



FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE PEDAGOGICHE

“IL CORPO DELLE DONNE TRA NATURA E
CULTURA: ELEMENTI PER UN DIALOGO
INTERCULTURALE”

RELATORE: PROF. MASSIMILIANO FIORUCCI

CANDIDATA:

CORRELATORE: PROF. MARCO CATARCI

EMILIA PENNACCHI

ANNO ACCADEMICO 2011-2012

*A mio zio Onelio
e a tutti coloro che
credono in me e
nel mio futuro.*

INDICE

p. 3	Introduzione
6	Capitolo 1: <u>Cosa sono le mutilazioni genitali femminili</u>
6	Definizione e classificazione
7	Terminologia
8	Differenza tra circoncisione maschile e MGF
10	Età della mutilazione genitale femminile
12	Distribuzione geografica
15	Conseguenze e complicanze
18	Origini del fenomeno
19	Uno sguardo all'Occidente
22	Pregiudizi e false credenze
23	Perché è tanto importante modificare il corpo
24	Altre motivazioni e convinzioni
27	Il prezzo della sposa
29	Il significato del dolore
31	Capitolo 2: <u>Le mutilazioni genitali femminili e l'Occidente</u>
31	Le MGF in un contesto d'immigrazione
32	Cambiamenti culturali
33	Esasperazione dei dati
34	Gli effetti della speculazione mediatica
37	Il caso di Firenze: tipico esempio di delirio mediatico
41	Perché tanto accanimento
44	Valutazione dei rischi
46	Gli interventi dell'ONU
47	Quadro normativo di alcuni Paesi europei
50	La legge italiana
54	Il ruolo del mediatore culturale

57	Capitolo 3: <u>Il corpo femminile: culture a confronto</u>
57	Il corpo tra natura e cultura
58	Modificazioni del corpo
61	MGF, subculture e chirurgia estetica
62	Aborto e transgender
64	La donna nella filosofia di Kant
65	I mass media e l'immagine della donna occidentale
68	Le "MGF occidentali"
71	Capitolo 4: <u>Progetti per un cambiamento possibile</u>
71	Verso l'abbandono della pratica: gli inizi
74	I principali approcci dei programmi contro le MGF
80	Costruire il cambiamento
81	Cinque fasi per il cambiamento
83	Progetti per l'abbandono delle MGF in quattro paesi
83	Senegal
89	Egitto
96	Kenya
103	Sudan
111	Alcune recenti iniziative europee
112	Interviste
125	Conclusione
127	Ringraziamenti
128	Bibliografia
137	Sitografia

INTRODUZIONE

Il seguente lavoro si propone di affrontare il tema delle mutilazioni genitali femminili (MGF), considerate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) una violazione dei diritti fondamentali delle donne e delle bambine. Negli ultimi anni questa espressione è pian piano entrata a far parte del linguaggio comune, grazie anche ad un buon numero di articoli giornalistici e di trasmissioni televisive, che però hanno generato un'enorme confusione, oltre che una vaga idea di cosa esse in realtà siano. L'argomento, per le sue enormi implicazioni emotive, è infatti facilmente strumentalizzabile per aumentare l'audience o vendere più giornali, distorcendo quella che è la realtà. La maggior parte degli ospiti che vengono invitati nei cosiddetti salotti televisivi sa ben poco di questo fenomeno. Questa indagine non ha, perciò, lo scopo di giudicare cosa sia giusto e cosa invece non lo sia, ma al contrario si prefigge di fornire informazioni dettagliate riguardo alle MGF, per avere un quadro chiaro dei motivi per i quali un'usanza tanto efferata è riuscita a sopravvivere nel tempo.

Molti passi avanti sono stati compiuti dalle Nazioni Unite e da associazioni che con essa lavorano a stretto contatto, ma la strada per la risoluzione di tale problema è ancora lunga e tortuosa, infatti il fenomeno interessa ancora 3 milioni di bambine/ragazze nel mondo. C'è quindi bisogno di interventi continui e mirati e di specifici programmi per l'abbandono della pratica, ma c'è soprattutto bisogno di adottare una prospettiva interculturale, lontana da sterili atteggiamenti populistici e di riprovazione, capace di creare momenti di confronto e di rispetto per un dialogo costruttivo tra i diversi Paesi.

Il lavoro è suddiviso in quattro capitoli: il primo si apre con la definizione che l'OMS nel 1994 ha dato delle mutilazioni genitali femminili, definendole "procedure che comportano l'asportazione totale o parziale degli organi genitali per fini non terapeutici". Ne stila, inoltre, una classifica, nella quale differenzia le varie tipologie di MGF esistenti. Segue una descrizione dell'età in cui tale fenomeno viene più o meno praticato e

un quadro dei tassi di prevalenza dei paesi nei quali viene effettuato. Inoltre, viene messa in luce la sostanziale differenza che intercorre tra le mutilazioni genitali femminili e la circoncisione maschile, usanza molto diffusa nel mondo, ma che non crea disfunzioni permanenti all'organo genitale. A tal proposito vengono analizzate tutte le varie complicanze e conseguenze, sia a livello fisico (per esempio emorragie, difficoltà ad urinare, infezioni, ...) sia a livello psicologico (disturbi del sonno e dell'alimentazione, difficoltà nei rapporti sessuali, ...) che le donne saranno costrette ad avere permanentemente. Una parte è, inoltre, dedicata alle origini del fenomeno e alle errate convinzioni riguardanti la religione islamica. Infine, vi è un excursus di tutte le motivazioni – da quelle di carattere culturale a quelle di carattere socio-economico – che spingono alla perpetuazione della pratica.

Il secondo capitolo affronta il processo di cambiamento, in merito a tali questioni, che i Paesi occidentali hanno dovuto affrontare con l'avvento dell'immigrazione; viene messo in luce il ruolo che in un contesto simile hanno avuto i mezzi di comunicazione di massa: se da una parte, infatti, essi hanno avuto il compito di informare le popolazioni che erano all'oscuro di una tematica tanto delicata quanto difficile da eliminare, dall'altra hanno dato inizio ad una selvaggia spettacolarizzazione che nella maggior parte dei casi ha creato solo panico e confusione, distorcendo la realtà. A tal proposito è stato preso in esame "il caso di Firenze" che nel 2004 fece enorme scalpore, creando forte repulsione per un rito alternativo che invece avrebbe potuto salvare molte bambine dalle mutilazioni genitali femminili. Vengono poi analizzati i rischi e le motivazioni che spingono i genitori a sottoporre le proprie figlie a queste pratiche pur risiedendo in territorio straniero. Per impedire, o quanto meno limitare, ciò sono state prese in esame alcune iniziative proposte dall'ONU, quali ricerche, monitoraggi, programmi e campagne di sensibilizzazione. In conclusione vengono esposti i diversi quadri normativi europei, con un'analisi particolare del contesto italiano.

Il terzo capitolo, invece, è interamente dedicato alle differenze che intercorrono tra Occidente e i cosiddetti Paesi in via di sviluppo. Questi ultimi vengono molto spesso ritenuti incivili, arretrati e irrispettosi verso le donne e le MGF vengono considerate come una delle più calzanti dimostrazioni di tale giudizio. Ma a ben vedere anche i Paesi

industrializzati hanno il loro lato oscuro. A riprova di ciò vengono esaminate le diverse modificazioni del corpo (a carattere riduttivo o espansivo) che caratterizzano tutte le società. Per ciò che concerne quelle occidentali il ricorso alla chirurgia estetica, per ottenere dei fisici perfetti, è sempre maggiore; questo fatto dipende, ancora una volta, dall'immagine che i mass media danno delle donne, mercificandone il corpo. A questo punto la domanda sorge spontanea: la donna occidentale è davvero libera? È ovvio che un intervento di mastoplastica additiva non è minimamente paragonabile ad una mutilazione genitale femminile, ma esso è la testimonianza lampante che in ogni periodo storico e in ogni luogo del mondo ogni individuo può essere schiavo della società nella quale vive.

Nel quarto e ultimo capitolo vengono innanzitutto esaminati molti degli interventi e degli approcci che fino ad oggi sono stati utilizzati per combattere le MGF. Viene inoltre esposta la teoria delle due studiose Susan Izett e Nahid Toubia sulle cinque fasi che occorrono per raggiungere il cambiamento (pre-contemplazione, contemplazione, preparazione, azione e mantenimento). Vengono poi esposti i progetti più rilevanti realizzati dall'UNICEF in quattro Paesi africani: Senegal, Egitto, Kenya e Sudan. Infine, viene presentato il ruolo che in un contesto d'immigrazione un mediatore culturale ha, facendo riferimento all'educazione interculturale per poter creare occasioni per un dialogo costruttivo.

La tesi si conclude con due interviste sottoposte a due membri dell'UNICEF e della UNDP che da anni portano avanti programmi per promuovere l'abbandono delle MGF.

Capitolo 1

COSA SONO LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

*“(...) essi non sanno che cosa possa il Corpo,
e che cosa si possa trar fuori dall’analisi
approfondita della sua natura”
(Spinoza)*

1. Definizione e classificazione

L’avvento del processo migratorio, che ha provocato lo spostamento di milioni di persone provenienti dalle aree meridionali del mondo verso i paesi più ricchi del nord, ha prodotto notevoli cambiamenti sia dal punto di vista sociale sia da quello culturale. I Paesi più industrializzati si sono dovuti confrontare con realtà e abitudini completamente, o quasi, sconosciute.

Uno dei processi nei quali sono stati coinvolti riguarda il cosiddetto fenomeno delle mutilazioni genitali femminili (MGF) che ha suscitato, e continua a suscitare, enorme interesse. Numerose sono state le istituzioni intervenute per combattere una simile usanza e per approfondire le conoscenze relative alle cifre e alle caratteristiche dei paesi africani coinvolti in questo fenomeno. In molti di questi sono stati avviati dei programmi per sensibilizzare le varie comunità e per preparare i servizi sociali e sanitari, al fine di proteggere le bambine a rischio di mutilazione genitale. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le donne che fino ad oggi avrebbero subito alterazioni permanenti agli organi genitali per scopi non terapeutici sarebbero più di centotrenta milioni in tutto il mondo; oltre a queste se ne stimano ogni anno altre due milioni a rischio. L’OMS assume un atteggiamento di forte condanna nei confronti di tale pratica e nel 1995 ha elaborato una definizione ufficiale: *“la mutilazione genitale femminile comprende tutte le procedure che comportano una*

rimozione totale o parziale dei genitali femminili esterni, o altre ferite agli organi genitali femminili per ragioni non terapeutiche”¹. Inoltre, sempre nello stesso anno ha stilato una classificazione ufficiale, suddividendo tale fenomeno in quattro tipologie, che coinvolgono in maniera differente gli organi genitali della donna:

Tipo I. Consiste nell’asportazione del prepuzio (circoncisione), con o senza asportazione parziale del clitoride (clitoridectomia);

Tipo II. Prevede l’asportazione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra (escissione);

Tipo III. Include l’amputazione del clitoride e di parte o di tutte le piccole e grandi labbra con successiva sutura, effettuata attraverso l’utilizzo di spine d’acacia o altre fibre naturali, in modo da ridurre l’apertura vaginale ad una piccola fessura, non più grande di un chicco di riso o di miglio, realizzato inserendo un bastoncino al momento della sutura, per permettere la fuoriuscita dell’urina e del sangue mestruale (infibulazione, nota anche in Sudan e Somalia come circoncisione faraonica);

Tipo VI. Tutte quelle procedure che causano danni irreversibili agli organi genitali femminili tra cui: perforazione, penetrazione o incisione del clitoride e/o labbra; stiramento del clitoride e/o labbra; cauterizzazione mediante ustione del clitoride e del tessuto circostante; raschiamento del tessuto circostante l’orifizio vaginale o incisione della vagina; intrusione di sostanze corrosive o erbe in vagina per causare emorragia o allo scopo di serrarla o restringerla e tutte quelle altre procedure che cadono sotto il nome di MGF².

2. Terminologia

L’espressione “mutilazione genitale femminile”, utilizzata in tutti i documenti ufficiali delle Nazioni Unite, non piace alle donne africane per la sua forte connotazione negativa, poiché esprime subito l’idea di una menomazione del loro corpo. Esse invece non si sentono affatto mutilate, anzi i loro fisici corrispondono ad un ideale canone di bellezza, molto apprezzato nelle loro comunità. Infatti a livello locale i termini più

¹ Dati reperiti dal sito <http://www.sdfmagazine-amnestylombardia.org/wordpress/diritti-civili-e-politici/mgf-mutilazioni-genitali-femminili.html>, consultato in data 10/10/2011.

² Dati reperiti dal sito <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm-i.pdf>, consultato in data 10/10/2011.

utilizzati sono o i nomi dati dalla propria cultura o più semplicemente circonscisione femminile. Quest'ultimo è improprio poiché assimila le MGF ad un intervento molto meno invasivo, che viene eseguito sull'uomo, occultandone il carattere demolitore per fornirgli un'immagine più familiare e rassicurante. Interventi simili sull'uomo, infatti, includerebbero l'asportazione parziale o totale del pene, piuttosto che solo quella del prepuzio.

Eppure sono state proprio loro nel 1990 al III Congresso dell'Inter African Committee (un'organizzazione femminile impegnata da vent'anni nella lotta contro le MGF) a decidere di chiamare così tutte quelle pratiche che comportano l'asportazione e/o l'alterazione di alcune parti degli organi genitali femminili. L'uso di un'espressione così cruda, però, col tempo è finita per diventare un tabù, un nome difficile da pronunciare, ma allo stesso tempo fornisce l'opportunità per poter ricondurre a una stessa tipologia classificatoria pratiche molto eterogenee fra loro che si distinguono per la gravità, l'estensione e le modalità di attuazione, ma che tutte preparano la donna per lo scambio matrimoniale, all'interno di un sistema patriarcale di dominio.

Secondo la concezione occidentale, il termine mutilazione ha un significato peggiorativo, allude subito all'idea di un corpo irrimediabilmente deturpato che ha perso la sua naturale integrità. Per la cultura orientale invece tale pratica rappresenta un rafforzamento dell'integrità, poiché vengono asportate parti dell'organo genitale che lo rendono impuro. Non a caso molti dei termini usati a livello locale contengono l'idea di pulire, purificare, lavarsi (Burkina Faso, Mali, Sudan), o, nel caso dell'infibulazione, di sigillare, di chiudere, di cucire (Somalia); inoltre sono molto diffuse parole come cerimonia o iniziazione che condurrebbero la donna verso la purezza.

Per questo motivo, da qualche anno a questa parte, alcune organizzazioni hanno proposto di sostituire tale espressione con termini che non ne alterino troppo la percezione, ma è opportuno invece, se non addirittura doveroso, mantenere la parola "mutilazione" poiché descrive chiaramente il grave impatto fisico di questa pratica sul corpo della donna.

3. Differenza tra circonscisione maschile e MGF

Nelle società africane la costruzione dell'identità di genere si basa su una vera e propria manipolazione fisica dei corpi. Secondo gli studiosi, infatti, le MGF servirebbero a eliminare la parte "maschile" dell'apparato genitale femminile, il clitoride, che è assimilato ad un piccolo pene; di contro la circoncisione viene praticata per asportare il prepuzio, considerato un residuo di femminilità per il suo effetto di custodia. In questo modo si cancellerebbe la bisessualità presente originariamente in entrambi i sessi.

Si tratta comunque di due operazioni complementari: da una parte, infatti, si demolisce e si nasconde l'organo genitale femminile, dall'altra si scopre quello maschile, donandogli maggiore virilità, poiché, con l'asportazione del prepuzio, si ha l'impressione che il pene sia sempre in erezione.

Con questa manipolazione dei corpi si rafforza l'idea che le due identità, maschile e femminile, si possano mantenere solo attraverso tali operazioni. Inoltre, mentre con la circoncisione il ragazzo acquisisce la propria maturità sociale, diventando uomo a tutti gli effetti, per la ragazza l'operazione non basta per farle conseguire un pieno status, anche se è questo che viene festeggiato con una cerimonia al termine della pratica. Per poter acquisire la propria appartenenza di genere, dovrà aspettare il matrimonio, di cui tuttavia la mutilazione costituisce il presupposto indispensabile³.

Con questo rito si apre per la donna una fase intermedia tra l'infanzia e l'età adulta. Esso però non le concede l'autonomia, come invece accade per l'uomo, ma solo una transizione al matrimonio che ne completerà l'assoggettamento al potere maschile.

Inoltre le MGF non solo modificano permanentemente il corpo delle ragazze, ma ne condizionano le posture, il portamento, l'armonia tra le parti, fornendogli quell'ideale di femminilità, che in modo diverso si ritrova in ogni cultura. Questo lo si può notare in particolar modo nelle donne infibulate, dove l'avvicinamento delle gambe, con il conseguente restringimento dello spazio intermedio, rende molto problematica tutta una serie di movimenti costringendole ad adottare un'andatura flessuosa e lenta. Una volta infibulate, infatti, le bambine vengono rieducate ad usare il loro corpo, a selezionare alcuni movimenti e posture e ad abbandonarne altri che possono compromettere il risultato dell'operazione.

³ In una delle sue etnografie sulle MGF, Jadice Boddy ha segnalato come in alcune comunità del Sudan, da lei studiate, ci fosse una disparità sostanziale tra le due operazioni per quanto riguarda i risultati.

Tutto questo mette fine anche ad ogni forma di promiscuità tra bambine e bambini, che smettono di giocare con i loro coetanei, non solo per le difficoltà fisiche nello svolgere alcune attività, ma perché il nuovo status di donna non lo permette più.

Le MGF possono quindi essere considerate come un forte “marcatore sessuale”.

4. Età della mutilazione genitale femminile

L'età in cui le bambine vengono sottoposte a simili trattamenti varia da zona a zona, ed è strettamente correlata alla funzione che la mutilazione assume in ciascun popolo: può avvenire dalla prima settimana di vita alla prima infanzia (in Etiopia, Burkina Faso, Mali, Egitto) oppure può essere ritardata fino al periodo post-adolescenziale (in Nigeria). L'età per l'infibulazione varia dai 3 ai 12 anni; sono rarissimi i casi in cui l'intervento, proprio per i rischi e per l'invasività che comporta, viene effettuato nel periodo neo-natale.

Nella maggior parte dei casi la bambina è comunque molto piccola quando viene mutilata. Questo avviene principalmente per due motivi: il primo è che le MGF, essendo considerate come un rito di passaggio, devono essere effettuate prima del menarca per poter mantenere la loro funzione; il secondo è che più l'età è bassa, più la bambina è influenzabile, tant'è che non di rado quest'ultima è addirittura portata a desiderare di venire sottoposta all'operazione per poter essere come le proprie coetanee. Infine anche la forza per poter resistere o scappare è minore.

