

## **Sudditanza della donna e pratica dell'infibulazione non sono sufficienti per dichiarare lo status di rifugiato**

di Giulia Malinconico

Il problema della pratica della “escissione/mutilazione genitale femminile” (d’ora in avanti E/MGF), quale violazione dei diritti umani fondamentali, e dunque presupposto valido per la concessione del diritto d’asilo alle relative vittime, si è posto già da tempo al centro di un acceso dibattito, tuttora in corso sul piano internazionale, comunitario e nazionale.

Prima di passare ad esaminare la posizione assunta a riguardo dalla più recente giurisprudenza del nostro Paese, appare utile ed opportuno delineare i contorni di quello che è pressoché unanimemente definito come un vera e propria violazione dei diritti umani della donna.

Con l’espressione “escissione/mutilazione genitale femminile” si intende indicare tutta una serie di pratiche che prevedono la totale o parziale rimozione oppure la modificazione dei genitali esterni femminili per ragioni di ordine non medico” (1).

Esistono diversi tipi di E/MGF. La classificazione operata dall’OMS ha permesso di individuare quattro tipologie di intervento, ciascuno caratterizzato da un diverso livello di gravità(2):

Tipo I: conosciuta nella cultura islamica con il nome di “sunna” (in arabo “tradizione”), è la forma di mutilazione meno invasiva e si compie mediante l’escissione del prepuzio, con o senza asportazione parziale o totale della clitoride.

Tipo II: anche conosciuta con il nome di “Tahara” (in arabo “purificazione”), viene generalmente definita con il termine di “clitoridectomia” e comporta l’escissione della clitoride e quella, totale o parziale, delle piccole labbra.

Tipo III: meglio conosciuta con il termine di “infibulazione” (3) o “circoncisione faraonica” (4), consiste nell’escissione di parte o della totalità dei genitali esterni e sutura/restringimento del canale vaginale.

Tale intervento comporta nello specifico l’asportazione della clitoride e delle piccole e grandi labbra. Le rimanenti estremità delle grandi labbra vengono quindi cucite insieme, in modo tale da lasciare aperto un orifizio di dimensioni minime, utile a permettere il passaggio dell’urina e del sangue mestruale.

Tipo IV: in questa tipologia rientrano diverse forme di intervento, non riconducibili ad un tipo di mutilazione specifica. Alcune forme prevedono, a seconda dei casi, la lacerazione delle grandi labbra a scopo medico-rituale; perforazioni o incisioni sulla clitoride o sulle grandi e piccole labbra. Altre ancora prevedono la pratica di incisioni longitudinali della vagina con introduzione di sostanze corrosive oppure di erbe al fine di provocarne il sanguinamento e/o il restringimento (tagli “gishiri”, praticati ad esempio in preparazione di un nuovo matrimonio), oppure la cauterizzazione della clitoride e dei tessuti circostanti o il raschiamento dell’orifizio vaginale (“angurya”).

Il fenomeno ha assunto nel tempo una portata planetaria. Si stima che il numero di donne e bambine che nel mondo hanno subito una qualche forma di E/MGF oscilli tra i 100 e i 140 milioni. (5)

La zona geografica interessata è estremamente varia e non si limita, come si è spesso erroneamente affermato, ai Paesi di religione islamica. (6)

In Africa i Paesi interessati formano un’ampia fascia che si estende dal Senegal ad ovest fino alla Somalia ad est. Anche alcune comunità sulla costa yemenita del Mar Rosso sono risapute praticare le E/MGF e ci sono informazioni, ma non chiare evidenze, di una limitata incidenza del fenomeno in Giordania, Oman, territori palestinesi occupati (Gaza) e in alcune comunità curde dell’Iraq. La presenza di questa pratica è stata altresì riferita presso alcune popolazioni dell’India, dell’Indonesia e della Malesia. (7) Inoltre, con l’intensificarsi dei flussi migratori, il fenomeno si è reso evidente anche in Australia, in Europa e nell’America del nord.

Anche l'età delle donne che vi si sottopongono è estremamente varia ed oscilla fra la nascita e il periodo dell'adolescenza. La mancanza di un riferimento certo ad una determinata fascia d'età è essenzialmente dovuta all'eterogeneità delle usanze proprie dei contesti socio-culturali osservati ma anche agli ostacoli cui vanno incontro le famiglie che intendono praticare un intervento di questo tipo in un contesto migratorio, e dunque in condizioni di segretezza e di evidente precarietà.

