessioni cristiane.

La religione che più ha assorbito tali pratiche è l'islamismo: nonostante l'origine delle MGF non sia, come abbiamo visto in precedenza, assolutamente islamica, è proprio nelle tradizioni musulmane che risiede la loro forza.³⁵ Sono infatti aumentate di importanza di pari passo con altre tradizioni islamiche come il velo e la clausura,³⁶ e ciò perché l'Islam considera la sessualità femminile alla stregua di un istinto lussurioso, da controllare. In realtà, l'Islam non ha nulla a che fare con tali pratiche e né il Corano né altri libri sacri ne fanno prescrizione.³⁷

³⁵ Per i seguaci della religione musulmana il parere dell'Imam è uno strumento fortissimo di persuasione. E' importante che il capo spirituale chiarisca che non esiste nessuna regola religiosa che imponga la mutilazione. Tale messaggio è molto più potente di qualunque campagna sui rischi sanitari dovuti all'infibulazione.

³⁶ L'uso del velo (*hijab, burqa o chador*) e la clausura (*pardah, harem*), sono altre facce della "modestia" delle donne richieste dalla cultura islamica. Ricci C., *Mutilazioni genitali e diritti umani*, DIRITTI DELL'UOMO-cronache e battaglie, anno XII, n° 2-3, 2001, pp. 23-35.

³⁷ Il Corano non parla delle mutilazioni. Anche il *'hadith* del profeta Mohamed nel quale si racconta che Maometto vedendo praticare un'escissione abbia detto alla donna che la praticava: "Quando incidi non esagerare, così facendo il suo viso sarà splendente e il marito sarà estasiato" è spesso oggetto di contestazioni in quanto ritenuto non affidabile e non autentico. Dal sito: www.amnesty.org. e da Sirad Salad Hassan, *Donna mutilata*, ed. Loggia de' Lanzi, Firenze, 1999, p. 32.

1.4.4. Protezione e preservazione della verginità

L'infibulazione, la mutilazione genitale femminile corrispondente alla terza tipologia secondo la classificazione fornitaci dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha la peculiarità di rendere estremamente difficile l'atto sessuale, facendo sì che sia quasi impossibile effettuarlo in modo estemporaneo. L'antropologa Pia Grassivaro Gallo riporta nei suoi studi come dopo il matrimonio ai coniugi sia necessario molto tempo da utilizzare in laboriose operazioni di progressivo dilatamento dell'ostio vaginale per consumare l'atto sessuale.

Per questa ragione l'infibulazione appare come un efficace deterrente nei confronti dei rapporti pre-matrimoniali e nel contempo una barriera protettiva nei confronti di violenze sessuali.

A tale proposito una delle ipotesi fatte al fine di giustificare tale pratica mutilatoria parte dalla considerazione che, nelle comunità nomadi e pastorali, soprattutto nelle regioni somale, le donne sono spesso lasciate sole dagli uomini impegnati a seguire le greggi al pascolo; la mancanza di protezione metterebbe le ragazze a rischio di stupri che l'infibulazione, appunto, impedirebbe.³⁸

È essenziale ribadire che, in tutte le società africane, la verginità è un prerequisito fondamentale per il matrimonio e la prova è generalmente una parte integrante della transazione matrimoniale. In realtà come si è precedentemente sottolineato da un punto di vista strettamente anatomico e medico, la verginità è garantita dalla presenza dell'imene. Può succedere a volte che, date le precarie condizioni igienico sanitarie e le modalità del tutto rudi con cui gli interventi vengono effettuati, la membrana dell'imene venga rotta causando così la perdita involontaria della verginità.

1.4.5. Motivazioni estetiche

Sulla base di molte testimonianze raccolte nelle aree dove le mutilazioni genitali femminili sono maggiormente diffuse, è frequente la convinzione che queste pratiche rendano migliori, dal punto di vista estetico, i genitali esterni femminili. In numerosi gruppi etnici, così come il prepuzio del pene viene rimosso essenzialmente per motivi

³⁸ AA.VV., *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, a cura di Mazzetti M., ed. Franco Angeli, Milano, 2000, p. 11. Vedi inoltre Dossier "Le lacrime che nessuno vede", dal sito www.nigrizia.it.

estetici, per lo stesso motivo deve essere rimosso il clitoride, omologo del pene. In alcune culture prevale la credenza che i genitali femminili possano crescere durante lo sviluppo come accade per i genitali maschili ma, a differenza di questi ultimi, in modo smisurato. Da ciò potrebbe derivare una situazione imbarazzante in cui il clitoride giunga a pendere fra le gambe della donna come l'organo maschile.

Pertanto una zona piatta e liscia di pelle si crede risulti più attraente sia alla vista che al tatto. Le MGF diventano così un canone estetico irrinunciabile, e la deviazione da esso può apparire esteticamente sgradevole.³⁹

Si tratta di considerazioni che certamente concorrono al mantenimento della pratica. In realtà, come è facilmente intuibile la conformazione, la struttura e le funzioni della maggior parte degli organi del corpo sono determinate da specifiche esigenze fisiologiche ed ormonali e per questa ragione se gli organi genitali esterni e in modo particolare il clitoride di una donna si sviluppasse in maniera spropositata si tratterebbe di una manifestazione di disordine interno che in quanto tale necessiterebbe di attenzioni e cure specifiche a livello ormonale e anche chirurgico.

1.4.6. Appartenenze ed identificazione socio-comunitaria

In alcuni contesti, le mutilazioni genitali femminili acquistano un significato identificatorio, segnando l'appartenenza ad un gruppo etnico o sociale. In Somalia, per esempio, l'infibulazione era tradizionalmente diffusa tra le donne nobili delle classi più elevate.

Secondo tale considerazione, le mutilazioni si spiegano quindi con la necessità di rimarcare sul piano sociale l'appartenenza ad una determinata comunità. È attraverso la mutilazione che una donna si riconosce ed è riconosciuta come membro della propria comunità. Non sottoporsi a tale pratica significa condannarsi all'emarginazione e al rifiuto e, conseguentemente, alla perdita di quelle insostituibili risorse simboliche che sono l'appartenenza e il riconoscimento comunitario. Significa essere condannate a una

³⁹ Come riporta l'antropologa Michela Fusaschi, presso alcuni gruppi etnici del Mali il clitoride è considerato "brutto" e ciò viene considerato motivo sufficiente per la sua recisione. Anche in Mauritania, la clitoridectomia è simbolo di bellezza e conosciuta come *tizian* che "significa rendere più belli" e *gaad* che "significa tagliare e rendere uniforme". Fusaschi M., *op. cit.*, p.24

vita di emarginazione e di stenti perdendo il proprio ruolo sociale e ogni forma di appoggio e sostentamento da parte della famiglia e della società in generale.

1.4.7. Il prezzo o ricchezza della sposa

In realtà le MGF acquistano la loro intellegibilità se inserite in quell'universo complesso di strategie matrimoniali fondate sul prezzo della sposa che caratterizza la quasi totalità delle società africane.

Si accompagnano a tali strategie tutta una serie di tratti fissi quali il matrimonio combinato, l'età prematura della sposa e la poligamia, a cui si aggiungono tutta una serie di tratti secondari che tendono a variare a seconda dell'etnia e del gruppo etnico considerato quali il matrimonio per ratto, l'età avanzata dello sposo, alcuni tabù alimentari durante la gravidanza e l'allattamento, alcune regole di purità e pratiche sessuali come il gishiri. Partendo da tali considerazioni e tenendo presente quanto detto finora si può quindi intuire come le MGF siano una componente fondamentale del matrimonio in Africa, in quanto contribuiscono a regolare la gestione delle risorse e la rete complessa degli scambi e delle relazioni sociali.⁴⁰

Il matrimonio in Africa è un'unione definita da una serie di obblighi contrattuali tra due famiglie, all'interno delle quali le persone detentrici del potere di combinare il matrimonio sono sempre un gruppo di maschi rappresentanti di almeno tre generazioni genealogiche. Spetta infatti a loro scegliere lo sposo e solo molto raramente e in casi del tutto eccezionali il matrimonio è frutto di una libera scelta dei nubendi. Anche in quest'ultima ipotesi l'assenso al matrimonio dipende sempre e comunque dal benessere dei due gruppi familiari. A questi ultimi spetta inoltre la decisione circa l'ammontare della ricchezza che lo sposo dovrà versare alla famiglia della sposa. Ed è proprio a questo punto che si pone il problema della pratica mutilatoria eseguita sui genitali femminili. Per prima cosa bisogna precisare che parlando di prezzo della sposa si intende far riferimento a tutto l'insieme di beni che la famiglia dello sposo cede alla famiglia della sposa in occasione del matrimonio. È infatti quest'ultima che deve risarcire la famiglia della sposa per la perdita di una donna e dei suoi servizi.

⁴⁰ Dal sito: www.aidos.it, Pasquinelli C., *op. cit.*

Come sottolinea Carla Pasquinelli non si tratta di una transazione commerciale e proprio per evitare ogni possibile equivoco sempre più spesso si preferisce sostituire il termine “prezzo della sposa” con “ricchezza della sposa”, termine decisamente più neutro rispetto al precedente. È piuttosto un dono che viene dato in cambio della fertilità della donna. Una sorta di compensazione per il trasferimento di certi diritti. Nel contesto africano infatti non è la persona della donna che viene concessa, ma i diritti su di lei esercitabili, in modo più preciso sul suo lavoro, sulla sua fertilità e sulla sua fecondità. Dato quindi che il prezzo della sposa è l’ammontare di ricchezza che deve essere versato in cambio della fertilità della donna, e prima ancora, in cambio della sua purezza, è chiara la funzione che in questo contesto vengono ad assumere le MGF: quella di custodire e preservare la castità e l’inviolabilità delle future spose, nonché secondo alcune infondate credenze, incrementarne la fertilità.

Il prezzo della sposa viene infatti versato dalla famiglia del futuro marito in cambio non di una donna qualsiasi ma di una donna pura ed illibata, possibilmente chiusa, soprattutto se si fa riferimento alle somale, eritree ed etiopi, oppure escissa, in modo tale da scoraggiare desideri e rapporti pre-matrimoniali. La mancanza di queste specifiche condizioni comporta l’impossibilità per la donna di trovare marito.

Il ruolo delle MGF è quindi quello di esercitare uno stretto controllo sulla sessualità femminile garantendone la purezza, requisito indispensabile per il buon esito dello scambio matrimoniale.

L’ammontare e la composizione del prezzo pagato dallo sposo sono determinati dal costume, che varia a seconda dell’etnia e dello status sociale delle parti contraenti. La natura dei beni conferiti è decisamente mutata nel tempo. Mentre in passato il prezzo della sposa era conferito prevalentemente in bestiame, oggi viene offerto e richiesto soprattutto in denaro.

Da quanto finora riportato si può quindi facilmente intuire, come il prezzo della sposa sia una risorsa economica vitale per il sostentamento familiare, costituendo nel contempo una sorta di fondo cassa che permetterà ai fratelli di sposarsi a loro volta. Il matrimonio di una figlia non è dunque solo un mezzo per procurarsi denaro ma anche uno strumento per stringere utili relazioni sociali.

Molte sono le considerazioni che possono essere fatte al termine di questa analisi. Alla luce di quanto detto si può concludere che le MGF costituiscono una particolare forma di disciplinamento del corpo femminile attraverso cui si persegue una strategia di assoggettamento delle donne. Attraverso la mutilazione il gruppo sociale impone uno stigma sul corpo femminile, lo costringe e lo addestra secondo schemi di docilità e di sottomissione al potere maschile. Le MGF *“sono la forma stessa in cui il potere si iscrive nei corpi producendoli dal momento che esse non danno luogo a procedure coercitive di condizionamento bensì alla costruzione stessa dei corpi”*.⁴¹

1.4.8. Il controllo politico della donna

Come i movimenti femministi hanno spesso sottolineato, la mutilazione eseguita sui genitali femminili è sia una pratica tradizionale, sia uno strumento che la componente maschile della società utilizza per tenere le donne sotto controllo e in una posizione sociale subordinata.

Per questo motivo l’emancipazione della donna, in taluni paesi africani, sembra andare di pari passo con l’abolizione delle pratiche mutilatorie.

A tale proposito è interessante notare quanto è avvenuto in Eritrea durante la guerra di liberazione condotta contro le truppe etiopi tra il 1970 e il 1991, nelle quali le donne giocarono un ruolo attivo di notevole rilievo.

Esplicativo della situazione creatasi nel paese è quanto riportato nel 1996 in un Dossier dedicato al problema delle mutilazioni genitali femminili pubblicato dalla rivista *“Nigrizia”*.⁴²

Durante la guerra le donne eritree erano infatti riuscite a conseguire un livello di emancipazione senza precedenti, riuscendo a rompere con una serie di tradizioni ancestrali (fra cui le MGF) che avevano come unico scopo quello di relegarle ad un ruolo subordinato nella società. Al termine della guerra tuttavia, con il ristabilirsi di una vita sociale più tradizionale, forti furono le tensioni e le spinte per riportare la donna al ruolo subalterno caratterizzante il periodo pre-bellico. A tali spinte si aggiunse poi il timore che fossero ripristinate le usanze mutilatorie.

⁴¹ Ibidem

⁴² Garuso A., in AA.VV, *“Le lacrime che nessuno vede”*, Dossier sulle mutilazioni genitali femminili, Nigrizia, novembre 1996, reperibile sul sito web: www.nigrizia.it

Le MGF non sono quindi solo un meccanismo di controllo politico della donna: possono infatti essere intese come una sorta di modalità reazionaria per opporsi all'emancipazione e al riscatto femminile tesa alla conservazione dello status quo.

1.4.9. L'attenuazione del desiderio sessuale della donna

Poiché si ritiene che il clitoride sia la sede principale dell'eccitazione sessuale femminile, la sua ablazione garantisce che la donna non si lascerà trascinare da eccessi, mantenendo così un comportamento sessuale modesto, evitando di cadere nell'immoralità. Nell'ottocento anche in Europa si proponeva la clitoridectomia come cura per le donne isteriche che mostravano comportamenti sessuali eccessivi.

Negli ultimi anni si è assistito anche ad un altro tipo di discorso fatto in nome del rispetto della cultura, secondo il quale taluni provano a legittimare o comunque a difendere un certo tipo di "trattamenti" sul corpo che avrebbero, da un particolare punto di vista, valenza "terapeutica e preventiva" rispetto all'insorgere di disturbi psicosociali. L'antropologa Fusaschi Michela nella sua opera più volte citata nel corso di questo lavoro, ha riportato un'intervista rilasciata qualche anno fa dal noto etnopsichiatra Tobie Nathan il quale ha sostenuto che *"le ragazze africane che vivono in Francia e che non sono state escisse presenterebbero gravi disturbi. Ora, solo il rituale dell'escissione permette di curarle, di ricostruirle [...]".* L'etnopsichiatra arriva quindi ad affermare *"che la convivenza pacifica fra culture differenti si fonderebbe sul rispetto dell'insieme delle regole che ciascuna di esse si è data secondo quella che si definisce concezione multiculturalista".*⁴³

In realtà la posizione sostenuta da Nathan ha origini lontane nel tempo.⁴⁴

⁴³ Per multiculturalismo si intende una strategia regolativa della complessità legata alla situazione di convivenza tra individui e gruppi provenienti da diversi orizzonti socioculturali che valorizzano l'esigenza di riconoscimento della diversità culturale. Fa riferimento ad una visione statica della cultura concepita come un universo chiuso ed autoreferente. La prospettiva multiculturalista proporrebbe un modello di società nella quale i diversi gruppi conviverebbero come un'aggregazione o una semplice sommatoria senza alcuna forma di comunicazione o di scambio. Fusaschi M., *op. cit.*, pp. 129-140

⁴⁴ Colui che viene considerato lo scopritore dell'isteria intesa come patologia associata al sistema nervoso è Jean-Martin Charcot, noto come uno dei fondatori della psichiatria dinamica. Egli definiva l'isteria come una nevrosi particolare che si presentava sotto forma di crisi periodiche e stigmate permanenti. All'interno della vasta fenomenologia degli stati isterici, venne a scoprire che molte donne denunciavano sintomi mai registrati prima di allora nei termini di dolori "spontanei" avvertiti nelle regioni delle ovaie e delle ghiandole mammarie. Ciò lo portò a ritenere che si trattassero di "zone isterogene" che andavano opportunamente trattate. Sotto questo aspetto l'invenzione di una specifica

Nel XIX secolo, la clitoridectomia trovava un largo impiego nel contesto medico sanitario in relazione a due specifiche problematiche: cura dell'isteria da un lato e metodo preventivo contro l'orgasmo femminile dall'altro. La "clitoridectomia terapeutica" era praticata sulle donne affette da "isteria" sindrome che autorizzava correzioni sul corpo stesso della donna. Il termine isteria, che deriva dal greco *hystèra* nel significato di utero, comparve nel V secolo a.C. con Ippocrate. Con questo termine si indicavano genericamente una serie di manifestazioni psicologiche considerate eccessive che identificavano un quadro patologico specifico. La sindrome dell'isterismo veniva a definire una condizione particolare caratterizzata da uno stato di esaltazione esagerata, incontrollata che veniva in origine collegata a precise cause organiche, o a presunti spostamenti dell'utero. In questi termini veniva interpretata come uno squilibrio organico al quale si riteneva si potesse porre rimedio solo attraverso l'intervento terapeutico sul corpo.

Alla fine del XIV secolo il trattamento dell'isteria passava attraverso interventi che avevano come obiettivo quello di ristabilire un presunto equilibrio dei fluidi a livello dei genitali per cui specifici strumenti erano variamente utilizzati. Successivamente con i progressi della scienza medica sia per l'isteria sia per molti altri casi di alterazione, venne praticato il trattamento e l'asportazione chirurgica del clitoride.

Alla luce di quanto finora detto, nessuna delle spiegazioni fin qui riportate giustifica in modo esclusivo la pervasività e la permanenza di questo fenomeno. Si può solo constatare che tutte queste ragioni trovano un punto unificante, un minimo comune denominatore che si configura nell'intento di controllare, circoscrivere il corpo della donna, ed esercitare su di essa un totale controllo politico e sociale.⁴⁵

patologia isterica venne a rappresentare il punto di arrivo di una lunga tradizione che ha visto nella sessualità della donna un elemento perturbante e potenzialmente eversivo rispetto all'ordine costituito e allo schema della dominazione maschile.

⁴⁵ Da quanto evidenziato quindi un uomo nato in un paese dove le MGF sono pratiche comuni ed abituali non sarà disposto a sposare una donna che non sia infibulata, escissa o per lo meno circoncesa, perché non "pura", convinzione che permarrà anche al di fuori del proprio paese in terra di emigrazione. Tale scelta risulta evidente se si fa riferimento allo studio condotto in Toscana tra il 1991 e il 1993 dalla Dott.ssa Sirad Salad Hassan su un campione di 304 donne somale. Dalla ricerca sono emersi dati estremamente interessanti che testimoniano come la maggior parte delle donne intervistate abbiano scelto di imporre alle proprie figlie la forma più drastica di mutilazione genitale, l'infibulazione, mentre nessuna si è

1.5. Distribuzione geografica del fenomeno

Le mutilazioni genitali femminili, nella varietà delle loro forme, sono diffuse prevalentemente in Africa dove interessano circa 25 paesi della fascia sub-sahariana, dalla Mauritania, e dal Senegal a ovest, fino ai paesi del Corno d’Africa (Somalia, Eritrea, Etiopia e Gibuti) a est.

A nord si spingono a comprendere l’Egitto e a sud arrivano fino in Tanzania lambendo il Mozambico. La forma più distruttiva, l’infibulazione (tipo 3), interessa soprattutto la Somalia, il Sudan, l’Eritrea, l’Etiopia, il Gibuti e il Mali. Le mutilazioni del primo tipo sono invece praticate in un’ampia area che attraversa l’Africa parallelamente all’Equatore. Interessano quindi paesi come l’Egitto, l’Etiopia, la Somalia, il Kenya e la Tanzania per quanto riguarda l’Africa orientale, per poi raggiungere la costa occidentale della Sierra Leone, della Mauritania e della Nigeria. Taluni rapporti documentano che le mutilazioni corrispondenti alla prima tipologia, sempre secondo la classificazione effettuata dall’Oms, vengono praticate anche in aree del Medio Oriente come nello Yemen, Oman, Arabia Saudita ed Emirati Arabi.

Le MGF, sebbene riguardino gruppi minoritari, interessano anche alcuni paesi dell’America Latina (alcune categorie di indios amazzonici), l’India e l’Estremo Oriente.

In anni recenti, con i massicci flussi migratori in direzione dei paesi maggiormente avanzati, il fenomeno si è reso evidente anche in Australia, in Europa e nel Nord America.

Su base planetaria si calcola che siano, approssimativamente, da 120 a 140 milioni le persone di sesso femminile sottoposte a qualche forma di mutilazione dei genitali e che,

espressa in favore della rinuncia dell’intervento mutilatore. Le motivazioni adottate più frequentemente sono che la donna non mutilata non è una buona musulmana, ma al contrario una donna facile in quanto non in grado di controllare i propri irrefrenabili impulsi sessuali. La donna non mutilata non è di buona famiglia e conseguentemente nessun uomo è disposto a sposarla. Tali convinzioni culturali profondamente radicate nella coscienza di alcuni popoli ed interiorizzate fin dall’infanzia non sono certo facili da sradicare. L’arma più efficace per cercare per lo meno di ridurre al minimo il ricorso all’intervento mutilatore è quella del dialogo e del confronto, formando ed informando coloro che, assistenti sociali, medici, volontari, insegnanti, quotidianamente operano a stretto contatto con soggetti potenzialmente a rischio. Si tratta di un progetto a lungo termine da attuarsi attraverso un costante processo di informazione che non criminalizza il soggetto ma offre importanti opportunità di confronto e che coinvolge anche gli uomini, padri e mariti, educandoli al rifiuto della pratica e al suo significato recondito. Sirad Salad Hassan, *Donna mutilata*, ed. Loggia de’ Lanzi, Firenze, 1999, pp. 63 e ss.

ogni anno, vi siano almeno 2 milioni di bambine a rischio di subire la pratica.⁴⁶ Di queste, ottanta milioni vivono nel continente africano. Come sottolineato in precedenza anche se le MGF sono diffuse in prevalenza nei paesi islamici, non sono una pratica correlata alla religione in quanto tale. In Africa e Medio Oriente, infatti, le MGF riguardano musulmani, cattolici, protestanti e membri di vari gruppi indigeni.⁴⁷

Spesso si ritiene che il ricorso a queste pratiche sia confinato all'interno di particolari gruppi sociali o coinvolgano le famiglie meno istruite, soprattutto nelle zone rurali. Al contrario i dati della ricerca Demographic and Health Survey, DHS⁴⁸, condotta nel 1995 suggeriscono che nei paesi dove queste pratiche sono diffuse su larga scala, il grado di istruzione o il fatto che la famiglia risieda in un'area urbana piuttosto che rurale, siano elementi con un'influenza relativa sulla possibilità di praticare MGF. In Egitto il 100% delle donne non istruite e il 91% delle donne con istruzione secondaria hanno subito MGF. In Eritrea le percentuali corrispondenti sono pari al 95 e al 92%, ed in Mali al 94 e al 90%. In Sudan la diffusione è addirittura più alta fra le donne che hanno ricevuto un'istruzione secondaria rispetto alle donne non istruite. La residenza in aree urbane costituisce una discriminante solo in Kenya, Niger e Tanzania, ossia in paesi dove tali pratiche sono comunque poco diffuse.

Le ricerche DHS recenti non hanno registrato riduzioni di grande rilievo dei tassi di mutilazione dei genitali femminili. Gli unici paesi che costituiscono un'eccezione e che registrano un lento ma continuo decremento sono la Repubblica Centro Africana, dove le percentuali di MGF tra le giovani donne dai 20 ai 24 anni sono inferiori a quelle registrate tra le donne dai 45 ai 49 anni (43% contro 53%) ed in Kenya, dove tali percentuali corrispondono rispettivamente al 32% e al 48%.

A causa della particolarità dell'argomento e delle difficoltà ad esso connesse non sono stati condotti sondaggi sistematici e di conseguenza non sono disponibili dati sufficientemente ampi e comprensivi sul tema delle MGF. I soli sondaggi disponibili sono quelli nazionali forniti da Sudan, Costa d'Avorio e Repubblica Centro Africana.

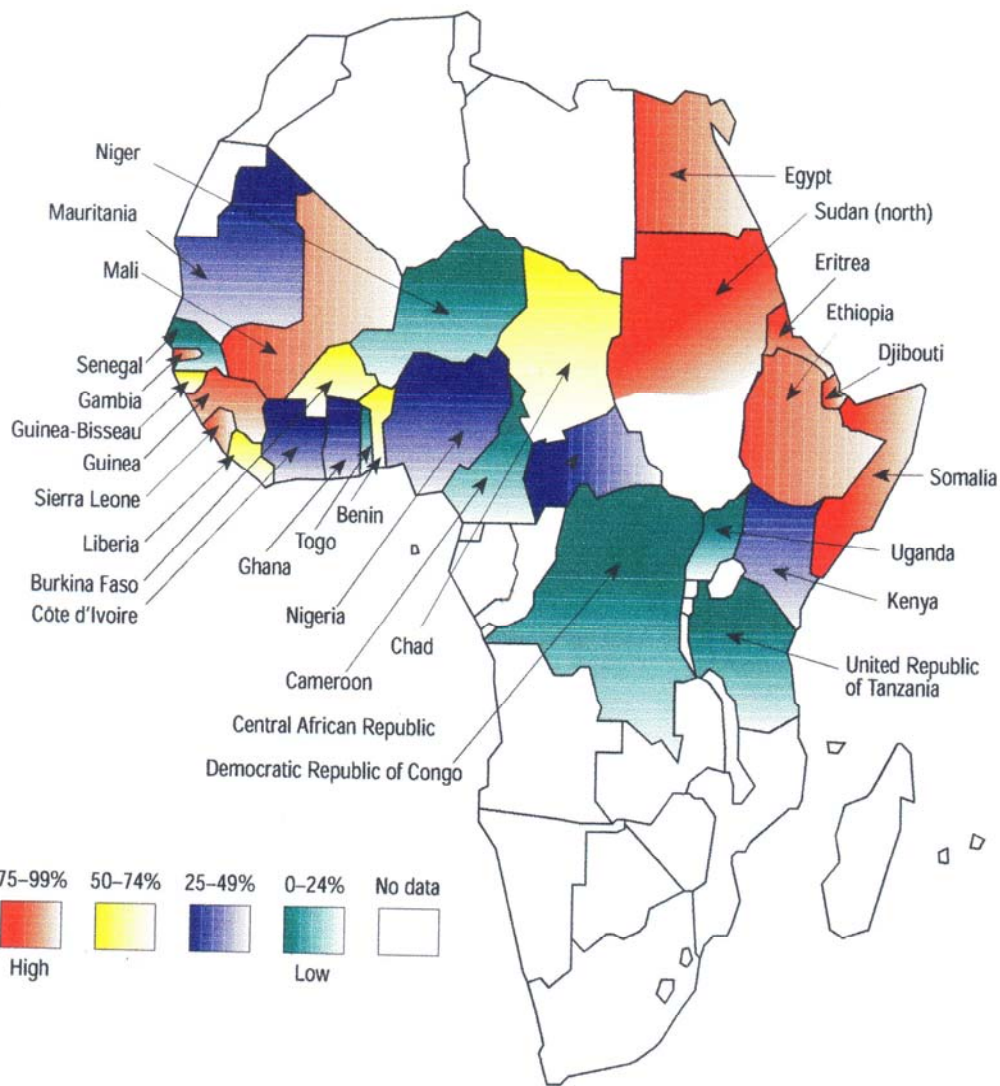
⁴⁶ Informazioni reperite sul sito: www.unicef.org

⁴⁷ Dal sito: www.stopfgm.org, "*Basic FGM information*".

⁴⁸ Dal sito: www.onuitalia.it, "*The world's women 2000. Trend and statistics*" a cura dell'Ufficio Statistico delle Nazioni Unite, versione italiana a cura della Commissione nazionale per la parità e le pari opportunità e dal sito www.measuredhs.int.

È necessario evidenziare inoltre come il fenomeno sia in continua evoluzione: complessivamente gli Stati europei che manifestano un impatto tangibile con il fenomeno sono una decina. Si distribuiscono dal sud (Italia) fino al nord (Paesi Scandinavi) e sono situati prevalentemente nella regione occidentale. I paesi balcanici e quelli centro-europei sembrano per il momento essere estranei alla questione.

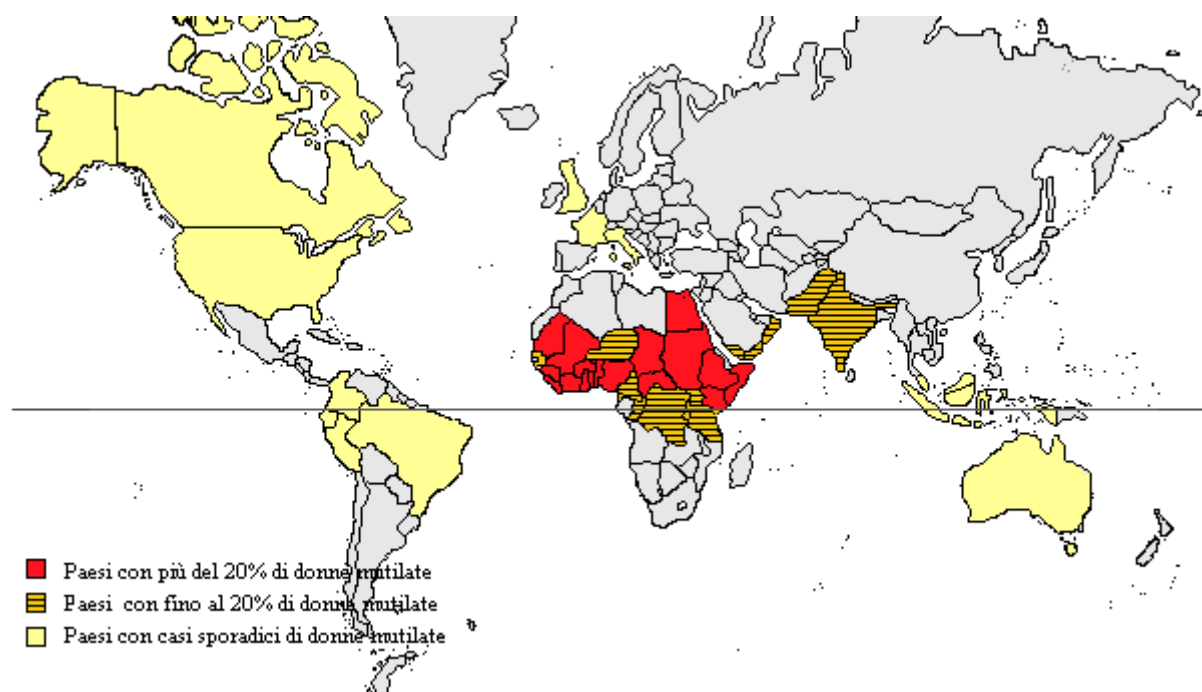
Figura n°1: Distribuzione geografica delle mutilazioni genitali limitatamente al continente africano nel quale si registra la maggior incidenza del fenomeno.



Fonte: www.who.org, "Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation", Report of a Who Technical Consultation, Geneva, 15-17 October 1997, Who, 2001

Figura n°2: Incidenza del fenomeno mutilatorio avendo riguardo ad una distribuzione mondiale.

Come precedentemente osservato e come risulta evidente dall'immagine riportata la pratica mutilatoria non è una realtà che interessa esclusivamente i paesi africani e del medio oriente. Sono infatti presenti casi di mutilazione anche nel continente europeo, in Australia, in Canada, negli Usa e in America Latina.



Fonte: www.Amnesty.org

Tabella n° 1: tasso di prevalenza del fenomeno mutilatorio nei paesi africani e specificazione della tipologia eseguita.

Paese	Stima delle % di donne e ragazze che hanno subito MGF	Tipologia di mutilazione
Benin	50%	Escissione
Burkina Faso ⁴⁹	70%	Escissione
Camerun	20%	Clitoridectomia ed escissione
Repubblica Centro Africana	50%	Clitoridectomia ed escissione
Ciad	60%	Escissione ed infibulazione
Costa d'Avorio	60%	Escissione
Repubblica Democratica del Congo	5%	Escissione
Gibuti ⁵⁰	90-98%	Escissione ed infibulazione
Egitto	97%	Clitoridectomia, escissione ed infibulazione
Eritrea	90%	Clitoridectomia, escissione ed infibulazione

⁴⁹ Il Burkina Faso è uno dei paesi africani che vanta una legislazione specifica contro le MGF emanata nel 1996 ed entrata definitivamente in vigore nel febbraio del 1997 (Law n° 43/96/ADP of November 13, 1996 on Penal Code, artt. 380-82, Journal Officiel du Burkina Faso, January 27, 1997). Sulla base dell'articolo 380 del Codice penale, le MGF costituiscono un'offesa punibile con una pena che va dai sei mesi ai tre anni di detenzione e/o una multa che varia da 150.000 a 900.000 franchi. Le MGF sono state definite come una "violazione dell'integrità fisica degli organi genitali femminili compiuta attraverso l'ablazione totale o attraverso l'escissione, l'infibulazione, la desensibilizzazione". Quando la vittima muore le pene si aggravano comportando un incremento del periodo detentivo che oscilla tra i cinque e i dieci anni. La legge impone, inoltre, il massimo della pena se la persona che esegue la procedura è un membro del servizio sanitario. Il Comitato nazionale per la lotta contro l'escissione (Comité National de Lutte Contre la Pratique de l'Excision- CNLPE), affiliato al Comitato Inter-Africano e creato nel 1990 con decreto presidenziale (Kiti n° AN VII-318/PF/SANS-AS/SEAS, May 18, 1990), ha finora realizzato e promosso un'intensa ed estesa attività di educazione finalizzata ad incrementare la consapevolezza sulla necessità di abolire la pratica, e sugli effetti devastanti che essa può comportare. Rahman A, Toubia N., *op cit.*, p. 115; dai siti: www.stopfgm.org, "*National Laws: Burkina Faso*" e www.amnesty.org, "*Female Genital Mutilation in Africa: Information by Country*", Female Genital Mutilation- Information Pack, Section Nine.

⁵⁰ Per quanto concerne questo paese, si stima che il 95% delle donne appartenenti a tutti i gruppi etnici, abbia subito l'infibulazione. Nel 1995 il Codice Penale è stato emendato con l'inclusione di una specifica previsione normativa che bandisce le MGF (Penal Code, promulgated by Law 59/AN/94 of January 5, 1995). L'art. 333 sancisce infatti che "atti di violenza risultanti in una mutilazione genitale sono puniti con un periodo detentivo di cinque anni e una multa di 1,000,000 franchi." Il Codice Penale non definisce però cosa si intenda per "mutilazione genitale". Tra le diverse organizzazioni che lottano per l'abolizione della pratica nel Gibuti si devono ricordare: l'Association for the Equilibrium and the Promotion of the Family (ADEPF), e l'Union Nazionale des Femmes de Djibouti (UNFD). Tali organizzazioni sovrintendono lo svolgimento di workshop al fine di accrescere la consapevolezza dei rischi per la salute derivanti dalle mutilazioni sessuali. Il Ministero della salute consente alle cliniche e ai centri sanitari, la distribuzione di materiale informativo sia sulle mutilazioni, sia sulle altre pratiche tradizionali dannose per la salute di donne e bambine. US Department of State, *Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC) in Djibouti*, 1999, p. 3; Rahman A, Toubia N., *op cit.*, p. 139; dal sito: www.stopfgm.org, "*National Laws: Djibouti*".

Etiopia ⁵¹	90%	Clitoridectomia ed escissione, eccetto nelle aree confinanti col Sudan e Somalia dove è praticata l'infibulazione
Gambia	60-90% di media; fino al 100% tra le donne Fula e Sarahuli	Escissione, infibulazione in una piccola percentuale della popolazione
Ghana	15-30%	Escissione
Guinea	70-90%	Clitoridectomia, escissione ed infibulazione
Guinea-Bissau	50%	Clitoridectomia, escissione
Kenya	50%	Clitoridectomia, escissione, alcuni casi di infibulazione nelle aree orientali confinanti con la Somalia e in alcuni campi di rifugiati Somali
Liberia	50-60%	Escissione
Mali ⁵²	90-94%	Clitoridectomia, escissione e nel sud del paese l'infibulazione

⁵¹In Etiopia le MGF sono praticate dalla maggior parte dei gruppi etnici inclusi i cristiani, i musulmani e la comunità ebraica presente nel paese (Beta Israel). L'Etiopia ha un tasso di mortalità materna estremamente alto dovuto in parte anche alle severe complicazioni che le mutilazioni fanno insorgere durante la gravidanza e durante il parto. In Etiopia non c'è una legge specifica che proibisca le MGF anche se la Costituzione, promulgata nel 1994, fornisce all'art. 35 intitolato "Rights of Women" una chiara protezione contro le pratiche mutilatorie, pur non facendovi esplicito riferimento, vietando in generale le pratiche tradizionali dannose. Anche il Codice penale etiopico non contiene specifici richiami alle MGF ma alcune delle previsioni in esso contenute possono considerarsi comunque pertinenti. (*Penal Code of the Empire of Ethiopia*, Proclamation n° 158/1957, Gazette Extraordinary, July 23, 1957). Molte sono le attività educative svolte dalle Ong che operano nel paese. La Revolutionary Ethiopian Women's Association (REWA) ha ricevuto il mandato, durante il precedente regime Mengistu, di agire al fine di sradicare i costumi e le pratiche che danneggiano le donne e i loro diritti. Il Comitato Nazionale affiliato all'IAC è stato creato nel 1985. Il Ministro dell'educazione sovrintende il Federal Institute for Curriculum Development and Research, che prevede la creazione di uffici regionali per l'educazione che includano nei curricula scolastici della scuola primaria materiali educativi che scorraggino le pratiche tradizionali dannose incluse le MGF. US Department of State, *Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC) in Ethiopia*, 1999, p. 2; Rahman A, Toubia N., *op cit.*, p. 148; dal sito: www.stopfgm.org, "National Laws: Ethiopia".

⁵²Le MGF sono estremamente diffuse in tutto il paese e nessuna legge specifica è stata ancora promulgata al fine di decretarne la definitiva proibizione. Nonostante ciò il governo nel Piano nazionale per l'eradicazione dell'escissione entro il 2007 (Republic of Mali, *National Plan for the Eradication of Excision by 2007, Phase I: 1998-2002*, 1998, p. 5), ha stabilito che le MGF possono considerarsi proibite sulla base di quanto sancito dagli artt. 166 e 171 del Codice Penale. (*Penal Code*, Law n° 99 AN-RM of August 3, 1961). Nel 1996 il governo ha creato il National Action Committee for the Eradication of Practices Harmful to the Health of Women and Children, il cui mandato consiste nello sviluppo di strategie per l'eliminazione delle pratiche tradizionali dannose fra cui appunto le MGF. Tale Comitato d'Azione Nazionale, diretto dal Commissioner for the Promotion of Women, è composto dai

Mauritania	25% in media 95% fra i Soninke and gli Halpulaar, 30% fra le donne Moor	Clitoridectomia, escissione
Niger	20%	Escissione
Nigeria	50%	Clitoridectomia, escissione e nel nord ovest infibulazione
Senegal	20%	Escissione
Sierra Leone	80-90%	Escissione
Somalia ⁵³	98%	Infibulazione
Sudan	89% delle donne nord Sudan	Predominante l'infibulazione, alcuni casi di escissione
Tanzania	10%	Escissione ed infibulazione
Togo	12%	Escissione
Uganda	5%	Clitoridectomia ed escissione

1.6. Quando sono praticate le MGF

Per quanto concerne l'età in cui le MGF sono generalmente praticate, la prassi non fornisce una risposta univoca. Essa varia ampiamente a seconda della tipologia di mutilazione genitale eseguita, dall'ambiente di vita e dall'etnia.

rappresentanti di ogni ministero, delle Ong, delle istituzioni nazionali per la ricerca scientifica e la salute, e dei gruppi religiosi. Nel giugno del 1997 il Comitato ha elaborato la prima fase del Piano d'azione per l'eradicazione dell'escissione entro il 2007 il cui obiettivo specifico prevede la creazione di un database contenente tutte le informazioni e le statistiche sulla pratica nell'intero territorio nazionale, lo sviluppo e l'implementazione di programmi per la prevenzione delle MGF e la promozione di un concreto coordinamento tra le organizzazioni che operano a livello nazionale e quelle che lavorano nel contesto internazionale. US Department of State, *Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC) in Mali*, 1999, p. 3; Rahman A, Toubia N., *op cit.*, p. 180; dal sito: www.stopfgm.org, "*National Laws: Mali*".

⁵³Come possiamo osservare dai dati riportati nel grafico l'incidenza delle MGF in Somalia è estremamente alta. Si può dire che potenzialmente tutte le donne somale hanno subito una qualche forma di mutilazione dei genitali. Manca nel paese una legge specifica che proibisca la pratica anche se fin dal 1977 la Somali Women's Democratic Organization (SWDO), un'organizzazione governativa femminile, opera con l'obiettivo di eliminare o perlomeno ridurre l'incidenza del fenomeno. Molte sono le iniziative che si sono susseguite nel corso degli anni da parte di associazioni quali la Somali Academy of Arts and Sciences e l'Institute of Women's Education. Nel 1987, SWDO e l'Associazione italiana donne per lo sviluppo (Aidos) hanno elaborato un progetto anti-MGF sospeso nel 1991 con la fine del regime di Siad Barre e con lo scoppio della guerra civile. Rahman A, Toubia N., *op cit.*, p. 213. Dai siti: www.stopfgm.org, "*National Laws: Somalia*" e www.amnesty.org, "*Female Genital Mutilation in Africa: Information by Country*", Female Genital Mutilation- Information Pack, Section Nine.

La letteratura ha posto in evidenza quanto sia complesso stabilire un nesso univoco tra età ed intervento. Mentre infatti in alcune situazioni è possibile il riferimento a età prestabilite socialmente, altre volte si può solamente fare un generico riferimento in relazione al verificarsi di eventi di una certa rilevanza connessi, per esempio, allo sviluppo fisico della ragazza, come la comparsa della prima mestruazione o a particolari passaggi della vita sociale e psicologica dell'individuo come il matrimonio. Si discosta da queste considerazioni la reinfibulazione che riguarda le donne che hanno appena partorito e che ha la funzione di ristabilire lo status quo precedente il parto

Le ricerche hanno inoltre sottolineato quanto sia difficile stabilire un'età precisa per l'intervento mutilatorio anche in riferimento ad una medesima area geografica se non addirittura in riferimento ad uno stesso gruppo etnico. Il caso dei Lobi dell'attuale Burkina Faso risulta esemplare. Già intorno agli anni '20, Hanry Labouret sosteneva che si potevano distinguere ben tre tipi di escissione per i differenti sottogruppi che componevano tale popolo. Presso i Dian l'escissione veniva eseguita il quarto giorno dopo la nascita, che corrispondeva alla fine del periodo di reclusione post-partum, tra i Birifor e Tègoussiè l'escissione avveniva al diciottesimo anno di età, senza particolari cerimonie, mentre tra i Dorossiè e i Gan, l'operazione era prevista nei giorni che precedevano il matrimonio.

Le giovani Senoufo della Costa d'Avorio, invece, venivano sottoposte alle operazioni di "pong" o "porge", cioè all'escissione, secondo due tipologie ben distinte in relazione all'età: la prima praticata in un'età compresa tra i 10 e i 15 anni, senza attendere necessariamente la prima mestruazione, la seconda non appena fossero comparsi i segni della prima gravidanza e in tutti i casi di presunta sterilità.

A volte non è nemmeno previsto un periodo più o meno preciso, come nel caso delle società coniugali della Guinea dove l'escissione viene praticata individualmente su ragazze la cui età varia di volta in volta secondo il loro grado di maturità in vista dell'assunzione del futuro ruolo di moglie. L'operazione è quindi eseguita in questo caso in un momento ritenuto propedeutico al matrimonio.

Risulta confermato da ricerche recenti che le pratiche escissorie avrebbero progressivamente perso il loro carattere collettivo per divenire oggi, soprattutto in un contesto migratorio, una pratica individuale posta in essere in modo privato se non

addirittura in segreto, e in un'età sempre più precoce. Il motivo per cui le cerimonie acquisterebbero sempre più il carattere della segretezza è in rapporto con le normative nei diversi paesi, europei ed extraeuropei. I provvedimenti presi nei confronti di coloro che mettono in pratica le diverse forme mutilatorie, hanno certamente contribuito a un progressivo passaggio alla clandestinità.

Connessa a questa problematica è anche la riduzione progressiva dell'età, poiché operare su soggetti molto giovani comporterebbe un rischio minore dal punto di vista del possibile rifiuto da parte della vittima. Un'ultima questione da sottolineare sempre in riferimento all'età, è che a differenza del contesto di provenienza, in ambito migratorio non è assolutamente detto che si riescano a rispettare date e scadenze collegate alle culture originarie, a causa delle difficoltà di reperire operatrici rituali disposte ad agire in clandestinità con il rischio (è il caso della Francia e della Gran Bretagna per esempio) di essere condannate a molti anni di reclusione. Talvolta occorre attendere fino all'arrivo di un'operatrice oppure approfittare di un viaggio nel paese d'origine per effettuare l'operazione, influenzando così sull'età di esecuzione dell'intervento.

Le MGF sono quindi caratterizzate da un profondo relativismo: l'età varia a seconda della funzione e del significato simbolico che un determinato gruppo sociale attribuisce loro e a seconda dell'area e del contesto in cui vengono praticate.

A tale proposito può essere interessante consultare le seguenti tabelle frutto di una capillare ricerca da parte dell'antropologa Fusaschi Michela e tratte dalla sua opera di recente pubblicazione *“Segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili”*, tabelle che ho ritenuto opportuno riproporre in quanto esemplificative di quanto precedentemente detto in riferimento all'età in cui le giovani vengono sottoposte all'intervento di mutilazione dei genitali.

Tabella n° 2: escissione (tutte le forme). Specificazione dell'età in base al gruppo etnico.

Età e periodo	Gruppo etnico (Stato)	Fonte
3°-8° giorno	Amhara (Etiopia)	Combes e Tamisier 1838
4°giorno	Dian (Burkina Faso)	Labouret 1931

4°-8° giorno	Ibo (Nigeria)	Basden 1938
5°-20° giorno	Amhara (Etiopia)	Leslau 1957
Entro il 7° giorno	Aden (Yemen)	Saleh 1979
Entro il 7° giorno	Mauri (Maurutania)	Tauzin 1988
7° giorno	Ishan, Bino, Ika, Ibo (Nigeria)	Djedomaoh e Faal 1981
7°-21° giorno	Ibo (Nigeria)	Egwuatu Agugua 1981
7°-30° giorno	Amhara (Etiopia)	
7°-40° giorno	Amhara (Etiopia)	
8° giorno	Amhara (Etiopia)	Bruce 1790-92
		Parkins 1835
		Courbon 1861
8° giorno	Falasha (Etiopia)	Leslau 1957
15° giorno	Soninkè (Mali)	Daniel 1910
40° giorno	Amhara (Etiopia)	Mèrab 1912; Huber 1966
In tenera età	Gourmantchè (Burkina Faso)	Cartry 1968
1 anno	Gourmantchè (Burkina Faso)	Cailliè 1979
2-4 anni	Mauri (Maurutania)	Malcom 1925
2-4 anni	Ibo (Nigeria)	Schwab 1955
3-6 anni	Yoruba (Nigeria)	Simmons 1960
4-6 anni	Ibo (Nigeria)	Simmons 1960
4-8 anni	Ibo (Nigeria)	Daniell 1847
5-8 anni		
6 anni		
7-8 anni	Egitto	Bruce 1790-92
7-11 anni		
8-9 anni	Egitto	Sonnini 1798; Browne 1800
8-11 anni	Malinkè (Mali)	Imperato 1977
Poco prima della pubertà	Malinkè (Mali)	Kantè 1993

8-14 anni	Manianka (Mali)	Diallo 1980
9-10 anni	Gurage (Etiopia)	Leslau 1957
10 anni	Conibo (Perù)	Grandidier 1861
10-14 anni	Gusii (Kenya)	Mayer 1953
10-15 anni	Senoufo (Mali, Burkina Faso)	Holas 1957
12-15 anni	Barbara (Mali)	Gallièni 1885
13-15 anni	Malinkè (Mali)	Chèron 1933
15-16 anni	Coniagui (Guinea)	Lestrangle 1955
16-18 anni	Kissi (Guinea)	Holas 1957
16-18 anni	Birifor, Teguessè (Burkina Faso)	Paulme 1952
17 anni	Faso)	Labouret 1931
Prima della comparsa delle mestruazioni	Kikuyu (Kenya)	Kenyatta 1960
Prematrimoniale	Gourmantchè (Burkina Faso)	Cartry 1968
Prima della gravidanza in caso di presunta sterilità	Senoufo (Mali, Burkina Faso)	Holas 1957

Tabella n°3: Infibulazione. Specificazione dell'età in base al gruppo etnico

Età e periodo	Gruppo etnico (Stato)	Fonte
3°-8° giorno		
4°giorno		
4°-8° giorno		
5°-20° giorno		
Entro il 7° giorno		
Entro il 7° giorno		
7° giorno		
7°-21° giorno		
7°-30° giorno		
7°-40° giorno	Afar (Gibuti)	Signorel 1976
8° giorno		
8° giorno		
15° giorno		
40° giorno		
In tenera età		
1 anno		
2-4 anni		
2-4 anni		
3-6 anni	Kababish (Sudan)	Seligman e Seligman 1918
4-6 anni		
4-8 anni		
5-8 anni	Kordofan	Pallme 1844
6 anni	Sudan	Worsley 1938
7-8 anni	Somalia	Peney 1859
7-11 anni		Lucas 1935; Erlich 1981
8-9 anni		
8-11 anni		

Poco prima della pubertà		
8-14 anni		
9-10 anni		
10 anni		
10-14 anni		
10-15 anni		
12-15 anni		
13-15 anni		
15-16 anni		
16-18 anni		
16-18 anni		
17 anni		
Prima della comparsa delle mestruazioni		
Prematrimoniale		
Prima della gravidanza o in caso di presunta sterilità		

1.7. Come vengono praticate le MGF: le diverse fasi della procedura

“...subii la mutilazione quando avevo dieci anni. Mia nonna mi disse che mi portavano al fiume per una cerimonia particolare e che dopo avrei ricevuto molto cibo e da mangiare. Ero una bambina innocente fui condotta, come una pecora, al massacro. Entrata nella boscaglia fui condotta in una casupola buia e spogliata. Fui bendata e denudata completamente. Due donne mi trascinarono nel luogo dell’operazione. Fui costretta a sdraiarmi sulla schiena da quattro donne robuste, due mi afferrarono saldamente una mi sedette sul petto per impedire che la parte superiore del mio corpo si muovesse.

Mi ficcarono a forza un pezzo di stoffa in bocca per impedirmi di urlare. Poi fui rasata.

Quando l'operazione iniziò, cominciai a lottare. Il dolore era terribile ed insopportabile.

Mentre mi divincolavo fui mutilata malamente e persi molto sangue. Tutte quelle che prendevano parte all'operazione erano mezze ubriache. Altre danzavano e cantavano [...]

Fui mutilata con un temperino spuntato.

Hannah Koroma.

Coordinamento donne della sezione Ghanese di Amnesty International

Anche per quanto concerne le modalità di esecuzione dell'intervento si possono individuare diverse varianti, da cerimonie rituali collettive a sedute individuali e familiari, benché in ambiente cittadino, in taluni paesi, queste pratiche possano essere effettuate anche attraverso l'ospedalizzazione della bambina, e l'intervento avvenga quindi secondo una procedura più o meno medicalizzata.

In ambiente rurale tuttavia, prevale ancor oggi l'esecuzione tradizionale, senza anestesia, senza sterilizzazione degli strumenti utilizzati, il più delle volte assai rudimentali.

È necessario sottolineare come, nei contesti tradizionali, la persona che esegue materialmente l'operazione non è assolutamente un individuo qualunque. Si tratta infatti di iniziati, cioè di individui cui la società ha riconosciuto un ruolo preciso ossia quello di intervenire sul corpo femminile al fine di apportare quelle "correzioni culturali" necessarie per trasformarlo da corpo biologico a corpo culturale.

La strumentazione utilizzata per questo tipo di operazioni è la più varia. Consta dell'impiego di coltelli speciali costruiti ad arte, escissori ma anche scalpelli, pezzi di vetro, cocci e rasoi da barba, attrezzi rudimentali che entrano comunque a far parte dell'apparato rituale.

In genere la persona che compie materialmente l'operazione è una donna scelta tra le levatrici tradizionali, donne anziane ed "esperte" ma prive di conoscenze chirurgiche,

membri di gruppi sociali ben definiti (per esempio le midgan in Somalia, donne appartenenti ad una classe inferiore rispetto all'aristocrazia pastorale del paese), che utilizzano tecniche apprese in ambito familiare e tramandate da generazione in generazione. Altre volte le operatrici rituali vengono reperite al di fuori della comunità, chiamate appositamente da luoghi lontani. Ciò può accadere sia in ambiente tradizionale sia in un contesto di immigrazione.

Secondo una tendenza recente nelle aree urbane le famiglie benestanti preferiscono rivolgersi al personale del servizio sanitario, ostetriche, dottori, sebbene la medicalizzazione della procedura sia stata persistentemente condannata dall'Oms. Anestetici e antisettici non vengono generalmente utilizzati e assistenti e/o membri della famiglia immobilizzano la ragazza al fine di sedare sul nascere ogni possibile ribellione. La procedura dura dai quindici ai venti minuti, durata destinata a mutare secondo l'abilità di chi opera e dal grado di resistenza della ragazza. Molte testimonianze riferiscono che gli uomini sono raramente presenti all'operazione e alcune leggende raccontano che l'uomo che inavvertitamente dovesse assistere all'intervento mutilatorio rischierebbe di perdere la propria virilità.

Molteplici sono i fattori che possono aggravare il danno provocato dall'operazione: l'impiego di strumenti rudimentali che amplificano la portata e la gravità delle lesioni, le pessime condizioni igieniche in cui gli interventi vengono praticati, i luoghi angusti scarsamente illuminati, gli attrezzi grossolani utilizzati per più interventi e mai sterilizzati che il più delle volte si trasformano in veicoli di trasmissione di importanti e gravi patologie.⁵⁴

Nell'infibulazione, la più devastante delle operazioni mutilatorie sui genitali, dopo l'intervento, con la cicatrizzazione, si forma un ponte di pelle sopra la vagina e rimane solo una piccola apertura posteriore ottenuta tramite l'infissione di un bastoncino cavo che permette a stento il passaggio dell'urina e dei liquidi mestruali. L'area vaginale viene asciugata con suffumigi di erbe bruciate all'interno di un buco fatto nel terreno su cui viene seduta la bambina. Spesso la zona cruentata viene spalmata con le più disparate sostanze (uova, resine, aromi) per accelerare la cicatrizzazione. Le gambe

⁵⁴ Grassivaro Gallo P., *op. cit.*, pp. 11 e ss.

della bambina vengono quindi legate insieme dalla cintola alle ginocchia fino alle caviglie. Anche gli alluci sono congiunti.

Se non intervengono complicazioni, in due o tre settimane, durante le quali l'operata viene nutrita con una dieta liquida, tutto si conclude. Segue la constatazione dell'esiguità delle dimensioni dell'apertura rimasta fatta dall'operatrice e dalle donne della famiglia. Questa consiste nella valutazione delle dimensioni dell'ostio residuo con l'ausilio di un seme (di miglio o di sesamo) che, posto sulla cicatrice deve scivolare all'interno senza che venga opposta alcuna resistenza. Se l'apertura dovesse risultare troppo grande, la bambina dovrà essere sottoposta subito ad una seconda operazione (doppia infibulazione) volta a correggere la prima.

Un'analoga ispezione sarà effettuata, al momento del matrimonio, dalle parenti del nubendo. Verrà in tal modo controllata la purezza della fanciulla dalla quale dipenderà l'entità della dote da versare alla famiglia.

Qualora la ragazza dovesse, per motivi sanitari, subire una defibulazione, al momento delle nozze il genitore esibirà un certificato medico per farla valutare economicamente come vergine, certificato opportunamente richiesto al momento dell'intervento.

Dopo il matrimonio, sigillata com'è, la donna deve essere sottoposta a progressiva dilatazione dell'apertura vaginale residua per opera del partner. Come l'antropologa Pia Grassivaro Gallo riporta del suo libro "Figlie d'Africa mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia" *"Secondo la tradizione, alla coppia viene lasciata una settimana di completo isolamento sotto l'egida di una persona amica in grado di sollevare la sposa da ogni impegno domestico. La fase di deflorazione può continuare addirittura per mesi per risolversi talvolta con un intervento strumentale. La consumazione del matrimonio si configura così come un episodio doloroso"*. Sulla base delle ricerche condotte sul campo fra le popolazioni somale la Grassivaro testimonia come presso i pastori nomadi della boscaglia nella costruzione dell'Aqal (capanna) si tenga conto della direzione del vento, facendo sì che questo disperda le urla della sposa al fine di evitare di allertare inutilmente la comunità.

" Nei matrimoni misti con partner occidentali si verificano anche casi di non consumazione del matrimonio protrattisi per

anni e conclusisi con il ricorso alla chirurgia. Esiste anche un tipo di sutura (specifico della donna sposata) che prevede un'apertura vaginale ovale, delle dimensioni del membro maschile; essa è creata allargando quella residuale o, quando ciò non è possibile, ricreandola ex novo. Solo con la nascita del primo figlio l'apertura vaginale è completa... In Somalia, durante il parto si evita di procedere ad una defibulazione strumentale, ma è preferibile procedere con tutta una serie di episiotomie. La puerpera rimane "aperta" temporaneamente, per circa un anno, passato in segregazione col bambino. Successivamente si farà risigillare mediante reinfibulazione. Questa alternanza di aperture e chiusure avviene generalmente alla nascita di ogni figlio, per un certo numero di volte, come d'uso nella regione, nell'etnia o come suggerito dal partner".⁵⁵

Le madri e le nonne sono coloro che in taluni contesti "preparano" nel corso della vita le figlie e le nipoti al momento in cui verranno sottoposte all'operazione. Si tratta di un'attività pedagogica propedeutica all'intervento, con cui nel corso degli anni anche attraverso il ricorso ad immagini mitiche, le anziane preparano le giovani insegnando come cambierà la loro vita. Di fatto, l'operazione non viene descritta nei minimi particolari ma presentata come occasione di festa sottolineando i significati e le motivazioni intrinseche del rito.

La figura delle operatrici tradizionali, insieme con tutte le altre figure femminili coinvolte, nel corso del tempo ha progressivamente cambiato di senso. L'impovertimento dell'elemento cerimoniale, l'interdizione delle pratiche da un lato, la medicalizzazione e il conseguente ricorso alle strutture sanitarie dall'altro ha ridefinito in gran parte il loro ruolo.

Già da molti anni le exciseuses sono nel mirino per quella che viene definita una vera e propria professione e sempre più spesso, una volta accertata la loro responsabilità,

⁵⁵ Dirie M.A., *Female Circumcision in Somalia: medical and social implications*, Mogadishu, 1985.

vengono coinvolte in processi penali.⁵⁶ Le exciseuses sono sempre ricompensate per il loro lavoro. Un tempo con particolari corvè, come lo svolgimento di determinati lavori a titolo gratuito svolti dalla ragazza escissa nei campi dell'exciseuse, oppure attraverso determinate quantità di conchiglie. Attualmente le transazioni economiche relative alle operazioni escissorie prevedono nella maggioranza dei casi compensi in denaro e a tale proposito molte associazioni e Ong africane si pongono l'obiettivo di riqualificare professionalmente le operatrici rituali in modo che queste possano guadagnarsi un salario senza ledere l'integrità psico-fisica delle ragazze sottoposte all'operazione.

La riconversione delle operatrici avviene attraverso la concessione di prestiti agevolati che consente loro di aprire piccole attività imprenditoriali, per esempio la produzione di sapone. In altri casi le operatrici rituali vengono formate e incoraggiate a simulare solamente la gestualità del rituale come stabilito a partire dal 1985, anno in cui vennero inviate al Congresso di Conakry molte exciseuses.

1.8. Le MGF e le conseguenze per la salute

Le pratiche mutilatorie eseguite sui genitali femminili possono essere definite come un grave problema di salute pubblica e si prestano ad un'analisi condotta da più prospettive.

Riproponendo una ripartizione presentata nel libro *“Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili”* a cura di Mazzetti, la prima può essere definita epidemiologica e consiste nello studio della diffusione della pratica nel mondo e nel nostro paese, delle attuali tendenze, degli interventi legislativi e di politica sanitaria. Tale studio prende in considerazione sia i paesi in cui le MGF sono più diffuse (Africa) sia quelli dove tale problema si è posto solo di recente a seguito dei flussi migratori sviluppatisi a livello internazionale.

⁵⁶ Nel 1999 Awa Grèou, operatrice maliana è stata processata e condannata dalla Corte di Assise di Parigi a otto anni di reclusione; insieme a lei furono condannati una ventina di parenti della vittima accusati di complicità, sulla base di una denuncia presentata da una giovane immigrata. Nella casa dell'operatrice sono stati ritrovati gli attrezzi del mestiere: rasoi, lame già usate, garze e pomate cicatrizzanti. Fusaschi M., *op.cit.*, p. 102.

La seconda prospettiva è quella clinica: le MGF sono pericolose non solo perché consistono nella mutilazione di una parte del corpo assolutamente sana, ma anche perché provocano gravi danni sia a breve che a lungo termine.

I primi sono conseguenza immediata dell'intervento chirurgico e possono condurre anche alla morte della donna. I secondi fanno riferimenti a quadri clinici cronici, danni alla fertilità e difficoltà durante il parto.

La terza prospettiva è quella psichica o psico-sociale. Gli effetti delle mutilazioni hanno una significativa ricaduta anche sulla salute psicologica della donna a causa della traumaticità dell'intervento delle limitazioni ad una gratificante vita sessuale che ne derivano.

Tali conseguenze sono molto diverse a seconda del contesto in cui le operazioni vengono eseguite se nella savana somala, dove per quanto tragica, esse hanno un effetto integrativo dal punto di vista sociale, o in terra di migrazione, dove assumono un significato al contrario emarginante.

Molti sono gli studi e le documentazioni riguardanti le conseguenze fisiche di breve e lungo termine derivanti dalle diverse tipologie di mutilazione genitale mentre assai limitate sono le ricerche disponibili riguardanti le conseguenze psicologiche e psico-sessuali.

1.8.1. Gli effetti e le conseguenze fisiche

Le conseguenze delle MGF dipendono da una molteplicità di fattori.⁵⁷

- dal tipo di operazione praticata. L'infibulazione comporterà infatti delle conseguenze molto più gravi rispetto alle altre tipologie meno invasive e drastiche;
- dalla capacità e dall'esperienza dell'operatrice;
- dalle condizioni igieniche in cui l'operazione viene praticata;
- dalla cooperazione e dalla salute della bambina o della donna al momento dell'operazione.

⁵⁷ Dal sito: www.who.int, "*Female Genital Mutilation: Information Kit*", Department of Women's Health, Health Systems and Community Health, World Health Organization, Geneva.

L'infibulazione può creare gravi problemi per i medici poiché su una donna che presenta questo tipo di mutilazione risulta estremamente complicato se non addirittura impossibile praticare quasi tutti i normali esami diagnostici, come per esempio, l'esame pelvico o il pap-test, per cui sarà molto difficile diagnosticare alcune malattie, alcuni tipi di tumori o valutare una possibile gravidanza. Se poi l'apertura residua lasciata dall'operatore è molto stretta è impossibile prevenire nonché curare le infezioni dell'apparato riproduttivo.

Si è detto precedentemente come le conseguenze sanitarie delle MGF si dividano in conseguenze immediate o a breve termine, e conseguenze a lungo termine.⁵⁸

Conseguenze a breve termine:

- Dolore. La maggior parte delle operazioni di MGF vengono effettuate senza anestesia provocando così un dolore molto forte. Anche quando l'anestesia è disponibile risulta difficile praticarla poiché il clitoride è molto vascolarizzato e presenta un'alta concentrazione di terminazioni nervose, per cui per anestetizzare tale area bisognerebbe praticare molte e dolorose punture con l'ago della siringa contenente anestetico. Nei casi più gravi il dolore provato durante l'intervento può comportare uno shock neurogeno.
- Shock emorragico, dovuto alla perdita di sangue che, anche se scarsa, può prolungarsi per diversi giorni. L'emorragia è la più comune e quasi inevitabile conseguenza dato che l'amputazione del clitoride può coinvolgere anche la resezione dell'arteria dorsale che ha un'alta pressione ed un'elevata portata. Tamponare per fermare il sanguinamento molte volte non è sufficiente a garantire una buona emostasi, e ciò può comportare l'insorgere di un'emorragia. Un'emorragia secondaria può comparire dopo circa una settimana quando l'escara dell'arteria cade a causa di un'infezione.

Inoltre anche l'amputazione delle piccole e/o grandi labbra può causare danni alle arterie e alle vene. Una prolungata emorragia può comportare a lungo termine un'anemia di notevole gravità e, nei casi più gravi, quando cioè si verificano imponenti o prolungati sanguinamenti alla morte della paziente.

⁵⁸ Ibidem.

- Infezioni dovute alle scarse condizioni igieniche, all'uso di strumenti non sterili, all'applicazione di sostanze a scopo "curativo" (erbe, unguenti, polveri) sulla ferita, che costituiscono l'habitat idoneo per il moltiplicarsi di batteri e al fatto che la minzione e la defecazione delle pazienti, soprattutto dopo l'infibulazione, avvengono sulle ferite.

Nel caso dell'infibulazione inoltre si può verificare un'esplosione interna dell'infezione, che può intaccare organi quali l'utero, le tube di Fallopio o le ovaie causando così infezioni pelviche croniche ed infertilità.

- Lesioni dei tessuti adiacenti come per esempio l'uretra, la vagina, il perineo o lesioni al retto, conseguenze queste dovute alla mancanza di un'adeguata illuminazione durante l'operazione, alla scarsa conoscenza dell'anatomia genitale da parte delle operatrici e al dimenarsi della paziente. La conseguenza più frequente è la lesione dell'orifizio anale e del retto con sezione dello sfintere anale e incontinenza residua.
- Ritenzione urinaria, la cui durata varia da alcune ore a, nei casi più gravi, alcuni giorni. La minzione dopo tali operazioni risulta estremamente dolorosa a causa dell'infiammazione della ferita vulvare. Questa complicazione può causare infezioni al tratto urinario.
- Tetano, causato dall'utilizzo di attrezzature non sterili.
- AIDS, causata in molti casi dall'utilizzazione degli stessi strumenti per più operazioni. L'utilizzo dei medesimi strumenti può comportare anche la trasmissione di epatiti B e C.
- Fratture ossee. Può accadere che i tentativi della ragazza di liberarsi durante l'intervento, insieme alle forti pressioni esercitate da chi la tiene ferma, siano all'origine di patologie osteo-articolari, tra cui le più frequenti sono la frattura della clavicola, di femore ed omero.
- Mancata cicatrizzazione della ferita a causa di un'infezione sopravvenuta, dell'irritazione provocata dal passaggio dell'urina durante la minzione, di una troppo veloce ripresa della deambulazione o anche per persistenti condizioni di anemia o malnutrizione. Queste condizioni possono evolversi in una ferita purulenta e profonda o in un'ulcera cronica.