Per poter capire meglio come queste mutilazioni sono vissute ed attese dalle bambine, è emblematica la testimonianza di una donna somala, di nome Anab. Questa ragazza, ora ventenne, ricorda come da piccola provasse un'enorme vergogna a non essere ancora stata infibulata, e come non le fosse permesso nemmeno di sfiorare i capelli delle compagne già operate, perché era ancora “impura”. Veniva emarginata e tenuta a distanza soprattutto quando le altre ragazze esibivano i genitali per vedere chi avesse l'orifizio più piccolo. Esasperata da questa situazione, all'età di sette anni, decise di mutilarsi da sola: prese una lametta, si allontanò dal suo villaggio, si legò il clitoride con un filo e tentò di tagliarselo. Non

riuscendo nell'intento, corse in lacrime dalla zia che pochi giorni dopo la fece infibulare⁴.

Inoltre, con l'introduzione di leggi che vietano le MGF, l'età per sottoporre le bambine a simili pratiche si è notevolmente abbassata, poiché i genitori sono costretti ad agire in fretta ed in assoluta clandestinità e ciò comporta una crescita esponenziale del rischio di morte.

La pratica ha di solito una durata di 15-20 minuti e viene effettuata da una delle donne più anziane della comunità (detta mammana), il cui sapere viene tramandato nel corso del tempo e generalmente da madre in figlia. La sua preparazione in ambito sanitario è scarsissima e per operare sul corpo della bambina usa mezzi di fortuna come coltelli, pezzi di vetro, di latta, di coccio, lamette da rasoio o forbici che comportano un alto tasso di mortalità, complicanze sanitarie e disturbi psicologici. Tali strumenti possono essere ritualizzati senza essere stati sterilizzati. Generalmente non si usano anestetici e per fermare l'emorragia vengono spalmate sulle ferite paste di erbe o ceneri. Negli ultimi anni è stato spesso richiesto l'intervento di personale sanitario, come ostetriche e medici⁵.

Prima dell'intervento sono molti i segni esteriori che accompagnano la trasformazione. In alcune aree della Somalia, ad esempio, per evidenziare che una bambina non è stata ancora mutilata, i suoi capelli vengono acconciati in modo particolare, mentre ad operazione avvenuta, come segno della sua infibulazione, le viene rasata la testa e da allora i suoi capelli potranno ricrescere per poter essere acconciati nella maniera tradizionale.

Qualche giorno prima dell'operazione, le bambine vengono allontanate dalla propria comunità e portate generalmente in un bosco, per potersi meglio preparare all'evento. Passato questo periodo di isolamento, sono ricondotte nei loro ambienti domestici, dove vengono accolte da gruppi di donne più anziane della comunità o loro parenti. Durante lo svolgimento dell'operazione queste ultime danzano e cantano a voce alta per coprire le grida di dolore della bambina. Una volta che si è terminato, viene organizzata una grande cerimonia in suo onore, per festeggiare il nuovo status sociale assunto e le vengono portati molti doni. La bambina dovrà restare con le gambe ben fasciate per circa 40 giorni per permettere alla

⁴ La testimonianza è raccontata nel libro di Luca Barbieri, *Amore negato. Società multietnica e mutilazioni genitali femminili*, ANANKE, Torino, 2005, pag. 41.

⁵Cfr. Michela Fusaschi, *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

ferita di cicatrizzarsi nel miglior modo possibile. I suoi genitori sono fermamente convinti di agire per il suo bene e non per arrecarle un danno, poiché qualsiasi donna non mutilata viene ostracizzata ed emarginata dalla propria comunità che la considera indegna e impura⁶.

Molte delle ricerche più attuali affermano che le MGF hanno progressivamente perso il loro carattere collettivo, per divenire oggi, soprattutto in contesto migratorio, delle pratiche individuali, poste in essere sempre più in privato, se non in segreto, e in età sempre più bassa. Ciò è dovuto anche alle nuove normative emanate dai paesi europei ed extra-europei che condannano fermamente ogni tipo di pratiche mutilatorie e che perciò spingono ad agire nella clandestinità più assoluta.

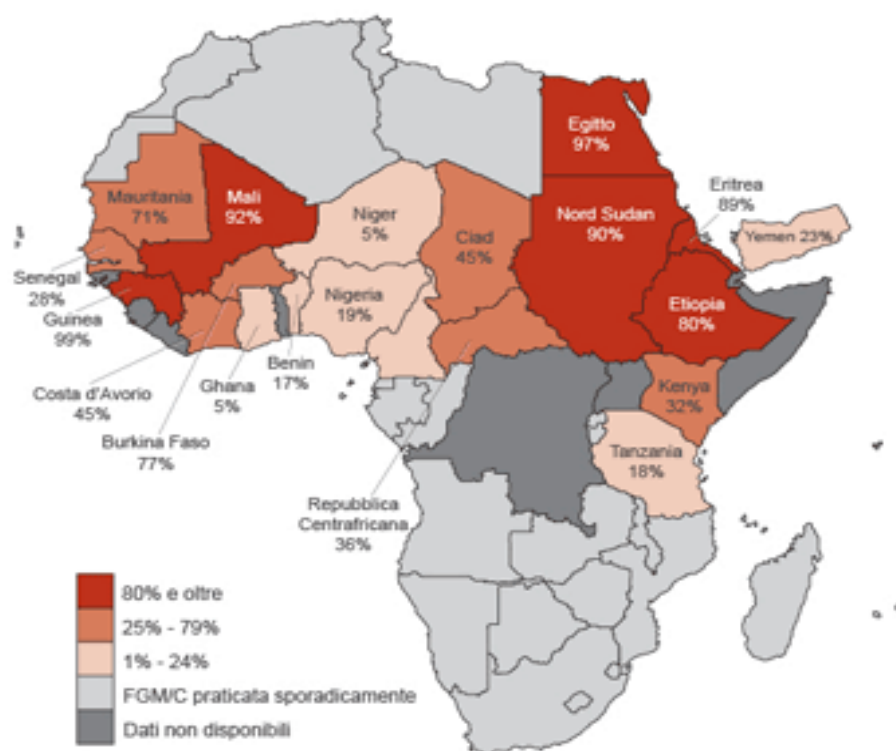
5. Distribuzione geografica

Secondo una recente ricerca dell'OMS/ONU risalente al 2008⁷, la maggioranza delle bambine e delle donne che sono state sottoposte a mutilazione vive in 28 paesi africani.

Tale fenomeno è così distribuito:

⁶ Cfr. Luca Barbieri , *Amore negato. Società multi-etnica e mutilazioni genitali femminili*, ANANKE, Torino, 2005.

⁷ Dati reperiti in rete sul sito <http://www.unicef.it/doc/375/mutilazioni-genitali-femminili-ancora-lafrica-la-patria-del-fenomeno.htm>, consultato in data 12/10/2011.



Mappa della diffusione delle mutilazioni genitali femminili in Africa - ©OMS/ONU 2008
 Tabella1. Stima della diffusione delle MGF in Africa⁸

Paese	Stime incidenza delle MGF dai 15/49 anni (%)	Anno
Benin	16,8%	2001
Burkina Faso	72,5%	2005
Camerun	1,4%	2004
Rep. Centrafricana	25,7%	2005
Ciad	44,9%	2004
Costa D'Avorio	41,7%	2005
Gibuti	93,1%	2006
Egitto	95,8%	2005
Eritrea	87,7%	2002
Etiopia	74,3%	2005
Gambia	78,3%	2005

⁸ Dati reperiti in rete sul sito <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm-i.pdf>, consultato in data 12/10/2010.

Ghana	3,8%	2005
Guinea	95,6%	2005
Guinea Bissau	44,5%	2005
Kenya	32,2%	2003
Liberia	45,0%	2003
Mali	91,6%	2001
Mauritania	71,3%	2001
Niger	2,2%	2006
Nigeria	19,0%	2003
Senegal	28,2%	2005
Sierra Leone	94,0%	2005
Somalia	97,9%	2005
Sudan Nord	90,0%	2000
Togo	5,8%	2005
Uganda	0,6%	2006
Rep. Tanzania	14,6%	2004
Yemen	22,6%	1997

Secondo i dati più aggiornati, le donne che nel mondo hanno subito una forma di mutilazione sono tra i 100 e i 140 milioni.

L’Africa è di gran lunga il continente in cui tale fenomeno è più diffuso, con 91,5 milioni di ragazze di età superiore a 9 anni e circa 3 milioni a rischio ogni anno.

La pratica delle MGF è documentata e monitorata soprattutto in questi 28 paesi. In altri Stati (India, Indonesia, Iraq, Malesia, Emirati Arabi e Israele) si ha la certezza che vi si praticano, ma mancano indagini statistiche attendibili.

Meno documentati sono i casi avvenuti in America Latina (Colombia, Perù) e in altri paesi dell’Asia e dell’Africa (Oman, Sri Lanka, Repubblica Democratica del Congo) dove tale pratica non è mai assunta a tradizione vera e propria.

Infine, sono stati segnalati casi sporadici di MGF anche in paesi occidentali, limitatamente ad alcune comunità di migranti.

Le stime sulla diffusione di questo fenomeno provengono da indagini socio-sanitarie, condotte da organizzazioni come UNICEF, AMNESTY INTERNATIONAL, OMS/ONU, tra donne di età inclusa tra 15 e 49 anni.

La prevalenza del fenomeno varia da regione a regione all'interno del medesimo Stato, poiché a fare la differenza è l'appartenenza etnica.

In 7 Stati quali Egitto, Eritrea, Gibuti, Guinea, Mali, Sierra Leone e Somalia e nel Nord del Sudan il fenomeno tocca praticamente l'intera popolazione femminile. In altri 4 Stati cioè Burkina Faso, Etiopia, Gambia e Mauritania, la diffusione è maggioritaria ma non universale. In altri 5 ovvero Ciad, Costa D'Avorio, Guinea Bissau, Kenya e Liberia, il tasso di prevalenza è considerato medio (tra il 30 ed il 40% della popolazione femminile), mentre nei restanti paesi la diffusione delle MGF varia dallo 0,6 al 28,2%.

Anche il tipo di intervento mutilatorio imposto varia a seconda del gruppo etnico di appartenenza: il 90% delle MGF è di tipo escissorio, mentre il restante 10% è infibulatorio⁹.

6. Conseguenze e complicanze

Gli effetti delle MGF dipendono da diversi fattori come il tipo di mutilazione eseguita, l'esperienza dell'operatore che la esegue, la pulizia degli strumenti usati e del luogo in cui viene effettuata l'operazione, le condizioni fisiche della bambina al momento dell'intervento, ma anche dalla situazione socio-economica della famiglia. Generalmente per la clitoridectomia non vi sono particolari conseguenze sul piano medico-sanitario, come invece accade nell'escissione, mentre le più gravi e più frequenti sono quelle dovute all'infibulazione.

Gli effetti possono essere immediati, a breve o a lungo termine e vengono suddivisi dagli esperti in due categorie: 1) conseguenze fisiche; 2) conseguenze sessuali, mentali e sociali.

1.1 Complicanze fisiche immediate

Le complicanze immediate, quali emorragia, gravi infezioni come la setticemia, tetano, forte dolore e trauma (shock neurogeno) si concludono

⁹ Dati reperiti dal sito <http://www.unicef.it/doc/375/mutilazioni-genitali-femminili-ancora-lafrica-la-patria-del-fenomeno.htm>, consultato in data 12/10/2010.

sempre, o quasi, con la morte. Non si hanno però allo stato attuale dati certi per poter stabilire l'esatto tasso di mortalità tra le bambine sottoposte a MGF. A questo si aggiunge il rischio di contrarre e trasmettere l'epatite B e l'AIDS.

1.2 Complicanze fisiche a breve termine

Tra le complicanze a breve termine, che solitamente si risolvono nel giro di pochi giorni, troviamo la ritenzione di urina, dovuta al gonfiore e all'infiammazione intorno alla ferita, alla paura del dolore provocato dal passaggio delle urine sulla piaga scoperta; lesioni degli organi vicini come l'uretra, la vagina, il perineo o il retto, che si trasformano in handicap permanenti; fratture della clavicola, dell'omero o del femore dovute alla forte pressione esercitata sulla bambina che oppone resistenza durante l'operazione; difficoltà di guarigione causate da infezioni o irritazioni, oppure da anemia o malnutrizione.

1.3 Complicanze fisiche a lungo termine

Tra le complicanze a lungo termine più diffuse vanno ricordate le infezioni croniche del tratto urinario, a causa del danno all'apertura uretrale; gravi lacerazioni che possono interessare anche la muscolatura e la mucosa anale; le infezioni pelviche che, se compromettono in modo irreversibile gli organi genitali, comportano l'infertilità; formazione di cheloidi (tessuto connettivo in eccesso sulla cicatrice), cisti ed ascessi, dovuti ad una guarigione lenta ed incompleta della ferita e a punti di sutura inclusi; le difficoltà mestruali dovute all'eccessivo restringimento dell'orifizio vaginale che possono portare alla formazione di calcoli all'interno della vagina; fistole (buchi o tunnel) tra la vescica e la vagina o tra quest'ultima e il retto causate dalle lesioni inflitte durante la mutilazione, la deinfibulazione, la re-infibulazione, i rapporti sessuali o una ostruzione al parto; la dispareunia (forte dolore sessuale) causata dalla cicatrizzazione, dalla ridotta apertura vaginale e dalle infezioni; le disfunzioni sessuali in entrambi i partner, dovute a rapporti sessuali dolorosi, alle difficoltà di penetrazione vaginale e alla ridotta sensibilità sessuale dovuta all'escissione del clitoride; la difficoltà nel prestare cure

ginecologiche causate dal restringimento dell'apertura vaginale; le complicazioni al momento del parto, soprattutto se è stata praticata una mutilazione di tipo III, dove è necessaria una deinfibulazione, per far passare il feto, che però può provocare infezioni ed emorragie. Se non si interviene in tempo il travaglio può venire bloccato e causare complicazioni sia alla madre che al bambino, che può morire asfissiato.

2.1 Conseguenze psicosessuali

Anche se non è disponibile una documentazione scientifica dettagliata sugli effetti psicosessuali della pratica, si sono evidenziate le seguenti complicanze:

1. frigidità dovuta alla dispareunia, alle lesioni prolungate durante i primi rapporti sessuali, all'infezione pelvica;
2. mancanza di orgasmo dovuta all'amputazione del glande e del clitoride;
3. difficoltà coitale o incapacità assoluta di avere rapporti vaginali;
4. conflitti coniugali.

I problemi psicologici più frequenti, dovuti alle dolorose procedure delle MGF, agli spasmi mestruali, ai ricorrenti episodi di frigidità e all'incontinenza urinaria, sono: disturbi da stress post-traumatico, disturbi comportamentali, malattie psicosomatiche, ansia, incubi, depressione, psicosi, nevrosi, suicidio.

Nelle comunità in cui tale pratica ha un alto valore sociale, le bambine non mutilate vengono emarginate.

Le donne immigrate che hanno subito mutilazioni dei genitali, si trovano spesso ad affrontare problemi di identità sessuale, quando si confrontano con le donne occidentali che assumono un atteggiamento di forte condanna e opposizione a tale fenomeno.

Le MGF possono avere sulle donne che vi vengono sottoposte effetti che durano per tutta la vita.

2.2 Conseguenze mentali e sociali

La mutilazione genitale, di solito, viene eseguita quando le bambine sono ancora piccole e non informate. Queste ultime sono abbastanza consapevoli durante tutta la durata dell'operazione, poiché nella maggior parte dei casi non si usano anestetici, e per questo devono essere fisicamente trattenute nel momento in cui oppongono resistenza. In alcuni casi, per arrivare il più preparate possibile, vengono obbligate ad assistere alla mutilazione di loro coetanee.

Per la maggior parte delle bambine la mutilazione genitale è un'esperienza di enorme paura, sottomissione, inibizione e soppressione di sentimenti e pensieri, tutte cose che contribuiscono al mantenimento dello status quo del dominio maschile.

Questo trauma diventa un punto di riferimento centrale nel loro sviluppo mentale, il cui ricordo persiste per tutta la vita. Lo shock subito è fonte di imbarazzo e inibizione che contribuiscono a garantire un clima di omertà e un fortissimo tabù, quasi impossibile da superare. L'impatto delle MGF è stato da alcuni paragonato a quello di una violenza sessuale, con implicazioni ancora più negative, dato che l'operazione è stata richiesta dalle famiglie delle bambine.

Le conseguenze psicologiche a lungo termine possono essere assai gravi: sono stati infatti rilevati disturbi del sonno, dell'alimentazione, dell'apprendimento, attacchi di panico, comportamenti instabili, eccessiva insicurezza, forte depressione e molte altre forme di disturbi post-traumatici¹⁰.

7. Origini del fenomeno

Secondo un'antica leggenda, tanto tempo fa sul territorio che attualmente costituisce la Somalia, regnava una regina di nome Araweelo. Quest'ultima era molto potente e aveva l'abitudine di castrare tutti i maschi del suo regno subito dopo la nascita, poiché riteneva che in questo modo le sarebbe stato più facile sottometterli alle proprie leggi e che mai nessuno avrebbe minacciato il suo dominio. Ma un giorno la regina fu assassinata da un suo parente maschio, che lei stessa aveva voluto sottrarre alla castrazione, e il

¹⁰ Cfr. Aldo Morrone, Pietro Vulpiani, *Corpi e simboli. Immigrazione, sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa*, Armando Editore, Roma, 2004.

suo corpo fu bruciato, smembrato e seppellito in diverse zone della Somalia.

Fu dopo la sua morte che gli uomini, per vendicarsi, cominciarono a mutilare le donne¹¹.

Per quanto possa essere suggestiva questa leggenda, allo stato attuale delle conoscenze l'origine delle MGF è pressoché sconosciuta. Infatti, non vi sono dati certi su come e quando sia nata questa usanza e in che modo si sia diffusa. Alcuni studiosi affermano che si sia sviluppata in maniera indipendente, in posti diversi e in momenti storici differenti, poiché una così ampia diffusione difficilmente potrebbe ricondursi ad un'origine comune; altri invece indicano nella penisola araba o nell'Egitto il luogo geografico preciso in cui sarebbero nate, per poi propagarsi altrove. Lo storico Erodoto, vissuto nel V secolo a.C. riferisce che l'escissione veniva praticata dai Fenici, dagli Ittiti e dagli Etiopici (Van Der Kwaak A., 1992, 777-787).