Il profondo radicamento delle E/MGF presso alcune culture, pur essendo dovuto ad un insieme di fattori estremamente eterogeneo (ricongribili a spiegazioni di ordine etico-religioso o, talvolta, ad errate convinzioni di carattere medico ed igienico-sanitario) presenta alcuni tratti comuni che si evidenziano nel ruolo fondamentale che tale tipo di pratiche tradizionali svolge nella costruzione dell'identità di genere e nella formazione dell'appartenenza etnica, oltre che nella definizione dei rapporti tra i sessi e le generazioni. Si tratterebbe, nella generalità dei casi, di un "rito di passaggio" dall'adolescenza all'età adulta, connotato da un elevato valore simbolico e spesso accompagnato da una cerimonia pubblica che coinvolge l'intera comunità di appartenenza. In particolare le E/MGF si configurano, nelle società in cui esse rappresentano una tradizione consolidata, come componente essenziale dei riti di iniziazione attraverso i quali la fanciulla diventa "donna". In alcuni contesti tradizionali, infatti, la donna non è tale fin dalla nascita; nel senso che la connotazione biologica non costituisce di per sé un fattore sufficiente di individuazione. A questo provvedono i cosiddetti "riti di passaggio", che trasformano l'appartenenza sessuale ascritta in uno status acquisito, riscattando il destino biologico legato al sesso per trasformarlo in una "essenza sociale": la "donna".

Il profilo appena descritto rappresenterebbe, ad avviso di molti studiosi, il connotato che meglio di ogni altro potrebbe aiutare a far luce sulla genesi e la perpetuazione di queste pratiche.

Tuttavia, non si tratta di un aspetto riscontrabile nella totalità dei casi. In diversi Paesi, specie quelli in cui le pratiche di mutilazione sessuale vengono espressamente proibite dalla legge, va diffondendosi la tendenza ad effettuare interventi in età sempre più precoce (ciò rende non solo più agevole vincere la resistenza fisica della bambina ma anche occultare alle autorità l'esecuzione stessa dell'intervento) ed in contesti privati in cui l'aspetto cerimoniale retrocede di fronte alla connotazione individualistica assunta dal fenomeno.

Le modalità di esecuzione delle E/MGF variano a seconda del tipo di mutilazione prescelto, dell'età delle iniziande, e delle abitudini e tradizioni locali e riflettono spesso il livello sociale e il grado di istruzione delle famiglie delle ragazze.

In ambiente rurale prevale ancor oggi l'esecuzione tradizionale, compiuta senza alcuna forma di anestesia e senza sterilizzazione degli strumenti utilizzati.

La strumentazione adoperata per questo tipo di operazioni è molto varia: si passa dall'impiego di coltelli speciali costruiti ad arte e specifici "rescissori", all'utilizzo di oggetti qualunque, reperiti per l'occasione, quali scalpelli, pezzi di vetro o di lattine, cocci e rasoi da barba, attrezzi rudimentali che entrano comunque a far parte dell'apparato rituale.

In questi contesti, in genere, l'intervento è materialmente eseguito non da una persona qualsiasi ma da un soggetto cui la società ha riconosciuto un ruolo preciso: quello di intervenire sul corpo femminile al fine di apportare quelle "correzioni culturali" necessarie per trasformarlo da corpo biologico a corpo culturale.

Solitamente si tratta di una donna scelta tra le levatrici tradizionali, di una donna anziana ed "esperta" ma priva di conoscenze mediche, di membri di gruppi sociali ben definiti (per esempio le "midgan" in Somalia, donne appartenenti ad una classe socialmente inferiore rispetto all'aristocrazia pastorale del Paese), che utilizzano tecniche apprese in ambito familiare e tramandate di generazione in generazione. Altre volte le operatrici rituali vengono reperite al di fuori della comunità di appartenenza della donna. Ciò accade soprattutto in un contesto di immigrazione, nell'ambito del quale le maggiori difficoltà logistiche e operative che si incontrano determinano di solito una minore rigidità nella scelta della persona deputata ad eseguire l'intervento.