Per quanto concerne invece le conseguenze a lungo termine, le ricerche e le documentazioni riguardanti tali pratiche hanno messo in evidenza le seguenti patologie:

- Perdite di sangue che si possono verificare qualora la procedura venga effettuata su una ferita aperta, come nel caso, per esempio di ripetute infibulazioni e di reinfibulazioni post-partum.
- Difficoltà nella minzione dovuta all'ostruzione dell'apertura urinaria o al danneggiamento del canale urinario. La minzione può essere dolorosa e portare alla ritenzione urinaria oppure al frequente stimolo di urinare, ad incontinenza, ed a infezioni al tratto urinario.
- Frequenti infezioni al tratto urinario.
- Sterilità, dovuta alle infezioni che possono comportare gravi danni agli organi di riproduzione.
- Cheloidi. Si tratta di formazioni fibromatose cutanee di tipo iper-elastico che si producono in conseguenza di stimoli infiammatori cronici. Spesso queste formazioni restringono l'orifizio vaginale causando gravi conseguenze.
- Cisti dermoidi. Si tratta di cisti provocate dall'inclusione di un frammento cutaneo che possono dar luogo ad un tumore.
- Neuroma. Si può sviluppare laddove il nervo dorsale del clitoride viene tagliato. L'intera area genitale diviene ipersensibile e causa dolori permanenti molto forti.
- Formazione di calcoli. Si possono verificare a causa dei residui del flusso mestruale o dei depositi urinari nella vagina e nello spazio dietro il ponte di pelle creato dall'infibulazione.
- Fistole, cioè perforazioni o tunnel tra la vagina e la vescica, o tra la vagina e il retto. La continua perdita di urina e di feci causata dalle fistole può tormentare la vita di queste donne fino a trasformarle in reiette della società.
- Disfunzioni sessuali, dolori durante i rapporti e riduzione della sensibilità, in seguito alla clitoridectomia e soprattutto all'infibulazione, sono le conseguenze più diffuse. La penetrazione può risultare difficile se non impossibile, e in certi casi è necessario praticare un altro taglio.
- Problemi durante le mestruazioni che spesso non sopraggiungono a causa della parziale o totale occlusione dell'orifizio vaginale. Ciò può portare alla

dismenorrea. Gli ematocolpi possono verificarsi per il ristagno del sangue mestruale nella vagina per molti mesi. In questi casi la distensione dell'addome indotto dall'accumulo del sangue mestruale insieme alla mancanza apparente delle mestruazioni, può suscitare sospetti di gravidanza che possono essere, come si può facilmente intuire, fonte di non pochi problemi per la vita sociale della ragazza.

- Problemi durante la gravidanza e/o il parto.⁵⁹ La prima difficoltà che si incontra è l'impossibilità di effettuare corrette visite durante la gravidanza e quindi di svolgere le normali procedure di medicina preventiva. Inoltre durante il parto la testa del feto, esercitando una forte e costante pressione anteriormente sull'uretra e sulla vescica, e posteriormente contro il retto, impedisce una normale circolazione ematica, con possibile ischemia e conseguente devitalizzazione dei tessuti, necrosi e successiva formazione di fistole. Il resistente tessuto della cicatrice può impedire la dilatazione del canale del parto e causare un parto impedito (obstructor labour).

Altra grave conseguenza sono le lacerazioni perineali di terzo grado, con lesioni all'ano e alle pareti del retto. È quasi sempre impossibile il parto senza episiotomia, che di solito è più ampia e potenzialmente più lesiva rispetto alle donne non mutilate.

Lo sfinimento dovuto al lungo protrarsi del periodo espulsivo può causare inerzia uterina nonché fistole o perdita di sangue che possono portare alla morte del bambino. La compressione della testa del feto trova risoluzione se la donna partorisce in ospedale con l'applicazione del forcipe, della ventosa ostetrica o con violente spinte sull'addome della madre. Tali interventi non fanno altro che aggiungere ulteriori danni rispetto alla sofferenza fetale già presente creando un'alta incidenza di patologie prenatali. La sofferenza fetale in periodo espulsivo con relativo danno ipossico ed emorragie cerebrali, sono la più frequente causa di handicap psicomotorio e sensoriale. Molto spesso è necessario praticare una defibulazione per permettere il passaggio del bambino.

⁵⁹ Dal sito www.who.int: Who, "Management of pregnancy childbirth and the post-partum period in the presence of Female Genital Mutilation", 2001.

La reinfibulazione è spesso richiesta sia dai mariti che dalle donne. Nel caso in cui però, le conseguenze psicosessuali e sulla salute relative alla defibulazione e alla reinfibulazione siano state illustrate ai coniugi durante la gravidanza, si è verificato un notevole decremento delle richieste. Tale fatto testimonia quindi l'utilità e il potenziale successo che le attività di educazione concernenti i danni provocati dalle MGF possono avere nel tentativo di ridurre l'incidenza della pratica.

- Rischio di trasmissione dell'HIV, molto alto per le donne sottoposte a MGF poiché il tessuto cicatrizzato e la piccola apertura vaginale nella maggioranza dei casi, subiscono lacerazioni durante il rapporto sessuale a causa delle difficoltà opposte alla penetrazione.⁶⁰

1.8.2. Le ripercussioni psicologiche

Come abbiamo precedentemente evidenziato quasi tutti i tipi di MGF comportano la rimozione di una parte o dell'intero clitoride che è il principale organo sessuale femminile. Per questo le mutilazioni genitali possono lasciare un segno indelebile nella vita e nella psiche delle giovani donne. Le complicazioni psicologiche possono radicarsi profondamente nella loro mente, nel loro subconscio per esplodere infine in disturbi comportamentali.⁶¹ La possibile perdita della fiducia nelle persone care è considerata una delle più serie conseguenze. Le mutilazioni sono infatti, nella maggior parte dei casi, praticate quando le ragazze sono molto giovani e spesso risultano accompagnate da atti di intimidazione, inganni e costrizioni da parte degli stessi genitori, amici e parenti più vicini. Le ragazze sono di regola consapevoli che l'operazione sarà dolorosa perché condotta senza anestesia e senza l'ausilio di nessun farmaco e che non potranno opporvisi. In qualche caso possono essere portate ad assistere a mutilazioni di altre bambine. Per molte ragazze si tratta di un'esperienza di intensa paura, di sottomissione e di annullamento dei propri sentimenti e le donne più anziane raccontano che nessuna esperienza di dolore successiva, è paragonabile al dolore provato durante la mutilazione. Sebbene ricevano un notevole supporto familiare prima della procedura, le ragazze

⁶⁰ Dal sito: www.ippg.org, "IMAP statement on female genital mutilation", IPPM Medical Bulletin, volume 35, n° 6, December 2001.

⁶¹ Ibidem.

provano un sentimento di rabbia ed amarezza per essere state ingannate e sottoposte ad una procedura così devastante. Il risultato è quindi una perdita di fiducia nei parenti e negli amici che potrà avere gravi ripercussioni per il futuro della famiglia che verranno a costituire e sul rapporto con gli eventuali figli.

A lungo termine dal punto di vista psicologico le donne vittime delle pratiche mutilatorie possono soffrire di ansietà e depressioni, di sensazioni di incompletezza, di irritabilità croniche, di frigidità, di disturbi del comportamento e malattie psicosomatiche, di incubi notturni, insonnia, psicosi, disturbi dell'alimentazione (perdita o aumento eccessivo di peso) e dell'apprendimento (difficoltà nella concentrazione). Sono stati descritti disturbi post-traumatici da stress, attacchi di panico e comportamenti instabili.

In età adulta si possono osservare frequentemente sentimenti di insicurezza, ansia, fobie e attacchi di panico. Molte donne traumatizzate dalla mutilazione subita si chiudono in se stesse, non esprimono i loro sentimenti e non esternano le loro paure, soffrendo così in silenzio per tutta la vita. Le conseguenze sessuali constano nella frigidità, mancanza di orgasmo dovuta all'amputazione del clitoride e difficoltà nella penetrazione a causa dell'irrigidimento dei tessuti della vagina.

Purtroppo, come abbiamo già accennato, non esistono adeguate ricerche che stabiliscano scientificamente la precisa portata delle conseguenze sociali e psicologiche di tali pratiche e i loro effetti sullo sviluppo e sull'equilibrio psico-fisico delle bambine mutilate.

1.9. La medicalizzazione delle MGF

Abbiamo visto nelle pagine precedenti come nelle comunità rurali dove le mutilazioni genitali femminili sono abitualmente praticate, le operazioni vengano generalmente effettuate da levatrici tradizionali. Con la crescente consapevolezza delle traumatiche e gravi conseguenze sulla salute che queste pratiche comportano, in molti paesi si sta assistendo alla cosiddetta “medicalizzazione” della procedura. Alcune organizzazioni

sostengono infatti la necessità di eseguire tali pratiche in strutture cliniche con l'obiettivo di ridurre i rischi per la salute che esse comportano.⁶²

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, insieme ad altre agenzie specializzate delle Nazioni Unite, ha assicurato ai governi il proprio sostegno per l'eliminazione delle MGF, riconoscendo l'importanza di una completa quanto esaustiva preparazione ed istruzione in materia del personale sanitario dai ginecologi ed ostetrici, ai pediatri e al personale infermieristico ma, essendo una delle prerogative supreme dell'Organizzazione garantire la salute e proteggere la vita di donne e bambine, compresa la loro salute riproduttiva e psicologica, continua imperterrita a sostenere che le mutilazioni genitali non devono essere in alcun modo istituzionalizzate. L'Oms ha assunto infatti una posizione molto severa in materia rifiutando la medicalizzazione⁶³ del fenomeno nella molteplicità delle sue forme. Nessuna tipologia di mutilazione genitali femminile deve quindi essere praticata dal personale medico di ospedali o di altra struttura sanitaria. In senso decisamente contrario alla posizione assunta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità si muovono taluni paesi direttamente coinvolti dal problema. Alcuni di questi hanno cercato infatti di incoraggiare l'esecuzione di forme meno severe direttamente da parte del personale medico qualificato, onde evitare, per quanto possibile, le terribili ripercussioni sulla salute ad esse collegate. Stati come il Sudan, il Gibuti e l'Egitto hanno tentato questa strategia piuttosto che imporre una completa interdizione delle pratiche mutilatorie che avrebbe accentuato il problema dell'esecuzione clandestina degli interventi.

L'esperienza ha nel frattempo dimostrato l'inefficacia di tali politiche che non hanno fatto altro che contribuire alla perpetuazione e alla legittimazione delle mutilazioni. Vi è inoltre il pericolo di una doppia operazione nel caso in cui i familiari giudichino inadeguata, perché troppo lieve, quella praticata dal personale sanitario.

⁶² Dal sito: www.amnesty.org, "*Information Pack on Female Genital Mutilation*", 1998.

⁶³ Dal sito: www.who.int, "*Female Genital Mutilation: Information Kit*", Department of Women's Health, Health Systems and Community Health, World Health Organization, Geneva.

CAPITOLO SECONDO

**I DIRITTI UMANI DELLE DONNE: DALLA DICHIARAZIONE UNIVERSALE
DEL 1948 ALLA CONFERENZA DI PECHINO DEL 1995. L'IMPEGNO
MONDIALE CONTRO LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI**

Nonostante le convenzioni giuridicamente vincolanti, le dichiarazioni di intenti e le raccomandazioni degli organi delle Nazioni Unite, le attività e i programmi delle agenzie specializzate, molte sono ancora le violazioni dei diritti umani perpetrate nei confronti di donne e bambine.

È sufficiente leggere i rapporti forniti dalle organizzazioni da anni impegnate nel settore, quali Amnesty International od Aidos, per rendersi conto della drammaticità della situazione femminile. Più donne che uomini vivono in condizioni di estrema povertà a causa delle maggiori difficoltà che la popolazione femminile incontra nel tentativo di entrare nel ciclo economico e produttivo. Le donne sono in genere meno istruite degli uomini. Per esempio nell'Africa sub-sahariana si registra una percentuale molto alta di abbandoni scolastici da parte delle ragazze dovuti, nella maggior parte dei casi, a gravidanze precoci. Secondo le stime fornite dall'Oms⁶⁴ oltre 580.000 donne muoiono ogni anno per cause legate alla gravidanza e al parto e il 99% di questi decessi avviene nei paesi in via di sviluppo. Tali paesi sono inoltre i più colpiti dal dramma dell'Aids che grava, ancora una volta, con maggior incidenza sulla popolazione femminile, a causa della mancata conoscenza dei metodi di contraccezione o dell'incapacità delle donne di opporsi a rapporti non protetti.⁶⁵

Ovunque nel mondo i diritti fondamentali di donne e bambine, il diritto alla vita, il diritto all'integrità psico-fisica, alla libertà, alla salute riproduttiva e sessuale, intesa come diritto alla sessualità libera da coercizione, sono impunemente violati.

In questo contesto di violenza e discriminazione si inseriscono le pratiche di mutilazione dei genitali femminili.

⁶⁴ Dati reperiti sul sito www.who.int.

⁶⁵ Aidos, *Donne vite da salvare*, a cura di Aidos, Roma, 2004.

Nel capitolo che mi accingo ad affrontare è mia intenzione tentare di offrire una panoramica in riferimento ai meccanismi creati fin dall'istituzione delle Nazioni Unite, per assicurare la tutela dei diritti delle donne e delle bambine, garantendo condizioni di parità con l'uomo.

2.1 La tutela e la promozione dei diritti della donna nella politica delle Nazioni Unite. Le azioni di contrasto alle mutilazioni genitali femminili nel quadro della promozione dei diritti umani delle donne

Le discriminazioni nei riguardi delle donne, che da sempre si manifestano all'interno del nucleo familiare, nelle collettività sociali e nell'ambito occupazionale, hanno reso necessaria ed inevitabile l'adozione di specifici ed adeguati strumenti a livello nazionale ed internazionale per combattere definitivamente la sopravvivenza di stereotipi e pregiudizi, da troppo tempo consolidati nelle diverse culture e tradizioni.

Con l'istituzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite al termine della Seconda Guerra Mondiale, la condizione femminile è divenuta oggetto di particolare attenzione da parte della comunità internazionale.⁶⁶

L'uguaglianza dei diritti delle donne è un principio che ha sempre giocato un ruolo estremamente rilevante nel sistema Onu⁶⁷ e già nel Preambolo dello Statuto, tra gli obiettivi fondamentali dell'Organizzazione, si individua quello di *“riaffermare la fiducia nei diritti umani fondamentali e negli uguali diritti delle donne e degli uomini”*.⁶⁸

A tale proposito l'art. 1 par. 3 della Carta delle Nazioni Unite puntualizza che esse sostengono la cooperazione a livello internazionale al fine di promuovere e di

⁶⁶ Il trattato istitutivo delle Nazioni Unite fu elaborato nell'ambito della Conferenza di San Francisco tenutasi tra il 25 aprile 1945 e il 26 giugno dello stesso anno, adottato al termine della Conferenza stessa, ed entrato in vigore il 24 ottobre 1945.

⁶⁷ Le Nazioni Unite sono all'origine del riconoscimento giuridico internazionale dei diritti umani e hanno svolto da sempre un ruolo di guida nel processo di implementazione. La stessa nozione di diritti umani universalmente riconosciuti non ha storicamente senso in epoca contemporanea se non collegata agli ideali e alle iniziative politiche di tale Organizzazione. Amnesty International, *Diritti dell'uomo e Nazioni Unite. Introduzione ai diritti umani. A 50' anni dalla Dichiarazione Universale*, ed. Cultura della pace, Firenze, 1998.

⁶⁸ Nel Preambolo si legge “Noi popolo delle Nazioni Unite, decisi... a proclamare ancora la nostra fede nei diritti fondamentali dell'uomo, nella dignità e nel valore della persona umana, nell'uguaglianza dei diritti degli uomini e delle donne, come pure delle nazioni grandi e piccole...abbiamo deciso di associare i nostri sforzi per realizzare questi intenti”.

incoraggiare il rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali di tutti gli individui “senza distinzione di sesso, razza, lingua e religione”.⁶⁹

Le disposizioni della Carta relative ai diritti delle donne sono state ulteriormente definite e sviluppate in un gran numero di strumenti giuridici a tutela dei diritti umani. Il primo e più importante tra questi è la Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo.⁷⁰

Gli storici del processo di negoziazione hanno osservato che nelle sue prime versioni l'art. 1 cominciava con la frase “*tutti gli uomini sono fratelli*”. Tale evidente esclusione della parte femminile dell'umanità nella prima bozza della Dichiarazione fu efficacemente contrastata dalla Commissione sulla condizione delle donne⁷¹ e come risultato di tale contestazione la Dichiarazione nella sua versione finale risultò essere genuinamente universale. Essa proclamava specificamente il diritto di ognuno di godere dei diritti umani e delle libertà fondamentali senza distinzione alcuna.

Accanto ai principali strumenti delle Nazioni Unite in materia di diritti umani, quali, oltre la Dichiarazione Universale, i due Patti Internazionali sui diritti politici e civili e sui diritti economici, sociali e culturali entrambi del 1966,⁷² la Convenzione contro la tortura,⁷³ quella contro ogni forma di discriminazione razziale,⁷⁴ e quella sui diritti

⁶⁹ Fin dal 1946 quando entrò in vigore lo Statuto delle Nazioni Unite, la dottrina fu divisa sulla questione se le disposizioni statutarie sui diritti umani costituissero o meno degli obblighi giuridici. Secondo alcuni, l'unico valore giuridico di tali disposizioni consiste nello stabilimento della facoltà degli organi delle Nazioni Unite di promuovere il rispetto dei diritti attraverso raccomandazioni, risoluzioni o altri atti sprovvisti comunque di forza obbligatoria e che possano interferire in modo modesto e limitato negli affari interni degli Stati in relazione alla protezione dei diritti umani. Zanghì C., *La protezione internazionale dei diritti dell'uomo*, Giapichelli, Torino, 2002, p. 21.

⁷⁰ Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, GA Res. 217 (III), UN Doc. A/810 (1948). La Commissione preparatoria, costituita e divenuta operativa già nell'autunno del 1945, a seguito dell'entrata in vigore della Carta delle Nazioni Unite faceva raccomandazione affinché il Consiglio Economico e Sociale, istituisse immediatamente una Commissione dei diritti dell'uomo col mandato di redigere un'apposita Dichiarazione. La raccomandazione della Commissione preparatoria fu approvata il 12 febbraio 1946, e l'Ecosoc con la risoluzione 1/5 del 15 febbraio, istituiva la suddetta Commissione che iniziò i lavori per l'elaborazione di una “Dichiarazione internazionale dei diritti dell'uomo” nel gennaio del 1947.

⁷¹ La Commissione sulla condizione delle donne (Csw), è stata istituita nel 1946 dal Consiglio Economico e Sociale, inizialmente come Sottocommissione della Commissione diritti umani (Ecosoc Res. 1/5 1946) poi divenuta nello stesso anno organo autonomo (Ecosoc Res 2/11 1946). È composta da rappresentanti degli Stati.

⁷² Patto internazionale sui diritti civili e politici, 999 UNTS 171, 6 ILM 368; Patto sui diritti economici, sociali e culturali, 993 UNTS 3. Entrambi i Patti internazionali furono aperti alle firme il 16 dicembre 1966 ed entrarono in vigore nel 1976, rispettivamente il 23 marzo e il 3 gennaio.

⁷³ Convenzione contro la tortura adottata dall'Assemblea Generale con Risoluzione 39/46 il 10 dicembre 1984. In vigore dal 26 giugno 1987.

dell'infanzia, i contenuti dei quali fanno riferimento solo in modo indiretto allo status delle donne e alla protezione dei loro diritti e libertà, sussistono tutta una serie di documenti di natura declaratoria e convenzionale elaborati con specifico riferimento alla situazione femminile.

Il primo strumento pattizio al riguardo è la Convenzione sui diritti politici delle donne.

Il testo fu approvato nel corso della quinta sessione della Commissione sulla condizione della donna nel 1951 e successivamente adottato dall'Assemblea Generale il 20 dicembre 1952 con la risoluzione n° 640/VII.⁷⁵

La Convenzione si richiamava al basilare principio della Dichiarazione Universale (art.1, art.2.1 e art.21),⁷⁶ già consacrato nello Statuto delle Nazioni Unite dell'uguaglianza fra uomini e donne nel godimento e nell'esercizio dei diritti politici, sancendo la generale capacità elettorale attiva e passiva della donna senza alcuna discriminazione, oltre che la possibilità di essere elette in tutti gli organismi pubblici. Si riconosce inoltre in questa Convenzione il diritto della donna di ricoprire i pubblici uffici e le diverse funzioni pubbliche stabilite dalle normative internazionali in condizioni di parità con l'uomo.

Sin dalla fine degli anni cinquanta un'altra materia di grande interesse in ambito Onu per la condizione femminile, ha riguardato la questione della nazionalità per le donne coniugate.

Allo scopo di regolamentare le situazioni su cui potevano sorgere conflitti normativi i cui esiti potevano pregiudicare il diritto di ognuno di godere di una propria nazionalità, l'Assemblea Generale adottò nel 1957 la Convenzione sulla nazionalità delle donne

⁷⁴ Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale adottata con Risoluzione dell'Assemblea Generale il 21 dicembre 1965. In vigore dal 4 gennaio 1969.

⁷⁵ Convenzione sui diritti politici della donna in vigore dal 7 luglio 1954.

⁷⁶ Il basilare principio dell'uguaglianza fra uomini e donne richiamato dalla Convenzione sui diritti politici delle donne è solennemente sancito negli articoli 1, 2.1 e 21 della Dichiarazione Universale dei diritti umani: Articolo 1 "All human beings are born free and equal in dignity and rights. They are endowed with reason and conscience and should act one another in a spirit of brotherhood". (La versione originale concepita prima di quella prevista per il testo ufficiale iniziava con l'espressione "All men are brothers...") Articolo 2.1 "Every one is entitled to all the rights and freedom set forth in this Declaration, without distinction of any kind, such as race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status." Articolo 21 " (1) Everyone has the right to take part in the government of this country directly or through freely chose representatives. (2) Everyone ha the right of equal access to public service in his country. (3) The will of the people shall be the basis of the authority of government; this will shall be expressed in periodic and genuine elections which shall be by universal and equal suffrage and shall be held by secret vote or by equivalent free voting procedures".

coniugate⁷⁷ il cui contenuto garantisce la tutela dei diritti e delle libertà della donna, indipendentemente dalla celebrazione o dall'annullamento del matrimonio, dalla cittadinanza del marito, dall'acquisizione o dalla rinuncia volontaria alla cittadinanza da parte della moglie.

Altrettanto interessante è il contenuto della Convenzione (e della relativa raccomandazione) in merito al consenso matrimoniale, all'età minima per il matrimonio e alla registrazione dei matrimoni adottata nel 1964.⁷⁸ Questo tipo di trattati, volti a tutelare le donne in specifici ambiti civili e politici, lasciarono però rapidamente spazio ad un approccio improntato all'introduzione nei trattati internazionali di norme generali di non discriminazione. La maggior parte degli strumenti internazionali sui diritti umani successivi a questi trattati settoriali rifletteva tale impostazione.

Oltre che nel Preambolo e all'articolo 13 della Carta delle Nazioni Unite e all'articolo 2 della Dichiarazione Universale, il principio di non discriminazione su base sessuale venne ripreso nei due Patti Internazionali del 1966, che contenevano entrambi all'articolo 3, in una formulazione quasi identica, una norma specifica che richiedeva agli Stati firmatari di garantire l'uguaglianza fra donne e uomini nell'esercizio dei diritti in essi elencati. La norma generale contro la discriminazione di genere può dirsi quindi essere presente nei principali trattati in materia di diritti umani.

Nel corso degli anni sessanta però il dibattito internazionale sui diritti delle donne, rese evidente i limiti degli strumenti esistenti a tutela dei diritti delle donne, evidenziando così l'esigenza di produrne di nuovi, più specifici ed efficaci. A tal fine nel 1967 fu elaborata dalla Commissione diritti umani ed in seguito adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 7 novembre 1967, la Dichiarazione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne⁷⁹ che però non aveva effetti vincolanti e non creava in capo agli Stati precisi obblighi limitandosi semplicemente a richiamare l'attenzione sull'esigenza politica di garantire alle donne una difesa effettiva dalle discriminazioni.

⁷⁷ Convenzione sulla nazionalità delle donne coniugate, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 29 gennaio 1957 con Risoluzione 1040 (XI).

⁷⁸ Convenzione sul consenso al matrimonio, l'età minima per il matrimonio e la registrazione dei matrimoni, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1962 con la Risoluzione 1763 (XII).

⁷⁹ Dichiarazione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro la donna, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con la Risoluzione 2263 (XXII) nel novembre 1967.

La Dichiarazione definisce la discriminazione nei confronti delle donne una “*ingiustificata offesa alla dignità umana*” del tutto incompatibile con il benessere della famiglia nel più ampio contesto sociale.

L’esigenza di proseguire nella realizzazione dei principi espressi in tale Dichiarazione portò alla proclamazione del 1975 quale “*Anno Internazionale delle Donne*”⁸⁰ e dell’8 marzo quale “*Giornata Internazionale della Donna*”. Sempre nel 1975, si svolse in Messico la prima Conferenza mondiale sulle donne (19 giugno- 2 luglio) al termine della quale furono adottati due interessanti documenti: la Dichiarazione sull’uguaglianza degli uomini e delle donne e sul loro contributo allo sviluppo e alla pace, ed il Piano d’azione Mondiale volto al miglioramento globale delle condizioni socio-economiche della donna da attuarsi nel Decennio delle Nazioni Unite per le donne 1976-1985.⁸¹

Fu durante l’incontro mondiale successivo tenutosi a Copenhagen che, in linea con gli obiettivi del Decennio delle Nazioni Unite per le Donne, nacque l’esigenza di elaborare un documento pattizio necessario per vincolare gli Stati al pieno rispetto dei diritti fino ad allora enunciati: il 18 dicembre 1979 l’Assemblea Generale delle Nazioni Unite adottò la Convenzione sull’eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne entrata in vigore nel 1981.⁸²

L’obiettivo che l’Assemblea Generale si proponeva con tale Convenzione, era in primis quello di rafforzare le misure previste negli strumenti giuridici esistenti a livello internazionale al fine di combattere più efficacemente la discriminazione che, a tutti i livelli della società, continuava a gravare sulla donna.

La Convenzione costituisce ancor oggi la norma pattizia fondamentale in materia di diritti umani delle donne, in quanto unico strumento giuridico internazionale che ha sviluppato una prospettiva globale in relazione al fenomeno della discriminazione femminile. la Convenzione risponde al principio di non discriminazione già enunciato nell’omonima Dichiarazione ed integra, in un testo organico, tutti gli standard relativi

⁸⁰ Il 1975 quale Anno Internazionale della Donna è stato proclamato dall’Assemblea Generale con la Risoluzione 3010 (XXVII) 1972 dell’11 novembre 1972.

⁸¹ Proclamato formalmente dall’Assemblea Generale con la Risoluzione 3520 (XXX).

⁸² Convenzione sull’eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, adottata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite con la Risoluzione 34/180 del 18 dicembre 1979.

alle donne già contenuti nei trattati internazionali esistenti all'epoca, contemplando il principio di eguaglianza sia in ambito civile e politico che, economico sociale e culturale.

Di quanto predisposto dalla Cedaw in riferimento al problema delle MGF avrò modo di parlare più approfonditamente nel prossimo capitolo. In questo contesto mi limiterò a fornire un'analisi in termini generali e complessivi della Convenzione e dei diritti in essa sanciti.

Nel preambolo si riconosce che, nonostante i numerosi sforzi delle Nazioni Unite per promuovere i diritti umani delle donne e l'uguaglianza fra i sessi, le donne continuano ad essere oggetto di "una massiccia discriminazione", sottolineando come, tale discriminazione, violi i principi di uguaglianza dei diritti e del rispetto della dignità umana.⁸³

La discriminazione è intesa come ostacolo alla partecipazione della donna, in condizioni paritarie rispetto all'uomo, alla vita politica, sociale, economica e culturale, rendendo estremamente difficile la crescita del benessere della società e dello stesso nucleo familiare. Più precisamente, la "discriminazione" viene definita dall'articolo 1 della Convenzione come *"ogni distinzione, esclusione o restrizione sulla base del sesso che ha l'effetto e lo scopo di indebolire o annullare il riconoscimento, il godimento o l'esercizio da parte delle donne, indipendentemente dal loro status coniugale, dei diritti umani e delle libertà fondamentali, in ambito politico, economico, sociale, culturale, civile o altro"* e, come vedremo successivamente, le stesse MGF come tutte le altre pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute di donne e bambine costituiscono una forma di discriminazione sulla base del sesso.

La Convenzione procede poi nell'individuazione di alcune aree specifiche nelle quali con maggiore evidenza si possono riscontrare fenomeni di natura discriminatoria nei confronti della donna, dal riconoscimento dei diritti politici, alla famiglia, al matrimonio, al lavoro, fino all'accesso ai servizi sanitari. L'accordo prende in considerazione sia i diritti civili e politici delle donne sia quelli economici sociali e

⁸³Cedaw, *la Convenzione delle donne*, a cura del Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 2002.

culturali ponendoli sullo stesso piano e sottolineandone l'indivisibilità e l'interdipendenza.

Per queste aree, la Convenzione identifica alcuni specifici obiettivi accompagnati dall'adozione di misure per facilitare la creazione di una società dove realmente le donne godano di una piena uguaglianza con gli uomini e della più completa realizzazione dei loro diritti. Gli Stati parti contraenti della Convenzione sono obbligati ad adottare tutte le misure legislative, amministrative e politiche necessarie affinché possano essere effettivamente raggiunti gli obiettivi del pieno sviluppo, del progresso delle donne, e del godimento e dell'esercizio dei diritti e delle libertà fondamentali di cui esse sono titolari.⁸⁴

La Convenzione non si limita quindi ad una semplice enunciazione formale del diritto della donna di godere di un trattamento equivalente rispetto all'uomo, bensì prevede la costituzione di una serie di obblighi a carico degli Stati contraenti.

Per quanto riguarda le discriminazioni nella vita economica, sociale e culturale, la Cedaw prevede che gli Stati si adoperino per consentire alle donne di godere degli stessi diritti degli uomini ad usufruire di assegni familiari, dei prestiti bancari e di altre forme di prestito alla famiglia; di godere degli stessi diritti degli uomini a partecipare ad attività creative e sportive e a tutti gli aspetti della vita culturale. Come vedremo anche in seguito, è inoltre l'unico trattato internazionale che contiene disposizioni dedicate alla pianificazione familiare e che sancisce il principio dell'autodeterminazione nella sfera riproduttiva; riconosce i diritti correlati alla riproduzione la cui violazione consiste nell'adottare misure di carattere discriminatorio sulla base del ruolo riproduttivo biologicamente attribuito alla donna e sull'impatto dei fattori culturali sulle relazioni di genere. Altro aspetto rilevante sottolineato dalla Convenzione consiste nell'evidenziare la necessità che l'uguaglianza giuridica si traduca in uguaglianza di fatto superando così la mera dimensione formale di questo principio. A tal fine si auspica il raggiungimento del numero più elevato possibile di ratifiche, obiettivo questo riaffermato durante la

⁸⁴ Official Summary of main provisions. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Information Kit Unifem-Undp, New York, 1995.

Conferenza di Vienna del 1993 e che oggi può dirsi conseguito in misura soddisfacente con un totale di 174 ratifiche.⁸⁵

Nel quadro della Convenzione si è proceduto alla creazione di un apposito meccanismo di promozione e monitoraggio dei diritti sanciti, affidato come evidenzierò in modo più dettagliato nel prossimo paragrafo, al Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne (o Comitato Cedaw), istituito e regolato dagli artt 17-22 della Convenzione medesima.

2.2. Promozione e monitoraggio dei diritti umani della donna: panoramica relativa agli organi competenti

Il meccanismo internazionale di promozione e monitoraggio dei diritti umani delle donne corre essenzialmente su due binari paralleli.

Da una parte si ha il sistema delle strutture specificamente create allo scopo di monitorare ed implementare i diritti umani delle donne, in modo particolare la Commissione sulla condizione della donna (Csw) e il Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne (Cedaw), dall'altra opera invece il sistema generale dei diritti umani, sia mediante l'attività svolta dai Comitati di origine pattizia, sia attraverso le numerose istituzioni che si occupano di diritti umani. Tra questi sono particolarmente significative la Commissione diritti umani e la Sottocommissione per la promozione e la protezione dei diritti umani.⁸⁶

Come accennato in altra parte del lavoro, la Commissione sulla condizione della donna è stata creata dal Consiglio Economico e Sociale nel '46 come organismo della Commissione sui diritti umani.⁸⁷

Il compito principale della Csw è quello di elaborare i rapporti e fornire raccomandazioni all'Ecosoc sulla promozione dei diritti delle donne in molti settori, nonché di sviluppare raccomandazioni e proposte d'azione, favorendo l'intervento in

⁸⁵ Il processo di ratifica da parte degli Stati è stato piuttosto rapido, consentendo così l'adozione della Convenzione il 3 settembre del 1981. Come vedremo in seguito, la Piattaforma di Pechino ha posto tra i suoi obiettivi più rilevanti in materia di diritti umani, il raggiungimento entro il 2000 della ratifica universale della Convenzione. Tale risultato non è stato ancora raggiunto.

⁸⁶ Zanghì C., *La protezione internazionale dei diritti dell'uomo*, ed. Giappichelli, Torino, 2000, pp. 39 e ss.

⁸⁷ Si veda nota n° 69.

situazioni di particolare urgenza riguardanti violazioni dei diritti delle donne di carattere esteso e reiterato. Fra i poteri della Commissione c'è anche quello di ricevere comunicazioni da individui e gruppi, relativi ad episodi di discriminazione nei confronti delle donne.⁸⁸

Questa procedura non consente di intraprendere alcuna azione sulla base di denunce individuali ma si pone invece l'obiettivo di individuare modelli e tendenze emergenti, per elaborare raccomandazioni sulle scelte politiche allo scopo di risolvere i problemi diffusi. È attraverso questa procedura che la Csw ha cominciato a focalizzare la sua attenzione sul problema della violenza contro le donne.

La modalità decisionale all'interno della Commissione prevede la formulazione di conclusioni concordate o *agreed conclusions*, vale a dire testi negoziati fra le delegazioni di governo e non sottoposti a votazione ma adottati per consenso.⁸⁹ In riferimento al problema mutilatorio analizzeremo in seguito alcune delle conclusioni concordate con le quali la Commissione ha preso posizione contro la pratica sollecitando l'impegno dei governi, della società civile e delle organizzazioni non governative.

In seguito alla Quarta Conferenza Mondiale svoltasi a Pechino nel 1995, la Commissione sulla condizione della donna ha assunto l'incarico di valutare lo stadio di applicazione della Piattaforma d'azione redatta al termine della Conferenza medesima.⁹⁰ A tal fine, tra il 1996 e il 2000, ha esaminato ogni anno alcune aree tematiche proponendo ai governi, con l'ausilio di *agreed conclusions*, indicazioni operative utili per la loro implementazione.

Come vedremo in seguito, nel 2000, in occasione della Sessione Speciale dell'Assemblea Generale "Pechino+5", la Csw ha operato come Comitato Preparatorio, mentre nel marzo del 2001, in conformità con la scelta di integrare le tematiche relative alla diversità di genere in tutte le politiche a livello globale, ha dibattuto due temi all'ordine del giorno: le discriminazioni multiple e il razzismo, e l'AIDS, il primo in

⁸⁸ Si veda a tal proposito la Risoluzione 1983/27 che rinnova le funzioni della Commissione per quanto concerne le comunicazioni.

⁸⁹ Le risoluzioni invece possono essere, a seconda dei casi, adottate sia per consenso sia tramite votazione.

⁹⁰ UN Doc.A/Conf.177/20.

vista della Conferenza Mondiale di Durban, il secondo in preparazione dell'Assemblea Generale dedicata a questo tema.

Il Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne (Cedaw) è stato creato con l'omonima Convenzione con l'obiettivo di esercitare anzitutto la funzione di reporting e perciò di supervisionare sull'applicazione della Convenzione.

Il Cedaw è composto da 23 esperti indipendenti scelti in virtù delle loro capacità individuali. Il monitoraggio della Convenzione da parte del Cedaw si svolge principalmente attraverso l'esame dei rapporti quadriennali presentati dagli Stati che hanno sottoscritto la Convenzione stessa. Il Comitato esamina i rapporti e fornisce suggerimenti e raccomandazioni in merito ai diritti previsti dalla Convenzione; ha inoltre la facoltà di invitare le componenti fondamentali del sistema Onu a presentare rapporti in tema di condizione femminile e può ricevere informazioni dalle organizzazioni non governative (Ong). Ad esempio il Comitato si avvale del prezioso supporto fornito dalla Divisione per il progresso delle donne (Daw).⁹¹ Può anche incaricarsi di fornire interpretazioni autentiche, attraverso la formulazione di General Recommendations, concernenti il significato degli articoli della Convenzione, di estrema utilità per la compilazione dei rapporti da parte degli Stati e per il lavoro delle Ong impegnate per il cambiamento della condizione femminile.⁹²

Un significativo risultato è stato conseguito con l'adozione del Protocollo Opzionale relativo al diritto di petizione per le donne, il cui testo fu approvato dall'Assemblea Generale con risoluzione 54/4 il 15 ottobre 1999, a vent'anni dall'approvazione della Convenzione medesima.

Nel Protocollo si riconosce la competenza del Comitato a ricevere comunicazioni presentate sia a titolo individuale sia a livello di gruppo, secondo quanto previsto dagli articoli 1-3 del Protocollo stesso.

⁹¹ Daw, originariamente "Sezione della Divisione per i diritti umani" e poi "Ramo per la promozione dell'uguaglianza tra uomini e donne". Questo organismo dal 1979 ha agito in stretta collaborazione con il Comitato Cedaw e, successivamente alla Conferenza sui Diritti Umani del 1993, ha programmato la sua azione in tale contesto, sulla base del riconoscimento dei diritti umani delle donne come "parte inalienabile, integrante ed indivisibile dei diritti umani".

⁹² Il Comitato Cedaw ha cominciato a formulare General Recommendations a partire dal 1989; pertinente al tema trattato nel corso di questo lavoro è la G.R. n° 14 del 1990 concernente la *Circoncisione femminile*. Da citare sono inoltre le G.R.: *Discriminazione contro le donne nelle strategie nazionali per la prevenzione e il controllo della sindrome da immunodeficienza*, n° 15 del 1990, *Violenza contro le donne*, n° 19 del 1992. Per maggiori informazioni si faccia riferimento a quanto riportato nel capitolo terzo.

Nel 1975 in seguito alla Conferenza Mondiale sulle Donne di Città del Messico, il Consiglio Economico e Sociale ha istituito l'Instraw, Istituto internazionale di ricerca e formazione per il progresso delle donne. È un organismo autonomo finanziato con contributi volontari che opera con l'obiettivo di promuovere e migliorare la condizione femminile nei paesi in via di sviluppo attraverso lo svolgimento di attività di ricerca, formazione, raccolta e divulgazione di informazioni concernenti tematiche relative alle donne e allo sviluppo. Nel 1984, è stato creato, su iniziativa dell'Assemblea Generale, l'Unifem, il Fondo volontario delle Nazioni Unite per le donne, un importante strumento finanziario correlato al Programma di sviluppo delle Nazioni Unite (Undp), utile per la promozione di progetti di natura cooperativa nel settore dell'azione femminile con l'obiettivo di incrementare la partecipazione femminile a tutti i livelli nel processo di pianificazione e gestione dello sviluppo, nelle strutture politiche e di governo, e migliorare le capacità economiche delle donne come imprenditrici e produttrici. Le attività dell'Unifem sono orientate verso l'eliminazione di ogni forma di violenza sessista (tra cui la mutilazione dei genitali femminili) al fine di trasformare lo sviluppo in un processo più pacifico, equo e sostenibile. A tale proposito è importante sottolineare la recente campagna promossa dal Fondo "With an end in sight" dedicata proprio al problema della violenza contro le donne.

Come anticipato in precedenza, i diritti umani delle donne sono anche considerati all'interno della Commissione dei diritti umani⁹³ (Commissione intergovernativa) e della Sottocommissione per la promozione e la protezione dei diritti umani.⁹⁴ La Commissione, da quando è stata istituita nel 1946, svolge la propria attività sulla base di un mandato che prevede la creazione di standard setting in materia di diritti umani. Ha

⁹³ La Commissione diritti umani è stata istituita dal Consiglio Economico Sociale con la Risoluzione n° 5 del febbraio 1946. E' organo sussidiario dell'Ecosoc ed il suo mandato prevede la presentazione di proposte, la formulazione di raccomandazioni e la stesura di rapporti riguardanti ogni materia relativa ai diritti umani.

⁹⁴ La Sottocommissione per la promozione e la protezione dei diritti umani (precedentemente chiamata Sottocommissione per la prevenzione della discriminazione e la protezione delle minoranze) è un organo ausiliario della Commissione sui diritti umani. È stata creata nel 1947 dalla Commissione stessa su autorizzazione dell'Ecosoc con Risoluzione 9 (II) 1946. La Sottocommissione si riunisce una volta all'anno e la sessione dura circa un mese. Alle sessioni sono presenti a titolo di osservatori rappresentanti di stati, organismi e agenzie specializzate delle Nazioni Unite, oltre che rappresentanti di Ong dotate di status consultivo presso l'Ecosoc e di organizzazioni intergovernative. Le funzioni della Sottocommissione consistono nell'intraprendere studi e fare raccomandazioni alla Commissione diritti umani.

perciò il compito di predisporre testi di atti internazionali in materia di diritti umani e di discutere, eventualmente adottando risoluzioni, sia su questioni di carattere generale, sia la situazione dei diritti umani in paesi specifici. Svolge il proprio incarico ricevendo informazioni da più fonti. Al suo interno operano alcuni Gruppi di Lavoro nonché alcuni Relatori speciali che elaborano rapporti e studi con un mandato per paese e su “questioni tematiche” particolarmente importanti per i diritti umani come la tortura, le sparizioni forzate, la discriminazione razziale.⁹⁵ Inizialmente il lavoro della Commissione sui diritti umani e degli organismi ad essa subordinati non era caratterizzato da un’attenzione specifica alle differenze di genere in quanto al momento della sua creazione, si presumeva che i diritti umani delle donne potessero essere meglio affrontati in altra sede. Negli anni più recenti la Commissione si è incaricata di integrare nel proprio lavoro la questione di genere, cercando così di porre fine al ruolo marginale dei diritti delle donne nell’ambito degli organismi del sistema diritti umani delle Nazioni Unite.

⁹⁵ La Commissione è caratterizzata da un ruolo prevalentemente tecnico-preparatorio. Gli accordi internazionali in materia di diritti umani elaborati dalla Commissione contengono, oltre a meccanismi di tipo sostanziale, anche norme istitutive di meccanismi di controllo e rispetto dei diritti riconosciuti in ciascun strumento, applicabili unicamente nei confronti degli Stati parti dell’Accordo e la cui gestione viene affidata a comitati ad hoc. Quali mezzi di garanzia alternativi la Commissione ha creato, mediante proprie risoluzioni confermate dall’organo gerarchicamente superiore l’Ecosoc, procedure applicabili nei confronti di tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite, che la Commissione stessa ha anche il compito di gestire, eventualmente affiancata dalla Sottocommissione. Al fine di esercitare nel modo più esauriente possibile la propria attività la Commissione diritti umani, seguendo le indicazioni dell’Ecosoc contenute nel mandato relativo alla Risoluzione 1235 ha previsto, inoltre, a partire dal 1980, l’attivazione di Gruppi di lavoro o Working Group, e la nomina di Relatori Speciali o Special Rapporteur, distinti a seconda che siano nominati su base territoriale o base tematica. Gruppi di lavoro e Relatori Speciali hanno il compito di relazionare annualmente la situazione dello sviluppo dei diritti umani in particolari aree del mondo. Nell’esercizio della loro attività influiscono sull’operato dei governi dei paesi nei quali operano inducendoli ad adottare misure appropriate al fine di dare effettività ai diritti. I WG sono stati istituiti a partire dal 1980. Il loro mandato prevede la possibilità di considerare tutte le informazioni loro pervenute e di visitare, con l’autorizzazione dei governi interessati, i paesi oggetto delle loro indagini presentando un rapporto annuale. L’attività dei Relatori Speciali risale invece agli inizi degli anni ottanta e consiste nell’analisi di fenomeni concernenti violazioni generalizzate dei diritti umani che avvengono in diverse parti del mondo, nel monitoraggio di particolari aree geo-politiche, nella messa a punto di attività che abbiano lo scopo di porre rimedio a possibili casi di violazione dei diritti umani. I relatori quindi raccolgono e verificano le informazioni sia in relazione a situazioni complessive, sia in merito a casi specifici di violazione. A tal fine possono ricercare attivamente informazioni sulle violazioni rientranti nel loro mandato compiendo quindi un’opera di fact finding, tramite missioni in loco, dialogo e scambio di informazioni con i governi, collaborazione con le Ong locali. In ciò i Rapporteur si distinguono dai WG la cui attività è finalizzata alla preparazione di studi e ricerche. Dal sito: www.cepadu.unipd.it, Degani P., *Nazioni Unite e Genere: il sistema di protezione internazionale dei diritti umani delle donne*, Research Paper 1/2001.

Nel 1994 la Commissione ha nominato Relatore speciale sulla violenza contro le donne, Mrs Radhika Coomaraswamy⁹⁶ il cui lavoro si è dimostrato prezioso anche in materia di MGF.

Obiettivo del mandato di questa Relatrice speciale è di raccogliere e analizzare dati generali e di fornire raccomandazioni sulle misure utilizzabili per l'eliminazione della violenza contro le donne a livello internazionale, regionale e nazionale.

La Relatrice ha strutturato la sua attività di monitoraggio dei diritti umani delle donne identificando nei suoi rapporti tre categorie generali di violenza definite nella Dichiarazione sull'eliminazione della violenza del 1993:

- 1) violenza in famiglia;
- 2) violenza nella comunità;
- 3) violenza perpetrata o tollerata dallo stato.

La relatrice ha più volte ribadito l'importanza dell'adozione di misure finalizzate a garantire l'indipendenza economica della donna operando una trasformazione delle culture che promuovono un ruolo femminile subordinato e dipendente. Una delle principali cause della violenza contro le donne viene infatti individuata nei rapporti di potere storicamente ineguali fra uomini e donne che si manifestano nella discriminazione economica della donna, nella subordinazione all'autorità maritale, nelle ideologie che giustificano tale subalternità e nelle credenze che legittimano pratiche violente e pregiudizievoli in nome della cultura, della religione o della tradizione.

In riferimento alle pratiche tradizionali dannose quali le MGF è di estrema importanza evidenziare che nel 1988 su richiesta della Commissione diritti umani la Sottocommissione per la promozione e la protezione dei diritti umani ha provveduto alla nomina di uno dei suoi membri Mrs Halima Embarek Warzazi (Marocco) quale Relatrice speciale del WG sulle pratiche tradizionali dannose.⁹⁷ Il compito della

⁹⁶ E/CN.4/RES/1994/45. La Relatrice speciale sulla violenza contro la donna Mrs Coomaraswamy è stata più volte riconfermata nel suo mandato fino alla recente nomina, nell'agosto 2003 di Yakin Erturk avvenuta con Risoluzione della Commissione diritti umani 2003/45.

⁹⁷ Risoluzione 1988/34, 1 Settembre 1988. Tra i rapporti frutto dell'attività della Relatrice speciale sulle pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute di donne e bambini si vedano: Preliminary report of the Special Rapporteur on traditional practices affecting the health of women and children, E/Cn.4/Sub.2//1995/6, July 20, 1995; Final report of the Special Rapporteur on traditional practices affecting the health of women and children, E/Cn.4/Sub.2/1996/6, June 14, 1996; Follow-up report of Special Rapporteur on traditional practices affecting the health of women and children,

Relatrice consiste nel rilevare, sulla base delle informazioni fornite da diverse fonti, governi, agenzie specializzate ed organizzazioni governative e non, tutti gli sviluppi fatti verso la definitiva eliminazione del problema. Nel corso degli anni il mandato della Relatrice speciale è stato più volte riconfermato⁹⁸ e Mrs Warzazi è tutt'ora la Relatrice speciale per le pratiche tradizionali dannose ed esercita il suo mandato in stretta collaborazione con la Relatrice speciale sulla violenza contro le donne.⁹⁹

Nel sistema generale per la tutela dei diritti umani, bisogna inoltre ricordare i comitati ad hoc di origine pattizia creati per supervisionare l'applicazione di quanto predisposto dai due Patti Internazionali sui diritti civili e politici e sui diritti economici, sociali e culturali, dalla Convenzione contro la tortura,¹⁰⁰ dalla Convenzione sull'eliminazione di

E/Cn.4/Sub.2/1997/10, June 25, 1997; Third report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and the girl child, produced by Mrs Halima Embarek Warzazi pursuant to Sub-Commission Resolution 1998/16, E/Cn.4/Sub.2/1999/14, July 9, 1999; Fourth report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and the girl child produced by Mrs Halima Embarek Warzazi pursuant to Sub-Commission Resolution 1999/13, E/Cn.4/Sub.2/2000/17, June 27, 2000; Fifth report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and girl child, produced by Mrs H. E. Warzazi pursuant to Sub-Commission Resolution 2000/10, E/Cn.4/Sub.2/2001/27, July 4, 2001; Sixth report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and girl child, produced by Mrs H. E. Warzazi pursuant to the Sub-Commission Resolution 2000/13, E/Cn.4/Sub.2/2000/32, July 2, 2002; Seventh report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and girl child, E/Cn.4/Sub.2/2003/30; Eighth report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and the girl child, prepared by Mrs H. E. Warzazi in accordance with General Assembly Resolution 53/208 B, E/Cn.4/Sub.2/2004/41, June 17, 2004.

⁹⁸ Con la Risoluzione 2000/10 la Sottocommissione per la promozione e la protezione dei diritti umani ha deciso l'estensione del mandato.

⁹⁹ Per quanto concerne l'attività della Relatrice speciale sulla violenza contro le donne Radhika Coomaraswamy devono citarsi i seguenti rapporti tematici: Preliminary survey of all forms of violence against women, E/CN.4/1995/42, November 22, 1994; Violence in the family, E/CN.4/1996/53, February 5, 1996; Violence in the community, E/CN.4/1997/47, February 12, 1997; Violence by the state during armed conflict, E/CN.4/1998/54, January 29, 1998; An assessment of state responses to domestic violence, E/CN.4/1999/68, March 10, 1999; Policies and practices that impact women's reproductive rights and contribute to or cause or constitute violence against women, E/CN.4/2000/68 Add.4, January 21, 1999; Economic and social policy and its impact on violence against women, E/CN.4/2000/68 Add.5, February 24, 2000; Trafficking in women, women's migration and violence against women, E/CN.4/2000/68, February 29, 2000.

¹⁰⁰ Il Comitato contro la tortura è stato creato sulla base di quanto previsto dalla Convenzione contro la tortura al fine di monitorarne l'implementazione. Il Comitato si riunisce in sessione annuale al termine della quale stila un rapporto da inviare all'Assemblea Generale. È competente a ricevere sia comunicazioni statali sia comunicazioni da parte di individui ed ha poteri di inchiesta nel caso in cui riceva informazioni relative ad atti di tortura sistematicamente compiuti nel territorio di uno Stato parte. L'inchiesta si traduce in una indagine confidenziale i cui esiti sono oggetto di comunicazione allo stato interessato.

ogni forma di discriminazione razziale¹⁰¹ e dalla Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia.¹⁰² La struttura e il metodo di lavoro di questi comitati sono fondamentalmente simili a quelli del Cedaw. Di recente, soprattutto dopo la Conferenza Mondiale sui Diritti Umani del 1993, gli organismi preposti all'applicazione dei trattati sui diritti umani in generale hanno cominciato ad integrare nel proprio lavoro un punto di vista di genere.

A questo proposito rilevante è l'attività svolta dal Comitato sui diritti umani¹⁰³ istituito nel 1976 sulla base di quanto espressamente previsto dal Patto Internazionale sui diritti civili e politici.

Nel marzo 2000, tale Comitato ha pronunciato una raccomandazione di estrema rilevanza per il tema che stiamo affrontando, la Raccomandazione Generale n° 28¹⁰⁴ con la quale ha fornito la propria interpretazione dell'articolo 3 del Patto. Come vedremo nel

¹⁰¹ La funzione principale del Comitato contro la discriminazione razziale consiste nel verificare il rispetto e l'applicazione di quanto sancito nella Convenzione da parte degli Stati membri, vale a dire dagli Stati che hanno ratificato il documento pattizio. Tale funzione è esercitata tramite l'esame dei rapporti periodici che gli Stati hanno l'obbligo di presentare al Comitato. È competente a ricevere sia denunce statali sia denunce individuali in riferimento a presunte violazioni della Convenzione. Può fornire suggerimenti e raccomandazioni sia agli Stati, sia all'Assemblea Generale. In vista del processo di revisione della Piattaforma di Pechino, il Comitato ha approvato, nel marzo del 2000, la Raccomandazione XXV in cui ha effettuato un esame della dimensione della discriminazione razziale in correlazione alle differenze di genere.

¹⁰² L'articolo 43 della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia ha previsto l'istituzione di un apposito Comitato con il compito di monitorarne l'implementazione. Sulla base di quanto espressamente previsto dall'articolo 44 gli Stati parti devono presentare al Comitato rapporti periodici evidenziando i progressi compiuti in merito a quanto disposto dalla Convenzione. Oltre ai rapporti degli Stati il Comitato prende in considerazione anche le informazioni ricevute dagli altri comitati di monitoraggio e numerosi organismi del sistema ONU. Al termine dell'esame dei rapporti presentati dagli Stati, il Comitato adotta delle osservazioni conclusive (concluding observations) nelle quali sono contenute raccomandazioni rivolte agli Stati per una più efficace attuazione dei diritti dell'infanzia. Parte rilevante dell'attività del Comitato è dedicata alle questioni relative ai diritti sessuali e riproduttivi delle ragazze. Molteplici sono le raccomandazioni emesse in riferimento a problematiche quali il limite minimo di età consentito per il matrimonio, l'alto tasso di gravidanze ed aborti tra le adolescenti, la necessità di accesso all'educazione sessuale, il diritto delle minorenni ad ottenere consulenza ed assistenza medica anche senza il consenso dei genitori, la maggiore vulnerabilità delle ragazze alle malattie sessualmente trasmissibili in primo luogo l'Aids. Dal sito: www.centropacedirittiumani.unipd.it, Archivio Pace e Diritti Umani, boll.17-18.

¹⁰³ Tra le funzioni svolte dal Comitato rilevante è quella che prevede la formulazione di osservazioni conclusive e raccomandazioni, attraverso le quali esaminare e specificare il significato dei diritti contenuti nel Covenant. Oltre alla funzione di inchiesta esercitata in riferimento alle comunicazioni statali, il Comitato è abilitato, sulla base di quanto disposto dal Protocollo facoltativo ad esaminare le comunicazioni provenienti da individui che denuncino violazioni dei diritti sanciti nel Patto compiute da Stati parti del Protocollo stesso. In questo caso la competenza del Comitato è subordinata al previo esaurimento di tutte le possibilità di ricorso interno.

¹⁰⁴ CCPR, General Comment n° 28 del 29 marzo 2000, adottato dal Comitato diritti umani sulla base dell'art.40 par. 4 del Patto sui diritti civili e politici, CCPR/C/21/Rev.1/Add. 10

prossimo capitolo con tale Raccomandazione il Comitato impone agli Stati membri di vietare ogni forma di discriminazione in base al sesso ponendo fine *“alle azioni discriminatorie sia nel settore pubblico che in quello privato”*.

L'Ufficio dell'Alto Commissario per i Diritti Umani (Ohchr) sta attualmente lavorando per colmare il gap esistente tra i meccanismi “specializzati” e quelli “generalisti” per quanto riguarda i diritti umani delle donne. Sono state sviluppate diverse iniziative finalizzate a rafforzare la capacità dell'Ohchr di far fronte ai bisogni e alle preoccupazioni delle donne. Tra queste un progetto speciale portato avanti in collaborazione con la Daw e finalizzato ad integrare un punto di vista di genere in tutti gli aspetti del Programma per la cooperazione tecnica dell'Ohchr. L'attenzione dedicata dalle agenzie specializzate e da altre componenti dell'Onu alle questioni delle donne e dei loro diritti dipende, naturalmente, dai specifici mandati e campi di intervento. L'Alto Commissariato delle N.U. per i Rifugiati (Acnur o Unhcr nell'acronimo inglese), ad esempio, è direttamente coinvolto nella tutela dei diritti delle donne e delle bambine rifugiate, che nel complesso rappresentano circa l'80% del totale della popolazione dei rifugiati.

L'Acnur ha sviluppato delle linee guida operative e dei programmi specifici rivolti alle donne vittime di violenza e di trattamenti inumani e degradanti qualificabili come atti di persecuzione e richiedenti asilo. L'impegno dell'Acnur in riferimento al fenomeno mutilatorio verrà esaminato nei prossimi capitoli relativamente al problema del diritto d'asilo.

Del diritto di tutte le donne di godere delle migliori condizioni di salute possibili e il loro diritto ad usufruire di servizi sanitari adeguati si è occupata invece l'Oms, organismo che riveste rispetto al tema delle mutilazioni genitali femminili un ruolo di primo piano.¹⁰⁵ Come evidenziato in precedenza, l'attività dell'Organizzazione contro la pratica mutilatoria dei genitali femminili si fece decisamente più incisiva alla fine degli anni '70. In occasione del primo Seminario sulle pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute di donne e bambine organizzato dall'Ufficio Regionale per il Mediterraneo Orientale, svoltosi a Khartoum, Sudan, nel 1979 l'Oms prese infatti definitivamente

¹⁰⁵ L'Oms, agenzia specializzata delle Nazioni Unite, fu creata nel 1946. Ha sede a Ginevra ed ha uffici regionali in tutti gli Stati contraenti.

posizione contro le MGF considerate un problema di salute pubblica e condannandone qualsiasi forma di medicalizzazione.

In generale si può osservare come moltissimi programmi dell'Organizzazione siano finalizzati alle donne, sia nel senso che esse ne sono le destinatarie dirette, sia perché sono il tramite necessario per l'attuazione dei programmi stessi. In riferimento a quest'ultimo caso basti pensare ai programmi concernenti l'infanzia, l'alimentazione familiare, la prevenzione e la cura dell'ambiente. In diverse occasioni l'organizzazione si è occupata dei diritti delle donne in particolar modo ai problemi connessi con la salute riproduttiva, la violenza sessista, le pratiche tradizionali dannose per la salute, producendo rapporti, conducendo ricerche, indagini statistiche e finanziando programmi di intervento ad hoc nei paesi in via di sviluppo soprattutto a scopo preventivo.

Il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (Unicef) opera in prima linea nella lotta per i diritti dell'infanzia, compresi i diritti delle bambine. L'Unicef ha riconosciuto sia nelle scelte politiche sia nei propri programmi che il progresso dei diritti dell'infanzia è indissolubilmente legato ai diritti e alla condizione della donna. Nato nel 1946 come Fondo di Emergenza per l'Infanzia con l'obiettivo di assistere i bambini dei paesi devastati dalla guerra, è diventato nel 1953 organismo autonomo delle Nazioni Unite. La sua attività principale consiste nel fornire assistenza, in modo particolare nel settore della salute, ai bambini dei paesi in via di sviluppo, promuovendone i diritti umani e facendo fronte ai diversi bisogni al fine di garantire al meglio lo sviluppo delle loro potenzialità.

Attraverso l'adozione di programmi nazionali l'Unicef ha infatti l'obiettivo di promuovere uguali diritti per le donne e le bambine e di sostenere la loro piena partecipazione allo sviluppo politico, sociale ed economico della comunità a cui appartengono. Ha elaborato programmi specifici rivolti alle bambine in paesi quali il Belize, Costa d'Avorio, Malawi orientati a stabilire obiettivi chiari per la riduzione della disparità e per il sostegno delle differenze tra i sessi. Si tratta di programmi multisetoriali finalizzati alla formazione delle bambine, alla riduzione della mortalità, alla prevenzione delle gravidanze adolescenziali e dell'Aids nonché allo sradicamento delle MGF. A tal fine l'Unicef esercita pressioni per assicurare l'applicazione delle misure previste all'interno della Piattaforma d'Azione di Pechino, da parte delle Nazioni

Unite, dei governi e delle Ong, in particolare attraverso l'organizzazione di sessioni di sostegno durante gli incontri della Commissione sulla condizione della donna¹⁰⁶.

In riferimento al problema specifico delle mutilazioni genitali femminili, l'Unicef si è fatto promotore di una vasta campagna di sensibilizzazione con l'obiettivo di conseguire risultati soddisfacenti nella lotta per lo sradicamento di tali pratiche a livello globale.

2.3. Il concetto dei diritti umani al femminile. “Le Quattro Conferenze Globali sulle Donne: 1975-1980-1985-1995”. L'impegno della comunità internazionale di fronte alla molteplicità delle forme assunte dalla discriminazione di genere

L'impegno promosso a livello internazionale finalizzato alla definitiva eradicazione del fenomeno mutilatorio e con esso di tutte le forme di discriminazione che violano l'integrità e la dignità della donna, non potrebbe dirsi completo se non si facesse riferimento al ruolo svolto dai summit mondiali organizzati dalle Nazioni Unite. Le Conferenze Mondiali hanno costituito infatti l'occasione per accelerare il processo di confronto tra paesi e tra organizzazioni di donne volto all'elaborazione di politiche comuni in ordine alle principali questioni dell'universo femminile, diventando strumento essenziale della diplomazia internazionale nella campagna di sensibilizzazione contro le pratiche tradizionali dannose quali le MGF.

La lotta per l'uguaglianza dei sessi era ancora agli stadi iniziali al momento della fondazione delle Nazioni Unite nel 1945. Soltanto in trenta degli originari 51 Stati Membri le donne godevano appieno dei medesimi diritti civili riconosciuti agli uomini e ricoprivano cariche pubbliche.

In quel preciso momento storico divenne chiaro come i diritti delle donne sarebbero stati di primaria importanza per tutto il lavoro che doveva essere ancora svolto a livello internazionale.

Durante i primi tre decenni l'attività delle Nazioni Unite in difesa delle donne si concentrò principalmente sulla codificazione dei diritti civili e politici, e sulla raccolta dei dati relativi alla condizione delle donne in tutto il mondo. Col tempo però, divenne sempre più evidente che le leggi da sole non sarebbero bastate a garantire l'uguaglianza

¹⁰⁶*Le Donne nel mondo. 1995*, a cura della Commissione Nazionale per la Parità e le Pari Opportunità tra Uomo e Donna, Zecca di Stato, 1995.

dei diritti delle donne. Era necessaria la formulazione di programmi specifici che permettessero il compimento dei passi necessari per conferire alle donne di tutto il mondo un ruolo appropriato all'interno della società, rendendo così più lineare il percorso verso quell'emancipazione fino ad allora negata.

2.3.1. La Conferenza di Città del Messico del 1975: si apre un dialogo globale

La prima Conferenza Mondiale sulla Condizione della Donna venne organizzata a Città del Messico nel 1975,¹⁰⁷ in coincidenza con l'Anno Internazionale delle Donne, celebrato per ricordare alla comunità internazionale che la discriminazione nei confronti della parte femminile dell'umanità continuava ad essere un problema di portata globale. Alla Conferenza parteciparono i rappresentanti di 133 Stati.

L'incontro di Città del Messico, assieme al Decennio delle Nazioni Unite per le Donne (1976-1985), proclamato dall'Assemblea Generale cinque mesi più tardi,¹⁰⁸ segnò l'inizio di una fase di impegno nuovo nella promozione della condizione femminile e dell'uguaglianza tra uomini e donne. A partire da questo momento infatti le istituzioni internazionali dedicarono al tema della condizione femminile un'attenzione specifica identificando tre obiettivi chiave che avrebbero costituito la base del lavoro delle Nazioni Unite in difesa delle donne:

- 1) la piena uguaglianza fra i sessi e l'eliminazione delle discriminazioni sessuali;
- 2) l'integrazione e la piena partecipazione delle donne allo sviluppo;
- 3) un maggior contributo delle donne nel rafforzamento della pace mondiale.

Il Piano d'Azione Mondiale,¹⁰⁹ adottato nel corso della Conferenza, presentava le linee guida che i governi e la Comunità Internazionale avrebbero dovuto seguire nei successivi dieci anni al fine di assicurare l'uguaglianza nell'accesso delle donne a risorse quali istruzione, opportunità di impiego, partecipazione politica, servizi sanitari, abitazione, nutrizione e pianificazione familiare. Tale approccio segnò l'inizio di un

¹⁰⁷ Report of the World Conference of the International Women's Year, Mexico City, 19 June - 2 July 1975, United Nations publication, Sales No. E.76.IV.1.

¹⁰⁸ Il Decennio delle Nazioni Unite per le Donne fu proclamato dall'Assemblea Generale con Risoluzione 3520 (XXX).

¹⁰⁹Vedi nota n° 108.

cambiamento nella messa a punto delle politiche rivolte alle donne che cominciò a manifestarsi già nel corso dei primi anni '70.

Laddove in precedenza le donne venivano viste come passive destinatarie di sostegno ed assistenza, ora erano considerate a pieno titolo partner paritari degli uomini, portatrici dei medesimi diritti alle risorse e alle opportunità.

Il cambiamento investiva anche il dibattito sullo sviluppo. Si assistette alla modificazione dell'iniziale approccio per cui lo sviluppo sarebbe risultato utile alla condizione delle donne, per arrivare a un nuovo e più corretto orientamento secondo il quale lo sviluppo non sarebbe stato possibile senza una piena e totale partecipazione femminile. A tale proposito la Conferenza invitava i governi a formulare delle strategie nazionali e a identificare degli obiettivi e delle priorità nella messa a punto delle politiche per promuovere una partecipazione più paritaria della donna a tutti i livelli.

Entro la prima metà degli anni '80, fase che coincideva con la fine del Decennio delle Nazioni Unite per le Donne, 127 Stati membri avevano risposto a tale sollecitazione istituendo una qualche forma di meccanismo nazionale, una qualche istituzione volta alla promozione di politiche, di ricerche e di programmi diretti a favorire il progresso delle donne e la loro partecipazione allo sviluppo.

All'interno del sistema delle Nazioni Unite, in aggiunta alla già esistente Agenzia (oggi Divisione) per il progresso delle donne, la Conferenza di Città del Messico sollecitò la creazione dell'Istituto internazionale per la ricerca e la formazione per il progresso delle donne (International Research and Training Institute for the Advancement of Women- Unifem) al fine di garantire la cornice istituzionale necessaria per la ricerca, la formazione e le attività operative nell'area delle donne e dello sviluppo.

Un aspetto importante dell'incontro di Città del Messico può essere individuato nel ruolo essenziale che le donne stesse ricoprirono nello svolgimento dell'intera discussione.

Delle 133 delegazioni degli Stati membri riuniti per l'occasione, infatti, ben 113 erano capeggiate da donne. Le donne organizzarono inoltre un Forum parallelo con la partecipazione di numerose organizzazioni non governative: la Tribuna Internazionale dell'Anno delle Donne, che annoverò ben 1000 rappresentanti. Tra le donne partecipanti al Forum emersero delle nette differenze specchio delle diverse realtà politiche,

economiche, sociali e culturali del tempo. Le donne facenti parte del blocco dell'Est, ad esempio, erano maggiormente interessate alle questioni della pace, le donne occidentali ponevano l'accento soprattutto sull'uguaglianza ed infine le rappresentanti femminili provenienti dai paesi in via di sviluppo davano proprio al problema dello sviluppo la massima priorità.

Nonostante le posizioni estremamente differenti, il Forum ebbe un ruolo molto importante nel fare incontrare donne e uomini appartenenti a diverse culture e con differenti esperienze personali, allo scopo di scambiare informazioni e opinioni, mettendo così in moto un processo che avrebbe contribuito ad unificare il movimento femminile che entro la fine de Decennio della Donna avrebbe effettivamente acquisito un'estensione ed una valenza mondiale.

Il Forum delle Ong ebbe inoltre l'importante merito di aprire il sistema delle Nazioni Unite alle organizzazioni non governative legittimando la loro presenza e la domanda politica di cui si facevano portatrici ben oltre l'ambito degli organismi collegati alla promozione dei diritti umani della donna.

2.3.2. La Conferenza di Copenhagen del 1980: comincia il processo di revisione

Nel 1980, 145 rappresentanti degli Stati Membri si incontrarono a Copenhagen in occasione della seconda Conferenza Mondiale sulle Donne,¹¹⁰ il cui obiettivo principale era la valutazione del Piano d'azione mondiale del 1975.