Nella seconda metà del 1800 sono state ritrovate in Egitto alcune pergamene contenenti descrizioni molto dettagliate, in termini clinici, di come veniva effettuata la circoncisione maschile. Questi dati hanno portato alla formulazione dell'ipotesi di uno sviluppo parallelo con le pratiche escissorie femminili. Non si conosce però il tipo di mutilazione effettuata dagli egiziani: si sa solo che alcune delle schiave importate dalle Aree del sud dell'Egitto e comprate da ricchi egiziani erano infibulate; ciò probabilmente veniva fatto per evitare che queste donne rimanessero incinte. Lo stesso termine "circoncisione faraonica", con cui alcuni studiosi chiamano l'infibulazione, può fuorviare e far risalire l'origine di tale pratica alla terra dei Faraoni. In realtà l'usanza di asportare gli organi genitali esterni delle donne e di cucirne la ferita, veniva applicata a ragazze defunte, poiché rientrava in una delle procedure per la mummificazione dei cadaveri femminili (Ebers G., Stern L., 1875, Vol.2).

Altri documenti riportano che nell'Antica Roma era prassi comune legare le grandi labbra delle schiave con una fibula (da qui il termine infibulazione) in modo da scongiurare ogni gravidanza; inoltre anche ai

¹¹Dati reperiti dal sito

http://www.partecipiamo.it/cultura/graziana_morcaldi/infibulazione/infibulazione.htm, consultato in data 15/10/2011.

gladiatori era applicato sul glande lo stesso strumento per evitare che disperdessero energie in modi diversi dal combattere.

Lo storico Strabone, racconta che nel 25 a.C. i medici greci praticavano comunemente l'escissione sia a Roma che ad Alessandria.

Al British Museum è conservato un papiro greco del 163 a.C. che riferisce di una escissione praticata su una ragazza di Menfi nel momento in cui sta per ricevere la propria dote.

Le ipotesi sulle motivazioni di tale pratica sono molteplici, ma le più diffuse sono le seguenti: alcuni sostengono che nelle società patrilineari le MGF fossero necessarie per garantire che il marito fosse il padre biologico dei propri bambini; altri invece affermano che l'infibulazione fosse un modo per proteggere le ragazze da tentativi di stupro, quando venivano mandate da sole a pascolare gli animali (Santori Rugiu P., 2003).

7.1 Uno sguardo all'Occidente

Bisogna ricordare che varie pratiche di escissione e di rigido controllo della sessualità femminile sono state praticate per molti anni anche in Occidente. Durante il periodo medievale le donne erano costrette all'utilizzo della cintura di castità come dimostrazione della loro fedeltà nei lunghi periodi di assenza da casa dei loro mariti.

Nel corso del XVIII secolo, fino ai primi anni del XIX, molti medici e ginecologi praticavano, soprattutto in Francia, Germania e Inghilterra, la clitoridectomia come terapia contro i disturbi sessuali (ninfomania e masturbazione eccessiva) e i disturbi del pensiero (isteria, epilessia, catalessi, melanconia, follia). Uno dei primi documenti di un certo rilievo è un articolo comparso nel 1822 su un famoso giornale di medicina "The Lancet", che riporta l'esperienza di un chirurgo tedesco, Graefe, che affermava di aver curato, mediante escissione del clitoride, una ragazza affetta da masturbazione eccessiva e ninfomania. A distanza di tre anni dall'operazione, la ragazza aveva sviluppato una buona intelligenza ed era in grado di leggere, scrivere e contare.

Questo episodio si iscrive nell'opinione diffusa che la masturbazione provocasse una serie di disturbi funzionali del cervello e del sistema nervoso. Solamente praticando la clitoridectomia si poteva giungere alla guarigione.

Un altro dei più famosi medici britannici dell'epoca, di nome Eduard Tilt, affermava che anche il ciclo mestruale fosse così pericoloso per la stabilità psichica delle ragazze da dover essere ritardato il più a lungo possibile. Quindi, durante le sue visite specialistiche, offriva consigli alle madri per posticipare il menarca delle proprie figlie. Questi consistevano nel sottoporre frequentemente queste ultime a docce fredde, a non farle dormire su letti di piume e a evitare che leggessero romanzi. Secondo il medico, infatti, le donne sagge, in buono stato fisico, con alti valori morali, erano quelle che avevano ritardato il ciclo.

A conferma di tali credenze furono pubblicati numerosi manuali di medicina; tra questi famoso è quello del chirurgo inglese Isaac Baker-Brown, *The Curability of Certain Forms of Insanity, Epilepsy, Catalepsy and Hysteria in Females*, apparso per la prima volta nel 1866. In tale volume la masturbazione femminile veniva considerata "un'eccitazione del nervo vergognoso" che causava svariate malattie nervose. Il rimedio proposto dal medico fu quello di asportare il clitoride, cosa che farà indisturbato per molto tempo.

Le sue teorie furono contestate da molti medici, a lui contemporanei, che affermavano che non si era mai sentito che fenomeni come convulsioni, epilessia o follia potessero essere ricondotti alla masturbazione.

Una delle accuse più pesanti che gli fu rivolta fu quella di aver praticato la clitoridectomia senza il consenso delle proprie pazienti e per questo fu espulso dalla Società Ostetrica.

Non mancarono però i consensi: in Francia, Pierre Paul Broca, medico chirurgo, eseguì nel 1863 un'infibulazione a scopo terapeutico. Nel 1890 a Chicago su varie riviste mediche, apparvero numerosi articoli che spiegavano i vantaggi della clitoridectomia sulla salute psico-fisica della donna; in particolare si affermava che in quel modo veniva ridotta la tendenza alla sessualità, giudicata all'epoca innaturale e vergognosa, e che quindi si aumentasse il valore morale.

Sempre negli stessi anni in Francia un medico di nome J.M. Charcote predispose delle cinture ovariche per consentire l'autocontrollo delle donne tendenti all'isteria, poiché sosteneva che esercitando una forte pressione sulle ovaie si sarebbe potuto interrompere qualsiasi crisi isterica. Nel 1895 A.J. Block, anch'esso medico, affermava in una rivista americana, di aver

curato, tramite asportazione del clitoride, una ragazza di 14 anni che soffriva di nervosismo e pallore.

Sembra che questo sia stato uno degli ultimi medici americani ad effettuare la clitoridectomia, poiché alla fine dell'Ottocento iniziò a diffondersi una certa perplessità sul legame tra masturbazione e disturbi psichici nelle donne.

L'ultimo caso documentato risale al 1927, anche se si hanno notizie di avvenute escissioni del clitoride negli ospedali psichiatrici fino al 1935. Inoltre, fino a quegli anni negli Stati Uniti, il 10% delle misure previste per reprimere la masturbazione era di tipo chirurgico.

Attualmente è unanime la convinzione che le MGF siano moralmente inaccettabili, poiché lesive non solo della salute fisica, ma della stessa dignità della donna. Esse infatti vanno contro il principio di uguaglianza dei cittadini, presente in tutti gli Stati democratici del mondo¹².

8. Pregiudizi e false credenze

Una delle convinzioni più diffuse è che le MGF siano una prescrizione della religione islamica. In realtà nel Corano non si trova nessuna menzione di tali pratiche, che sono diffuse anche in paesi dove si professa il Cristianesimo, l'Ebraismo e altre "religioni non scritte".

Il profeta Maometto, aveva prescritto, come obbligatoria, la sunnah (cioè l'asportazione del prepuzio) per gli uomini e l'aveva solo consigliata alle donne. Tale pratica, quindi, molto meno invasiva delle tre tipologie di mutilazioni genitali femminili, sarebbe stata solo suggerita e non imposta, come invece pensa un gran numero di fedeli musulmani, convinti che praticare le MGF siano un adempimento ad un dovere religioso. Questo accade perché la maggior parte delle persone non ha accesso ai testi religiosi e la discussione sulle fonti islamiche è un'attività riservata ad un'élite religiosa che raramente ha rapporti con la gente comune.

Solo di recente le autorità religiose, per liberarsi di una pesante eredità di violenza e sopraffazione, hanno cominciato a smentire questa correlazione. Prova ne è la completa assenza di tale fenomeno in Arabia Saudita, considerata la culla dell'Islam, e al contrario la loro penetrazione tra gli

¹² Cfr. Aldo Morrone, Pietro Vulpiani, *Corpi e simboli. Immigrazione, sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa*, Armando Editore, Roma, 2004, pag 131-148.

ebrei Falashas d’Etiopia, tra i cristiani copti d’Egitto, Somalia e Sudan, tra gli animisti, i cattolici e i protestanti. La religione islamica è stata perciò strumentalizzata per legittimare in modo sacro e inattaccabile, una pratica già precedentemente diffusa. Infatti, tale religione è arrivata dopo che la guerra aveva lacerato il tessuto tradizionale, rendendo più facile il suo radicarsi nella vita delle persone. La sua efficacia è dovuta ad una strategia di penetrazione dal basso, che ha scelto di parlare al cuore e alla fede della gente, facendo leva su appartenenze già consolidate.

È stato affermato da alcuni studiosi di tale fenomeno, che la maggior parte dei musulmani è contraria all’infibulazione e ritiene che la donna, nell’ambito matrimoniale, abbia diritto alla massima soddisfazione nei rapporti sessuali. Inoltre l’Islam, da un po’ di anni a questa parte, sta contribuendo a contrastare le forme più estreme di MGF sia nei paesi d’origine, sia in quelli di immigrazione¹³.

9. Perché è tanto importante modificare il corpo

Per ogni società il corpo alla nascita è un “oggetto naturale” ancora imperfetto, che necessita di un intervento esterno che lo modelli, lo perfezioni, per renderlo socializzabile. Raggiungere tale scopo significa far sì che sia adatto e conforme al modello che la società stessa si è dato.

Dal punto di vista del singolo, attraverso la corporeità, l’individuo fa divenire il mondo il metro della sua esperienza ed è per questo che, attraverso varie trasformazioni, rende il corpo più familiare a sé stesso. Il modellamento, non solo fisico, del corpo, quindi, ha lo scopo di produrre degli individui che prendano il loro posto in un ordine sociale prestabilito.

Segnare il corpo significa allora metterlo in grado di comunicare, renderlo uno dei supporti ideali per la trasmissione di valori sociali.

Le mutilazioni genitali femminili rientrano fra tutte quelle pratiche conosciute come iscrizioni/marchi/segni corporali che comprendono una vasta gamma di operazioni tendenti a modificare lo stato naturale del corpo umano, secondo determinate regole stabilite dalla società. Esse infatti rientrano nella categoria dei riti di passaggio che accompagnano ogni

¹³ Cfr. Carla Pasquinelli, *Infibulazione. Il corpo violato*, Meltemi Editore, Roma, 2007.

modificazione di stato e di ruolo; sono dei veri e propri rituali di iniziazione e di differenziazione definitiva.

Secondo l'antropologo francese Arnold Van Gennep (1873-1957), l'iniziazione si struttura in tre fasi ben definite: separazione, margine (o limen) e aggregazione. Nella prima l'individuo viene allontanato e isolato dalla società; nella seconda, chiamata periodo liminale, la persona si trova in una posizione di ambiguità, dove non ha più gli elementi dello stato precedente (infanzia), ma non possiede ancora quelli dello stato futuro (età adulta). È in questo lasso di tempo che tutti gli individui sono sullo stesso piano, assolutamente eguali nella condivisione di emozioni e codici simbolici specifici. Da ciò scaturisce la terza fase, quella cioè dell'aggregazione, nella quale il passaggio si completa ponendo il soggetto in uno stato stabile che gli conferisce diritti e doveri definitivi e gli impone di osservare un comportamento adeguato e conforme alle regole. Queste tre fasi, quindi, tenderebbero a segnare definitivamente la transizione dell'individuo da uno status ad un altro. Il segno sul corpo si traduce in un segno identitario.

Le MGF rientrano a tutti gli effetti in questa categoria, dato che sono degli atti di istituzione, poiché sono finalizzate ad assegnare alla donna un posto sociale giudicato conforme al suo sesso.

Consacrare la differenza, istituire il genere maschile e femminile, assume un duplice significato: da una parte fa sapere all'iniziato ciò che è e come di conseguenza si deve comportare, dall'altra fa sapere a tutta la comunità ciò che lui è, ovvero uomo o donna, con tutte le conseguenze sociali che ciò comporta. Di conseguenza le MGF divengono delle vere e proprie investiture che conferiscono un valore naturale a modelli che invece sono culturali¹⁴.

La forte valenza simbolica che tali pratiche vengono ad assumere è forse uno dei presupposti per i quali ancora oggi vengono poste in essere, spesso dietro esplicita richiesta delle donne, andando anche contro la legge e le più basilari norme di rispetto della persona. Inoltre l'investitura identitaria si traduce in un comune sentire dovuto all'appartenenza ad uno stesso genere, al desiderio di "essere come le altre". Se non si tiene presente questo

¹⁴ Cfr. Michela Fusaschi, *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

aspetto, ogni intervento per cercare di contrastare questo fenomeno, risulterà del tutto vano.

10. Altre motivazioni e convinzioni

Molto spesso il costume e la tradizione non sono le uniche giustificazioni evocate per giustificare il perpetuarsi di tutte le operazioni che modificano permanentemente gli organi genitali; presso numerose culture, infatti, tali pratiche vengono legittimate col fatto che sono propedeutiche al matrimonio, in quanto aumenterebbero la fecondità della donna, consentendole di mettere al mondo figli in condizioni più favorevoli. Questo fattore non è da sottovalutare, poiché nelle comunità africane la sterilità è considerata una questione meramente femminile e una delle maggiori disgrazie; infatti una donna infeconda non è concepita come una vera donna, «è spesso disprezzata come essere incompiuto, incompleto, totalmente incapace» (Héritier 1996, p. 65).

Un'altra delle motivazioni riguarda l'organo clitorideo, considerato, come già detto in precedenza, una parte maschile che il sesso femminile porta naturalmente in sé dalla nascita. Allo stesso modo, il prepuzio, per quanto riguarda i ragazzi, costituisce l'elemento femminile dell'apparato sessuale maschile. In molte culture (in particolare in Mali, Nigeria e Burkina Faso), quindi, la loro ablazione ha la funzione di marcatore sessuale, cioè inserisce l'individuo nella categoria sessuale corretta, correggendo una creazione imperfetta della natura ed eliminando ogni possibile forma di confusione. Occorre però precisare che a differenza della circoncisione maschile, che non pregiudica in alcun modo il piacere sessuale maschile, l'escissione realmente mutila la donna privandola di uno degli organi principali della sua sensibilità sessuale. Essa infatti, ha il preciso scopo di attenuare la sessualità femminile, ritenuta dagli uomini e percepita dalle donne, come potenzialmente pericolosa. In Nubia – una regione dell'Egitto Meridionale – la donna viene considerata “debole” dal punto di vista dell’“appetito sessuale”, poiché manca naturalmente del controllo di sé, risultando pericolosa per il futuro marito dal momento che essa potrebbe introdurre un certo disordine nella sfera dell'intimità, quindi della procreazione e della discendenza. Le varie forme escissorie servono, in questo caso, ad inibire ogni tentazione, garantendo tanto la castità quanto l'onore della famiglia.

Accanto a questa interpretazione, nella concezione indigena delle pratiche escissorie, ricorre l'idea secondo cui esse, hanno un valore positivo per il parto. Il contatto con il clitoride arreca danno all'uomo durante l'atto sessuale e al neonato al momento della nascita: infatti al primo impedisce il coito e al secondo causa la morte o l'idrocefalia.

Un discorso a parte va fatto, invece, per l'infibulazione: essa appare direttamente connessa con il controllo totale della sfera sessuale della donna, con la preservazione della sua verginità e con la castità della stessa; motivazioni confermate dalle operazioni di riapertura effettuate tradizionalmente in maniera brutale dal marito. A tal riguardo, in molti contesti, si sottolinea l'importanza ed il prestigio sociale della donna "chiusa", rispetto a quella "aperta". Inoltre, molti uomini interpellati sull'argomento, ritengono che l'infibulazione sia un ottimo mezzo di protezione dagli stupri e che assicuri purezza alla donna, sia dal punto di vista dell'illibatezza, sia da quello della pulizia degli organi genitali. Per quanto riguarda il primo punto, la funzione dell'infibulazione è quella di una cintura di castità e questo fatto risulta ancora più evidente se si analizzano le testimonianze raccolte sulle donne deinfibulate per scopi terapeutici prima del matrimonio: queste ultime molto spesso richiedono al medico che le opera un certificato di deinfibulazione chirurgica da sottoporre come garanzia al momento del fidanzamento al futuro marito. Quindi tale pratica andrebbe ad assumere una misura protettiva non tanto per la donna stessa, ma nei confronti di colui che la prenderà in moglie.

Per ciò che concerne invece il secondo punto, cioè il fattore igienico, più volte chiamato in causa, occorre precisare che esso non riguarda solo l'infibulazione, ma quasi tutte le pratiche escissorie. Agli organi genitali femminili è associata l'idea di umido – per via delle secrezioni vaginali – e di sporco, che viene connessa all'immagine di una sessualità non controllata, ritenuta caratteristica delle donne non sposate e delle prostitute. L'operazione sarebbe quindi necessaria per una paradossale necessità igienica. Già negli anni Trenta, l'antropologo Villeneuve affermava che non è assolutamente «ragionevole far passare per igienico un costume che, invece, tende a favorire tutte le infezioni e malattie gravissime, e che comunque le donne rifiutano di abbandonare nonostante le si sia convinte della necessità realmente igienica di rinunciarvi» (1937). Inoltre, poiché la mutilazione serve a purificare il corpo, le si accosta anche un canone di

bellezza e perfezione: molte popolazioni, infatti, ritengono che i genitali esterni femminili siano brutti e sgraziati e che solo la loro asportazione renda il corpo liscio e attraente. A tal proposito, le donne della Nubia attribuiscono a queste pratiche virtù protettive contro le affezioni infiammatorie genitali, mentre per gli uomini costituirebbero un mezzo di prevenzione contro le malattie veneree.

Riguardo a quanto appena detto, si può affermare che per gli attori sociali coinvolti le pratiche escissorie hanno una funzione sia correttiva, che consiste nell'eliminazione di parti non conformi ai canoni culturali e sociali in vigore, sia una funzione calmante, volta a tenere sotto controllo la vitalità sessuale della donna; per l'osservatore invece esse assumono una funzione a carattere punitivo, che consiste nell'impedire alla donna di provare piacere sessuale e quindi una vera e propria deprivazione dell'esperienza della sessualità. Per ciò che concerne l'infibulazione, la situazione è ancora più grave, dato che oltre a tutti i precedenti diritti che un uomo ha sulla propria donna, si associa anche quello di diretta gestione del suo corpo. Se da una parte, quindi, tale pratica "crea" in, senso emico, la donna, o meglio la madre, dall'altro, attraverso la sua castrazione, conferisce all'uomo il potere di gestire in tutto e per tutto la sua stessa vita sessuale.

11. Il prezzo della sposa

Per poter comprendere come una pratica così sanguinosa e umiliante per la donna continui ad essere tramandata di generazione in generazione bisogna collocarla all'interno di quel contesto entro cui acquista il suo significato.