Nelle aree urbane, invece, si è recentemente osservata, specie tra le

famiglie benestanti, la tendenza a rivolgersi al personale del servizio sanitario, il quale, nel compiere l'intervento, fa abituale uso di strumenti chirurgici, anestetici e antisettici. (8)

E' ormai scientificamente accertato che le E/MGF provocano seri e talvolta irreversibili danni alla salute delle donne che le subiscono. Tali danni si rendono evidenti non solo sul piano fisico ma anche su quello psicologico e psico-sessuale.

Dal punto di vista fisico l'intervento, se praticato senza alcuna forma di anestesia e senza garanzie chirurgiche, comporta spesso la perdita di coscienza e il collasso cardiovascolare (shock) della donna, dovuto sia all'enorme dolore causato dalle lacerazioni dei genitali che all'emorragia che si accompagna alle ferite. La mancanza di adeguate condizioni igieniche può causare, inoltre, il verificarsi di malattie e infezioni. Oltre alle infezioni comuni, che possono evolvere in suppurazione e gangrena, vi è anche il rischio di contrarre il tetano (a causa dell'uso di attrezzi non sterili), l'HIV/AIDS o l'epatite (a causa dell'uso degli stessi strumenti per molte donne, in zone dove tali malattie sono diffuse).

In un periodo successivo all'intervento, la donna potrà inoltre soffrire di una serie di danni e malattie "a lungo termine". Tra le più frequenti complicanze tardive vi sono: difficoltà ad urinare e cistiti; mestruazioni irregolari e dolorose (dismenorrea); infezioni continue, croniche e recidivanti della vagina e degli organi interni della riproduzione; cisti da ritenzione; difficoltà ad avere figli (infertilità e sterilità); cicatrici voluminose sulla vulva (cheloidi); dolori durante i rapporti sessuali (dispareunia) e paura del rapporto sessuale stesso.

Durante la gravidanza, le donne infibulate vanno poi incontro a serie difficoltà nell'effettuare gli ordinari controlli ginecologici. Inoltre, infezioni urinarie e vaginali possono compromettere l'andamento della gravidanza stessa provocando aborti, rottura prematura del sacco amniotico, parto prematuro.

Anche durante il parto sono possibili numerose complicanze per le donne infibulate: se non si interviene tempestivamente (ad esempio con una deinfibulazione intrapartum o una episiotomia), il bambino può arrestare la sua discesa nell'ultimo tratto del canale vaginale e rischiare, per scarsa ossigenazione, di riportare danni cerebrali; la madre può andare incontro a lacerazioni perineali, uretrali e retali e perforazioni o lesioni tra la vagina e la vescica o tra la vagina e il retto (fistole). Un'ulteriore possibile complicazione, nei casi in cui il parto avviene in contesti non sanitari, è rappresentata dalla rottura dell'utero, complicazione temibile in termini di morbilità e mortalità sia materna che neonatale.

Dal punto di vista psicologico, invece, le maggiori difficoltà si manifestano soprattutto per coloro che vivono in un contesto migratorio, a causa del confronto quotidiano che le donne sessualmente mutilate vivono con altri modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile.

Alcune donne attribuiscono all'esperienza E/MGF un senso di umiliazione, di impotenza e di inibizione che accompagna perennemente la loro vita; altre riferiscono di aver vissuto la mutilazione come uno stupro o come un tradimento da parte del proprio nucleo familiare, con la conseguente difficoltà di costruire relazioni affettive serene persino con i propri figli. (9)

Svolte queste doverose premesse, essenziali al fine di delineare un approccio corretto e consapevole al tema che qui ci occupa, possiamo ad osservare più da vicino il rapporto tra E/MGF e diritto d'asilo.

Quale valore riveste l'aver subito un intervento di mutilazione genitale ai fini del riconoscimento dello status di rifugiato?

Può una donna immigrata alla quale è stato praticato un intervento di mutilazione genitale nel Paese d'origine ottenere l'accoglimento della richiesta d'asilo "semplicemente" deducendo la propria condizione di donna discriminata e sessualmente mutilata?

Sul tema si è di recente pronunciata la Corte di Cassazione italiana, la quale, con Sentenza n. 24906 dell'ottobre 2008, ha respinto il ricorso di una donna originaria della Sierra Leone(10), già sottoposta nel suo Paese ad un intervento di infibulazione.

La donna si era rivolta al Giudice di Pace di Roma proponendo

opposizione avverso il provvedimento di espulsione adottato a suo carico dal Prefetto di Roma, ai sensi dell'art. 13 co. 2 lett. B del T.U. sull'immigrazione (d.lgs. 286/98). A motivo dell'opposizione deduceva la propria esposizione a gravissimi rischi in caso di rimpatrio.