Nonostante gli obiettivi definiti nel corso della Conferenza di Città del Messico fossero lontani dall'essere raggiunti, nel dicembre 1979 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite aveva provveduto all'adozione della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, come abbiamo visto, uno degli strumenti più potenti in favore dell'uguaglianza femminile. Sebbene alcuni progressi fossero registrabili sia a livello nazionale che internazionale, la Conferenza di Copenhagen riconobbe la gravità di alcune situazioni concernenti la condizione della donna ancora largamente diffuse nel mondo.

¹¹⁰ La seconda Conferenza Mondiale di Copenhagen fu convocata con Risoluzione dell'Assemblea Generale 33/85, 1978.

Per affrontare questo problema la Conferenza identificò tre aree quali, istruzione, lavoro e salute, nelle quali era necessario apportare azioni specifiche e puntuali al fine di raggiungere gli obiettivi dell'uguaglianza, dello sviluppo e della pace identificati nel corso della Conferenza di Città del Messico. Più specificamente si richiedeva un accesso paritario all'istruzione, alle opportunità lavorative e a servizi di assistenza sanitaria adeguati.

Le deliberazioni della Conferenza di Copenhagen vennero assunte all'ombra di tensioni politiche, alcune delle quali risalenti ancora alla precedente Conferenza di Città del Messico; nonostante ciò la Conferenza si concluse con l'adozione di un Programma d'azione¹¹¹ che elencava una molteplicità di fattori responsabili della discrepanza fra i diritti sanciti, e la capacità delle donne di esercitarli concretamente, tra cui:

- la mancanza di sufficiente coinvolgimento da parte degli uomini, nel migliorare il ruolo delle donne nella società;
- un'insufficiente volontà politica;
- il mancato riconoscimento del valore dei contributi femminili alla società;
- la mancanza di attenzione in fase di pianificazione a quelle che sono le particolari esigenze delle donne;
- una scarsità di donne nelle posizioni elevate ai fini del processo decisionale;
- l'insufficienza dei servizi necessari a supportare il ruolo delle donne nella vita nazionale, quali cooperative, centri di assistenza quotidiana e facilitazioni creditizie;
- la generale scarsità delle risorse finanziarie necessarie;
- la mancanza di consapevolezza fra le donne circa le opportunità a loro disposizione.

Per affrontare tutti questi problemi, il Programma d'Azione di Copenhagen invitava i governi, ad adottare delle misure nazionali più energiche anche per garantire, tra l'altro, la titolarità e il controllo delle proprietà da parte delle donne, e miglioramenti nei diritti delle donne per quanto concerne l'accesso all'eredità.

¹¹¹ Programma Mondiale d'Azione per la II metà del decennio delle N.U. per la donna, UN Doc A/Conf. 94/35.

Durante la conferenza il problema delle MGF fu sollevato da un gruppo di femministe occidentali che dovettero però confrontarsi quasi immediatamente con l'ostilità e le critiche di un folto gruppo di donne africane appartenenti all'Organizzazione africana donne per la ricerca che accusarono le colleghe di imperialismo culturale. Nonostante ciò come risultato delle discussioni venne creata una rete africana fra le organizzazioni attiviste impegnate nella campagna contro le pratiche mutilatorie, antecedente storico del Comitato Inter-Africano istituito in occasione del secondo Seminario sulle pratiche tradizionali dannose per la salute di donne e bambine che si svolse a Dakar, Senegal, nel 1984.

2.3.3. La Conferenza di Nairobi del 1985: “La nascita del femminismo globale”

Il movimento per l'uguaglianza dei sessi ha acquisito un'effettiva valenza globale contemporaneamente alla preparazione della terza Conferenza Mondiale sulle Donne, predisposta per riesaminare e valutare i risultati del Decennio delle Nazioni Unite per le Donne: Uguaglianza, Sviluppo e Pace, convocata a Nairobi nel 1985.¹¹²

Vi parteciparono 158 Paesi rappresentati da 4.000 delegate, 37 rappresentanti di agenzie delle Nazioni Unite ed altre organizzazioni accreditate dall'Onu. Facendo riferimento ai 15.000 rappresentanti di organizzazioni non-governative che parteciparono al parallelo Forum delle Ong, molti hanno sostenuto la nascita con questa Conferenza “del femminismo globale”.

Il movimento delle donne, diviso dalla politica mondiale e dalle realtà economiche durante la Conferenza di Città del Messico, stava divenendo una forza internazionale che, sotto lo stendardo dell'uguaglianza, dello sviluppo e della pace, tentava di darsi un linguaggio e degli obiettivi comuni. Una gran quantità di informazioni, conoscenze ed esperienze erano state raccolte tramite gli spazi di discussione, di negoziazione e di revisione delle decisioni assunte in precedenza e i delegati di Nairobi dovettero confrontarsi con una situazione piuttosto difficile. I dati raccolti dalle agenzie delle Nazioni Unite rivelavano infatti che i miglioramenti intervenuti nella condizione femminile e i tentativi compiuti per diminuire la discriminazione, avevano beneficiato

¹¹² Report of World Conference to Review and Appraise the Achievement's of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace, Nairobi, July 15-26, 1985. United Nations publication, Sales No. E.85.IV.10. A/Conf. 157/23

soltanto una piccola minoranza di donne: i risultati ottenuti nella situazione femminile delle nazioni in via di sviluppo potevano infatti essere considerati, nella migliore delle ipotesi, del tutto marginali.

In altre parole, gli obiettivi stabiliti per la seconda metà del Decennio delle N.U. per le Donne, al di là delle rosee aspettative, non erano stati minimamente raggiunti.

Per ottenere questi risultati era quindi necessaria l'adozione di un nuovo approccio e alla Conferenza di Nairobi venne di conseguenza attribuito il mandato di esplorare nuove vie per superare gli ostacoli che si frapponivano al raggiungimento degli obiettivi stabiliti per il decennio: uguaglianza, sviluppo e pace. In quest'ottica le Strategie Orientate al Futuro per l'Anno 2000¹¹³ definite a Nairobi rappresentano una sorta di programmazione politica di un progetto che avrebbe dovuto trovare piena attuazione nei quindici anni successivi alla sua adozione. La partecipazione femminile all'assunzione delle decisioni e alla gestione di tutti gli affari umani veniva riconosciuta non solo come un legittimo diritto di tutte le donne, ma anche come un'esigenza sociale e politica. Il cuore del documento era rappresentato da una serie di misure orientate al raggiungimento dell'uguaglianza a livello nazionale e, pertanto, venivano identificate tre categorie fondamentali:

- 1) azioni costituzionali e legali;
- 2) uguaglianza nella partecipazione sociale;
- 3) uguaglianza nella partecipazione politica e nell'assunzione delle decisioni.

In aggiunta venivano proposte delle linee guida per le misure nazionali volte a promuovere la partecipazione femminile negli sforzi per la pace, come pure per assistere le donne in situazioni di particolare difficoltà.

Per quanto concerne il problema della violenza contro le donne le Strategie di Nairobi sottolinearono come la violenza sessista fosse in aumento in molte parti del mondo e per contrastare tale dramma i governi furono chiamati a riaffermare la dignità della donna come priorità assoluta di ogni politica nazionale.

A tale scopo era però necessaria un'intensificazione degli sforzi nazionali volti ad istituire e rafforzare programmi di assistenza per donne e bambine vittime di violenza, assicurando protezione, appoggio, assistenza legale ed altri opportuni servizi.

¹¹³ Ibidem

I governi vennero inoltre sollecitati a definire azioni di sensibilizzazione con l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica sul problema della violenza contro la donna come problema sociale. Si auspicava quindi l'elaborazione di adeguate misure politiche e legislative in grado di eliminare definitivamente il problema alla radice, sopprimendo in particolare modo ogni immagine e rappresentazione degradante della donna nella società. In riferimento al problema mutilatorio per la prima volta durante la Conferenza delle organizzazioni femminili del Sud, a differenza di quanto era avvenuto a Copenhagen, chiesero esplicitamente l'aiuto della comunità internazionale nella campagna volta all'eliminazione di tutte le forme di mutilazione genitale femminile.

Si può dire quindi che la Conferenza di Nairobi ha lanciato un approccio di più ampia portata sulla questione del progresso femminile teso a riconoscere che l'uguaglianza delle donne, lungi dall'essere una questione isolata, interessa al contrario ogni sfera dell'attività umana.

2.3.4. I diritti riproduttivi come diritti umani fondamentali: la Conferenza di Vienna sui Diritti Umani del 1993 e la Conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo del 1994

“The human rights of women and the girl-child are an inalienable, integral and indivisible part of universal human rights. The full and equal participation of women in political, civil, economic, social and cultural life, at the national, regional and international levels, and the eradication of all forms of discrimination on grounds of sex are priority objectives of the international community. Gender-based violence and all forms of sexual harassment and exploitation, including those resulting from cultural prejudice and international trafficking, are incompatible with the dignity and worth of human person, and must be eliminated.” (par. 18 Vienna Declaration 1993).

Fin dalla Conferenza Internazionale sui Diritti Umani tenutasi nel 1968 a Teheran, si è parlato dei diritti riproduttivi come di una componente intrinseca ed inalienabile dei

diritti umani, sebbene non vi fosse alcun riconoscimento specifico dei diritti umani delle donne. Nel corso degli anni alcuni trattati internazionali e numerosi documenti convenzionali hanno cercato di definire ed approfondire questi concetti identificando le azioni da intraprendere al fine di garantire a tutte le donne e a tutti gli uomini il godimento di tali fondamentali diritti.

Nel 1979, quando con l'elaborazione della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, gli Stati parte vennero incoraggiati a compiere i passi necessari per eliminare la discriminazione contro le donne, gli obiettivi investivano anche l'organizzazione di servizi di assistenza sanitaria. La Convenzione stabilì che uomini e donne avevano il diritto di decidere liberamente quanti figli avere e a che distanza temporale l'uno dall'altro, mentre i governi dovevano fornire le informazioni, l'educazione e i mezzi necessari per consentire l'esercizio effettivo di tali diritti.

Dal 14 al 25 giugno 1993, si tenne a Vienna la Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sui Diritti Umani. Al termine, i rappresentanti di 171 Stati approvarono, con votazione unanime, una Dichiarazione e un Programma d'Azione per la promozione e la tutela dei diritti umani nel mondo.¹¹⁴ La Dichiarazione segnò un significativo passo avanti per il riconoscimento dei diritti umani delle donne.

La Conferenza si è caratterizzata per la partecipazione senza precedenti di delegati governativi e della comunità internazionale: circa 7000 persone fra docenti universitari, rappresentanti di organismi preposti all'applicazione dei trattati sui diritti umani, istituzioni nazionali e rappresentanti di più di 800 organizzazioni non governative presero parte alle discussioni.

La Conferenza di Vienna diede nuovo slancio alla campagna internazionale di protezione e promozione dei diritti umani delle donne iniziata nei primi anni settanta con la Conferenza del Messico, focalizzando l'attenzione soprattutto sul problema della violenza. Particolare rilievo venne accordato ancora una volta al problema della parità fra uomo e donna, sia in termini generali, sia in relazione a specifiche problematiche di cui le donne continuano ad essere vittime.

¹¹⁴ Vienna Declaration and Programme of Action, A/ Conf. 157/23, July 12, 1993.

A tal fine risulta importante evidenziare il paragrafo 18 contenuto nella prima parte della Dichiarazione e Programma d'Azione che richiama principi di carattere generale sottolineando come i diritti umani delle donne e dei bambini siano parte integrante dei diritti umani universali e come la piena ed uguale partecipazione delle donne nella vita politica, civile, economica, sociale e culturale a livello nazionale regionale e internazionale siano obiettivi primari della comunità internazionale. Furono inoltre riaffermati i diritti riproduttivi dichiarando, sulla base dell'uguaglianza tra uomini e donne, il diritto della donna ad usufruire di un'adeguata assistenza sanitaria e della più ampia gamma di servizi di pianificazione familiare.

Le Nazioni Unite inoltre vennero chiamate ad intensificare la protezione accordata alle donne, obiettivo da raggiungere attraverso la promozione di strumenti internazionali aventi tale scopo. La violenza di genere insieme a tutte le forme di sfruttamento sessuale incluse quelle derivanti da pregiudizi culturali vennero considerate incompatibili e lesive della dignità umana, e per questo gli Stati dovevano impegnarsi per la loro eliminazione.

Alla luce di tali considerazioni, la Dichiarazione di Vienna e il Programma d'Azione costituiscono quindi strumenti internazionali di estrema importanza da prendere in considerazione per contrastare le mutilazioni genitali femminili, eliminando così pratiche tradizionali dannose frutto di pregiudizi culturali o di estremismi religiosi.

La previsione certamente più importante contenuta nella Dichiarazione è quella che ha chiamato l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite all'adozione della Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne e alla nomina in ambito Commissione diritti umani di una Relatrice speciale sulla violenza contro la donna istituita con la risoluzione 1994/45. La prima Relatrice speciale contro la violenza, Mrs Radhika Coomarswamy, della quale ho parlato nelle pagine precedenti (il riferimento è al secondo capitolo e precisamente al par. 2.2, pp. 89-90), ha presentato alla Commissione diritti umani nel corso della sua attività otto rapporti tematici in cui ha preso in considerazione anche le pratiche tradizionali dannose identificate come forme di violenza perpetuate contro donne e bambine

La Dichiarazione sulla violenza contro la donna ha un'importanza storica senza precedenti perché mai prima di allora la violenza era stata oggetto di una dichiarazione

ad hoc da parte degli organismi della comunità internazionale ed è un documento fondamentale sotto un triplice aspetto: perché colloca la violenza contro le donne all'interno del discorso sui diritti umani, perché amplia il concetto di violenza contro le donne al fine di riflettere le reali condizioni di vita delle donne, sia nei contesti familiari (in cui si inseriscono le MGF), sia lavorativi e socio-culturali. Infine perché indica le radici della violenza basata sull'appartenenza al genere femminile, dove il fattore di rischio consiste proprio nell'essere donna. La definizione di violenza data dalla Dichiarazione, per un'analisi della quale si rimanda al capitolo terzo, non deve considerarsi esaustiva, è una lista aperta come dimostra il fatto che la stessa Relatrice speciale sulla violenza immediatamente dopo l'adozione della Dichiarazione da parte dell'Assemblea pose l'accento su vicende drammatiche quali la preferenza per il figlio maschio, le discriminazioni perpetrate nei confronti delle bambine per quanto concerne l'accesso al cibo, i matrimoni precoci, la pratica dei "sati" o rogo delle vedove individuando in esse ulteriori forme di violenza di cui non si faceva esplicita menzione nella Dichiarazione essendo tutte comprese implicitamente nella categoria di *harmful traditional practices*.

La Dichiarazione ha sottolineato inoltre la necessità di una maggiore responsabilizzazione di fronte alle molte violazioni che ancora si verificano invitando gli Stati, gli organi e le agenzie delle Nazioni Unite a prendere ogni misura necessaria alla soluzione del problema.

Il discorso sui diritti riproduttivi in quanto diritti umani fondamentali fu ulteriormente approfondito nel settembre 1994 nel corso della Conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo¹¹⁵ e riattualizzato successivamente nel 1999 in occasione della verifica dell'applicazione del Programma d'Azione della Conferenza del Cairo, svoltasi a New York durante la 21° Sessione speciale dell'Assemblea generale dell'Onu ("Cairo+5").¹¹⁶

¹¹⁵ Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, Sept. 5 – 13, 1994, in Report of the International Conference on Population and Development, 1995, UN Doc. A/CONF.171/13/Rev. I, UN Sales No. 95.XIII.18.

¹¹⁶ UN Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, 1999, A/S-21/5/Add.1,

Per la prima volta al centro di un documento internazionale sulla popolazione e lo sviluppo sostenibile, venivano posti i concetti di uguaglianza delle donne e degli uomini e dei diritti di tutti alla sessualità, alla riproduzione e alla salute.

La Conferenza del Cairo sottolineò come tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne e delle bambine dovevano essere necessariamente eliminate, così come doveva essere rimosso ogni comportamento che, favorendo di fatto il genere maschile, potesse dar luogo a danno o a pratiche immorali o disumane contro la donna. La Conferenza riconobbe inoltre che la violenza contro la donna era un fenomeno ancora purtroppo molto diffuso, soprattutto nei paesi in via di sviluppo dove, in riferimento al ruolo subordinato della donna nell'ambito familiare e nella società, continuavano ad essere perpetrate pratiche aberranti che si prefiggevano lo scopo di porre sotto controllo la sessualità della donna. Tra esse sono citate le MGF, pratiche lesive dei diritti umani fondamentali ed estremamente rischiose per la vita, la salute e il benessere di donne e bambine. (paragrafo 7.35).

Al fine di contrastare tali violenze i governi vennero sollecitati a predisporre all'interno di ogni paese tutte le misure necessarie per garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria di base, compresi quelli relativi alla salute riproduttiva; l'accesso a metodi sicuri, efficaci ed accettabili di pianificazione familiare; la libertà dalla violenza sessuale; l'eliminazione delle pratiche tradizionali lesive; la tutela delle bambine; la riduzione della mortalità e della morbilità di neonati, bambini e madri e l'aumento della speranza di vita. Particolare attenzione venne inoltre dedicata agli sforzi per colmare il divario di genere in termini di istruzione scolastica elementare e superiore, garantendo a tutti l'istruzione di base. Si richiedeva inoltre il sostegno e la promozione da parte dei governi di programmi educativi rivolti ai leader comunitari, capi religiosi e tribali, con l'obiettivo primario di educare e sensibilizzare l'opinione pubblica circa le terribili conseguenze che alcune pratiche tradizionali, quali le MGF, potevano avere sulla salute delle vittime, programmando trattamenti di riabilitazione per donne e bambine già sottoposte all'intervento di mutilazione.

Il Programma d'Azione della Conferenza del Cairo dedicava particolare attenzione alle necessità e ai diritti dell'adolescente, nonché all'interazione fra la sessualità umana, i rapporti fra i sessi e le condizioni di salute riproduttiva.

Spetta ai governi riconoscere che la salute riproduttiva viene elusa in molti casi a causa degli scarsi livelli di conoscenza della sessualità umana, delle informazioni e dei servizi sanitari inadeguati o di scarsa qualità, della diffusione di comportamenti sanitari ad alto rischio.

La 21° Sessione speciale dell'Assemblea Generale Cairo+5 del 1999, è stata l'occasione per ribadire l'importanza della Conferenza del Cairo. Come sottolineato in precedenza la Conferenza del 1994 aveva fatto dell'uguaglianza di genere e dell'empowerment delle donne i due obiettivi centrali di un Programma d'Azione ventennale teso a soddisfare i bisogni individuali ed aiutare i paesi del mondo a raggiungere uno sviluppo sostenibile.

L'Assemblea Generale ha osservato che negli anni successivi alla Conferenza molti sono stati i risultati positivi registrati, come l'aumento della qualità dei servizi per salute riproduttiva o del ricorso alla pianificazione familiare. Nel contempo però in alcuni paesi e regioni i progressi sono stati molto limitati e in alcuni casi si sono registrati veri e propri passi indietro. Forti sono ancora le discriminazioni contro donne e bambine, tanti sono ancora gli adolescenti esposti ai rischi dell'AIDS, e troppo alti sono i livelli di mortalità materna.

In risposta a tali problemi, la revisione quinquennale ha riaffermato l'impegno di tutti i paesi al fine di mantenere le promesse fatte al Cairo nel 1994, garantendo l'accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015. Si è avvertita inoltre la necessità di promuovere campagne di tolleranza zero nei confronti di tutti gli atteggiamenti e le pratiche lesive dei diritti delle donne ancora esistenti.

2.3.5. La Conferenza di Pechino del 1995

Gli sforzi prodotti a partire dagli anni '70 hanno contribuito certamente a migliorare la condizione femminile e a permettere un più largo accesso alle risorse, ma non sono stati in grado di modificare la struttura fondamentale delle differenze del rapporto fra uomini e donne. Le decisioni che maggiormente influenzano le nostre esistenze vengono ancor oggi assunte principalmente dagli uomini.

Le argomentazioni della Conferenza di Vienna sui diritti umani sono state ripetute, ridefinite e spiegate durante la Quarta Conferenza Mondiale delle Donne svoltasi a

Pechino nel 1995.¹¹⁷ Si tratta di una Conferenza la cui valenza sul piano del dibattito internazionale segna un ulteriore momento di ridefinizione delle problematiche di genere.

A Pechino ha avuto luogo una trasformazione fondamentale: il riconoscimento della necessità di spostare l'accento alla categoria di "genere", riconoscendo che l'intera struttura sociale, e tutte le relazioni che in essa si sviluppano dovevano essere rivisitate tenendo in considerazione la prospettiva di genere.

Solo mediante una revisione così importante dell'approccio alla questione femminile si sarebbero potuti compiere dei passi avanti per attribuire alle donne i poteri e le responsabilità necessarie ad assumere il giusto ruolo come partner paritarie degli uomini.¹¹⁸

Il principale risultato della Conferenza di Pechino è stato quello di riattualizzare l'impegno globale in favore dell'attribuzione di potere e responsabilità alle donne del mondo intero, sollecitando un'attenzione internazionale senza precedenti nei confronti di questo tema.

Con la risoluzione n° 36/8 riguardante la preparazione della Quarta Conferenza Mondiale sulle Donne, la Commissione sulla condizione della donna aveva deciso di includere nell'agenda della Conferenza la revisione in merito all'applicazione del Testo sulle Strategie Future adottate a Nairobi nel 1985. A tale scopo il Segretario Generale avrebbe dovuto presentare un rapporto contenente informazioni e dati relativi soprattutto alla condizione delle donne nei paesi in via di sviluppo. La revisione venne quindi effettuata sulla base delle informazioni contenute nei rapporti forniti dai vari governi, in occasione delle conferenze regionali preparatorie della Conferenza di Pechino¹¹⁹ ed infine delle informazioni raccolte dalle istituzioni specializzate delle

¹¹⁷ Beijing Declaration and Platform for Action, Fourth World Conference on Women, Beijing, China, Sept. 4–15, 1995, UN Doc. DPI/1766/Wom (1996).

¹¹⁸ Dal sito: www.onuitalia.it. Centro di Informazione delle Nazioni Unite, maggio 2000.

¹¹⁹ Le cinque conferenze regionali intergovernative preparatorie della Conferenza di Pechino hanno registrato ciascuna migliaia di partecipanti tra esperti delle Nazioni Unite e membri delle Ong. L'obiettivo delle Conferenze era quello di permettere ai rappresentanti governativi e agli osservatori delle associazioni di esaminare i problemi e valutare la condizione femminile nelle cinque regioni interessate sulla base delle Strategie di Nairobi. Ogni conferenza regionale ha dato il proprio contributo alla Conferenza di Pechino attraverso l'elaborazione di un piano d'azione che riflette problemi e preoccupazioni quali disoccupazione, violenza ed esclusione delle donne dalla vita economica, politica e sociale e individuando settori strategici nuovi. Dal sito: www.aidos.it

Nazioni Unite¹²⁰ che, a diverso titolo, hanno concorso alla realizzazione della Conferenza.

Dall'analisi dei rapporti pervenuti la Commissione si rese immediatamente conto delle enormi difficoltà incontrate dagli Stati nel tentativo di dare applicazione a quanto deciso alla Conferenza di Nairobi. Tali difficoltà, che costituiranno oggetto di un documento redatto al termine della Conferenza di Pechino,¹²¹ non devono essere considerate simbolo del fallimento dell'azione della comunità internazionale per il miglioramento della condizione femminile, ma piuttosto l'effetto del mutamento delle condizioni economiche e sociali verificatesi nel corso di un decennio e che ha completamente sconvolto il quadro esistente rispetto alla fase in cui vennero adottate le Strategie di Nairobi.¹²²

Furono infatti proprio le difficoltà economiche determinate dalla crisi degli anni 80, con gli aggiustamenti strutturali dei PVS e il processo di ricostruzione dell'economia in transizione dell'ex Urss e dell'Europa dell'Est, e dalla crescita del commercio estero, a rendere più difficile il raggiungimento degli obiettivi fissati nel 1985.¹²³

Tale era la situazione che si presentava alla vigilia della Quarta Conferenza Mondiale di Pechino, svoltasi dal 4 al 15 settembre del 1995, Conferenza che è passata alla storia come il più grande momento di confronto fra donne.

Nel corso della Conferenza venne ribadito il carattere universale dei diritti umani delle donne per cui, come era già stato dibattuto e sancito a Vienna nel 1993, nessuna cultura, fede, religione poteva in alcun modo giustificare la violazione.

Nel corso dell'assise internazionale maturò la consapevolezza che l'uguaglianza tra i due sessi non doveva essere intesa come un fine ma come un mezzo indispensabile per ottenere la pace e uno sviluppo più equo.

¹²⁰ Importante fu anche il contributo dato dalle organizzazioni governative, dalle Ong e dall'Wistat, Women's Indicators and Statistic Database.

¹²¹ Capitolo terzo, par. 42.

¹²² Tra gli avvenimenti più importanti che si verificarono si devono considerare la fine della Guerra Fredda, il risveglio della violenza etnica con il conseguente scoppio di guerre civili, la smisurata crescita dell'interdipendenza economica legata al fenomeno della globalizzazione. Proprio quest'ultima se da un lato ha permesso la crescita di nuove opportunità nel settore economico, dall'altro ha accentuato la vulnerabilità di quei paesi che devono sopportare il debito estero e che, conseguentemente, anche a causa della scarsa dotazione tecnologica risultano scarsamente competitivi e quindi esclusi dai flussi economici.

¹²³ Dal sito: www.onuitalia.it, *"I Diritti della donna una responsabilità per tutti"*, a cura dell' Ufficio dell'Alto Commissario per i diritti umani.

Durante la Conferenza di Pechino vennero discussi due concetti cardine per la politica attuale e a riguardo della condizione femminile: empowerment e mainstreaming. Con il primo termine si intendeva indicare il rafforzamento della posizione delle donne a livello sociale e il loro maggior potere di decision-making esercitato a tutti i livelli economici, politici e sociali.

Secondo la definizione data durante la Conferenza il sostantivo empowerment caratterizza *“tutte le azioni da cui le donne, e soprattutto le organizzazioni, traggono un aumento della propria forza, del proprio potere, della forza contrattuale in un determinato contesto o nella società in generale”*.

L’empowerment costituisce quindi un forte stimolo per l’acquisizione di nuove competenze ed abilità.

Il *mainstreaming* -centralità dell’uguaglianza di genere per la costruzione di uno sviluppo sostenibile- si riferiva invece alla maturata consapevolezza della necessità di inserire nelle politiche di carattere generale tematiche relative al mondo femminile. *“L’applicazione del mainstreaming può diventare l’occasione per un vero rinnovamento della pratica istituzionale e di governo”* (glossario di Pechino).

Empowerment e *maistreaming* divennero due pilastri fondamentali per la Conferenza e per tutto ciò che venne discusso e deciso, contribuendo a spostare l’attenzione dalla donna in se alla società nel suo complesso. Per realizzare gli obiettivi prefissati a Pechino era infatti necessario riconsiderare l’intera struttura sociale e relazionale.

Al termine dei lavori la Conferenza adottò, con voto unanime, la Piattaforma per l’Azione,¹²⁴ un ordine del giorno finalizzato all’assunzione di potere e responsabilità da parte delle donne.

La Piattaforma per l’Azione individuava 12 aree di crisi, per le quali si riteneva fosse più urgente l’intervento da parte dei governi per l’adozione di iniziative concrete sia istituzionali sia della società civile.

Per ogni area di crisi sono stati individuati degli obiettivi strategici che i governi si impegnavano a perseguire attraverso le proprie politiche nazionali.

La prima area di crisi è stata dedicata al problema della povertà e alle sue ripercussioni sul mondo femminile. Da sempre la povertà grava infatti in maggior misura sulle donne

¹²⁴ UN Doc. DPI/1766/Wom (1996).

a causa della loro impossibilità di accesso alle strutture istituzionali e alla quasi totale mancanza di diritti. Al fine di porvi rimedio, i governi sono stati chiamati ad adottare strategie di sviluppo finalizzate al riconoscimento del diritto delle donne di accedere alle risorse economiche, al risparmio e al credito in condizioni di assoluta uguaglianza rispetto all'uomo. Altro tema individuato dalla Piattaforma ed intimamente connesso al fenomeno mutilatorio è quello dell'istruzione e della formazione delle donne. La situazione si presentava già allora profondamente diversificata poiché, mentre per alcuni paesi il tasso di analfabetismo era negli ultimi anni decisamente diminuito sia per gli uomini sia per le donne, in altre zone del mondo, soprattutto dell'Africa sub-Sahariana e dell'Asia Mediorientale, questo tasso era ancora elevatissimo e riguardava in modo particolare la popolazione femminile. Fattori decisivi che contribuivano a rendere estremamente difficile, se non impossibile, l'accesso all'istruzione di donne e bambine sono stati individuati nella mancanza di strutture scolastiche, o negli elevati costi delle stesse, negli insegnanti non qualificati e, soprattutto nei matrimoni precoci che sottraevano le giovani ad ogni possibilità di istruzione destinandole esclusivamente alla vita domestica e al ruolo di mogli e di madri.

Per quanto concerne il problema della salute l'attenzione della Piattaforma si è focalizzata sul problema delle malattie sessualmente trasmissibili, in particolare l'AIDS. L'impegno dei governi al fine di porre rimedio alle complicazioni da parto e di tutte le complicazioni che possono colpire il bambino nei primi anni di vita è stato richiesto con forza congiuntamente ad uno sforzo concertato per il miglioramento della prevenzione. La quarta area di crisi, una delle più importanti per il tema che stiamo affrontato riguarda la violenza contro la donna.

In riferimento a tale problema, la Piattaforma riconosce come la violenza perpetrata nei confronti di donne e bambine si traduca in una violazione e in un indebolimento del godimento da parte delle donne dei diritti umani e delle libertà fondamentali. Sono ancora molti i paesi in cui donne e bambine sono assoggettate a violenza fisica, sessuale e psicologica secondo schemi che superano le barriere di reddito, classe sociale e cultura, ponendole in una posizione subordinata rispetto all'uomo. In molti casi la violenza si verifica nell'ambito familiare, dove è troppo spesso tollerata. L'abuso fisico e sessuale e lo stupro di donne e bambine da parte dei membri della famiglia sono infatti

generalmente riferiti solo in parte ponendo perciò molteplici difficoltà di valutazione in termini quantitativi.

Per la prima volta durante la Conferenza di Pechino, si rese esplicito e inequivocabile che anche le mutilazioni genitali femminili dovevano essere considerate alla stessa stregua delle altre forme di violenza sessuale.

Gli Stati venivano quindi sollecitati a promulgare ed applicare leggi contro i colpevoli e i perpetratori di tali pratiche, sostenendo l'attività delle organizzazioni non governative impegnate nel settore ed adottando tutte le misure appropriate soprattutto nell'ambito dell'istruzione, al fine di modificare i modelli di comportamento ed eliminare pregiudizi e pratiche tradizionali basate sull'idea dell'inferiorità o superiorità di un sesso o su ruoli stereotipati maschili e femminili.

Attenzione particolare è dedicata dalla Piattaforma alle donne emigranti che a causa della loro maggiore vulnerabilità, possono essere più facilmente oggetto di violenza e di abusi. A tale proposito si è sollecitata l'organizzazione di servizi linguisticamente e culturalmente accessibili per le donne e le bambine emigranti vittime di una qualsivoglia forma di violenza.

La quinta area di crisi era invece dedicata nella Piattaforma al problema della crescita dei conflitti armati e al sempre più elevato numero di donne coinvolte. Proprio queste ultime infatti se da un lato sono totalmente escluse dalle decisioni politiche riguardanti le guerre dall'altro ne sono le principali vittime. Si è fatto appello alla necessità di ridurre le spese militari, all'individuazione di forme non violente per la soluzione dei conflitti e alla richiesta di assistenza per le rifugiate. Nell'area di crisi "donne ed economia" vengono ancora una volta sottolineate le difficoltà che le donne sono solite incontrare al momento del loro ingresso nel mondo produttivo, difficoltà che configurano delle vere e proprie discriminazioni.

Nell'affrontare il problema dei diritti fondamentali delle donne la Piattaforma di Pechino ha ribadito, come già solennemente sancito nella Dichiarazione e nel Programma d'azione di Vienna, che i diritti umani, civili, politici, economici, sociali e culturali, incluso il diritto allo sviluppo sono diritti universali, indivisibili, interdipendenti ed interconnessi e che i diritti umani di donne e bambine sono parte integrante dei diritti umani stessi.

Partendo da tale premessa si capisce perché la promozione del pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali da parte di donne e bambine debba divenire una priorità assoluta delle attività e delle politiche di tutti i governi.

A tale proposito la Piattaforma richiama i governi affinché provvedano alla ratifica universale della Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro la donna e degli altri strumenti internazionali che consacrando il principio della non discriminazione sulla base del sesso obbligano gli Stati ad attuare tutte le misure legislative, politiche ed amministrative necessarie al fine di garantire a donne e bambine l'uguaglianza de facto ed il pieno ed effettivo godimento dei propri diritti fondamentali. Anche nell'area di crisi "donne e salute" la Piattaforma ha sottolineato la necessità di una stretta e proficua collaborazione tra i governi, le Ong, i mass media, il settore privato e le organizzazioni internazionali, inclusi gli organi delle Nazioni Unite. Tale collaborazione deve essere finalizzata a conferire priorità a programmi di educazione istituzionali e non che permettano lo sviluppo della donna, l'acquisizione di conoscenza e consapevolezza e l'assunzione di responsabilità per decidere autonomamente sulle questioni concernenti la propria salute.¹²⁵

A Pechino si è parlato a lungo anche dei diritti delle bambine. Il principio di non discriminazione, solennemente sancito nella Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia all'articolo 2 fa riferimento ad una molteplicità di fattori che possono dar vita ad atteggiamenti discriminatori fra cui il genere che continua a dimostrarsi un potente ed efficace strumento di discriminazione che colpisce in modo particolare le bambine fin dai primissimi anni di vita. I dati disponibili, contenuti negli indicatori nazionali e confermati dalla Piattaforma di Pechino rafforzano quanto detto e dimostrano come la popolazione maschile, in alcune aree del mondo, superi del 5% la popolazione femminile, dati in netto contrasto con le tendenze demografiche generali. Atteggiamenti e pratiche tradizionali aberranti come le mutilazioni genitali femminili, la preferenza per i figli maschi, con le terribili conseguenze ad essa associate, i matrimoni e le gravidanze precoci, la violenza contro la donna, le discriminazioni di genere nella

¹²⁵ *I diritti delle donne sono diritti umani. La Conferenza mondiale di Pechino del 1995 e il Pechino+5*, a cura della Commissione Nazionale per la Parità e le Pari Opportunità tra uomo e donna, Roma, 2002

distribuzione del cibo ed altre pratiche discriminatorie si traducono in gravissime conseguenze per la salute e la sopravvivenza stessa delle bambine facendo sì che raggiungano l'età adulta in una percentuale decisamente inferiore rispetto ai bambini.

Nei paesi in via di sviluppo le stime indicano che un numero sempre maggiore di donne soffre di rachitismo come conseguenza della malnutrizione e delle privazioni alimentari subite fin l'infanzia. Anche la gravidanza precoce costituisce un grave problema soprattutto se si considerano le drammatiche complicazioni che spesso si verificano durante la gravidanza e che possono risolversi nella morte della madre e del bambino, a cui si deve aggiungere la constatazione che i figli nati da madri adolescenti risultano essere molto più esposti a malattie e a mortalità precoce.

Il matrimonio e le gravidanze adolescenziali hanno però un'altra grave conseguenza: la cura dei figli impedisce alle giovanissime madri di migliorare il proprio status educativo, economico e sociale, relegandole esclusivamente al ruolo di spose e di madri e riducendo drasticamente le loro opportunità lavorative. Questa situazione non può che produrre un abbassamento della qualità della loro vita e di quella dei loro figli. È doveroso sottolineare che il diritto all'istruzione è riconosciuto come un diritto inviolabile della bambina, il rispetto del quale comporta importanti benefici sociali. Le ragazze istruite infatti si sposano decisamente più tardi e con maggior consapevolezza, hanno meno figli, si rivolgono con maggior facilità all'assistenza sanitaria garantendo così migliori livelli di cura e protezione per sé e per i propri figli. Come sottolineato dalla Piattaforma di Pechino, la discriminazione e l'abbandono subiti dalle bambine durante l'infanzia, possono avviare una spirale negativa fatta di privazioni ed esclusione che le pongono, una volta adulte, ai margini della vita sociale. Per ovviare a ciò i governi nazionali sono stati invitati ad adottare iniziative volte a promuovere e a stimolare la partecipazione attiva delle bambine a tutti i livelli della vita economica, sociale e culturale e si è richiesta la cessazione di tutti i processi educativi discriminatori tendenti a rafforzare le disuguaglianze di genere.¹²⁶

Per risolvere in modo positivo e definitivo il problema della discriminazione di genere nei confronti delle bambine e le drammatiche conseguenze che ne possono derivare, la

¹²⁶ Obiettivo strategico L. 5, "Eliminare la discriminazione nei confronti delle bambine nei settori della salute e della nutrizione". Dal sito www.centropacedirittiumani.unipd.it. Archivio pace e diritti umani, boll. 17-18.

Piattaforma di Pechino sollecitava quindi la ratifica universale della Convenzione Internazionale sui diritti dell'Infanzia e la sua conseguente implementazione tramite l'adozione di norme, regolamenti e procedure specifiche al fine di garantire lo sviluppo delle condizioni favorevoli al pieno rispetto dei diritti del bambino.

Si è inoltre sottolineata l'utilità di una stretta collaborazione tra i governi nazionali e le organizzazioni non governative e comunitarie che operano per l'eliminazione degli atteggiamenti e delle pratiche tradizionali dannose e pregiudizievoli per la salute ed il benessere delle bambine, incentivando lo sviluppo di programmi di istruzione, di materiale didattico con l'obiettivo di sensibilizzare ed informare gli adulti sugli effetti dannosi che tali pratiche hanno sullo sviluppo psicofisico delle bambine.

2.3.6. Riesame dell'Assemblea Generale dell'ONU 2000: 5 anni dopo la Conferenza di Pechino. Obiettivi raggiunti ed ostacoli ancora da affrontare nella lotta per l'eradicazione delle MGF e contro la discriminazione di genere

Nel 1995, la Quarta Conferenza Mondiale sulle Donne segnò un momento molto importante nel determinare un nuovo impegno internazionale verso gli obiettivi dell'uguaglianza, dello sviluppo e della pace per tutte le donne del pianeta, ponendo le premesse per la messa a punto di un'agenda globale volta al progresso delle donne nel 21° secolo.

La richiesta per un esame ad alto livello del grado di attuazione della Piattaforma per l'Azione di Pechino fu avanzata dall'Assemblea Generale ancora nel gennaio 1998, mediante risoluzione 52/231, riaffermando che l'implementazione del Programma d'azione di Pechino necessitava di un'azione concertata da parte di tutti i governi per garantire in modo effettivo il rispetto dei diritti umani in tutte le società.¹²⁷

In qualità di organizzazione intergovernativa delle Nazioni Unite per l'uguaglianza tra uomini e donne, la Commissione sulla condizione della donna operò come organismo preparatorio (PrepCom) per la Sessione speciale.

A partire dal 1995, data in cui la Piattaforma per l'Azione fu adottata, ogni anno la Commissione ha così esaminato numerose delle aree critiche in essa contenute, allo

¹²⁷ United Nations General Assembly Special Session, Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-third special session of General Assembly, A/S-23/10/Rev.1 (Suppl. No. 3) Draft Resolution II.

scopo di verificare i progressi compiuti e di avanzare le raccomandazioni necessarie per accelerarne la completa attuazione.

Nell'esplicare la sua attività di preparazione, la Commissione ha svolto dei dibattiti che hanno permesso la piena partecipazione di tutti gli Stati membri delle ONU, delle agenzie specializzate e degli osservatori. È bene ricordare che fino ad oggi ben 116 Stati hanno presentato piani d'azione nazionali per l'attuazione del principio di parità fra i sessi. I governi hanno approvato nuove leggi e modificato la normativa esistente per allinearla con quanto previsto dalla Convenzione del 1979 sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, ad altri strumenti internazionali.

Inoltre i vari organismi delle Nazioni Unite hanno portato avanti numerose attività tra le quali la creazione di gruppi di lavoro on line sulle 12 aree di crisi e condotte sul sito web delle Nazioni Unite Women Watch.

La 23° Sessione speciale dell'Assemblea Generale si tenne a New York dal 5 al 9 giugno e il titolo dato a questa scadenza "Donne 2000, uguaglianza di genere, sviluppo e pace per il ventunesimo secolo" riflette il carattere programmatico dell'iniziativa.¹²⁸

La Sessione speciale ha inteso offrire ai governi e alla società civile l'opportunità per condividere pratiche positive e valutare le sfide attuali e gli ostacoli incontrati nell'attuazione della Piattaforma per l'azione di Pechino e ha permesso di dare nuovo impulso agli impegni politici sottoscritti in materia di mainstreaming e empowerment delle donne guardando anche criticamente alle nuove strade in materia di uguaglianza al femminile.

Al termine, i Governi, ammettendo la presenza di considerevoli ostacoli per l'attuazione degli accordi di Pechino, hanno rilasciato una Dichiarazione politica "Ulteriori azioni e iniziative per attuare la Dichiarazione e la Piattaforma d'azione di Pechino", in cui si ribadiva un rinnovato impegno nei confronti di quanto deciso nel 1995.¹²⁹

Come ho precedentemente evidenziato una delle dodici aree di crisi individuate dalla Piattaforma per l'Azion e di Pechino affrontava il problema della violenza contro la donna per far fronte al quale i governi avevano dato inizio alla riforma di meccanismi e politiche con la creazione di comitati interdipartimentali e l'esplicazione di linee guida e

¹²⁸ Ibidem

¹²⁹ Ibidem

protocolli. Sono state introdotte nella normativa nuove leggi o modificate le leggi già esistenti in modo da assicurare concretamente la protezione delle donne nei confronti delle molteplici forme di violenza delle quali possono essere vittime, comprese le aggressioni a carattere sessuale, le molestie e il traffico di donne.

Nella Dichiarazione politica di Pechino+5 venne ribadito come la violenza contro donne e bambine perpetrata sia in ambito privato e domestico sia nella vita pubblica, costituisca una questione di diritti umani, e come gli Stati avessero quindi il dovere di prevenire, indagare e reprimere tali atti, fornendo adeguata protezione alle vittime.

Nonostante però l'impegno dei governi nel mettere a punto programmi e materiali educativi, campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, studi sulle cause della violenza, forme di cooperazione fra le organizzazioni governative e non nel settore della prevenzione della violenza contro le donne, la Dichiarazione evidenziava come molti fossero ancora gli ostacoli da superare.

Si avvertiva la mancanza di programmi di ampia portata rivolti agli autori della violenza e l'insufficienza di dati che impedivano un processo informato di adozione di politiche ed analisi.

In molti paesi mancava un approccio multidisciplinare di risposta al problema della violenza che coinvolgesse contemporaneamente sistema sanitario, giudiziario e il sistema di istruzione e, nonostante i progressi compiuti, in troppi paesi restavano ancora deboli le misure giuridiche e legislative, soprattutto in materia penale, volte ad eliminare le diverse forme di violenza contro donne e bambine, dalle aggressioni fisiche, sessuali e psicologiche, alla violenza legata al patrimonio, allo stupro da parte del marito, alle MGF o altre pratiche tradizionali dannose.

In questi anni la battaglia per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili ha ricevuto il sostegno politico internazionale, e ha visto la nomina nel 1997 da parte dell'Unfpa,¹³⁰ come parte di una campagna di sensibilizzazione, di un'Ambasciatrice Speciale per l'eliminazione delle mutilazioni dell'apparato genitale femminile, Waris Dirie.¹³¹ Nonostante ciò la mancanza di una reale comprensione delle cause che sono

¹³⁰ Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione.

¹³¹ Waris Dirie, top model, è nata una trentina di anni fa e ha subito all'età di cinque anni la più cruenta e distruttiva forma di mutilazione genitale: l'infibulazione. Oggi è portavoce della campagna "Face to face" contro le MGF promossa dalle Nazioni Unite.

alla base della violenza contro la donna e la disponibilità di dati inadeguati, ostacolano gli sforzi e svalutano i risultati raggiunti.¹³² I valori, le attitudini socioculturali e le tradizioni rinforzano il ruolo subordinato che in troppe parti del mondo le donne svolgono all'interno delle società mentre le strategie di prevenzione rimangono frammentarie limitandosi a reagire a sollecitazioni esterne.

Nonostante i numerosi interventi realizzati e l'impegno della comunità internazionale e della società civile, non si può ignorare che l'attuale posizione della donna nella società è ancora oggetto di discriminazione: circa 2,7 miliardi dell'intera popolazione mondiale sono rappresentati da donne vittime di esclusione, di smembramenti sociali, di conflitti armati.

Alla luce di questi fatti molte sono state le raccomandazioni conclusive di Pechino+5. I governi presenti hanno convenuto sia sulla necessità di incrementare la partecipazione delle donne alle decisioni in materia politica ed economica, incoraggiando il loro ingresso in politica, sia sulla necessità di provvedimenti decisamente più energici contro tutte le forme di violenza. I delegati hanno posto l'accento sulla scarsità di servizi e programmi di informazione in grado di consentire ai giovani di affrontare in maniera responsabile la propria sessualità ed i problemi ad essa connessi, auspicando il rapido sopperimento di tale gap.

Ancora una volta è stata sottolineata l'urgente necessità di adottare leggi, politiche e programmi educativi al fine di sradicare definitivamente pratiche tradizionali dannose quali le MGF, i matrimoni precoci e forzati, i delitti "d'onore", l'infanticidio delle figlie femmine, la tratta delle donne e tutte le violenze legate a questioni di dote.

CAPITOLO TERZO

MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI E DIRITTI UMANI. STRUMENTI NORMATIVI E POLITICHE

3.1. La pratica delle MGF come violazione dei diritti umani delle donne

Come ho precedentemente evidenziato la pratica delle mutilazioni genitali femminili identifica una drammatica violazione dei diritti umani fondamentali delle donne e delle bambine. Non solo. Essa costituisce una vera e propria ingiustizia sociale perpetrata con l'obiettivo di negare alle donne la loro autonomia.

Per questa ragione considerare il problema delle mutilazioni genitali femminili e calarlo in una prospettiva di diritti umani significa partire dall'assoluta mancanza di potere ed indipendenza economica e sociale che caratterizza la peculiarità della condizione femminile nella maggior parte dei paesi interessati dal fenomeno mutilatorio.

Il riconoscimento dell'interdipendenza e dell'indivisibilità dei diritti politici e civili, economici, sociali e culturali solennemente sancito dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite costituisce il necessario punto di partenza. La prospettiva diritti umani sottolinea infatti che i diritti alla vita, all'integrità fisica e mentale, alla libertà dalla discriminazione di genere, al più alto standard di salute possibile sono diritti universali ed inalienabili, per questo motivo nessun dettame culturale e nessuna tradizione può essere invocata al fine di giustificarne la violazione.

Il fatto che le MGF si presentino quali tradizioni profondamente radicate nel contesto socio-culturale di taluni popoli ed etnie, non deve trattenere dal configurarle come una drammatica violazione di tali diritti. Cultura e tradizione possono, infatti, fungere da valide difese contro indebite ingerenze esterne e quindi elementi essenziali per mantenere coesa la società, ma possono anche essere usate come espediente per costringere la donna ad un ruolo subordinato nella famiglia e nella comunità, e così facendo, sminuire la portata del contributo femminile allo sviluppo nazionale. È questo il caso delle MGF.

Ma quali sono i diritti umani violati dalla pratica? Certamente la mutilazione degli organi genitali femminili si traduce nella violazione del diritto alla vita e alla sopravvivenza -sancito dall'articolo 3 della Dichiarazione Universale e ribadito in una formulazione sempre più ampia in tutti gli strumenti giuridici successivi- a causa del drammatico epilogo che l'operazione, condotta con strumenti rudimentali e non sterilizzati e in pessime condizioni igienico-sanitarie, talvolta può comportare.

Anche il diritto alla libertà e il diritto alla sicurezza personale risultano violati dalla mutilazione, violazione ancor più evidente nel caso in cui donne e bambine siano sottoposte alla pratica contro la loro volontà, legate o tenute con la forza per tutta la durata dell'operazione al fine di reprimere sul nascere ogni possibile ribellione, ovvero prima che abbiano raggiunto un'età che consenta loro di prendere in modo consapevole posizione al riguardo.

Il diritto alla libertà comprende il diritto all'autodeterminazione nella procreazione, il diritto di godere e controllare la propria vita sessuale e riproduttiva e il diritto di dare il proprio consenso informato prima di essere sottoposti ad interventi medici. Eseguire l'intervento mutilatore sui genitali femminili comporta una drammatica negazione di tali diritti, ancor più evidente se consideriamo il fatto che le operazioni coinvolgono, nella quasi totalità dei casi, giovani donne o bambine assolutamente ignare o comunque prive di adeguate informazioni sull'intervento e sui danni che ne possono derivare.¹³³

Relativamente al tema che stiamo affrontando sostenere e promuovere l'istruzione femminile fin dall'infanzia significa permettere alle donne di dotarsi dei mezzi necessari per acquisire e fruire di tutte le informazioni disponibili concernenti la pratica, la sua dannosità e i rischi psico-fisici da essa derivanti, ponendole nella condizione di opporsi in modo consapevole e cosciente alla perpetuazione di tale inveterata tradizione.

A tale proposito nel Rapporto del 1997 "Lo stato della popolazione nel mondo", l'Unfpa ha ribadito l'importanza di assicurare il soddisfacimento del diritto all'istruzione anche per donne e bambine qualificandolo come il più importante strumento di empowerment femminile. *"La conoscenza, l'esperienza e l'autostima"* si legge nel Rapporto *"sono condizioni essenziali al fine di consentire alle donne di*

¹³³ Come abbiamo visto infatti l'intervento viene il più delle volte presentato come un'occasione di festa e motivo di orgoglio per la bambina che potrà così ricevere il riconoscimento della comunità di appartenenza.

*mettere in discussione i propri ruoli tradizionali cambiando di conseguenza le proprie condizioni di vita”.*¹³⁴

È sufficiente inoltre dare uno sguardo ai rapporti forniti dall’Oms in riferimento ai danni provocati dalle MGF¹³⁵ per comprendere come tali pratiche violino impunemente il diritto alla salute, inteso sulla base di quanto previsto nel Preambolo della Costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, come *“lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l’assenza di malattia o infermità. Il godimento del più alto standard di salute possibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzioni di razza, religione, credo politico, condizione economica e sociale ”.*¹³⁶

Come vedremo il diritto alla salute quale diritto umano fondamentale è sancito in molti trattati internazionali giuridicamente vincolanti quali per esempio il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, la Convenzione contro ogni discriminazione nei confronti della donna e la Convenzione sui diritti del fanciullo. Inoltre come enunciato durante la Conferenza Mondiale di Vienna sui Diritti Umani del 1993, e ribadito in quella del Cairo su Popolazione e Sviluppo del 1994, il diritto internazionale tutela la salute anche attraverso la categoria dei “diritti sessuali riproduttivi” intesi come:

- diritto alla salute sessuale e riproduttiva;
- diritto alla sicurezza sessuale e riproduttiva, intesa come assoluta libertà da violenze o coercizioni;
- potere decisionale sulla procreazione;
- parità fra i sessi.

¹³⁴ Dal sito: www.aidos.it, “Unfpa, Rapporto dello stato della Popolazione nel mondo 1997”, ed. italiana a cura di Aidos.

¹³⁵ Dati reperibili sul sito www.who.int. A titolo di riferimento si vedano: Who, “Female Genital Mutilation” Fact Sheet n° 241, June 2001; Who, “Female Genital Mutilation: report of a technical working group, Geneva, 17-19 July 1995”, unpublished, WHO/FRH/WHD/96.10, 1996; Who, “User-friendly guide to health issue in the Beijing Declaration and Platform of Action”, unpublished, WHO/HPD/96.2, 1996; Who Regional Office for the Eastern Mediterranean, “Traditional practices affecting the health of women and children: female circumcision, childhood marriage, nutritional taboos, etc”, WHO/EMRO Technical publication, 1982; Who, “Female genital mutilation: information kit”, unpublished, WHO/FRH/WHD/96.26, 1996.

¹³⁶ World Health Organization, Constitution of the World Health Organization, in Basic Documents, adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the WHO, No. 2, p. 100) and entered into force on April 1948.

La considerazione e il riconoscimento di questa ulteriore categoria di diritti a livello internazionale ha permesso una migliore e più completa protezione del diritto alla salute. Anche sotto tale aspetto le MGF profilano una palese violazione del predetto diritto giacché, comportando la rimozione ingiustificata di una parte perfettamente sana del corpo femminile, compromettono la salute riproduttiva delle donne rendendo estremamente rischiosa la procreazione.

Il fatto stesso che donne e bambine siano sottoposte ai rischi derivanti da un intervento chirurgico comunque estremamente invasivo effettuato in assenza di specifiche necessità mediche deve ritenersi un fattore di per se sufficiente per configurare una violazione del diritto alla salute oltre che dell'integrità fisica.

Come sottolineato nel Preambolo la definizione di salute non fa riferimento solo ed esclusivamente ad una condizione di integrità e benessere fisico ma anche ad una dimensione psicologica e mentale.

L'asportazione di una parte o della totalità dei genitali esterni femminili può provocare su chi la subisce gravissimi traumi psichici ed emozionali che rischiano di protrarsi per tutta la vita riducendone drammaticamente la qualità.

Alla luce di questa considerazione e facendo riferimento alla peculiare condizione femminile che caratterizza i contesti nei quali le pratiche mutilatorie vengono perpetrate si può intuire come il problema sia doppiamente complesso. Ancor più che l'intervento mutilatore, il mancato adempimento a tale "dovere sociale" può essere vissuto con angoscia e quindi causa di gravi squilibri psicologici. Essendo infatti la mutilazione un requisito indispensabile per il matrimonio, la ragazza non circoncesa rischia di soffrire il dramma dell'emarginazione sociale e di vedersi privata di ogni sostentamento economico con gravi ripercussioni sul suo equilibrio psicofisico e sulla sua stessa sopravvivenza.

Infine ritengo sia doveroso aggiungere che anche quando, nei casi più fortunati, l'intervento non cagioni alcun danno alla salute della paziente sottoposta alla pratica è profondamente ingiusto che la donna sia costretta a sacrificare una parte del proprio corpo per godere del sostegno e dell'accettazione della propria famiglia e della comunità sociale.

Anche il diritto alla dignità è violato dalle pratiche di mutilazione dei genitali femminili. Tale fatto può essere facilmente compreso se si considera che in molti casi il presupposto che giustifica l'operazione si identifica nella considerazione del carattere imperfetto del corpo femminile, in particolar modo dei genitali, che necessita data la sua imperfezione di indispensabili correzioni.

Il rispetto della dignità femminile implica l'accettazione delle qualità fisiche della donna, dell'aspetto naturale dei suoi genitali e delle loro peculiari funzioni fisiologiche per cui la decisione di alterare tali qualità nasconde il desiderio dell'uomo di imporsi sulla donna, attraverso il controllo della sua fisicità, allo scopo di rafforzare l'iniquità di ruoli socialmente definiti.¹³⁷

Poiché inoltre l'intervento di mutilazione profana l'intimità della donna e la sua sessualità si profila quale violazione del diritto alla privacy.

Molti altri diritti umani riconosciuti e promossi dal sistema internazionale risultano violati dalla mutilazione.

Abbiamo evidenziato in precedenza come la pratica, nella molteplicità delle sue tipologie, non sia richiesta da alcuna religione anche se si è osservato come talune comunità siano convinte che si tratti di un vero e proprio dogma religioso. Inoltre nei paesi in cui ad essere coinvolti sono primariamente ed esclusivamente gruppi minoritari, le misure adottate al fine di ottenerne la definitiva eliminazione potrebbero essere percepite come una sorta di violazione dell'autonomia del gruppo.

È necessario sottolineare come i diritti culturali, i diritti delle minoranze e il diritto alla libertà religiosa godano di un ampio riconoscimento negli strumenti internazionali sui diritti umani. Per esempio il diritto dei popoli al riconoscimento della propria cultura è stato riconosciuto quale diritto umano fin dalla Dichiarazione Universale e successivamente ribadito nel Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali. Nonostante ciò, tale diritto risulta essere limitato dagli obblighi che gravano sui governi al fine di salvaguardare il rispetto degli altri diritti fondamentali e a tale proposito sia la Dichiarazione Universale che il Patto contengono clausole generali nelle quali si afferma che nessuno dei diritti sanciti debba essere interpretato in modo tale da

¹³⁷ Rahman A. Toubia N., *Female Genital Mutilation. A guide to laws and policies worldwide*, second ed. Zed Books, New York, 2001, p. 23.

“distruggere od annientare un altro diritto”. Proprio nell’ambito di tali considerazioni si pone il problema della mutilazione genitale, intesa quale pratica culturale che infrange e confligge con numerosi diritti umani fondamentali. Tale considerazione trova supporto da quanto sancito all’articolo 5 della Convenzione Cedaw sulla base del quale gli Stati sono invitati ad adottare ogni misura necessaria al fine di modificare gli schemi ed i modelli di comportamento socioculturali giungendo così ad eliminare i pregiudizi e le pratiche consuetudinarie discriminatorie nei confronti di donne e bambine. La mutilazione degli organi genitali femminili è sì una pratica tradizionale radicata nel contesto culturale di taluni popoli ma è anche una drammatica violazione dei diritti fondamentali e pertanto non coperta dalle garanzie previste dai diritti culturali. Come affermato dall’Unfpa, dall’Oms e dall’Unicef nella Dichiarazione congiunta del febbraio 1996¹³⁸ *“...la comunità internazionale non può rimanere inerme di fronte a cotanta violenza in nome di una distorta visione del multiculturalismo. La cultura, infatti, non è statica ma in continua evoluzione e i popoli devono mutare le loro abitudini e i loro comportamenti di fronte ai pericoli e all’inutilità di certe pratiche tradizionali, senza che questo significhi rinunciare all’identità e all’integrità della propria cultura”*.

3.2. La pratica delle MGF come forma di violenza contro la donna.

“[...] i diritti umani sono universali: la violenza contro la donna è un abuso dei diritti umani su scala universale. Donne di continenti e paesi diversi, di religioni, culture e retroterra sociali differenti, istruite o analfabete, ricche o povere, sia che vivano in guerra o in tempo di pace sono legate dal filo comune della violenza subita da gruppi armati o dallo Stato, dalla comunità o dalla loro stessa famiglia. [...]”

Irene Khan, Segretaria Generale di Amnesty International¹³⁹

¹³⁸ Dal sito: www.who.int, World Health Organization, *“Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement”*, 1997.

¹³⁹ Amnesty International, *Mai più violenza contro le donne*, Amnesty International, ed. Ega, Torino, 2004.

La violenza contro donne e bambine è un fenomeno globale che supera ogni frontiera sia essa geografica, politica o culturale. È la più vergognosa violazione dei diritti umani dei nostri tempi, estremamente varia nelle forme in cui si manifesta, dall'abuso domestico, al rapimento, ai matrimoni precoci, alle mutilazioni genitali femminili.

In tutto il mondo le donne si sono organizzate per denunciare la violenza riuscendo ad ottenere conquiste straordinarie in campo legislativo, politico, culturale e ribadendo la necessità di un più incisivo intervento da parte degli organismi della comunità internazionale e dei singoli governi. L'impegno dei movimenti femminili ha contribuito soprattutto a sfidare l'immagine tradizionale della donna vittima passiva della violenza. Nonostante ciò, tale tematica ha trovato posto solo di recente nel dibattito internazionale. Solo con gli anni '90 infatti la violenza contro la donna è stata riconosciuta nella sua completa gravità. La stessa Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro la donna, principale strumento internazionale posto a garanzia dei diritti umani femminili, non contiene norme esplicite sul dovere degli Stati di combattere tale fenomeno.

Durante la Quarta Conferenza Mondiale di Pechino l'allora Segretario Generale delle Nazioni Unite Boutros Boutros-Ghali, evidenziò come la violenza contro le donne fosse un problema universale e che proprio in quanto tale, dovesse essere universalmente condannato e contrastato. Nonostante tale dichiarazione, il Segretario sottolineò come il fenomeno fosse in costante ed incessante crescita.¹⁴⁰

L'allarmante dimensione globale assunta dal problema ottenne il riconoscimento della comunità internazionale nel 1993 con l'adozione da parte dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite della Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro la donna,¹⁴¹ frutto della febbrile attività e delle forti pressioni esercitate dai movimenti femminili durante la Conferenza Mondiale di Vienna.

Prima dell'adozione di questo importante strumento internazionale la maggior parte dei governi riteneva che la violenza contro la donna fosse un affare privato tra individui e

¹⁴⁰ Dal sito: www.unhchr.org, "*Human Rights*", published by the United Nations Department of Public Information, DPI/1772/HR, February 1996.

¹⁴¹ Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro la donna, adottata dall'Assemblea Generale con Risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993.

non un problema di diritti umani che necessitasse dell'intervento statale. Nel processo di cambiamento ha giocato un ruolo essenziale l'adozione da parte del Comitato Cedaw della General Recommendation n° 19¹⁴² avvenuta nel 1992 nel corso della sua undicesima Sessione. Con tale Raccomandazione il Comitato ha sottolineato come la questione della violenza contro la donna rientra nell'ambito di intervento della Convenzione Cedaw costituendo una violazione dei diritti umani fondamentali e fornendone una definizione molto simile a quella che sarà successivamente inclusa nella Dichiarazione del 1993. Il Comitato dopo aver affermato al paragrafo 8 che la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro la donna si *“applaica ai casi di violenza perpetrata dalle autorità pubbliche”* evidenzia tuttavia che la discriminazione così come intesa dalla Convenzione medesima, non è limitata *“alle azioni compiute da o a nome e per conto dei governi. Ad esempio nell'art. 2 (e) la Convenzione chiede agli Stati parte di prendere ogni misura adeguata per eliminare la discriminazione contro le donne da parte di qualsivoglia persona, organizzazione ed impresa. In base al diritto internazionale in generale e agli specifici patti sui diritti umani, gli Stati possono essere ritenuti responsabili di atti compiuti da privati laddove tali Stati abbiano omesso di intervenire con la debita diligenza per prevenire violazioni dei diritti o indagare e punire atti di violenza, nonché fornire risarcimenti alle vittime”*. La violenza domestica, ovvero quella compiuta in ambito familiare, costituisce quindi una violazione dei diritti umani fondamentali indipendentemente dal fatto che sia compiuta da privati cittadini e non da organi statali. Sulla base di quanto disposto dalla normativa internazionale sui diritti umani gli Stati hanno infatti un duplice dovere: astenersi dal violare i diritti dell'uomo e prevenire le possibili violazioni compiute dagli attori privati punendo adeguatamente gli eventuali colpevoli.

Abbiamo sottolineato come la Dichiarazione del 1993, pur non essendo giuridicamente vincolante, abbia giocato un ruolo determinante nel dibattito internazionale sulla violenza contro le donne che, sulla base di quanto previsto dal Preambolo, si qualifica come *“manifestazione di un rapporto tra uomini e donne storicamente disuguale che ha condotto gli uomini a prevaricare e discriminare le donne [...]”*. È quindi *“uno dei*

¹⁴² Cedaw, *Violence Against Women*, General Recommendation n° 19, (Eleventh Session 1992), UN GAOR A/47/38 (General Comments).

meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini [...]”

Secondo quanto sancito dall'articolo 2, l'espressione “violenza contro le donne” viene così definita:

“qualunque atto di violenza sessista che produca, o possa produrre, danni o sofferenze fisiche, sessuali e psicologiche, ivi compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata. [...]

La violenza contro le donne va intesa come comprensiva di, ma non limitata a, quanto segue:

a) la violenza fisica, sessuale e psicologica che si verifica nella famiglia, in particolare maltrattamenti fisici, abusi sessuali nei confronti delle bambine nel contesto domestico, violenza correlata alla dote, stupro coniugale, mutilazione dei genitali femminili ed altre pratiche tradizionali che recano danno alle donne, violenza da parte di persona diversa dal coniuge e violenza ai fini di sfruttamento;

b) la violenza fisica, sessuale e psicologica che si verifica nella comunità, in particolare lo stupro, abusi sessuali, molestie sessuali e intimidazioni sul lavoro, negli istituti scolastici e altrove, tratta delle donne e prostituzione forzata;

c) la violenza fisica, sessuale e psicologica commessa dallo Stato, ovunque avvenga.”

La violenza contro la donna è la drammatica espressione di valori e consuetudini storicamente e culturalmente radicati e comprende, come abbiamo visto, il rapimento, l'incesto, l'infanticidio della figlia femmina, la tratta, la prostituzione, le MGF. Durante i conflitti armati la violenza contro la donna è spesso usata come un'arma di guerra, allo scopo di disumanizzare le donne stesse e punire il nemico e la comunità cui appartengono.¹⁴³

Per far fronte al problema la Dichiarazione afferma che gli Stati sono tenuti a:

[...]

“d) introdurre nella legislazione nazionale sanzioni penali, civili, amministrative, e relative al diritto al lavoro, per punire e porre rimedio ai torti fatti alle donne che hanno subito violenza; le donne che hanno subito violenza dovranno avere accesso alla

¹⁴³ Dal sito: www.unicef-icdc.org, “La violenza domestica contro le donne e le bambine”, Innocenti Digest n° 6, giugno 2000.

giustizia e, in conformità con quanto previsto dalla legislazione nazionale, dovranno avere accesso a rimedi giusti ed efficaci a fronte del danno patito, gli Stati dovranno anche informare le donne dei loro diritti a ottenere giustizia tramite tali meccanismi; [...]

f) elaborare, in modo ampio ed articolato, misure preventive e tutte le disposizioni di natura giuridica, politica, amministrativa e culturale atte a promuovere la tutela delle donne da ogni forma di violenza, ed assicurarsi che tali episodi non abbiano a ripetersi a causa di leggi insensibili a considerazioni legate alla differenza di genere, dei sistemi di applicazioni delle leggi o di altri interventi;

g) attivarsi per far sì che, nella misura massima possibile alla luce delle loro risorse disponibili e, se necessario, operando nell'ambito della cooperazione internazionale, le donne che hanno subito violenza e, se del caso, i loro figli ricevano assistenza specializzata, quale la riabilitazione, assistenza nella cura e nel mantenimento della prole, servizi propedeutici e di assistenza psicologica, servizi e programmi sanitari e sociali e anche strutture di supporto; [...]

i) prendere provvedimenti per garantire che i funzionari di polizia e i pubblici ufficiali responsabili di applicare le politiche per prevenire, indagare e punire la violenza contro le donne, ricevano una formazione che li renda consapevoli e sensibili alle necessità delle donne". (art. 4)

Anche la mutilazione dei genitali femminili, al pari di tutte le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la vita e la salute di donne e bambine, è stata definita all'articolo 2 della Dichiarazione "atto di violenza contro la donna".

È importante sottolineare che la definizione di violenza data dalla Dichiarazione non richiede che l'atto sia stato compiuto con l'intenzione di danneggiare, considerazione questa di estrema rilevanza in riferimento al fenomeno mutilatorio. I genitori che decidono infatti di sottoporre le proprie figlie all'intervento -ma anche chi lo esegue materialmente- non intendono assolutamente procurare un danno ma al contrario sono fortemente convinti dei benefici derivanti dall'operazione.

Abbiamo visto nel secondo capitolo come le MGF, congiuntamente a tutte le pratiche tradizionali dannose e pregiudizievoli alla salute di donne e bambine, siano oggetto dell'attenzione di un'apposita Relatrice speciale, Mrs Halima Embarek Warzazi

nominata dalla Sottocommissione per la promozione e la protezione dei diritti umani nel 1988.¹⁴⁴ Abbiamo evidenziato anche che la qualificazione della mutilazione come atto di violenza domestica ha permesso che il fenomeno rientrasse tra le questioni all'esame della Relatrice speciale sulla violenza, Mrs Radhika Coomaraswamy.