Come si è visto in precedenza, le MGF sono diffuse su un territorio vasto ed eterogeneo, popolato da etnie con lingue, culture e religioni diverse. L'unico tratto che sembra essere comune in tutti quei 28 paesi e nei centinaia di gruppi etnici, dove viene stabilmente posta in essere questa pratica è il cosiddetto "prezzo della sposa" (brideprice) cioè l'insieme dei beni che la famiglia dello sposo cede a quella della sposa al momento del matrimonio.

Il prezzo della sposa è l'altra faccia delle MGF; è il contesto di significati che da senso e unisce due mondi così diversi e separati tra loro: un mondo di donne chiuso su sé stesso che riproduce di madre in figlia inquietanti modificazioni del corpo femminile e un mondo di uomini che su quei corpi fonda le proprie strategie di dominio. Le mutilazioni dei genitali femminili sono quindi una componente per regolare il matrimonio in Africa e per gestire le risorse e le relazioni sociali.

La cosa più importante in questo scambio di beni, non è, come erroneamente si crede l'aspetto economico, ma il loro pubblico trasferimento, poiché ha «lo scopo di fissare la donna come moglie e l'uomo come marito» (Goody, Tambiah 1973, p. 16). In questo senso il prezzo della sposa può essere considerato come un dono di ringraziamento offerto alle persone da cui si è ricevuto un beneficio, a testimonianza che è stato fatto e accettato un beneficio.

Il matrimonio in Africa è un'unione definita da una serie di obblighi contrattuali tra due famiglie, all'interno delle quali le persone che detengono il potere di combinare il matrimonio, sono sempre un gruppo di maschi che rappresentano tre generazioni: gli anziani (i nonni), gli adulti (i padri), e i giovani, (i fratelli della sposa). Spetta a loro decidere chi sarà lo sposo. Il matrimonio è sempre combinato dai parenti; sono rari i casi in cui è una libera scelta della coppia, e nel caso ciò avvenga, l'assenso alla loro unione dipende dal benessere dei due gruppi familiari, a cui inoltre spetta di negoziare il prezzo della sposa. Spetta alla famiglia dello sposo versare un compenso alla famiglia della sposa per risarcirla di una perdita di una donna e dei suoi servizi. Ma nonostante le trattative che vengono messe in atto dalle due parti, non si tratta di una transazione commerciale, bensì di un dono che viene dato in cambio della fertilità della donna. In un contesto del genere non è la persona della donna che viene ceduta, ma solo i diritti su di lei, ovvero sul lavoro, la sessualità e la fecondità e soprattutto sulla sua prole. Tutto ciò serve infatti a garantire non solo il trasferimento della sposa nella casa del marito, ma anche l'assegnazione dei suoi figli.

Detto questo risulta ora chiaro il ruolo che le MGF hanno nel custodire l'inviolabilità, la salvaguardia della castità delle figlie e nel favorire, secondo le credenze popolari, la fecondità. Il prezzo della sposa è quindi il compenso che la famiglia dello sposo versa non per una donna qualsiasi, ma per una donna ben chiusa, quindi operata. Questa è una condizione

fondamentale per lo scambio matrimoniale, pena il rinvio della sposa nella sua famiglia d'origine la prima notte di nozze e il recupero del compenso versato. Il valore della sposa dipende infatti dalla sua verginità, tanto è vero che nel caso di matrimonio per ratto – l'equivalente di quello che in Sicilia era, fino a gli anni Settanta del Novecento, il matrimonio riparatore dopo la fuitina – non viene pagata alcuna somma, poiché sfuma il valore sociale della donna, non assicurato più dalle MGF, in seguito al presunto rapporto sessuale avvenuto. Spesso questa soluzione viene adottata dai meno abbienti, ogni qualvolta la famiglia dello sposo non è in grado di affrontare i costi. Senza prezzo della sposa viene meno il valore sociale delle MGF quale fondamento dello scambio matrimoniale.

Il prezzo della sposa è il risultato di transazioni lunghe e complesse e costituisce una risorsa di vitale importanza per ogni famiglia, non solo a livello patrimoniale, ma soprattutto perché costituisce una sorta di fondo cassa che permetterà ai fratelli della sposa di sposarsi a loro volta. Se non addirittura allo stesso padre che potrà procurarsi una seconda o terza moglie.

Il brideprice non viene, infatti, speso per acquistare merci e beni che circolano sul mercato, ma passa da una famiglia all'altra, venendo ogni volta compensato con una sposa. In un contesto simile ogni donna che nasce diventa per il proprio gruppo familiare una risorsa fondamentale, che deve arrivare al matrimonio nelle migliori condizioni possibili, ovvero pura; ed è proprio a questo che provvedono le MGF. Queste ultime perciò sono la legittimazione di un sistema economico-sociale che fonda il valore di una donna non su qualità soggettive, ma su un valore socialmente condiviso, quello cioè della verginità. Esse sono le segrete custodi del valore di una donna, al punto che sono sfuggite alla maggior parte di coloro che si sono interessati al brideprice, che lo hanno affrontato come un'istituzione staccata dal contesto di significati dove solo al suo interno acquisisce significato¹⁵.

A conferma di ciò significativa è la risposta ad una mia e-mail inviata da un sacerdote burundese dell'ordine dei Focolarini, ora missionario in Kenya, al quale chiedevo di intervenire per abolire, o almeno per limitare, queste pratiche. Riporto testualmente le sue parole:

¹⁵ Cfr. Carla Pasquinelli, *Infibulazione. Il corpo violato*, Meltemi Editore, Roma, 2007, pag. 94-103.

«Carissima Emilia, so che portando avanti una tesi di laurea, si entra in contatto con situazioni orrende, ti prometto che farò di tutto perché nessuno soffra sulla terra. Purtroppo queste situazioni sono una conseguenza di tutta una struttura sociale. Ci sarebbe tanto da dire, anche se devo dire che nel mio paese, il Burundi, abbiamo tante altre miserie, ma di queste mutilazioni non erano praticate nemmeno nella tradizione. Però qui in Kenya, c'è in alcune parti. Mi dai una occasione di interessarmi di più, di dialogare di più con in sacerdoti che vivono in questi posti, e vedere cosa si fa, così la lotta continuerà e Dio sa quando e come cambiare queste strutture, facciamo nostra parte. Te lo prometto carissima [...] con affetto ti abbraccio - Léon.»

12. Il significato del dolore

La sofferenza ed il dolore subito durante l'operazione risultano essere elementi fondamentali delle pratiche rituali, poiché sono considerati dagli stessi protagonisti non come una conseguenza inevitabile, bensì come una necessità. L'esperienza del dolore ha sempre avuto una valenza formativa, legata alle prove cui vengono sottoposti gli iniziati. Essa ha sempre rappresentato l'elemento comune, ma anche il presupposto di qualsiasi segno corporale, e in quanto tale non può essere esternato, ma sempre dissimulato. E questo vale per entrambi i sessi. Mentre però per l'uomo il dolore, in quanto prova di forza, rientra in una funzione educativa e formativa, legata alla costruzione del proprio genere, la sopportazione per la donna diviene un mezzo per rivaleggiare tra gli uomini del suo gruppo, dimostrandogli che sarà pronta ad affrontare per tutta la sua vita prove difficili come le loro, se non anche di più.

Dagli studi in merito a questo argomento è emerso che pochissime donne sono in grado di parlare del dolore subito durante le mutilazioni dei propri genitali: esse infatti hanno memoria solo di una sofferenza insopportabile e per questo impossibile da descrivere, ma ciò che ricordano più chiaramente ha a che vedere con quello che è avvenuto dopo i tagli dell'operatrice: la sensazione del rumore particolare degli attrezzi usati, di cui resta una traccia ossessiva, i canti delle altre donne che coprono le loro grida, le esortazioni delle madri ad essere coraggiose per l'onore della famiglia. Da questo punto di vista, il dolore viene ad assumere un significato sociale. Ma

all'accettazione della sofferenza, si contrappone l'orgoglio della pienezza del nuovo ruolo, che rende, nella maggior parte dei casi, addirittura desiderabile l'intervento.

Oggi sia in contesto tradizionale, sia in quello migratorio, il dolore ha perso gran parte della sua valenza pedagogica e per questo si cerca sempre meno di provarlo; a tal proposito molti genitori scelgono di far operare le proprie figlie in strutture sanitarie, per evitargli questa atroce sofferenza¹⁶.

Capitolo 2

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI E L'OCCIDENTE

“Oggi so che le mutilazioni sessuali non riguardano solo l’Africa, ma coinvolgono tutto il mondo. Oggi so che la consapevolezza degli Europei è paurosamente inadeguata”
(Waris Dirie)

¹⁶ Cfr. Michela Fusaschi, *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003, pag 105-109.

1. Le MGF in un contesto di immigrazione

In un contesto migratorio, dove il riconoscimento e il senso di appartenenza vengono messi a rischio e quindi hanno continuamente bisogno di essere confermati e reinventati, le MGF assumono un ruolo importante nella tutela e nella legittimazione dell'identità etnica. Il più delle volte esse, infatti, assumono un vero e proprio carattere di sfida culturale.

Vivere in una società diversa dalla propria è un'esperienza che porta profonde trasformazioni; ma molto spesso esse non vengono vissute come uno stimolo verso l'integrazione, bensì come una chiusura nella propria cultura, vista come unico rifugio per sottrarsi alla contaminazione di valori e modelli estranei e come tali pericolosi. In un contesto di accoglienza così conflittuale, le MGF svolgono un ruolo molto importante, dal momento che il corpo della donna viene a costituire un confine etnico, che scoraggia da entrambe le parti ogni possibile forma di inserimento e che anzi rafforza il senso di appartenenza e l'attaccamento alla propria etnia e alla propria nazione. In questo modo, il contatto con la civiltà occidentale, invece di indebolire e scoraggiare tali usanze, ha finito per consolidarle.

Oggi, l'immigrazione non viene più vissuta come una situazione definitiva, dove alcune persone abbandonano per sempre i propri luoghi d'origine per stabilirsi in altri completamente diversi e distanti; al contrario, esse mantengono un rapporto ininterrotto e regolare con le proprie comunità. Da una parte ciò gli permette di non essere totalmente escluse dagli eventi locali e familiari e dall'altra mitiga l'impatto con l'Occidente, stemperandone gli effetti negativi. Questo ininterrotto rapporto con la propria comunità incide in maniera decisiva sulla pratica delle MGF, poiché "è sempre in Africa che si decide", come ha affermato una donna somala, intervistata dalla studiosa Carla Pasquinelli nel corso delle sue ricerche. Infatti, non sono solo le insistenti pressioni che i familiari mettono in atto per sapere se le bambine sono state mutilate, e se non lo sono ancora, insistono perché ciò avvenga al più presto, magari con un viaggio in Africa; ma è soprattutto l'idea di cosa potrà pensare o dire la propria gente se un giorno decideranno di rimpatriare a spingere molte madri dubbiose ad operare le proprie figlie, nel timore che vengano ostracizzate ed emarginate una volta tornate nel loro paese d'origine. È proprio questo uno dei fattori principali che interferisce nell'impatto delle donne

immigrate con le società di accoglienza e che le mantiene in uno stato di difesa e diffidenza, preservandole da ogni influenza sui propri costumi e sulle proprie idee.

2. Cambiamenti culturali

Molti ricercatori impegnati in Europa a studiare il fenomeno delle MGF hanno spesso sentito, da donne provenienti da uno dei 28 paesi africani nei quali tale fenomeno è diffuso, affermazioni del tipo: «Comprendo mia madre, ma non lo farei mai a mia figlia!» Si tratta, nella quasi totalità dei casi, di persone che portano sul proprio corpo i segni di queste pratiche, che hanno dovuto accettare la scelta fatta a suo tempo dai genitori, essendo più o meno consapevoli del sistema di valori che ne era a fondamento. Queste donne, emigrate in Occidente, hanno deciso di non far vivere un'analoga esperienza alle proprie figlie.

La predisposizione ad abbandonare le pratiche escissorie ed infibulatorie è in genere riscontrata tra donne che provengono da paesi dove esse sono ancora vive. Questa tendenza, frutto di discrete ma incisive riconsiderazioni dei rapporti tra i sessi e le generazioni, ha portato ad una visione più positiva riguardante l'abolizione delle MGF. Ciononostante, nelle società occidentali c'è un'evidente tendenza alla drammatizzazione del fenomeno e all'enfatizzazione dei dati sul rischio di mutilazione per le bambine immigrate, non supportate da alcun dato statistico.

Fermo restando che il rifiuto di tali pratiche così terribilmente lesive per l'integrità psico-fisica della donna, è condiviso in modo unanime dalla comunità scientifica e dall'opinione pubblica, è al contempo impossibile comprendere e produrre cambiamenti nell'agire di queste persone, senza cogliere i profondi significati culturali che ne sono alla base. E questo non per negare l'esistenza del problema, ma per segnalare che il mutamento di prospettiva nei confronti di tali pratiche mutilatorie interessa donne e uomini sia nei paesi d'origine sia in quelli in cui si emigra.

Anche se attualmente in Europa non è possibile provare statisticamente tutti i casi di MGF clandestini, non è pensabile che tali pratiche siano scomparse del tutto. È quindi necessario, senza lasciarsi andare a luoghi comuni o facili pregiudizi, analizzare il problema dal punto di vista delle comunità straniere e dei singoli soggetti a rischio, per riflettere su come le

rappresentazioni del problema incidano sul loro significato, che è alla base di questo fenomeno, favorendone progressivamente l'abbandono.

3. *Esasperazione dei dati*

In tempi piuttosto recenti, i flussi migratori hanno portato all'attenzione pubblica il problema delle mutilazioni genitali femminili; esse però non sono state viste come spunto di riflessione per la messa in atto di strategie e confronti interculturali costruttivi, ma sono al contrario divenute le protagoniste di alcuni salotti televisivi, di convegni e seminari in cui l'intervento prevalente era quello di politici spesso veramente male informati, a caccia di facili consensi sull'onda dell'indignazione che riescono a suscitare nel pubblico.

Recentemente è stato calcolato che ci sono circa 168.000 donne escisse o infibulate negli Stati Uniti (Nour, 2001), 27.000 in Svezia, 30.000 in Italia e circa 304 mila nuovi casi ogni anno in Inghilterra (Bosch, 2001, p. 1177). Nel marzo del 2001, in occasione della presentazione di un Forum internazionale contro le MGF, un articolo uscito sul "Corriere della Sera" stimava che in Italia fossero 50.000 le donne infibulate, una cifra che cresceva al ritmo di 6.000 bambine l'anno. Sempre nello stesso mese il quotidiano "La Nazione" titolava in prima pagina: "*Infibulazione: la barbarie arriva anche in Italia*". Si tratta di dati preoccupanti che segnalerebbero il rischio della vita per molte bambine perfettamente inserite nelle società europee. Le rappresentazioni collettive della diffusione del fenomeno però contrastano nettamente con le analisi scientifiche effettuate in profondità nei vari paesi. In Svezia ed in Inghilterra, ad esempio, non esistono casi documentati di bambine escisse o infibulate nel paese di accoglienza e le inchieste sollecitate dalla polizia giudiziaria non hanno finora dimostrato un solo caso di tale violenza su minori; in Italia è stato condannato solo un padre egiziano, accusato dalla moglie italiana di aver condotto le figlie nel suo paese d'origine ed averle sottoposte ad escissione. Con ciò non si vuole sottovalutare l'urgenza di una costante ed attenta attività di prevenzione e contrasto delle MGF in Europa, ma semplicemente fornire dati veritieri sulla loro diffusione.

Ad uno spoglio dei principali articoli giornalistici e dei documenti di associazioni ed organismi impegnati nel contrasto delle MGF, emerge

costantemente il pericolo per le tante bambine figlie di donne emigrate dai paesi in cui tali pratiche sono diffuse di incorrere in esse anche in Europa. Azioni del genere non solo producono enorme riprovazione ed inquietudine da parte dell'opinione pubblica, ma costituiscono anche un quadro emotivo di fondo, che rende difficile ogni analisi dei dati e un pacato confronto razionale per verificare i livelli scientifici di condivisione del fenomeno da parte della comunità immigrata in Europa. È stato provato che molte indagini europee e nordamericane sugli aspetti biomedici e sociali delle MGF risentano di queste forti interferenze emotive, influenzate da strategie di sensazionalismo massmediatico, da falsi allarmismi sociali, funzionali al mantenimento dell'indiscussa autorità in Europa di organizzazioni impegnate nel campo della salute riproduttiva e da un moralismo ideologico che identifica in tali pratiche una sfida da vincere contro "la nuova barbarie" introdotta in Occidente dall'immigrazione (Johnsdotter, 2002, p. 83).

3.1 Gli effetti della speculazione mediatica

Attualmente la televisione è il medium sociale più diffuso e pervasivo e per questo le si accredita una grande potenza, tanto da sollevare interrogativi sulle conseguenze di un'esposizione eccessiva a tale mezzo, o quanto meno ai suoi contenuti negativi.

Per la popolazione essa costituisce una delle principali fonti di conoscenza del fenomeno delle MGF.

L'attenzione dei mass media è sempre più focalizzata su tale argomento, ponendosi come potente mezzo di raffigurazione e rappresentazione del reale che consente a tutti di accedere ad informazioni che favoriscono la creazione di idee e giudizi che riguardano tali pratiche.

L'interesse per questa tematica è emerso con particolare insistenza in questi ultimi anni, destando uno straordinario coinvolgimento anche da parte della stampa e in genere di tutti i mezzi di comunicazione di massa. Quest'attenzione per il fenomeno ha sicuramente svolto un ruolo positivo, aiutando a superare molti tabù e a rimuovere in parte i silenzi che gravano su queste situazioni; infatti, la televisione ha di certo contribuito ad attirare l'opinione pubblica sulla questione delle mutilazioni genitali femminili, facendola emergere, promuovendo e mobilitando gli interventi, anche sul

piano nazionale. Ma se da un lato i media hanno svolto un ruolo positivo in relazione a tali avvenimenti, dall'altro ne hanno spesso rimandato un'immagine distorta, legata al sensazionalismo del singolo caso; molto spesso, infatti, la loro funzione non si è limitata a riportare informazioni, quanto a mediarle sulla base dell'attività promozionale di varie ricerche e della pressione esercitata da diversi gruppi. A conferma di ciò si ha un'ampia gamma di agenzie che utilizza le MGF per sostenere la propria visione della famiglia, dello Stato e di tutta una serie di aspetti che hanno in realtà poca aderenza con un genuino interesse verso tale fenomeno. La trasmissione delle informazioni diviene quindi il prodotto di processi socioculturali, il mezzo con cui vengono modellate e influenzate le agenzie di controllo e con cui vengono giocate strategie di persuasione e di autorità¹.