Con il ricorso proposto in sede di legittimità veniva sostanzialmente dedotta la violazione e falsa applicazione degli artt. 13 e 19 del T.U. sull'immigrazione(11), dell'art. 10 della Costituzione(12), dell'art. 3 della CEDU(13), dell'art. 33 della Convenzione di Ginevra(14), per avere il Giudice di Pace mancato di indagare sulla sussistenza delle esigenze umanitarie tali da imporre l'annullamento del provvedimento di espulsione. Con la indicata decisione la Suprema Corte ha respinto le censure mosse dalla ricorrente per insussistenza di elementi specifici che potessero consentire l'attuazione del principio di "non-refoulement" ed in particolare della necessaria individualità della dedotta situazione di perseguitata. In altre parole, non si scorgeva, secondo la Corte, come il giudice del merito avrebbe potuto dispiegare indagini officiose, dirette a dare attuazione al principio di "non-refoulement", una volta acclarato dagli atti che la persecuzione alla quale la donna sarebbe stata soggetta nel proprio Paese è null'altro che la "sottoposizione alla generale condizione di tutte le donne del Paese stesso e cioè una condizione di sudditanza che, certamente inaccettabile per ogni coscienza civile, è però priva della necessaria individualità postulata anche dalla Convenzione di Ginevra 28.7.1951 (oltre che dalla CEDU) perché sia integrato il fumus persecutionis od anche solo perché sia adottata la misura di protezione temporanea del divieto di respingimento in relazione al concreto rischio di trattamenti personali degradanti nel paese di provenienza".

Dunque per la Suprema Corte le clandestine che nel loro Paese sono soggette a una generalizzata condizione di "sudditanza" e che vengono sottoposte ad infibulazione non possono invocare la persecuzione per motivi di sesso per assenza della "necessaria individualità" postulata anche dalla Convenzione di Ginevra sullo status dei rifugiati.

Concordo sull'assunto che la mera appartenenza al sesso femminile, quantunque dalla stessa scaturisca una grave condizione di sudditanza, non possa assurgere a valido motivo di accoglimento della richiesta d'asilo, per difetto dell'elemento della personalità. Tuttavia mi chiedo se l'aver subito un atto di mutilazione del proprio corpo non possa consentire ad una donna di riconoscersi quale membro di un particolare "gruppo sociale", ossia quale membro di una species ("donne infibulate") del più ampio genus "donna". Un "gruppo sociale" composto da individui femminili che, essendo stati sottoposti ad un intervento di mutilazione genitale, versano evidentemente in una condizione di estrema vulnerabilità sul piano fisico ed emotivo e risultano essere particolarmente esposti al rischio di ulteriori violazioni dei diritti umani. In merito a quest'ultimo aspetto non dobbiamo dimenticare infatti che l'infibulazione non rappresenta un intervento isolato e circoscritto nel tempo ma anzi fa sorgere quasi sempre, nel periodo successivo ad esso, l'esigenza di effettuare sul corpo femminile ulteriori pratiche dolorose e degradanti. Mi riferisco nello specifico all'operazione di "defibulazione" (15), anch'essa cruenta e traumatica, e tuttavia assolutamente indispensabile per consentire alla donna di esplicare il parto; intervento, questo, solitamente seguito da una "reinfibulazione" (16), pure avvertita come necessaria, questa volta per riportare la donna stessa al suo irrinunciabile stato di "purezza".

Alla luce delle riflessioni appena svolte sembrerebbe essere quanto meno dubbia l'effettiva sussistenza della genericità della condizione di "sudditanza" della ricorrente. Ed invero, se si giunge a riconoscere che le donne infibulate appartengono ad un vero e proprio "gruppo sociale", cosa che peraltro la posizione assunta dall'UNHCR (Alto Commissariato delle NU per la protezione dei rifugiati) in relazione all'applicazione della Convenzione di Ginevra sembrerebbe consentire(17), non mi sembra possano sorgere particolari ostacoli in merito alla concessione del diritto d'asilo nel caso di specie. L'inserimento della ricorrente nell'ambito del summenzionato gruppo dovrebbe garantirle, infatti, il riconoscimento dello status di rifugiata ai sensi degli artt. 1 e 33 della Convenzione di Ginevra, i quali indicano espressamente la circostanza dell'appartenenza ad un particolare "gruppo sociale" come motivo di discriminazione valido ad ottenere protezione e asilo.