In riferimento all'attività più recente promossa da questa Relatrice¹⁴⁵ si deve fare menzione del rapporto sottoposto nel 1999 alla Commissione diritti umani relativo alla violenza contro la donna perpetrata in ambito domestico.¹⁴⁶

Il rapporto evidenzia come certe forme di violenza incluso il matrimonio forzato e le MGF siano ancora diffusamente praticate e come certe politiche adottate dai governi contribuiscano a creare un clima di indulgenza verso dette violazioni "ufficialmente tollerate", se non addirittura incoraggiate e in molti casi perpetrate dagli stessi attori statali. La relatrice ha sottolineato che la preferenza per il figlio maschio, oltre a costituire un grave dramma che pone a rischio la sopravvivenza stessa di donne e bambine, le priva di ogni possibilità di accesso all'educazione primaria con la conseguenza che la percentuale di donne analfabete, vero e proprio ostacolo al progresso femminile, è ancora decisamente molto alta. A ciò si deve aggiungere l'inerzia delle politiche dei governi verso la condizione femminile e la discriminazione di genere, che perpetua il ciclo di oppressione di cui le donne sono costantemente vittime.

Nel Rapporto presentato dalla Relatrice alla Commissione diritti umani nel gennaio 2002¹⁴⁷ ancora una volta si ribadisce la presa di coscienza dell'esistenza di numerose forme di violenza che quotidianamente affliggono le donne in molte parti del mondo. La Relatrice auspica l'adozione di sanzioni penali, civili ed amministrative nell'ambito della legislazione nazionale nonché piani d'azione al fine di punire tali forme di

¹⁴⁴ Si rimanda al secondo capitolo, par. 2.2, pp. 84 e ss.

¹⁴⁵ Nominata dalla Commissione diritti umani con la Risoluzione 1994/45.

¹⁴⁶ E/CN.4/1999/68, 10 March 1999, Integration of the human rights of women and the gender perspective. Violence against women in the family. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences Mrs Radhika Coomaraswamy, submitted in accordance with Commission on Human Rights resolution 1995/85

¹⁴⁷ E/CN.4/2002/83, 31 January 2002. Integration of human rights of women and the gender perspective. Violence against women. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Mrs Radhika Coomaraswamy, submitted in accordance with Commission of Human Rights resolution 2001/49.

violenza fornendo supporto alle vittime ed organizzando opportuni corsi e programmi di educazione e formazione che coinvolgano anche il settore sanitario.

Nonostante quando detto finora nessuno degli strumenti internazionali citati, la Dichiarazione Onu contro la violenza,¹⁴⁸ la Piattaforma di Pechino, le risoluzioni, le raccomandazioni e i rapporti della Relatrice speciale hanno valore giuridicamente vincolante. L'ammonimento a non compiere atti qualificabili come "violenza" può però essere implicitamente ravvisabile in tutti i trattati internazionali sui diritti umani, basti pensare per esempio al diritto alla libertà e alla sicurezza della persona o al divieto di essere sottoposto a tortura e ad altri trattamenti inumani e degradanti sanciti dal Patto internazionale sui diritti civili e politici o dalla Cedaw

3.3. Diritti umani e mutilazioni genitali femminili. Principali strumenti legislativi

Nei capitoli precedenti abbiamo evidenziato come le MGF siano di fatto una pratica culturale che ha luogo esclusivamente tra attori privati essendo materialmente eseguite da praticanti e levatrici tradizionali e non coinvolgendo funzionari o altri soggetti statali. Non vi è quindi la diretta partecipazione del governo nell'espletamento della pratica, almeno in quei paesi dove l'ospedalizzazione non è ammessa. Abbiamo visto inoltre come la mancanza di un diretto coinvolgimento dell'apparato istituzionale ha inizialmente costituito un problema sul fronte dell'individuazione delle responsabilità ed eventualmente della condanna. In realtà applicare il diritto internazionale sui diritti umani senza comprendere la responsabilità dello Stato in merito agli abusi commessi dagli attori privati significa privare le donne della tutela e dei rimedi necessari per la maggior parte delle violazioni. Va perciò anzitutto riconosciuta la responsabilità degli Stati per il fallimento delle azioni ad oggi intraprese al fine di prevenire o reprimere definitivamente il ricorso alla pratica mutilatoria.

Vi è inoltre da considerare le diverse posizioni dei governi, poiché diversa è la situazione di quei paesi che, soprattutto negli ultimi anni, sono andati attrezzandosi a più livelli per combattere la diffusione delle MGF. Da quanto detto si evince come la repressione delle violazioni dei diritti umani derivanti da atti di mutilazione dei genitali

¹⁴⁸ È da sottolineare come nella Dichiarazione sulla violenza contro la donna manchi ogni riferimento specifico che qualifichi il diritto delle donne a non subire violenza come un diritto umano autonomo.

femminili, sia possibile solo alla luce di un impegno che concili le indicazioni della comunità internazionale, il diritto internazionale dei diritti umani e la legge penale interna dei singoli paesi.

Molti sono gli Stati africani che in questi ultimi anni si sono impegnati per introdurre nel loro sistema normativo una legge specifica che proibisca esplicitamente le MGF. Tra questi la Repubblica Centro Africana, l'Egitto, il Senegal, il Sudan, il Burkina Faso, la Costa d'Avorio, la Tanzania, e il Togo. Purtroppo però, in molti casi tali leggi non vengono concretamente applicate a causa dell'inerzia dei governi di fronte ad una pratica consuetudinaria radicata nella tradizione e nella cultura, nonostante le forti pressioni esercitate da molti organismi sia a livello locale che a livello internazionale. La previsione normativa deve comunque essere ritenuta un fattore positivo -anche se di per sé non sufficiente- in quanto testimonia la volontà degli stessi paesi africani maggiormente interessati dal fenomeno a compiere una svolta e un passo decisivo verso il riconoscimento, la difesa e la tutela dei diritti femminili, e delle donne stesse, di fronte ad una pratica tanto inutile quanto lesiva. Ritornando al punto di partenza dunque poiché molti trattati sui diritti umani non contengono disposizioni normative specifiche che vietino in modo diretto e palese le mutilazioni dei genitali femminili, sarà necessario, esaminando un trattato, riconoscere in che modo il testo e le previsioni in esso contenute possano dirsi comunque violate, individuando la conseguente responsabilità dello Stato firmatario.

3.3.1. Principali strumenti legislativi internazionali e responsabilità dei governi

Nelle pagine precedenti abbiamo anticipato come, dal punto di vista giuridico, il problema delle mutilazioni dei genitali femminili ricada, direttamente o indirettamente, nell'ambito delle disposizioni normative di numerose dichiarazioni, patti e convenzioni internazionali. Al riguardo possono distinguersi strumenti a carattere generale, e strumenti più specifici relativi ai diritti delle donne e dei fanciulli.

§ Dichiarazione Universale dei diritti umani

Come ho precedentemente evidenziato la Dichiarazione Universale dei diritti umani fu adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre del 1948.¹⁴⁹ I solenni principi in essa sanciti hanno costituito la base fondamentale per l'adozione successiva di trattati e convenzioni vincolanti quali il Patto internazionale sui diritti civili e politici, il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali e la Convenzione Cedaw.

La Dichiarazione non affronta esplicitamente il problema delle mutilazioni attraverso la previsione di una disposizione normativa ad hoc; nonostante ciò, è però possibile fare riferimento a cinque articoli della Dichiarazione che possono risultare pertinenti con il tema delle pratiche consuetudinarie lesive dei diritti delle donne. Si tratta dell'articolo 2 che recita: *“ad ogni individuo spettano tutti i diritti e le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione [...]”*.

In questo articolo viene stabilito il principio del divieto di discriminazione nel godimento dei diritti umani fondamentali in base al sesso (già solennemente sancito nel Preambolo). Tale articolo può essere richiamato al fine di condannare l'intervento mutilatore alla luce della considerazione che qualifica la mutilazione genitale quale forma di discriminazione fondata sul genere.

L'art. 3 stabilisce che *“ogni individuo ha il diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona”*, diritto che sarà riproposto in una più ampia formulazione, dedicata in gran parte al problema della pena di morte, nel Patto internazionale sui diritti civili e politici (ICCPR). Abbiamo già visto precedentemente come tale articolo possa essere richiamato per evidenziare la responsabilità dello Stato anche in ragione della possibilità che l'intervento di mutilazione si concluda con la morte della vittima oltre che con molteplici forme di danno fisico permanente.

¹⁴⁹ UN Doc.A/810. Informazioni tratte dai siti: www.aidos.it, *“La Dichiarazione Universale”*; www.stopfgm.org e www.un.org.

L'art 5 stabilisce il principio per cui nessun essere umano, senza distinzione alcuna può essere sottoposto a trattamenti qualificabili come inumani e crudeli per le sofferenze che essi comportano o degradanti perché lesivi della dignità umana. Sulla base di tale considerazione le mutilazioni dei genitali femminili potrebbero dirsi implicitamente vietate dall'articolo 5. La semplice considerazione infatti delle reazioni delle bambine sottoposte all'intervento, il panico e lo shock provocato dal dolore intenso, le convulsioni, i morsi sulla lingua e la necessità che vi siano almeno sei adulti per tener ferma una bambina ed impedirle di muoversi ostacolando così il lavoro dell'operatrice, sono una testimonianza incontestabile del fatto che la pratica mutilatoria possa essere paragonata alla tortura.

Infine sono rilevanti gli artt. 12 e 25. Il primo vieta espressamente qualsiasi *“interferenza arbitraria nella vita privata, nella famiglia, nella casa, nella corrispondenza, né a lesione dell'onore e della reputazione. Ogni individuo ha diritto ad essere tutelato dalla legge contro tali interferenze e lesioni”* sancendo così il diritto alla privacy. La donna e la bambina sottoposte forzatamente alla mutilazione dei loro organi genitali subiscono una drammatica violazione della loro intimità, dalla quale scaturisce una totale impossibilità di decidere liberamente ed autonomamente della propria vita sessuale e riproduttiva. L'intervento e il suo significato recondito, profilano quindi il presupposto di un'indebita ingerenza nella vita privata della vittima con la conseguenza che le fasi e le scelte più importanti della vita di una donna esulando dal contesto privato risultano scandite sulla base di ritmi e scadenze socialmente definite.

L'articolo 25 invece prevede per ogni individuo *“il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute ed il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.*

La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. [...]”

La perpetrazione delle MGF nel territorio di uno Stato parte identifica quindi una violazione del diritto alla salute, del benessere fisico e mentale delle donne e delle bambine vittime dell'operazione. La violazione dell'articolo 25 della Dichiarazione

Universale e la conseguente responsabilità dello Stato risultano evidenti soprattutto se si considera la particolare tutela riconosciuta nei trattati internazionali alla maternità e alla gravidanza, condizioni che, data la loro peculiarità, necessitano di cure e attenzioni specifiche. Tale diritto sarà oggetto di ulteriore specificazione nel Patto internazionale sui diritti civili e politici e nella Cedaw.

Infine dovere dei governi è anche quello di assicurare un ordine sociale nel quale i diritti umani possano trovare completa attuazione come solennemente sancito dall'articolo 28 della Dichiarazione. Tale previsione suggerisce quindi l'obbligo degli Stati parti di identificare ed eliminare i fattori sociali ed economici che di fatto impediscono l'esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali. In diverse comunità, donne e bambine che rifiutano di sottoporsi alla pratica mutilatoria rischiano di essere oggetto di molteplici discriminazioni incontrando enormi difficoltà nelle relazioni personali e sociali, anche in quelle di carattere prettamente privato. Abbiamo visto nel primo capitolo come nei paesi in cui esistono forti barriere legali e culturali che negano alla donna ogni opportunità di accesso alla proprietà, al lavoro e di conseguenza all'indipendenza economica, la donna che non si sposa è privata di ogni possibilità di sostentamento. Gli sforzi per eliminare le MGF devono quindi includere azioni volte ad assicurare il miglioramento dello status della donna nella famiglia, l'accesso all'educazione ed un'adeguata posizione economica. I governi dovrebbero inoltre affrontare una totale revisione del diritto di famiglia sulla base del riconoscimento dell'indipendenza e dell'autonomia femminile dall'autorità maritale.

§ Patto internazionale sui diritti civili e politici (ICCPR)

Come la Dichiarazione Universale precedentemente analizzata, anche il Patto internazionale sui diritti civili e politici¹⁵⁰ non contiene norme specifiche che vietino in modo esplicito le mutilazioni sessuali. Anche in questo caso però si possono richiamare

¹⁵⁰ Dal sito: www.unhchr.ch/pdf/report.pdf, 999 UNTS 171. Il Patto internazionale sui diritti civili e politici è stato adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 16 dicembre 1966 ed è entrato in vigore ben dieci anni dopo, il 23 marzo 1976; ha ricevuto un notevole numero di ratifiche e nel 2004 gli Stati parte sono 148.

talune disposizioni normative da ritenersi comunque violate. In primis è necessario citare l'articolo 3 del Patto:

“Gli Stati parti del presente Patto s’impegnano a garantire agli uomini e alle donne la parità giuridica nel godimento di tutti i diritti civili e politici enunciati nel presente Patto.” Tale norma risulta violata ogniqualvolta ad una persona venga negato l’esercizio pieno ed egualitario di un qualsiasi diritto sancito all’interno del Patto medesimo. Gli Stati parti sono quindi chiamati a garantire a uomini e donne, senza discriminazione alcuna, l’esercizio dei diritti umani fondamentali adottando tutte le misure idonee e necessarie al fine di rimuovere gli eventuali ostacoli e la discriminazione in base al sesso e provvedendo all’adeguamento della legislazione interna. Ogni Stato parte del Patto è chiamato a rispettare tale impegno nei confronti di tutti gli individui che si trovano sul suo territorio o sottoposti alla sua giurisdizione predisponendo, in caso di violazione, effettivi mezzi di ricorso. Ha inoltre l’obbligo di fornire informazioni su tradizioni, culture e pratiche religiose che possono mettere in discussione il rispetto dell’articolo 3 nonché su tutte le misure concretamente adottate per la loro completa eliminazione.

L’articolo 6 del Patto riguarda il diritto alla vita e al primo comma sancisce:

“Il diritto alla vita è inerente alla persona umana. Questo diritto deve essere protetto dalla legge. Nessuno può essere arbitrariamente privato della vita”

Il diritto alla vita non può essere interpretato in modo restrittivo ed è garantito dalla legge. Per questo motivo, anche in riferimento a quanto sancito dal Patto, si evidenzia la responsabilità dello Stato nel caso in cui la mutilazione comporti la morte di donne e bambine sottoposte alla procedura.

Il punto di vista di genere circa i contenuti di alcuni articoli del Patto ha svolto un ruolo fondamentale nella Raccomandazione generale n° 28 *“Eguaglianza dei diritti fra uomini e donne”* emanata dal Comitato diritti umani il 29 marzo del 2000.¹⁵¹ Sulla base di quanto previsto da tale Raccomandazione, nel dar conto al Comitato circa le misure adottate per garantire la tutela e il rispetto del diritto alla vita, gli Stati parte devono fornire tutte le informazioni e i dati disponibili sul tasso di mortalità e sull’impatto

¹⁵¹ Human Rights Committee, General Comments n° 28: *Equality of rights between men and women*, CCPR/C/21/Rev.1/Add.10

specifico che la povertà ha sulla popolazione femminile, sui tassi di mortalità infantile disaggregati in base al sesso, sulla mortalità delle donne per motivi legati alla gravidanza e al parto (sappiamo che le MGF costituiscono la causa di gravi complicazioni sia durante la gravidanza a causa delle enormi difficoltà che si presentano soprattutto per la donna infibulata di eseguire i normali esami diagnostici, sia durante il parto con le drammatiche conseguenze che possono nei casi peggiori risolversi con la morte della madre e del feto), ed informazioni sulle misure adottate per proteggere le donne da pratiche che violano il diritto alla vita.¹⁵²

In riferimento al tema trattato si deve inoltre fare riferimento all'articolo 7 che, con una formulazione quasi identica all'articolo 5 della Dichiarazione Universale, sancisce il divieto di essere sottoposti a tortura e a *“trattamenti crudeli, inumani o degradanti.”* Sulla base di quanto sancito dal Patto quindi gli Stati firmatari hanno il dovere di agire per evitare che le MGF, qualificabili come trattamenti crudeli e degradanti ai sensi dell'articolo 7, siano perpetrate nel loro territorio; in riferimento a quanto previsto dalla Raccomandazione n° 28 l'articolo 7 impone agli Stati l'obbligo di fornire al Comitato diritti umani anche tutte le informazioni necessarie riguardo le leggi e le prassi nazionali in materia di violenza domestica, vale a dire la violenza perpetrata all'interno del nucleo familiare tra cui rientra la diffusione delle pratiche mutilatorie dei genitali femminili e le misure adottate al fine di promuoverne la definitiva eliminazione.

In riferimento alla violazione del diritto alla libertà e alla sicurezza personale che l'intervento comporta può essere fatto riferimento all'articolo 9 e precisamente al primo comma in cui si afferma che: *“Ogni individuo ha diritto alla libertà e alla sicurezza della propria persona [...]”*, mentre in riferimento all'indebita ingerenza nella sfera sessuale delle vittime deve essere citato l'articolo 17 il quale prevede che nessuno debba essere sottoposto ad interferenze arbitrarie e illegittime nella propria vita privata.

Gli Stati parti devono quindi fornire al Comitato diritti umani tutte le informazioni necessarie concernenti leggi ed azioni poste in essere da soggetti pubblici o privati che interferiscano con l'esercizio paritario da parte delle donne dei diritti sanciti dall'articolo 17 e su tutte le misure adottate per eliminare tali interferenze.

¹⁵² Dal sito: www.aidos.it, *“Eguaglianza dei diritti fra uomini e donne”*.

Infine poiché si tratta di pratiche tradizionali che vedono come vittime privilegiate le bambine fin dai primi mesi di vita, la loro perpetuazione identifica una grave violazione del dovere di protezione dell'infanzia sancito dall'articolo 24 del Patto il quale riconosce che *“ogni fanciullo, senza discriminazione alcuna [...] ha diritto a quelle misure protettive che richiede il suo stato minorile, da parte della famiglia, della società e dello Stato”*.

Sulla base dell'interpretazione di tale articolo fornita dal Comitato diritti umani con la citata Raccomandazione n° 28 gli Stati sono quindi obbligati a proteggere l'infanzia sulla base di criteri di uguaglianza riferendo nei loro rapporti al Comitato su di tutte le misure adottate al fine di garantire alle bambine un trattamento egualitario rispetto ai maschi nei settori dell'istruzione, dell'alimentazione e dell'assistenza sanitaria. Viene qui ribadita la necessità che gli Stati si impegnino anche attraverso l'adozione di misure legislative per l'eliminazione di tutte le pratiche culturali dannose che costituiscono una seria minaccia per la libertà e il benessere delle bambine.

Riferimenti alle MGF sono inoltre contenuti nelle osservazioni conclusive formulate dal Comitato diritti umani sulla base dei rapporti periodici presentati dagli Stati parte del Patto internazionale sui diritti civili e politici. A titolo di esempio può essere citata la Concluding observations del 17 novembre 1997¹⁵³ concernente il rapporto presentato dal Senegal, e nella quale il CCPR condanna le pratiche culturali dannose che non rispettando la donna, ledono la sua dignità e costituiscono una minaccia all'eguale godimento dei suoi diritti fondamentali, identificandole quali cause dell'alto tasso di mortalità materna presente nel paese.¹⁵⁴

§ Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (ICESCR)

Anche nel caso del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali,¹⁵⁵ come già evidenziato per la Dichiarazione Universale e il Patto internazionale sui diritti civili e politici, non esistono previsioni normative esplicitamente riferibili al problema

¹⁵³ Human Rights Committee, Concluding observations: Senegal, November 17, 1997, CCPR/C/79/Add.82

¹⁵⁴ Si veda inoltre: Concluding observations: Sudan, November 19, 1997, CCPR/C/79/Add.85

¹⁵⁵ Dal sito: www.unhchr.ch/pdf/report.pdf, 999 UNTS 3. Il Patto internazionale sui diritti economici sociali e culturali è stato adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 16 dicembre 1966 ed è entrato in vigore il 3 gennaio 1976. Nel 2004 gli Stati parte sono 145.

mutilatorio. Ancora una volta il divieto è il risultato di un'attenta opera di interpretazione degli articoli contenuti nello strumento pattizio.

A differenza di quanto è avvenuto per l'ICCPR con la Raccomandazione n° 28, per l'ICESCR non sono stati ancora elaborati testi ufficiali che forniscano una rilettura degli articoli dal punto di vista di genere anche se alcuni orientamenti interpretativi sono stati forniti durante la Conferenza Mondiale di Pechino del 1995.¹⁵⁶

Anche il Patto internazionale sui diritti economici sociali e culturali prevede l'impegno degli Stati parti ad operare al fine di garantire, attraverso l'adozione di misure di carattere legislativo, amministrativo e politico, la completa attuazione dei diritti in esso sanciti nonché il loro conseguente esercizio senza discriminazione alcuna e in condizioni di perfetta parità tra uomo e donna (articolo 2 e 3). In riferimento alla specificità del fenomeno mutilatorio dei genitali femminili e alle sequele sanitarie fisiche e mentali che esso comporta può essere citato l'articolo 12 del Patto relativo al diritto alla salute:

“Gli Stati parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire.

Le misure che gli Stati parti del presente Patto dovranno prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno quelle necessarie ai seguenti fini:

a) la diminuzione del numero dei nati morti e della mortalità infantile; nonché il sano sviluppo dei fanciulli; [...]

Al fine di garantire il raggiungimento di tale obiettivo il Patto prevede che gli Stati adottino tutte le misure idonee e necessarie per l'eliminazione della discriminazione in materia di salute e quindi di tutte quelle pratiche dannose che trincerandosi dietro precetti religiosi o tradizionali sono ancor oggi estremamente diffuse nonostante comportino gravi danni e si qualificano come lesive della salute violando l'articolo 12 del Patto.

Come abbiamo visto dalla stessa formulazione dell'articolo, il diritto alla salute consiste nel conseguimento del livello di salute più elevato possibile e perciò nel conseguimento di condizioni di vita positive, nell'accesso alle informazioni e a servizi sanitari sicuri di elevata qualità e sensibili alle differenze di genere. Virginia Baroan Dundan, Relatore

¹⁵⁶ Dal sito: www.aidos.it, “Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali”.

del Comitato sui diritti economici e sociali ha evidenziato la forte connessione esistente fra i diritti sociali economici e culturali e la salute delle donne, facendo riferimento in modo particolare alla salute sessuale e riproduttiva e sottolineando come il Patto sui diritti economici sociali e culturali copre una vasta gamma di diritti essenziali per la tutela della salute di donne e bambine e che trova fondamento nel diritto sancito dall'articolo 2 al secondo comma che vieta la discriminazione di genere.¹⁵⁷

Riferimenti al problema delle mutilazioni genitali femminili si riscontrano nell'analisi di alcune Concluding observations emesse dal Comitato sui diritti economici, sociali e culturali nel corso della sua attività, e formulate in seguito ai rapporti periodici presentati degli Stati parti dell'omonimo Patto. A titolo di esempio si può fare riferimento alle osservazioni conclusive del maggio 2000 formulate dal CESCR relativamente all'Egitto.¹⁵⁸ In tale occasione il Comitato ha notato con sconcerto che, nonostante il governo egiziano abbia iniziato a compiere i primi passi contro la pratica mutilatoria sancendo la criminalizzazione dell'atto quando compiuto al di fuori delle strutture sanitarie e da persone prive di un'adeguata formazione professionale, nessuna condanna è stata invece prevista nel caso di interventi mutilatori compiuti dal personale medico.¹⁵⁹

Sempre dello stesso anno è l'osservazione conclusiva E/C.12/1/Add.48¹⁶⁰ nella quale il Comitato, in risposta al rapporto presentato dal governo del Sudan, ha ribadito la necessità dello sviluppo di specifiche misure nazionali volte all'eliminazione di tutte le pratiche tradizionali pregiudizievoli e dannose e di tutti quegli ostacoli che ancora gravano sulle donne impedendo loro il pieno godimento delle libertà di movimento e di espressione nonché la partecipazione alla vita politica e sociale del paese.¹⁶¹

¹⁵⁷ Dal sito: www.aidos.it, "Il diritto alla salute". In riferimento alla violazione del diritto alla salute causata dalla pratica mutilatoria si veda: Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment n° 14, *The right to health*, 2000, E/C.12/2000/4.

¹⁵⁸ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations: Egypt, May 12, 2000, E/C.12/1/Add.44.

¹⁵⁹ Per una panoramica sulla situazione normativa egiziana è possibile fare riferimento alla nota n° 274.

¹⁶⁰ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observation: Sudan, September 2000, E/C.12/1/Add.48

¹⁶¹ Considerazioni e raccomandazioni simili si riscontrano inoltre nelle Concluding observations che il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali ha emanato nel dicembre 1999 (E/C.12/1/Add.40, December 8, 1999) relativamente al rapporto presentato dal Camerun. In tale occasione il CESCR ha espresso deplorazione per l'inadeguatezza delle misure adottate dal governo per combattere il perdurare di pratiche tradizionali dannose quali le MGF diffuse in modo particolare fra i villaggi delle province del

§ *Convenzione sullo status dei rifugiati*¹⁶²

Nonostante la portata universale e transnazionale dei principi affermati dagli strumenti internazionali sui diritti umani fin qui esaminati, non solo la loro massiccia violazione a livello di singoli paesi è evento tuttora drammaticamente frequente, ma esistono per coloro che nel proprio paese sono vittime di tali violazioni, gravi difficoltà nel trovare protezione all'estero. A tal proposito la comunità internazionale ha deciso l'adozione di opportuni e specifici strumenti che affrontino in modo specifico il problema. Tra questi la Convenzione internazionale sullo status dei Rifugiati.¹⁶³

L'articolo 1 fornisce la definizione di "rifugiato" stabilendo che tale termine debba essere applicato a colui che: "[...] *temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese, di cui è cittadino e non può e non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese [...]*".

Molte delle donne vittime di persecuzioni di tipo esclusivamente sessuale, trovano enormi difficoltà nell'ottenimento dello status di rifugiate in quanto la normativa internazionale è estremamente lacunosa sotto molti profili. Le persecuzioni per motivi di razza, religione, gruppo etnico, nazionalità e appartenenza ad un determinato gruppo sociale non fanno nessun richiamo specifico al "genere" e ciò rende estremamente complicato il riconoscimento per le donne della loro condizione di vittimizzazione.¹⁶⁴

Per far fronte a tali difficoltà la comunità internazionale ha deciso l'adozione del Protocollo relativo allo status dei rifugiati,¹⁶⁵ avvenuta a New York il 31 gennaio 1967 e in vigore dal 4 ottobre dello stesso anno e l'Unhcr ha adottato importanti Conclusions e

nord e del sud ovest del paese. Si considerino inoltre: Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations: Gambia, May 31, 1994, E/C.12/1994/9; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding Observations: Guinea, May 28, 1996, E/C.12/1/Add.5.

¹⁶² Dal sito: www.unhcr.ch/html/menu3/b/treaty/2ref.htm

¹⁶³ Adottata il 28 luglio 1951 dalla Conferenza dei plenipotenziari sullo status dei rifugiati e degli apolidi convocata dalle Nazioni Unite ed entrata in vigore il 22 aprile del 1954. Risoluzione 2198 (XXI). Nel Gennaio 2004 gli Stati parte sono 142

¹⁶⁴ Degani P., *Donne, diritti umani e conflitti armati. La questione della violenza nell'agenda della comunità internazionale*, Research Papers 2/2000, Centro di studi e formazione sui diritti della persona e dei popoli, Università di Padova, ottobre, 2000, pp 21 e ss.

¹⁶⁵ The Protocol relating to the status of refugees was taken note of with approval by the Economic and Social Council in resolution 1186 (XLI) of 18 November 1966 and was taken note of by General assembly in Resolution 2198 (XXI) of December 1966. Entry into force October 1967, in accordance with article VIII.

Guidelines concernenti il problema. Nei prossimi capitoli avrò modo di evidenziare sulla base di quali considerazioni le MGF possano essere considerate motivo per la concessione dell'asilo alle donne in fuga dal loro paese per salvare se stesse o le proprie figlie dall'intervento mutilatore.

Passando agli strumenti internazionali concernenti la specifica tutela dei diritti delle donne è di essenziale importanza menzionare:

§Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne (CEDAW)¹⁶⁶

A differenza degli strumenti legislativi finora analizzati la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne contiene precise disposizioni normative che fanno esplicito riferimento al problema mutilatorio. L'articolo 1 della Convenzione fornisce un'ampia definizione del concetto di discriminazione intesa come “ogni forma di distinzione, esclusione o limitazione basata sul sesso” che impedisce alla donna di godere dei diritti umani in modo paritario con l'uomo. Per poter essere considerata “discriminazione” sulla base di quanto previsto da detto articolo la mutilazione genitale femminile deve quindi soddisfare due criteri: deve qualificarsi come forma di discriminazione basata sul sesso e deve avere lo scopo di impedire l'eguale godimento dei diritti fondamentali da parte delle donne. Poiché soddisfa entrambi i criteri la pratica mutilatoria si qualifica quale forma di discriminazione nei confronti della donna vietata dalla Convenzione Cedaw. Come abbiamo visto nel primo capitolo indipendentemente dalla tipologia considerata la mutilazione comporta la menomazione permanente dei genitali esterni femminili con gravi conseguenze che compromettono il godimento dei diritti umani fondamentali,

¹⁶⁶ Dal sito: www.cedaw.org; www.unhch.ch/pdf/report.pdf. La Cedaw fu adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 18 dicembre 1979 ed entrò in vigore il 3 settembre 1981. Nel 2004 gli Stati parti sono 177, il 98% degli Stati facenti parte dell'organizzazione delle Nazioni Unite. 1249 UNTS 14.

quali il diritto alla vita, alla salute e all'integrità fisica, per le donne e le bambine che la subiscono.

Gli Stati parti della Convenzione, sono chiamati non solo a condannare tutte le forme di discriminazione contro la donna, ma anche ad adottare tutte le misure opportune per favorirne la definitiva eliminazione. Possiamo prendere in considerazione a tale proposito la prima parte del documento e in modo più specifico l'art. 2:

“gli Stati parti condannano la discriminazione nei confronti della donna in ogni sua forma, convengono di perseguire con ogni mezzo appropriato e senza indugio una politica tendente ad eliminare la discriminazione nei confronti della donna, e, a questo scopo, si impegnano a:

[...]

f) prendere ogni misura adeguata, comprese le disposizioni di legge, per modificare o abrogare ogni legge, disposizione, regolamento, consuetudine o pratica che costituisca discriminazione nei confronti della donna”.

Possiamo inoltre esaminare, quale disposizione normativa rivolta in maniera più esplicita alla materia esaminata nella tesi l'art. 5:

“gli Stati prendono ogni misura adeguata

a) al fine di modificare gli schemi ed i modelli di comportamento socioculturali degli uomini e delle donne e di giungere ad una eliminazione dei pregiudizi e delle pratiche consuetudinarie o di altro genere, che siano basate sulla convinzione dell'inferiorità o superiorità dell'uno o dell'altro sesso o sull'idea di ruoli stereotipati degli uomini e delle donne”.

Con tale articolo la Convenzione riconosce l'influenza che cultura e tradizione possono esercitare nella determinazione dei ruoli sociali di uomini e donne e dei conseguenti atteggiamenti e abitudini discriminatorie che ne possono derivare ed inequivocabilmente impone agli Stati il dovere di modificare gli schemi e i modelli di comportamento che si traducano in una discriminazione contro la donna. Implicito nell'obbligo di modificare i costumi discriminatori è il diritto delle donne di partecipare al processo di cambiamento sociale e culturale.

Gli Stati parti che non si attengono a tale dovere, permettendo la perpetuazione nel loro territorio delle pratiche mutilatorie, commettono quindi una violazione dell'articolo 5

della Convenzione. Tale articolo sottolinea inoltre, al secondo comma, come l'educazione familiare contribuisca in modo fondamentale alla comprensione della funzione sociale svolta dalla maternità e come sia le donne che gli uomini abbiano precise responsabilità nella cura e nello sviluppo dei figli.

La pratica di mutilatoria, promuovendo implicitamente il ruolo subordinato di donne e ragazze dedite esclusivamente alla vita domestica, alla cura dei figli e al soddisfacimento dei bisogni e delle necessità del marito, incrocia quindi l'articolo 5 che sottolinea le responsabilità e il contributo maschile nella promozione del cammino di crescita della prole.

La considerazione di detta pratica quale problema di discriminazione di genere trova supporto in quanto previsto dalla General Recommendation n° 14 emessa dal Comitato Cedaw in occasione della 9° Sessione nel 1990 (*Female Circumcision*).¹⁶⁷ Con tale raccomandazione il Comitato sollecita gli Stati parte ad adottare tutte le misure appropriate per sradicare le MGF, auspicando la raccolta e la diffusione di informazioni in materia e la collaborazione ed il supporto delle organizzazioni femminili che a livello locale e nazionale lavorano a tale scopo. Si richiede la messa a punto di programmi di insegnamento e formazione e di strategie orientate all'eliminazione della pratica anche attraverso le politiche sanitarie nazionali. Si invita all'assistenza e alla collaborazione con gli organi delle Nazioni Unite impegnati nel campo. Tali concetti sono stati inoltre ribaditi nella General Recommendation n° 24, *Women and Health*, formulata dal Comitato in riferimento all'articolo 12 dell'omonima Convenzione.¹⁶⁸ Con essa si auspica che gli Stati nel pianificare le politiche sanitarie nazionali, tengano

¹⁶⁷ Cedaw, General Recommendation n°14: *Female Circumcision*, (Ninth Session, 1990), A/45/38 (General Comments)

¹⁶⁸ Cedaw, General Recommendation n° 24: *Women and Health*, UN GAOR 1999, A/54/38/Rev.1 In riferimento a quanto predisposto dalla Convenzione Cedaw si potrebbe sollevare provocatoriamente un'obiezione: poiché non solo le donne ma anche gli uomini sono sottoposti a forme di circoncisione, possono le MGF identificare effettivamente gli estremi di una discriminazione basata sul sesso? La risposta deve essere senz'altro positiva. L'intervento di mutilazione, a prescindere dalla sua invasività e dalla gravità della menomazione che esso comporta, e la circoncisione maschile hanno infatti veramente poco in comune. È vero che entrambe le operazioni comportano la rimozione di tessuto sano e sono in linea generale effettuate su bambini, ma la maggiore severità del danno che la mutilazione genitale femminile comporta ed il messaggio sociale ad essa associato al quale abbiamo in più occasioni fatto riferimento, fa sì che le due pratiche debbano essere tenute decisamente distinte e solo la prima debba essere considerata una pratica discriminatoria fondata su motivazioni di genere. Rahman A. Toubia N., *op. cit.*, pp. 15 e ss.

in debita considerazione le peculiari necessità e i bisogni caratterizzanti il mondo femminile nonché i fattori di differenziazione tra i sessi quali i fattori biologici, i fattori socio-economici, la maggiore vulnerabilità delle donne alla violenza sia domestica sia perpetrata sul posto di lavoro, che se sottovalutati, possono ripercuotersi negativamente sulla salute psicofisica di donne e bambine.

Il Comitato sottolinea inoltre come bambine ed adolescenti siano spesso in una condizione di maggiore vulnerabilità di fronte ad abusi sessuali o sfruttamento e come certe pratiche tradizionali, quali le MGF, comportino un alto rischio di morte e di danni per le vittime. Raccomanda quindi agli Stati parte di assicurare la promulgazione e l'effettiva implementazione di leggi che ne proibiscano l'esecuzione.

A testimonianza dell'impegno profuso del Comitato Cedaw nella lotta per l'eradicazione delle mutilazioni genitali femminili e con esse di tutte le pratiche tradizionali nocive è doveroso menzionare anche alcune Concluding observations formulate in riferimento ai rapporti presentati dagli Stati parti della medesima Convenzione.

L'osservazione conclusiva¹⁶⁹ del 14 Maggio 1998 è stata formulata dal Cedaw sulla base del rapporto periodico presentato dallo Zimbabwe¹⁷⁰ in cui la rappresentante del governo ha espresso l'impegno per un completo raggiungimento dell'uguaglianza di genere. Nonostante gli sforzi compiuti dal governo e dalle Ong, attitudini ed atteggiamenti pregiudizievole per la donna così come leggi e pratiche culturali discriminatorie, persistono nel territorio dello Stato contribuendo a rallentare il progresso verso il miglioramento della condizione femminile. Nel Rapporto periodico la rappresentante ha sottolineato inoltre come la Costituzione zimbawese emendata nel 1997 ed altri strumenti legalmente vincolanti incluso il Sex Discrimination Removal Act, proibiscano espressamente la discriminazione di genere. Nonostante misure positive siano state adottate soprattutto nel settore dell'educazione, dell'occupazione e della partecipazione politica, i ruoli stereotipati continuano ad influenzare i comportamenti di molta parte della popolazione zimbawese. A tale proposito e per ovviare a ciò il Governo ha dato inizio ad un progetto di revisione dei testi scolastici

¹⁶⁹ A/53/38

¹⁷⁰ Cedaw/C/ZWE/1

programmando curricula concernenti i diritti umani nelle scuole primarie e secondarie fondati su una corretta visione dei ruoli sociali svolti da uomini e donne.

Con riferimento alle considerazioni fatte dai rappresentanti del governo zimbawuense il Comitato Cedaw ha espresso compiacimento per la ratifica della Convenzione Cedaw effettuata senza la presentazione di riserve e apprezzamento per l'impegno del governo incentivandolo ad adottare politiche nazionali chiare compatibili con quanto previsto dagli accordi internazionali e orientate alla promozione dell'educazione, dell'occupazione e della partecipazione politica femminile in particolare nelle aree rurali.

Nel luglio 1998 il Comitato Cedaw formulò un'ulteriore osservazione conclusiva¹⁷¹ nella quale affrontò ancora una volta il problema mutilatorio con riferimento ai rapporti periodici presentati dal governo nigeriano.¹⁷² Alla luce di quanto dichiarato nei rapporti il Comitato Cedaw ha sottolineato l'ancora forte presenza di stereotipi culturali estremamente pregiudizievole per donne e bambine diffusi in tutto il territorio nigeriano, come la poligamia, il rogo delle vedove, le mutilazioni genitali femminili e pratiche simili che comportano gravi danni fisici e psicologici per la salute femminile violando i diritti umani fondamentali. L'esistenza di tre sistemi legali civile, religioso e consuetudinario rende ancor più difficile l'adozione di programmi di implementazione che proteggano in modo genuino i diritti femminili. A tale proposito il Comitato ha richiesto che la Nigeria ponga in essere concrete risposte a tali problematiche nei prossimi rapporti periodici adottando leggi specifiche che comportino una modificazione delle norme culturali e tradizionali e che permettano l'eliminazione delle pratiche precedentemente citate; il Comitato ha incoraggiato infine il governo ad incrementare gli sforzi per l'adozione di specifici programmi aventi lo scopo di ridurre l'analfabetismo tra le donne soprattutto fra le aree rurali, promuovendo l'accesso delle bambine all'educazione secondaria e garantendo la gratuità dell'educazione primaria.

Il 31 gennaio del 2000 il Comitato Cedaw ha emesso un'ulteriore osservazione conclusiva con riferimento al secondo e al terzo rapporto periodico fatti pervenire dal

¹⁷¹ A/53/38/Rev. 1, paras,138-174

¹⁷² Cedaw/C/NGA/2-3

rappresentante del Burkina Faso durante la sua 459° sessione, nel gennaio 1999.¹⁷³ Nel presentare il rapporto il rappresentante dello Stato africano ha sottolineato come, dalla ratifica della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne avvenuta nel 1984, il governo abbia formulato nuove politiche e disposizioni legislative concernenti l'uguaglianza dei diritti di spose e bambini, elaborando strategie di supporto per il progresso delle donne riguardo problematiche complesse quali l'accesso al mondo del lavoro e la proprietà della terra. Il rapporto sottolinea come le donne nel paese siano costrette a subire discriminazioni economiche e socioculturali, soprattutto nelle zone rurali dove circa l'80% della popolazione femminile vive quotidianamente oppressa da costumi discriminatori profondamente radicati nella tradizione.

Pone in evidenza l'estrema povertà in cui vive la metà della popolazione, in maggioranza donne e sottolinea come il divario fra uomini e donne sia particolarmente visibile proprio nella povertà, nell'analfabetismo, nelle norme tradizionali e negli stereotipi che opprimono il genere femminile, rendendo le donne facili prede di forme di coercizione materiale e simbolica. Nonostante gli sforzi compiuti la situazione non sembra migliorare: la mortalità materna e il tasso di fertilità sono ancora estremamente elevati mentre l'uso di una qualche forma di contraccettivo è scarsa in tutto il paese. A ciò si deve aggiungere che la maggioranza della popolazione ha meno di 18 anni. Progressi sono stati fatti nel tentativo di eliminare le ritualità dannose soprattutto nelle aree rurali: le MGF per esempio sono state proibite dal Codice penale del 1996 e sanzionate con pene severe.

Sulla base di quanto evidenziato nel rapporto il Comitato esprime soddisfazione per l'impegno dimostrato dal governo nel cercare di promuovere l'avanzamento della popolazione femminile nonostante la difficile situazione economico-sociale. Sottolinea l'importanza del fatto che la Costituzione del 1991 riconosca l'uguaglianza e sancisca il principio di non discriminazione nei confronti della donna. Il Comitato dopo aver notato che gli indicatori dello sviluppo umano nel Burkina Faso sono i più bassi di tutto il continente africano ha raccomandato l'eliminazione di tutti i costumi e di tutte le pratiche discriminatorie che, accentuando gli stereotipi, frenano il cambiamento. Il

¹⁷³ Cedaw/C/BFA/2-3

Comitato ha fatto quindi appello al governo perché adotti le misure e le politiche necessarie allo sviluppo di un clima socioculturale propizio per le donne che ne favorisca l'emancipazione anche attraverso riforme legislative, l'informazione, l'educazione e le attività di comunicazione riconoscendo come la partecipazione femminile sia necessaria allo sviluppo dell'intero paese.

Di fronte ad un tasso di analfabetismo femminile tra i più alti del mondo il Comitato ha raccomandato al governo di accordare priorità assoluta all'educazione di donne e bambine allocando le risorse materiali e finanziarie necessarie, assicurando una maggiore presenza femminile tra il personale scolastico e vigilando che i testi utilizzati nelle scuole siano depurati da tutti i pregiudizi che contribuiscono ad offendere e a diffondere una immagine negativa della donna.

In riferimento alle implicazioni che il problema mutilatorio può comportare in un contesto di immigrazione assume grande rilevanza l'osservazione conclusiva del 15 giugno 2000, formulata dal Cedaw in risposta ai rapporti periodici presentati dall'Austria.¹⁷⁴ Con tale osservazione il Comitato affronta la questione della richiesta di asilo politico da parte delle donne africane emigrate nel territorio austriaco invitando il governo ad adottare politiche nazionali che riconoscano le motivazioni di genere quali la violenza, la persecuzione e la mutilazione genitale femminile, come giustificazioni sufficienti a concedere l'asilo. Nel rapporto austriaco risultano evidenziate le molte iniziative promosse dal governo al fine di arginare e ridurre il fenomeno della violenza perpetrata nei confronti delle donne, incluse le campagne di informazione e l'adozione della legge federale contro la violenza domestica in vigore dal primo maggio del 1997. Corsi di formazione su larga scala sono stati condotti nel corso degli ultimi tre anni al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica sul problema anche in riferimento alla tratta delle donne e agli abusi sessuali su minori. Pur accogliendo con soddisfazione le misure adottate dal governo austriaco per far fronte al problema della violenza domestica, il Comitato Cedaw sottolinea la persistenza di stereotipi culturali che ancora una volta costituiscono un evidente impedimento per una piena e completa implementazione dell'omonima Convenzione.

¹⁷⁴ Cedaw/C/AUT/3-4 and 5

Per quanto concerne la situazione delle donne immigrate il Comitato fa appello al governo austriaco affinché faciliti la concessione di permessi di lavoro a condizioni paritarie rispetto agli uomini immigrati creando i presupposti necessari per una loro completa integrazione nella vita economica e sociale del paese.

Il recente Protocollo opzionale alla Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti della donna,¹⁷⁵ adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 6 ottobre 1999 ed entrato in vigore il 22 dicembre 2000, istituisce il meccanismo della denuncia individuale che consente alle donne di presentare un esposto (comunicazione) riguardo presunte violazioni dei loro diritti in base alla Convenzione, ed in particolare di denunciare lo Stato che sia venuto meno al dovere di tutela.

La procedura per la presentazione delle denunce si articola in tre fasi: nella prima il Comitato valuta se la comunicazione è ricevibile ed ammissibile. Se la risposta è positiva si passa alla seconda fase nella quale viene preso in considerazione il merito della comunicazione ed emesso un parere o eventuali raccomandazioni. Nella terza fase infine vengono attuate delle procedure di verifica nei confronti dello Stato interessato.

Le comunicazioni possono essere presentate sia a titolo individuale sia da gruppi di donne e per essere considerate ricevibili devono essere state presentate previo esaurimento di tutte le possibilità di ricorso a livello nazionale. Importanti per quanto concerne la possibile protezione offerta dal Protocollo contro gli atti di MGF sono gli artt. 8- 11 che prevedono la possibilità per il Comitato di avvalersi di una procedura che consenta, nel caso di gravi violazioni, di avviare un'indagine anche in assenza di denuncia. La procedura prevista dall'articolo 8 è costruita secondo il modello di indagine delineato dall'articolo 20 della Convenzione internazionale contro la tortura e consente di mettere in luce la natura sistematica di violazioni dei diritti umani delle donne che abbiano carattere diffuso, fatto questo che non emergerebbe se il Comitato si limitasse ad un esame delle denunce individuali.¹⁷⁶

¹⁷⁵ A/Res. 54/4; Gli Stati parti nel giugno 2004 sono 62.

¹⁷⁶ Dal sito: www.un.org.

3.3.2. Strumenti legislativi regionali

Agli strumenti internazionali fin qui esaminati devono essere aggiunti importanti trattati regionali contenenti anch'essi previsioni aventi come obiettivo la protezione dei diritti umani fondamentali, in modo particolare dei diritti dei soggetti più vulnerabili quali donne e bambini.

Tali strumenti svolgono un ruolo fondamentale nella lotta contro le pratiche tradizionali dannose e pregiudizievoli in virtù del fatto che molti dei paesi nei quali dette pratiche sono estremamente diffuse, ne sono parte.

Gli strumenti regionali che esamineremo in questo paragrafo e che pongono ai governi precisi obblighi legali incentivandoli all'attuazione delle obbligazioni previste dal trattato ratificato, comprendono la Carta Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli, il Protocollo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti della donna di recentissima adozione, la Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali e la Carta sociale europea.

§ Carta Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli

La Carta Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli,¹⁷⁷ adottata a Nairobi il 28 giugno 1981 dalla Conferenza dei Capi di Stato e di Governo dell'Organizzazione dell'Unità Africana (ora Unione Africana) ed entrata in vigore il 21 ottobre 1986, è stata ratificata da 53 Stati membri.¹⁷⁸

Gli articoli contenuti in tale strumento pattizio pertinenti con il problema della mutilazione genitale femminile ai quali può essere fatto richiamo sono:

Art. 4 “La persona umana è inviolabile. Ogni essere umano ha il diritto al rispetto della sua vita e all'integrità fisica e morale della sua persona. Nessuno può esser arbitrariamente privato di questo diritto”.

Art. 5 “Ogni individuo ha il diritto al rispetto della dignità inerente alla persona umana e al riconoscimento della sua personalità giuridica. Qualsiasi forma di sfruttamento e

¹⁷⁷ OUA Doc. CAB/LEG/67/3 Rev. 5, 21 ILM 58 (1982), nota con il nome di Banjul Charter.

¹⁷⁸ Dai siti: www.centrodirittumani.unipd.it; www.african-union.org.

di svilimento dell'uomo, specialmente la schiavitù, la tratta delle persone, la tortura fisica o morale, e le pene o i trattamenti crudeli, inumani o degradanti sono interdetti”.

Art. 6 “Ogni individuo ha diritto alla libertà e alla sicurezza della sua persona. [...]”.

Art. 16 “Ogni persona ha il diritto di godere del miglior stato di salute fisica e mentale che essa sia in grado di conseguire. Gli Stati parti alla presente Carta si impegnano a prendere tutte le misure necessarie al fine di proteggere la salute delle popolazioni e di assicurare loro l'assistenza medica in caso di malattia”.

Il diritto all'assistenza sanitaria implica che i governi debbano assicurare il libero accesso ai servizi che migliorino la salute riproduttiva di uomini e donne, dovere che può essere interpretato in modo tale da riconoscere agli Stati l'obbligo di fornire informazioni e servizi sanitari adeguati in relazione alla pratica mutilatoria.

Art. 18 terzo comma “Lo Stato ha il dovere di provvedere alla eliminazione di qualsiasi discriminazione contro la donna e di assicurare la protezione dei diritti della donna e del bambino quali stipulati nelle dichiarazioni e nelle convenzioni internazionali”.

Al fine di assicurare l'implementazione della Carta e dei diritti in essa sanciti la seconda parte del documento prevede l'istituzione di un apposito organismo, la Commissione Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli, con il compito specifico di promuovere tali diritti ed assicurarne la protezione nel continente africano.

La Commissione è composta da 11 membri eletti dalla Conferenza dei Capi di Stato e di Governo scelti tra personalità africane in virtù della loro alta moralità, integrità, imparzialità e competenza in materia di diritti umani. Le competenze della Commissione sono di carattere essenzialmente tecnico e prevedono la raccolta della documentazione, la realizzazione di studi e ricerche relativamente ai problemi africani nel campo dei diritti umani, l'organizzazione di seminari e conferenze, la formulazione di raccomandazioni ai governi e la formulazione di principi e norme che possano eventualmente costituire da base per l'adozione di testi legislativi da parte dei governi africani e che consentano la risoluzione di problemi giuridici relativi al godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali.

Il meccanismo di salvaguardia prevede inoltre che il potere decisionale sia esercitato dalla Conferenza dei Capi di Stato e di Governo dell'UA in un sistema fortemente gerarchizzato. L'istituzione di una Corte Africana è stata invece prevista dal Protocollo

alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli del 10 giugno 1998 adottato a Ouagadougou, nel Burkina Faso ed entrato in vigore di recente precisamente il 25 gennaio 2004.¹⁷⁹

§Protocollo alla Carta Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti delle donne in Africa

Nel giugno del 1995, l'Assemblea dei Capi di Stato e di Governo dell'Organizzazione dell'Unità Africana (OUA)¹⁸⁰ adottò, durante il seminario svoltosi ad Addis Abeba, Etiopia, la Risoluzione AHG/Res.204 (XXXI) nella quale si faceva esplicita raccomandazione alla Commissione Africana sui diritti umani e dei popoli per l'elaborazione di un protocollo specificamente riferito ai diritti delle donne in Africa.

Tale Protocollo denominato Protocollo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti delle donne in Africa è stato adottato durante la seconda sessione ordinaria dell'Assemblea dell'Unione Africana a Maputo, Mozambico, l'11 luglio del 2003 ma non è ancora entrato in vigore.¹⁸¹ Nel Preambolo del Protocollo si riconosce che nonostante l'articolo 2 della Carta di Banjul sancisca il principio di non discriminazione fondata su motivazioni razziali, sessuali, religiose e culturali e l'articolo 18 faccia solenne appello agli Stati parti per l'eliminazione di ogni discriminazione contro la donna assicurando la protezione di tutti i diritti stipulati nelle dichiarazioni e nelle convenzioni internazionali; nonostante i diritti umani delle donne siano stati

¹⁷⁹ Zanghi C. *La protezione internazionale dei diritti dell'uomo*, Giapichelli, Torino, 2002, pp. 295 e ss.

¹⁸⁰ L'Organizzazione dell'Unità Africana, OUA, è stata creata dalla Conferenza dei Capi di Stato e di Governo riunitasi ad Addis Abeba, Etiopia nel 1963 ed è stata concepita inizialmente come un organismo atto a completare il processo di decolonizzazione e difendere l'indipendenza degli Stati africani di recente costituzione. La sua stessa creazione prescinde quindi dalla problematica dei diritti umani. La necessità della protezione dei diritti umani e delle libertà delle genti africane accennato al Congresso dei giuristi africani a Lagos in Nigeria nel giugno 1961, venne affrontata con un approccio decisamente più realistico nel Congresso di Dakar del giugno 1967, durante il quale venne anche suggerita la creazione di una sottocommissione interafricana dei diritti dell'uomo. Dieci anni dopo, nel 1978 alla seconda Conferenza di Dakar venne sancito il principio dell'indivisibilità e dell'interdipendenza dei diritti umani che preconizzava l'adozione della citata una convenzione sui diritti dell'uomo adottata all'unanimità dalla XVIII Conferenza dei Capi di Stato e di Governo dell'OUA nel 1981. Zanghi C., *op. cit.*, p. 298.

¹⁸¹ Documento scaricabile dai siti: www.stopfgm.org, www.centropacedirttiumani.unipd.it e dal sito www.African-union.org. Per lo stato delle ratifiche del Protocollo di Maputo si rimanda a quanto riportato nella parte conclusiva di questo lavoro.

riconosciuti e garantiti in tutti gli strumenti internazionali sui diritti umani, convenzioni regionali, patti, piani d'azione adottati al termine delle conferenze mondiali delle Nazioni Unite e nonostante si sia riconosciuto il ruolo fondamentale che le donne svolgono nella preservazione dei valori della cultura Africani basati sul principio di uguaglianza, libertà, pace, dignità, giustizia, solidarietà e democrazia, le donne in Africa continuano ad essere vittime di pratiche tradizionali pregiudizievoli che danneggiano la loro normale crescita e il loro sviluppo.

Il Protocollo fornisce una base giuridicamente vincolante per la tutela dei diritti e delle libertà fondamentali della popolazione femminile nel continente africano e in particolar modo nel territorio degli Stati parti del Protocollo medesimo.

In riferimento al tema che stiamo esaminando molti sono gli articoli che trattano sia esplicitamente sia indirettamente del problema della MGF e che possono quindi essere considerati quali efficace supporto legale nella lotta contro tali pratiche.

Intendendo qualsivoglia tipologia di mutilazione perpetrata sui genitali esterni femminili quale atto discriminatorio contro donne e bambine è duopo il riferimento all'articolo 2 del Protocollo:

“1. Gli Stati parti combattono ogni forma di discriminazione contro le donne attraverso appropriate misure di ordine legislativo, istituzionale ed altro. A tale fine essi:

a) inseriscono nelle proprie costituzioni nazionali e in altri strumenti legislativi, se già non è stato fatto, il principio di uguaglianza tra donne e uomini e assicurano la sua effettiva applicazione;

b) adottano e attuano effettivamente adeguate misure legislative o regolamentari, comprese quelle tese a proibire e contrastare tutte le forme di discriminazione in particolare le pratiche che mettono in pericolo la salute e il benessere complessivo delle donne;

c) adottano nelle loro decisioni politiche e normative, nei piani di sviluppo, nelle programmazioni, nelle attività e in ogni altra sfera una prospettiva di genere;

[...]

2. Gli Stati parti si impegnano a modificare i modelli comportamentali in campo sociale e culturale di donne e uomini attraverso l'istruzione pubblica, l'informazione, strategie di educazione e comunicazione al fine di conseguire eliminazione delle prassi culturali

e tradizionali pregiudizievoli nonché le altre prassi basate sull'idea di inferiorità o di superiorità dell'uno o dell'altro sesso o su ruoli maschili e femminili stereotipati”.

L'articolo 3 concerne il diritto alla dignità anch'esso violato dalla pratica mutilatoria:

“1. Ogni donna ha il diritto alla dignità inerente in ogni essere umano e al riconoscimento dei suoi diritti di essere umano e di soggetto giuridico;

2. Ogni donna ha il diritto al rispetto in qualità di persona e al libero sviluppo della propria personalità;

3. Gli Stati Parti adottano e attuano misure appropriate per proibire ogni sfruttamento o svilimento delle donne;

4. Gli Stati Parti adottano e attuano misure appropriate per garantire la protezione del diritto di ogni donna al rispetto della propria dignità e la protezione delle donne da ogni forma di violenza, in modo particolare la violenza sessuale e verbale.”

L'articolo 4 è relativo al diritto della donna (termine che secondo quanto definito dall'articolo 1 del Protocollo è comprensivo di tutto il genere umano femminile) alla vita, all'integrità e alla sicurezza personale drammaticamente violati, come abbiamo precedentemente evidenziato dalle MGF.

“1. Ogni donna ha il diritto del rispetto della propria vita e all'integrità e sicurezza della propria persona.

Tutte le forme di sfruttamento, di punizioni e trattamento crudele inumano o degradante sono proibiti.

2. Gli Stati Parti adottano misure adeguate ed effettive al fine di:

a) approvare e applicare leggi che proibiscano ogni forma di violenza contro le donne, compreso il sesso non voluto o forzato, che la violenza abbia luogo nella sfera pubblica o in quella privata;

b) approvare altre misure legislative, amministrative, sociali ed economiche che risultino necessarie per la prevenzione, la punizione e la radicale eliminazione di tutte le forme di violenza contro le donne;

[...]

d) promuovere attivamente l'educazione alla pace attraverso curricula e iniziative di comunicazione sociale volte a estirpare gli elementi nelle credenze tradizionali e

culturali, le pratiche e gli stereotipi che legittimano e corroborano la persistenza e la tolleranza verso la violenza contro le donne;

e) punire coloro che commettono violenza contro le donne e attuare programmi di riabilitazione delle donne vittime di tali violenze; [...]"

Di primaria importanza è quanto sancito all'articolo 5 del Protocollo nel quale la pratica di mutilazione dei genitali femminili trova specifica menzione. L'articolo evidenzia il divieto per gli Stati parti del Protocollo di permettere nel loro territorio la perpetuazione delle pratiche consuetudinarie lesive dei diritti umani delle donne e la conseguente responsabilità per il fallimento delle politiche e delle misure legislative, amministrative, di educazione adottate per promuoverne il definitivo sradicamento.

"Gli Stati Parti proibiscono e condannano ogni forma di pratiche pregiudizievoli che si ripercuotono negativamente sui diritti umani delle donne e contrari agli standard internazionalmente riconosciuti. Gli Stati Parti adottano ogni misura legislativa o di altro tipo per eliminare tali pratiche, comprese le seguenti:

a) sensibilizzazione in tutti i settori sociali in tema di pratiche pregiudizievoli attraverso l'informazione, l'educazione formale e informale e programmi di recupero;

b) proibizione, anche attraverso provvedimenti legislativi forniti di adeguata sanzione, tutte le forme di mutilazioni genitali femminili, scarificazioni, trattamento medico o paramedico delle mutilazioni genitali femminili e ogni altra pratica, al fine di sradicarle;

c) previsione delle forme necessarie di sostegno alle vittime delle pratiche pregiudizievoli attraverso servizi essenziali quali servizi medici, legali, sostegno giudiziario, assistenza emotiva e psicologica, nonché formazione professionale al fine di rendere le donne capaci di sostenersi reciprocamente;

d) protezione delle donne che corrono il rischio di essere sottoposte a pratiche pregiudizievoli o ad ogni altra forma di violenza, abuso e intolleranza."

Il Protocollo prosegue prevedendo specifiche forme di garanzia e di tutela della condizione della donna in riferimento a particolari tematiche come per esempio il matrimonio, la proprietà o il divorzio. Per favorire il decremento dei matrimoni precoci, causa di gravi danni per lo sviluppo psicofisico della bambina ed ostacolo all'istruzione, il Protocollo stabilisce l'età minima per il matrimonio della donna a 18 anni; viene

incoraggiata la monogamia e viene sancito il principio per cui il matrimonio deve avvenire con il libero consenso di entrambi i nubendi. L'articolo 6 riveste quindi un ruolo decisivo nella lotta contro le mutilazioni genitali in quanto, come abbiamo avuto modo di vedere nei precedenti capitoli, matrimonio precoce e forzato con conseguente gravidanza precoce, poligamia, età avanzata dello sposo sono tutti elementi costituenti il corollario che circonda la pratica rituale delle mutilazioni genitali femminili.

Altro articolo del Protocollo violato dalla mutilazione è l'articolo 14 concernente il diritto alla salute inclusa quella riproduttiva. A tal proposito può essere fatto riferimento al primo comma:

“ 1. Gli Stati Parti assicurano che il diritto delle donne alla salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva, sia rispettato e sostenuto.”

L'importanza del Protocollo di Maputo è senza dubbio evidente. Costituisce una presa di posizione e una testimonianza concreta dell'impegno degli Stati africani di opporsi definitivamente alle pratiche tradizionali dannose e ai danni che esse comportano, attraverso il solennemente riconoscimento alle donne di quei diritti e di quelle libertà da troppo tempo negate.

§Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali

La Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali è stata adottata dal Consiglio d'Europa nel 1950 ed è entrata in vigore nel 1953.¹⁸² Si tratta di uno strumento giuridico fondamentale in materia di diritti umani in quanto in esso trova statuizione la Corte europea sui diritti umani con sede a Strasburgo, Corte a cui possono ricorrere in caso di violazione delle norme della Convenzione non solo gli stati firmatari, ma anche gli individui, persone fisiche, organizzazioni non

¹⁸² 213 UNTS 222. Lo Statuto del Consiglio d'Europa firmato il 5 maggio del 1949 è ispirato “ai principi di libertà individuali, di libertà politica e di preminenza del diritto, sui quali si fonda ogni vera democrazia”. Fra i compiti dell'Organizzazione figurano “la tutela e lo sviluppo dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali”, mentre l'articolo 3 dello Statuto dispone che “ogni membro del Consiglio d'Europa riconosce il principio della preminenza del diritto e il principio in virtù del quale ogni persona sottoposta alla sua giurisdizione deve godere dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali”. Dal sito: www.coe.int

governative, gruppi di privati che lamentano di essere state vittime di una violazione dei diritti riconosciuti nella Convenzione o nei suoi Protocolli facoltativi, commessa da uno Stato parte.¹⁸³

La Convenzione non contiene alcun specifico riferimento alla pratica delle mutilazioni genitali femminili o ad altre pratiche tradizionali o consuetudinarie dannose e lesive del diritto all'integrità fisica della persona umana. Tuttavia vi sono numerosi articoli che sono richiamabili quanto si parla di MGF.

Art. 2 “ 1. Il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge [...]”.

Il diritto di ogni persona alla vita è un diritto fondamentale e non può essere derogato in tempo di pace. Il diritto alla vita è protetto dalla legge: ciò significa che sullo Stato grava non soltanto un obbligo di “non fare”, ma anche un obbligo positivo di emanare una legislazione idonea a reprimere ogni attentato alla vita incompatibile con quanto sancito dall'articolo 2. Si richiama qui implicitamente il dovere dello Stato di emanare apposite leggi che bandiscano le MGF.

L'articolo 8 sancisce “*il diritto di ognuno al rispetto della vita privata e familiare [...]”.*

La nozione di “rispetto”, interpretata in modo estensivo dalla giurisprudenza, implica la previsione di obblighi positivi dello Stato inerenti al rispetto effettivo della vita privata al fine di eliminare gli ostacoli al pieno sviluppo della personalità. Il rispetto della vita familiare impone l'astensione, da parte delle autorità, da ogni ingerenza nelle relazioni che intercorrono tra genitori e figli, salvo casi eccezionali in cui tali ingerenze rispondano ad esigenze sociali fondamentali o avvengano nell'interesse del minore. Sulla base di quanto detto nel caso di pericolo di esecuzione di interventi di mutilazione genitale ad opera e su componenti del nucleo familiare, data la gravità della situazione, le autorità sono quindi abilitate ad intervenire nella vita privata nel superiore interesse della vittima senza per questo configurare la violazione di quanto sancito dall'articolo 8.

¹⁸³ Zanghi C., *op. cit.*, pp. 141 e ss.

§Carta sociale europea

La Carta sociale europea,¹⁸⁴ adottata a Torino nel settembre 1961 ed entrata in vigore nel febbraio 1965, è uno strumento normativo del Consiglio d'Europa. Una versione riveduta è stata adottata il 3 maggio 1996, entrata in vigore successivamente il 1° settembre 1999.

Il sistema di controllo della Carta sociale riveduta è lo stesso previsto dalla Carta nella sua versione originaria, eventualmente integrato per gli Stati che hanno ratificato il Protocollo addizionale¹⁸⁵ del 19 novembre 1995, da un meccanismo di ricorsi collettivi. In relazione al problema delle MGF devono citarsi i seguenti articoli del presente documento:

Art. 7 relativo al diritto dei bambini e degli adolescenti ad una tutela.

“Per garantire l’effettivo esercizio del diritto dei bambini e degli adolescenti ad una tutela, le parti si impegnano:

[...]

10. ad assicurare una protezione speciale contro i danni fisici e morali ai quali i fanciulli e gli adolescenti sono esposti, e specialmente contro quelli che derivano in maniera diretta o indiretta dal loro lavoro”.

Art. 11, relativo al diritto alla protezione della salute:

“Per assicurare l’esercizio effettivo del diritto alla protezione della salute, le Parti contraenti si impegnano ad adottare sia direttamente, sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, misure adeguate, volte in particolare:

a) ad eliminare, per quanto possibile le cause di salute deficitaria;

b) a prevedere consultori e servizi d’istruzione riguardo al miglioramento della salute ed allo sviluppo del senso di responsabilità individuale in materia di salute; [...].”

¹⁸⁴ CETS n° 035, 529 UNTS 89

¹⁸⁵ CETS n° 128, in vigore dal 1°luglio 1998.

3.3.3. MGF e diritti dei fanciulli: strumenti legislativi internazionali e regionali orientati alla specifica tutela dei diritti del fanciullo

Poiché come abbiamo precedentemente evidenziato la mutilazione dei genitali femminili è una pratica determinata, nella maggioranza dei casi, da una funzione iniziatica di passaggio all'età adulta e per tale ragione coinvolge soprattutto bambine e giovani adolescenti, nel corso di questo lavoro risulta indispensabile analizzare quanto espressamente previsto dagli strumenti giuridici sia internazionali che regionali che si occupano in modo specifico della tutela dei diritti dell'infanzia.

§Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia (CRC)

A livello internazionale è doveroso citare la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia¹⁸⁶ adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con Risoluzione 44/25 del 20 novembre del 1989 ed entrata in vigore il 2 settembre 1990.

Questa Convenzione ha rappresentato fin dalla sua adozione una pietra miliare per la tutela dei bambini e dei loro diritti e si qualifica quale strumento giuridico di estrema rilevanza nel panorama dei trattati internazionali sui diritti umani. Esso svolge un ruolo cardine nella lotta contro le pratiche tradizionali dannose quali le MGF.

Quattro sono i principi fondamentali che hanno costituito la base per la formulazione della Convenzione:

- 1) Il principio di non discriminazione sancito dall'articolo 2 in riferimento al quale ogni Stato parte deve garantire a tutti i bambini e le bambine nell'ambito della propria giurisdizione il godimento di tutti i diritti senza discriminazione alcuna sia essa fondata sul sesso, sulla razza, sulla religione, sull'origine etnica, nazionale o sociale.
- 2) Il superiore interesse del/lla bambino/a definito all'articolo 3, in base al quale tutte le istituzioni di assistenza sociale pubblica e privata, i tribunali e gli organi legislativi ed amministrativi sono chiamati a valutare l'impatto

¹⁸⁶ Adottata con Risoluzione dell'Assemblea Generale 44/25, 444 UN GAOR Supp. (No.49) UN Doc. A/RES/44/49, 30 ILM 1448. Gli Stati parte nel 2004 sono 191. Dal sito: www.unhcr.ch/pdf/report.pdf

delle proprie decisioni sui minori partendo dal presupposto della priorità assoluta dell'interesse del bambino.

- 3) Il diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo sancito dall'articolo 6, nel quale con il termine sviluppo si intende sia lo sviluppo fisico sia quello emotivo, spirituale, sociale e culturale.
- 4) Il dovere di ascoltare l'opinione del bambino/a. L'articolo 12 prevede infatti che il minore debba sempre essere messo in grado di esprimere liberamente la propria opinione su questioni che lo interessano.