Inoltre, l'enfaticizzazione di tali argomenti diviene solo una grande opportunità per catturare l'attenzione di un pubblico adulto, particolarmente desideroso di sensazioni forti, ampliando in questo modo le vendite o l'audience. Ciò che viene proposto dai media è quindi motivato spesso da sensazionalismo; essi invocano soluzioni semplicistiche e irrealisticamente immediate a problemi complessi, che richiedono invece interventi più mirati e ragionati nel tempo; ciò accade perché ai media non interessa sempre la verità, ma piuttosto la spettacolarizzazione. Infatti, spesso e volentieri essi spostano l'attenzione dal generale fenomeno delle MGF a pochi casi particolari, non sempre rappresentativi, privilegiando l'individuazione di un capro espiatorio, come per esempio il raccapricciante caso di cronaca, realmente accaduto negli Stati Uniti pochi anni fa, che suscitò enorme scalpore ed indignazione, dove un immigrato africano, un padre di famiglia del tutto normale, residente a New York, mutilò la figlia con un coltello da macelleria sul tavolo della cucina, alzando la musica a tutto volume per non far udire le urla della bambina ai vicini di casa².

Essi quindi non svolgono solo una funzione passiva di trasmissione dell'informazione, ma giocano un ruolo di definizione, influenzando il senso della realtà di chi ne fa uso, prescrivendo le norme accettate dalla

¹ Forti G., Bertolino M. (a cura di), *La televisione del crimine. Atti del convegno "La rappresentazione televisiva del crimine"*, Vita e Pensiero, Milano, 2005.

² Dati reperiti sul sito <http://www.mgftoscana.it/2012/03/07/mutilazione-genitale-su-una-neonata-di-4-mesi/>, consultato in data 03/12/2011.

società, le condotte, i limiti e gli atteggiamenti nei confronti dell'ingiustizia.

A questo proposito è ampiamente provato che i mass media, essendo mezzi di comunicazione molto potenti a forte impatto emotivo, influenzano la percezione che il pubblico ha di certe questioni, facendole apparire più gravi di quello che in realtà sono, e condizionano in modo non trascurabile le decisioni sociali e politiche. Per la popolazione, i notiziari sono finestre sul mondo; infatti, il modo in cui il pubblico vede i temi e i problemi ed ha una certa percezione degli eventi, deriva dai media. Questi ultimi, selezionando certi aspetti di determinate vicende e ignorandone altri, fissano i criteri attraverso i quali una cosa può essere giudicata giusta o meno. Quando poi si parla di mutilazioni dei genitali inflitte a bambine indifese, questo fenomeno assume maggiore incidenza portando i telespettatori a considerare come verità assolute tali notizie in maniera semplicistica anche quando sono false o comunque non completamente vere. Due sono i fattori principalmente responsabili dell'influenza dei media sulla visione di tali eventi propria dei telespettatori: 1) la scarsità di esperienze personali con simili realtà e 2) la notevole credibilità attribuita ai mezzi di comunicazione di massa.

Ma per quello che concerne le modalità con cui essi trattano il fenomeno delle MGF c'è anche chi esprime un parere negativo che viene motivato secondo due diverse direzioni interpretative: per alcuni i mass media sono criticati poiché dedicano a tale fenomeno un'eccessiva attenzione al solo scopo di sollecitare l'interesse del pubblico ed innalzare gli indici d'ascolto, col risultato di creare inutili allarmismi. Una critica, quindi, che focalizza l'attenzione sulla spettacolarizzazione del dolore e sulla morbosità con cui vengono trattate tali tematiche.

Un giudizio dato da altri sui mass media, invece, scaturisce da ragioni opposte e si concentra essenzialmente sul fatto che a questo tema non viene dedicata sufficiente attenzione per sensibilizzare l'opinione pubblica. In particolare, si sottolinea la mancanza di informazioni preventive, che possano aiutare a riconoscere e a contrastare tale grave fenomeno. In ogni caso però i mezzi di comunicazione svolgono un ruolo indiretto, ma fondamentale, nel modellamento delle credenze e dei pensieri dei fruitori, soprattutto quando i diversi media forniscono una visione univoca degli eventi.

3.2 Il caso di Firenze: tipico esempio di delirio mediatico

Il 21 gennaio del 2004 il quotidiano «La Repubblica» rivolge un'accusa molto pesante al Centro di Ricerca Regionale per la Prevenzione e la Cura delle Complicanze delle Mutilazioni Genitali Femminili dell'Ospedale di Carreggi (FI)³, il primo in Europa a rimediare chirurgicamente ai terribili danni provocati dalle MGF ; l'articolo comparso in prima pagina titola: *“La via italiana all'infibulazione”*. A lanciarlo è l'AIDOS, un'associazione che da anni è impegnata nella lotta contro le mutilazioni genitali femminili, di cui la più devastante è proprio l'infibulazione. Secondo le sue sostenitrici “La Toscana potrebbe essere la prima regione europea a praticarla nelle sue strutture”. Andando avanti nella lettura si ha però l'impressione che le cose stiano in maniera molto diversa. Il protagonista, che si vuole far apparire come un mostro, è il dottor Omar Hussen Abdulcadir, che si è personalmente rivolto all'Assessorato alla Salute della Regione Toscana, per offrire alle donne somale che gli hanno chiesto aiuto, una possibilità realistica per non praticare più l'infibulazione alle loro figlie; la sua proposta è quella di sostituire tale pratica con un rito simbolico da effettuare nella struttura pubblica. Esso consisterebbe in una puntura di spillo sul clitoride, effettuata con un ago sottile e monouso di quelli usati per il prelievo di sangue dalle dita, in anestesia locale per far fuoriuscire una goccia di sangue. Inoltre, è diretto a ragazzine abbastanza grandi da poter esprimere la propria volontà e scelta, magari dopo essere state ascoltate da specialisti di psicologia pediatrica e dell'adolescenza. L'obiettivo è quello di dare l'opportunità alle bambine delle famiglie più tradizionali di evitare un danno maggiore, o meglio di azzerarlo completamente, dato che non c'è perdita di tessuto, mutilazione e dolore, e di vivere protette e rispettate sia nella famiglia d'origine, sia nella società di accoglienza. In questo modo avrebbero potuto avere il loro rito, ma senza danni e sofferenza.

³ Il Centro di Riferimento per la Prevenzione e la Cura delle Complicanze delle Mutilazioni Genitali Femminili dell'Ospedale di Carreggi è conosciuto in tutta Europa e in alcuni paesi dell'Africa per la sua opera di informazione (sanitaria, legale e religiosa) e di prevenzione che coinvolge in particolare le donne in attesa di una figlia e i loro mariti. L'aspetto più importante dell'attività del Centro riguarda il recupero delle funzioni sessuali, riproduttive, urinarie, mestruali ecc. delle donne portatrici di mutilazioni e in particolare delle donne infibulate che vengono sottoposte all'intervento di de-infibulazione.

La proposta è coerente con l'attività di prevenzione svolta dal Centro di Carreggi del quale è direttore il dottor Abdulcadir, che ne parla come l'ultima soluzione cui ricorrere "quando si è dimostrata inutile ogni strategia educativa" per dissuadere quelle famiglie non disposte a rinunciare alle proprie tradizioni, dando loro la possibilità di evitare la mutilazione alle loro figlie, senza rischiare di essere emarginate dalla propria comunità. L'infibulazione è infatti considerata nei paesi d'origine un obbligo sociale molto vincolante al quale le famiglie devono attenersi, convinte peraltro di agire per il bene delle loro figlie. Quello che in Occidente viene considerato una terribile mutilazione, in Oriente costituisce una forma di perfezionamento del corpo, una sorta di intervento estetico da cui dipende la costruzione dell'identità femminile e dell'appartenenza comunitaria. Trattandosi di un fattore di integrazione sociale sia per le ragazze sia per i genitori, si può comprendere perché questi ultimi non se la sentano di assumersi la responsabilità di una scelta che li esporrebbe all'allontanamento e alla riprovazione della propria comunità, ma risiedendo stabilmente in un paese occidentale, molti di loro cominciano a rendersi conto che qui se ne può fare a meno. L'importante è salvare le forme. Quel tanto che gli permetta di mantenere il legame con la propria gente.

Dietro la proposta del medico somalo si avverte un lungo lavoro di preparazione che ha coinvolto specialisti in ambito medico, psicologico, antropologico e giuridico. Ma tutto ciò non sarebbe comunque stato possibile se egli non avesse ricercato l'appoggio della propria comunità. Il fatto sorprendente, infatti, è che Abdulcadir sia riuscito a coinvolgere gli uomini, nella maggior parte dei casi restii a parlare e a ripudiare una pratica così profondamente radicata nella propria tradizione. Il supporto maschile in questa battaglia è infatti di fondamentale importanza: le pochissime donne somale che sono riuscite a scampare all'infibulazione lo devono alla decisa opposizione paterna.

Alcuni membri delle comunità di immigrati di dieci paesi africani hanno accolto e rilanciato la proposta del dottore, comprendendo l'inutilità e la crudeltà di un'operazione come quella dell'infibulazione che per giunta non è prescritta dalla religione. Quindi il giudizio su un'alternativa praticabile è per loro del tutto positivo. C'è però chi la pensa diversamente: le donne di Nosotras, un'associazione di immigrate da vari paesi latino-

americani, denunciano, insieme all'AIDOS, la regione Toscana sia perché non vogliono “concedere al principio che sta alla base delle mutilazioni uno sconto, nemmeno se si tratta di fare un rito alternativo non dannoso”, sia perché accusano il dottor Abdulcadir di non averle consultate, ma di aver cercato solo l'approvazione maschile. In realtà ad avere avuto l'idea per prime erano state un gruppo di donne della comunità somala di Firenze, che nell'estate del 2003 si erano rivolte al Centro di Carreggi per valutare la possibilità di un rito alternativo. Una volta che la proposta si è concretizzata, anche loro l'hanno sottoscritta, scegliendo però di restare nell'anonimato, forse per non esporsi troppo al giudizio della propria comunità.

Il giorno dopo l'uscita di tale articolo, la notizia rimbalza da un quotidiano all'altro, crescono i toni, il dibattito si irrigidisce e si formano gli schieramenti fino a montare un caso clamoroso. Il primo ad essere attaccato è l'assessore alla Salute della Regione Toscana, Enrico Rossi, che però tiene il punto e respinge l'accusa dell'AIDOS precisando che “in Toscana non si fa nessuna mutilazione” e ricorda invece che la sua regione è stata la prima ad avviare un centro per prevenire e curare i danni provocati dalle mutilazioni genitali.

Il quotidiano «Il Manifesto» attacca la proposta del dottor Abdulcadir e contemporaneamente l'Onorevole Emma Bonino, rilascia una dichiarazione a caldo, dove afferma di essere contro “la proposta dell'infibulazione dolce”. L'uso di una tale terminologia impropria non solo sconcerta l'opinione pubblica, ma altera la percezione di come stanno realmente le cose. D'ora in poi si parlerà di questa vicenda come se invece di un rito simbolico si fosse proposto una forma di mutilazione più lieve; infatti qualche giorno dopo, sempre «Il Manifesto» titola: “Mutilate, solo un po'”. Man mano che i giorni passano, il riferimento all'infibulazione dolce diventa una strategia discorsiva che si perfeziona e si arricchisce di nuovi sinonimi come “infibulazione morbida”, “infibulazione alternativa”, “infibulazione simbolica” e “infibulazione soft” che è quella più gettonata. Il messaggio che passa è che quindi il medico somalo voglia continuare a praticare l'infibulazione. Nessuno riesce più a distinguere tra simbolo e realtà, anzi vengono trattati alla stessa stregua. La destra afferma che tale soluzione “viola i più elementari diritti umani delle bambine” e la sinistra lo paragona a “una pratica così aberrante come una mutilazione, ritenuta

una violazione dei diritti umani delle donne e delle bambine”. Perfino alcune donne somale, contrarie alla proposta di Abdulcadir, continuano a riferirsi al rito come se si trattasse di una vera modificazione permanente dei genitali, pur sapendo bene, essendo tutte rigorosamente infibulate, di cosa si tratti. “Ma se l’inviolabilità del corpo è un valore assoluto” obietta il filosofo torinese Gianni Vattimo su «La Stampa», allora di dovrebbe “vietare anche agli adulti “consenzienti” ogni forma di piercing e di manipolazione estetica del proprio corpo. Per non parlare della circoncisione che per quanto ne sappiamo è affare piuttosto doloroso. Se invece con il rito simbolico l’intervento è davvero ridotto a una funzione simbolica, allora non mi sento di condannarlo. Se no persino la messa, dove si mangia e si beve il corpo e il sangue di Cristo, andrebbe stigmatizzata come cannibalismo”. Per alcuni, la minoranza, quindi, la proposta di Abdulcadir costituisce una soluzione più che accettabile perché è “sulla linea di quelle simbolizzazioni che hanno fatto su tanti piani il progresso dell’umanità”. Essa è infatti coerente anche con quello che il Comitato Nazionale di Bioetica auspicava in un documento del 1998: “le cultura che praticano la circoncisione femminile siano aiutate a sublimare questa pratica e a trasformarla simbolicamente” evitando “improduttivi atteggiamenti di condanna”. E questo proprio perché il simbolo porta con sé un’enorme efficacia che gli permette di raggiungere risultati concreti, evitando di passare alla realtà. Un argomento al quale si sono appellati molti studiosi tra cui Vattimo, Mieli, Augias che l’hanno visto come una soluzione realistica che avrebbe potuto salvare la vita di molte bambine, anche di una sola, “perché la dignità anche di una sola vita vale più dei principi”. Chi ha proposto tale rito ha infatti pensato non a ridurre il danno, bensì a evitarlo. La stessa Commissione Nazionale di Bioetica ha affermato che esso non è altro che una misura di prevenzione, “una puntura simile a quella che qualsiasi bambino fa per vaccinarsi”, riconoscendogli “la liceità etica, deontologica e giuridica” poiché il rito alternativo “non integra alcuna forma di reato”; si tratta infatti di “una forma non dolorosa, praticamente incruenta e sostanzialmente ben lontana da qualsiasi tipo di MGF e perfino dalla c.d. sunna [...] e deve essere intesa nella sua mera significazione di pratica rituale diretta a prevenire il ricorso a interventi demolitori” e che infine rispetta “l’integrità della donna ma pur sempre nel quadro di una soggezione rituale ormai combattuta o addirittura bandita

negli stessi paesi d'origine". Dunque un dichiarazione significativa soprattutto perché viene dopo un'indegna campagna mediatica che ha stravolto completamente la proposta del dottor Abdulcadir, il quale si è visto costretto a rinunciarvi, e di cui nessuno di quei giornali, che si erano tanto adoperati per fomentare orrore ed indignazione, si sentirà in dovere di dare notizia.

3.3 Perché tanto accanimento

Non è la prima volta che ci si trova davanti alla proposta di riti simbolici che si propongono di evitare la mutilazione dei genitali e di sostituirla con cerimonie incruente e non dolorose magari proprio nei paesi d'origine, dove per esempio in Kenya per simboleggiare tale pratica si incide una cortecchia di banana o in Ghana si rappresenta la mutilazione senza però eseguirla. La cosa che però differenzia questi ultimi da quello proposto dal dottor Abdulcadir è che, come ha affermato Saida Ahmed Ali, una delle somale più in vista, "il rituale non prevede di toccare la bambina", dimenticando che un simbolo è importante non per quello che è, ma per ciò che rappresenta. Perciò che si tratti di un'incisione su una cortecchia di banana o di una puntura di spillo sul clitoride, entrambi rimandano ad uno stesso significato di sottomissione della donna al potere maschile, dal momento che la loro efficacia simbolica deriva dal fatto che tutte e due stanno al posto della mutilazione. A questo punto si deve dedurre che il problema di questo rito simbolico, non sta in quello che rappresenta, ma nel fatto che prevede di toccare il corpo delle bambine, perdendo quindi la sua valenza di simbolo, tant'è che nell'ultimo rapporto UNICEF la proposta del medico somalo è stata aggiunta come quinta tipologia di MGF alle quattro standard previste dall'OMS indicata sotto il nome di "pratiche simboliche che comportano l'incisione o la foratura del clitoride per fare uscire alcune gocce di sangue" (Digest Innocenti, 2005, p. 10). Una semplice iniezione è stata trasformata, senza ritegno, nella quinta tipologia di mutilazioni genitali femminili da un'associazione che da sempre si batte per i diritti dei bambini e che non ha mostrato di tenere in considerazione i pareri di ben due Comitati etici per i quali il rito simbolico non è una mutilazione, non costituisce alcuna forma di reato e nemmeno di violazione dei diritti umani. Inoltre questo rapporto è stato redatto e pubblicato nella sede di Firenze

dell'UNICEF da persone che si erano pesantemente schierate contro la proposta di Abdulcadir, strumentalizzando l'associazione per farla divenire la portavoce di tensioni locali, di cui l'avvertenza iniziale della brochure, dove ci precisa che "le opinioni espresse nel testo sono degli autori e non riflettono necessariamente le politiche e le posizioni dell'UNICEF" (Digest Innocenti, 2005, p.2), non basta a ridimensionarne la portata. Resta infatti un fatto gravissimo.

Questa eccessiva attenzione per il corpo stride con la noncuranza con cui si è riferiti ai corpi di quelle bambine a rischio, le cui madri si erano rivolte al medico somalo, scongiurandolo di trovare insieme un'alternativa possibile all'infibulazione. Ma facendone una questione di principio, molte di loro sono state condannate a subire tale pratica nei loro paesi d'origine, proprio da chi si proponeva di aiutarle, impedendogli di vivere una vita libera da devastazioni fisiche ed emotive provocate dall'operazione. Eppure tutti coloro che hanno occupato la scena televisiva, con i loro discorsi indignati, sapevano bene che "la scelta non era tra fare il rito simbolico e non fare nulla, ma tra il male dell'infibulazione e il "male minore" del rito simbolico" (Pasquinelli, 2007, p. 60). Queste persone, soprattutto l'élite di donne che hanno condotto sui media e in politica un'aberrante campagna mediatica, dovrebbero cominciare a farsi un bell'esame di coscienza, poiché hanno confermato ancora una volta che la loro visione femminista occidentale non è adeguata a rappresentare le esigenze, le pratiche e i valori delle donne immigrate. La loro battaglia in nome di una purezza ideologica ha dimostrato scarsa percezione della situazione e delle reali condizioni in cui 130 milioni di donne sono costrette a vivere. Per queste ultime non bastano informazioni a raffica e campagne di sensibilizzazione, come ha affermato la Bonino che entro quindici anni si prefigge di eliminare ogni forma di MGF; la maggior parte di esse infatti non va a scuola, vive in territori sterminati, privi di strade e molto lontani dai centri urbani, senza aver mai visto un televisore e che soprattutto "per ora ha altri guai a cui pensare. Deve sopravvivere alla guerra e alla fame prima di potersi sorbire anche la pubblicità" (Facchi, 2001, p. 218).