Infine, e per completezza, appare doveroso rivolgere un breve cenno alla decisione del Giudice di Pace di Roma, indirettamente avallata dalla S.C., con la quale, sul rilievo della sussistenza del prospettato quadro clinico (per il quale la straniera, a causa dei danni provocati dall'intervento di infibulazione, avrebbe necessitato di ulteriori ed urgenti cure mediche), viene sospesa l'eseguibilità dell'espulsione per il tempo necessario alla valutazione clinica ed alla prestazione delle cure del caso.

Tale decisione è senz'altro apprezzabile ma desta qualche perplessità nella misura in cui essa mira a soddisfare esigenze sanitarie legate esclusivamente al breve periodo. Senza per questo voler indulgere in facili sentimentalismi, viene da chiedersi cosa potrà essere fatto a beneficio di questa donna per fronteggiare le ripercussioni che un simile intervento genera a medio e lungo termine.

Ricordiamo a tal proposito che molte delle ripercussioni negative generate dalle E/MGF, specie quelle di natura emotiva, si verificano soltanto a distanza di anni dall'intervento e, se non opportunamente seguite, possono dar luogo ad epiloghi drammatici, come mostrano chiaramente le numerose ed autorevoli ricerche condotte sul campo.

Se a queste considerazioni di ordine strettamente medico si aggiunge, in merito alla ricorrente, una più approfondita analisi della sua particolare condizione di donna infibulata nell'ambito del contesto socio-politico d'origine, appare utopistico supporre che ella possa effettivamente accedere, in quel contesto, a strutture sanitarie in grado di fornirle adeguate cure per il trattamento delle innumerevoli patologie generate dall'infibulazione subita. Appare utopistico supporre, in altre parole, che la ricorrente abbia, nel suo Paese, la possibilità di veder efficacemente tutelato il proprio diritto alla salute e all'integrità psico-fisica della persona umana.

## **BIBLIOGRAFIA**

- AA. VV., Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili, a cura di Mazzetti M., ed. Franco Angeli, Milano, 2000;
- AA.VV., Cambiare una convenzione sociale dannosa: la pratica dell'escissione/mutilazione genitale femminile, Digest Innocenti, UNICEF, 2005;
- AIDOS, "Quali sono le conseguenze sanitarie delle Mgf?", [www.dirittumani.donne.aidos.it](http://www.dirittumani.donne.aidos.it);
- DEPARTMENT OF WOMEN'S HEALTH, Female Genital Mutilation: Information Kit, World Health Organization, Geneva, 2007, in [www.who.com](http://www.who.com);
- DI PIETRO F., Espulsione e rischio di sottoposizione a pratica di MGF, in [www.personaedanno.it](http://www.personaedanno.it);
- DIRIE W., Figlie del dolore, ed. Garzanti, Milano, 2006;
- FUSASCHI M., I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili, ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2003;
- PASQUINELLI C., Antropologia delle mutilazioni genitali femminili. Una ricerca in Italia, in [www.dirittumani.donne.aidos.it](http://www.dirittumani.donne.aidos.it);
- PAVONE M. Asilo politico, respingimenti ed espulsioni (Corte di Cassazione civile sentenza 11264/09 del 14/05/2009), in [www.overlex.com](http://www.overlex.com);
- SHELL-DUNCAN B. e YLVA H., Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change, Lynne Rienner Publisher, Londra, 2000

## **NOTE:**

(1) La descrizione appena riportata è stata estrapolata dal rapporto UNICEF sulle E/MGF del 2007 e rappresenta soltanto una delle varie definizioni accreditate sul piano internazionale. L'OMS, ad esempio, ne offre una parzialmente diversa e si riferisce alle E/MGF come ad un insieme di pratiche che "mirano ad alterare la conformazione degli organi genitali femminili esterni con finalità culturali, religiose o per altre ragioni comunque non terapeutiche". Quest'ultima definizione, pure autorevole, è tuttavia in corso di revisione.

(2) Naturalmente il livello di gravità della mutilazione sarà influenzato in maniera determinante dal grado di resistenza della donna, dall'abilità di chi opera e dal tipo di strumentazione utilizzata: la maggior parte delle

operazioni viene eseguita senza anestesia e su bambine che vengono immobilizzate con la forza, allo scopo di vincerne la resistenza, e ciò può provocare una mutilazione più drastica e cruenta.