Il fanciullo viene considerato nella Convenzione soggetto portatore di diritti umani fondamentali a tutti gli effetti che gli Stati devono promuovere e tutelare impegnandosi ad adottare tutte le misure legislative, amministrative e giudiziarie opportune per garantire il rispetto e l'implementazione dei diritti sanciti dalla Convenzione.

In riferimento al tema delle mutilazioni genitali femminili, si devono considerare l'art. 6 che recita testualmente: *“1. Gli Stati parti riconoscono che ogni fanciullo ha un diritto inerente alla vita. 2. Gli Stati parti assicurano in tutta la misura del possibile la sopravvivenza e lo sviluppo del fanciullo”* e l'art.19: *“1. Gli Stati parti adottano ogni misura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per tutelare il fanciullo contro ogni forma di violenza, di oltraggio o brutalità fisiche o mentali, di abbandono e negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro, o ad entrambi i suoi genitori, al suo rappresentante legale (o rappresentanti legali), oppure ad ogni altra persona che ha il suo affidamento.”*

L'art. 24 afferma:

“1. Gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del migliore stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi.

2. Gli Stati parti si sforzano di garantire l'attuazione integrale del summenzionato diritto ed in particolare, adottano ogni adeguato provvedimento per:

a) diminuire la mortalità tra bambini lattanti ed i fanciulli;

b) assicurare a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie;

[...]

d) *garantire alle madri cure prenatali e postnatali;*

[...]

3. *Gli Stati parti devono adottare ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori”.*

Quest’ultimo articolo svolge un ruolo di estrema importanza nel definire l’impegno degli Stati nella lotta contro la mutilazione degli organi genitali esterni delle bambine per sconfiggere la quale l’educazione sanitaria svolge un ruolo cruciale. I governi sono chiamati ad intraprendere programmi di educazione destinati a donne e bambine di ogni età e status economico e sociale.

Art. 37: *“Gli Stati parti vigilano affinché:*

a) *nessun fanciullo sia sottoposto a tortura o a pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti. [...]*”

Art. 39: *“Gli Stati parti adottano ogni adeguato provvedimento per agevolare il riadattamento fisico e psicologico ed il reinserimento sociale di ogni fanciullo vittima di ogni forma di negligenza, di sfruttamento o di maltrattamenti; di torture o di ogni altra forma di pene o di trattamenti crudeli, inumani o degradanti, o di un conflitto armato. Tale riadattamento e tale reinserimento devono svolgersi in condizioni tali da favorire la salute, il rispetto della propria persona e la dignità del fanciullo.”*

Alla luce di quanto finora dichiarato non possiamo non menzionare alcune considerazioni contenute nelle Concluding observations emesse dal Comitato sui diritti del fanciullo (CRC) in riferimento ai rapporti presentati dagli Stati parte dell’omonima Convenzione.

Tra le numerose osservazioni conclusive che si potrebbero riproporre in questo contesto si consideri quella emessa dal Comitato il 10 dicembre 1997 conseguentemente al rapporto iniziale presentato dal Togo.¹⁸⁷ In questa occasione il Comitato ha espresso profondo sconcerto di fronte alla forte incidenza che le pratiche tradizionali dannose, in particolar modo le MGF, continuano ad avere nel paese nonostante le campagne di sensibilizzazione e la sempre più crescente mobilitazione della comunità

¹⁸⁷ CRC/C/3/Add.42

internazionale.¹⁸⁸ Il Comitato ha inoltre sottolineato come, nonostante il diritto all'educazione sia garantito ed espressamente previsto dagli artt. 28 e 29 della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia, ed esista quindi un dovere effettivo a carico degli Stati membri consistente nell'assicurare un'educazione di base libera, universale e gratuita per tutti i bambini senza distinzione alcuna, il livello scolastico in tutto il Paese continua ad essere estremamente basso mentre elevata è la percentuale di abbandoni soprattutto tra le bambine. Per ovviare alle difficoltà e ai problemi riscontrati con l'analisi del rapporto il CRC raccomanda allo Stato di intraprendere uno studio globale sulla compatibilità della legislazione nazionale con i principi e le previsioni della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia. Incita inoltre il governo togolese a compiere seri sforzi per abolire tutte le pratiche tradizionali dannose sostenendo la preparazione di una legge di proibizione delle MGF e sottolinea l'urgente necessità di una completa e tempestiva implementazione di tale legge raccomandando lo svolgimento di campagne di informazione che coinvolgano tutti i settori sociali compresi i leader tradizionali, la cui partecipazione è fattore determinante al fine di promuovere un concreto cambiamento delle abitudini e degli atteggiamenti tradizionali.¹⁸⁹ Tra le Concluding observations più recenti si ricordi quella predisposta dal CRC nel luglio del 2001, in seguito all'analisi del rapporto presentato dal governo tanzaniano.¹⁹⁰ Anche in questo paese, sottolinea il Comitato, non esiste alcuna legge specifica che vieti le pratiche mutilatorie nonostante esse siano estremamente diffuse soprattutto nelle zone più interne. Per questo motivo il CRC invita il governo ad

¹⁸⁸ Ricordiamo che la tipologia mutilatoria prevalentemente praticata nel paese è l'escissione con un'incidenza che oscilla intorno al 12%. A tale proposito si veda la tabella riproposta a p. 46, par. 1.5, capitolo primo.

¹⁸⁹ Si vedano inoltre: CRC/C/15/Add.55, June 7, 1996, Concluding observations of the Committee on the Rights of the Child: Zimbabwe; CRC/C/15/Add.67, January 24, 1997, Concluding observations of the Committee on the Rights of the Child: Ethiopia. Anche in tale occasione il CRC incoraggia il Governo etiopico e le Ong ad una collaborazione sinergica finalizzata a proteggere e a promuovere i diritti dei bambini in particolar modo fornendo alle famiglie informazioni sulla trasmissione dell'HIV/AIDS e svolgendo campagne informative sulle pratiche tradizionali dannose. Il CRC saluta con soddisfazione la creazione del National Committee on traditional practices la cui attività mira a raccogliere e diffondere informazioni in modo particolare sulle MGF che in Etiopia hanno una fortissima incidenza e sono presenti in tutte le tipologie (vedi capitolo primo e in particolare il par. 1.5, p. 45, nota n° 52); CRC/C/15/Add.80, December 21, 1997, Concluding observations of the Committee on the Rights of the Child: Uganda; CRC/C/15/Add.102, May 10, 1999.

¹⁹⁰ CRC/C/15/Add.156, July 9, 2001, Concluding observations of the Committee on the Rights of the Child: United Republic of Tanzania.

incrementare gli sforzi per combattere il fenomeno mutilatorio e con esso tutte le altre pratiche dannose che minacciano il benessere, la salute e l'esistenza stessa delle bambine quali l'infanticidio della figlia femmina e il matrimonio precoce.

§Carta Africana sui diritti e il benessere del fanciullo

La Carta Africana sui diritti e il benessere del fanciullo¹⁹¹ è stata adottata dall'Organizzazione per l'Unità Africana (Oua) ad Addis Abeba nel luglio 1990 ed è entrata in vigore il 29 novembre del 1999. Il riferimento alla pratica mutilatoria fatto da tale strumento regionale giuridicamente vincolante è evidente se si considera l'art. 21, primo comma:

“Gli Stati firmatari della presente Carta devono prendere tutte le misure appropriate per abolire le pratiche consuetudinarie, sociali e culturali dannose per il benessere, la normale crescita e lo sviluppo del/della bambino/a e in particolare:

- a) i costumi e le pratiche pregiudizievoli per la salute e la vita del bambino/a;*
- b) i costumi e le pratiche discriminatorie per il bambino/a sulla base del sesso o di altre cause.”*

Si evidenzia quindi, ancora una volta il dovere dei governi degli Stati parte di agire al fine di promuovere l'abolizione delle pratiche pregiudizievoli viste quali ostacoli alla normale crescita e al corretto sviluppo della bambina.

3.3.4. La questione delle mutilazioni genitali femminili negli organismi del sistema diritti umani delle Nazioni Unite¹⁹²

In aggiunta alle osservazioni e alle raccomandazioni concernenti il tema trattato frutto dell'attività dei diversi comitati pattizi istituiti dai trattati internazionali sui diritti umani, alcune delle quali sono state analizzate nei paragrafi precedenti, contributo fondamentale per lo sradicamento delle pratiche mutilatorie è stato fornito dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite che più volte si è occupata del problema

¹⁹¹ OUA Doc.CAB/LEG/24.9/49 (1990). Attualmente gli Stati parti sono 33

¹⁹² Le informazioni utilizzate nel seguente paragrafo sono state reperite dai siti: www.stopfgm.org; www.who.int; www.unhchr.org.

attraverso la formulazione di specifiche risoluzioni. A tale proposito può essere menzionata la Risoluzione 54/133 adottata dall'Assemblea Generale nel febbraio del 2000 nel corso della sua 54° sessione. Con tale Risoluzione, in riferimento ai rapporti della Relatrice speciale sulle pratiche tradizionali dannose per la salute di donne e bambini della Sottocommissione per la promozione e protezione dei diritti umani e della Relatrice speciale sulla violenza contro le donne sue cause e conseguenze della Commissione diritti umani, l'Assemblea Generale ha riaffermato il dovere degli Stati di promuovere e proteggere i diritti umani e le libertà fondamentali conformemente a quanto stabilito nella Carta delle Nazioni Unite e nei trattati internazionali successivamente adottati. L'Assemblea Generale dopo aver espresso sconcerto e preoccupazione per la sempre più evidente diffusione di tali pratiche ha fatto appello agli Stati affinché ratifichino senza riserve i trattati internazionali sui diritti umani in particolar modo la Convenzione Cedaw e la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia, impegnandosi a rispettare i diritti e promuovere una completa implementazione degli obblighi in essi stabiliti.

Gli Stati devono inoltre impegnarsi nella raccolta e nella conseguente diffusione di tutte le informazioni relative al fenomeno mutilatorio, alla sua frequenza e alla sua distribuzione sul territorio nonché creare servizi di supporto al fine di dare una risposta adeguata alle necessità e ai bisogni delle vittime intensificando gli sforzi per accrescere la consapevolezza dell'opinione pubblica nazionale ed internazionale sugli effetti dannosi di dette pratiche.

Nell'agosto 2001 sulla base di quanto previsto dalla sopra citata Risoluzione 54/133 dell'Assemblea Generale, il Segretario Generale delle Nazioni Unite ha predisposto un in materia un rapporto dal titolo: *“Traditional or customary practices affecting the health of women and girls”*¹⁹³ che fornisce interessanti informazioni sui progressi compiuti e le azioni programmate nei diversi forum delle Nazioni Unite, sia a livello regionale che internazionale al fine di dare effettiva implementazione a quanto previsto nella Risoluzione dell'Assemblea Generale.

Il rapporto si basa sulle informazioni pervenute al Segretario Generale dagli Stati membri e dagli organi delle Nazioni Unite e descrive le azioni intraprese

¹⁹³ A/56/316

dall'Assemblea Generale, dalla Csw, dalla Commissione sui diritti umani, dalla Sottocommissione, dai comitati previsti dai trattati internazionali sui diritti umani e dalle agenzie specializzate.

Per quanto concerne le misure di carattere legislativo il rapporto evidenzia come alcuni Stati membri, inclusa l'Algeria e l'Iraq, abbiano introdotto nella loro legislazione specifiche disposizioni normative aventi lo scopo di condannare esplicitamente la violenza fisica e corporale. L'Iraq ha adottato leggi ad hoc finalizzate alla garanzia e alla protezione contro talune pratiche tradizionali dannose tra cui la legge che proibisce i matrimoni forzati.

Diversi paesi hanno inoltre fornito informazioni circa l'adozione di adeguati provvedimenti legislativi riguardanti in modo specifico le MGF come per esempio il Burkina Faso che ha recentemente introdotto una normativa che bandisce la pratica prevedendo pene severissime in caso di violazione. L'Etiopia e le Maldive hanno invece fatto notevoli progressi arrivando a modificare il diritto di famiglia e portando a 18 anni l'età minima necessaria per contrarre matrimonio.

In ambito occidentale anche i governi di Norvegia ed Olanda, di fronte alla forte diffusione della mutilazione tra le comunità africane immigrate nei rispettivi paesi hanno deciso l'adozione di precise disposizioni normative di condanna della pratica. Tali disposizioni sono applicate, come vedremo più approfonditamente in seguito, a tutti coloro che, cittadini dei due paesi o ivi residenti, risultino implicati nell'esecuzione di un intervento mutilatorio indipendentemente dal fatto che il reato sia stato compiuto all'interno o al di fuori dei confini nazionali.

Per quanto concerne i progressi fatti grazie all'impegno delle istituzioni nazionali e della società civile, il Segretario Generale ha evidenziato la presa di posizione di un magistrato keniota che ha sentenziato in favore di due ragazze sottoposte dal padre all'intervento di circoncisione. Il magistrato ha punito il padre per aver forzatamente sottoposto le figlie a tale intervento definito ripugnante per la moralità e la giustizia, e violazione dei diritti umani fondamentali.

Nonostante le raccomandazioni e i rapporti citati non siano legalmente vincolanti hanno da sempre costituito una base fondamentale per l'adozione di specifici strumenti internazionali. Inoltre, come ho già avuto modo di evidenziare, appelli a favore

dell'eliminazione delle pratiche tradizionali pregiudizievoli sono contenuti in documenti adottati al termine delle Conferenze regionali e mondiali come il Programma d'Azione della Conferenza del Cairo¹⁹⁴ e la Dichiarazione e il Programma d'Azione di Pechino emanato al termine della Quarta Conferenza Mondiale sulle Donne svoltasi nel 1995.¹⁹⁵ Sempre considerando i documenti scaturiti dall'attività degli organi delle Nazioni Unite in riferimento alla pratica mutilatoria si devono citare le conclusioni concordate, "agreed conclusions" della Commissione sulla condizione della donna, Csw.

Nel 1998 con l'agreed conclusions sulla violenza contro le donne¹⁹⁶ la Commissione chiese agli Stati parti dei trattati internazionali sui diritti umani di compilare opportuni rapporti e fornire informazioni sull'estendersi del fenomeno della violenza contro le donne, inclusa la violenza domestica e sulle eventuali misure necessarie per la loro definitiva eliminazione.

Anche la Csw ha posto l'accento sulla necessità di sviluppare ed attuare leggi nazionali che proibiscano le pratiche culturali pregiudizievoli concetto ribadito successivamente in un'altra osservazione concordata della Csw, l'agreed conclusions sui diritti umani delle donne sempre del medesimo anno. La Commissione ha evidenziato la necessità di promuovere lo sviluppo di un ambiente sano che permetta alle donne di godere dei loro diritti, assicurando l'implementazione della legislazione nazionale in materia di pratiche dannose, la discriminazione contro le donne ed ogni altra violazione anche attraverso opportuni programmi di educazione e formazione.

Infine poiché le principali vittime della pratica sono giovani donne e bambine importante è l'osservazione conclusiva della Csw, sempre del 1998, dedicata all'infanzia.¹⁹⁷

Nel 2001 la CSW ha adottato, durante la sua 55^o sessione una conclusione concordata concernente le donne, le bambine e l'Aids nella quale riconosce la relazione esistente tra l'AIDS e le pratiche tradizionali dannose.

¹⁹⁴ Cairo, Egitto, 5-13 settembre 1994, UN Doc. A/CONF. 171/13/Rev.I.

¹⁹⁵ Pechino, Cina, 4-15 settembre 1995, UN DPI/1766/Wom 1996.

¹⁹⁶ Commission on the Status of Women, *Violence against Women*, Agreed Conclusions, Forty-second session, 2-13 March 1998, Agenda item 3(c).

¹⁹⁷ Commission on the Status of Women, *The girl child*, Agreed Conclusions, Forty-second session, 2-13 March 1998, Agenda item 3 (c).

Anche la Commissione sui diritti umani ha dedicato attenzione alla pratica mutilatoria.¹⁹⁸

Nella sua risoluzione 2001/49 del 24 aprile 2001 relativa all'eliminazione della violenza contro la donna ha sottolineato come il termine violenza debba essere utilizzato per indicare ogni atto che si basa sul genere e che si traduca in un danno fisico, sessuale o psicologico e sia causa di gravi sofferenze per le donne mentre con la risoluzione 2001/75 del 25 aprile 2001 concernente i diritti del bambino la Commissione ha fatto appello a tutti gli Stati affinché adottino le misure necessarie per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le bambine.

Per quanto concerne l'attività della Sottocommissione sulla promozione e la protezione dei diritti umani, tale organo con la risoluzione 2001/13 dell'agosto del 2001¹⁹⁹ ha fatto appello perché si intensifichino gli sforzi volti ad incrementare ed accrescere la consapevolezza degli effetti dannosi delle mutilazioni genitali, mobilitando l'opinione pubblica nazionale, promuovendo l'educazione, l'informazione e la formazione. Ha inoltre incentivato le Ong impegnate nel settore di continuare a dedicare parte della propria attività alla sconfitta di dette pratiche e delle motivazioni che ne alimentano la perpetuazione appellandosi alla comunità internazionale affinché fornisca il supporto tecnico, finanziario e materiale necessario.

Abbiamo già evidenziato in precedenza come nel corso della sua attività la Sottocommissione abbia provveduto alla nomina di uno dei suoi membri, Mrs Halima Embarek Warzazi (Marocco), quale Relatrice Speciale del WG sulle pratiche tradizionali dannose.²⁰⁰

Nel rapporto preliminare²⁰¹ presentato alla Sottocommissione nella sessione del 1989, la Relatrice esprimeva preoccupazione per la mancanza di informazioni e per come tali pratiche delineassero un pericolo per il godimento dei diritti umani delle vittime.

Il rapporto finale²⁰² fu realizzato sulla base delle informazioni ricevute dalle Ong e dai diversi organismi della Nazioni Unite e raccolte durante missioni compiute direttamente sul campo in Sudan e Gibuti.

¹⁹⁸ Dal sito: www.stopfgm.org "*Human Right instruments*".

¹⁹⁹ 2000/10.

²⁰⁰ Dal sito: www.unhchr.ch/html/menu2/2/sc.htm.

²⁰¹ UN Doc. E/Cn.4/Sub.2/1989/42 and Add.1.

Queste missioni, insieme a due seminari regionali sulle pratiche tradizionali organizzati dal Centro per i diritti umani in Africa e Asia (Burkina Faso 1991; Sri Lanka 1994) hanno decisamente contribuito ad una migliore comprensione del fenomeno²⁰³.

In seguito con la risoluzione 1994/30, del 26 agosto 1994, la Sottocommissione adottò il Piano d'azione per l'eliminazione delle pratiche tradizionali dannose e pregiudizievoli per la salute di donne e bambine, preparato nell'ambito del seminario svoltosi nel Sri Lanka nel 1991.²⁰⁴

La risoluzione inoltre faceva appello al Segretario Generale di trasmettere il Piano d'azione alla Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo, che si sarebbe svolta al Cairo nel settembre 1994, e alla Quarta Conferenza Mondiale sulle Donne, tenutasi a Pechino nel 1995.

In riferimento alla recente attività della Relatrice Speciale il quarto e il quinto rapporto²⁰⁵ forniscono una visione riassuntiva di tutte le azioni intraprese sia a livello nazionale sia a livello internazionale per combattere le pratiche tradizionali dannose.

La relatrice ha rinnovato il suo appello rivolto alle nazioni maggiormente investite dai flussi migratori internazionali affinché sviluppino effettivi programmi volti a combattere tali pratiche in conformità alle leggi nazionali e gli standard internazionali nel rispetto dei valori e del bagaglio culturale delle popolazioni immigrate. Le politiche, sottolinea la relatrice, devono essere tali da permettere il cambiamento delle tradizioni nocive non pregiudicando la cultura dei popoli coinvolti, obiettivo particolarmente

²⁰² UN Doc. E/Cn.4/Sub.2/1991/6)

²⁰³ Il Primo seminario svoltosi a Ouagadougou dal 29 aprile al 3 maggio nel 1991, vide la partecipazione di esperti africani, rappresentanti dei governi nazionali, delle agenzie specializzate, delle organizzazioni governative e Ong con l'impegno di valutare le implicazioni sui diritti umani delle pratiche tradizionali quali la circoncisione femminile, e per raccogliere dai partecipanti informazioni sulle misure adottate dalle rispettive organizzazioni governative e non. Il seminario fu organizzato dal Centro delle Nazioni Unite per i diritti umani in collaborazione con il governo locale. Sulla base di una raccomandazione adottata durante il Seminario i governi furono chiamati a ratificare ed assicurare l'effettiva implementazione degli strumenti internazionali, soprattutto quelli relativi alla protezione di donne e bambine. United Nations, Economic and Social Council. Report of the United Nations Seminar on traditional practices affecting the health of women and children, Ouagadougou, Burkina Faso (E/Cn.4/Sub.2/1991/48). Nel secondo seminario, che si svolse nello Sri Lanka, vennero nuovamente discussi tali problemi. Degani P., *Nazioni Unite e "Genere": il sistema di protezione internazionale dei diritti umani delle donne*, Research Papers 1/2001, Centro di studi e di formazione sui diritti della persona e dei popoli, Università di Padova, pp. 15 e ss.

²⁰⁴ Plan of Action for the elimination of harmful tradition practices affecting the health of women and children, Second United Nations Regional Seminar on traditional practices affecting the health of women and children, Colombo, Sri Lanka, 4-8 July 1994, (E/CN.4/Sub.2/1994/10/Add.1 Corr.1).

²⁰⁵ E/CN.4/Sub.2/2000/17 e E/CN.4/Sub.2/2001/27

arduo in riferimento a quelle pratiche radicate da secoli nelle tradizioni che trovano fondamento nell'autorità patriarcale e nella dominazione maschile determinando una forte discriminazione e una totale indifferenza nei confronti del destino femminile. Infine tali concetti sono stati ribaditi nell'ultimo rapporto presentato dalla Relatrice nel giugno 2004.²⁰⁶

Anche lo Special Rapporteur della Commissione sui diritti umani sulla promozione e la protezione del diritto alla libertà di opinione e di espressione ha fatto riferimento alle pratiche mutilatorie. Nel suo rapporto relativo alla visita compiuta in Sudan²⁰⁷ nel 2000 il Relatore ha riferito della promulgazione da parte del Governo Sudanese di una legge che bandisce la circoncisione femminile e dell'organizzazione di incontri, inclusa la conferenza svoltasi nell'aprile 1999, riguardanti tale problema.

§La Dichiarazione congiunta dell'Oms, UNICEF, UNFPA dell'aprile del 1997

Come ho già avuto modo di sottolineare in precedenza l'impegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità contro le MGF risale ai primi anni cinquanta. Tra il 1958 e il 1961, l'Organizzazione si preoccupò di presentare al Consiglio Economico e Sociale importanti rapporti contenenti considerazioni mediche sulle molteplici gravi complicazioni derivanti dalle pratiche mutilatorie definite in seguito come un serio problema di salute pubblica che "attenta alla salute fisica, sessuale, riproduttiva e mentale delle donne".

Negli anni '85-'86, gruppi di esperti designanti dalla Sottocommissione per la protezione e la promozione dei diritti umani, dell'Unicef, dell'Unesco e dell'Oms, si riunirono al fine di programmare opportune strategie volte all'abolizione di tali pratiche e nel 1997 l'Oms, l'Unfpa e l'Unicef elaborarono una dichiarazione congiunta²⁰⁸ con la quale le tre agenzie richiesero l'impegno dei governi e delle comunità internazionale

²⁰⁶ E/CN.4/Sub.2/2004/41, June 17, 2004, Specific Human Rights Issues. Women and Human Rights, eighth report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and the girl child, prepared by Mrs Halima Embarek Warzazi in accordance with General Assembly Resolution 53/208 B, paragraph 8.

²⁰⁷ E/CN.4/2000/63/Add.1

²⁰⁸ World Health Organization, "Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement", 1997. Dal sito: www.who.int.

nell'attività di promozione e di tutela della salute, del benessere e dello sviluppo di donne e bambine, prendendo posizione contro la pratica mutilatoria.

La dichiarazione definisce la mutilazione compiuta sui genitali esterni femminili come una *“violazione dei diritti umani fondamentali”* quali il diritto a ottenere il più alto livello possibile di salute fisica e mentale, il diritto alla vita e il diritto alla sicurezza personale.

Essa afferma:

“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 e culturali 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 avere effetti dannosi sulla salute, e questo è spesso il caso delle pratiche tradizionali che riguardano le bambine, le relazioni tra uomini e donne, il matrimonio e la sessualità”.

[...]

“L'obiettivo della Dichiarazione non è né quello di condannare, né quello di criticare. È però 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 e 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”.

Siamo di fronte ad una evidente presa di coscienza del problema mutilatorio sia a livello internazionale sia soprattutto a livello locale. Vi è la consapevolezza che il contesto culturale cambi a seconda della tipologia di mutilazione praticata e che quindi, per arrivare al completo sradicamento, sia di vitale importanza capire esattamente il panorama economico, politico, sociale e culturale nel quale la pratica è perpetuata. Non è assolutamente pensabile che tale eliminazione possa avvenire semplicemente attraverso i pur indispensabili interventi medici volti a mitigare i danni e le malattie da essa derivanti. Al contrario è fondamentale promuovere un approccio multidisciplinare che preveda, ove se ne avverta la necessità, l'approvazione di leggi che vietino le mutilazioni e la realizzazione di gruppi di lavoro tra le diverse agenzie Onu che comprendano i rappresentanti dei ministeri interessati dalla pratica, di Ong impegnate sul campo e professionisti. Tali gruppi di lavoro devono dar vita ad un'intensa attività di monitoraggio di tutte le azioni intraprese per l'eliminazione delle MGF.

Si avverte inoltre la necessità di sostenere il finanziamento di ricerche concernenti i vari aspetti delle MGF, non tralasciando le motivazioni per le quali continuano ad essere tutt'oggi diffusamente praticate al fine di meglio comprendere e individuare i mezzi più appropriati per la loro completa eliminazione.

Secondo quanto si evince dalla Dichiarazione, deve essere sottolineata l'importanza dell'organizzazione di incontri nei villaggi principalmente colpiti dal problema per coinvolgere i capi villaggio e i leader religiosi in programmi di educazione ed informazione sugli aspetti devastanti degli interventi.

Nel 1999 l'Oms ha pubblicato uno studio intitolato *“Female genital mutilation, programme to date: what works and what doesn't”*²⁰⁹ che contiene la revisione dei programmi fino ad allora attuati concernenti la pratica mutilatoria mentre nel 2001 l'organizzazione si è dedicata all'elaborazione di materiali educativi (linee guida per gli insegnanti; manuali per studenti) al fine di integrare il problema delle MGF nel curricula di infermieri ed ostetrici compensando così il gap professionale esistente e

²⁰⁹ WHO/CHS/WMH/99.5

ponendo di conseguenza il personale medico nelle condizioni di poter prevenire ed affrontare in modo adeguato le eventuali complicazioni sanitarie determinate dalla pratica. Un rapporto del comitato tecnico dell'Oms relativo alla gravidanza, il parto e il periodo post-partum in presenza di MGF sottolinea i progressi e le attività svolte per la prevenzione e l'eliminazione della pratica.²¹⁰

§Gli appelli dell'Unicef

Il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (Unicef) ha fin dalla sua istituzione supportato un programma di attività ad ampio raggio per promuovere l'avanzamento ed il progresso femminile.

La Convenzione sui diritti dell'infanzia e gli sforzi che ne hanno fatto seguito, hanno stimolato l'azione a livello regionale, nazionale e anche internazionale, favorendo la mobilitazione di ampi settori di società civile impegnati nella battaglia contro l'eliminazione di tutte le pratiche sociali e culturali discriminatorie.

Si è avvertita la necessità di intensificare attraverso il supporto di gruppi locali e regionali l'adozione di appropriate politiche nonché degli sforzi compiuti dal Fondo al fine di promuovere cambiamenti delle attitudini e dei comportamenti dannosi. Nel maggio 1994 il Comitato Esecutivo dell'Unicef su richiesta del Direttore Esecutivo diede priorità assoluta alle attività che si sforzavano di promuovere l'uguaglianza di genere e ai programmi di sviluppo formulati sulla base delle specifiche esigenze di alcuni paesi e delle previsioni contenute sia nella Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia, sia nella Convenzione Cedaw.²¹¹

Le priorità di queste azioni includevano l'introduzione di considerazioni di genere nei programmi nazionali aventi l'obiettivo di eliminare tutte le disparità che esistono ad ogni livello nella vita di donne e bambini e la promozione della ratifica e della concreta implementazione della CRC. Per il raggiungimento di tali obiettivi gli uffici regionali dell'Unicef sull'eliminazione della discriminazione contro la donna hanno lavorato e

²¹⁰ WHO/FCH/GWH/01.2; WHO/RHR/01.13

²¹¹ Dal sito: www.stopfgm.org

lavorano tutt'ora impegnati in una collaborazione sinergica con le Ong e i governi, i leader religiosi, i professionisti del settore sanitario e gli educatori.

In riferimento alla campagna promossa dall'Unicef contro le MGF molti sono stati gli appelli che l'Organizzazione ha formulato ai governi auspicando un impegno concreto al fine di raggiungere una completa e definitiva eradicazione del fenomeno.

Ricordando i più recenti nel febbraio del 2003, in occasione di un meeting organizzato presso il quartier generale dello Iac ad Addis Abeba, il Direttore Esecutivo dell'Organizzazione Carol Bellamy proclamò *"The First International Day of Zero Tolerance of FGM"*.

In tale occasione il Direttore notò che sei degli otto maggiori obiettivi prefissati e definiti dai membri delle Nazioni Unite come gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio²¹² riguardavano l'infanzia e sottolineò come lo sradicamento definitivo di ogni forma di MGF fosse un traguardo fondamentale per il raggiungimento di almeno due di questi obiettivi: la salvaguardia e il miglioramento della salute materna e la promozione dell'uguaglianza di genere.

La Direttrice Esecutiva dell'Unicef ha inoltre messo in risalto il valore del lavoro svolto dalla leadership politica e dalla società civile.²¹³

Il 6 febbraio scorso a Washington²¹⁴ in occasione del primo anniversario della Giornata Internazionale della Tolleranza Zero delle MGF, l'Unicef ha ribadito l'appello fatto ad Addis Abeba invitando nuovamente i governi ad accrescere gli sforzi contro la pratica in quanto, nonostante i molti progressi fatti e i numerosi successi ottenuti a livello locale, la mutilazione genitale femminile è ancora purtroppo un fenomeno estremamente diffuso.

²¹² Dai siti: www.un.org/millenniumgoals; www.un.org/millenniumgoals/progress, *Millennium Development Goals: Status 2004*"; www.developmentgoals.org; www.unicef.org, *"The world Revolution: Unicef calls governments to fulfil pledge to the end female genital mutilation"*, February 2003

²¹³ Ibidem. Nell'appello il riferimento fatto dalla Direttrice è al lavoro svolto nell'ambito dell'iniziativa internazionale denominata "Stop FGM" finanziata dalla Commissione Europea a partire dal novembre 2002. Dal sito: www.stopfgm.org, *"active political commitments"*.

²¹⁴ Female Genital Cutting Zero Tolerance Day, February 6, 2004, Globally Celebrated, Symposium held in Washington D.C.

Per questo motivo l'incontro di Washington ha costituito l'occasione per sottolineare la necessità di un approccio multidisciplinare che coinvolga dimensione educativa, economica e sociale.²¹⁵

3.4. La Campagna Internazionale per sradicare le MGF. L'impegno delle Ong e della società civile

Da quando, a partire dagli anni settanta, l'attenzione della comunità internazionale si è focalizzata sul fenomeno mutilatorio dei genitali femminili, molte organizzazioni non governative, intergovernative e governative si sono attivate nel tentativo di accrescere la consapevolezza della società civile sul problema, sviluppando strategie per il suo definitivo sradicamento.

3.4.1. L'impegno del Comitato Inter-Africano

Il Comitato Inter-Africano sulle pratiche tradizionali dannose per donne e bambine (Iac; Ci-Af) è la maggiore organizzazione non governativa africana che si occupa del problema;²¹⁶ è una rete di ventisei comitati nazionali che opera per promuovere la salute di donne e bambini nei paesi africani e nelle comunità africane immigrate combattendo le pratiche tradizionali pregiudizievoli come le MGF, la preferenza per il figlio maschio e l'infanticidio della figlia femmina, il matrimonio precoce, i tabù nutrizionali o legati alla gravidanza e al parto, il rogo delle vedove.

Lo Iac è stato creato nel 1984 nel corso del secondo Seminario sulle pratiche tradizionali dannose per la salute di donne e bambine svoltosi a Dakar, Senegal e frutto della collaborazione tra l'Oms, l'Unicef e l'Unfpa.²¹⁷

Il quartier generale dello Iac, istituito in seguito all'adozione del Protocollo d'intesa firmato con la Commissione Economica Africana nel 1986, ha sede a Addis Abeba, in

²¹⁵ Particolari progressi sono stati fatti in Senegal dove, come sottolinea la direttrice Bellamy, circa 1300 villaggi con più di 600.000 persone hanno rinunciato definitivamente alla pratica. A tale proposito è stata caratteristica l'attività promossa nel paese dall'Unicef in collaborazione con Tostan, un'organizzazione non governativa senegalese, orientata primariamente all'incremento della consapevolezza sul problema e all'incoraggiamento delle comunità locali a bandire definitivamente la pratica.

²¹⁶ Informazioni reperibili sul sito web: www.iac-ciaf.org

²¹⁷ The Dakar International Seminar on traditional practices that affect the health of mothers and children, Dakar, Senegal 1984.

Etiopia con il compito di elaborare programmi contenenti le linee guida di supporto per l'attività svolta dai comitati nazionali, fornendo loro il sostegno tecnico necessario e svolgendo una costante attività di monitoraggio. I comitati nazionali affiliati allo Iac sono presenti in molti paesi Africani: Benin, Burkina Faso, Camerun, Chad, Congo, Costa d'Avorio, Gibuti, Egitto, Etiopia, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somali, Sudan, Tanzania, Togo e Uganda.

Il sistema vanta inoltre la collaborazione di altre importanti Ong quali il Gams (Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelle feminines) in Francia e in Belgio, il London Black Women's Health Action Project nel Regno Unito, oltre che di comitati nazionali in Svezia, Spagna, Olanda, Giappone e Nuova Zelanda.

Come precedentemente evidenziato il mandato dello Iac prevede la promozione di attività volte allo sradicamento di tutte le ritualità pregiudizievoli con la conseguente riduzione della morbidità e della mortalità che nei paesi africani colpiscono in modo particolare donne e bambine.

Svolge inoltre attività di advocacy a livello regionale, nazionale ed internazionale al fine di accrescere la consapevolezza sul problema ed incrementare i fondi di supporto per le attività locali.

Nel 1993 il Comitato ottenne lo Status Consultivo presso l'Ecosoc e nel 1995 lo Status di Osservatore presso l'OUA. Sempre nello stesso anno il Comitato ricevette lo United Nation Population Award, importante riconoscimento per il prezioso contributo fornito nel processo di analisi dei problemi delle popolazioni africane.

Lo Iac opera inoltre in stretta collaborazione con le più rilevanti organizzazioni governative, con l'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, l'Oms, l'Unicef, Unfpa, e l'Alto Commissariato per i rifugiati.

I principali fruitori dei programmi e delle attività svolte sono identificabili in primo luogo nelle donne e nelle bambine africane soprattutto delle zone rurali, ma anche nei leader comunitari, professionisti del settore sanitario quali, medici ed infermieri, assistenti sociali, levatrici tradizionali, studenti, organizzazioni giovanili e leader politici.

Lo Iac promuove campagne e programmi di formazione ed informazione (TIC - Training and Information Campaign) organizzati con lo scopo di fornire un'educazione sanitaria intensiva anche con l'aiuto di supporti visivi. Tali programmi consistono nell'organizzazione di workshop condotti consecutivamente per un periodo di cinque mesi al termine dei quali ventotto persone sono a loro volta in grado di condurre campagne e corsi di sensibilizzazione sugli effetti dannosi delle MGF. Poiché le levatrici tradizionali (Traditional Birth Attendants - TBA) sono le principali esecutrici materiali delle pratiche mutilatorie, se adeguatamente educate e incoraggiate possono giocare un ruolo fondamentale nel processo di eliminazione.

Praticanti e circoncisori sono largamente rispettati e godono di uno status speciale nella comunità di appartenenza. Il servizio che effettuano è pagato in denaro o in beni materiali costituendo quindi un'importante ed indispensabile fonte di reddito. Per questo motivo è necessario che la campagna contro le MGF sia condotta in modo tale da garantire un mutamento nelle attitudini di chi le pratica fornendo loro possibilità di reddito alternative rispetto a quelle derivanti dall'esecuzione delle pratiche mutilatorie. Per tale ragione le attività promosse dallo Iac prevedono anche l'attivazione di programmi di formazione appositi per le levatrici tradizionali e i circoncisori, con l'obiettivo di indirizzarli verso occupazioni sostitutive quali la produzione di sapone, di tessuti o altro.

Molti dei Comitati nazionali affiliati allo Iac hanno sostenuto in questi anni campagne di sensibilizzazione al fine di esercitare pressioni ed incoraggiare i circoncisori a "posare i loro coltelli".

Tramite i suddetti comitati nazionali, lo Iac conduce inoltre ricerche ed indagini finalizzate a monitorare l'incidenza e l'estensione delle pratiche di mutilazione nei vari paesi interessati, supportati dal Comitato Scientifico creato recentemente nel corso della quinta Conferenza regionale dello Iac.²¹⁸ L'attività del Comitato Inter-Africano prevede infine la preparazione di materiale educativo (opuscoli, video dimostrativi) da utilizzare nel corso delle proprie attività di formazione.

²¹⁸ Dal sito www.iac-ciaf.ch, "Iac's 5th Regional Conference, summary report on the fifth regional conference/general assembly of the Inter-african Committee on traditional practices affecting the health of women and children", Dar-es-Salaam, Tanzania, 27 February - 3 March 2001.

I risultati dell'attività di questa importante organizzazione non governativa e delle istituzioni ad essa affiliate sono stupefacenti: in Etiopia per esempio quaranta infibulatrici hanno gettato pubblicamente i loro coltelli rifiutando di fare infibulare le loro figlie; parallelamente molti paesi hanno creato delle legislazioni ad hoc specificamente rivolte contro le MGF.

Di estrema rilevanza e testimonianza del successo dell'attività del Comitato è stata la presentazione, in occasione del secondo Simposio tenutosi ad Addis Abeba nel 1999 di un progetto della Convenzione sull'eliminazione delle pratiche tradizionali recanti pregiudizio ai diritti umani di donne e bambine.²¹⁹ Al simposio parteciparono avvocati ed esperti provenienti da 15 paesi africani.

Il Progetto che considera, oltre che gli interventi di mutilazione genitale, tutte le usanze che possono comportare lesioni all'integrità fisica e compromettere lo sviluppo psichico delle donne, prevedendo anche un meccanismo di monitoraggio e reporting, è stato presentato per l'adozione in occasione della successiva conferenza ministeriale dell'OUA.

Tra il 25 e il 27 aprile del 2000 lo Iac organizzò ad Addis Abeba, in Etiopia il primo *Forum africano della gioventù*. I partecipanti al forum dopo aver esaminato ed analizzato gli effetti dannosi di alcune pratiche tradizionali (htp) e le implicazioni che esse comportano sui diritti fondamentali e sull'integrità fisica femminile, allarmati dal numero sempre più elevato di donne afflitte dalla mutilazione dei loro organi genitali si congratularono in primo luogo con lo Iac e con tutte le organizzazioni che come il Comitato hanno dedicato e dedicano tuttora la loro attività all'eliminazione di dette pratiche contribuendo a rompere il silenzio che le circonda e che rende estremamente difficile la loro completa eradicazione. Al termine del forum venne adottata dai partecipanti una dichiarazione l' "*African Youth Declaration on Harmful Traditional Practices*"²²⁰ nella quale si auspica ancora una volta il coordinamento delle attività e l'adozione di adeguate misure legislative a livello locale ma anche regionale ed

²¹⁹ Second Symposium on traditional practices affecting the health of women and children, November 23-25, 1999, Addis Ababa, Ethiopia.

²²⁰ Dal sito www.iac-ciaf.ch, "*African Youth Declaration on harmful traditional practices*" organized by the Inter-African Committee on traditional practices affecting the health on women and children, April 25-27, 2000, Addis Ababa, Ethiopia.

internazionale invitando l'Organizzazione dell'Unità Africana (OUA) alla ratifica della Convenzione sull'eliminazione di tutte le pratiche tradizionali dannose che ledono i diritti fondamentali di donne e bambine.²²¹

3.4.2. Dichiarazioni del Comitato Inter-Africano contro le pratiche tradizionali dannose per la salute di donne e bambine

Tra le più importanti dichiarazioni formulate dal Comitato Inter-Africano in riferimento alla pratica mutilatoria si ricordano:

§Dichiarazione di Addis Abeba del 1997²²²

Nel settembre 1997 si svolse ad Addis Abeba, Etiopia tra il 10 e il 12 settembre, il Simposio dei Legislatori per l'elaborazione della Dichiarazione africana sulla violenza contro la donna, organizzato dal Comitato Inter-Africano e svoltosi nel quartier generale dell'Organizzazione. Nella Dichiarazione redatta al termine dell'incontro i partecipanti e il rappresentanti dello Iac riaffermarono la responsabilità degli stati e dei governi nel proteggere i loro cittadini preservando i loro diritti e le loro libertà fondamentali e le MGF vennero definite ancora una volta quali ingiustificate violazioni della maggior parte dei diritti umani universali incluso il diritto alla vita, il diritto alla protezione contro i trattamenti inumani, crudeli e degradanti, il diritto all'autodeterminazione, il diritto all'integrità fisica, il diritto alla salute e il diritto alla protezione contro la discriminazione. La pratica mutilatoria è inoltre riconosciuta essere una forma di violenza perpetrata contro donne e bambine alla stregua del matrimonio precoce, della gravidanza adolescenziale e della preferenza per i figli maschi.

Per porre termine alla diffusione del fenomeno lo Iac ribadì la necessità di adottare politiche nazionali e di leggi specifiche finalizzate all'abolizione della pratica entro il 2005, stabilendo meccanismi effettivi in grado di assicurarne l'implementazione; proibendo la medicalizzazione e la paramedicalizzazione di tutte le forme di

²²¹ Addis Abeba, 1999.

²²² Dal sito: www.iac-ciaf.ch, Symposium for Legislators, "The Addis Abeba Declaration", Addis Abeba, Ethiopia, September, 1997

mutilazione come sancito dall'Oms e anche organizzando programmi di educazione per i leader religiosi e i capi tribali nei diversi villaggi.

§Dichiarazione di Banjul del 1998

Il Comitato Inter-Africano, in collaborazione con il Comitato Gambese sulle pratiche tradizionali (GAMCOTRAP), organizzò, tra il 20 e il 24 luglio del 1998, un Simposio per i leader religiosi ed il personale medico, a Banjul, Gambia.²²³ I partecipanti concordarono nel ritenere la mutilazione genitale femminile una pratica non prescritta da nessuna religione condannandone inequivocabilmente l'uso a scopo giustificatore. Alla conclusione del Simposio emisero una dichiarazione, "*The Banjul Declaration*", nella quale si ribadiva la condanna di ogni tipologia mutilatoria chiedendone la completa eliminazione.²²⁴

§Dichiarazione di Ouagadougou del 1999

Durante la prima Conferenza Ministeriale sui diritti umani tenutasi dell'aprile del 1999 alle isole Mauritius l'Organizzazione per l'Unità Africana sottolineò la necessità di eliminare le discriminazioni contro le donne e di abolire le pratiche culturali disumane e degradanti per le donne e per i bambini. Questa esigenza venne ribadita nella Dichiarazione di Ouagadougou²²⁵ adottata al termine del Workshop sulla lotta contro le mutilazioni genitali femminili organizzato dall'Unione Economica e Monetaria dell'Africa Occidentale (UEMOA), a Ouagadougou, Burkina Faso, dal 4 a 6 maggio del 1999.

²²³ Dal sito: www.iac-ciaf.ch, Symposium for religious leaders and medical personnel on FGM as a form of violence, organized by the Inter-African Committee on traditional practices affecting the health of women and children, Banjul, Gambia, July 20-23, 1998.

²²⁴ Dal sito: www.iac-ciaf.ch, Inter-African Committee, "*Banjul Declaration*", issued at the Symposium for religious leaders and medical personnel, Banjul, Gambia, July 20-23, 1998.

²²⁵ Dal sito: www.iac-ciaf.ch, Inter-African Committee, "*Ouagadougou Declaration*", Ouagadougou, Burkina Faso, May 4-6, 1999. Vedi anche il sito: www.stopfgm.org, "*Ouagadougou Declaration*", active political commitments.

I partecipanti, parlamentari, rappresentanti dei ministeri dell'Integrazione, degli Affari Sociali e della Promozione delle Donne e membri dell'Iac, constatando che, nonostante gli sforzi compiuti dai comitati nazionali affiliati allo Iac, il fenomeno mutilatorio rimaneva comunque decisamente diffuso in tutto il continente africano, formularono la Dichiarazione sulla base di tre raccomandazioni che prevedevano:

- 1) la preparazione di una Carta Africana contro le MGF;
- 2) l'adozione di una specifica legislazione contro le MGF in tutti i paesi dell'Unione Economica Monetaria dell'Africa Occidentale, e la ratifica da parte degli stessi degli strumenti nazionali e internazionali relativi alla protezione di donne e bambine;
- 3) la creazione di reti sub-regionali tra i leader religiosi e tradizionali per supportare i comitati nazionali impegnati nella campagna contro le MGF. La Dichiarazione conteneva la previsione di una totale eliminazione del fenomeno entro il 2010, l'adozione di leggi nazionali che ne sanciscano l'effettiva condanna e la creazione di servizi speciali per il controllo dei flussi migratori dei circoncisori.

§Dichiarazione sulla "Zero tollerance to Female Genital Mutilation"

Tale Dichiarazione fu adottata nel corso della Conferenza che si svolse ad Addis Abeba, in Etiopia, tra il 4 e il 6 febbraio 2003 organizzata presso il quartier generale dallo Iac, con la quale i partecipanti espressero "tolleranza zero" alle MGF nel continente africano e proclamarono il 6 febbraio "*Giornata Internazionale della tolleranza zero contro la mutilazione genitale femminile*". La Dichiarazione ribadisce inoltre l'impegno di Stati, Ong e società civile volto a garantire protezione alle donne africane da tutti quei sistemi tradizionali e culturali che ledono i loro diritti sessuali e riproduttivi e le libertà fondamentali e a tal fine fa appello al rispetto degli impegni assunti dagli Stati attraverso la ratifica degli strumenti internazionali. Durante il simposio la First Lady della Nigeria Mrs Stella Obasanjo affermò il proprio impegno contro la pratica mutilatoria. Ribadì inoltre che era giunto il momento che le First Ladies Africane cooperassero per porre definitivamente fine a tutte le pratiche tradizionali dannose prive di alcun beneficio sanitario dichiarando che "*Female Genital Mutilation is one of such*

*harmful traditional practices, and a zero tolerance forum is precisely what is needed to pull our efforts together, and renew our commitments to liberate our long suffering women from traditional belief system that are harmful to their sexual and other reproductive rights”.*²²⁶

§Altre dichiarazioni concernenti il problema mutilatorio: Dichiarazione dell’Associazione Medica Mondiale (World Medical Association)

L’Associazione Medica Mondiale (WMA) è un’organizzazione internazionale rappresentativa della categoria medica, fondata a Parigi nel settembre 1947 durante la prima Assemblea Generale dell’Associazione che vide la partecipazione di medici provenienti da 27 paesi. L’Organizzazione fu creata al fine di assicurare l’indipendenza del personale medico nello svolgimento del proprio lavoro, condotto secondo i più alti standard etici. I fondi necessari per il finanziamento delle attività dell’Associazione sono reperiti tramite i contributi annuali dei suoi membri.

L’organizzazione sostiene l’attività delle associazioni mediche associate, dei governi e delle organizzazioni internazionali di tutto il mondo attraverso l’emanazione di dichiarazioni che concernono una vasta gamma di tematiche incluso il codice internazionale di etica medica, i diritti dei pazienti, la pianificazione familiare, l’uso e l’abuso di droghe, la condizione degli ammalati e dei feriti nei conflitti armati. Opera in collaborazione con l’Oms, con organizzazioni professionali in materia sanitaria, organizzazioni governative e non governative. Anche la WMA si occupa del problema mutilatorio e a testimonianza di tale impegno è doveroso citare la Dichiarazione emanata nel corso della 45° Assemblea Medica Mondiale svoltasi nell’ottobre 1993 a Budapest in Ungheria.²²⁷

Nel Preambolo l’Associazione esprime sconcerto per la forte diffusione del rituale mutilatorio oltre che nel continente africano anche nelle terre di immigrazione tra gli immigrati, i rifugiati e coloro che scappano dalla persecuzione e dalla guerra,

²²⁶ Dal sito: www.iac-ciaf.ch, Report of the International Conference on Zero tolerance to FGM, February 4-6, 2003, Addis Ababa, Ethiopia.

²²⁷ Dal sito: www.wma.org, “*World Medical Association Statement on Condemnation of Female Genital Mutilation*”, adopted by the 45th World Medical Assembly, Budapest, Hungary, October 1993.

sottolineando i danni fisici e psicologici che ne possono derivare nonché la molteplicità di motivazioni adottate per giustificarne la perpetuazione. Il Preambolo della Dichiarazione inoltre fa menzione delle molte campagne di sensibilizzazione, formazione ed informazione organizzate nel continente africano riportando gli appelli di molte donne influenti, mogli di capi di Stato e di Governo africani.

Attraverso tale Dichiarazione l'Associazione Medica Mondiale condanna la pratica della MGF e la partecipazione del personale sanitario all'esecuzione di ogni tipologia di intervento. Nel luglio 1997 la decisione della Corte Amministrativa del Cairo di sospendere il divieto di praticare la mutilazione nei distretti sanitari, suscitò la deplorazione dell'intera Organizzazione di cui si fece portavoce l'allora Segretario Generale Dr Ian Fied.²²⁸

§FGM Free Community Model

Il FGM Free Community Model è un recente programma a lungo termine²²⁹ frutto di quattro mesi di lavoro svolto dal NCCM, Egyptian National Council for Childhood and Motherhood²³⁰ con il supporto del programma delle Nazioni Unite UNDP e in collaborazione con organizzazioni non governative, avvocati, esperti nel settore della comunicazione sociale. Il progetto raccomanda l'adozione di un approccio socioculturale che si pone come obiettivo l'eliminazione di tutte le credenze e le false giustificazioni che circondano le MGF creando un ambiente sociale in grado di

²²⁸ Ibidem. Si veda anche il sito: www.stopfgm.org, "*World Medical Association Statement on condemnation of female genital mutilation*", active political commitments.

²²⁹ Gennaio 2003

²³⁰ Dal sito www.nccm.org.eg. Il Nccm è il Consiglio Nazionale (egiziano) per l'infanzia e la maternità. È stato creato nel 1988 con Decreto Presidenziale (n°54) e costituisce la più alta autorità in materia di pianificazione, coordinamento, monitoraggio e valutazione delle attività in aree quali la protezione e lo sviluppo dell'infanzia. La giurisdizione del Nccm si estende a tutti gli organismi governativi incluso il Ministero della Giustizia, le Ong locali e nazionali. Le decisioni del Comitato sono decisive e vincolanti per tutti i ministri, le autorità, le unità amministrative ed il settore pubblico. Tra le attività più importanti promosse dal Nccm ricordiamo la definizione degli orientamenti e delle linee guida concernenti la formulazione di piani d'azione nazionali nelle aree pertinenti l'infanzia, la maternità, la salute familiare, l'educazione e la cultura; la valutazione dell'implementazione di politiche pubbliche alla luce dei rapporti presentati dai ministri e dalle autorità nazionali; la compilazione di informazioni, statistiche e lo svolgimento di studi nei settori di competenza; la proposta di programmi culturali, di educazione e di cooperazione con organizzazioni governative e non governative impegnate nei settori dell'infanzia e della maternità.

stimolare il dialogo, l'interazione e l'advocacy. Il progetto include inoltre attività di ricerca operativa e di monitoraggio oltre che l'offerta di diversi incentivi sociali sottoforma, per esempio, di servizi alle famiglie.

Il progetto ha un raggio di applicazione su scala nazionale e i sempre più numerosi FGM-free village, villaggi nei quali grazie alle attività del progetto si è riusciti ad eliminare il fenomeno sono il risultato del cambiamento apportato nei comportamenti e negli atteggiamenti tradizionali.

Oltre al già citato Inter-African Committee e all'Associazione Medica Mondiale molte sono le organizzazioni non governative che combattono e si impegnano quotidianamente contro il problema mutilatorio. Amnesty International, per esempio, da quindici anni dedica la sua attività all'individuazione e alla risoluzione delle implicazioni derivanti dalla mutilazione genitale femminile.

Il fenomeno mutilatorio fu discusso per la prima volta dall'Organizzazione nel 1981 durante l'International Council Meeting²³¹ in seguito all'interesse suscitato dalla Conferenza internazionale di Khartoum organizzata dall'Oms in Senegal nel 1979.²³² Nel 1995 AI decise di includere il problema mutilatorio nella sua agenda impegnandosi in un'attività promozionale di sensibilizzazione orientata ad accrescere la consapevolezza sia dell'opinione pubblica in generale sia delle istituzioni e fece appello ai governi affinché ratificassero senza riserve e assicurassero l'implementazione dei trattati internazionali sui diritti umani.

Nell'aprile del 1996 venne organizzato nel Ghana un meeting che vide la partecipazione dei rappresentanti dell'organizzazione provenienti dall'Africa Occidentale e delle Ong operanti nel paese. Il Seminario dall'eloquente titolo "Working together for change-stop female genital mutilation" si svolse a Bolgatanga, capitale dell'Upper East Region del Ghana, regione in cui escissioni, infibulazioni, clitoridectomie hanno da sempre una fortissima incidenza. Il meeting fu organizzato in collaborazione con l'Associazione Ghaniana of Church Development Projects e uno dei risultati più importanti fu la

²³¹ Dal sito: www.amnesty.org, "*Why and how Amnesty International took up the issue of FGM*".

²³² Seminar on traditional practices, organized by the Who Regional Office for the Eastern Mediterranean, Khartoum, 1979.

decisione di elaborare un piano d'azione per sradicare definitivamente il problema in tutta la regione.

Durante l'incontro fu inoltre creato un Working Group sulle MGF composto dai membri di AI con l'obiettivo di fornire supporto all'attività dell'organizzazione, WG che oggi conta rappresentanti in Benin, Costa d'Avorio, Mali, Sierra Leone, Ghana, e Togo. Il primo Seminario dell'Africa Orientale sulle mutilazioni genitali femminili fu organizzato da AI a Dodoma in Tanzania nel maggio del 1997. Il tema della discussione era *"Human rights are women's rights: eradicate female genital mutilation"*. L'incontro vide la partecipazione di membri di Ong, gruppi femminili ed organizzazioni religiose, rappresentanti del governo, professionisti del settore sanitario e giornalisti. Dal Seminario emerse come il fenomeno mutilatorio avesse una forte incidenza anche in Tanzania e in modo particolare nelle regioni di Dodoma, Singida, Arusha e del Kilimanjaro e si fece appello per un approccio multidimensionale al problema.²³³

Altra organizzazione non governativa che dedica parte della propria attività a debellare le MGF è Forward International. L'obiettivo principale di tale organizzazione consta nell'assicurare salute e benessere a donne e bambine delle comunità africane presenti nel Regno Unito (a tale proposito e per il raggiungimento di tale obiettivo Forward è cofondatrice di una clinica specializzata, la Well Women Clinic, con sede a Londra) e nel contesto africano, fornendo educazione e supporto alle organizzazioni e ai gruppi femminili operanti nel territorio.

Forward fu fondata da Efua Dorkenoo nel 1983 inizialmente come un WG internamente all'organizzazione Minority Rights Group e divenne successivamente un'organizzazione indipendente.²³⁴ Oggi coopera con molte organizzazioni non governative al fine di sviluppare materiale educativo, fornendo le basi per la formazione di assistenti sociali, insegnanti, ed operatori sanitari in genere. Ha svolto un ruolo di primaria importanza a livello nazionale contribuendo nel 1985 alla formulazione della legge sulla proibizione della circoncisione femminile da parte del governo inglese (Prohibition of Female Circumcision Act) e a livello internazionale formulando le linee guida per l'adozione di leggi nazionali contro le MGF negli Usa e in Australia. Opera

²³³ Dal sito: www.amnesty.org, Amnesty International, *"Female Genital Mutilation: A Human Rights Information Pack"*, London, 1997.

²³⁴ Dal sito: www.forward.org

inoltre in stretta collaborazione con l'Oms, AI, Equality Now, altre agenzie internazionali impegnate nel settore e con le organizzazioni femminili africane che lottano per combattere la pratica in tutto il continente.

Fermare la mutilazione dei genitali di donne e bambine è anche l'obiettivo di una campagna internazionale "STOPFGM!" promossa e sostenuta dall'Aidos²³⁵ (Associazione italiana donne per lo sviluppo) organizzazione non governativa che da vent'anni, in collaborazione con altre organizzazioni internazionali, si batte per i diritti delle donne e lotta contro le MGF. Aidos ha realizzato la sua prima campagna preventiva in Somalia tra il 1986 e il 1990 e nel Burkina Faso, dove opera dal 1995, sta portando avanti un progetto pilota realizzato grazie alla collaborazione con il Cnlpe (Comitato nazionale di lotta alla pratica dell'escissione), con il Ministero dell'azione sociale e con le associazioni Voix de Femmes e Mwangaza Action. Tale progetto mira a fornire alle donne e agli uomini del paese africano le basi per un intervento attivo a favore di una cultura di salute e di rispetto. L'obiettivo è di far sì che tale progetto possa costituire un modello di intervento da esportare su scala mondiale.²³⁶

Tra le importanti iniziative promosse dall'organizzazione ricordiamo la campagna "Face to Face", per i diritti, la dignità e la libertà di scelta delle donne del Terzo mondo, sponsorizzata dall'Unfpa, la campagna "Maternità senza rischi. Un diritto di tutte le donne", lanciata il 10 luglio 2002 di cui è testimonial l'attrice Nancy Brilli, e la campagna "Donne. Vite da salvare" attualmente in corso. Aidos ha realizzato inoltre il

²³⁵ Aidos, Associazione Italiana donne per lo sviluppo, è un'organizzazione non governativa senza fini di lucro creata a Roma nel 1981 da un gruppo di donne esperte nel settore dello sviluppo economico ed antropologiche, con l'obiettivo di migliorare la condizione delle donne e la conseguente affermazione e riconoscimento dei loro diritti fondamentali. Gode di status consultivo presso l'Ecosoc, il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite.

L'obiettivo dell'empowerment, vale a dire dare più forza alle donne e soprattutto alle loro organizzazioni, rimane alla base di tutte le iniziative dell'organizzazione e costituisce la base della cooperazione fra l'Aidos e le organizzazioni dei paesi in via di sviluppo. Le campagne promosse dall'organizzazione mirano alla promozione del riconoscimento e della tutela della salute e dei diritti riproduttivi, con la creazione di consultori familiari e la prevenzione delle MGF; lo sviluppo dell'imprenditoria femminile; il rafforzamento delle istituzioni ed organizzazioni femminili; l'istruzione delle bambine e la prevenzione del lavoro minorile. La filosofia dell'organizzazione si è sviluppata attraverso il dialogo con le organizzazioni femminili di tutto il mondo, con gli organismi internazionali (Unfpa, Fao, Undp, Unifem, Instraw, Ilo) e con le altre organizzazioni non governative per la realizzazione di progetti pilota, e grazie al continuo aggiornamento sull'elaborazione e la ricerca reso possibile dal Centro di documentazione creato dall'Aidos nella sua sede di Roma. L'Aidos è il focal point in Italia dell'Instraw (Istituto delle Nazioni Unite per la ricerca e la formazione per le donne) e dell'Unfpa (Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione). Dal sito: www.aidos.org e da Aidos, *Donne. Vite da salvare*, Roma, 2004.

²³⁶ AA.VV., *Le lacrime che nessuno vede*, Dossier, Nigrizia, novembre 1996.

primo sito internet dedicato ai diritti umani delle donne www.dirittiumani.donne.aidos.it e coordina il portale web www.stopfgm.org, dal quale sono stati tratti contributi fondamentale per la realizzazione di questa tesi. Fa parte delle Ong europee che lavorano sulle questioni della popolazione (EURONGOS) e della Rete europea contro le MGF presieduta da Khady Koita, che opera per prevenire e contrastare il diffondersi della pratica in Europa.

È inoltre doveroso ricordare che il 23 giugno 2003 al Cairo in Egitto, si sono conclusi i lavori del *Seminario Afro-Arabo di esperti sulle norme legislative per la prevenzione delle MGF*,²³⁷ organizzato dall'Aidos e Non c'è pace senza giustizia, in partnership con l'Egyptian National Council for Childhood and Motherhood, l'Egyptian Society for the Prevention of Harmful Practices to Women and Child e patrocinato da S.E. Suzanne MuBarak, First Lady d'Egitto. Il Seminario, che si è avvalso della consulenza tecnica del Centre for Reproductive Right (New York) e di Rainbo (Londra), ha permesso di analizzare e confrontare legislazioni e politiche volte all'eliminazione delle MGF ed ha costituito una tappa importante nella campagna internazionale "STOPFGM!". L'obiettivo è di accrescere la consapevolezza internazionale, nei paesi arabi e africani in particolare, rafforzando l'azione della società civile e dei governi impegnati nella lotta contro le MGF.

Il Seminario ha visto inoltre l'intervento delle più alte autorità religiose egiziane da S.E. Sheykh Mohammed Sayed Tantawy, Gran Sceicco di Al-Azhar al rappresentante di S.E. Papa Shenouda III che hanno riaffermato ancora una volta come nessun precetto religioso, né cristiano né islamico possa essere richiamato al fine di giustificare la pratica.

Al termine dell'incontro i rappresentanti di tutti i 28 paesi colpiti dal problema mutilatorio e delle organizzazioni internazionali e non governative presenti hanno adottato la *Dichiarazione del Cairo per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili*. Con tale Dichiarazione i partecipanti hanno affermato il proprio sostegno all'appello internazionale STOPFGM e alla Dichiarazione di "Tolleranza Zero per le MGF" resa pubblica dallo Iac il 6 febbraio 2003, firmate dalle First Ladies africane e da

²³⁷ Seminario Afro-Arabo di esperti sulle norme legislative per la prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili, "*Dichiarazione del Cairo per l'eliminazione delle MGF*", Cairo, 23 giugno 2003.

numerose personalità internazionali. Hanno inoltre fatto appello ai capi di stato, ai governi degli Stati interessati, ai parlamenti, alle autorità responsabili e alle Ong per l'attuazione nell'ambito dei rispettivi settori di competenza, di tutti i contenuti proposti nelle raccomandazioni e nelle linee guida elaborate nel corso del seminario e contenute nella Dichiarazione stessa; invitano i governi a proteggere, a promuovere e a garantire il rispetto dei diritti umani delle donne e delle bambine in accordo con quanto previsto con la ratifica degli strumenti internazionali e regionali sui diritti umani quali la Carta Africana sui diritti umani e dei popoli, la Carta Africana dei diritti e del benessere dell'infanzia, la Convenzione Cedaw, la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia, il Programma d'Azione del Cairo adottato al termine della Conferenza Internazionale su popolazione e sviluppo e la Dichiarazione e il Programma d'Azione di Pechino del 1995. La Dichiarazione del Cairo raccomanda ai governi l'adozione di una legge speciale in materia, integrando la proibizione della pratica mutilatoria con una legislazione più ampia che tenga conto dell'uguaglianza tra i sessi e della protezione della donna contro ogni forma di discriminazione. I governi dovrebbero inoltre prendere in considerazione metodi alternativi di controllo della diffusione e degli effetti delle MGF ad esempio attraverso la compilazione di statistiche da parte dei centri sanitari. Nella Dichiarazione si sottolinea infine come il consenso della vittima non deve avere alcuna rilevanza e per nessun motivo deve essere utilizzato per sminuire la portata penale dell'atto mutilatore.²³⁸

I contenuti della dichiarazione del Cairo vennero ulteriormente ribaditi in occasione della giornata di riflessione sulle MGF svoltasi il 22 giugno scorso a Roma,²³⁹ presso la Casa Internazionale delle Donne organizzata nell'ambito della già citata campagna internazionale STOPFGM. Come ha dichiarato in tale occasione l'Onorevole Emma Bonino *“il confronto, il dialogo e la collaborazione sono importanti per assicurare che la Dichiarazione del Cairo trovi rapida applicazione: un'efficace azione di prevenzione rimane la strada maestra per combattere le MGF che riguardano la vita di milioni di donne e bambine nel mondo. Per questa ragione acquisisce prioritaria importanza la ratifica da parte del maggior numero di paesi possibile, del Protocollo di Maputo,*

²³⁸ Ibidem

²³⁹ 22.06.2004

adottato nel luglio scorso, sui diritti delle donne africane che prevede espressamente la proibizione e la condanna di queste pratiche”.

3.5. L'Europa oggi di fronte al problema delle MGF

3.5.1. I paesi europei e le MGF: diversi approcci normativi

Attraverso i movimenti migratori internazionali e il conseguente arrivo di immigrati provenienti dai paesi africani, anche l'Europa, prima del tutto estranea al problema, si è trovata sin dai primi anni ottanta a dover prendere posizione nei confronti della pratica mutilatoria.

Variegata è stata la reazione dei governi di fronte al diffondersi del fenomeno. Impreparati dal punto di vista sociale oltre che legislativo, penalizzati da una scarsa ed insufficiente conoscenza del problema e delle sue possibili implicazioni, solo alcuni paesi hanno reagito tempestivamente, prevedendo norme di carattere penale ad hoc contro la pratica delle MGF. Altri hanno optato per la scelta di incorporare la mutilazione nelle legislazioni esistenti limitandosi ad evidenziare le potenzialità delle norme in vigore ritenendole genericamente adeguate per contrastare penalmente il fenomeno.

In alcuni paesi infatti, la mutilazione genitale femminile è considerata come una fattispecie integrante reati diversi, come per esempio il reato di lesioni gravi e gravissime, di tentato omicidio e, nei casi più gravi, quando cioè la mutilazione causa il decesso della vittima, di omicidio.

Fermo restando che tutti i paesi occidentali condannano la pratica, essi hanno a disposizione tutta una serie di strumenti legali volti a contrastarla quali il codice civile, il codice penale, il codice della famiglia, il diritto d'asilo, la legge sull'immigrazione e sulla cittadinanza, i codici deontologici professionali.²⁴⁰

Nella varietà di posizioni che si è venuta a creare, la Francia è l'unico paese europeo nel quale fino ad oggi sono stati effettuati processi relativi al problema della mutilazione genitale femminile in proporzioni significative.²⁴¹ In Francia, le mutilazioni genitali

²⁴⁰ Dal sito: www.radicalparty.org, D'Angelo G., “Documento di lavoro sulle Mutilazioni Genitali Femminili”.

²⁴¹ Nel 1979 si svolse il primo processo in materia a seguito dell'escissione e della morte di una bambina maliana. Fusaschi M., *op.cit.*, p. 149.

riguardano circa trentamila donne e bambine appartenenti a talune comunità di immigrati presenti nel paese. Nel 1992 secondo le stime relative ad una ricerca effettuata dal Gams (Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines), le donne e le bambine mutilate presenti nel territorio francese erano circa ventisettemila.

Il Gams fondato nel 1982, è la sezione francese del Ci-Af (Comitato Inter-Africano sulle pratiche tradizionali dannose per donne e bambini/e) che in sedici anni di attività ha raggiunto risultati molto incoraggianti sul piano della prevenzione della pratica mutilatoria privilegiando soprattutto l'educazione sanitaria delle popolazioni immigrate. Dalle periferie parigine l'intervento del Gruppo si è esteso con successo a tutto il paese grazie al supporto tecnico e finanziario del Ministero della Sanità che nel 1996 ha finanziato una campagna di educazione e prevenzione ed organizzato consultori con la presenza di mediatrici culturali.