Da una parte quindi, che poi è la maggioranza, c'è chi sostiene, forse un po' utopisticamente, che per eliminare definitivamente le mutilazioni dei genitali femminili, bisogna puntare dritto al problema, promuovendo grandi campagne di informazione e di educazione. Dall'altra invece c'è chi ritiene

che non ci sia un solo modo per raggiungere il cambiamento e che comunque esso debba essere graduale. A tal proposito, significativa è la risposta di Paolo Mieli ad uno dei tanti interventi dell'On. Emma Bonino, completamente contraria alla proposta del dottor Abdulcadir, uscito sul quotidiano « Il corriere della sera» il 24 gennaio 2004:

“Anch’io punterei sull’educazione, e come ho detto sull’informazione. Ma se mentre io, la Bonino, e la Levi Montalcini assieme a molti altri combattiamo questa battaglia, anche una sola bambina ricevesse una puntura anestetizzata al posto dell’orrenda mutilazione, lo considererei un grande risultato [...] E chi in vista della meta luminosa, deride o addirittura combatte ciò che può ridurre il male, a me appare parente stretto dei massimalisti che negli ultimi due secoli hanno combattuto i miglioristi. Con grave nocumento di chi ha pagato questa purezza di intenti.”

Resta comunque il fatto che a fare la differenza tra le due correnti di pensiero sono state alcune bambine che potevano essere salvate dall’infibulazione e che invece, a causa del respingimento della proposta del medico somalo, sono state molto probabilmente portate in Africa per essere infibulate. Uno degli slogan più ricorrenti in quel periodo è stato: “Il corpo delle bambine non si tocca” “piuttosto – ha risposto sarcasticamente l’antropologa Carla Pasquinelli – lo lasciamo massacrare.”

4. Valutazione dei rischi

Le modalità per calcolare il numero delle ragazze immigrate nei paesi europei che rischiano di essere sottoposte a mutilazione degli organi genitali sono molto varie e molto spesso generiche, poiché non viene specificato come si raggiungano le cifre diffuse. Il modo di calcolo più usato sembra essere quello di contare le ragazze che hanno almeno uno dei genitori nato in un paese dove vengono praticate le MGF; in questo caso viene preso in esame il numero di quelle di età compresa tra 0 e 15 anni e lo si divide in rapporto alla prevalenza di tali pratiche nei paesi di origine dei familiari.

Un altro fattore che viene preso in considerazione è la grandezza della comunità etnica. Dall’analisi dei dati statistici, infatti, ci sono buoni motivi

per supporre che ragazze che vivono in una comunità che comprende oltre 20.000 somali corrono un rischio maggiore rispetto a quelle che vivono in una comunità di 300 persone provenienti dal Senegal. Inoltre anche la distribuzione per età e sesso in una certa comunità può essere importante ai fini della valutazione del rischio. Per quest'ultima è importante anche avere accesso agli studi qualitativi che descrivono le logiche tradizionali delle MGF nel luogo d'origine e confrontarli con la nuova visione che di esse si ha nel paese d'accoglienza. Le motivazioni tradizionali delle mutilazioni genitali femminili sono sempre specifiche del contesto di provenienza, il che significa che l'esperienza della migrazione e la vita quotidiana in un nuovo ambiente sociale, costringono gli immigrati a rivedere le loro posizioni.

Una componente cruciale è inoltre il livello di pressione sociale all'interno della comunità. La pressione sociale può funzionare in entrambi i modi: o per promuovere un mantenimento della tradizione, oppure come visione all'interno del gruppo secondo cui la pratica dovrebbe essere abbandonata. In tale ambito i mass media giocano un ruolo singolare: da una parte, l'attenzione pubblica per l'argomento delle MGF stimola dibattiti interni accelerando il cambiamento; dall'altra la formulazione sensazionalistica della questione, che presenta affermazioni sulla persistenza della pratica nella società ospitante, può avere conseguenze negative in termini di pressione sociale e innalzare così il livello di rischio. Un ruolo fondamentale nella valutazione del numero di ragazze straniere a rischio è giocato dal grado di interferenza dello stato o dai rapporti che le comunità di immigrati hanno con le istituzioni socio-sanitarie. Anche la promozione di campagne di informazioni può abbassare i tassi di rischio.

Inoltre c'è ragione di presumere che gli immigrati che vivono segregati nella società che li ospita siano più inclini a considerare le MGF in modo positivo, rispetto a quelli che invece sono ben integrati in essa. Tra i vari fattori si devono considerare il livello di integrazione dei residenti, le capacità di esprimersi correttamente nella lingua del paese ospitante e i tassi di occupazione. Tali parametri sono strettamente legati alla dimensione della comunità etnica, al livello di pressione sociale e al tempo di residenza nel nuovo territorio. Quest'ultimo aspetto riguarda gli individui sia dal punto di vista del singolo sia da quello della comunità. È probabile che gli immigrati che si trovano nel paese ospitante da vari anni

siano più contrari alle mutilazioni dei genitali femminili rispetto a quelli che sono arrivati di recente da paesi nei quali tali pratiche sono del tutto accettate e persino altamente considerate. Tuttavia, molti singoli migranti arrivano in reti etniche già esistenti nella società ospitante, dove possono essere influenzati dai valori prevalenti. Certo è comunque che più a lungo un gruppo ha vissuto in un determinato stato, più le visioni interne al gruppo saranno in accordo con quelle della società ospitante; questo non vale per i processi di integrazione negativa, cioè quando una comunità crea le proprie istituzioni all'interno del paese di accoglienza, senza avere con esso nessuna relazione (Carlbom 2003).

Dalle statistiche emerge che tutti i genitori di ragazze che risiedono in paesi occidentali sembrerebbero predisposti a far mutilare le figlie. In realtà esiste un'enorme differenza negli atteggiamenti all'interno di ogni gruppo. Quando si tratta di retroterra etnico, alcune tribù provenienti da un paese in cui le mutilazioni genitali femminili sono praticate abitualmente, presentano un diverso livello di rischio, dipendente dal gruppo e dall'area di provenienza. La stessa cosa vale per ciò che riguarda il livello di educazione, l'età e se l'area di provenienza è rurale o urbana. Ma oltre a questo va anche considerato il personale percorso di ogni individuo all'interno della società ospitante in termini sociali, psicologici e socio-economici.

Nonostante queste varie procedure sembra invece sempre esserci un pizzico di ansia nelle stime del rischio: molto spesso i numeri sono esagerati piuttosto che sottostimati, anche quando tutti i fattori indicano una diminuzione del rischio. Inoltre il campo delle mutilazioni genitali femminili è uno dei più fertili per i pettegolezzi e le leggende metropolitane. In questi casi un atteggiamento ufficiale ottimale sarebbe quello di costruire e mantenere una struttura sociale preparata ad affrontare tali situazioni con un alto livello di attenzione ed informazione, che ricorrendo ad un sano atteggiamento scettico verso le dicerie e le esagerazioni sia capace di non lasciarsi abbindolare da toni allarmistici, generatori solo di pregiudizi e di xenofobia.

5. Gli interventi dell'ONU

Le MGF sono considerate dall'Organizzazione delle Nazioni Unite una minaccia all'integrità psico-fisica delle donne e delle bambine, e per tale ragione i vari sistemi giuridici le ritengono illegittime.

Il primo intervento delle Nazioni Unite su queste pratiche risale al 1958, anno in cui il Consiglio Economico e Sociale dell'ONU invitò l'Organizzazione Mondiale della Sanità a «intraprendere uno studio sulla persistenza dei costumi tradizionali che sottopongono le giovani donne a operazioni rituali e sulle misure adottate o pianificate per porre fine a tali pratiche» e infine a comunicare i risultati alla Commissione sullo stato delle donne entro il 1960. La richiesta venne respinta con la motivazione per cui «le pratiche rituali in questione sono un risultato di backgrounds sociali e culturali, lo studio dei quali si pone al di fuori dell'ambito di competenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità»⁴.

Nel 1982 si ebbe invece il primo intervento ufficiale dell'OMS, dove dichiarò alla Commissione dei Diritti Umani delle Nazioni Unite la sua assoluta opposizione al fatto che tali pratiche diventino mediche e la sua ferma raccomandazione al personale sanitario di non procedere alla mutilazione in nessun caso e in nessuna circostanza, inclusi gli ospedali o gli altri istituti sanitari. Da quel momento questa organizzazione non ha mai cessato di diffondere la sua inequivocabile contrarietà all'istituzionalizzazione della pratica.

Un'ulteriore tappa importante risale al 1994, anno in cui la Commissione per i Diritti Umani ha stilato un rapporto nel quale affermava che le MGF devono essere considerate come una particolare forma di violenza contro le donne che non si può trascurare o giustificare per motivi di tradizione, cultura o conformità sociale.⁵

Da allora molti documenti sono stati emessi per bandire ogni forma di mutilazione genitale femminile e suggerite strategie per combatterle. Sono state emanate numerose leggi in varie parti del mondo, sono state intraprese lunghe e coraggiose battaglie da associazioni volontarie sorte ovunque, in alcuni casi si è anche provveduto a perseguire penalmente gli esecutori della pratica. Ora si è giunti al riconoscimento delle MGF come *persecuzioni* contro il genere umano femminile e quindi come motivo di

⁴ Din LLB S., *An Humanitarian And Legal Perspective On Female Circumcision*, Birmingham, England, Mach 27, 2000.

⁵ UNHCR, *la violenza sessuale nei confronti dei rifugiati – Linee guida per la prevenzione e la risposta*. Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, Ginevra, 1995. Vers. It.: dicembre 2001, Rossi E.

asilo. I maggiori risultati però sono stati raggiunti nelle comunità locali, attraverso interventi di informazione e formazione basati sulla comprensione e sul dialogo.

5.1 Quadro normativo di alcuni paesi europei

Nonostante questi positivi risultati L'OMS ha dichiarato che l'approvazione di leggi per tentare di eliminare tali pratiche è una delle faccende più controverse e delicate dei diversi quadri normativi europei. Infatti fino al 2000 gli unici Paesi ad avere un decreto specifico contro le MGF erano la Gran Bretagna, la Svezia e la Norvegia. Negli altri esse erano solo integrate in fattispecie di reato diverse, fra cui in particolare il reato di lesioni personali, fino all'aggravante della morte.

La Svezia è stata il primo paese europeo che nel 1982 ha adottato una normativa specifica. Secondo questa legge, non può essere effettuato un intervento chirurgico che abbia lo scopo di mutilare o di apportare modificazioni permanenti agli organi genitali femminili, a prescindere dal consenso della vittima. Chiunque si renderà responsabile di tale operazione potrà essere condannato ad una pena detentiva non superiore a quattro anni. Qualora a questa si aggiunga l'aver provocato pericolo di morte per la vittima, la pena prevista potrà raggiungere i dieci anni di detenzione. Subirà il processo anche colui che in qualche modo abbia partecipato all'esecuzione del fatto. Una successiva direttiva punisce anche la reinfibulazione post-parto e dal 1988 la legge condanna anche tutti coloro che hanno praticato le MGF in un altro Paese in cui sono considerate illegali.

Il secondo paese a varare una legge specifica è stato la Gran Bretagna nel 1985 con il suo *Prohibition of Female Genital Circumcision Act*. L'ordinamento britannico punisce con un periodo di detenzione che può raggiungere i cinque anni, chiunque abbia praticato mutilazioni su genitali femminili. Inoltre, il *Children's Act* del 1989 contiene dei riferimenti alla legge contro le MGF e in una sezione prevede l'intervento delle Autorità nei casi in cui si sospetti l'intenzione dei genitori di espatriare con le figlie per sottoporle a mutilazioni genitali. In questi casi le bambine vengono poste sotto la tutela del giudice per tutto il periodo che si ritiene a rischio, senza però che vengano allontanate dalla loro famiglia.

Il terzo paese ad aver emanato nel 1998 una legge specifica contro tali pratiche è la Norvegia. Il decreto punisce, dai tre agli otto anni di carcere, tutti coloro che eseguono intenzionalmente un intervento sugli organi genitali femminili, causando danni e/o trasformazioni permanenti.

Fino all'inizio di questo secolo molti dei restanti paesi europei, privi di normative specifiche in merito, facevano capo all'interpretazione delle leggi che punivano il reato di lesioni personali. In Francia, per esempio, una sentenza della Corte D'Assise del 1983 ha fatto rientrare le MGF nell'articolo 312 del codice penale, che prevede dai 10 ai 20 anni di reclusione per chiunque faccia violenza o aggredisca o amputi parti del corpo o abbia provocato preterintenzionalmente la morte a minori di 13 anni. Da allora sono stati condotti molti processi a carico di genitori di bambine escisse e degli esecutori del fatto, sia che le vittime siano decedute, sia che fossero sopravvissute all'operazione. Nel 1991 l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati ha esplicitamente ammesso le MGF tra le possibili cause di persecuzione e la Francia, insieme ad alcuni paesi, fra cui Svezia, Norvegia, Canada e Stati Uniti, ha concesso asilo a donne e bambine africane sulla base di fondati sospetti di subire o di far subire alle figlie le MGF se costrette a rimpatriare. Nel 1994 due articoli relativi a tali pratiche sono stati inseriti nel codice penale, rafforzando la legge vigente, ma non introducendone comunque una specifica.

In Spagna la legge non proibiva esplicitamente le MGF, tuttavia ci si è mossi per aggiungere un emendamento alla legge federale sull'immigrazione, al fine di poter condannare i genitori responsabili di aver sottoposto le loro figlie alla pratica, anche se non avvenuta nel territorio spagnolo. Questo perché sono state aperte oltre trenta cause contro quest'ultimi da medici che hanno seguito ragazze mutilate, ma sono stati tutti archiviati per mancanza della prova che le operazioni fossero avvenute in Spagna.

L'Olanda nel 1993 dichiara le MGF intollerabili e inaccettabili e un anno dopo l'Ispettorato Medico divulga le linee guida al personale sanitario in materia. Tuttavia una legge specifica è ancora inesistente.

In Germania, in base alla legge sulla cittadinanza e sull'immigrazione, si può procedere all'espulsione dal territorio tedesco nei confronti di chi abbia eseguito o fatto eseguire forme di mutilazione sulle proprie figlie.

Il codice penale svizzero si è prestato a interpretazioni di condanna delle MGF ritenendole violazioni dei diritti all'integrità fisica dell'uomo.

Il Belgio nel 2000 ha modificato una legge riguardante la tutela dei minori, inserendo le MGF come nuovo reato. La pena va dai cinque ai dieci anni di detenzione, asseconda della gravità della situazione.

Nonostante l'Inghilterra, la Norvegia e la Svezia siano le nazioni che da più tempo hanno una legge apposita, il Paese che annovera più processi in assoluto contro le mutilazioni genitali femminili è la Francia. Essi si sono però sempre conclusi con l'archiviazione poiché le situazioni prese in esame erano tutte di lieve entità. Durante le udienze ciò che costantemente emergeva era l'assoluta ignoranza delle leggi da parte degli imputati, ma soprattutto l'incapacità di comprendere il collegamento esistente tra pratica tradizionale e crimine. I genitori accusati infatti, erano convinti di agire per il bene delle loro figlie e non per causargli un danno permanente. Ciò dovrebbe far riflettere sulla delicatezza della questione e sulle difficoltà che una normativa in tal senso può incontrare, perdendo la sua efficacia preventiva. La cosa più giusta da fare perciò non è solo quella di reprimere, ma di educare ed informare, poiché coloro che agiscono in totale buona fede, sono convinti che tutto ciò sia legittimo, oltre che doveroso e una punizione in un simile contesto produce solo un maggiore attaccamento a tali pratiche, viste come unico legame con il paese d'origine. È quindi necessario far comprendere le motivazioni che spingono all'abolizione di tale pratica, senza però ricorrere ad atteggiamenti di rifiuto e di intolleranza, ma promuovendo l'integrazione ed il dialogo.

Allo stato attuale tutti i Paesi dell'Unione Europea hanno avviato dispositivi giuridici di contrasto di tale fenomeno. Il diritto europeo non accetta in alcun modo che, anche in nome della diversità culturale, possano essere messe in atto pratiche che violino l'integrità della persona umana. Per questo motivo ogni paese contrasta ogni forma di alterazione non terapeutica dei genitali femminili con sistemi normativi nazionali.

5.2 La legge italiana

Sebbene il problema delle MGF in Italia fosse già noto a causa della propaganda diffusa da numerose campagne nazionali e internazionali sui diritti umani ed esistessero in sede penale gli articoli 582 e 583 del codice

Rocco che prevedono la reclusione dai tre ai dodici anni per chiunque cagioni ad altri lesioni personali gravi e permanenti di un senso o di un organo, la prima volta in cui tale fenomeno è stato posto all'attenzione dell'opinione pubblica da parte delle forze politiche risale al 1997, anno in cui alcuni deputati firmarono una mozione al governo in cui chiedevano che venisse istituito un tavolo di coordinamento presso i ministeri della Solidarietà Sociale, della Sanità e per le Pari Opportunità al fine di svolgere indagini approfondite sul fenomeno, di promuovere campagne informative per le comunità di immigrati presenti nel territorio nazionale per scoraggiare la pratica e per fornire al personale socio-sanitario corsi d'aggiornamento sul tema. Questo perché proprio in quell'anno un cittadino egiziano residente in Italia, venne denunciato dalla moglie italiana e poi condannato dal Tribunale Penale di Milano (IV Sezione), il 29 novembre del 1999, a due anni di reclusione con il patteggiamento della pena per aver fatto circoncidere il figlio e infibulare la figlia, approfittando di una vacanza dai propri parenti in Egitto. In tale occasione venne prospettata per la prima volta la possibilità di elaborare una specifica disposizione giuridica punitiva.

La risposta del ministero per le Pari Opportunità giunse nel 1999 con l'istituzione della Commissione interministeriale per la definizione delle linee essenziali del Progetto Nazionale contro le MGF⁶. I compiti che spettano al nuovo organo sono: 1) l'acquisizione di dati per stilare annualmente un prospetto geografico e sociale del fenomeno per poter elaborare strategie di contenimento dello stesso; 2) la ricerca di collaborazioni con strutture sanitarie italiane e straniere; 3) l'elaborazione di una proposta di ricerca e di intervento da presentare in ambito comunitario ed extracomunitario.

L'anno successivo venne presentata in Parlamento una proposta di legge dal titolo: *Norme in materia di prevenzione e repressione delle mutilazioni dei genitali femminili, nonché per la promozione di un'apposita campagna informativa*⁷. Tale proposta si prefiggeva di prevenire, curare e reprimere le MGF attraverso la formazione degli operatori, campagne di prevenzione, sensibilizzazione e informazione, mobilitazione sociale e sanitaria, strutture di coordinamento delle attività svolte. La proposta aggiunse al codice

⁶ Decreto del Ministero delle Pari Opportunità, 8 settembre 1998.