**(3)** Il termine deriva dal latino fibula, la spilla utilizzata per agganciare la toga romana. La fibula era usata inoltre per prevenire il rapporto sessuale tra gli schiavi; veniva fissata attraverso le grandi labbra delle donne e attraverso il prepuzio degli uomini. Questo espediente aveva lo scopo di assicurare la fedeltà delle schiave e di evitare gravidanze che avrebbero ostacolato il loro lavoro o infine d'impedire agli schiavi o ai gladiatori di affaticarsi avendo rapporti sessuali.

**(4)** Questa differente denominazione deriva dall'opinione che le mutilazioni genitali femminili fossero conosciute e praticate già nell'antico Egitto, durante il periodo delle dinastie dei Faraoni (2850-525 a.C.).

**(5)** OMS, female genital mutilation. Nota informativa (2004).

**(6)** Spesso si è tentato di spiegare (e giustificare) l'esecuzione di pratiche di E/MGF ricollegandole alla necessità di adempiere a specifici doveri imposti dalla religione musulmana. Tuttavia è importante chiarire che né il Corano né altri testi sacri contengono specifici dettami ai quali poter ancorare la doverosità di questa tradizione. In realtà le E/MGF seguono più i confini di una distribuzione etnica e geografica che non quelli di una fede religiosa. In Etiopia ed in Eritrea, ad esempio, esse sono diffuse sia tra le donna cristiane copte che tra le falasha di religione ebraica. Viceversa sono totalmente assenti in territori da sempre considerati la culla dell'Islam, come l'Arabia Saudita.

Nonostante la loro origine sia antecedente all'Islam ed esse siano praticate da una minoranza dei fedeli, è però soprattutto nell'ambito della cultura islamica che le E/MGF hanno acquisito una dimensione religiosa. Questo perché l'islamismo considera la sessualità della donna come un istinto "lussurioso", da controllare e reprimere in nome di della difesa di valori fondamentali, quali la purezza e la "modestia" della donna stessa.

Tuttavia, l'unico spunto offerto dalla religione musulmana per poter spiegare questo legame è dato da un controverso "hadith" del Corano nel quale si racconta che il Profeta Maometto, osservando un giorno una donna specializzata nella escisioni operare una bambina, le avrebbe detto: "la circoncisione è una sunna per gli uomini e solo una makrma per le donne. Quando incidi, non esagerare nel tagliare, così facendo il suo viso sarà più splendente e il marito sarà estasiato". Se la parola "sunna" (in arabo, costume che fa parte della tradizione ed è vincolante) ha un significato ben chiaro, il termine "makrma" risulta ancora oggi piuttosto oscuro e controverso. Qualcuno ritiene di attribuirgli in significato di "azione onorevole e dignitosa".

Questo hadith è stato spesso oggetto di contestazioni in quanto considerato non autentico. In ogni caso esso non appare certo sufficiente ad ancorare la genesi e la perpetuazione delle E/MGF alla necessità di adempiere a specifici doveri di natura religiosa.

**(7)** Informazioni reperite dal sito: [www.amnesty.org](http://www.amnesty.org); Female Genital Mutilation, a Human Rights Information Pack, Amnesty International (2007).

**(8)** I dati della DHS (Demographics and Health Surveys) rilevano una forte tendenza verso la "medicalizzazione" in una serie di Paesi, tra cui la Guinea e il Mali in Africa occidentale e l'Egitto nell'Africa del nord-est, in cui la maggior parte degli sforzi compiuti per porre fine alla pratica delle E/MGF negli ultimi 20 anni si era concentrata sull'informazione relativa ai rischi per la salute. Nel caso della Guinea, per esempio, è risultato che il 21,8% delle bambine e delle donne di età compresa tra 15 e 19 anni aveva subito un intervento di E/MGF da parte di medici professionisti, mentre si stima che ciò sia avvenuto per meno dell'1% delle donne di età compresa tra 45 e 49 anni.

(Yoder, P. Stanley, Noureddine Abderrahim e Arlinda Zhuzhuni, Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis, Rapporti comparativi DHS, numero 7, settembre 2004, ORC Macro).