La presa di posizione francese contro la pratica mutilatoria risale agli inizi degli anni ottanta. Nel 1983, infatti, una sentenza della Corte di Cassazione francese, stabilì che l'escissione doveva essere considerata una mutilazione ai sensi dell'articolo 312 comma 3° del Codice penale concernente la violenza sui minori di 15 anni. In conformità a quanto previsto da tale articolo, i genitori autori di atti di mutilazione genitale sui figli risultavano punibili con il carcere a vita. L'articolo prevedeva inoltre una pena che variava dai 10 ai 20 anni di reclusione nel caso di complicità con l'autore materiale dell'operazione.²⁴²

Alla luce di tale sentenza si moltiplicarono i processi a carico di donne che compivano mutilazioni genitali e dei genitori delle bambine escisse, sia decedute sia sopravvissute alle complicazioni.

Uno dei casi più recenti ha riguardato un'operatrice tradizionale sottoposta a giudizio sulla base di una denuncia presentata da una bambina di nove anni, nata in Francia ed operata insieme alle sue cinque sorelle. La donna riconosciuta dalle bambine e fatta arrestare ha successivamente ammesso di aver mutilato altre tre bambine dal suo arrivo

²⁴² Ibidem.

nel paese. Nonostante il numero sempre più crescente di processi celebrati la pratica è tuttora estremamente diffusa nel paese.²⁴³

Nel settembre 1991 la Corte d'Appello di Parigi dichiarò le mutilazioni atti di persecuzione ai sensi della Convenzione internazionale sullo status dei rifugiati del 1951.²⁴⁴

Come abbiamo visto la legge francese non prevede un reato specifico concernente la mutilazione genitale femminile ma la pratica può essere giudicata, facendo richiamo a quanto stabilito, oltre che dall'articolo 312 del Codice Penale, anche dagli articoli 222-7 e 222-8 del medesimo codice.

Dal 1994 due articoli aggiuntivi al nuovo codice penale, 222-9 e 222-10, rafforzano la legislazione vigente in materia di violenza contro i minori. Tali articoli sono decisamente interessanti in riferimento al tema che stiamo trattando poiché riguardano gli atti di violenza comportanti la mutilazione o una situazione di incapacità permanente prevedendo un periodo detentivo di 10 anni e una multa di 150.000 euro (art. 222-9). Nel caso in cui la mutilazione sia compiuta su un minore di 15 anni o su una persona particolarmente vulnerabile a causa dell'età, di malattia, di disabilità, di un handicap fisico o mentale, da una persona che ha l'autorità (genitori, tutori) sul minore, la pena può aumentare fino ad un massimo di 20 anni di carcere (art. 222-10).

La legge quindi protegge tutti i bambini che si trovano nel territorio dello Stato ed è anche possibile, laddove ve ne sia il sospetto, che il giudice convochi i genitori o chi esercita la potestà sul minore, per informarli del fatto che il crimine sarà trattato allo stesso modo anche se commesso fuori dai confini nazionali francesi, e quindi nel Paese di origine.²⁴⁵ (extraterritorialità del reato).

Anche il personale medico, dopo un lungo periodo di indecisione ha deciso di collaborare con il governo e la giustizia ed attualmente l'equipe medica può denunciare eventuali casi di mutilazione al Procuratore della Repubblica con la conseguente

²⁴³ Sulla base della disposizione 312 del Codice Penale sono stati inoltre celebrati diversi processi a carico degli stessi genitori e degli eventuali "complici" delle persone che hanno di fatto eseguito l'operazione. Non si sono raggiunti però i risultati sperati in quanto i processi si sono conclusi, nella maggior parte dei casi, con lievi condanne, per di più sospese ossia non eseguite. Fusaschi M., *op.cit.*, pp. 151 e ss.

²⁴⁴ Fusaschi M., *op. cit.*, pp. 141 e ss.

²⁴⁵ Ibidem. Ciò per evitare l'escamotage di portare le bambine in "vacanza" nei Paesi d'origine per farle infibulare.

apertura del processo. L'articolo 41 del Codice di deontologia medica proibisce ai medici francesi di eseguire MGF e stabilisce che nessuna procedura di mutilazione deve essere effettuata in assenza di gravi motivazioni mediche senza informazioni e senza il consenso del paziente (eccetto nei casi di emergenza e di impossibilità).²⁴⁶ Come sottolinea l'antropologa Fusaschi Michela è necessario aggiungere che la mutilazione genitale in Francia, come del resto in ogni altro paese di immigrazione, ha perso o sta ormai perdendo quasi completamente il suo significato rituale e iniziatico. L'importante è che l'intervento sia realizzato senza curarsi dell'età, del luogo o di chi effettua l'operazione. Sempre più spesso le famiglie immigrate tendono a rivolgersi ad operatrici fatte arrivare appositamente da altri paesi. Purtroppo molte di queste operatrici non sono addestrate e per pochi soldi improvvisano l'intervento, con conseguenze disastrose e letali per le piccole vittime.

Inoltre l'influenza della comunità dei connazionali è così forte da riuscire a far conformare alle norme del gruppo anche chi è in realtà contrario alla pratica, ma cede di fronte al timore di essere isolato ed emarginato. L'adesione alla pratica può scaturire anche dal desiderio di non integrazione nella comunità di accoglienza. Rimanendo ancorate alle proprie tradizioni si alimenta e si mantiene vivo il rapporto con il proprio paese d'origine e con la propria cultura. In tal modo dette comunità cercano di proteggere la propria identità rispetto alle pressioni e alle ingerenze esterne.

Nel 1982, su iniziativa del Ministero della Sanità, il governo svedese varò la prima legge europea specifica contro la mutilazione genitale femminile.²⁴⁷ La legge n° 316 è stata emendata due volte nel 1998 e nel 1999 al fine di renderla più severa ed ora la previsione normativa stabilisce un periodo di detenzione non superiore ai quattro anni. Nel caso però l'operazione comporti la morte della vittima, o sia causa di grave malattia, la pena subisce un incremento prevedendo fino a dieci anni di carcere, indipendentemente dalla presenza o meno del consenso della vittima.

La legge emendata sancisce inoltre la possibilità di punire anche chi abbia praticato la mutilazione in un altro paese in cui è considerata illegale. Nonostante questa presa di posizione da parte delle autorità svedesi le operazioni continuano ad essere praticate nel

²⁴⁶ Dècret 95-1000 of September 1995, on the Code de Dèontologie Médicale, art. 41. Rahman A. Toubia N., *op. cit.*, pp. 151-154.

²⁴⁷ Act Prohibiting the Female Genital Mutilation of Women n° 316, 1982.

paese anche su bambine ed adolescenti venute appositamente dagli Stati vicini per sottoporsi agli interventi. Secondo ricerche statistiche non ufficiali si calcola che siano almeno diecimila le bambine a rischio nell'intero paese.²⁴⁸ Una recente direttiva ministeriale impone il divieto per l'intero personale medico di eseguire la reinfibulazione post-partum, operazione praticata regolarmente prima della direttiva citata.

Per quanto concerne il Regno Unito le prime voci concernenti l'esecuzione di interventi di mutilazione genitale femminile cominciarono a circolare nel paese nei primi anni ottanta insieme alla notizia di corsi organizzati da alcuni importanti collegi e facoltà di medicina finalizzati ad insegnare agli studenti le procedura da seguire per gli interventi di mutilazione.²⁴⁹

Nel luglio 1985 entrò in vigore una legge che proibiva la circoncisione femminile, completata nel 1989 dal "Children Act", che ha visto tra i suoi principali promotori, come abbiamo evidenziato in precedenza, Forward, Women's Health Research and Development Foundation.

La legge considera reato *"tagliare, infibulare, o mutilare in qualsiasi modo le grandi e le piccole labbra, totalmente o solo parzialmente e la clitoride; aiutare, consigliare o effettuare la pratica di questi atti sul corpo di un'altra persona"*. Le pene previste per questo reato prevedono un'ammenda e/o un periodo detentivo della durata massima di cinque anni.²⁵⁰

Anche in Inghilterra, come in Francia, molte sono le testimonianze circa l'esistenza nel paese di operatrici tradizionali; altre sono richiamate all'occorrenza dall'Africa mentre, in alcuni casi, l'operazione potrebbe essere richiesta ad alcune cliniche private: si fa qui menzione di un medico indiano che pubblicizzava la sua disponibilità ad eseguire le operazioni incriminate. Recentemente il medico è stato radiato dall'Ordine.²⁵¹

Esistono nel paese numerosi centri sanitari specializzati nel trattamento di donne portatrici di MGF come la Well Women African Clinic presso il Central Middle Sex

²⁴⁸ Dal sito: www.stopfgm.org, "National Laws: Sweden" e Rahaman A. Toubia N., *op.cit.*, pp. 118-121.

²⁴⁹ AA.VV., *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, a cura di Mazzetti M., ed. Franco Angeli, Milano, 2000, p.55

²⁵⁰ Dal sito: www.stopfgm.org, "National Laws: England"

²⁵¹ Fusaschi M., *op cit*, p. 143.

Hospital di Londra, che collabora attivamente con mediatrici culturali, occupandosi di tutti i problemi e le sequele derivanti dalla mutilazione e svolge nel contempo un'importante attività di carattere preventivo.

Sulle orme del lavoro svolto da Forward, sono sorte molte altre organizzazioni come la London Black Women's Action Project, che si rivolge in modo privilegiato alle immigrate somale presenti a Londra. Anche in Gran Bretagna, come in Svezia, nonostante l'esistenza di leggi specifiche contro le MGF non si sono fino ad oggi svolti processi a carico di soggetti coinvolti nell'esecuzione delle pratiche.

Oltre al versante penale, le mutilazioni potrebbero essere contemplate nell'ambito di altri contesti normativi, in primo luogo quelli che si riferiscono alla specifica tutela dei minori.

In Gran Bretagna, per esempio, l'articolo 47 primo comma del "Children's Act" del 1989, obbliga le autorità locali ad investigare qualora abbiano il sospetto che un bambino, nell'ambito della loro giurisdizione, sia a rischio di subire un danno o un'ingiuria. In tal caso le autorità sono chiamate ad adottare tutte le misure necessarie compresa la sospensione della potestà dei genitori.

L'Organizzazione delle donne africane in Austria (African Women's Organization), ha di recente condotto una ricerca finalizzata allo studio dell'incidenza delle MGF fra le comunità di immigrati presenti nel paese. Da tale ricerca è risultato che più del 30% delle famiglie immigrate ha figlie che hanno subito una qualche forma di mutilazione. La maggior parte sono state operate in Africa, prima quindi di emigrare nel continente europeo, ma il direttore dell'organizzazione ipotizza che le MGF siano praticate in molti casi anche nel territorio austriaco.²⁵²

Manca nel paese una legge specifica che vieti in modo esplicito le mutilazioni sessuali. Anche in territorio belga si sono registrati episodi di mutilazione genitale femminile in riferimento a donne e bambine appartenenti a comunità africane immigrate. La Costituzione belga garantisce l'uguaglianza di fronte alla legge e sancisce il principio di non discriminazione all'articolo 10 che afferma "*Belgians are equal before the law*" mentre all'articolo 11 è affermato il principio per cui il godimento dei diritti e delle

²⁵² Ricci C., *Mutilazioni genitali e diritti umani*, I DIRITTI DELL'UOMO - cronache e battaglie, XII, n° 2-3, 2001, p. 28.

libertà fondamentali deve essere assicurato senza alcuna discriminazione. Il diritto ad una vita dignitosa, alle cure sanitarie e al supporto medico, sociale e legale sono invece solennemente proclamati dall'articolo 23 del testo costituzionale.²⁵³

Fin dal 1986 molti sono stati i tentativi di modificare il Codice penale belga e la recente legislazione ha esplicitamente inserito le MGF nelle previsioni relative agli atti di violenza commessi sui minori.

In particolare l'articolo 29 della legge del 28 novembre 2000, concernente la protezione che il codice penale garantisce ai minori, stabilisce quanto segue:²⁵⁴

“L'articolo 409 del medesimo Codice (Codice penale), abrogato con la Legge del 9 Aprile 1930, è stato reintrodotta nei seguenti termini (facenti specifica menzione del problema mutilatorio):

1. Chiunque pratici, faciliti o promuova qualsiasi forma di mutilazione degli organi genitali femminili, con o senza il consenso della vittima, sarà punito con una pena detentiva variabile dai tre ai cinque anni. [...]

Nel caso in cui, (art. 409, 2° comma) la mutilazione sia stata praticata su un minore e/o a scopo di lucro, la pena può aumentare fino ad un massimo di sette anni di lavori forzati. Al terzo comma l'articolo 409 prevede inoltre il caso in cui la mutilazione comporti una malattia irreversibile o un'incapacità lavorativa permanente. In tale circostanza la pena varia dai cinque ai dieci anni di lavori forzati, che possono aumentare a quindici nel caso in cui la mutilazione si concluda tragicamente con la morte della vittima.

Infine se l'operazione mutilatoria è stata effettuata su un minore o comunque su persona che, a causa delle sue condizioni fisiche o mentali, sia ritenuta incapace di badare a se stessa, da padre, madre o da qualsiasi altra persona che ne abbia la custodia o l'affidamento, o che coabiti occasionalmente o abitualmente con la vittima, la pena partirà da un minimo di un anno in caso di detenzione e due anni in caso di lavori forzati.

Per quanto riguarda la Germania, le stime e i dati non ufficiali testimoniano che attualmente sono presenti nel paese circa ventimila donne a rischio di mutilazione genitale femminile.

²⁵³ Rahman A. Toubia N., *op.cit.*, pp. 108-110.

²⁵⁴ Dal sito: www.stofgm.org, “National Laws: Belgium”.

Non esiste attualmente una legge specifica in materia ma l'eventuale danno provocato dalla mutilazione può essere perseguito e punito alla luce di quanto previsto nelle sezioni 224, 225, 226 e 227 del Codice penale tedesco dell'agosto 2001.²⁵⁵

La sezione 224 stabilisce, infatti, che chiunque cagioni danni fisici:

- 1. attraverso la somministrazione di veleno o altre sostanze dannose per la salute,*
 - 2. con l'impiego di armi od altri attrezzi pericolosi, [...]*
 - 3. avvalendosi della partecipazione e dell'aiuto di altre persone o per mezzo di un trattamento dannoso,*
- sarà punito con una pena detentiva che varia da sei mesi a dieci anni di carcere, e nei casi meno gravi con la detenzione da tre mesi a cinque anni.*

Secondo quanto previsto dal secondo comma di detta sezione anche il tentativo sarà punito.

La sezione 225 è dedicata ai maltrattamenti e ai danni cagionati da soggetti che esercitano la potestà o la custodia su minori, persone indifese, subordinati prevedendo che colui che tormenta o maltratti o, a causa di negligenza, non adempia al suo dovere di cura ed assistenza danneggiando la salute di un minore o di una persona indifesa affidata alle sue cure o alla sua custodia, sarà punito con una pena detentiva da sei mesi a 10 anni.

La sezione 226 è particolarmente rilevante per la nostra analisi giacché fa espressamente riferimento alla perdita della capacità di procreare che, come abbiamo avuto modo di vedere in precedenza, è spesso una delle terribili conseguenze dell'intervento di mutilazione genitale. *“Se il danno fisico -recita l'articolo- ha come risultato:*

- 1. la perdita del senso ad un occhio o ad entrambi, ad un orecchio, la capacità di parlare e di procreare;*
- 2. la perdita o l'impossibilità di usare per lungo tempo una parte del proprio corpo;*
- 3. la sfigurazione permanentemente o l'infermità*

l'autore dell'atto potrà essere condannato ad un periodo detentivo che varia da uno a dieci anni. (2) Se il perpetratore cagiona intenzionalmente o consapevolmente una delle conseguenze indicate dal precedente comma, la punizione consisterà in un periodo detentivo non inferiore ai tre anni. [...]

²⁵⁵ Dai siti: www.stopfgm.org, “National laws: Germany” e www.bib.unimannheim.de.

Infine la sezione 227 fa riferimento ai danni fisici comportanti il decesso della vittima:
“ 1. Se l'autore causa la morte della persona danneggiata attraverso l'afflizione di offese corporali -previste dalle sezioni precedentemente citate- la pena detentiva non sarà inferiore ai tre anni.”

Inoltre sulla base delle norme sulla cittadinanza e l'immigrazione si potrebbe procedere all'espulsione di chi avesse eseguito o fatto eseguire la mutilazione.

Anche nel caso della Germania quindi, pur non esistendo una norma specifica ad hoc per il reato di mutilazione genitale femminile, la pratica risulta illegale sulla base dei citati articoli del codice penale che puniscono le offese corporali paragonabili per gravità ai danni derivanti dagli interventi mutilatori.

Per quanto concerne la Norvegia importante è l'attività di supporto svolta dal Governo norvegese nei confronti di numerosi progetti in Africa. La Norvegia ha per esempio sostenuto l'attività del Comitato nazionale per le pratiche tradizionali in Etiopia (Ncpte), in collaborazione con l'Ossrea, l'Organizzazione per la ricerca scientifica e sociale nel Sud-est Africano, dalla quale è scaturito un importante studio sulle pratiche tradizionali dannose.

La Norvegia contribuisce inoltre all'espletamento delle attività della sezione locale dello Iac ed è importante il supporto dato all'International Planned Parenthood Federation (IPPF) organizzazione internazionale che ha posto la lotta contro le MGF al primo posto nella sua agenda.

La presa di posizione del governo norvegese contro le MGF risale al 1995²⁵⁶ con la promulgazione da parte del Parlamento della legge n° 74.²⁵⁷ Tale legge proibisce qualsiasi forma di mutilazione genitale femminile, dalla più devastante alla meno invasiva, prevedendo sanzioni pecuniarie e una pena detentiva che varia, a seconda della gravità delle conseguenze derivanti dall'atto, da un minimo di tre ad un massimo di otto anni. Le vittime, donne e bambine, non sono penalizzate. Lo scopo della legge è di

²⁵⁶ Nel 1992 il Child Welfare Services Act ha inteso assicurare le previsioni necessarie al fine di garantire cure ed assistenza adeguata ai bambini e ai giovani che vivono in condizioni che potrebbero causare detrimento al loro benessere e al loro sviluppo. Più in generale l'Atto ha voluto assicurare all'infanzia un ambiente sano e sicuro. Il Child Welfare Service Act non fa alcun riferimento specifico alla mutilazione genitale femminile, ma dati i gravi danni che la procedura può comportare e il fatto che dal 1995 essa è vietata in tutto il paese, si prevede la possibilità che il Child Welfare Services adotti misure adeguate per tutelare una bambina potenzialmente a rischio di subire la pratica. Toubia N., *op.cit.*, p. 104.

²⁵⁷ Law n° 74 of December 15, 1995 prohibiting female genital mutilation.

rendere più chiara la posizione delle autorità norvegesi riguardo la mutilazione genitale femminile, considerata violazione di diritti umani fondamentali tra cui il diritto alla privacy e il diritto alla salute.

La legge penalizza chiunque provochi intenzionalmente “danni” o “cambiamenti permanenti” agli organi genitali femminili, condizione questa soddisfatta sia da tutte le varie tipologie di mutilazione genitale femminile, sia dalla reinfibulazione post-partum. Se il danno comporta malattia o incapacità lavorativa per un periodo superiore ai due anni la pena subisce un notevole incremento.

Nel caso in cui la procedura provochi la morte o un danno sostanziale al corpo della donna o alla sua salute, la durata della detenzione può raggiungere gli otto anni. La condizione di “danno sostanziale” si riscontra quando la vittima diviene disabile o soffre di gravi ripercussioni psicologiche. Ciò accade soprattutto nelle donne che subiscono l’infibulazione, la forma mutilatoria più drastica e severa, specialmente se a seguito delle complicazioni immediate si aggiungono le sequele a lungo termine.

Il consenso della vittima non è motivo di esenzione dalla pena. La persona che aiuta od incita altri ad eseguire la pratica può essere punita allo stesso modo della persona esecutrice materiale dell’operazione. Ciò ha importanti conseguenze perché permette la condanna dei genitori qualora prestino aiuto e supporto fisico o psicologico all’operatrice. Tale parte della norma ha posto il problema di verificare che cosa si intenda per aiuto e incitamento dal punto di vista legale.

Siamo di fronte ad una situazione di “aiuto od incitamento” nel caso in cui i genitori esercitino forti pressioni al fine di persuadere la figlia a sottoporsi all’operazione.

La legge ha un raggio di applicazione molto ampio sulla base del principio dell’extraterritorialità del reato che prevede la condanna dell’atto anche nel caso in cui questo sia eseguito al di fuori dei confini nazionali da un cittadino norvegese o ivi residente. Nell’aprile 2003 il governo norvegese ha adottato il Piano d’azione contro la pratica mutilatoria²⁵⁸ con il quale le autorità hanno posto l’accento sull’importanza dell’attività volta alla divulgazione delle informazioni e all’educazione del personale sanitario e degli assistenti sociali. Per combattere il problema, è, infatti, necessario

²⁵⁸ Ministry of Children and Family Affaire, “*Government Action Plan against Female Genital Mutilation*”, Norway, April 2003. Dal sito www.stopfgm.org.

accrescere la consapevolezza informando la comunità in generale e tutti coloro che praticano le MGF, degli innumerevoli rischi e danni psicofisici che ne possono derivare. Ciò richiede, come abbiamo in più occasioni sottolineato, il coinvolgimento attivo di leader politici e religiosi e degli stessi gruppi sociali direttamente coinvolti.

Il Piano d'azione è il risultato di uno sforzo congiunto tra il Ministro dell'Educazione, il Ministro dello Sviluppo Regionale, il Ministro della Giustizia e della Salute e degli Affari Sociali, il Ministro degli Affari Esteri e quello degli Affari Familiari, quest'ultimo scelto come coordinatore.

Le mansioni sono divise tra compiti nazionali e un progetto locale, quest'ultimo con base operativa ad Oslo e realizzato in collaborazione con le autorità locali.

In Olanda la popolazione africana, ed in particolar modo la comunità somala si è moltiplicata in modo esponenziale a seguito soprattutto dei drammatici eventi bellici che hanno sconvolto i paesi del Corno d'Africa e hanno costretto la popolazione a fuggire dalle nazioni in guerra.²⁵⁹ Secondo un'inchiesta che ha coinvolto il personale sanitario e, più specificamente, i ginecologi, un sesto dell'intera categoria si sarebbe trovato di fronte e avrebbe quindi già trattato casi di complicazioni imputabili alle mutilazioni genitali. Inizialmente il governo aveva addirittura proposto la legalizzazione della mutilazione nella sua forma più lieve, al fine di prevenire il ricorso clandestino alle forme mutilatorie più drastiche, provocando però la ferma reazione della comunità nazionale ed internazionale.

La proposta ha trovato l'opposizione dell'Unione nazionali dei ginecologi che, per contrastare il dilagare del fenomeno, ha promosso la creazione di un gruppo di lavoro contro le MGF.

Nel 1993 la pratica mutilatoria fu dichiarata "intollerabile e inaccettabile" e nel 1994 l'Ispettorato Medico divulgò delle linee guida rivolte al personale sanitario. Nell'agosto del 1998, suscitò forte commozione e molte reazioni la morte di una piccola bimba africana a seguito di un intervento di MGF eseguito secondo la procedura tradizionale.²⁶⁰

²⁵⁹ Dal sito: www.stopfgm.org, "*National Laws: The Netherlands*".

²⁶⁰ AA.VV., *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, a cura di Mazzetti M., ed. Franco Angeli, Milano, 2000, p. 55.

Le MGF sono ritenute una violazione dei diritti umani e contrarie al principio che tutela l'integrità fisica anche in Svizzera. Per questo motivo pur non esistendo una legge specifica in materia, le mutilazioni possono essere punite sulla base dell'articolo 122 del Codice penale svizzero in quanto "*lesioni corporali gravi*".

Nel 1983, a seguito di richieste di chiarimenti da parte di medici e di altri professionisti, la Commissione centrale di etica medica dell'Accademia svizzera delle scienze mediche, rilasciò una dichiarazione ufficiale di condanna, dopo aver constatato che genitori provenienti da paesi che praticavano la mutilazione, tentavano di far eseguire le operazioni alle figlie negli ospedali e ambulatori svizzeri.

Per quanto riguarda l'Italia, vista la forte incidenza che la pratica ha nel nostro paese, preferisco concentrare l'intero discorso in apposito capitolo.

A differenza dell'Occidente europeo, maggiormente interessato dai flussi migratori internazionali, i paesi dell'Europa orientale sembrano, almeno per il momento, estranei al fenomeno mutilatorio.

Tra i diversi paesi europei e non solo, si differenzia profondamente anche il trattamento relativo al mantenimento o alla rottura del segreto professionale del medico che sia venuto a conoscenza di un'avvenuta o programmata mutilazione; alla possibilità o meno di espulsione degli eventuali esecutori di mutilazioni; alla perseguibilità locale di mutilazioni sessuali eseguite all'estero su bambine residenti nel paese; alla possibilità o meno di eseguire la reinfibulazione post-partum (considerata, come abbiamo visto nel primo capitolo, MGF dall'Oms).

Da quanto riportato si intuisce quindi l'urgenza di un globale rafforzamento della normativa applicabile in caso di MGF in tutti i paesi europei e la formulazione di una politica europea comune e coerente.

3.5.2 Unione Europea, Consiglio d'Europa e MGF: la necessità di un approccio globale al fenomeno

Per quanto concerne l'attività specifica contro le MGF svoltasi in ambito europeo risale al luglio del 1990 la ratifica da parte del Parlamento Europeo di una risoluzione riguardante il tema "donne e salute" che alla voce "violazione dell'integrità" conteneva la seguente raccomandazione "*è necessario porre fine alla mutilazione genitale femminile mediante clitoridectomia e infibulazione nella Comunità, e si richiede alla Commissione di sostenere i tentativi di eradicazione di queste pratiche*".²⁶¹

In seguito a tale presa di posizione da parte dei vertici istituzionali nel 1992 si svolse a Londra la prima Conferenza-studio sulle MGF delle bambine in Europa, durante la quale si riconobbe al problema mutilatorio una dimensione occidentale per far fronte al quale si rivelava necessario uno sforzo di coordinamento internazionale che coinvolgesse direttamente i governi in un'azione legislativa, preventivo-educativa, formativa e riabilitativa.²⁶²

Nell'ambito del Consiglio d'Europa, durante la *Terza Conferenza ministeriale europea sulla parità fra uomini e donne*,²⁶³ organizzata a Roma nel 1993, i ministri si accordarono sulle strategie di intervento più opportune da includere nel futuro Piano d'Azione, orientate all'eliminazione definitiva del problema della violenza perpetrata nei confronti delle donne intesa in tutte le sue possibili e molteplici manifestazioni. Le strategie individuate durante la Conferenza costituirono la base per l'attività di un gruppo di specialisti creato nel 1996 sotto gli auspici e le direttive del Comitato per l'uguaglianza fra uomini e donne (CDEG - Comitato governativo composto da un rappresentante per ogni Stato membro).²⁶⁴ Il Rapporto finale del gruppo, pubblicato nel

²⁶¹ Ibidem.

²⁶² First European Study-Conference organized by Forward, London, 1992. *The London Declaration* was the outcome of this meeting.

²⁶³ MEG-3(93)22, Strategies for elimination of violence against women in society: the media and other means, Declarations and resolutions adopted by the Third European Ministerial Conference on equality between women and men, Rome, October 21-22, 1993.

²⁶⁴ Molte sono le attività e le iniziative promosse negli ultimi anni dal CDEG finalizzate ad accrescere la consapevolezza relativa al dramma della violenza praticata nei confronti delle donne. Per esempio, nel 1997 è stato organizzato a Strasburgo un seminario intitolato "Promoting equality: a common issue for men and women". Fra i temi oggetto del dibattito si deve ricordare la discussione su "Men and violence: the logic of inequality". Dal sito www.coe.int.

1997, conteneva un'ampia panoramica circa le problematiche da affrontare, le ricerche effettuate nonché le conclusioni e raccomandazioni da adottare.²⁶⁵ Allo stesso tempo fu formulata una lista relativa alla legislazione esistente negli Stati membri del Consiglio d'Europa alla quale era possibile fare riferimento al fine di contrastare il problema della violenza contro la donna.²⁶⁶

In seguito all'attività svolta il Consiglio d'Europa, preparò nel 1997 un Piano d'Azione,²⁶⁷ nel quale veniva ribadito che le MGF costituivano una violazione dei diritti umani e un'offesa perseguibile sia civilmente sia penalmente e dove si raccomandava la programmazione di attività ed azioni con lo scopo di comunicare quanto dichiarato nel piano a tutte le comunità immigrate interessate dal costume presenti nel territorio comunitario.

Sempre nel 1997 il Parlamento Europeo, in seguito all'annullamento da parte della Corte Amministrativa del Cairo dell'ordine con il quale il Ministero della sanità egiziano²⁶⁸ bandiva l'esecuzione dell'escissione negli ospedali pubblici, e della decisione del Consiglio di Stato Egiziano con la quale si riconosceva la legittimità della

²⁶⁵ EG-S-VL, Final report of activities of the Group of specialist for combating violence against women including Plan of Action for combating violence against women.

²⁶⁶ EG (2001)3 Volume I e II.

²⁶⁷ Doc. EG-S-VL- (97)1. Si veda anche: Summary of the Plan of Action to combating violence against women, EG-S-VL (98)1

²⁶⁸ L'8 luglio 1996 il Ministro della Sanità egiziano Dr. Ismael Sallam emise il decreto n° 216 con il quale si proibiva ogni tipo di mutilazione genitale femminile in tutti gli ospedali ed ambulatori pubblici e privati in quanto pratica non rientrante nella tradizione islamica; la violazione del decreto da parte del personale sanitario sarebbe stata perseguita penalmente. Il Presidente del Sindacato dei Medici Egiziani definì il decreto una "decisione coraggiosa" mentre i critici ricordavano che l'ordinanza non avendo valore di legge avrebbe comportato lo sviluppo sotterraneo della pratica. Il 24 giugno del 1997 il Tribunale Amministrativo del Cairo, applicando le indicazioni del Consiglio di Stato riautorizzò la pratica dell'escissione negli ospedali egiziani, rovesciando il precedente decreto di interdizione. Secondo il Tribunale infatti non poteva essere vietata una pratica religiosamente lecita ma non obbligatoria. Inoltre trattandosi di una consuetudine non illegale il Ministro della Sanità non possedeva l'autorità per vietarla, autorità che spettava invece al Parlamento. Il 28 dicembre 1997 ebbe però luogo l'ennesima inversione di rotta: la Corte Suprema Amministrativa, i cui verdetti sono inappellabili, approvò il decreto del Ministro della Sanità del 1996 reintroducendo il divieto di ogni tipo di MGF. È la sentenza più importante finora espressa in Egitto in materia. In seguito a tale ennesima decisione i fautori della pratica sottolinearono come la mutilazione abbia valenze religiose e culturali per cui la sua validità non poteva essere stabilita da un tribunale statale o da un governo. La sentenza della Corte ammette comunque la possibilità di procedere con la circoncisione nel caso il giudizio del medico la ritenga necessaria per motivi sanitari e questo è stato definito quale punto debole della sentenza. Dariusch Atighetchi, *Il contesto islamico: problemi etico-giuridici e il dibattito in Egitto*, in AA. VV., *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, a cura di Mazzetti M., ed. Franco Angeli, Milano, 2000, pp. 50-51.

pratica, emanò la Risoluzione sulle MGF in Egitto.²⁶⁹ Mediante tale Risoluzione il Parlamento condannava la mutilazione genitale considerando inaccettabile che cultura e tradizione fossero invocate quali pretesti per giustificare la perpetrazione di atti di violenza contro la donna o su minori prive di ogni possibilità di scelta. Il Parlamento Europeo considerava quindi deplorabile il giudizio della Corte Amministrativa del Cairo e la decisione del Consiglio di Stato Egiziano supportando la decisione del Governo e del Ministro della Salute di appellarsi contro tali decisioni.

Nel luglio 1998 si svolse a Goteborg, in Svezia, la seconda Conferenza-studio sulle MGF in Europa, organizzata dal Comitato delle Regioni dell'Unione Europea in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità. La Conferenza confermò la necessità di un rafforzamento dei propositi stabiliti nel Piano d'Azione del Consiglio d'Europa del 1997²⁷⁰ e ribadì l'importanza e la gravità che il fenomeno mutilatorio aveva ormai assunto anche nel continente europeo evidenziando la mancanza di dati ed analisi sistematiche su donne e bambine potenzialmente coinvolte. Al termine dell'incontro venne redatta una dichiarazione conosciuta come *Dichiarazione di Goteborg*²⁷¹ che sottolineava la necessità del coinvolgimento delle comunità locali interessate dal costume nel processo di pianificazione ed implementazione delle azioni finalizzate all'abolizione delle pratiche. Il punto focale dell'attività consisteva nel promuovere l'educazione e la sensibilizzazione dei professionisti impegnati nel settore sanitario e nell'assistenza sociale, conferendo loro le competenze necessarie per affrontare in modo adeguato e tempestivo il problema e fornendo supporto e cure appropriate alle vittime sofferenti per le terribili ripercussioni psicofisiche provocate dall'operazione.

La Dichiarazione di Goteborg sottolineava inoltre come l'investimento nell'educazione, nella ricerca, nella formazione e nella riabilitazione dovesse divenire una priorità e le risorse necessarie dovessero essere messe a disposizione delle autorità locali, regionali e nazionali. Ricerca e formazione, si affermava nella Dichiarazione, dovevano includere nei loro programmi piattaforme di scambio di informazioni sui dati sanitari, sui

²⁶⁹ 12 (d) B4-0655, 0672, 0673 and 0689/97

²⁷⁰ Second European Study-Conference, Goteborg, Sweden, July 1-3, 1998.

²⁷¹ Goteborg Immigrant Services Administration, *The Goteborg Declaration on Female Genital Mutilation. Second European Study-Conference*, Goteborg, Sweden, July 1-3, 1998.

cambiamenti attitudinali e comportamentali delle comunità locali, e su esperienze condotte a livello comunitario.

Si faceva inoltre menzione della necessità che ogni nazione europea interessata dal problema si preoccupasse di dar vita ad uno specifico programma di prevenzione delle MGF fondato anche sull'adozione di opportune misure legislative soprattutto per quanto concerne la protezione dei minori, il rispetto dei diritti e dell'integrità fisica delle donne e il diritto di ogni individuo di accedere al più alto standard di salute possibile.

Gli Stati europei dovevano impegnarsi al fine di impedire che le bambine a rischio venissero condotte fuori dai confini europei per eseguire la mutilazione. Nella Dichiarazione di Goteborg non mancava l'appello alla necessità di un maggiore coordinamento tra le attività delle organizzazioni internazionali impegnate contro la pratica quali l'Oms, l'Acnur, l'Unfpa e le organizzazioni non governative. Tali organizzazioni erano chiamate a coordinare i loro programmi in modo tale da creare un collegamento sinergico tra le attività intraprese nel continente africano e quelle svolte nei paesi di immigrazione.

Sempre nello stesso anno, nel novembre del 1998, il Centro Internazionale per la salute riproduttiva dell'Università di Gent in Belgio, organizzò un Meeting di esperti sulle MGF finanziato dalla Commissione Europea e in collaborazione con il Royal Tropical Institute of Amsterdam²⁷² nell'ambito di un progetto del programma Daphne.²⁷³

Lo scopo dell'incontro era di formulare un consensus europeo contro la pratica mutilatoria in materia legislativa con la previsioni di codici di condotta medica e

²⁷² Dal sito: www.afronets.org: *“European Network for the prevention of FGM in Europe”*.

²⁷³ Il progetto aveva l'obiettivo di studiare l'estensione del fenomeno mutilatorio in Europa ed elaborare raccomandazioni che fornissero supporto all'attività dei governi. Il progetto iniziale, della durata di un anno, offrì un quadro ben documentato della pratica. Riscontrò l'esistenza in Svezia e nel Regno Unito di una legislazione specifica in materia e in almeno dieci Stati membri gruppi di sostegno. Le raccomandazioni destinate ai responsabili politici dell'Unione Europea e ai governi nazionali erano incentrate sui diversi aspetti della mutilazione. Per quanto concerne l'aspetto giuridico la normativa europea doveva basarsi su strumenti internazionali per combattere la violenza contro la donna e doveva prevedere misure speciali per la tutela delle bambine in pericolo. Era pertanto necessario che i funzionari e i responsabili della giustizia e dell'immigrazione e le comunità di immigrati ricevessero una adeguata formazione e fossero costantemente ed esaustivamente informati sull'argomento. Per quanto concerne l'aspetto medico era necessario organizzare corsi di formazione a tutti i livelli. La cosa più importante era impedire che la MGF fosse accettata come pratica medica. Per quanto concerne l'aspetto socio-culturale le attività dovevano incentivare anche la partecipazione di ong e delle organizzazioni comunitarie e dei cittadini dei paesi a rischio nonché dei leader religiosi. Infine l'aspetto generale prevedeva che l'Unione Europea sostenesse i governi dei paesi interessati dalla pratica nella loro lotta per l'eradicazione.

programmi socio-educativi. Durante il meeting gli esperti auspicarono la creazione di un comitato con il compito di rivedere, valutare ed armonizzare le linee e i progetti guida promossi in taluni paesi europei ed extraeuropei quali Danimarca, Svezia, Italia, Canada e Nuova Zelanda, e da organizzazioni quali Rainbo, Iac, British Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) usando l'esperienze positive fatte per sviluppare modelli adottabili da tutte le nazioni compresi quei paesi nei quali i progetti contro la pratica erano solamente ad uno stadio iniziale (Spagna; Grecia). Tali raccomandazioni furono trasmesse al Consiglio dei ministri dell'Unione Europea nel 1999, l'anno europeo contro la violenza nei confronti delle donne.²⁷⁴

Tra gli atti che denotano un impegno politico concreto contro la pratica mutilatoria a livello europeo deve essere ricordata la Dichiarazione dell'Ambasciatore Ernst Sucharipa²⁷⁵ adottata il 14 ottobre 1998 a New York a nome dell'Unione Europea e di tutti i paesi dell'Efta e dell'Europa centro-orientale, all'epoca non ancora entrati nell'Unione come la Bulgaria, la Repubblica Ceca, l'Estonia, l'Ungheria, la Lituania, la Polonia, la Romania, la Slovacchia, la Slovenia e Cipro.

L'Ambasciatore in tale occasione ha sottolineato come la Dichiarazione e la Piattaforma d'Azione di Pechino, adottata come abbiamo visto in precedenza al termine della Quarta Conferenza Mondiale sulle donne svoltasi a Pechino nel 1995, abbiano posto come obiettivo chiaro ed inequivocabile il raggiungimento dell' *"uguaglianza, dello sviluppo e della pace per tutte le donne nell'interesse di tutta la comunità"*.

Nonostante quanto affermato le statistiche confermano la persistenza di forti discrepanze che contribuiscono a rendere estremamente difficoltoso il raggiungimento

²⁷⁴ International Centre for Reproductive Health, *Per un consenso contro le MGF nell'Unione Europea*, 97/096/WC; 99/036/WC, Università di Gent, Facoltà di Medicina. In riferimento all'attività promossa dal Consiglio d'Europa relativamente al problema della violenza contro la donna si devono ricordare il Forum informativo organizzato a Bucarest nel novembre 1998 che si occupò soprattutto degli aspetti legali e del ruolo degli uomini nel combattere il fenomeno della violenza, EG/BUC(99)1 Proceeding of Information Forum on "Ending domestic violence: action and measures", Bucarest, November 26-27, 1998; il Seminario "Men and violence against women", rivolto principalmente ai ricercatori e ai professionisti del settore che si svolse a Strasburgo nell'ottobre 1999, EG/SEM/VIO(99)21, Proceedings of the Seminar on "Men and violence against women", Strasbourg, October 7-8, 1999. Infine il Comitato sulle Pari opportunità fra uomo e donna dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, organizzò a Bari, tra il 4 e il 6 novembre 1999 un Seminario sulla "Violenza contro le donne: dagli abusi domestici alla schiavitù". Dal sito:www.coe.int

²⁷⁵ Ambassador Ernst Sucharipa, *Statement by H.E. Ambassador Ernst Sucharipa on Behalf of the European Union*, New York, October 14, 1998.

dell'obiettivo citato. Le 12 aree critiche contenute nella Piattaforma d'Azione di Pechino costituiscono la struttura portante per tutte le azioni esplicate a livello regionale, nazionale ed internazionale volte al raggiungimento del progresso femminile, in riferimento alle quali gli Stati membri dell'Unione Europea con la Dichiarazione di New York riaffermano il loro impegno al fine di onorare quanto stabilito a Pechino elaborando politiche che individuino e si occupino delle discriminazioni contro le donne.

Si deve inoltre aggiungere che la Commissione europea è da anni impegnata nella lotta contro la discriminazione sessuale, elemento che contribuisce a generare ed alimentare la posizione di subordinazione con la quale molte donne ancor oggi sono costrette a confrontarsi. A questo scopo ha adottato diversi programmi di finanziamento quali l'*Equal*, iniziativa comunitaria transnazionale per il periodo 2000 - 2006, parte del Fondo Sociale Europeo, che promuove nuove pratiche di lotta alle discriminazioni e ad ogni tipo di disuguaglianza e il *Quinto programma comunitario di azione sulle pari opportunità*²⁷⁶ che mira a superare gli stereotipi sessuali e a combattere le disuguaglianze nei suoi aspetti economici, politici, civili e sociali. Il periodo di attuazione previsto per il programma è dal 2000 al 2005 e prevede il finanziamento di azioni che promuovono e diffondono i valori e le pratiche della parità, incentivando la comprensione delle tematiche inerenti la discriminazione sessuale.

Riferendoci all'attività più specificamente promossa sempre a livello comunitario contro la violenza e le sue molteplici manifestazioni grande rilevanza assume il Programma Daphne.²⁷⁷

Il Programma Daphne, approvato il 24 gennaio 2000 dal Parlamento europeo e dal Consiglio con decisione n° 293/2000/CE, è un progetto quadriennale (2000-2003) di azione preventiva formulato dalla Commissione europea nato per contrastare in modo efficace e concreto il problema della violenza, perpetrata contro donne, bambini ed

²⁷⁶ GU CE L 17/22 del 19/01/01

²⁷⁷ La realizzazione del Programma Daphne è stata approvata mediante decisione n° 293/2000/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 24 gennaio 2000. GU L 34 del 09.02.2000. Dai siti: www.europa.eu.int, "*Lotta contro la violenza nei confronti dei bambini, degli adolescenti e delle donne: Programma Daphne.*"; www.minori.it, Cittadini in crescita 1/2000, pp. 191-196.

adolescenti, attraverso il finanziamento di misure proposte e realizzate da istituzioni pubbliche o private e da organizzazioni attive nel settore.

Benché l'azione nazionale nella realizzazione dei progetti sia di importanza cruciale per il successo di queste iniziative, il valore aggiunto della dimensione comunitaria è elevato. Attraverso il Programma l'Unione Europea conta di svolgere un ruolo importante attraverso l'organizzazione di azioni transnazionali di cooperazione a livello comunitario, di campagne di informazione per sensibilizzare l'opinione pubblica sulle gravi conseguenze personali e sociali che la violenza causa alle vittime, nella famiglia, nel gruppo sociale, e nella società in generale.

Nel contesto del Programma Daphne il riconoscimento della "violenza in quanto crimine" è inteso nel senso più ampio del termine, includendovi reati che vanno dall'abuso sessuale alle violenze nell'ambito familiare, dallo sfruttamento commerciale alle angherie nelle scuole, dalla tratta delle persone alla violenza di carattere discriminatorio contro i disabili, le minoranze, i migranti e le categorie più vulnerabili. La violenza viene affrontata nell'ottica delle vittime fornendo azioni preventive e di sostegno.

Le azioni promosse a livello comunitario nell'ambito del Programma sono dirette ad accrescere la consapevolezza della popolazione, in particolar modo dei bambini, dei giovani e degli educatori, sui potenziali rischi della violenza e dei mezzi legislativi, educativi e formativi disponibili per scongiurarli. La Commissione è assistita nella realizzazione del programma da un comitato consultivo formato dai rappresentanti di ciascuno stato membro.

Dal 1997 Daphne ha finanziato 231 progetti, 47 nel 1997, 49 nel 1998, 53 nel 1999, 47 nel 2000 e 35 nel 2001. Nel 2000 è stata riconosciuta al fenomeno mutilatorio particolare importanza nell'ambito del programma e, con decisione del 14 dicembre 2000, il Parlamento Europeo ha incluso la problematica delle mutilazioni genitali femminili nell'ambito dell'articolo B5-802 del bilancio previsto per il 2001.²⁷⁸ Al congresso mondiale contro lo sfruttamento sessuale dei bambini svoltosi a Yokohama nel dicembre del 2001, il programma Daphne è stato riconosciuto come il miglior

²⁷⁸ GU L 56 del 26.02. 2001, pag. 1008.

programma attualmente esistente per combattere la violenza in Europa e nel mondo.²⁷⁹ Sulla base degli ottimi risultati conseguiti dal Programma, il 4 febbraio 2003 la Commissione ha presentato una proposta di decisione istitutiva di una seconda fase del programma Daphne per il periodo 2004-2008.²⁸⁰

Degno di nota, perché pertinente al tema che stiamo trattando e alle problematiche ad esso connesse, è il *Programma salute e diritti riproduttivi nei Paesi in via di sviluppo* che mira a fornire un sostegno alle politiche e alle azioni riguardanti la salute e i diritti riproduttivi e sessuali dei PVS e prevede un periodo d'attuazione di tre anni, dal 2003 al 2006. In modo più specifico gli obiettivi che la Commissione europea si propone di raggiungere mirano a garantire il diritto di donne, uomini e adolescenti ad una buona salute riproduttiva e sessuale; a consentire l'accesso a servizi, forniture, istruzione ed informazione di qualità, sicuri ed economicamente accessibili ed affidabili, inclusa l'informazione relativa a tutti i metodi di pianificazione familiare; ridurre i tassi di mortalità e di morbidità tra le madri specie nei paesi e nei popoli in cui risultano più elevati. Il programma si propone inoltre di porre in evidenza l'impatto dell'HIV/AIDS sulle relazioni personali fornendo informazioni sui servizi e la consulenza necessaria per tutelare la salute sessuale e riproduttiva ed evitare le gravidanze indesiderate. Infine il programma prevede l'elaborazione di adeguate strategie di lotta contro le pratiche dannose, quali le mutilazioni genitali, la violenza sessuale, i matrimoni tra bambini e le gravidanze precoci.

Tali concetti sono stati ribaditi nell'Accordo di partenariato ACP-UE, meglio conosciuto come Accordo di Cotonou²⁸¹ entrato in vigore nell'aprile del 2003, che si qualifica come un passo importante verso la definitiva eliminazione del fenomeno mutilatorio. Tale accordo stabilisce una strategia di cooperazione e collaborazione fra gli Stati membri dell'Unione Europea (UE) e gli Stati dell'area africana, caraibica e del

²⁷⁹ Informazioni reperite sul sito web dell'Unione Europea: www.europa.eu.int e sul sito www.minori.it

²⁸⁰ Proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce una seconda fase del programma di azione comunitaria (2004-2008) per prevenire la violenza contro i bambini, i giovani e le donne e per proteggere le vittime e i gruppi a rischio (programma Daphne II), COM (2003) 54 definitivo. Il Programma Daphne II (2004-2008) destinato a succedere al precedente programma quadriennale (2000-2003) prevede una dotazione finanziaria più consistente per far fronte alle sempre più numerose richieste di finanziamento di progetti e all'ingresso dei nuovi stati membri nel 2004.

²⁸¹ Partnership agreement between the members of the african, caribbean and pacific group of States of the one part, and the European Community and its member States of the other part, June 20, 2000, ACP/CE/EN.

Pacifico (ACP), volta a sviluppare politiche generali e settoriali e a promuovere riforme che forniscano copertura, qualità ed accesso alle strutture e ai servizi sociali di base tenendo in considerazione le necessità e i bisogni dei gruppi maggiormente vulnerabili e svantaggiati. L'Accordo contiene specifiche disposizioni contro le MGF ravvisabili nell'articolo 9, concernente il rispetto dei diritti dell'uomo, e negli articoli 25 e 31 rispettivamente sullo sviluppo sociale e sulle questioni di genere.

Secondo l'articolo 25 dell'Accordo, infatti, la cooperazione deve provvedere alla promozione dell'educazione e della formazione nonché al conferimento di capacità tecniche e di specifiche abilità; integrare i problemi concernenti la popolazione nelle strategie di sviluppo al fine di assicurare la qualità e l'accesso ai servizi sanitari primari, alla salute riproduttiva e alla pianificazione familiare, la prevenzione delle MGF, la lotta contro l'AIDS/HIV.

Importante è anche l'articolo 31. In riferimento alle problematiche di genere, la cooperazione deve promuovere l'adozione di politiche e programmi che assicurino l'eguale partecipazione di donne e uomini in tutte le sfere della vita politica, sociale, economica e culturale. La cooperazione deve inoltre garantire l'accesso femminile alle risorse necessarie per il pieno e completo godimento dei diritti umani fondamentali. Più dettagliatamente la cooperazione deve creare le basi per integrare un approccio di genere concernente ogni livello di cooperazione allo sviluppo incluse le politiche macroeconomiche incoraggiando l'adozione di misure specifiche in favore della popolazione femminile.

Per quanto concerne l'attività promossa dal Consiglio d'Europa contro la pratica mutilatoria nel 1998 l'Istituzione ha adottato la Risoluzione n. 1371 intitolata "*Maltrattamenti inflitti ai fanciulli*", tramite la quale il Consiglio si appellava ai governi degli Stati membri affinché adottassero politiche severe contro le mutilazioni vietandole nei loro ordinamenti e identificandole quali forme di tortura. Il Consiglio auspicava ed invitava inoltre all'adozione di pesanti sanzioni contro i responsabili di tali atti, genitori compresi.

Il 7 aprile 2000 la Commissione sulla violenza contro le donne ha presentato in Assemblea parlamentare una seconda raccomandazione votata all'unanimità, la n. 1450

del 2000, recante “*Misure contro la violenza alle donne in Europa*”.²⁸² Al paragrafo 7 si ribadiva la condanna di tutte le pratiche dannose effettuate in nome di tradizioni culturali e religiose auspicando l’armonizzazione delle legislazioni contro ogni forma di violenza e di discriminazione di cui le donne sono vittime.

Importante è inoltre l’attività svolta da Centre for Europe’s Children, il Centro europeo di documentazione e d’informazione sulle politiche per l’infanzia e sui diritti dei fanciulli, istituito nel settembre del 1997 con l’obiettivo di realizzare una strategia europea per i bambini. Lo scopo del Centro che ha sede a Glasgow in Scozia è di promuovere i diritti dei bambini in Europa tramite lo sviluppo di una base informativa, la promozione delle pratiche migliori, il supporto alla ricerca e lo sviluppo di una rete di informazione. Il Centro utilizza come strumento per la diffusione delle informazioni il sito web www.eurochild.gla.ac.uk che ospita fra l’altro il sito www.europeanchildrensnetwork.gla.ac.uk, una coalizione di reti e di organizzazioni che lottano per la difesa degli interessi e dei diritti dei bambini all’interno dell’Unione europea.²⁸³

In riferimento all’attività più recente, nel maggio 2001 l’Assemblea Parlamentare del Consiglio d’Europa ha presentato una relazione sulle mutilazioni genitali femminili²⁸⁴ nella quale è sancito il divieto della pratica qualificata quale trattamento inumano e degradante ai sensi dell’articolo 3 della Convenzione Europea ricordando che la difesa delle culture e delle tradizioni trova il proprio limite nel rispetto dei diritti fondamentali e nella proibizione di pratiche che si avvicinano alla tortura.

Sulla base di tale relazione e delle iniziative promosse a livello istituzionale il Parlamento Europeo vista la Proposta di risoluzione del 26 febbraio 2001 sulle MGF²⁸⁵ presentata dall’Onorevole Maurizio Turco e sottoscritta da 317 deputati, ha adottato, il 20 settembre 2001, la Risoluzione 2001/2035 (INI).²⁸⁶ Con tale Risoluzione il Parlamento europeo, considerando quanto sancito dagli strumenti internazionali sui

²⁸² Dal sito: www.coe.int

²⁸³ Dal sito: www.minori.it, “*Centre of Europe’s Children*”, Cittadini in crescita 1/2000, p. 62.

²⁸⁴ Consiglio d’Europa, *Mutilazioni genitali femminili*, Doc 9076, 3 maggio 2001

²⁸⁵ Proposta di risoluzione sulle mutilazioni genitali femminili, 26 febbraio 2001, B5-0686/2000/riv.

²⁸⁶ Interessante è quanto riportato nella relazione sulle mutilazioni genitali femminili, frutto dell’attività della Commissione per i diritti della donna e le pari opportunità, relatrice: Elena Valenciano Martinez-Orozo, depositata il 17 luglio 2001. 2001/20035 (INI).

diritti umani, convenzioni, dichiarazioni e programmi d'azione e l'attività finora svolta a livello comunitario, ha condannato fermamente le MGF in quanto arrecanti gravi pregiudizi all'integrità della persona e atti di violenza contro le donne e ha chiesto la collaborazione dell'Unione Europea e degli Stati membri per l'armonizzazione della legislazione esistente e, qualora questa non si dimostri sufficientemente adeguata, provvedano all'elaborazione di una legislazione specifica in materia nel nome dei diritti della persona.

Il Parlamento dichiara inoltre la propria opposizione a qualunque forma di medicalizzazione della procedura mutilatoria che si risolverebbe come una sorta di accettazione e giustificazione dell'operazione sollecitando inoltre Consiglio, Commissione e Stati membri a compiere indagini e ricerche al fine di determinare l'effettiva portata del fenomeno nel territorio comunitario.

Il Parlamento fa quindi richiesta alla Commissione perché elabori un'impostazione strategica integrale che vada oltre la semplice denuncia degli atti di mutilazione ma stabilisca meccanismi giuridici ed amministrativi, preventivi, educativi e sociali che garantiscano alle potenziali vittime un'effettiva ed adeguata protezione. Nella Risoluzione viene ancora una volta evidenziata l'importanza dell'educazione e delle campagne di sensibilizzazione rivolte, oltre che all'opinione pubblica in generale, ai legislatori dei paesi interessati dal fenomeno mutilatorio con l'obiettivo di massimizzare l'impatto della legislazione esistente. Attraverso quanto previsto dalla Risoluzione, gli Stati membri sono chiamati a considerare qualsiasi intervento che comporti la mutilazione dei genitali femminili alla stregua di un reato, indipendentemente dal fatto che vi sia stato o meno il consenso della vittima all'atto mutilatore e che nel contempo sia punito chiunque aiuti, inciti, consigli o dia semplicemente sostegno al compimento di tali atti. Gli Stati membri sono inoltre chiamati a perseguire, processare e sanzionare penalmente qualsiasi individuo che, residente nel territorio comunitario, si sia macchiato del reato di MGF anche nella circostanza in cui il reato sia stato commesso al di fuori delle frontiere nazionali (principio di extraterritorialità del reato).

Viene richiesta l'approvazione di misure legislative che consentano ai giudici o ai pubblici ministeri di adottare misure cautelari e preventive nel caso in cui vengano a conoscenza della possibilità che donne e bambine siano sottoposte alla pratica, mentre

per quanto concerne le norme orientate alla protezione dell'infanzia, la minaccia e il rischio di subire la mutilazione genitale deve essere considerata come un abuso che giustifichi l'intervento dell'amministrazione pubblica. Si pone ancora una volta l'accento sulla necessità della diffusione di un'informazione precisa e comprensibile anche ad una popolazione analfabeta soprattutto nei Consolati dei paesi europei in occasione del rilascio dei visti; i servizi dell'immigrazione si devono inoltre far carico di comunicare alle famiglie immigrate nel momento del loro arrivo nel paese di accoglienza tutte le informazioni opportune sul motivo per cui viene applicato il divieto legale alla pratica mutilatoria. In tal modo gli immigrati sono posti nella condizione di capire l'effettivo significato della proibizione non concependolo come uno strumento di aggressione culturale. Le famiglie devono inoltre essere informate sulle conseguenze penali nel caso di trasgressione del divieto che si possono risolvere in una pena detentiva di durata variabile.

Un passo molto importante di tale Risoluzione consiste nell'auspicio che Consiglio e Commissione nell'ambito del processo di comunitarizzazione della politica di immigrazione e di asilo previsto dal Titolo IV del Trattato di Amsterdam, adottino misure concernenti la concessione di permessi di soggiorno e riconoscano il diritto d'asilo alle donne e alle bambine potenzialmente a rischio.

Sollecita inoltre l'adozione di tutte le misure necessarie perché il tema "accesso alle procedure d'asilo per le donne minacciate di mutilazione genitale" venga incluso quale questione primaria nell'Agenda dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Il Parlamento Europeo esorta tutti i paesi nei quali si praticano le MGF ed in particolare i paesi ACP interessati dall'Accordo di Cotonou ad adottare tutte le disposizioni legislative necessarie al fine di condannare detta pratica approvando le procedure volte ad assicurare l'effettiva implementazione di tali leggi.

Il Parlamento chiede infine all'Unione Europea di promuovere aiuti esterni ai paesi che hanno adottato misure legislative per sanzionare queste pratiche e auspica che l'Unione europea levi la propria voce nell'ambito delle Nazioni Unite affinché i numerosi Stati che hanno formulato riserve nei confronti della Convenzione per l'eliminazione della discriminazione contro la donna le ritirino. Di fatto, non bisogna dimenticare come

molti paesi si siano appellati proprio a determinati usi e costumi per limitare il proprio impegno a rispettare gli obblighi derivanti da tale Convenzione.

È dell'aprile 2002 la Raccomandazione formulata dal Comitato dei Ministri degli Stati membri del Consiglio d'Europa sulla *Protezione della donna contro la violenza*.²⁸⁷ Con tale raccomandazione il Comitato ribadisce la necessità che gli Stati penalizzino ogni atto di mutilazione che coinvolga gli organi genitali di donne e bambine, effettuati con o senza il consenso della vittima. Sottolinea l'importanza di perseguire e punire chiunque abbia deliberatamente partecipato, facilitato o incoraggiato l'esecuzione dell'intervento e auspica l'organizzazione di campagne di informazione e di prevenzione rivolte in particolar modo alle popolazioni immigrate. Infine sottolinea la necessità di accordi bilaterali che si prefiggano la proibizione e la condanna di tali atti di violenza e di tutte le pratiche dannose che ne costituiscono il corollario quali il matrimonio precoce e forzato compiuto senza il libero consenso di entrambi i nubendi e le gravidanze adolescenziali.²⁸⁸

In relazione al tema oggetto di trattazione di grande rilievo è l'*European Young Network on Sexual and Reproductive Rights Charter, (You Act)*.²⁸⁹

In esso si afferma che i diritti sessuali e riproduttivi sono diritti umani universali e il loro rispetto è essenziale per promuovere la salute ed il benessere di ogni individuo. "You Act" ritiene sia essenziale che i giovani siano consapevoli della portata di tali diritti, condizione sine qua non per garantirne il pieno godimento.

Tra i diritti fondamentali indissolubilmente legati a tale categoria l'Atto riconosce il diritto a conoscere che implica il diritto di ogni individuo ad accedere ad informazioni accurate relative alla sessualità e alla riproduzione, al fine di poter effettuare scelte quanto più possibile consapevoli relativamente alla propria vita sessuale e riproduttiva.

Una delle strade da percorrere per il raggiungimento di tale obiettivo è l'introduzione dell'educazione sessuale nei curricula scolastici. L'Atto riconosce inoltre il diritto alla libertà sulla base del quale ogni individuo ha il diritto di vivere libero da ogni discriminazione e pregiudizio, decidendo senza costrizioni della propria vita sessuale e

²⁸⁷ Rec (2002)5.

²⁸⁸ Dal sito: www.coe.int

²⁸⁹ European Youth Network on Sexual and Reproductive Rights, *You Act. European Youth Network on Sexual and Reproductive Rights Charter*

riproduttiva, incluso il diritto di scegliere liberamente il proprio partner godendo di mutuo rispetto ed uguaglianza.

I giovani hanno inoltre il diritto di fare le loro scelte circa se, quando e quanti figli avere. Tale diritto prevede inoltre il facile accesso ai mezzi di contraccezione. Infine l'Atto riconosce i diritti dei giovani alle cure sanitarie, all'uguaglianza, alla privacy, alla sicurezza. Sulla base di quest'ultimo ogni persona ha il diritto di vivere una vita libera da paure e da ogni sorta di violenza fisica e psicologica, quali minacce e tortura.

Per questo le comunità devono bandire tutte le forme di violenza domestica e sessuale nonché le pratiche dannose come le MGF.

L'Atto sottolinea per ultimo il diritto dei giovani a partecipare ai processi decisionali, allo sviluppo, alla valutazione e all'implementazione delle politiche dei programmi e dei servizi, condizioni cruciali per il loro successo.

Molte sono le iniziative che in questi ultimi anni si sono susseguite a livello comunitario che testimoniano l'impegno e la volontà delle istituzioni di prendere definitivamente posizione contro il fenomeno mutilatorio sancendone la definitiva condanna.

Del marzo 2002 è la Risoluzione del Parlamento europeo *"Donne e fondamentalismo"* elaborata sulla base della relazione presentata dalla deputata socialista spagnola Izquierdo Rojo.²⁹⁰ In tale occasione il Parlamento europeo sottolinea come i diritti della donna riconosciuti e solennemente sanciti nei trattati e nelle convenzioni internazionali non possono, e non devono essere limitati né trasgrediti facendo ricorso a pretesti religiosi, a tradizioni culturali, a costumi o legislazioni incompatibili con l'esercizio di tali diritti. Nel contesto europeo, sottolinea il Parlamento, la Commissione deve attivarsi al fine di dotarsi di meccanismi di informazione e formazione per monitorare costantemente tutte le possibili violazioni e discriminazioni fondamentaliste.

Nel corso del 2002 la Commissione europea ha iniziato il finanziamento della campagna presentata da Aidos *"Stop FGM: a international campaign to eradicate Female Genital Mutilation"* parte dell' *"European initiative for democracy and human rights"*

Il Progetto ha lo scopo di contribuire alla lotta contro il fenomeno attraverso lo sviluppo di diverse attività quali la creazione di un database concernente tutte le informazioni riguardanti la pratica accessibile attraverso il web da utilizzare come risorsa da parte

²⁹⁰ A5-0365/2001

delle organizzazioni nazionali ed internazionali attive nel settore. La campagna internazionale si prefigge di contribuire alla costruzione e al consolidamento della partnership tra le organizzazioni africane ed internazionali che lottano per l'eradicatione della mutilazione genitale femminile e al tempo stesso spingere l'opinione pubblica africana ed araba a guardare con favore all'abbandono della pratica. È inoltre sostenuta ed organizzata in partnership con No peace without justice, organizzazione internazionale che opera per promuovere la creazione di un sistema di giustizia penale internazionale indipendente, e da Tamwa (Associazione tanzaniana di donne giornaliste e avvocate) con la partecipazione di associazioni femminili africane.²⁹¹

Il 10 dicembre 2002 in occasione della *Giornata mondiale dei diritti umani*, i promotori della Campagna internazionale contro le MGF hanno organizzato a Bruxelles, presso la sede del Parlamento Europeo, una Conferenza internazionale “*Stop FGM! contro le mutilazioni genitali femminili*”, a cui hanno partecipato i rappresentanti delle principali organizzazioni non governative europee e africane che si battono contro la pratica, oltre a ministri dei governi africani, rappresentanti delle organizzazioni e delle istituzioni europee ed esperti internazionali. Fra i principali relatori, Emma Bonino e Daniela Colombo, presidente dell'Aidos.

Oltre a presentare la campagna “*Stop FGM!*”, la Conferenza si è posta l'obiettivo di rendere pubblico un “*appello solenne*” contro le mutilazioni dei genitali femminili²⁹² con lo scopo di raccogliere le firme necessarie per chiedere ai governi, capi di stato,

²⁹¹ È interessante sottolineare che Tamwa è un'organizzazione non governativa tanzaniana fondata nel 1987 composta da giornaliste ed attiviste che utilizzano i media (il loro sito internet è www.tamwa.or.tz) per sensibilizzare la società, promuovere i cambiamenti a livello legislativo, politico e culturale con l'obiettivo di diffondere il rispetto dei diritti umani fondamentali di donne e bambine. Proprio grazie all'impegno e all'attività svolta dall'Organizzazione sia a livello locale, con particolare riguardo per le zone più a rischio, sia a livello nazionale, si è registrato in Tanzania un aumento della consapevolezza dei danni derivanti dalla violenza di genere, in particolar modo dalla violenza domestica, al rapimento allo sfruttamento sessuale, dalle percosse, alla discriminazione e all'infanticidio femminile. Nel 1998 Tamwa si è fatta promotrice e ha condotto il coordinamento di una campagna avente come obiettivo la promulgazione di una legge contro la violenza sessuale. Tale legge -Sexual Offences Special Provision Act (SOSPA del 21 Aprile 1998 Sect.169)- fra le altre cose, criminalizza per la prima volta nella storia del paese le MGF. Secondo quanto previsto da tale previsione normativa, ogni persona colpevole di aver eseguito un intervento di mutilazione dei genitali femminili su una minore di 18 anni è condannato ad un periodo di detenzione che varia dai 5 ai 15 anni o al pagamento di una multa di 300.000 scellini tanzaniani.

²⁹² È possibile firmare l'appello e così sostenere la Campagna internazionale contro le MGF collegandosi al sito web: www.stopfgm.org

organizzazioni internazionali e nazionali di intervenire con più decisione contro la violenza di dette pratiche già bandite dalle principali convenzioni internazionali.²⁹³

²⁹³ Informazioni reperite sui siti web: www.stop.fgm.org, nelle sezioni Press releases e Stop FGM campaign event: Conference in Bruxelles; www.radicalparty.org, “*Le 29 Novembre 2000 au Parlement Européen une “Journée internationale contre les mutilations génitales féminines”*”; Afro-arab expert consultation “*Legal tools for the prevention of female genital mutilation*” in the framework of the “Stop Fgm” Campaign, 11-06-2003; Emma Bonino “*Sempre mogli e madri. Così parla ad un mondo che non esiste*”, 01-08-2004, Corriere della Sera.

CAPITOLO QUARTO
MUTILAZIONI GENITALI E DIRITTO D'ASILO:
UNA QUESTIONE APERTA

4.1. La protezione internazionale dei rifugiati e i diritti sanciti dalla Convenzione di Ginevra

I rifugiati hanno diritto alla protezione internazionale. Il timore di subire persecuzioni, discriminazioni o violazioni dei diritti umani, dovrebbe garantire loro il diritto d'asilo.

Organo internazionale deputato alla protezione e all'assistenza dei rifugiati nel mondo è l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (Unhcr nell'acronimo inglese) creato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1949, con sede a Ginevra.²⁹⁴

Per quanto concerne l'analisi degli standard che forniscono la protezione internazionale la Dichiarazione Universale, il testo più significativo in materia di diritti umani, non può non fare riferimento al problema dei richiedenti asilo: sono in primo luogo esseri umani e, in quanto tali, devono godere di tutti i diritti fondamentali in essa sanciti. Inoltre l'articolo 14 afferma chiaramente il diritto di ognuno di *“cercare e di godere in altri paesi asilo dalle persecuzioni, a meno che non sia ricercato per reati non politici o per azioni contrarie ai fini e ai principi delle Nazioni Unite”*.