⁷ Pozza Tasca E., Camera dei Deputati, Atto C. 7157, 3 luglio 2000.

penale l'articolo 582-bis, registrato come "*Mutilazione dei genitali femminili*", che andava a creare una figura autonoma della più ampia categoria del reato di lesioni. Fu istituito l'obbligo per il personale sanitario di informare le autorità di Pubblica Sicurezza qualora avessero rilevato su minori lesioni personali, configurabili come reato ai sensi dell'art. 582-bis. Successivamente furono istituiti un osservatorio nazionale sulle MGF, un numero verde informativo, l'attuazione di campagne informative nei confronti degli stranieri presenti sul territorio e di corsi di formazione per tutti gli operatori a contatto con la realtà dell'immigrazione. Venne accennato all'opportunità di predisporre una strategia di cooperazione internazionale.

Fra le varie proposte di legge successive, ce ne fu una in particolare che introdusse e valorizzò la figura del mediatore culturale⁸ insistendo sulla necessità del suo coinvolgimento nel percorso formativo mirato alla sconfitta delle pratiche mutilatorie. Infatti il lavoro dei mediatori culturali è, fra gli altri, proprio quello di creare un legame tra le comunità locali e le istituzioni socio-sanitarie. Tale collegamento dovrebbe consentire alle stesse di trovare la via più efficace per sviluppare un sistema di prevenzione da estendere alle comunità provenienti da tutti i paesi in cui esiste questo fenomeno.

Dai vari dibattiti svoltisi in Parlamento, emerse una lucida consapevolezza dell'estrema complessità del fenomeno, che registrò l'accordo unanime dell'assemblea sulla necessità di predisporre una normativa che non si limitasse a reprimere le mutilazioni genitali femminili, ma le prevenisse, garantendo alle vittime anche una serie di aiuti di natura sociale e sanitaria. L'obiettivo primario che una legge sanzionatoria nei confronti di queste pratiche doveva porsi era quello di evitarne l'inefficacia prevedendo un valido sostegno socio-sanitario, che potesse svilupparsi in un buon coordinamento tra le attività svolte dai ministeri competenti, attraverso una costante campagna di informazione a vari livelli, sia nei paesi di origine, sia in territorio nazionale. Inoltre, sarebbe stato opportuno programmare, anche con l'aiuto di associazioni no profit e delle strutture sanitarie, corsi di preparazione al parto per donne infibulate in stato di gravidanza e corsi per il personale sanitario affinché acquisisse conoscenze specifiche al fine di affrontare tale problematiche. Nonostante questo, il punto fondamentale

⁸ Di Virgilio, Palumbo, Camera dei Deputati, Atto C. 4202, 24 luglio 2003.

rimase quello di non far percepire la legge alle donne immigrate come una norma contro di loro. La sua efficacia doveva infatti dipendere dalla fiducia che si instaurava, dalla serietà del dialogo interculturale, che non poteva essere delegato alle forze dell'ordine, ma andava affrontato con il coinvolgimento necessario di tutti i soggetti. Ciò per scongiurare il rischio di una chiusura identitaria che avrebbe portato solo ad una maggiore clandestinizzazione delle pratiche che si stavano combattendo.

Un'altra proposta che fu lanciata in quel periodo, presentata dietro suggerimento delle organizzazioni delle donne straniere presenti sul territorio italiano chiamate ad intervenire in Commissione, fu quella riguardante l'inserimento della possibilità per una donna che rischiava per sé e per la propria figlia la mutilazione dei genitali, di richiedere lo status di rifugiata nel territorio italiano. Per molti l'approvazione di quest'ultimo sarebbe potuto essere lo strumento essenziale per poter dimostrare concreta solidarietà alle donne, allontanando il timore che le stesse potessero interpretare la legge come una pretesa di superiorità della cultura occidentale rispetto alle altre.

La legge che germinò dall'articolo 583 (lesioni personali gravissime) mediante l'aggiunta al Codice Penale di un nuovo articolo, il 583-bis (pratiche di mutilazioni degli organi genitali femminili) e che è oggi quella specifica contro le MGF, fu approvata il 22 dicembre del 2005, dopo un tormentato iter parlamentare iniziato il 30 maggio del 2001. Nella sua stesura finale la normativa dispone che "chiunque in assenza di esigenze terapeutiche, cagioni una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni (...) la pena è aumentata di un terzo quando le pratiche (...) sono commesse a danno di un minore, ovvero se il fatto è commesso a fini di lucro⁹". Inoltre estende la deroga al principio di territorialità del diritto, già contenuta nell'articolo 604 del Codice Penale, con la previsione di punibilità del fatto commesso all'estero da cittadino italiano o da cittadino straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di cittadino straniero residente in Italia, sempre che vi sia stata richiesta del Ministro della Giustizia. Prevede sanzioni a carico dell'ente nella cui struttura sia stata effettuata una forma di mutilazione dei genitali femminili e l'interdizione per dieci anni dall'esercizio della professione per il medico autore della pratica.

⁹ Parlamento Italiano, Legge 9 gennaio 2006, n. 7.

Predisporre infine, l'attuazione, da parte dei Ministeri competenti, di campagne informative per gli immigrati, corsi di formazione e iniziative di sensibilizzazione. A tal proposito nel 2007 fu promossa dal Ministero delle Pari Opportunità una grande campagna contro le MGF, dal titolo “*Nessuno escluso*” che andò in onda dal 4 febbraio dello stesso anno su tutte le reti nazionali italiane. La voce narrante (appositamente maschile per coinvolgere anche i padri delle bambine, considerati fondamentali per poter abbattere tali pratiche) recitava in questo modo:



“Escissione, incisione, abrasione, asportazione, infibulazione. Si chiamano MGF: mutilazioni genitali femminili. Le MGF creano danni psicologici e fisici gravissimi e irreversibili. Noi padri e madri siamo responsabili, nessuno escluso. Io ho scelto: non condannerò mia figlia”.

Una legislazione che contempli le mutilazioni genitali femminili come reato è stata una conquista importante

in quanto rappresenta un'affermazione priva di ambiguità del fatto che la pratica non è ufficialmente tollerata. Tuttavia è necessaria un'attenta riflessione sul tipo di legislazione emanata; sul contesto nel quale è introdotta; sui metodi per renderla efficace; e su come si debba integrare con gli altri aspetti di una strategia onnicomprensiva per lo sradicamento.

6. Il ruolo del mediatore culturale

In un contesto interculturale, la mediazione viene sempre più usata come operazione innovativa atta all'integrazione di nuovi cittadini e alla coesione sociale. Attraverso quest'ultima gli immigrati vedono riconosciuti, da parte del Paese d'accoglienza, i loro bisogni, potendo accedere ai servizi, alle risorse e agli spazi comuni. Infatti “mediare, nel senso più ampio del termine, significa avvicinare, facilitare il contatto, includere, favorire l'integrazione e lo scambio, promuovendo opportunità equivalenti nel

rispetto della diversità” (Favaro, in Favaro, Fumagalli, 2004, p. 19). La mediazione facilita la comunicazione interpretandola. Le principali caratteristiche di questo processo sono:

- facilitazione del dialogo tra utenza straniera e istituzione;
- uguaglianza nei diritti e negli spazi pubblici per gli stranieri;
- agevolazione di incontri, scambi e processi di trasformazione culturale;
- migliore inserimento della persona immigrata nella società di accoglienza (Belpiede, 2002, p. 24).

Il mediatore culturale ha perciò la funzione di favorire gli scambi, tramite la conoscenza di sistemi culturali e valoriali diversi. Egli non solo deve essere in grado di fornire un valido aiuto per l’inserimento di cittadini immigrati nella società d’accoglienza, evitando possibili conflitti, dovuti ad incomprensioni o usi e costumi diversi, ma deve soprattutto valorizzare il ruolo dello straniero come risorsa e opportunità nel tessuto socio-economico. Il compito del mediatore è doppio: infatti, questa importante figura, non è solo un “ponte” per mettere in contatto i cittadini stranieri con quelli autoctoni, ma lo è anche per quest’ultimi che devono decifrare le richieste e i bisogni dei primi⁵⁵.

Per quanto riguarda le MGF in un contesto migratorio, non è facile avviare un dialogo interculturale. Infatti le donne che hanno subito tali pratiche non si considerano “mutilate” e giudicano questo termine offensivo. Per loro tali usanze sono normali, tant’è che, nella maggior parte dei casi, non riescono neppure ad immaginare un’alternativa. Alcune di loro, pur risiedendo da anni in un Paese occidentale, hanno pochissime occasioni di scambio con la società d’accoglienza e parlare di un argomento così delicato e intimo può indurle alla chiusura. In questi casi perciò è necessario adottare alcuni provvedimenti per costruire un dialogo costruttivo:

- 1) bisogna cambiare terminologia, sostituendola con modificazioni permanenti o addirittura con circoncisione femminile, in modo da evitare l’accezione negativa che l’altro termine contiene;
- 2) il fenomeno, per poter essere compreso, va inquadrato nel suo contesto globale senza adottare atteggiamenti di indignazione o

⁵⁵ Cfr. Marco Catarci, Massimiliano Fiorucci, Donatello Santarone (a cura di), *In forma mediata. Saggi sulla mediazione interculturale*, Edizioni Unicopli, Milano, 2009, pp. 11-39.

riprovazione, favorendo una proficua comunicazione, che metta in luce gli aspetti negativi di simili pratiche;

- 3) è necessario il coinvolgimento delle donne in attività di sensibilizzazione, corsi di informazione e formazione e di partecipazione alla vita sociale, ma anche di uomini, per favorire una maggiore integrazione;
- 4) fondamentale per tutto il processo di inserimento è che le donne non si sentano mai giudicate, ma libere di poter esprimere i propri dubbi e le proprie decisioni in merito a tali questioni, senza correre alcun rischio.
- 5) Infine molto importante è il coinvolgimento di istituzioni giuridiche per elaborare progetti e strategie di integrazione e la collaborazione di tutta una rete di figure professionali, quali medici, paramedici, assistenti sociali, insegnanti, educatori e mediatori.

L'educazione interculturale deve quindi abituare "a cercare nel confronto gli spazi del dialogo e della mediazione, deve fondarsi su un esame accurato e profondo dei valori che caratterizzano le culture coinvolte nell'incontro" (Callari Galli, 2000, p. 102).

Capitolo 3

IL CORPO FEMMINILE: CULTURE A CONFRONTO

*“Da sempre il corpo è superficie di scrittura,
superficie atta a ricevere il testo visibile della legge
che la società detta ai suoi membri marchiandoli.
Ogni cicatrice è una traccia incancellabile, un ostacolo
all’oblio, un segno che fa del corpo una memoria”*
(Umberto Galimberti)

1. Il corpo tra natura e cultura

Da quanto fin qui esaminato, emerge una presunta superiorità da parte dell’Occidente rispetto ai paesi meno industrializzati, considerati barbari e incivili. Molto spesso, infatti, accade che un aspetto negativo di una determina cultura, come sono in questo caso le mutilazioni genitali femminili, finisca per rappresentarne la cultura stessa. Ad un occhio

attento, tuttavia, non sfugge come i cosiddetti paesi civilizzati, non siano immuni da aspetti negativi e contraddittori.

Da sempre la cultura interviene sul corpo al fine di modellarlo e renderlo conforme alla società e al rispetto delle sue norme. In ogni società e in tutte le epoche esso viene plasmato fin dall'infanzia per far sì che rispecchi i valori e le credenze socialmente accettate. Marcel Mauss, nel XIX secolo, ha dimostrato che quasi tutti i comportamenti adottati dagli individui in un determinato ambiente sociale, per quanto possano sembrare spontanei, non sono altro che il risultato di “tecniche culturalmente valorizzate e atti efficaci¹”. La stessa cosa vale per il corpo. Secondo Bourdieu (1977) *“l'apparenza del corpo risponde alla messa in scena, da parte di attori sociali, di tutti gli investimenti che gli stessi sopportano al fine di rendere il corpo presentabile e, allo stesso tempo, rappresentabile”*. Da circa una cinquantina d'anni, infatti, il concetto di salute non è più puramente biologico, ma comprende anche la prospettiva psico-sociale. Mai come oggi, nelle società del consumo, il corpo viene lavorato, decorato, celebrato e apparentemente liberato, da tutte quelle limitazioni morali che fino a poco tempo fa impedivano di disporre di sé. Ma tutta questa liberazione, della quale è complice anche il movimento femminista degli anni '70 del Novecento, non è altro che il risultato di complessi meccanismi politici che determinano gli usi e i costumi di una società. Il corpo, quindi, diviene un semplice riflesso delle attese che una determinata cultura ha sull'individuo; esso diventa pura immagine ovvero apparenza.

2. Modificazioni del corpo

Esistono varie modificazioni del corpo: alcune sono di carattere temporaneo e si caratterizzano per la loro reversibilità; rientrano in questa tipologia le operazioni legate all'abbigliamento o alla cosmetica che hanno a che vedere principalmente con una dimensione sociale di gestione del corpo. Altre, invece, sono modificazioni o alterazioni definitive e possono essere classificate in tre grandi categorie: 1) a carattere riduttivo; 2) a carattere espansivo; 3) altre modificazioni.

1. Modificazioni a carattere riduttivo

¹ M. Mauss, *Les techniques du corps*, PUF, Parigi, 1936.

Rientrano in questa categoria tutte quelle operazioni praticate sugli organi genitali ed extragenitali che hanno lo scopo di modificare in maniera riduttiva un organo del corpo femminile. Oltre alle MGF, praticate come si è visto prevalentemente in Africa, vanno menzionate tutte quelle pratiche a carico degli organi genitali interni, come la castrazione e la sterilizzazione². La prima viene effettuata tramite l'asportazione delle ovaie e ha origini remote che secondo varie fonti risalirebbero al 1500; la seconda invece, talvolta considerata come pratica anticoncezionale della medicina occidentale, risale alla fine del secolo scorso. Essa viene ottenuta tuttora con la cosiddetta legatura delle tube ed è l'ultimo orribile retaggio della medicina nazista praticata su donne appartenenti a determinate categorie sociali come le malate di mente o le donne nomadi.

Accanto a questi interventi sui genitali, ne esistono altri di natura extragenitale che comportano vere e proprie deformazioni di parti del corpo: tra queste troviamo le ben note modificazioni dei piedi delle donne cinesi, ottenute attraverso una prolungata compressione per fasciatura molto stretta di questa parte del corpo che veniva ad assumere lentamente una forma considerata sinonimo di bellezza, molto apprezzata dagli uomini in quanto "deformazione erogena". Questa pratica è stata condannata e definitivamente abolita nel 1909.

2. Modificazioni a carattere espansivo

Fanno parte di questa categoria tutte quelle operazioni che, al contrario delle precedenti, tendono a modificare artificialmente in senso espansivo tanto gli organi genitali, quanto altre parti del corpo. Per quanto concerne l'apparato genitale, molto frequenti tra le popolazioni africane sono gli allungamenti clitorido-labiali ottenuti attraverso massaggi digitali e l'applicazione di composti a base di sostanze vegetali. Queste operazioni vengono eseguite per valorizzare l'organo legato al piacere sessuale, anche se l'OMS le fa rientrare tra le mutilazioni genitali di IV tipo. Tra quelli extragenitali invece, molto frequenti sono le deformazioni a carico degli apparati bucco-labiale e otorino. In particolare in Amazzonia

² Cfr. Michela Fusaschi, *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003, pp. 34-36.

vengono inseriti nel labbro inferiore di alcuni giovani, appartenenti alle tribù locali, dei piattini labiali e diversi monili applicati sul lobo dell'orecchio con lo scopo di ottenerne un allungamento progressivo che fissa i diversi periodi della vita dell'individuo. Recentemente quest'ultima operazione ha coinvolto anche molti giovani occidentali che vi fanno ricorso per sentirsi parte di un gruppo: le cosiddette culture metropolitane. Molto in voga sono anche gli impianti sottocutanei, ottenuti con l'inserimento sottopelle di biglie, provocando un'espansione e un innalzamento del derma che viene ad assumere un particolare disegno. Questa moda non ha nulla a che vedere con i sofisticati apparati rituali dei contesti tradizionali.

Un altro esempio di modificazione a carattere espansivo riguarda l'ipermastia, o accrescimento del seno. In Occidente tale operazione viene eseguita applicando delle protesi di silicone nelle mammelle per aumentarne il volume e renderle più toniche. Essa è di carattere puramente estetico e dalle ultime ricerche³ è emerso non solo che vi è un forte incremento degli specializzandi in chirurgia estetica, ma soprattutto che l'età delle donne sulle quali viene eseguita si sta progressivamente abbassando. Anche in contesti tradizionali, l'allungamento del seno viene eseguito essenzialmente per motivazioni estetiche. Nelle comunità del Sahara le donne valutano la loro bellezza dalla lunghezza delle loro mammelle, ottenuta legando queste ultime con delle corde preparate da loro.

Infine, molto di moda ultimamente, nelle società occidentali sono le protesi applicate per ingrandire le labbra, gli zigomi e i glutei, i lifting facciali per eliminare le rughe e la liposuzione per rimuovere gli strati di grasso adiposo e localizzato. Tutto questo sempre per fini puramente estetici.

3. Altre modificazioni

Rientrano in questa categoria tutte quelle operazioni che non si caratterizzano per il restringimento o l'allargamento di parti del corpo, ma che alternano o modificano in maniera permanente gli organi coinvolti. Quelle più conosciute che riguardano l'apparato genitale femminile sono la deflorazione rituale, praticata soprattutto

³ Dati reperiti dal sito <http://www.xthetic.com/teenager.htm>, consultato in data 14/04/2012.

dalle tribù dell'Australia centrale che la utilizzano come preludio al matrimonio, e varie forme di pratiche abortive, che essendo eseguite con strumenti non adatti allo scopo e in strutture inadeguate, comportano alterazioni definitive e permanenti degli organi genitali. Per ciò che concerne invece le alterazioni extragenitali troviamo tutte quelle pratiche che coinvolgono l'apparato tegumentario, il collo e il tronco-torace. Tra queste, famose sono le scarificazioni ovvero delle incisioni della pelle ottenute utilizzando uno strumento affilato, che una volta cicatrizzate lasciano sulla cute delle cheloidi; i tatuaggi e i piercing diffusi sia in ambito tradizionale sia in Occidente anche se con significati nettamente diversi. In alcune tribù africane molto diffusa è la limatura dei denti.