**(9)** Informazioni reperite dal sito: [www.who.int](http://www.who.int); Department of women's health, World Health Organization.

**(10)** In Sierra Leone non esiste attualmente una legge specifica che vieti la pratica delle E/MGF ma lo scorso 6 febbraio, in occasione della giornata internazionale contro le mutilazioni genitali femminili, il Ministro per gli Affari Sociali di questo Paese, Haja Musu Kandeh, ha annunciato che il Governo ha deciso di bandire la pratica e di avviare una

campagna nazionale per il contrasto e l'abbandono delle E/MGF.

(11) Art. 13 (d. lgs. 286/2008):

Espulsione amministrativa (Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 11)

1. [...]

2. L'espulsione è disposta dal prefetto quando lo straniero:

a) è entrato nel territorio dello Stato sottraendosi ai controlli di frontiera e non è stato respinto ai sensi dell'art. 10;

b) si è trattenuto nel territorio dello Stato senza aver chiesto il permesso di soggiorno nel termine prescritto, salvo che il ritardo sia dipeso da forza maggiore, ovvero quando il permesso di soggiorno è stato revocato o annullato, ovvero è scaduto da più di sessanta giorni e non è stato chiesto il rinnovo;

c) appartiene a taluna delle categorie indicate nell'art. 1 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423, come sostituito dall'art. 2 della legge 3 agosto 1988, n. 327, o nell'art. 1 della legge 31 maggio 1965, n. 575, come sostituito dall'art. 13 della legge 13 settembre 1982, n. 646.

Art. 19 (d.lgs. 286/2008):

Divieti di espulsione e di respingimento (Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 17)

1. In nessun caso può disporsi l'espulsione o il respingimento verso uno Stato in cui lo straniero possa essere oggetto di persecuzione per motivi di razza, di sesso, di lingua, di cittadinanza, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali o sociali, ovvero possa rischiare di essere rinvio verso un altro Stato nel quale non sia protetto dalla persecuzione.

2. [...]

(12) Art. 10 (Costituzione italiana):

1. L'ordinamento giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute.

2. La condizione giuridica dello straniero è regolata dalla legge in conformità delle norme e dei trattati internazionali.

3. 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.

4. Non è ammessa l'estradizione dello straniero per reati politici.

A norma dell'articolo unico della legge costituzionale 21 giugno 1967, n. 1 (G.U. 3 luglio 1967, n. 164), l'ultimo comma dell'art. 10 della Costituzione non si applica ai delitti di genocidio.

(13) Art. 3 (CEDU):

Divieto di tortura

Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamento inumani o degradanti.

(14) Art. 33 (Convenzione di Ginevra sullo status dei rifugiati):

Divieto d'espulsione e di rinvio al confine

1. Nessuno Stato Contraente espellerà o respingerà, in qualsiasi modo, un rifugiato verso i confini di territori in cui la sua vita o la sua libertà sarebbero minacciate a motivo della sua razza, della sua religione, della sua cittadinanza, della sua appartenenza a un gruppo sociale o delle sue opinioni politiche.

2. La presente disposizione non può tuttavia essere fatta valere da un rifugiato se per motivi seri egli debba essere considerato un pericolo per la sicurezza del paese in cui risiede oppure costituisca, a causa di una condanna definitiva per un crimine o un delitto particolarmente grave, una minaccia per la collettività di detto paese.

(15) La "defibulazione" è una procedura che si attua per accrescere l'apertura dell'orifizio vaginale lasciato dopo l'infibulazione. Essa comporta un'incisione sulla cicatrice dell'infibulazione con successiva rimarginazione delle restanti grandi labbra.

(16) La "reinfibulazione" è la procedura attraverso la quale le grandi labbra vengono ricucite insieme dopo il parto al fine di riportare l'apparato genitale della donna nelle condizioni immediatamente precedenti.

(17) L'UNHCR si è più volte pronunciato sul significato da attribuire ad alcune disposizioni contenute nella Convenzione di Ginevra, al fine di agevolare una corretta applicazione sul piano nazionale. Secondo l'interpretazione, particolarmente ampia, 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 (atto non vincolante ma caratterizzato da un'indiscutibile rilevanza politica), l'appartenenza ad un particolare "gruppo sociale" può

essere riscontrata in relazione ad individui con simili esperienze, che provengono dallo stesso ambiente, che hanno le medesime abitudini, usanze o posseggono lo stesso status sociale.