La Convenzione sullo status dei rifugiati, adottata a Ginevra dalla Conferenza delle Nazioni Unite sullo status dei rifugiati e degli apolidi, il 28 luglio 1951, offre una definizione di rifugiato cui fanno riferimento la gran parte delle leggi nazionali oggi in vigore: *“Colui che, temendo a ragione di essere perseguitato per ragioni di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese, di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese [...]”*. Tutti coloro che rientrano in questa definizione hanno diritto all'assistenza da parte del Paese ospitante. Al momento dell'adozione la Convenzione conteneva però un duplice limite geografico

²⁹⁴ Lo Statuto dell'Unhcr è stato adottato dall'Assemblea Generale con Risoluzione 428 (V) il 10 dicembre 1950.

e temporale. I rifugiati presi in considerazione erano infatti solamente quelli divenuti tali a causa d'eventi verificatisi in Europa e il motivo della persecuzione doveva essersi determinato prima del 1951. Inoltre, poiché la Convenzione era giuridicamente vincolante e determinava precisi obblighi per gli Stati parti, molti paesi e tra questi gli Usa, cercarono di limitare il più possibile la definizione di rifugiato in essa contenuta e i vincoli giuridici da essa derivanti. Si è arrivati quindi ad una soluzione di compromesso che ha determinato e determina ancor oggi il comportamento dei paesi d'accoglienza, i quali si riservano il diritto di consentire l'ingresso sul proprio territorio alle persone che ne fanno richiesta, imponendo precise condizioni. L'importanza della Convenzione risiede nel fatto che per la prima volta uno strumento internazionale ha affermato il principio di non respingimento (non *refoulement*), sulla base del quale le persone che abbiano un fondato motivo di temere per la loro vita non possono essere rimandate nel paese d'origine.

Da una breve analisi dei contenuti della Convenzione si può osservare come nella definizione di rifugiato contenuta nell'articolo 1 siano contemplati sia elementi oggettivi sia elementi soggettivi. Il timore di essere perseguitato è un elemento soggettivo e riguarda persone con cittadinanza o apolide che rispettivamente non vogliono, perché perseguitati, far ritorno nel paese d'origine o nel paese nel quale hanno la loro dimora abituale. In entrambi i casi, gli aspiranti rifugiati devono trovarsi fuori del loro paese e richiedere una protezione internazionale che sostituisca la protezione che ogni paese accorda ai suoi cittadini. La fondatezza del timore rappresenta invece l'elemento oggettivo e va dimostrata. Il rifugiato non deve necessariamente aver già subito atti persecutori, ma, in sede di domanda del riconoscimento dello status, deve dimostrare motivi validi a sostegno del suo timore. Le motivazioni della persecuzione contemplate dalla Convenzione di Ginevra riguardano l'appartenenza razziale, religiosa, nazionale nonché l'appartenenza ad un determinato gruppo sociale e le opinioni politiche. Le lettere "C", "D", "E", "F" dell'art. 1 stabiliscono quali sono i motivi di cessazione della protezione accordata al rifugiato.

La Convenzione assicura ai rifugiati i diritti economici, sociali, culturali e civili, eliminando le difficoltà d'ordine amministrativo e giuridico a cui, il rifugiato se non

protetto sarebbe esposto in quanto straniero. La Convenzione regola inoltre la concessione dei documenti di viaggio e di identità e protegge contro l'espulsione.

L'intensità della protezione varia secondo il diritto preso in considerazione.

Il rifugiato è infatti trattato come un cittadino dallo Stato che lo ospita per ciò che concerne la libertà di religione, l'assistenza giudiziaria e l'accesso ai tribunali, il lavoro e la sicurezza sociale. Gode del miglior trattamento riservato ai cittadini di altri Stati in ragione di speciali accordi stipulati tra paese ospitante e paesi stranieri, con riferimento al diritto di associazione per fini non politici e di affiliazione ai sindacati. Deve usufruire del trattamento minimo accordabile, cioè quello riservato agli stranieri, in tema di diritto di proprietà, di esercizio del lavoro autonomo, e di diritto ad un alloggio.

Le riserve geografiche e temporali mostrarono ben presto i loro limiti. Per ovviare ai problemi che sorgevano fu redatto e sottoscritto un protocollo relativo allo status dei rifugiati che aboliva, formalmente, la duplice riserva originaria. Anche il Protocollo²⁹⁵ si basa sul concetto di rifugiato contenuto nella Convenzione del 1951 e non fa menzione del diritto d'asilo che rimane quindi una prerogativa dei singoli Stati.

Le condizioni minime di protezione sancite dai trattati citati si sono nel tempo arricchite attraverso l'adozione di nuovi strumenti sia a portata universale, sia a portata regionale soprattutto in seguito alle vicende che, tra il 1960 e il 1970, portarono all'indipendenza di molti paesi africani costringendo migliaia di persone a spostarsi da un paese all'altro per sfuggire alle persecuzioni. Il 1969 vide la firma da parte dei paesi africani, della Convenzione dell'Oua sui rifugiati²⁹⁶ che ampliava le caratteristiche del diritto d'asilo rispetto alla definizione contenuta nella Convenzione di Ginevra. L'art 2 afferma infatti che *“il termine rifugiato si applica ad ogni persona che, a causa di un aggressione esterna, un'occupazione, una dominazione straniera o di avvenimenti gravemente perturbatori dell'ordine pubblico in una parte o in tutto il paese di origine o di cittadinanza, è costretta ad abbandonare il proprio domicilio abituale al fine di cercare rifugio in un'altra località, al di fuori del paese d'origine o di cittadinanza”*.

È stato generalmente riconosciuto che, per quanto la definizione di rifugiato contenuta nella Convenzione Onu del 1951 e nel Protocollo del 1967 sia correttamente applicata,

²⁹⁵ General Assembly Resolution 2198 (XXI), December 1966.

²⁹⁶ Convention Governing the Specific Aspects of Refugee problems in Africa, 1001 UNTS 45, entered into force June 20, 1974.

esistono alcune categorie di persone bisognose di protezione che non rientrano nello stretto ambito di applicazione di questi strumenti. Questi rifugiati, di competenza dell'Unhcr, comprendono, ad esempio, coloro che fuggono dagli effetti indiscriminati della violenza in situazioni di conflitti armati anche in assenza di specifici elementi di persecuzione.

Tutti i richiedenti asilo, che non rientrano nella limitata ed ormai inadeguata definizione contenuta nell'art. 1, sono classificati nei seguenti modi:²⁹⁷

- Rifugiati “de facto”. Con questo termine s'intende indicare coloro che, pur non essendo riconosciuti come rifugiati, non sono rimpatriati perché hanno “validi motivi” (quali situazioni di guerra, violenza generalizzata e violazione dei diritti umani) per non voler tornare a casa. Queste persone ottengono dallo Stato che le ospita uno status “de facto” per motivi umanitari, che permette loro di rimanere nel territorio dello stato cui hanno chiesto protezione. La concessione dello status “de facto” detto status B, è a completa discrezione delle autorità dello Stato interessato, il quale può concedere solo il soggiorno o stabilire un trattamento speciale, concedendo per esempio anche la possibilità di lavorare o l'assistenza sanitaria. La situazione dei rifugiati “de facto” è quindi peggiore di quella dei rifugiati sotto Convenzione, i quali hanno una serie di diritti che non possono essere negati dal paese d'asilo.
- Rifugiati “in orbita”. Sono coloro che cercano asilo in un paese diverso (paese terzo) da quello in cui hanno soggiornato per primo dopo la fuga (paese di primo asilo) e, a causa delle politiche restrittive in tema d'asilo, sono respinti indietro verso tale paese, il quale a sua volta rifiuta di concedere l'asilo. Succede così, che essi si spostano di paese in paese senza mai ottenere lo status di rifugiato. A volte queste persone finiscono per ottenere uno status B per motivi umanitari oppure la protezione dell'Unhcr.
- Immigrati. Sono gli immigrati per motivi economici, per esempio i cosiddetti extracomunitari presenti nei nostri paesi. In realtà non sono rifugiati perché emigrano per ragioni economiche e non possono far valere un timore di

²⁹⁷ Amnesty International, *Rispetta I miei diritti. La parola ai rifugiati*, Amnesty International Report Roma, 1997.

persecuzione. Essi mantengono, a differenza del rifugiato, rapporti con lo stato d'origine andando all'estero solo per trovare lavoro. Non hanno quindi titolo per ottenere la protezione dell'Unhcr.

- Rifugiati ambientali. Fanno parte di questa categoria tutti coloro che sono costretti a fuggire da catastrofi ambientali e ai quali l'Unhcr offre assistenza primaria (cibo, tende) per motivi umanitari.

Per far fronte ai bisogni di queste persone, l'Alto Commissariato per i Rifugiati ha di conseguenza promosso l'adozione di forme di protezione complementare o sussidiarie.

4.2. Il rischio di MGF quale motivo per la richiesta d'asilo

Nel dibattito internazionale sul diritto d'asilo è venuta facendosi strada la necessità di valutare fra le motivazioni che possono essere riconosciute come valide per l'ottenimento dello status di rifugiato la cosiddetta "gender-based persecution", la persecuzione "sessista" o legata alla diversità di genere.

In contemporanea ha preso forma una vera e propria battaglia, anche sul piano giuridico, affinché le MGF siano riconosciute come motivo per chiedere ed ottenere il diritto d'asilo o per lo meno la protezione umanitaria. Tale sfida vede la partecipazione attiva e l'impegno di molte Ong e di alcune forze politiche transnazionali, oltre ad alcuni governi che, non senza difficoltà e forzature sul piano interpretativo, offrono l'asilo alle donne a rischio di mutilazioni, costituendo in tal modo importanti e significativi precedenti pratici. Nonostante ciò non esistono strumenti certi e previsioni ad hoc che permettano di invocare il diritto d'asilo per i soggetti a rischio di MGF.

Come abbiamo visto precedentemente, la Convenzione internazionale di Ginevra del 1951 cita tra le ragioni che giustificano la concessione da parte di uno Stato dello status di rifugiato la razza, la religione, la nazionalità, le opinioni politiche e l'appartenenza ad un particolare gruppo sociale, non menzionando in alcun modo il genere. Per cercare di ovviare a tale mancanza e far fronte alle sempre più pressanti e numerose richieste di asilo da parte di donne vittime di violenza sessuale e di trattamenti inumani e degradanti, il Comitato Esecutivo dell'Unhcr ha adottato già nel 1985 la Conclusione n°

39²⁹⁸ con la quale, riconoscendo che le donne rifugiate costituivano la maggior parte della popolazione rifugiata mondiale, evidenziava la necessità di un immediato e tempestivo intervento e richiama i governi affinché assicurassero a donne e bambine un'adeguata protezione dalla violenza e dalle minacce alla sicurezza e all'integrità fisica e psicologica di cui erano vittime. La citata Conclusione ha un'importanza vitale per il tema che stiamo trattando giacché con essa il Comitato Esecutivo ha riconosciuto per la prima volta agli Stati la libertà di considerare quale "gruppo sociale" ai sensi della Convenzione di Ginevra del 1951, le donne oggetto di violenze e di persecuzioni conseguenti al rifiuto di sottoporsi alla mutilazione dei loro organi genitali. La mutilazione era quindi assimilata ad una vera e propria forma di persecuzione politica. La Conclusione n° 39 stabiliva inoltre che *"a particular social group is a group of persons who share a common characteristic other than they risk of being persecuted, or who are perceived as a group by society. The characteristic will often be one which innate, unchangeable, or which is other wide fundamental to identity, conscience or the exercise of one's human rights."* Nonostante la presa di posizione dell'Unhcr, il carattere non vincolante della citata disposizione e la mancanza di una definizione coerente di "gruppo sociale" data dalla Convenzione di Ginevra del 1951, hanno creato non pochi problemi ai governi nazionali.²⁹⁹ Solo alcuni Stati, fra cui l'Australia, il Canada, la Francia, il Regno Unito, e gli Usa, hanno infatti preso posizione elaborando linee guida per la valutazione delle richieste di asilo legate al genere riconoscendo alle donne lo status di rifugiate in seguito a persecuzioni di genere.³⁰⁰

L'attività dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati orientata a fornire adeguata protezione alle donne vittime di violenze e persecuzioni ha portato inoltre alla formulazione delle Guidelines on the Protection of Refugee Women,³⁰¹ adottate dal

²⁹⁸ Executive Committee Conclusion n° 39 (XXXVI), Refugee Women and International Protection, 1985.

²⁹⁹ "States ...are free to adopt the interpretation that women asylum seekers who face harsh or inhuman treatment due to their having transgressed the social mores of the society in which they live may be considered as a particular 'social group' within meaning of article 1 A (2) of the 1951 United Nations Refugee Convention". UNCHR's Guidelines on international Protection: "Membership of a particular social group" within the context of Article 1A (2) of the 1951 Convention and/or its 1967 Protocol relating to the Status of Refugee HCR/GIP/02/02, 7 May 2002.

³⁰⁰ *The World's Women 2000, Trends and statistics*, a cura dell'Ufficio Statistico delle Nazioni Unite, New York, 2000.

³⁰¹ UNHCR, *Guidelines on the Protection of Refugee Women*, Geneva, July 1991.

Comitato Esecutivo dell'Unhcr nel corso della sua 41° Sessione nel 1992, nelle quali si prevede che lo status di rifugiato possa sorgere in virtù del timore di subire gravi discriminazioni di genere. Ricorda infatti che negli Stati in cui le pratiche mutilatorie dei genitali costituiscono un dato consolidato e generalmente accettato, le donne che rifiutano di sottoporre se stesse o le proprie figlie all'intervento trasgrediscono regole sociali consuetudinarie fondamentali per la vita della comunità e per questo motivo possono divenire oggetto di violente angherie e soprusi assimilabili ad atti di persecuzione.

Secondo l'interpretazione contenuta nell' Handbook on Procedures and Criteria for determining refugee status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the status of Refugee del gennaio 1992,³⁰² l'appartenenza ad un particolare gruppo sociale deve essere intesa come comprensiva di persone con simili esperienze, che provengono dallo stesso ambiente, che hanno le medesime abitudini, usanze e lo stesso status sociale; l'affermazione di temere persecuzioni ai sensi delle prescritte motivazioni può di frequente coincidere con l'appello fatto per timore di subire persecuzioni sulla base dei motivi quali razza, religione e nazionalità, previsti dalla stessa Convenzione internazionale sullo status dei rifugiati del 1951.

In alcuni casi il gruppo sociale non è predeterminato ma può essere circoscritto dalle caratteristiche comuni delle persone perseguitate perché l'autore delle persecuzioni le considera un ostacolo alla realizzazione dei suoi obiettivi.

I medesimi concetti sono stati ribaditi dall'Unhcr in occasione dell'adozione di ulteriori strumenti quali per esempio "The guidelines on international protection: Gender-related Persecution within the context of Article 1 (A) 2 of the 1951 Convention and/or its 1967 Protocol relating the Status of Refugee" del maggio 2002.³⁰³

Per quanto concerne la situazione europea e per capire il quadro nel quale s'inserisce il tema del diritto d'asilo nei provvedimenti legislativi dell'Unione è necessario ricordare che l'accordo più rilevante, inteso a perseguire una più stretta cooperazione in materia di asilo tra gli Stati parti è la Convenzione di Dublino sulla determinazione dello Stato competente per l'esame di una domanda di asilo presentata in uno degli Stati membri

³⁰² *Handbook on Procedures and Criteria for determining refugee status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the status of refugee*, Geneva, January 1992, HCR/4/Eng/Rev.1

³⁰³ HCR/GIP/02/01, May 7, 2002.

delle comunità europee del 1990³⁰⁴ la cui adozione si è resa necessaria a causa delle forti disparità nel quadro legislativo e nelle misure di accoglienza esistenti tra i vari paesi dell'UE. Tale Convenzione, firmata il 15 giugno del 1990 è entrata in vigore nel settembre del 1997.

Ad oggi l'applicazione della Convenzione di Dublino ha messo in evidenza la debolezza della politica frammentaria dell'UE che ha indotto la Commissione ad avviare una procedura di riforma della Convenzione ponendo l'accento sulla necessità di stabilire regole comuni. Tale Convenzione si è proposta lo scopo di evitare sia le situazioni definite di "shopping dell'asilo" cioè domande di asilo multiple presentate dalla stessa persona in più di un Paese, sia il fenomeno dei "rifugiati in orbita", visto in precedenza. L'applicazione delle clausole della Convenzione evita il vagare dei profughi da uno Stato all'altro alla ricerca del riconoscimento dello status di rifugiato determinando lo Stato competente ad esaminare la domanda d'asilo attraverso la definizione di alcuni criteri condivisi dagli Stati membri. Gli Accordi di Schengen del 1990 dovevano portare alla graduale soppressione dei controlli alle frontiere armonizzando i provvedimenti relativi ai visti d'ingresso per gli stranieri, al diritto d'asilo e alla cooperazione tra polizia e magistratura.

Con il Trattato di Amsterdam del 1997³⁰⁵ gli Accordi di Schengen sono stati inseriti, attraverso un protocollo aggiuntivo, nel Trattato dell'UE in quello che viene chiamato "acquis communautaire", vale a dire tra le competenze acquisite dell'Unione Europea. Nel Trattato di Amsterdam molte sono le indicazioni in materia di immigrazione ed asilo. In particolare vengono chiariti i criteri per la determinazione del Paese competente ad accogliere la domanda di asilo, quali dovranno essere le norme minime per l'accoglienza dei richiedenti asilo in uno dei Paesi membri, quali le regole minime per l'attribuzione della qualifica di rifugiato e quali quelle sulla procedura per la concessione o la revoca dello status.

Il Consiglio dell'Unione Europea nella riunione straordinaria tenutasi a Tampere, in Finlandia, nell'ottobre del 1999, ha riaffermato la necessità di un regime comune europeo in materia di asilo auspicando il riavvicinamento delle normative e delle

³⁰⁴ GU C 254 del 19.08.1997, pag. 1.

³⁰⁵ Trattato di Amsterdam del 2 ottobre 1997, in vigore dal 1° maggio 1999. (97/C 340/01).

procedure per il riconoscimento dello status di rifugiato basato sull'applicazione piena ed integrale della Convenzione di Ginevra del 1951 e del Protocollo di New York del 1967. In particolare viene raccomandato che sia garantita la libertà di accesso al territorio europeo per tutti i richiedenti asilo, l'applicazione del principio del non respingimento, la determinazione di criteri comuni per una procedura equa ed efficiente per l'esame delle domande di asilo, condizioni minime comuni per l'accoglienza dei richiedenti.

Il 18 febbraio 2003 il Consiglio ha inoltre adottato il Regolamento n° 343/2003 definito "Regolamento di Dublino" o "Dublino II" entrato in vigore nel marzo dello stesso anno in tutti i paesi dell'Unione ad eccezione della Danimarca e che sostituisce la Convenzione di Dublino del 15 giugno 1990. Il Regolamento, che stabilisce i criteri e i meccanismi di determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda d'asilo presentata in uno degli Stati membri da un cittadino di un paese terzo,³⁰⁶ costituisce lo strumento attraverso cui la Convenzione di Dublino è inserita nella legislazione comunitaria passando così da strumento di cooperazione intergovernativa a materia della Comunità in vista di una politica comune e di un regime comune nel settore dell'asilo a livello europeo come previsto dal Trattato di Amsterdam.

Facendo riferimento specifico al tema oggetto di questo lavoro nel quadro istituzionale dell'Unione Europea, esistono diverse disposizioni giuridiche e politiche attinenti al diritto d'asilo che potrebbero essere richiamate nel caso in cui la domanda d'asilo sia fatta per timore di subire atti di mutilazione genitale. Una delle disposizioni alle quali si può fare riferimento è la Decisione del Consiglio dell'Unione riguardo le garanzie minimali della procedura d'asilo n° 28,³⁰⁷ la quale sancisce che: *"Se è necessario, gli Stati possono far partecipare alla procedura d'asilo interpreti femminili o agenti femminili qualificate, in particolare nei casi in cui, per gli eventi vissuti o l'origine culturale, le richiedenti asilo incontrino difficoltà ad esporre esaurientemente i motivi della loro domanda"*, disposizione che cerca evidentemente di ovviare alle palesi e comprensibili difficoltà che donne e ragazze possono incontrare nel raccontare ad

³⁰⁶ Archivio Pace Diritti Umani, Rivista "Pace, Diritti dell'Uomo, Diritto dei Popoli", n° 2/2003, p. 20.

³⁰⁷ Risoluzione del Consiglio dell'Unione Europea sulle garanzie minimali per le procedure d'asilo n° 28, 20 giugno 1995, GU C 274 19.9.1996.

estranei i propri timori e le proprie vicende personali, difficoltà ancora più evidenti in caso di mutilazioni genitali.

Rilievo assume anche il Punto di vista comunitario del Consiglio dell'Unione Europea datato 4 marzo 1996 relativo all'applicazione omogenea della nozione di rifugiato dell'art.1 della Convenzione di Ginevra nel quale si afferma:

*“a) l'appartenenza ad un sesso particolare non è, dal punto di vista comunitario, espressamente considerata come una caratteristica di persecuzione. La Convenzione di Ginevra e la Guida giuridica dell'Alto Commissariato dei Rifugiati delle Nazioni Unite non considerano, nelle loro interpretazioni della nozione di rifugiato, il sesso come caratteristica importante in materia di asilo”.*³⁰⁸

Il 10 febbraio 1999 il Parlamento Europeo ha adottato una decisione concernente l'armonizzazione, in seno all'Unione, delle misure di protezione supplementare allo statuto di “rifugiato”³⁰⁹ con la quale il Parlamento Europeo auspica l'applicazione di misure di protezione complementare allo statuto di rifugiato in modo particolare in riferimento ai seguenti gruppi di persone:

- *Le persone che sono fuggite dal Paese d'origine o che non possono tornarci perché la loro vita, la loro sicurezza e la loro libertà è minacciata a causa di una situazione di violenza generale, dall'aggressione di una potenza straniera, dai conflitti interni, da violazioni importanti dei diritti dell'uomo o da altri avvenimenti che hanno condotto una perturbazione seria dell'ordine pubblico.*
- *Le persone che sono fuggite dal loro paese d'origine e che non possono ritornarvi perché rischiano per ragioni legittime, di essere vittime al loro ritorno di massacri, di violenza sessuale o di violenza legata all'appartenenza al sesso, di trattamenti inumani o umilianti, o perché possono esporsi alla pena di morte o ad altre violazioni dei loro diritti fondamentali.*

³⁰⁸ Posizione comune del 4 marzo 1996 definita dal Consiglio in base all'articolo K.3 del Trattato dell'Unione Europea relativa all'applicazione armonizzata della definizione del termine “rifugiato” ai sensi dell'articolo 1 della Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951 relativa allo status di rifugiato.

³⁰⁹ Ricci. C, *op. cit.*, p. 33.

Di estrema rilevanza in relazione all'argomento trattato è il Documento di lavoro della Commissione Europea del 3 marzo 1999, riguardante le "Norme comunitarie della procedura del diritto d'asilo".³¹⁰

Con tale Documento, indirizzato anche all'Unhcr e alle Ong, la Commissione si è assunta l'impegno di creare uno strumento giuridico vincolante dell'Unione Europea su tale argomento, e individua al par. 28 i cd. "gruppi vulnerabili" fra cui bambini e donne vittime di tortura o di persecuzioni a sfondo sessuale. A tale proposito la disposizione n° 23 auspica che *"la Commissione Europea preveda per i bambini e le donne, nel suo progetto di strumento comunitario, misure di protezione, particolarmente in materia di procedure, fondate sulle disposizioni già esistenti."*

Un'importanza particolare riveste in materia di asilo e in relazione al problema delle mutilazioni genitali femminili il CIREA, Centro d'informazione, riflessione e scambio sul diritto d'asilo. È un organismo con fini non politici dell'Unione Europea, composto dai rappresentanti degli Stati membri. Si riunisce con scadenza mensile presso la sede del Consiglio e consente lo scambio di informazioni in materia di asilo (dati statistici, novità legislative e/o giurisprudenziali) analisi delle problematiche connesse a particolari gruppi di richiedenti lo status di rifugiato. Nell'ambito del Centro tra il 1998 e il 1999 è avvenuto un intenso scambio di informazioni e di esperienze tra i Paesi membri dell'Unione relativamente alle procedure nazionali concernenti il diritto d'asilo nell'ambito del tema "persecuzioni legate all'appartenenza al sesso specifico".

Importante è inoltre la Direttiva del Consiglio dell'Unione concernente *"l'attribuzione, ai cittadini di Paesi terzi ed apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto dello status di protezione"*, Bruxelles, 12 settembre 2001.³¹¹ Tale Direttiva recepisce quanto indicato dalle conclusioni della Presidenza del Consiglio Europeo a Tampere nell'ottobre del 1999 e trova i suoi principi ispiratori nella "Posizione comune del 4 marzo 1996 definita dal Consiglio in base all'articolo K.3 del Trattato dell'Unione Europea relativa all'applicazione armonizzata della definizione del termine rifugiato ai sensi dell'articolo 1 della Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951 relativa allo status

³¹⁰ Documento di Lavoro della Commissione Europea *"Verso la definizione di norme comuni in materia di procedure di asilo"*, SEC (1999) 271. Dal sito: www.europarl.eu.int

³¹¹ COM (2001) 510 definitivo.

di rifugiato”³¹² e nel “Manuale sulle procedure ed i criteri per la determinazione dello status di Rifugiato”³¹³ redatto, come abbiamo visto in precedenza, dall’Unhcr per assistere gli Stati parti della Convenzione del 1951 nell’opera di interpretazione della definizione di “rifugiato” contenuta nella Convenzione medesima.

L’articolo 5 della Direttiva del Consiglio stabilisce gli elementi della protezione internazionale e definisce le due categorie, distinte ma complementari, del “rifugiato” e del “beneficiario della protezione sussidiaria”. Il primo paragrafo dell’art 5 fornisce una definizione di rifugiato conforme a quella contenuta nella Convenzione di Ginevra definendo come tale la persona che nutre fondato timore di essere perseguitata soltanto a causa di uno o più dei seguenti elementi: razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale e opinione politica. Il timore deve essere tale da impedire o rendere indesiderabile per il richiedente avvalersi della protezione del paese in cui è cittadino. Il secondo paragrafo dell’articolo riporta invece la definizione di coloro che possono essere ammessi alla protezione sussidiaria. All’articolo 7 della Direttiva si fa invece riferimento al fatto che, nel caso la protezione internazionale sia richiesta da donne di fronte al pericolo di subire atti di persecuzione, si deve tener conto che *“la persecuzione, ai sensi di quanto previsto dalla Convenzione di Ginevra può manifestarsi attraverso atti di violenza di tipo sessuale o altrimenti perpetrati nei confronti delle donne. Ad esempio una violenza sessuale può essere inflitta alle donne a causa della loro religione, dell’opinione politica o della nazionalità. In tali casi la violenza sessuale è esclusivamente uno strumento di persecuzione e può trovare applicazione uno qualsiasi dei motivi individuati nella Convenzione di Ginevra e all’art 12 di tale Direttiva. Tuttavia la violenza di tipo sessuale nei confronti di rifugiati di sesso femminile quale la pratica della MGF, può essere inflitta alle donne esclusivamente per il fatto di appartenere al sesso femminile. In tale situazione può trovare applicazione il motivo indicato nell’appartenenza ad un determinato gruppo sociale”*. L’articolo 12 della Direttiva evidenzia i diversi motivi che possono determinare un atto di persecuzione ispirandosi alla Convenzione di Ginevra e alla Posizione comune sopra citata.

³¹² GU L 063 del 13 marzo 1996, pp. 0002-0007 (96/1996/GAI)

³¹³ *Handbook on Procedures and Criteria for determining refugee status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the status of Refugee*, Geneva, January 1992, HCR/4/Eng/Rev.1.

Il paragrafo (d) dell'art 12 stabilisce le norme di interpretazione del concetto di "appartenenza ad un gruppo sociale determinato". L'interpretazione dovrebbe permettere di includere gruppi di individui che sono trattati come inferiori o *"persone di serie B agli occhi della legge, perché così facendo tollera la persecuzione da parte di privati o altri agenti non statali o quando lo Stato applica la legge in modo discriminatorio e rifiuta di invocare la legge a tutela di tale gruppo."* Si tratta appunto delle situazioni che vedono le donne vittime di violenza domestica quale violenza sessuale o MGF, quando ciò si verifica in Stati nei quali non possono ottenere effettiva tutela contro tali abusi.

L'Unhcr ha accolto con favore la Direttiva del Consiglio augurandosi che lo strumento comunitario garantisca in modo effettivo la realizzazione degli obiettivi affermati dal Consiglio Europeo di Tampere a proposito della piena e completa applicazione della Convenzione di Ginevra e della garanzia di protezione a tutte le persone che ne hanno bisogno, mettendo in evidenza come la Direttiva riconosca che la persecuzione possa essere riferita al genere e che un gruppo sociale possa essere definito sulla base del genere o dell'orientamento sessuale.

Infine ha suscitato clamore la proposta di risoluzione sulle MGF presentata sempre nel 2001 dal Partito Radicale Transnazionale del Parlamento Europeo.³¹⁴ In essa, per la prima volta si esplicita la necessità-opportunità di riconoscere il semplice rischio di subire mutilazioni genitali come motivo per richiedere ed ottenere il diritto d'asilo o comunque la protezione umanitaria.

4.3. La richiesta di asilo per motivi di persecuzione di genere: alcune esperienze

Come precedentemente anticipato, in diversi Paesi le donne sono state riconosciute quali "rifugiate" ai sensi della Convenzione internazionale di Ginevra del 1951, in virtù del timore di essere sottoposte a mutilazione genitale in caso di ritorno nel paese d'origine. La definizione di rifugiato, infatti, permette di identificare come "particolare gruppo sociale", quelle donne che rischiano, per provenienza geografica od appartenenza etnica, di essere (esse stesse o le figlie) vittime di MGF.

³¹⁴ Proposta di risoluzione sulle mutilazioni genitali femminili, 26 febbraio 2001, B5-0686/2000/Riv.

A tale proposito può essere citata la decisione del Tribunale amministrativo di Oldenburg (nordovest della Germania), che nel maggio di quest'anno ha accolto il ricorso ed evitato quindi l'espulsione ad una giovane donna di ventitré anni scappata dal Togo proprio per la minaccia di subire mutilazioni,³¹⁵ nonostante il governo togolese avesse bandito la pratica già dal 1998 con la promulgazione di una specifica disposizione normativa.³¹⁶

Con tale sentenza i giudici tedeschi hanno riconosciuto la mutilazione genitale femminile come una forma di persecuzione paragonabile alla tortura. In totale le richieste di asilo per rischio di infibulazione pervenute alle autorità tedesche sono ad oggi circa venticinque. Lo status è però stato accordato solamente in tre casi ed i criteri seguiti per la concessione non sono stati definiti chiaramente: si basano senza dubbio sulla persecuzione e si invocano l'appartenenza etnica ed il sesso. In dieci casi è stata concessa la protezione umanitaria e comunque non si sono registrati allontanamenti forzati. Anche secondo la giurisprudenza della Commissione di Ricorso dell'Ufficio Francese di Protezione degli Apatridi, la minaccia di subire mutilazione genitale femminile, costituisce "rischio di persecuzione" ai sensi della Convenzione internazionale sullo status dei rifugiati. Nel 1990 è stato trattato in Francia il primo caso che vedeva coinvolta una donna del Mali. In quell'occasione la domanda fu però respinta dall'OFPRA per mancanza di credibilità. La Commissione di Ricorso infatti non accordò alla donna lo statuto di rifugiata ma concesse un permesso di soggiorno di un anno, in seguito ulteriormente rinnovato.³¹⁷

La Spagna affronta il problema della mutilazione genitale femminile concedendo lo statuto umanitario, ma i soli due casi verificatisi non hanno portato ad un esito positivo in quanto considerati privi di credibilità dalle autorità competenti. In Gran Bretagna si sono finora verificati quattro casi, fra cui una richiesta di asilo da parte di due sorelle etiopi per pericolo di MGF nel caso di ritorno nel proprio Paese. I casi sono stati decisi

³¹⁵ Dal sito: www.stopfgm.org, "*Germania: non viene espulsa perché rischia l'infibulazione*", Ansa, 29 maggio 2004.

³¹⁶ Loi No. 98-106 of November 17, 1998 concerning the prohibition of female genital mutilation in Togo, *Journal Officiel de la République Togolaise*, November 21, 1998, pp. 2-3.

³¹⁷ Dal sito: www.radicalparty.org, "*Documento di lavoro sulle mutilazioni genitali*", a cura di Gabriella D'Angelo.

e si sono risolti con la concessione dello status di rifugiate in virtù dell'“appartenenza al gruppo sociale”³¹⁸ in linea con quanto stabilito dall'Unhcr.

In Austria secondo l'Ufficio Federale per l'Asilo, a tutt'oggi non vi sono casi conosciuti di richiesta d'asilo per pericolo di MGF, tuttavia, ai sensi dell'art. 15 dell'Asylum Act, è possibile concedere in tali casi un limitato permesso di soggiorno.

Per quanto concerne il Belgio, è opinione consolidata che in assenza nella Convenzione di Ginevra del 1951 del riferimento all'appartenenza al sesso, si possa procedere ad una interpretazione estensiva delle caratteristiche del “gruppo sociale”. Le domande d'asilo per timore di MGF sono comunque poche: solamente tre donne, una della Repubblica Democratica del Congo e due di nazionalità somala, hanno ottenuto lo status di rifugiate politiche. Una di queste donne ha presentato domanda perché temeva di essere reinfibulata dopo la nascita del figlio. Nel 1999, diverse domande di asilo sono state invece respinte, ed il rifiuto è stato motivato con la mancanza di credibilità della spiegazioni date dalle richiedenti o perché non avevano fatto menzione del rischio di MGF a fondamento della propria domanda. Tuttavia si deve sottolineare che, nonostante queste donne si vedano negare l'asilo, generalmente non vengono mai allontanate dal paese.

Infine in Svezia si sono registrati due casi. Nel primo dei casi verificatisi, lo status di rifugiato non fu concesso per la presunta mancanza dell'appartenenza al particolare gruppo sociale. È stata comunque garantita la protezione umanitaria, invocando la violazione dell'art. 5 della Dichiarazione Universale e dell'art. 3 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali. Con l'approvazione della nuova legge sull'immigrazione, è stata creata una nuova categoria protetta, che include anche le donne e le ragazze perseguitate a causa del loro sesso.³¹⁹

Anche paesi extraeuropei quali Usa, Canada e Nuova Zelanda in quanto terre di destinazione dei flussi migratori internazionali si sono dovuti confrontare, soprattutto in questi ultimi decenni, con il problema delle MGF e hanno stabilito una serie di direttive per il trattamento delle ipotesi di persecuzione legate all'appartenenza di genere.

³¹⁸ Amnesty International, *Rapporto Annuale 2003*, ed. Meridiana, Firenze, 2003.

³¹⁹ Ricci C., *op. cit.*, p. 33.

Secondo un sondaggio svolto nel 1997 nel territorio australiano sono presenti circa 3.000 donne e bambine provenienti da paesi interessati dalla pratica.³²⁰

Dal 1980 hanno cominciato a circolare in Australia rapporti sull'esecuzione di mutilazioni genitali femminili su piccole immigrate africane, indonesiane, malesi e mediorientali negli ospedali del paese dove le famiglie più abbienti si recavano appositamente per far operare le figlie in condizioni medico-sanitarie superiori a quelle offerte nel paese d'origine.³²¹ Le Government's Guidelines on Gender Issue for decision Makers del 1996 riconoscono che *"le MGF in particolari circostanze possono costituire una persecuzione"*.³²²

Per quanto concerne gli Stati Uniti, dove la pratica mutilatoria è vietata sulla base di previsioni normative inserite nell'Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act del 1996,³²³ nel 1995 l'Ufficio Affari Internazionali formulò le INS Gender Guidelines³²⁴ nelle quali le MGF venivano riconosciute esplicitamente come vere e proprie forme di persecuzione. Sulla base della promulgazione di tali linee guida nel 1996 il Tribunale amministrativo d'appello (la più alta autorità americana sull'immigrazione) si occupò del caso di Fausiya Kasinga,³²⁵ 19 anni, fuggita dal Togo per sottrarsi all'infibulazione e che da tempo aveva fatto richiesta d'asilo negli Stati Uniti. Con una sentenza storica anche il Tribunale amministrativo riconobbe le MGF quale forma di persecuzione e quindi motivo sufficiente per concedere l'asilo alle potenziali vittime in fuga dalle loro terre natie. La sentenza aveva stabilito infatti che, essendo le giovani donne appartenenti alla tribù Tohamba-Kusuntu nella parte settentrionale del Togo, costrette a subire, in nome di tradizioni ancestrali, la mutilazione dei loro organi genitali, coloro che si opponevano alla pratica dovevano essere riconosciute, in quanto vittime potenziali di ritorsioni da parte della comunità di appartenenza, membri di un "particolare gruppo sociale".

³²⁰ Nikky Denholm, FGM Healthcare Survey, FGM Programme, Auckland Healthcare, 1997.

³²¹ Dal sito: www.stopfgm.org, *"National Laws: Australia"*.

³²² Ricci C., *op. cit.*, p. 35.

³²³ Illegal immigration Reform and Immigration Responsibility act of 1996, Pub. L. 104-208, sect. 645, 100 Stat. 3009- 546 (1996).

³²⁴ INS Office of International Affairs, to All INS Asylum Officers and HQASM Coordinators, Considerations For Asylum Officers Adjudicating Asylum Claims From Women, May 26, 1995.

³²⁵ See in re Fausiya Kasinga, Interim Dec. 3278, Bd of Immig. Appeals, File A73 476 695, 1996 BIA LEXIS 15 (June 13, 1996).

Il caso di Kasinga ha costituito quindi un progresso di estrema rilevanza per la lotta contro le pratiche tradizionali dannose. Sulla base del precedente creato dalla sentenza altri casi vennero discussi come quello di Elizabeth Kuma, appartenente alla tribù di Ewe, Ghana, scappata dal proprio paese ed arrivata a Hong Kong nel 1994 nell'intento di sottrarre la sorella di appena tre anni dall'intervento mutilatore. La destinazione finale era il Canada ma all'aeroporto al momento dell'imbarco la ragazza venne arrestata dall'Hong Kong Victoria Immigration Control. Il caso fu esaminato dall'Ufficio dell'United Nations High Commissioner for Refugees di Hong Kong e nel settembre 1996 Elizabeth chiese protezione appellandosi all'articolo 24 della Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo. Nel novembre dello stesso anno dopo che le sue motivazioni vennero giudicate credibili ottenne lo status di rifugiata.

Nel 1993 il Canada concesse lo status di rifugiata ad una donna somala Khadra Hassan Farah³²⁶ fuggita dal suo paese con la figlia di dieci anni, Hodan, perché temeva potesse essere sottoposta forzatamente a mutilazione genitale. Gli ufficiali dell'immigrazione concessero l'asilo affermando che, il diritto di Hodan alla sicurezza personale, sarebbe stato drammaticamente violato nel caso la piccola fosse stata costretta a ritornare in Somalia.

³²⁶ Khadra Hassan Farah, July 13, 1994, IRB Refugee Division (Toronto) T93-12199 and 12197.

CAPITOLO QUINTO

LA POSIZIONE DELL'ITALIA DI FRONTE AL FENOMENO MUTILATORIO

5.1. L'Italia e le MGF: excursus storico

Per quanto concerne la situazione in Italia, i processi di migrazione internazionali hanno costretto anche il nostro paese a confrontarsi con il fenomeno mutilatorio, adottando un atteggiamento costruttivo e squarciando il tradizionale riserbo che da sempre circonda la pratica. Le statistiche non ufficiali riportano della presenza in Italia di un elevato numero di donne e bambine che hanno subito la mutilazione dei propri organi genitali; si parla di cifre che oscillano tra le trentamila e le cinquantamila vittime.³²⁷ Il nostro paese avrebbe infatti un triste primato: sarebbe il paese europeo con il più alto numero di casi.³²⁸ Le difficoltà maggiori sembrano emergere soprattutto a livello di strutture sanitarie che si sono trovate ad affrontare richieste, patologie e terapie per le quali il personale medico e paramedico è risultato decisamente impreparato sia da un punto di vista sanitario sia, soprattutto, da un punto di vista umano.³²⁹

Ma come si pone il nostro paese di fronte all'inesorabile propagarsi del fenomeno? Mentre negli anni settanta il problema mutilatorio non coinvolgeva l'opinione pubblica, negli anni ottanta il fenomeno ha cominciato ad acquisire una portata generale in seguito al forte scalpore e alla riprovazione che fecero seguito ai processi francesi. Nel 1986 è iniziata la collaborazione fra l'Organizzazione democratica delle donne somale (Swdo) e l'Associazione italiana donne per lo sviluppo (Aidos), con l'obiettivo di organizzare una campagna di informazione finanziata dal Ministero degli Esteri italiano orientata all'eliminazione dell'infibulazione in Somalia.

Nello stesso tempo si registrano iniziative che coinvolgono il mondo accademico che hanno portato sempre nel 1986 alla pubblicazione di una vasta ricerca concernente la

³²⁷ Dati reperiti sul sito: www.stopfgm.org.

³²⁸ Dal sito: www.altrameta.it/dossier_infibulazione.html, "*L'infibulazione: l'Italia prima nell'Unione europea*".

³²⁹ Ibidem.

pratica mutilatoria in Somalia, nata dalla collaborazione fra l'Università di Padova e gli studenti della Facoltà di Medicina dell'Università di Mogadiscio.³³⁰

L'Italia, che dagli anni ottanta ha cominciato a trasformarsi in un paese di immigrazione, si trovò nel 1988 coinvolta nello "scandalo infibulazione" a seguito delle informazioni riportate dai giornali ed attribuite al Sottosegretario della Sanità, che affermavano l'esecuzione di operazioni di mutilazione genitale direttamente da parte del personale sanitario degli ospedali italiani. Tale scandalo e le relative polemiche cui fece seguito un'accesa campagna stampa, furono sedate da una dichiarazione del Ministro della Sanità che, rispondendo ad un'interpellanza parlamentare, smentì le voci condannando la pratica sulla base di convenzioni internazionali ratificate dall'Italia. Assicurò inoltre la perseguibilità giuridica degli eventuali esecutori della pratica mutilatoria nel paese sulla base di quanto previsto dagli articoli 5 del Codice Civile e dall'art. 583, 2° comma, par. 3 del Codice Penale. La dichiarazione terminava quindi con la smentita della presenza in Italia di popolazioni potenzialmente interessate dalla pratica.

In quegli anni anche la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici definì la propria posizione dichiarando la perseguibilità sia penale sia da parte dell'Ordine, dei professionisti coinvolti in operazioni di mutilazione mentre cominciavano ad essere condotte indagini quantitative e qualitative relative all'immigrazione proveniente da paesi a tradizione mutilatoria. A seguito delle conclusioni e dei risultati ottenuti da tali indagini il nostro paese fu inserito nel Rapporto del 1992 sulle MGF del Minority Rights Group tra i paesi occidentali a rischio.³³¹ Conseguentemente allo svolgimento della prima indagine sulle MGF in Italia, presso il Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università di Padova, si costituì un Gruppo di Lavoro sulle MGF in un contesto di migrazione, che nel corso degli anni si occupò dello studio dell'evoluzione del fenomeno. Molte furono le iniziative promosse grazie all'impegno e alla costante attività del gruppo come per esempio l'organizzazione nell'ottobre del 1992 di una "Giornata di studio sulle mutilazioni sessuali femminili", svoltasi presso il Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università di Padova e la realizzazione, nel 1993, di

³³⁰ Fusaschi M., *op. cit.*, pp. 141 e ss.

³³¹ Dorkenoo E. Eiworthy S., Quaderno 1, Rapporto del Minority Rights Group, Aidos, aprile 1992.

un'indagine epidemiologica sul fenomeno mutilatorio condotta intervistando più di 300 ginecologi. I dati raccolti durante l'indagine furono sintetizzati nella monografia "*Figlie d'Africa Mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*" dell'antropologa Pia Grassivaro Gallo docente e coordinatrice del Gruppo di Lavoro, e utilizzati come base per l'organizzazione sempre a Padova il 3 maggio 1994 dell'*International Symposium on Female Genital Mutilation*. Obiettivo del Simposio era di qualificare definitivamente la pratica mutilatoria quale problema di salute pubblica anche in Italia, in considerazione dell'elevato numero di donne immigrate provenienti da paesi a tradizione mutilatoria e quindi potenzialmente a rischio.³³²

Nel corso del periodo che intercorre tra il 1994 e il 1998 il Gruppo di lavoro condusse numerose ricerche valutando i diversi aspetti del fenomeno come per esempio la relazione medico-paziente mutilata, il "paradosso culturale" che si viene a creare tra la visione che il medico ha della pratica ed il diverso modo di intenderla da parte della paziente; le problematiche relative alla gravidanza, al parto e al periodo post-partum della donna mutilata. Negli anni che seguirono il problema mutilatorio fu oggetto di brevi trattazioni contenute in testi specialistici, segnale questo di una seppur timida opera di sensibilizzazione generale relativamente al fenomeno.

Dalla metà degli anni novanta l'interesse dei media si risvegliò nuovamente soprattutto in seguito alle attività svolte e promosse dal gruppo padovano. Purtroppo però la trattazione che i media fecero del problema ebbe, ancora una volta, carattere prettamente sensazionalistico non soffermandosi al contrario su un'analisi più approfondita del fenomeno. Finalmente tra il 1997 e il 1998 vennero organizzati una serie di eventi nuovi che operarono una svolta inserendo il nostro paese nel dibattito internazionale. Tra il maggio ed il giugno del 1997 vengono, infatti, presentati alla Procura presso il Tribunale Ordinario di Milano³³³ e al Tribunale dei Minorenni del

³³² Era stata stimata all'epoca la presenza di circa 40.000 donne provenienti da paesi interessati dal fenomeno di cui almeno 20.000 a rischio di subire la pratica. University of Padua, Faculty of Psychology, Department of General Psychology, *Female Genital Mutilation: a public health issue also in Italy*, UNI press, Padova, 1995

³³³ Tutt'oggi si ha notizia di una sola sentenza in materia pronunciata dal Tribunale di Milano sulla base di quanto sancito dagli articoli 582 e 583 del Codice Penale. Il caso riguardava un'italiana moglie separata di un egiziano che nel 1997 ha sporto denuncia nei confronti dell'ex marito per aver sottoposto a mutilazione dei genitali i due figli, un bimbo di cinque anni ed una bambina di dieci durante una vacanza presso i parenti paterni in Egitto. La donna per motivi di lavoro era rimasta a Milano ma al ritorno dei

Piemonte e Valle d'Aosta di Torino, i primi due casi di denuncia riguardanti la mutilazione dei genitali eseguita all'estero su due bambine residenti nel nostro paese. Sempre nel 1997 venne ribadita dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri la condanna delle MGF qualificate quali pratiche che *“ripugnano alla coscienza civile”*, anche se siamo ancora lontani da prese di posizione ufficiali sul tema che definiscano le linee di condotta del personale sanitario.

Per oltre un anno si susseguirono in Parlamento ordini del giorno ed interrogazioni relative alla diffusione del fenomeno mutilatorio nel nostro paese alle quali rispose il 2 ottobre 1997 il Ministro per la Solidarietà Sociale Livia Turco³³⁴ affermando che *“sul tema delle MGF, che concerne le donne native del Corno d’Africa e della Valle del Nilo, non esistono dati ufficiali e sistematici, ma solo elementi dedotti dalla presenza delle comunità immigrate nel nostro paese da queste aree geografiche [...] Tuttavia [...] si potrebbero affrontare tali tematiche [...]”*.

Il 18 novembre del 1997 si svolse presso l’Istituto Superiore di Sanità un Seminario di studio sulle MGF sostenuto dai Ministeri della Sanità, Solidarietà Sociale e Pari Opportunità testimonianza della volontà di delineare linee guida comuni per far fronte definitivamente alla necessità di prevenzione e di eradicazione del fenomeno in Italia. Nel dicembre dello stesso anno, il Comitato Nazionale di Bioetica ricevette dal prof. Corrado Corghi, Presidente del Comitato Etico istituito in unità tra l’ASL Reggio Emilia e l’Arcispedale S.Maria Nuova della medesima città, quattro quesiti relativi al problema mutilatorio. Tali quesiti si proponevano di indagare:

- se dovesse essere considerato etico respingere, da parte degli ospedali pubblici, le richieste di circoncisione di minori da effettuarsi presso le strutture ospedaliere al fine di garantire un adeguato trattamento sanitario;
- se dovesse considerarsi etica e legalmente tacita la posizione di un ospedale pubblico che pratica i piccoli interventi chirurgici solamente per sanare una persona e non anche per rendere meno traumatizzante una circoncisione rituale;

figli, insospettata dal cattivo stato di salute della bambina colpita da emorragia, infezioni e febbre, si accorse dell'accaduto. La donna presentò subito denuncia e il 25 novembre 1999 si svolse a Milano il processo che vide il padre accusato di lesioni personali gravissime. Si tratta del primo processo svoltosi in Italia concernente un caso di mutilazione genitale femminile conclusosi con la condanna dell'uomo a due anni di reclusione.

³³⁴ Lettera DAS 112-1-2/399/UL 206

- se è etico il comportamento di medici che compiono l'atto di circoncidere senza anestesia in un luogo di religione, non certamente asettico, e che non garantiscono la continuità di assistenza comunque necessaria anche dopo il piccolo intervento;

Infine poiché le mutilazioni genitali femminili sono state condannate da una dichiarazione congiunta dell'OMS, dell'Unicef e dell'Unfpa, si poneva il problema etico tra i fautori della condanna della circoncisione e i fautori della non condanna nel nome del rispetto delle tradizioni rituali religiose.

Alla presentazione dei quesiti citati fece seguito un lungo periodo di riflessione, al termine del quale il Comitato Nazionale di Bioetica istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri approvò un documento su "*La Circoncisione: profili bioetici*"³³⁵ approvato all'unanimità nella seduta plenaria del 25 settembre 1998.³³⁶

Il Documento, si compone di due paragrafi nei quali vengono discusse ed esaminate separatamente le problematiche relative alla circoncisione femminile e alla circoncisione maschile; un terzo paragrafo contiene delle considerazioni conclusive di notevole interesse.

Il documento citato ha svolto un ruolo di primaria importanza nel dibattito nazionale concernente il problema mutilatorio, contribuendo ad accrescere la consapevolezza del fenomeno e della necessità di un'azione urgente ed efficace tesa all'analisi degli aspetti e delle implicazioni etico-giuridiche della pratica mutilatoria.

Per quanto concerne la circoncisione femminile, nonostante la consapevolezza del rispetto che è doveroso prestare alla pluralità delle culture anche nel caso in cui queste si dimostrino estremamente lontane dalla tradizione occidentale il CNB ritiene, in contrasto con il parere di alcuni illustri antropologi, che nessun rispetto sia dovuto a pratiche arcaiche comportanti la mutilazione irreversibile di parti perfettamente sane del corpo umano, quando ciò non trova nessun riscontro nella necessità di preservare la salute della persona. Nel lungo periodo, consapevole di quanto la repressione penale, anche se formalmente irrinunciabile, sia di per sé poco operante al fine di sradicare

³³⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica, *La Circoncisione: profili bioetici*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 25 settembre 1998.

³³⁶ AA. VV., *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, a cura di Mazzetti M., ed. Franco Angeli, Milano, 2000, p. 67.

costumi e tradizioni profondamente radicati nella cultura dei popoli, il Comitato auspica che vengano adottate e sperimentate nuove forme di accoglienza e di integrazione delle famiglie in seno alle quali si presuma che tali pratiche vengano poste in essere, evitando di assumere atteggiamenti generalizzati di condanna e di disprezzo.

Il documento citato tratta anche del problema della circoncisione maschile in riferimento alla quale vengono distinte quattro diverse categorie:

- circoncisione terapeutica, effettuata nel caso di fimosi e parafimosi;
- circoncisioni profilattica, effettuata per esempio nei neonati al fine di prevenire infezioni del tratto urinario;
- circoncisione rituale, tipica nell'ebraismo e nell'islamismo;
- circoncisione sprovvista di altre motivazioni e compiuta, per esempio, per desiderio di emulazione.

L'attenzione del CNB si è concentrata soprattutto sulla circoncisione profilattica e rituale, escludendo invece dalla discussione la circoncisione terapeutica giustificata alla luce di superiori ed indiscutibili esigenze sanitarie.

La circoncisione profilattica, molto diffusa, soprattutto per motivazioni igieniche fra i soldati americani durante la seconda guerra mondiale, ha cominciato a subire una prima inversione di tendenza e un decremento nell'esecuzione, tra il 1971 e il 1975, quando l'American Academy of Pediatrics sostenne l'inesistenza di valide ed inconfutabili ragioni mediche in favore della circoncisione neonatale. Il dibattito circa l'utilità profilattica della circoncisione maschile è comunque tuttora aperto poiché, secondo quanto affermato dal CNB *“non esistono indicazioni cogenti che sconsiglino la pratica, purché naturalmente posta in essere nel rispetto dei criteri della buona pratica medica e avvalorata nel caso concreto da uno specifico giudizio di carattere scientifico.”*

La discussione ha affrontato anche il tema della circoncisione rituale ed è su questa parte del documento che si concentra la nostra attenzione.

Come evidenziato dal CNB, la circoncisione rituale è una pratica antichissima comune a numerosi popoli dell'antico Oriente mediterraneo, dell'Africa nera, dell'Australia aborigena. Con l'ebraismo è stata recepita alla stregua di un comando divino formulato

espressamente nella Bibbia³³⁷ e nella tradizione islamica l'operazione assume un significato strettamente religioso e viene praticata in età pre-puberale.

Per gli Ebrei la circoncisione è un segno indelebile di distinzione e di appartenenza al popolo e alla fede di Israele e segna l'ingresso del neonato nella comunità ebraica. In riferimento a tale tipo di operazione il problema inizialmente posto dal Comitato Nazionale di Bioetica è se la circoncisione maschile rituale praticata su minori incapaci di esprimere valido consenso, provocando modificazioni anatomiche irreversibili, possa essere considerata etica e compatibile con quanto previsto dal nostro ordinamento giuridico. Secondo quanto evidenziato dal Comitato, poiché la circoncisione maschile costituisce per i fedeli un vero e proprio obbligo a carico dei genitori o di chi esercita la potestà sul minore, essa può essere ricondotta alle forme di esercizio del culto di cui parla l'articolo 19 della nostra Costituzione, che lascia piena libertà di espressione e di scelta in campo religioso, limitandosi a vietare solamente le pratiche rituali contrarie al "buon costume". Ora, l'atto circoncisorio non pare contrario a tale parametro, giacché non compiuto attraverso *"atti idonei a pregiudicare o a violare la sfera dell'intimità e della decenza sessuale della persona, ma praticato seguendo precise regole di prudenza e di riservatezza. Di più, la circoncisione, ove intesa quale particolare manifestazione del patrimonio fideistico-rituale, viene solitamente praticata attraverso forme e modalità tecniche che non si concretizzano sotto alcun profilo in atti osceni lesivi del sentimento medio del pudore in materia sessuale."*

Sempre sulla base di quanto disposto dal Comitato Nazionale di Bioetica, diversamente da quella femminile, la circoncisione rituale maschile non sembra confliggere nemmeno con gli altri beni-valori protetti dal dettato costituzionale, quali la tutela dei minori e la salute. La pratica di sottoporre i figli maschi a circoncisione sembra, infatti, rientrare in quei margini di "disponibilità" riconosciuti ai genitori dall'art. 30 della Costituzione in ambito educativo.³³⁸

³³⁷ Genesi, 17, 9-14; Levico, 12,3.

³³⁸ La conformità della pratica circoncisoria ebraica ai principi del nostro ordinamento trova conferma implicita in quanto enunciato nella legge 8 marzo 1989, n° 101, che ha approvato l'intesa fra lo Stato italiano e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane il 27 febbraio 1987. In particolar modo si veda l'art. 2.1, l'art. 21, l'art. 25.1 e l'art. 26 della citata legge.

Accertata quindi la liceità dell'intervento di circoncisione maschile rituale è possibile imputarne l'esecuzione a carico del Servizio Sanitario Nazionale italiano? Bisogna premettere che nei casi in cui l'intervento di circoncisione avvenga esclusivamente per ragioni rituali, alcuni membri del CNB hanno ritenuto non opportuno favorirne la medicalizzazione. Nell'ipotesi però che l'intervento rituale venga eseguito su un adulto, un bambino o comunque un adolescente, come frequentemente accade per gli aderenti all'Islam, la circoncisione assume i connotati di una vera e propria operazione chirurgica e pertanto la necessità di tutelare il diritto alla salute richiede che l'intervento venga effettuato necessariamente da un medico in conformità *“ai principi bioetici, deontologici e di buona pratica clinica”*.

La questione relativa all'esercizio o meno dell'intervento a carico del SSN rientra a pieno titolo nel quadro dei rapporti fra lo Stato e le Comunità religiose che la Costituzione riserva obbligatoriamente a disciplina bilaterale. Occorre a questo punto verificare, come sottolinea il CNB, se esiste una norma pattizia specifica che riconosca ai fedeli di una particolare confessione religiosa la possibilità di usufruire di questo particolare servizio. La disposizione normativa alla quale si può fare riferimento nel corso di tale indagine è la legge 8 marzo 1989 n° 101 la quale pur considerando e prevedendo talune forme di garanzia dell'identità e della tipicità confessionale ebraica, come per esempio il riconoscimento della facoltà degli ebrei di prestare giuramento a capo coperto o la possibilità di effettuare le macellazioni animali secondo le regole speciali previste dal rito ebraico (art. 6) non prevede disposizioni relative all'onere economico sanitario a carico dello Stato nel caso di circoncisioni rituali.

Sulla base di queste considerazioni e quindi in mancanza, nel nostro ordinamento giuridico, di alcuna norma giuridica che determini un obbligo per lo Stato di far praticare le operazioni di circoncisione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il CNB ritiene *“giustificata l'esclusione di questa specifica prestazione dal novero di quelle che, nel nome del diritto fondamentale alla salute, devono essere sempre e comunque prestate a tutti i soggetti che ne facciano richiesta.”*

Di estrema rilevanza è il parere finale del Comitato il quale, analizzando parallelamente mutilazione rituale maschile e femminile conclude che *“gli atti di disposizione del proprio corpo che non abbiano finalità terapeutiche e profilattiche e che comunque*

producano un'invalidità permanente non hanno in generale alcuna legittimazione bioetica, oltre ad essere poscritti dall'articolo 5 del Codice civile italiano. È quindi da ritenere che la circoncisione femminile non possa essere ritenuta lecita sotto alcun profilo, né etico, né giuridico. Invece per le sue caratteristiche di carattere terapeutico o profilattico, non può non essere considerata lecita la circoncisione maschile. I popoli o le comunità che, per la loro specifica cultura, praticano la circoncisione rituale, e quella in particolare dei neonati di sesso maschile, meritano quindi pieno riconoscimento della legittimità di tale pratica e di conseguenza un'altrettanto piena tutela.”

A seguito della presa di posizione ufficiale assunta dal Comitato Nazionale di Bioetica con il citato Documento, la versione del Codice di Deontologia medica del medesimo anno riportava per la prima volta un diretto riferimento al problema mutilatorio sancendone l'esplicita condanna.³³⁹

All'articolo 50 si legge, infatti, che *“il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare ad atti esecutivi di pena di morte o a trattamenti crudeli, disumani e degradanti. È vietato ai medici praticare forme di mutilazione sessuale femminile”*. Tale norma di fatto impedisce a qualsiasi medico, sia operante in strutture pubbliche che private, di praticare qualsiasi tipologia mutilatoria sui genitali femminili.

Sebbene in ritardo rispetto all'esplosione del problema anche il Parlamento italiano si è in più occasioni espresso in favore di azioni sollecite, in termini di repressione e di prevenzione delle MGF. Il 26 giugno 1997 è stato votato un ordine del giorno³⁴⁰ che richiedeva l'avvio di indagini conoscitive ed iniziative di prevenzione per evitare l'uso di tali pratiche; il 19 novembre 1997 è stato accolto come raccomandazione un altro ordine del giorno³⁴¹ che, oltre a richiedere campagne di informazione e sensibilizzazione, sollecitava l'istituzione di una figura autonoma di reato.

³³⁹ Livio M. in AA VV, *Senza le Ali. Le mutilazioni genitali femminili*, a cura di Mazzetti M., ed. Franco Angeli, Milano, 2000.

³⁴⁰ N° 9/3238/4, ai sensi della legge n° 285 del 1997, recante disposizioni per la promozione di diritti ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza

³⁴¹ N° 9/3240/3

Nel marzo del 2000, la Commissione Bicamerale per l'Infanzia ha approvato una risoluzione³⁴² con la quale si richiedeva al Governo, tra le altre cose, di garantire assistenza psicologica e tutela giuridica alle bambine vittime di tali pratiche.

In realtà, il fatto che le MGF non siano ancor oggi state codificate all'interno del nostro apparato normativo rende estremamente complesso realizzare un'effettiva tutela dei soggetti potenzialmente esposti al rischio di mutilazione. Inoltre, secondo molte correnti politiche la quasi assoluta assenza di denunce rende improcrastinabile l'istituzione di una figura di reato autonoma, purché accompagnata da un'ampia campagna informativa.³⁴³

Il 28 ottobre 2003 sono stati presentati, durante un convegno organizzato dalla regione Emilia Romagna, i risultati della prima ricerca italiana effettuata in ambito sanitario. L'indagine "*Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) nella popolazione immigrata in Emilia Romagna*",³⁴⁴ costituisce parte di un progetto finanziato dall'Assessorato alla Sanità nell'ambito del Programma della Regione Emilia Romagna finalizzato all'attivazione, alla gestione e alla riorganizzazione dei consultori³⁴⁵ e approvata dal Who Europe (Centro per la salute delle donne collegato all'Organizzazione Mondiale della Sanità).

Le finalità della ricerca, che ha coinvolto ginecologi (176) ed ostetriche (241) operanti nelle strutture sanitarie pubbliche della regione, consistevano nella verifica delle opinioni relative alle MGF tra le donne immigrate e gli operatori, ponendo le basi per lo

³⁴² N° 7-00842

³⁴³ Tra le proposte di legge in materia di MGF che nel corso degli anni sono state oggetto di discussione si devono ricordare inoltre: la proposta n° 4249, presentata il 15 ottobre 1997, costituita da quattro articoli contenenti disposizioni in materia di prevenzione e di repressione delle pratiche di mutilazione genitale; la proposta di legge n° 5819, presentata il 16 marzo 1999, contenente anch'essa disposizioni circa il divieto delle pratiche di mutilazione sessuale, con previsioni normative a carattere prettamente punitivo-repressivo; il progetto di legge n° 6611 del dicembre 1999, anch'esso ispirato più da principi repressivi che dalla necessità di promuovere adeguate campagne di informazione e sensibilizzazione sull'argomento; proposta di legge n° 7157, presentata il 3 luglio 2000 che, rispetto alle precedenti mira a creare il substrato ideale per conoscere, prevenire, curare e reprimere le MGF.

³⁴⁴ Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, *Le Mutilazioni Genitali Femminili (FGM) nella popolazione immigrata in Emilia Romagna*, progetto condotto nell'ambito del Programma della Regione Emilia-Romagna finalizzato all'attivazione, alla gestione e alla riorganizzazione dei consultori. Ricerca approvata dal Who Collaborating Centre in Woman's Health (Centro per la salute delle donne collegato all'organizzazione Mondiale della Sanità) dell'Università di Toronto, Bologna, 28 ottobre 2003.

³⁴⁵ Legge n° 34/1996. Settore materno infantile

sviluppo di politiche adeguate che forniscano un valido ed appropriato supporto educativo ai professionisti.³⁴⁶

L'indagine è stata condotta in due fasi: nella prima i dati sono stati raccolti attraverso un questionario anonimo e senza dati personali, preparato dal Who Collaborating Centre in Woman's Health dell'Università di Toronto. Tale questionario è stato fatto pervenire tramite l'invio postale, e l'indagine si è svolta tra il dicembre 2000 e il febbraio 2001; consta di 28 domande, nella maggioranza dei casi a risposta chiusa, concernenti le caratteristiche dei rispondenti quali la professione, la sede di lavoro e gli anni di esperienza, la conoscenza specifica del problema mutilatorio, opinioni in merito, formazione specialistica al riguardo ecc. Dai risultati dell'indagine è emerso che nella sola Emilia Romagna il 26% degli intervistati avevano curato pazienti con mutilazioni genitali nel corso dell'anno precedente, mentre il 58% ha dichiarato di averne visitate durante la propria carriera professionale.

In riferimento alla necessità o meno di una legge di condanna ad hoc, la grande maggioranza degli intervistati, poco più del 90%, ha risposto affermativamente, aggiungendo che anche l'infibulazione post-partum debba essere compresa nel divieto e quindi considerata illegale (87.3%). Dato allarmante riguarda la preparazione specifica e la formazione specialistica in materia: ben il 55,2% degli intervistati ha ammesso di non aver mai approfondito l'argomento con corsi di aggiornamento, conferenze o letture specializzate.

Nella seconda fase dell'indagine, i dati raccolti hanno riguardato la presentazione del questionario anonimo da parte dei professionisti addestrati a 44 immigrate somale rivoltesi ai servizi del SSR. Il periodo di realizzazione dell'indagine è iniziato nel dicembre del 2001 e si è concluso nel febbraio 2003 a causa di sopraggiunte difficoltà di reclutamento.

Dai risultati della ricerca è emerso che sul campione analizzato il 90% delle donne ha subito la mutilazione prima degli otto anni e nel 66% dei casi l'operazione è stata effettuata col ricorso alle strutture sanitarie somale. Un dato estremamente interessante consiste nel fatto che, malgrado la totalità delle intervistate abbiano lamentato problemi

³⁴⁶ Il sondaggio, finanziato dall'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, è stato coordinato dal Professor Gianfranco Gori, dell'Unità Operativa Ostetricia Ginecologia, Azienda USL, Forlì.

e ripercussioni sia a breve sia a lungo termine, più della metà riferisce sentimenti positivi di orgoglio e di purezza mentre il 32% si dichiara pronto a sottoporre figlie e nipoti all'operazione.

Le intervistate hanno inoltre denunciato la scarsa sensibilità e l'inadeguata preparazione del personale sanitario di fronte alla problematica. I dati della ricerca parlano chiaro: ben l'80% delle donne intervistate ha dichiarato che nel caso di ulteriore gravidanza, preferirebbe una ginecologa/ostetrica musulmana, nel 25% dei casi somala, mentre solo il 12% dei casi desidererebbe semplicemente un medico maggiormente informato.

“Si tratta di un tema estremamente complesso -ha affermato l'assessore alle Politiche Sociali della Regione Gianluca Borghi- sul quale abbiamo una ferma posizione che si concretizza in politiche di contrasto al fenomeno [...]. Anche a seguito della consapevolezza acquisita tramite questi studi verranno promossi corsi di formazione per gli operatori dei servizi ostetrico-ginecologici, perché si facciano tramite di un'informazione tesa alla prevenzione tra le donne immigrate.” L'Assessore ha inoltre puntualizzato che la Regione affronterà tale delicata tematica facendosi promotrice di una stretta collaborazione con i centri culturali e di accoglienza, anche attraverso il diretto coinvolgimento dei mediatori culturali.³⁴⁷

5.2. La legge attualmente applicabile in Italia; il ddl in discussione in Parlamento

Da quanto detto finora si evince come nel nostro paese non esistano ancora specifiche disposizioni legislative volte a reprimere gli atti di mutilazioni degli organi genitali femminili. Allo stato attuale della legislazione, se si vuole ricostruire la disciplina italiana applicabile in caso di episodi di MGF, sembra innanzitutto imprescindibile il riferimento ad alcune norme di carattere costituzionale. L'art. 32 della Costituzione tutela, infatti, la salute, intesa come integrità fisica e mentale e fondamentale diritto dell'individuo da salvaguardare in modo assoluto affermando: *“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della comunità e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario per legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

³⁴⁷ Dal sito www.emiliaromagnasociale.it

Pur in assenza di disposizioni penali ad hoc la mutilazione genitale femminile può essere esaminata alla stregua di norme esistenti. Vista sotto il profilo penale, infatti, essa costituisce un reato, inquadrabile fra le lesioni personali dolose, e da imputare a tutti i soggetti coinvolti. Analizzando le diverse categorie di lesioni personali individuate dal nostro Codice penale negli articoli 582 e 583, è facile collocare gli atti di mutilazione genitale femminile nell'ambito delle lesioni cd. gravi o gravissime:

“La lesione personale è grave:

- 1. se dal fatto deriva una malattia che mette in pericolo la vita della persona offesa ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai 40 giorni;*
- 2. se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo;*
- 3. se la persona offesa è donna incinta e dal fatto deriva l'acceleramento del parto.*

La lesione personale è gravissima se dal fatto deriva:

- 1. una malattia certamente o probabilmente insanabile;*
- 2. la perdita di un senso;*
- 3. la perdita di un arto o una mutilazione che renda l'arto inservibile ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;*
- 4. la deformazione ovvero lo sfregio permanente del viso;*
- 5. l'aborto della persona offesa”.*

Nel primo caso la pena prevista è da tre a sette anni di reclusione, nel secondo da sei a dodici anni. In entrambi i casi, è prevista la procedibilità d'ufficio e sono applicabili le misure cautelari personali, mentre l'arresto in flagranza è facoltativo ed è consentito il fermo.

La possibilità di reversibilità, vale a dire il recupero della funzione dell'organo, non è elemento che impedisce la consumazione del reato. Inoltre, se il reato è commesso su un minore, il Tribunale per i minorenni è chiamato ad intervenire per valutare i fatti e la possibilità di sottrarlo ai genitori. Sotto il profilo civile, al fine di presentare una corretta panoramica delle disposizioni normative citabili in caso di mutilazione genitale, è doveroso ricordare che l'atto mutilatorio costituisce un illecito, risarcibile ai sensi

dall'art. 2043 del Codice civile, che prevede appunto il risarcimento per qualunque fatto doloso (come nel caso di MGF) o colposo, che cagioni ad altri un danno ingiusto.

Deve inoltre aggiungersi che la risarcibilità dei danni derivanti da MGF è da ricomprendersi nell'ampio concetto di "danno biologico", inteso come menomazione dell'integrità psicofisica della persona in sé per sé considerata, in quanto incidenti sul "valore persona" in tutta la sua dimensione mentre l'eventuale consenso della vittima (limitatamente all'ipotesi di maggiore età della stessa) e l'esecuzione dell'intervento all'estero non devono essere intesi quali cause di non imputabilità del reato. Infatti il consenso della vittima non esclude in alcun modo l'illiceità dell'atto compiuto. Anche nel caso in cui il consenso fosse concesso volontariamente e con la piena coscienza degli effetti lesivi e dei danni che l'operazione comporta, esso non può avere efficacia esimente, in quanto la mutilazione ha comunque carattere permanente e in quanto incidente in maniera negativa sul valore sociale della persona, fa perdere rilevanza al consenso prestato. Si deve infatti ricordare quanto sancito all'art. 5 del nostro Codice civile che vieta tutti gli atti di disposizione del proprio corpo nel caso in cui essi cagionino *"una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume"*.

Si deve inoltre aggiungere che disagi e difficoltà derivano non solo dalla mancanza di una legge penale ad hoc, ma soprattutto dalla difficoltà di perseguire tali reati, posto che coloro che sottopongono le donne (o le bambine) a tale pratica provengono da comunità che la considerano legittima, convinti che si tratti di un'iniziazione necessaria.

Alla luce di tali problematiche e con l'intenzione di modificare il supporto normativo oggi disponibile, sono stati presentati recentemente tre disegni di legge in materia: due alla Camera dei Deputati³⁴⁸ e uno al Senato.³⁴⁹ Quest'ultimo, presentato su iniziativa del Senatore Giuseppe Consolo di Alleanza Nazionale, riguarda le "Modifiche previste

³⁴⁸ Proposta di legge presentata dall'Onorevole Alessandro Ce' della Lega Nord Padania C. 150 in data 30 maggio 2001, *Disposizioni concernenti il divieto delle pratiche di mutilazione sessuale*. Proposta di legge presentata dall'Onorevole Conti, Alleanza Nazionale, 3282, in data 16 ottobre 2002, *Divieto dell'esercizio di pratiche di infibulazione, di escissione e di clitoridectomia sul territorio dello Stato italiano*.

³⁴⁹ Disegno di legge d'iniziativa del senatore Consolo (414): *Modifiche dell'art. 583 del Codice penale in materia di mutilazione e lesioni agli organi genitali al fine di condizionamento sessuale*, approvato dalla seconda Commissione permanente (Giustizia) del Senato della Repubblica l'8 aprile 2003 (V.stampato Camera n° 3884).

all'articolo 583 del codice penale in materia di mutilazione e lesioni agli organi genitali a fine di condizionamento sessuale”,³⁵⁰ e si apre con una relazione introduttiva nella quale si afferma che:

“L’infibulazione ultimo retaggio di una tradizione tribale, è ancora presente in alcuni paesi dell’Africa, e ora avviene persino nel nostro paese. Tale pratica, effettuata in genere senza anestesia su bambine di età compresa fra i 4 e i 7 anni, consiste nella chiusura parziale delle labbra vulvari, spesso associata al taglio del clitoride, e comporta in seguito gravi conseguenze per coloro che sono costrette a subirla. Avvengono ora anche in Italia forme di violenza sulla persona dirette agli organi genitali e consistenti in mutilazioni e altre lesioni effettuate allo scopo di impedire alla donna che ne è vittima di avere una normale vita sessuale e che sono causa di sofferenze fisiche e psicologiche non solo temporanee. Trattasi di una forma di condizionamento attuata con pratiche affini a quelle dell’imposizione della schiavitù: la stigmatizzazione è una catena simbolica, una cintura di castità nella carne. L’interesse della nostra società è la tutela efficace delle vittime di tali pratiche che non vengono dismesse nel nostro paese, ma rischiano di permeare un certo tessuto subculturale [...] per altro, la particolarità del fatto qui considerato rispetto alle comuni lesioni consiste soprattutto nell’elemento soggettivo: non vi è solo la volontà dell’evento lesivo in sé, ma anche il dolo specifico consistente nel fine ulteriore di produrre gravi conseguenze condizionanti le funzioni dell’apparato sessuale e quindi la vita sessuale della vittima.”

³⁵⁰ Atto del Senato della Repubblica, DDL 414, approvato l’8 aprile 2003, che assorbe e supera il DDL 566 del 2001, discusso in Commissione giustizia in più sedute che con atto del febbraio 2003 ha nominato Marina Magistrelli della Margherita relattrice di un testo modificato. Dal sito: www.parlamento.it/leg/14/Bgt/Schede/Ddliter/14990.htm.

Tale proposta che si prefigge di intervenire sull'art. 583 del Codice penale qualificando le mutilazioni genitali finalizzate a condizionare le funzioni sessuali della vittima come aggravanti del reato di lesioni personali gravissime, pur precisando la liceità della condotta in presenza di motivi terapeutici, è apparsa alle Commissioni riunite insufficiente per contrastare in maniera adeguata la complessità del fenomeno, in quanto non prevede alcun tipo di intervento di carattere sociale e sanitario di supporto ed aiuto alle vittime del reato. Le Commissioni riunite hanno pertanto preferito predisporre un testo unificato che disciplinasse, in maniera compiuta, il fenomeno delle mutilazioni: il 29 marzo 2004 è quindi iniziata la discussione del testo risultante dall'unificazione delle proposte di legge Cè, Conti, Virgilio e Palumbo, su iniziativa del senatore Consolo, intitolato "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile".³⁵¹

Sulla base di quanto disposto dall'art. 6 del disegno di legge 414-B, che mira ad introdurre il reato specifico di mutilazioni genitali nell'ordinamento italiano,³⁵² *"chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili, anche con il consenso della vittima è punito con la reclusione da 6 a 12 anni. Ai fini del presente articolo si intendono come pratiche di mutilazione dei genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione, l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni una mutilazione degli stessi [...]*

La pena è aumentata di un terzo quando le pratiche di cui al primo e al secondo comma sono commesse a danno di un minore."

Il disegno di legge prevede inoltre l'extra-territorialità del reato. Sulla base di quanto disposto dall'ultimo comma dell'articolo 6 infatti le disposizioni del suddetto articolo si applicano *"su richiesta del Ministro della giustizia, quando il fatto è commesso*

³⁵¹ Disegno di legge 414-B di iniziativa del senatore Consolo come modificato dalla Camera dei deputati il 4 maggio 2004 previa unificazione con i disegni di legge 150 (Cè, Martini, Caparini e Gibelli), 3282 (Conti), 3867 (Conti), 4204 (Di Virgilio, Palumbo) e trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza del Senato il 5 maggio 2004: *Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione dei genitali femminili.*

³⁵² Eventuale articolo 583 bis del Codice penale.

all'estero da cittadino italiano o da cittadino straniero residente in Italia, ovvero in danno di un cittadino italiano o cittadino straniero residente in Italia".³⁵³

La Camera dei deputati ha già approvato l'articolo 1 del testo normativo che fissa gli obiettivi della legge contro la mutilazione: prevenire, contrastare e reprimere le pratiche in questione intese quali *"violazione 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 nella Quarta Conferenza delle Nazioni Unite sulle donne del 1995. Al Ministero delle Pari Opportunità si riconosce il compito di svolgere tutte le attività di coordinamento tese alla prevenzione, all'eliminazione delle pratiche e all'assistenza delle vittime.

Il 28 aprile 2004 è stato approvato dalla Camera l'articolo 2 del ddl che prevede lo svolgimento di campagne informative per gli immigrati e per le donne infibulate in stato di gravidanza; corsi di aggiornamento per gli insegnanti della scuola dell'obbligo e collaborazione tra questi e i genitori delle bambine immigrate, sempre nel rispetto di un'ottica intesa a favorire l'integrazione socio-culturale degli immigrati. In particolare dovranno essere predisposte campagne informative rivolte agli immigrati dai paesi interessati dal fenomeno mutilatorio, al momento della concessione del visto, dirette a diffondere la conoscenza dei diritti fondamentali della persona, in particolar modo di donne e bambine, e dei divieti esistenti in Italia.³⁵⁴ A tal fine il ddl prevede uno stanziamento finanziario di 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2004.

Il 14 luglio 2004 anche la Commissione Sanità del Senato ha espresso parere positivo al disegno di legge sulle MGF.³⁵⁵ Per quanto concerne la situazione del personale sanitario, secondo quanto previsto dal ddl i medici che praticano interventi di mutilazione genitale saranno interdetti dalla professione (con conseguente comunicazione all'ordine) per un periodo di 10 anni e l'ente all'interno del quale è stato

³⁵³ Dal sito: www.governo.it, vedi anche: *"Scheda sintetica sul problema delle mutilazioni genitali femminili e sui riferimenti normativi attuali"*, Workshop Internazionale "Cultura, salute, migrazioni", Istituto Dermatologico San Gallicano, Roma, 27-28 ottobre 2003.

³⁵⁴ Dal sito: www.stopfgm.org, *International press releases*, April 28, 2004.

³⁵⁵ Dal sito: www.stopfgm.org, *International press releases*, July 14, 2004.

commesso il reato dovrà pagare una multa. Nel caso si tratti di una clinica privata accreditata, perderà l'accreditamento.³⁵⁶

Il ddl prevede inoltre l'istituzione di un numero verde per la segnalazione dei casi in Italia.

Importante è l'impegno e l'attività promossa dal Ministero delle Pari Opportunità al fine di promuovere la crescita della consapevolezza sia della società civile in generale sia delle comunità immigrate interessate dalla pratica e presenti nel nostro paese. A tale scopo il Ministero si è occupato della preparazione e della diffusione di un opuscolo informativo, realizzato a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri intitolato "*Le mutilazioni genitali femminili: una tradizione insensata e disumana*"³⁵⁷ rivolto ai genitori, soprattutto alle madri somale, etiopi, eritree, egiziane, ghanesi, vittime di tali pratiche. L'opuscolo, tradotto in 9 lingue, tra cui lo swaili, il tigrino e l'arabo, non costituisce una pubblicazione rivolta agli operatori del settore sanitario, medici, ginecologi e alle Asl ma un libretto da diffondere direttamente fra le comunità di migranti nel tentativo di far comprendere ai genitori le conseguenze cui questa pratica condannerà le loro figlie e nello stesso tempo la gravità del reato che stanno commettendo. Leggi e proibizioni, infatti, per quanto importanti, non esauriscono naturalmente il problema. A tale proposito l'Aidos offre nel suo sito studi approfonditi del fenomeno, che superando l'impostazione medico-sanitaria danno conto delle complesse implicazioni socio-antropologiche nella pratica delle mutilazioni genitali femminili, denunciando l'approccio spesso superficiale che al problema riservano gli organi d'informazione.

Nel nostro paese è quindi sempre più evidente l'impegno istituzionale e non, volto allo studio di adeguate strategie di soluzione del problema, che passano anche attraverso la proposta di forme di ritualità alternative. In tale contesto si inserisce la proposta del medico somalo Dott. Omar Aboukadir, direttore del Centro per la prevenzione e la cura delle MGF all'ospedale Careggi di Firenze. Il ginecologo somalo propone una forma di

³⁵⁶ In data 22 luglio 2004, A.S. 414-B: *Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale.*

³⁵⁷ Dal sito: www.pariopportunita.gov.it. Opuscolo a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri, "*Le mutilazioni genitali femminili: una tradizione insensata e disumana*", Ministero delle Pari Opportunità, Roma, 2004

mutilazione decisamente meno cruenta rispetto all'infibulazione tradizionale, una micro-operazione da eseguire in ambulatorio e in anestesia locale, nel tentativo di salvaguardare la tradizione e nel contempo preservare le bambine da interventi più crudeli e devastanti, effettuati magari all'estero. Si tratta quindi di una proposta che si inserisce nella logica della "riduzione del danno", respinta però da quasi tutte le forze politiche.

Le reazioni all'"infibulazione soft", come è stata da più parti definita, sono state, sia in Italia, sia nella comunità internazionale in generale, decisamente contraddittorie. La regione Toscana ha accettato inizialmente di discutere il progetto chiedendo il parere dell'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri e della Commissione Regionale di Bioetica espresso nella seduta del 9 marzo 2004³⁵⁸ alla luce di quanto previsto nella relazione del gruppo di lavoro "Prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili (MGF)"³⁵⁹ istituito dall'Ufficio di Presidenza della Commissione regionale di Bioetica in data 10/12/2003. Il gruppo di lavoro ha impostato i lavori sulla base del quesito che il Dott. A. Panti, Presidente della Federazione Toscana degli Ordini dei Medici, ha posto alla Commissione regionale di Bioetica circa la liceità deontologica, giuridica ed etica della partecipazione da parte dei medici alla pratica del rito alternativo all'infibulazione, proposto dal Dott. Abdulkadir, nel contesto di una strategia di lotta efficace alle MGF.³⁶⁰

Abbiamo visto come dal punto di vista giuridico-penale, attualmente, in attesa dell'entrata in vigore del ddl 414-B, le MGF siano perseguibili sulla base di quanto previsto dall'art. 583 del Codice penale. Il medico che esegua un atto di mutilazione dovrà quindi rispondere del reato di lesioni personali gravi o gravissime perseguibile d'ufficio e punibile con la reclusione. Il genitore che eventualmente richieda o dia il proprio consenso alla mutilazione, risponde di concorso nel suddetto reato, potendo difficilmente beneficiare della scusante dell'ignoranza della legge penale italiana, essendo tale legge da lui conosciuta o conoscibile (art. 5 c.p.), e il medico che,

³⁵⁸ Dal sito: www.cesda.net, Parere della Commissione Regionale di Bioetica espresso nella seduta del 9 marzo 2004 relativamente a: "Prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF): liceità etica, deontologica e giuridica della partecipazione dei medici alla pratica di un rito alternativo."

³⁵⁹ Il gruppo di lavoro è costituito da Luciana Aringhieri (ostetrica), Patrizia Funghi (bioeticista), Ferrando Mantovani (penalista), Massimo Martelloni (medico legale).

³⁶⁰ Dal sito: www.cesda.net, "Relazione del Gruppo di lavoro", a cura di P. Funghi e M. Martelloni

nell'esercizio della propria professione, presta assistenza a donne che hanno subito mutilazioni genitali, ha l'obbligo, sanzionato penalmente, di riferirne all'autorità giudiziaria.

Secondo il gruppo di lavoro, diverso è il discorso nel caso della “sunna lievissima” proposta dal medico somalo, poiché la lesione che l'intervento comporta non si traduce in menomazioni permanenti dell'integrità fisica, e all'assenza del danno si aggiunge l'assenza di dolore grazie all'impiego di creme anestetiche. Il gruppo di lavoro conclude quindi che *“queste distinzioni fanno sì che, a fronte di alcune perplessità di carattere giuridico sotto il profilo di principio e dell'opportunità, non sia da sottovalutare la soluzione compromissoria del rito sostitutivo, sempre che sia praticata con le doverose garanzie e venga intesa nella prospettiva del male minore e quale fase transitoria per il conseguimento del risultato culturale, ultimo e definitivo, del totale abbandono di tali pratiche, anche se soltanto rituali [...]”*.³⁶¹

Alla luce delle considerazioni precedentemente riportate la Commissione regionale di Bioetica ha pertanto ritenuto che *“la proposta di tale procedura possa trovare accoglienza in ambito sanitario, solamente quale eventuale risposta da offrire a quei genitori che richiedono di poter effettuare sulle figlie minorenni, senza rischi per la loro salute, un rito simbolico sostitutivo all'infibulazione, in quanto atto compatibile con la legislazione italiana e con la deontologia degli operatori sanitari, purché essa, proprio per il suo carattere di ritualità, non venga inclusa nell'elenco delle prestazioni sanitarie che il servizio pubblico ha l'obbligo di erogare. Tale procedura -aggiunge la Commissione- deve essere intesa come parte integrante di un percorso volto al completo superamento delle pratiche di mutilazione e di manipolazione dei genitali femminili.”*

Immedie sono state le proteste delle donne somale, eritree, senegalesi presenti nel nostro paese e provenienti dai paesi in cui la pratica mutilatoria è tradizione

³⁶¹ Per quanto riguarda l'ipotesi di effettuazione della procedura della “sunna lievissima” nell'ambito e a carico delle strutture sanitarie pubbliche, si ritiene che il carattere rituale della procedura e quindi l'assenza di motivazioni terapeutiche della stessa, non lo consenta, e che l'utilizzo di risorse finanziarie pubbliche a tal fine possa dar luogo al delitto di peculato per distrazione (art. 314 c.p.). Per quanto concerne gli aspetti e le implicazioni giuridiche dell'atto mutilatore si veda il parere espresso dal Prof. Ferrando Mantovani *“Le Mutilazioni Genitali femminili”*, ed allegato al Parere della Commissione Regionale di Bioetica espresso nella seduta del 9 marzo 2004, scaricabile dal sito web: www.cesda.net

profondamente radicata. L'Associazione Nosotras -associazione che riunisce molte immigrate in Toscana- e l'Aidos hanno immediatamente condannato la proposta affermando che tale rito pur essendo alternativa meno drastica e lesiva all'infibulazione tradizionale è da considerare negativo giacché rappresenta sempre e comunque atto giustificatore di una pratica discriminatoria e aberrante.

5.3. L'Italia, le MGF e il diritto asilo

Per quanto concerne la problematica “mutilazione genitale femminile e diritto d'asilo” è necessario richiamare quanto sancito dall'art. 10 della Costituzione italiana che recita: *“Lo straniero al quale sia impedito nel suo Paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge”*.

Nonostante l'ampiezza della definizione del diritto d'asilo introdotta dal legislatore nel 1945, la situazione in Italia non è molto confortante. La definizione contenuta nella Costituzione italiana, prima ancora che nella Convenzione di Ginevra e nella Dichiarazione Universale, rappresenta un grande esempio di tutela delle donne e degli uomini in cerca di protezione poiché basa il riconoscimento del diritto d'asilo sulla constatazione di condizioni oggettive di non rispetto dei diritti e dei principi in essa sanciti, nel paese d'origine del richiedente asilo.³⁶² Bisogna però sottolineare che fino ad oggi si è fatto ricorso solo a quanto previsto dalla Convenzione di Ginevra sullo status dei rifugiati, ratificata dall'Italia con legge n° 277 nel 1954 e alla definizione di rifugiato in essa contenuta. Si deve inoltre aggiungere che, fino all'entrata in vigore della legge n° 39 del 1990 meglio nota come legge Martelli, il nostro paese aveva mantenuto la limitazione geografica ai paesi dell'est europeo prevista dalla stessa Convenzione di Ginevra del 1951. Tale limitazione ha dato vita a due differenti condizioni per i richiedenti asilo in Italia e di conseguenza a due procedure separate. Per quelli provenienti dai paesi dell'Europa dell'est era previsto lo status di rifugiati secondo la Convenzione di Ginevra, per gli altri lo statuto di rifugiati sotto il mandato dell'Acnur.

³⁶² Dal sito www.amnesty.it

La limitazione geografica è stata cancellata con la legge 39/90, precedentemente citata, che prevede all'art. 1 una nuova procedura per il riconoscimento dello status di rifugiato secondo la Convenzione di Ginevra del 1951.

A partire dal 1° gennaio 2001 è stato avviato un progetto, “Malika”, promosso dal CIR - Consiglio Italiano per i Rifugiati, organizzazione umanitaria che da oltre dieci anni si occupa di difendere i diritti dei richiedenti asilo, dei rifugiati e dei profughi- e realizzato in collaborazione con organizzazioni umanitarie italiane ed europee. Malika può essere definito il primo progetto in Italia a sostegno delle donne rifugiate e richiedenti asilo che sono state vittime di qualsivoglia tipo di violenza, intesa quale forma di persecuzione legata al genere femminile. Gli obiettivi che si intendono raggiungere con il Progetto sono: promuovere e verificare l'esistenza e l'adozione di misure di protezione adeguate all'interno delle strutture di accoglienza esistenti; formare operatrici, funzionari di polizia, mediatori culturali che possano agire con competenza alle frontiere e nei centri di accoglienza, dotandoli di una preparazione professionale tale da permettere un approccio sensibile nell'individuazione delle donne che hanno subito violenza; sensibilizzare la popolazione, i giovani, le istituzioni, i mass media al fenomeno della violenza e delle persecuzioni legate al genere; operare presso le autorità competenti affinché vengano adottate, al pari degli altri paesi europei, delle linee guida relative alla disciplina delle richieste d'asilo legate all'appartenenza di genere. Il Progetto è cofinanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Programma Daphne e prevede la possibilità di effettuare contributi e donazione diretti alle donne rifugiate permettendo loro di affrontare esigenze basilari quali cibo, medicine e vestiti.³⁶³

La legge sull'immigrazione e la procedura per il riconoscimento dello statuto di rifugiato sono state modificate con l'entrata in vigore della legge 189/2002,³⁶⁴ “Modifica alla normativa in materia di immigrazione ed asilo”, la quale prevede un iter molto lungo, a causa soprattutto dell'inesistenza di un provvedimento legislativo e di un

³⁶³ Le organizzazioni coinvolte nelle attività di Malika sono attive nel campo dei rifugiati, dei richiedenti asilo e dell'assistenza alle donne come soggetti deboli ed effettuano uno scambio continuo di informazioni e buone pratiche relative al trattamento delle donne vittime di violenza. Informazioni reperite sul sito: www.cir-onlus.org/rpogettomalika2.htm

³⁶⁴ Dal sito: www.governo.it, Legge 30 luglio 2002, n° 189 “Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo” (Legge Bossi-Fini), testo in vigore dal 10-09-2002.

sistema amministrativo ad hoc per i richiedenti asilo, nonché l'istituzione di Commissioni territoriali³⁶⁵ presso le prefetture Ufficio Territoriale del Governo.

La nuova legge sull'immigrazione n° 189 non prevede alcuna forma di tutela e di garanzia per lo straniero in cerca di protezione e parte dall'ipotesi che lo Stato debba "difendersi" dalle domande non fondate o false.³⁶⁶ In particolare deve essere citato quanto riportato nell'art. 1 bis relativo agli accertamenti sulla nazionalità e sull'identità del richiedente, alla verifica degli elementi sui quali si basa la richiesta qualora gli stessi non siano immediatamente disponibili, all'iter procedurale per il riconoscimento del diritto di ammissione nel territorio dello Stato in corso, alla richiesta presentata da uno straniero che ha eluso i controlli di frontiera o si trova, comunque, in condizioni di soggiorno irregolare, alla richiesta presentata da uno straniero già destinatario di provvedimenti di allontanamento. È inoltre previsto – come facoltativo nei primi tre casi, come obbligatorio negli ultimi due - il trattenimento del richiedente asilo in uno dei centri previsti dalla legge.

Da più parti sono state sollevate proposte di modifica del testo nella parte estremamente lacunosa, riguardante il diritto d'asilo e anche l'Unhcr ha richiesto ufficialmente al governo di modificare il proprio orientamento in materia.

Si deve inoltre aggiungere che in sede di esame della legge contro la MGF 414-B, è stato soppresso l'articolo che prevede la concessione dello status di rifugiato alle donne che scappano dal loro paese per sottrarre se stesse o le proprie figlie dal pericolo di subire le MGF. Forti sono state le reazioni politiche che hanno fatto seguito a tale decisione, di fronte alle quali il Ministro delle Pari Opportunità Stefania Prestigiacomo ha assicurato che il tema troverà trattazione esaustiva nell'ambito della legge sul diritto d'asilo attualmente in fase di discussione in Parlamento. Il testo unificato di tale legge³⁶⁷ "*Protezione umanitaria e diritto d'asilo*", è volto ad introdurre una disciplina organica in materia di asilo e di protezione umanitaria in attuazione di quanto

³⁶⁵ Nominate con Decreto del Ministro dell'Interno e presiedute da un funzionario della carriera prefettizia.

³⁶⁶ Dal sito: www.groups.msn.com/sinistraemiliaromagna/richiedentiasilo.msnw, "*Campagna di sensibilizzazione sulla situazione dei richiedenti asilo in Italia*"; www.npwj.org

³⁶⁷ Testo unificato come emendato nel corso dell'esame in sede referente, 24 maggio 2004, firmato dall'Onorevole Soda. Progetto di legge n°1238 in materia di protezione umanitaria e diritto d'asilo. Dal sito: www.parlamento.it

solennemente sancito dall'art. 10 comma 3 del testo costituzionale. L'obiettivo è quello di colmare una grave lacuna presente nel nostro ordinamento, che vede l'Italia l'unico paese europeo privo ancora di un'effettiva legge sul diritto d'asilo. Tale legge oltre a rispettare le norme contenute nelle Convenzioni internazionali cui l'Italia ha aderito, con riferimento quindi alla Convenzione di Ginevra del 1951, ratificata con legge del 24 luglio 1954 n° 722 e alla Convenzione di Dublino del 1990 esecutiva in Italia con legge n° 523 del 1992, intende adeguarsi alla normativa comunitaria vigente in materia.³⁶⁸

³⁶⁸ Si veda anche la Relazione della 1° Commissione permanente (Affari Costituzionali della Presidenza del Consiglio e Interni) 1° maggio 2004 formulata sulla base delle proposte di legge n° 1238-1554-1738-3847-3857-2883-A

Conclusioni

Esistono nel mondo luoghi di sofferenza e di martirio; di libertà negate, di sentimenti soffocati e desideri celati. Luoghi in cui l'essere donna è nel contempo colpa e causa d'indicibili sofferenze e dove le donne vivono come schiave sottomesse all'unica legge che conta, quella degli uomini, sopportando senza alcuna ribellione violenze, angherie e soprusi in nome di tradizioni ancestrali. In questa insensata ed assurda logica la virtù della donna diviene preziosa merce di scambio pagata a peso d'oro. Come possono queste donne accettare passivamente la schiavitù imposta da consuetudini umilianti che, oltre a martoriarle nel corpo, le privano della loro femminilità, negando ogni libertà e trasformandole in vittime inconsapevoli del potere maschile? Come aiutare chi nonostante tutto si erge a supremo difensore del proprio carnefice? Inoltrandomi non senza fatica in questo sentiero impervio e talvolta inaccessibile per la mia mentalità di occidentale ho abbandonato ogni pregiudizio arrivando a capire come le MGF rappresentano per queste donne la *conditio sine qua non* del complessivo insegnamento della legge, della religione e delle morali tribali, simbolo della loro drammatica condizione.

Queste donne devono essere aiutate. Si deve fornire loro la possibilità di opporsi ai loro uomini di fronte alla richiesta di sacrificare l'integrità fisica delle loro figlie e di ribellarsi al desiderio di conformarsi alla tradizione per timore di essere stigmatizzate e rifiutate dalla comunità d'appartenenza. Si devono fornire loro i mezzi necessari per riappropriarsi dei propri diritti e delle proprie esistenze. Ecco perché nel corso di tutto il lavoro svolto molta attenzione è stata posta in primis sull'importanza dell'educazione. È attraverso l'educazione che la donna può acquisire consapevolezza delle proprie capacità, prendere coscienza del proprio essere e di ciò che realmente è bene o male. È attraverso l'educazione che le donne possono finalmente ribellarsi a queste pratiche che, nonostante quanto sostenuto da società maschiliste e patriarcali, non trovano alcun fondamento e giustificazione.

La difficoltà principale consiste nel fatto che molte donne non hanno la consapevolezza dei loro diritti e tale condizione consente la perpetuazione di tutte le ritualità dannose e pregiudizievoli per il loro benessere e quello dei loro figli. Acquisire consapevolezza nell'ambito sociale ed economico è l'unica strada percorribile per fare in modo che queste donne percepiscano il carattere stridente e disumano della loro condizione e si facciano promotrici del cambiamento finalizzato all'eliminazione della discriminazione di genere. Molto però deve ancora essere fatto. La persistenza di leggi consuetudinarie dannose confligge con l'implementazione nelle legislazioni nazionali ed internazionali degli standard sui diritti umani. È quindi dovere degli Stati impegnarsi per modificare le abitudini sociali e culturali cercando in particolar modo di eradicare le pratiche fondate sull'idea della donna quale essere inferiore.

Abbiamo visto nel corso di questo lavoro come, nella campagna per lo sradicamento delle mutilazioni genitali femminili, l'azione svolta dalle organizzazioni non governative, sia operanti a livello internazionale, sia a livello regionale e locale, abbia avuto un'importanza vitale contribuendo a squarciare quel velo di silenzio che da sempre circonda la pratica, concorrendo ad inserire il problema mutilatorio nell'agenda internazionale dei diritti umani. Queste ed altre organizzazioni hanno fornito enormi contributi nei vari settori di ricerca, nell'accrescere la consapevolezza, nel reperimento dei supporti finanziari e logistici, nell'esercitare pressioni sui decision makers a livello governativo ed intergovernativo, sviluppando meccanismi di protezione nei paesi occidentali e mobilitando la coscienza internazionale.³⁶⁹ Nel Mali per esempio da alcuni anni lotta contro il fenomeno mutilatorio l'Amspot, Association maliana pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles, in collaborazione con le donne del villaggio di Tourela. È un gruppo di 10 donne supportate nello svolgimento della loro attività dal sostegno offerto dalle vittime di tale pratica secolare che nel Mali interessa più del 90% della popolazione femminile.³⁷⁰

³⁶⁹ Dal sito: www.amnesty.org, "*Strategies for Change*", Female Genital Mutilation. A Human Rights Information Pack, Section Eight, 1998.

³⁷⁰ L'opera di sensibilizzazione compiuta dall'Amspot è stata lunga e difficile ma ha portato al divieto della pratica mutilatoria da parte della comunità locale con la previsione di una multa di 25 mila franchi maliani per gli eventuali trasgressori. Gli sforzi pionieristici delle Ong e degli individui a livello nazionale sono troppo numerosi e vari per poterli elencare in modo esaustivo. A titolo di esempio nel corso di questo lavoro sono stati fatti molti riferimenti e a tal proposito può essere inoltre citata l'attività svolta nel

In tutta questa mobilitazione generale non dobbiamo dimenticare il ruolo della legislazione. Abbiamo visto come gli Stati hanno l'obbligo, sulla base degli standard internazionali, di intraprendere azioni legali contro la perpetuazione delle MGF. Tali misure non sono però che una minima parte del lavoro che deve essere effettuato per prevenire ogni forma di violenza contro le donne e per proteggere l'infanzia da ogni forma di abuso. Certamente la legislazione che considera le MGF come un reato è un fattore importante in quanto costituisce una testimonianza certa del fatto che la pratica mutilatoria non sarà ufficialmente tollerata ma nel corso degli anni l'esperienza ha però dimostrato che, per assicurare l'effettività e il successo della proibizione legale, la produzione normativa deve essere accompagnata da una strategia volta ad incrementare la generale consapevolezza attivando un'intensa opera di educazione e di sensibilizzazione.

Introdurre una legge che vieti le MGF in un contesto nel quale il fenomeno è estremamente diffuso ed esteso rischia infatti di spingere donne e bambine nell'illegalità, alla chiusura della comunità coinvolta su se stessa e quindi ad un incremento della clandestinizzazione del fenomeno, aggravando ulteriormente il problema. In aggiunta potrebbe scoraggiare lo stesso ricorso alle strutture sanitarie in presenza di complicazioni successive alla mutilazione.

Perché questo non avvenga è necessaria una presa di coscienza preventiva e un decisivo cambiamento di mentalità.³⁷¹ Come precedentemente evidenziato infatti il diritto internazionale sui diritti umani evidenzia il dovere e la responsabilità dei governi di assicurare condizioni tali da permettere alle donne l'abbandono delle MGF. Il raggiungimento di tale obiettivo comporta necessariamente un importante e radicale mutamento nell'atteggiamento e nel modo di concepire l'universo femminile nelle società interessate dal fenomeno. Anche in un contesto di immigrazione, se consideriamo le forti implicazioni socio-culturali che circondano la mutilazione si

Benin dall'organizzazione tedesca Intact o dall'organizzazione locale "Dignite feminine". Dal sito: www.state.gov, "*Report on female genital mutilation (FGM) or female genital cutting (FGC): Benin*".

³⁷¹ Dal sito: www.amnesty.org, "*The role of legislation*", Female Genital Mutilation: A Human Rights Information Pack, Section Two, 1998.

avverte l'esigenza della formulazione di politiche di intervento olistiche e multidisciplinari a trasversalità nazionale con l'elaborazione di progetti saldamente ancorati al territorio e alle diverse realtà locali. È necessario favorire un dialogo aperto incoraggiando una corretta informazione giornalistica sul tema e disincentivando invece l'uso strumentale e meramente sensazionalistico dell'argomento.

Ogni azione contro le MGF richiede un approccio di collaborazione che coinvolga gli attivisti che operano nel settore dei diritti umani, gli educatori, i professionisti ed il personale sanitario, i leader religiosi e i capi tribali nonché la comprensione della complessità delle credenze, delle convinzioni e dei miti che circondano la pratica; al fine di garantire l'efficacia deterrente di un'azione preventiva il significato culturale delle MGF non può infatti essere ignorato. È importante inoltre che l'attività di sensibilizzazione ed educazione non si rivolga solamente alle donne ma si trovino diverse vie d'accesso alla problematica che permettano di incidere sull'intera comunità sociale, in modo tale che la decisione della singola vittima di sottrarsi all'escissione non porti al suo isolamento dal resto della comunità. I futuri programmi di prevenzione e di eradicazione dovranno quindi tener conto degli uomini proprio perché senza cambiare o almeno mettere in discussione la mentalità maschile con gli stessi interessati sarà molto difficile risolvere definitivamente il problema. La presa di coscienza da parte dei componenti maschili avviene soprattutto attraverso la sensibilizzazione e l'informazione dei leader di villaggio e dei capi religiosi. Mentre per le donne è spesso il tema della salute a fornire un accesso alla problematica.³⁷²

Per i governi adottare azioni contro le MGF non rappresenta una scelta ma un obbligo imposto dalla legge internazionale. La mancanza di risorse non può essere invocata dagli Stati come scusa per sottrarsi a tale obbligo e la comunità internazionale ha la responsabilità di assicurare che le risorse siano disponibili per assistere i paesi in via di sviluppo nelle loro campagne contro il fenomeno. In definitiva Amnesty International suggerisce dieci punti d'azione sulla base dei quali i governi dovrebbero:

- 1) qualificare definitivamente le MGF quali abuso contro i diritti umani con il conseguente riconoscimento del loro obbligo a porvi fine;

³⁷² Dal sito: www.sdc.admin.ch, "Genere: una nuova consapevolezza", Press Releases, maggio 2003.

- 2) creare meccanismi di consultazione e collaborazione con i più rilevanti settori non governativi e con le organizzazioni internazionali e le agenzie delle Nazioni Unite;
- 3) promuovere e condurre ricerche sulla pratica delle mutilazioni genitali femminili nei rispettivi paesi. Le informazioni fondamentali e necessarie riguardano l'incidenza della pratica, gli effetti psicologici e sociali, i comportamenti sociali e i bisogni religiosi con particolare riguardo alla determinazione della prevalenza delle MGF fuori dal territorio africano, specialmente in Medio Oriente, America Latina e nei molti paesi dove le mutilazioni sono praticate tra le comunità di immigrati;
- 4) rivedere tutta la legislazione nazionale per analizzare come, effettivamente, la legge e le azioni compiute sulla base di essa proteggono contro le MGF, completandola con le misure auspiccate dagli standard internazionali. Assicurare che la legislazione si conformi con le raccomandazioni degli Special Rapporteurs sulla violenza contro la donna, sue cause e sue conseguenze e sulle pratiche tradizionali dannose per la salute di donne e bambini;
- 5) ratificare i trattati internazionali sui diritti umani senza proporre riserve;
- 6) i dipartimenti sanitari dovrebbero chiaramente proibire la medicalizzazione della pratica, e attivarsi per includere tale proibizione dei codici deontologici medici;
- 7) riconoscere le MGF come una forma di persecuzione fondata sul genere che cade nell'ambito delle considerazioni fatte dalle N.U. nella Convenzione relativa allo status dei rifugiati. Gli Stati dovrebbero adottare ed applicare le raccomandazioni evidenziate nelle Linee di condotta sulla protezione delle donne rifugiate dall'Alto Commissario delle N.U. per i Rifugiati;³⁷³
- 8) promuovere lo svolgimento di programmi di informazione pubblica usufruendo del potere e del forte impatto esercitato dai mezzi di comunicazione;
- 9) supportare il lavoro delle Ong e degli individui che lottano contro le MGF fornendo loro la protezione necessaria contro eventuali minacce e pericoli che possono compromettere il loro lavoro;

³⁷³ Office of the United Nations High Commissioner for Refugee, *Unhcr's Guidelines on the Protection of Refugee Women*, Geneva, 1991.

- 10) svolgere un ruolo attivo nel supportare le iniziative che a livello regionale ed internazionale vengono promosse al fine di radicare la pratica dall'Oms, dall'Unicef, dall'Unfpa e l'attività svolta dagli Special Rapporteur.

Data l'estrema diversità esistente tra i popoli e i paesi coinvolti è praticamente impossibile identificare una strategia univoca avente come obiettivo l'eliminazione definitiva del fenomeno. Ogni organizzazione deve quindi scegliere la strategia più opportuna sulla base delle realtà economiche, sociali e politiche nelle quali si trova ad operare. Abbiamo visto come una delle strategie più frequentemente seguite dalle Ong consista nell'utilizzare un approccio che evidenzi i rischi fisici e psicologici derivanti dalla pratica mutilatoria, in particolare i rischi legati alla gravidanza e al parto. Sulla base di questo approccio personalità autorevoli che operano in campo sanitario hanno lanciato i loro appelli sottolineando le complicazioni fisiche come emorragie ed infezioni e i rischi per la madre e il feto. Anche se questo approccio è stato, nel corso degli anni quello più applicato ed emulato, il fatto di concentrare l'attenzione esclusivamente sugli effetti sanitari tralasciando l'aspetto relativo alla condizione di subordinazione caratterizzante le donne nei contesti interessati dal fenomeno, ha contribuito a ridurre enormemente i risultati. Una valutazione scientifica di questo approccio svolta in Egitto mostra come esso potrebbe addirittura essere controproducente. L'Egyptian Demographic and Health Survey condotto nel 1995³⁷⁴ ha infatti evidenziato come nel paese, nonostante l'intensa opera di sensibilizzazione sugli effetti dannosi della pratica la prevalenza del fenomeno sia ancora molto alta raggiungendo percentuali del 97%. È da aggiungere inoltre che uno dei risultati più interessanti scaturiti dalla ricerca evidenzia un cambiamento di rotta: mentre in passato le donne venivano circoncise da levatrici ed operatrici tradizionali ora l'intervento risulta praticato prevalentemente tramite il ricorso al personale sanitario. Quanto rilevato dalla ricerca può essere interpretato come diretta conseguenza dell'approccio finalizzato esclusivamente a porre in evidenza gli effetti dannosi della pratica, approccio che induce le famiglie a rivolgersi al personale sanitario al fine di evitare le complicazioni sanitarie, non fornendo al contrario altre ragioni per opporsi alla

³⁷⁴ 1995 *Egyptian Demographic and Health Survey*, Cairo: National Population Council

perpetuazione della pratica. Tale approccio trascura infatti la forza delle pressioni sociali che portano le donne a sottoporsi a tali operazioni senza badare ai possibili rischi, con l'unico fine di garantire il matrimonio delle loro figlie e di conformarsi ai severi codici del comportamento femminile stabilito ed imposto da società dominate dal maschio.

Altro approccio seguito dalle organizzazioni non governative impegnate a livello locale nella lotta contro le MGF consiste nel cercare di fornire riti di iniziazione alternativi che consentano di simboleggiare il passaggio della bambina all'età adulta senza compromettere irrimediabilmente la sua integrità psicofisica. A tale scopo l'impegno delle Ong ha promosso la sostituzione dei "cutting ritual" con "non-cutting festivity" dove, nella maggioranza dei casi, le cerimonie sono precedute da una dichiarazione pubblica che sancisce il definitivo abbandono della pratica mutilatoria.³⁷⁵

In questi giorni, proprio mentre mi accingo a concludere il mio lavoro, frenetici sono i preparativi per l'organizzazione di una Conferenza Internazionale sulle MGF che si terrà tra il 16 e il 18 settembre a Nairobi, in Kenya. Obiettivo principale di tale Conferenza, organizzata da Non c'è Pace Senza Giustizia e dal Governo keniota in collaborazione con l'Association of Media Women in Kenya (AMWK) ed Aidos,³⁷⁶ sarà di promuovere un quadro politico, legale e sociale per l'attuazione del Protocollo alla Carta Africana sul diritto dell'uomo e dei popoli sui diritti della donna in Africa,³⁷⁷ meglio conosciuto come Protocollo di Maputo, adottato nel luglio dello scorso anno. La Conferenza vedrà la partecipazione oltre che di numerose delegazioni governative anche di donne vittime delle MGF, ex circoncisori, medici, giudici, insegnanti, rappresentanti di Ong, leader tribali e capi religiosi. È un'occasione importante. L'entrata in vigore del

³⁷⁵ In alcuni villaggi del Kenya il rituale alternativo si combina con un corso di educazione e formazione per i genitori delle ragazze che devono essere iniziate. Tale corso verte su argomenti quali la salute, i comportamenti sessuali, il matrimonio, mentre la comunità celebra le ragazze attraverso l'offerta di regali e di cibo salutandole al passaggio all'età adulta senza causare danni irreversibili. Dal sito: www.who.int. Program for Appropriate Technology in Health (PATH), "Improving Women's Sexual and Reproductive Health: Review of Female Genital Mutilation Eradication Programs in Africa", 1998, submitted to the Who, p. 35.

³⁷⁶ La Campagna Internazionale sarà finanziata dalla Commissione Europea, dall'Unicef, dal Ministero degli affari esteri italiano e dal governo della Norvegia.

³⁷⁷ Si veda il capitolo terzo e precisamente par. 3.3.2, p. 144. Per entrare in vigore il Protocollo di Maputo deve ottenere la ratifica da parte di almeno quindici Stati membri dell'Unità Africana. Attualmente solo la Libia, il Ruanda e le Isole Comore hanno ratificato il Protocollo anche se molti Stati, tra cui il Kenya hanno già iniziato il processo di ratifica.

protocollo di Maputo costituirebbe infatti una conquista politica e sociale senza precedenti per l'intero continente africano. Segnerebbe un punto decisivo per la lotta contro le MGF e con esse di tutte le pratiche tradizionali pregiudizievoli aprendo alle donne africane la strada per quella vita civile e politica fino ad allora negata. È un'occasione per rafforzare in termini più generali la collaborazione tra tutte le parti interessate allo scopo di creare sinergie e avviare iniziative congiunte inducendo quei cambiamenti comportamentali necessari a combattere arretratezza, povertà ed integralismo religioso perché lottare contro le MGF significa sostenere concretamente coloro che, nei paesi coinvolti combattono quotidianamente con coraggio per cercare di garantire un futuro diverso e migliore a milioni di donne e bambine violate da usanze arcaiche retaggio di società patriarcali nelle quali l'unica certezza per le donne è di non avere diritti.

Bibliografia

Sezione Documenti

- African Charter on Human and People's Rights, adopted June 26, 1981, OUA Doc. CAB/LEG/67/3/Rev.5,21 ILM 58 (1982).
- African Charter on the Rights and Welfare of Child, adopted 1991, OUA Doc. CAB/LEG/24.9/49 (1990).
- Ambassador Ernst Sucharipa, *Statement by H.E. Ambassador Ernst Sucharipa on Behalf of the European Union*, New York, October 14, 1998.
- Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, *Le Mutilazioni Genitali Femminili (FGM) nella popolazione immigrata in Emilia Romagna*, progetto condotto nell'ambito del Programma della Regione Emilia-Romagna finalizzato all'attivazione,

alla gestione e alla riorganizzazione dei consultori. Ricerca approvata da Who Collaborating Centre in Woman's Health (Centro per la salute delle donne collegato all'organizzazione Mondiale della Sanità) dell'Università di Toronto, Bologna, 28 ottobre 2003.

- Beijing Declaration and Platform for Action, Fourth World Conference on Women, Beijing, China, Sept. 4 –15, 1995, UN Doc. DPI/1766/Wom (1996).

- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations: Egypt, May 12, 2000, E/C.12/1/Add.44.

- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations: Sudan, September 2000, E/C.12/1/Add. 48.

-Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comments n° 14, *The right of health*, 2000, E/C.12/2000/4.

- Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, *Female Circumcision*, General Recommendation n° 14, Ninth Session, 1990, A/45/38 (General Comments).

- Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, *Violence Against Women*, General Recommendation n° 19, Eleventh Session, 1992, A/47//38 (General Comments).

- Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, *Women and Health*, General Recommendation n° 24, Twentieth Session, 1999, A/54/38/Rev.1 (General Comments).

- Committee on the Rights of the Child, Concluding observations: Togo, December 10, 1997, CRC/C/3/Add.42.

- Committee on the Rights of the Child, Concluding observations: United Republic of Tanzania, July 9, 2001, CRC/C/15/Add.156.

- Comitato nazionale per la Bioetica, *La Circoncisione: profili bioetici*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 25 settembre 1998.

- Commissione regionale di Bioetica, *Prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF): liceità etica, deontologica e giuridica della partecipazione dei medici alla pratica di un rito alternativo*, 9 marzo 2004. Reperibile sul sito web: www.cesda.net.

- Commission on the Status of Women, *The girl child*, Agreed Conclusions, Forty-second session, March 2-13, 1998, Agenda item 3 (c).

- Commission on the Status of Women, *Violence of Women*, Agreed Conclusions, Forty-second session, March 2-13, 1998, Agenda item 3(c).

- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, opened for signature December 18, 1979, 1249 UNTS 14 (entered into force September 3, 1981).

- Convention on the Rights of the Child, opened for signature November 20, 1989, GA Resolution 44/25, 44 UN GAOR Supp. (No. 49), UN Doc. A/RES/44/49, 30 ILM 1448 (1989) (entered into force September 2, 1990)

- Convention on Status of Refugees, opened for signature July 28, 1951, Resolution 2198 (XXI), (entered into force April 22, 1954).

- Commissione Europea, Documento di Lavoro *Verso la definizione di norme comuni in materia di procedure di asilo*, SEC (1999) 271, 1999. Reperibile sul sito web: www.europarl.eu.int.

- Disegno di legge 414: *Modifiche dell'art. 583 del Codice penale in materia di mutilazione e lesioni agli organi genitali al fine di condizionamento sessuale*, di iniziativa del senatore Consolo.

- Disegno di legge 414-B: *Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione dei genitali femminili*, di iniziativa del senatore Consolo come modificato dalla Camera dei deputati il 4 maggio 2004 previa unificazione con i disegni di legge 150 (Cè, Martini, Caparini e Gibelli), 3282 (Conti), 3867 (Conti), 4204 (Di Vigilio, Palumbo).

- European Convention for the Protection Human Rights and Fundamental Freedoms, adopted November 4, 1950, 213 UNTS 222 (entered into force September 3, 1953).

- European Social Charter, adopted September 1961 by Council of Europe, 529 UNTS 89. (entered into force February 1965)

- European Youth Network on Sexual and Reproductive Rights, *You Act. European Youth Network on Sexual and Reproductive Rights Charter*

- Final Report on the International Conference on Population and Reproductive Health in the Muslim World, Cairo, Egypt, February 21-24, 1998.

- Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, *Addis Ababa Declaration*, Addis Ababa, Ethiopia, September 1997

- Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, *Banjul Declaration*, issued at the Symposium for religious leaders and medical personnel, Banjul, Gambia, July 1998.

- Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, *Ouagadougou Declaration*, Ouagadougou, Burkina Faso, May 1999.

- Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, “*African Youth Declaration on harmful traditional practices*”, Addis Ababa, Ethiopia, April 2000.

- Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, *Iac’s 5th Regional Conference, summary report on the fifth regional conference/general assembly of the Inter-African Committee on traditional practices affecting the health of women and children*, Dar-es-Salaam, Tanzania, 27 February - 3 March 2001.

- Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, *Report of the International Conference on zero tolerance to FGM*, Addis Ababa, Ethiopia, February 2003.

- International Covenant on Civil and Political Rights, opened for signature December 16, 1966, 999 UNTS 171, 6 ILM 368 (entered into force March 23, 1976).

- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, opened for signature December 16, 1966, UNTS 3 (entered into force January 3, 1976).

- Human Rights Committee, Concluding observations: Senegal, November 17, 1997, CCPR/C/79/Add. 82.

- Human Rights Committee, General Comments n° 28: *Equality of rights between men and women*, March 29, 2000, CCPR/C/21/Rev.1/Add.10

- Parlamento europeo, Risoluzione sulle mutilazioni genitali femminili, 2001/2035 (INI)

- Partnership agreement between the members of the african, caribbean and pacific group of States of the one part, and the European Community and its member States of the other part, June 20, 2000, ACP/CE/EN.

- Posizione comune del 4 marzo 1996 definita dal Consiglio in base all'articolo K.3 del Trattato dell'Unione Europea relativa all'applicazione armonizzata della definizione del termine "rifugiato" ai sensi dell'articolo 1 della Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951 relativa allo status di rifugiato.

- Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Le mutilazioni genitali femminili: una tradizione insensata e disumana*, opuscolo a cura del Ministero delle Pari Opportunità, Roma, 2004.

- Protocol relating to the status of refugees was taken note with approval by the Economic and Social Council in Resolution 1186 (XLI) of Nov 18 1966. (entered into force October 1967).

- *Report of the World Conference of the International Women's Year*, Mexico City, 19 June - 2 July 1975, United Nations publication, Sales No. E.76.IV.1.

- Risoluzione del Consiglio dell'Unione Europea sulle garanzie minimali per le procedure d'asilo n° 28, 20 giugno 1995, GU C 274 19.9.1996.

- Testo Unificato del progetto di legge 1238 in materia di protezione umanitaria e diritto d'asilo, firmato dall'Onorevole Soda, , 24 marzo 2004.

- United Nations, *Report of World Conference to Review and Appraise the Achievement's of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace*, Nairobi, 15-26 July 1985. United Nations publication, Sales No. E.85.IV.10. A/Conf. 157/23

- United Nations Centre for Human Rights, *Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*, Fact Sheet n° 23, Geneva, August 1995.

- United Nations, *Vienna Declaration and Programme of Action*, A/ Conf. 157/23, July 12, 1993

- United Nations Economic and Social Council, Preliminary Report submitted by the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. November 1994 (E/CN.4/1995/42)

- United Nations Economic and Social Council, Report submitted by the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. February 1996 (E/CN.4/1996/53)

- United Nations Economic and Social Council, Integration of the human rights of women and the gender perspective. Violence against women in the family. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences Mrs Radhika Coomaraswamy, submitted in accordance with Commission on human rights resolution 1995/85, E/CN.4/1999/68, March 10, 1999.

- United Nations Economic and Social Council, Integration of human rights of women and the gender perspective. Violence against women. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Mrs Radhika Coomaraswamy, submitted in accordance with Commission of Human rights resolution 2001/49, Cultural practices in the family that are violent towards women, E/CN.4/2002/83, January 31, 2002.

- United Nations Economic and Social Council, Report of the second UN seminar on traditional practices affecting the health of women and children, Colombo, Sri Lanka, July 1994, E/CN.4/sub.2/1994/10.

- United Nations Economic and Social Council, Report of the UN seminar on traditional practices affecting the health of women and children, Ouagadougou, Burkina Faso, April-May 1991, E/CN.4/sub.2/1991/48.

- United Nations Economic and Social Council, Preliminary report of the Special Rapporteur on traditional practices affecting the health of women and children, E/Cn.4/Sub.2/1995/6, July 20, 1995.

- United Nations Economic and Social Council, Final report of the Special Rapporteur on traditional practices affecting the health of women and children, E/Cn.4/Sub.2/1996/6, June 14, 1996.

- United Nations Economic and Social Council, Follow-up report of Special Rapporteur on traditional practices affecting the health of women and children, E/Cn.4/Sub.2/1997/10, June 25, 1997.

- United Nations Economic and Social Council, Third report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and the girl child, produced by Mrs Halima Embarek Warzazi pursuant to Sub-Commission Resolution 1998/16, E/Cn.4/Sub.2/1999/14, July 9, 1999.

- United Nations Economic and Social Council, Fourth report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and the girl child produced by Mrs Halima Embarek Warzazi pursuant to Sub-Commission Resolution 1999/13, E/Cn.4/Sub.2/2000/17, June 27, 2000.

- United Nations Economic and Social Council, Fifth report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and girl child, produced by Mrs H. E. Warzazi pursuant to Sub-Commission Resolution 2000/10, E/Cn.4/Sub.2/2001/27, July 4, 2001.

- United Nations Economic and Social Council, Sixth report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and girl child, produced by Mrs H. E. Warzazi pursuant to the Sub-Commission Resolution 2000/13, E/Cn.4/Sub.2/20002/32, July 2, 2002.

- United Nations Economic and Social Council, Seventh report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and girl child, E/Cn.4/Sub.2/2003/30.

- United Nations Economic and Social Council, Eighth report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and the girl child, prepared by Mrs H. E. Warzazi in accordance with General Assembly Resolution 53/208 B, E/Cn.4/Sub.2/2004/41, June 17, 2004.

- United Nations General Assembly, Declaration on the Elimination of Violence Against Women (85th Plenary Meeting, 1993), A/RES/48/104.

- United Nations General Assembly, Traditional or customary practices affecting the health of women, Report of Secretary-General (53rd Session, September 10, 1998), A/53/354.

- United Nations General Assembly, Universal Declaration of Human Rights, adopted December 10, 1948, Resolution 217A (III), UN Doc. A/810.

- United Nations General Assembly, Report of the Ad Hoc Committee of the whole of twenty-third special Session of the General Assembly, supplement n° 3, A/S-23/10/Rev.1.

- United Nations High Commissioner for Refugees Executive Committee, *Refugee Women and International Protection*, Conclusion n° 39 (XXXVI), 1985.

- United Nations High Commissioner for Refugees, *Guidelines on the Protection of Refugee Women*, prepared by the Office of the United Nations High Commissioner, Geneva, July 1991.

- United Nations High Commissioner for Refugees, Handbook on Procedures and Criteria for determining refugee status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the status of refugee, Geneva, January 1992, HCR/4/Eng/Rev.1

- United Nations High Commissioner for Refugees, Unhcr's Guidelines on international Protection, *Membership of a particular social group within the context of Article 1A (2) of the 1951 Convention and/or its 1967 Protocol relating to the Status of Refugee*, HCR/GIP/02/02, May 7, 2002.

- United Nations Secretary-General, "*Secretary-General hopes female genital mutilation will be but a memory, promises to ensure issue remains on international agenda*", Press Release, June 18, 1998, SG/SM/6602 WOM/1052.

- United Nations Secretary-General, Report on "*Traditional or customary practices affecting the health of women and girls*", August 22, 2001, A/56/316

- World Health Organization, Constitution of the World Health Organization, in Basic Documents, adopted on July 22, 1946. (14th edn, 1994).

- World Health Organization, "*Female Genital Mutilation: Information Pack*", Female Genital Mutilation fact sheets, Gender and Women's Health Department.

- World Health Organization, "*Female Genital Mutilation. Report of a WHO Technical Working Group, 17-19 July 1995*", (unpublished document Who/Frh/Whd/96.10), Geneva, 1996.

- World Health Organization, “*Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*”, Geneva, 1996.
- World Health Organization, “*UN Agencies call for end to Female Genital Mutilation*”, Press Release WHO/29, April 29, 1997.
- World Medical Association, “*World Medical Association Statement on Condemnation of Female Genital Mutilation*”, adopted by the 45th World Medical Assembly, Budapest, Hungary, October 1993.

Sezione Letteratura

- AA.VV., *Le lacrime che nessuno vede*, Dossier sulle mutilazioni genitali femminili, Nigrizia, novembre 1996.
- AA.VV., *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, a cura di Mazzetti M., ed. Franco Angeli, Milano, 2000.
- Aidos, *Donne vite da salvare*, a cura di Aidos, Roma, 2004.
- Amnesty International, *Diritti dell'uomo e Nazioni Unite. Introduzione ai diritti umani.....*
- Amnesty International, *Rispetta I miei diritti. La parola ai rifugiati*, Amnesty International Report, Roma, 1997.
- Amnesty International, *Introduzione ai diritti umani. A 50 anni dalla Dichiarazione Universale*, ed. Cultura della pace, Firenze, 1998.
- Amnesty International, *Rapporto Annuale 2003*, ed. Meridiana, Firenze, 2003.
- Amnesty International, *Mai più violenza contro le donne*, Amnesty International, ed. Ega, Torino, 2004.
- Cedaw - *La Convenzione delle donne*, a cura del Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 2002.
- Degani Paola, *Donne, diritti umani e conflitti armati. La questione della violenza nell'agenda della comunità internazionale*”, Research Papers 2/2000, Centro di studi e formazione sui diritti della persona e dei popoli, Università di Padova, ottobre 2000.

- Degani Paola, *Nazioni Unite e "Genere": il sistema di protezione internazionale dei diritti umani delle donne*, Research Papers 1/2001, Centro di studi e di formazione sui diritti della persona e dei popoli, Università di Padova.
- Fusaschi Michela, *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Grassivaro Gallo Pia, *La circoncisione femminile in Somalia: Una ricerca sul campo*, ed. Franco Angeli, Milano, 1996
- Grassivaro Gallo Pia, *Figlie d'Africa mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*, ed. L'Harmattan, Padova, 1998.
- Green Germane, *La donna intera*, ed. Mondadori, Milano 2000.
- Harry Lightfoot-Klein, *Prisoner of Ritual: an odyssey into female genital circumcision in Africa*, ed. Haworth Press, Binghamton, New York, 1989.
- Harry Lightfoot-Klein, *The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan*, *The Journal of Sex Research* Vol. 26, No. 3, pp. 375- 392, August, 1989.
- Hosken, Fran P., *The Hosken report; genital and sexual mutilation of females*, 4th rev. ed. Lexington (Mass.), Women's International Network News, 1994.
- *I diritti delle donne sono diritti umani. La Conferenza mondiale di Pechino del 1995 e il Pechino+5*, a cura della Commissione Nazionale per la Parità e le Pari Opportunità tra uomo e donna, Roma, 2003.
- *Le donne nel mondo. 1995*, a cura della Commissione Nazionale per la Parità e le Pari Opportunità tra uomo e donna, Zecca di Stato, 1995.
- *Le donne nel mondo. Numeri e idee 1997*, Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Rahman Anika Toubia Nahid, *Female Genital Mutilation. A guide to laws and policies worldwide*, second ed. Zed Books, New York, 2001.
- Ricci Carla, *Mutilazioni genitali e diritti umani*, in *DIRITTI DELL'UOMO-cronache e battaglie*, XII, n° 2-3, 2001, pp. 23-35.
- Sirad Salad Hassan, *Donna Mutilata*, ed. Loggia de' Lanzi, Firenze, 1999.
- Sirad Salad Hassan, *Sette gocce di sangue*, ed. La Luna, Palermo, 1996.
- Suad, *Bruciata viva. Vittima della legge degli uomini*, ed. Piemme, Alessandria, 2004

- United Nations, *The World's Women 1995: Trends and Statistics*, New York: United Nations, 1995.
- University of Padua, Faculty of Psychology, Department of General Psychology - *Female Genital Mutilation: a public health issue also in Italy*, UNI press, Padova, 1995.
- Zanghì Claudio, *La protezione internazionale dei diritti dell'uomo*, ed. Giapichelli, Torino, 2002.

Si sono inoltre consultati i seguenti siti web:

Sito web Aidos: www.dirittiumani.donne.aidos.it.

Tale sito presenta una sezione dedicata alle mutilazioni genitali femminili: http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_1_temi/g_indice_per_temi/mutilaz_genitali_femm/home_fgm.html, dal quale sono stati consultati i seguenti articoli:

- *“Che cosa sono le mutilazioni dei genitali femminili?”*
- *“Dove e quanto sono praticate le Mgf?”*
- *“Per quali motivi si praticano le Mgf?”*
- Pasquinelli C., *“Antropologia delle mutilazioni genitali femminili. Una ricerca in Italia”*.
- *“Progetto di ricerca sulle Mgf in un contesto di immigrazione”*
- *“La costruzione sociale del corpo dell'immigrata: le rappresentazioni delle mutilazioni dei genitali femminili nella stampa italiana e nella letteratura specialistica”*.
- *“La ricerca sul campo: risultati e considerazioni”*
- *“Quali sono le conseguenze sanitarie delle Mgf?”*
- Pitch T., *“La legge giusta. Il trattamento giuridico delle Mgf”*
- *“L'impegno per eliminare le Mgf”*
- *“Le leggi applicabili in Italia”*
- *“Unfpa, Rapporto dello stato della Popolazione nel mondo 1997”*, ed. italiana a cura di Aidos.
- *“Mutilazioni Genitali Femminili. Si crede che... Invece... Perché questa pratica deve finire”*, Aidos, 2000.

Sito web Amnesty International: www.amnesty.org:

- Information Pack on Female Genital Mutilation”, Amnesty International, London, 1998.

Sito web: www.cesda.net

Sito web: www.comune.torino.it

Sito web: www.emiliaromagnasociale.it

Sito web: www.ippg.org. Articoli consultati:

- “*IMAP statement on female genital mutilation*”, IPPM Medical Bulletin, volume 35, n° 6, December 2001.

Sito web: www.governo.it. Articoli consultati:

-“*Scheda sintetica sul problema delle mutilazioni genitali femminili e sui riferimenti normativi attuali*”, Workshop Internazionale “Cultura, salute, migrazioni”, Istituto Dermatologico San Gallicano, Roma, 27-28 ottobre 2003

Sito web La Repubblica.it: www.repubblica.it. Articoli consultati:

-“*Infibulazione, ogni anno mutilate due milioni di bimbe*”

(<http://www.repubblica.it/online/mondo/donne/infibulazione/infibulazione.html>)

-IL VIDEO: Un documentario sull'infibulazione

(<http://www.repubblica.it/video/05112002.html>)

Sito web: www.measuredhs.com

Sito web: www.minori.it. Articoli consultati:

- “*Centre of Europe’s Children*”, Cittadini in crescita 1/2000.

Sito web No peace without Justice: www.npwj.org/index.php

Sito web Nazioni Unite: www.un.org

Sito web delle Nazioni Unite. Sezione Italiana: www.onuitalia.it. Articoli consultati:

- *“The world’s women 2000. Trend and statistics”* a cura dell’Ufficio Statistico delle Nazioni Unite, versione italiana a cura della Commissione nazionale per la parità e le pari opportunità.

- *“I Diritti della donna una responsabilità per tutti”*, a cura dell’ Ufficio dell’Alto Commissario per i diritti umani.

Sito web: www.pariopportunita.gov.it

Sito web: www.pariopportunita.regione_marche.it

Sito web Rai Net News: (www.rai.it/RAInet/news). Articoli consultati:

-“Appello solenne: le mutilazioni dei genitali femminili”

(<http://www.rai.it/RAInet/news/RNw/pub/articolo/raiRNewsArticolo/0,7605,40049^homePageLeft^^,00.html>)

-“Mutilazioni femminili: le Ong chiedono l’applicazione del codice penale”

(<http://www.rai.it/RAInet/news/RNw/pub/articolo/raiRNewsArticolo/0,7605,6153^homePageLeft^^,00.html>)

-“Mutilazioni sessuali femminili, un problema europeo”

(<http://www.rai.it/RAInet/news/RNw/pub/articolo/raiRNewsArticolo/0,7605,3494^homePageLeft^^,00.html>)

Sito web: www.sdc.admin.ch. Articoli consultati:

- *“Genere: una nuova consapevolezza”*, Press Releases, maggio 2003

Sito web: www.stopfgm.org. Articoli consultati:

-*“Germania: non viene espulsa perché rischia l’infibulazione”*, Ansa, 29 maggio 2004.

- *International press releases*, 28 April 2004

-*International press releases*, 14 July 2004

Sito web Tamwa: www.sn.apc.org/sangonet/class99/famw/tamwa.htm

Sito web: www.unhchr.org. Articoli consultati:

- "*Human Rights*", published by the United Nations Department of Public Information, DPI/1772/HR, February 1996.

Sito web: www.unicef-icdc.org. Articoli consultati:

- "*la violenza domestica contro le donne e le bambine*", Innocenti Digest n° 6, giugno 2000.

Sito web dell'Unione Europea: www.europa.eu.int/index_it.htm. Articoli consultati:

- "*Lotta contro al violenza nei confronti dei bambini, degli adolescenti e delle donne: Programma Daphne.*"

Sito web Nigrizia: www.nigrizia.it. Articoli consultati:

- "*Se 28.000 vi sembrano poche*" marzo 1999

- "*Circoncisioni festose*" gennaio 1999

- Dossier "*Le lacrime che nessuno vede*", novembre 1996:

- "*Nel nome della tradizione*"

- "*Ferite per sempre*"

- "*Ti mutilo, dunque ti controllo*"

- "*C'è chi dice no*"

- "*Mammane d'importazione*"

- "*È tortura*"

- "*E se fosse un diritto inalienabile?*"

Sito web: www.radicalparty.org. Articoli consultati:

- "*Le 29 Novembre 2000 au Parlement Européen une "Journée internationale contre les mutilations génitales féminines"*;

- Afro-arab expert consultation “*Legal tools for the prevention of female genital mutilation*” in the framework of the “Stop Fgm” Campaign, 11-06-2003;
- Bonino Emma, “*Sempre mogli e madri. Così parla ad un mondo che non esiste*”, 01-08-2004, Corriere della Sera.
- D’Angelo Gabriella, “*Documento di lavoro sulle mutilazioni genitali*”.

Sito web Unimondo: www.unimondo.org, con una sezione dedicata all’Aidos, (<http://www.unimondo.org/aidos/index.html>)

Sito web: www.vita.it/articoli/index.php3?NEWSID=40022

- “*Mutilazioni genitali femminili: Amnesty chiede misure efficaci. Prima giornata internazionale della tolleranza zero verso le mutilazioni genitali femminili*”.

Sito web dell’Organizzazione Mondiale della Sanità: www.who.int. Articoli consultati:

- “*Female Genital Mutilation. Report of a Who Technical Group*”, Geneva, 1996.
- “*Report of a Who Technical Consultation*”, Department of Gender, Women and Health; Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health, Who, 2001.
- “*Female Genital Mutilation*”, Information Pack, June 2000
- “*Management of pregnancy childbirth and the post-partum period in the presence of female genital mutilation*”, Report of a Who Technical Consultation, Geneva, 15-17 October 1997, Who, 2001
- “*Female Genital Mutilation: Information Kit*”, Department of Women’s Health, Health Systems and Community Health, World Health Organization, Geneva.