Le deformazioni del collo invece sono realizzate su giovani donne e consistono nell'applicazione progressiva di anelli o collari, che modificano irreversibilmente la struttura ossea del collo. L'esempio più conosciuto è quello delle donne-giraffa della Birmania che si avvicina molto agli strettissimi corpetti toraco-addominali che fecero la loro comparsa in Occidente già dal Quattrocento e che in seguito divennero un accessorio intimo molto diffuso.

Alcune pratiche nelle società occidentali vengono oggi ad assumere un significato completamente diverso dai contesti tradizionali. Le operazioni come il cutting, cioè cicatrici a forma di figure geometriche colorate con l'inchiostro, o il branding, cicatrici ottenute applicando sulla pelle un ferro rovente o ancora il burning, ovvero bruciature colorate con l'inchiostro, rientrano in quelle forme di linguaggio moderno il cui unico scopo è quello di mettersi in mostra.

Tutte queste operazioni presentano un elevato grado di varietà ma soprattutto di gravità, dato che un piercing non è minimamente paragonabile ad una MGF. Differenti sono anche i significati che ad esse vengono attribuiti. Infine un'ultima osservazione riguarda il carattere di volontarietà e di consapevolezza del soggetto nell'affrontare determinate pratiche, dal momento che le mutilazioni degli organi genitali femminili si traducono in una vera e propria "castrazione programmata della sessualità delle donne" (Fusaschi, 2003, 41).

A questo punto però sorge spontanea una domanda: è giusto condannare le MGF, in quanto attentano alla dignità della donna menomandola e non

perseguire, o quanto meno limitare, tutti coloro che, in nome della libertà individuale, mortificano il proprio corpo anche in maniera irreversibile?

Si è davanti ad una problematica di grandissima rilevanza, poiché il coinvolgimento non riguarda più solo le singole persone, ma l'intera società e le sue responsabilità.

3. MGF, subculture e chirurgia estetica

Le differenze sostanziali che distinguono le MGF dalle modifiche del corpo praticate dalle subculture o da quelle che richiedono l'intervento della chirurgia estetica, riguardano, come si è appena visto, la volontà, ma anche i fini e gli obiettivi per i quali il soggetto li mette in atto. Nel primo caso esse vengono viste come dei veri e propri atti di istituzione, nel senso che, per mezzo della mutilazione, si stabilisce il genere, nonché l'appartenenza ad un determinato gruppo. Questo tipo di intervento sul corpo è perciò messo in atto con lo scopo principale di accedere a determinate prerogative sociali legate al genere. Tali operazioni, quindi, non mirano tanto alla modificazione di per sé, quanto piuttosto all'effetto sociale che esse stesse producono. La ragazza è infatti considerata donna a tutti gli effetti solo dopo aver subito tale pratica ed è questa la ragione principale per cui è così difficile combattere le MGF. Nel caso delle «culture metropolitane» invece, l'efficacia delle modificazioni corporali risiede nella volontà del soggetto. Il fine ricercato in queste ultime infatti è del tutto individuale, non fanno accedere a nessuno status e tantomeno vengono messe in pratica per finalità sociali. Esse, al contrario, corrispondono ad una vera e propria decostruzione e ricostruzione di un corpo per finalità molto differenti fra loro. Tra queste si ritrovano principalmente il voler attirare l'attenzione a tutti i costi, il volersi distaccare dalla società giudicata omologante, anche attraverso gesti estremi, come per esempio l'amputazione di parti del corpo e il voler testare la resistenza del proprio corpo. Nella maggior parte dei casi la loro attuazione serve a demarcare non tanto un'identità sociale quanto "comunitaria"; di quella comunità con la quale condividono le stesse idee e che si trova in una posizione di netta opposizione alla società, percepita come disordinata, globalizzata ed indifferente alle esigenze dei singoli. Nell'ultimo caso infine, il ricorso alla chirurgia estetica diventa una prerogativa indispensabile per quegli individui che investono su un proprio

desiderio narcisistico, per raggiungere il benessere. Essi fanno leva sull'apparenza e quindi su canoni di bellezza socialmente accettati e in voga; l'immagine del loro corpo deve costantemente trasmettere fascino e salute. Nella maggior parte dei casi, per avvalorare la necessità degli interventi, si adducono motivazioni di serenità interiore.

L'unica cosa che accomuna questi tre fenomeni è quella di non rispondere a esigenze terapeutiche.

4. Aborto e transgender

Come già detto in precedenza, il termine salute non viene più associato solo all'aspetto biologico, ma anche a quello psico-sociale. In Italia, questa nuova concezione si è presentata nel 1975 con la legge "sull'aborto terapeutico", dove una sentenza della Corte Costituzionale riconduceva tale pratica "al più elevato concetto di terapia" (Santosuoso 2003, 108) e in quanto tale, la autorizzava giuridicamente in tutti quei casi in cui la gravidanza metteva a rischio la salute psichica della donna. Un altro episodio significativo si è avuto, sempre con l'intervento della Corte Costituzionale, in materia di cambiamento di sesso: in questa occasione la dimensione psichica è stata fatta prevalere su quella fisica, tanto da legittimare una modificazione così estrema del corpo per adeguarlo alla psiche. Infatti, con un decreto del 1985, venne addirittura definito tale intervento come "atto terapeutico teso alla legittimazione del diritto alla salute del transessuale"(Santosuoso 2003, 111). Stando alla realtà dei fatti ci si trova davanti ad un enorme paradosso, poiché il concetto di salute non corrisponde più a quello di integrità, anzi in casi come questi, vengono addirittura ammessi atti lesivi dell'integrità fisica. Il cambiamento di sesso, di fatto, comporta la totale demolizione di tutti gli organi genitali, in contrasto con quel "diritto alla vita e all'integrità fisica" sancito dalla Costituzione. Secondo Simona Argentieri, psicanalista freudiana, in questo modo non si va ad intervenire direttamente sul problema, dato che si sposta il disagio psichico sulla corporeità, smantellando gli organi genitali per poi sostituirli con attributi posticci, completamente privati delle loro funzioni organiche.

Alcuni studiosi, appellandosi alla libertà individuale, non giudicano il cambiamento di sesso un'operazione negativa. Altri invece, come per

esempio Carla Pasquinelli, si sono scagliati, senza mezzi termini, contro questa pratica, che quasi assimilano alle MGF, in quanto anch'essa mutila un corpo considerato naturalmente sbagliato o imperfetto, per rispondere ad un'esigenza di messa a norma. A tal proposito si chiedono come una modificazione così estrema qual è il cambiamento di sesso, possa essere non solo tollerata dalla società occidentale, ma venga ritenuta addirittura normalizzante, visto che il pregiudizio nei confronti dell'omosessuale scompare nel momento in cui il corpo viene ad assumere la sua "vera" natura sessuale. Perché – si interrogano infine – tale fenomeno, espressione del lato oscuro della modernità tecnologica, non è sanzionato come a giusto titolo lo sono le mutilazioni dei genitali femminili, che non a caso sono considerate una violazione dei diritti umani?

A mio modesto parere, le due pratiche, pur demolendo gli organi genitali della donna, non sono assimilabili non tanto per la volontà, dato che in Africa molte ragazze chiedono esplicitamente di essere sottoposte a mutilazione dei propri genitali, quanto per la consapevolezza. Nel caso infatti del transgender, l'individuo sa benissimo a cosa andrà incontro; viceversa, per quanto riguarda le MGF, quasi tutte le donne, spinte dalla società e dal nuovo status che le attende, arrivano a desiderarle senza però sapere minimamente cosa questo comporterà nella loro vita.

5. La donna nella filosofia di Kant

Nel suo libro "*Osservazioni sul sentimento del Bello e del Sublime*" Immanuel Kant afferma che il sistema cerebrale di una donna "normale" è programmato per «un sentire delicato». Essa quindi, deve lasciare agli uomini tutte «le speculazioni astratte o le nozioni utili, ma aride». Questo perché «un faticoso apprendere e un faticoso lambiccar di cervello, per quanto una donna possa ben riuscirvi, consumano i pregi che sono propri del suo sesso, e se anche la rendono oggetto, per la loro singolarità, di una fredda ammirazione, ne indeboliscono contemporaneamente le attrattive per le quali esercita un grande potere sull'altro sesso⁴».

Il filosofo, quindi, opera una netta divisione tra la bellezza e l'intelligenza. Il suo messaggio è chiaro: il femminile rappresenta il Bello, il maschile

⁴ Immanuel Kant, *Osservazioni sul sentimento del Bello e del Sublime*, trad. Laura Novati, Rizzoli (BUR), Milano, 1989, pp. 138,107.

invece il Sublime. Quest'ultimo è senza dubbio la capacità di pensare, di elevarsi al di sopra degli animali. Per Kant la donna ideale, e di conseguenza bella, è colei che si diletta con argomentazioni frivole ed inutili, senza mai addentrarsi in discorsi filosofici ed astratti di un certo spessore. Tali saperi, infatti, attenuano il fascino femminile e la loro esibizione uccide completamente la femminilità. In sintesi, una donna intelligente è brutta. Il mondo occidentale, secondo la visione kantiana, è perciò popolato da due diverse categorie di creature: quelle che appaiono – le donne – e quelle che pensano – gli uomini. Al genere femminile vengono negate ed inibite, attraverso l'educazione, le più elementari capacità intellettuali.

Secondo la filosofia orientale, invece, le donne non sono affatto giudicate superficiali ed incapaci, anzi a quest'ultime vengono riconosciute, soprattutto dagli uomini, particolari doti speculative. Questa è una differenza fondamentale che da secoli divide l'Oriente dall'Occidente. Nel primo caso, infatti, gli estremisti che impongono il velo alle donne, in paesi quali l'Algeria o l'Afghanistan, non negano affatto l'intelligenza alle donne, anzi la temono quasi. La loro guerra riguarda l'accesso agli spazi pubblici. Gli uomini devono conservare il monopolio di strade e parlamenti, quindi le donne che escono di casa devono velarsi per indicare che loro non appartengono a questi spazi; il velo è quindi principalmente una faccenda politica. Nei paesi occidentali invece, il genere femminile viene sottomesso attraverso rigidi canoni di bellezza ai quali deve attenersi per poter avere successo; poco importa se non sappia esprimersi correttamente o non sappia usare passaggi logici⁵.

6. I Mass media e l'immagine della donna occidentale

“Pubblicità, mass media, televisione. Il mondo della comunicazione non ama le donne. Le mostra e le esibisce togliendo loro ogni autorevolezza. Le denuda, le carica di lustrini e, mentre sembra esaltarle, le umilia. Le riduce a merce, a decorazione. Toglie loro la parola, le usa come prezzemolo visivo per "alleggerire" i programmi, le tratta come elemento di attrazione, come calamita per lo sguardo maschile. E' questa la rappresentazione mediatica del femminile che, sebbene con qualche

⁵ Fatema Mernissi, *L'Harem e l'Occidente*, trad. Rosa Rita D'Acquarica, Giunti Editore, Firenze, 2000.

apprezzabile eccezione, risulta la più diffusa, quella che s'impone attraverso gli schermi televisivi, quella che entra nelle case a tutte le ore, che viene vista dalle ragazze e dai ragazzi e che svilisce la funzione educativa del mezzo televisivo. Una tv spesso anche volgare ma che, soprattutto, veicola un'immagine falsa delle donne, che fa torto alle donne reali, ai tanti passi avanti compiuti nei decenni passati, agli innumerevoli talenti femminili che crescono nelle scuole, che si affermano nelle università, nei centri di ricerca, nell'arte, nelle professioni e nel mondo del lavoro.”

È questo il commento di Lorella Zanardo in merito alla presentazione del suo libro, “il corpo delle donne”, che narra dell’immagine che i mass media, in primis la televisione, danno delle donne. Quest’ultima infatti, pur parlando del reale, riesce a dissimulare e a influenzare i modelli e i valori socialmente accettati. Molte volte è stato puntato il dito, soprattutto nei telegiornali, contro culture diverse da quelle occidentali, che privano la donna della sua libertà. Ma nei paesi cosiddetti civilizzati si può davvero dire che essa sia libera?

Nella moderna comunicazione domina l’ossessione per un corpo giovane, bello, magro e in forma e ciò è confermato dall’univocità del modello corporeo che la televisione propone. L’imposizione di quest’ultimo è il modo in cui la società contemporanea tenta di emancipare le donne dal dominio maschile: l’accettazione di un simile schema, infatti, rappresenta l’interiorizzazione di quei valori che sono propri degli uomini, ovvero disciplina, efficienza e autocontrollo. In quest’ottica le donne possono conquistare ruoli e spazi sociali prima preclusi, ma solo riaffermando valori maschili e non propri. In cambio i media propongono la sicura affermazione in tutti i campi, da quello sessuale e familiare a quello lavorativo. Ma per la maggior parte della popolazione femminile è molto difficile, se non addirittura impossibile, conformarsi al modello richiesto dalla cultura dominante e questo non di rado sfocia in gravi patologie come l’anoressia, la bulimia e la dismorfofobia (percezione del proprio aspetto esteriore come inadatto, inaccettabile). Ciò viene confermato dalle ultime statistiche che evidenziano un aumento esponenziale di tali fenomeni⁶.

La variante più aggiornata di tale modello, quella cioè che detta legge in questo momento nei media, è la magrezza estrema, che Fatema Mernissi

⁶ Lorella Zanardo, *Il corpo delle donne*, Feltrinelli, Milano, 2010.

nel suo libro “l’Harem e l’Occidente” l’ha definita una limitazione pari al velo islamico, associata però ad un seno abbondante che, per forza di cose, viene installato chirurgicamente. Il corpo si riduce dunque ad immagine. Ma l’immagine che se ne vorrebbe avere non corrisponde a quella che riflette lo specchio, la quale costringe le donne a confrontarsi con la realtà e con le loro imperfezioni. Da ciò si scatena una lotta contro il tempo che le costringe a deformazioni mostruose.

Le qualità delle donne che dominano nei programmi televisivi non sono più quindi artistiche, ma fisiche: ridotte e auto-ridottesì ad oggetti sessuali, costituiscono una cornice muta di molte trasmissioni o presentano inutili programmi dove non viene mai richiesta la competenza, bensì appunto l’apparenza. È come se le donne non riuscissero più a riconoscere i loro veri bisogni e quindi fossero incapaci di mostrare la loro autenticità. Con l’introduzione del modello maschile esse diventano schiave del proprio corpo: la bellezza viene vista come unica via d’accesso al potere. In nome di questo perciò, si sottopongono a trattamenti di tutti i tipi che hanno lo scopo di mantenere il corpo giovane e in forma. Ma perché questa fobia di dimostrare l’età che si ha? Gli uomini non vengono “obbligati” a farlo, anzi le loro rughe esercitano un certo fascino, poiché, si dice, comunicano esperienza, saggezza e protezione. Questo è l’ennesimo sopruso al quale il genere femminile viene sottoposto. I volti delle donne mature vengono banditi dalla televisione, celati da “burqa di carne” (Zanardo, 2010, 83) che li immobilizzano, imprigionandone i sentimenti e le espressioni. La società attuale, formata da volti completamente identici, inespressivi e finti, porta le donne ad annullarsi pur di essere accettate, per appagare un presunto desiderio maschile. Mostrare il proprio viso oggi significa mostrare la propria vulnerabilità ed è quindi considerato sinonimo di coraggio; presuppone, infatti, enorme dignità e forza interiore, dato che la pressione mediatica sul genere femminile è fortissima. La scelta che le donne a questo punto devono compiere è tra l’essere invulnerabili e vincenti o vulnerabili e dimenticate. Non esiste alternativa alla dittatura dei corpi perfetti. Diceva Anna Magnani al truccatore che prima di girare una scena stava per coprirle le rughe del volto: “Lasciamele tutte, non me ne togliere nemmeno una, ci ho messo una vita a farmele.”

Per ciò che riguarda il corpo invece la maggior parte delle immagini che vengono proiettate, a tutte le ore, sono inquadrature oscene ed ossessive di

cosce, seni, sederi, che umiliano le donne, riducendole a pura merce. Per non parlare dei vestiti, sempre più corti e scollati con scarpe dai tacchi vertiginosi. A fianco di queste donne aggressive, apparentemente sicure di sé, perché forti del proprio fisico, si trova puntualmente nelle trasmissioni televisive, l'uomo qualunque, per nulla erotico, che colpisce per la sua simpatia. Ma quante di loro si sottopongono, per esempio, a un intervento di mastoplastica additiva per un personale desiderio di avere un seno più voluminoso e quante invece lo fanno per paura di non essere accettate?

La chirurgia nasconde la qualità della personalità, alla quale magari per tutta la vita non si è prestata attenzione, perché fin da subito viene insegnato che l'apparire è più importante dell'essere, con il rischio di morire sconosciute a sé stesse e agli altri⁷.

Se la scelta di ricorrere alla chirurgia estetica, resta comunque un fatto privato, la scelta di proporre, all'interno di programmi televisivi, soltanto corpi perfetti con volti innaturalmente giovani ha bisogno di un'attenta riflessione e di una tempestiva soluzione. Questo fenomeno non si può di certo ignorare, dato che la tv crea dei modelli, educa e propone stili di comportamento e di vita.

7. Le "MGF occidentali"

Molto spesso in Occidente il corpo delle donne è stato oggetto di dispute politiche, giuridiche e sociali. Raramente si è però arrivati a posizioni unanimi e radicali di denuncia, come invece accade per le MGF che coinvolgono culture diverse e molto lontane. Anche nei paesi occidentali si svolgono delle pratiche, che forse risultano poco conosciute alla maggioranza delle popolazioni, sui genitali femminili che tuttavia non sono invalidanti, ma che comunque modificano l'assetto anatomico dell'organo. Sulle motivazioni di tali operazioni un sito di chirurgia estetica⁸ recita così: *«DISAGIO INTIMO... Perché una donna dovrebbe pensare ad un modellamento estetico di una zona così intima e non esposta come l'area genitale? Le motivazioni non sono solo estetiche. Come si può intuire – riferiscono gli specialisti – se una persona prova un grande imbarazzo nei confronti del proprio corpo o di una specifica parte, tenderà a non esporla*

⁷ Dati reperiti dal sito http://www.ilcorpodelledonne.net/?page_id=89, consultato in data 24/04/2012.

⁸ <http://www.chirurgiaintima.it/chirurgiagenitali/index.htm>, consultato in data 24/04/2012.

mai, a nasconderla e nascondersi, con conseguenze negative sulla psiche e relative inibizioni eccessive nel comportamento sociale. Lo stesso vale per la zona vaginale: la donna può soffrire anche molto per alcune distrofie che causano ripercussioni pesanti sul rapporto con sé e con il proprio partner. Inoltre molto difficilmente si rivolgerebbe al proprio medico per risolvere la cosa e in genere proprio non sa come trovare una soluzione, con il solo esito – negativo – di mantenere in silenzio il proprio imbarazzo. Le donne, infatti, sono molto sensibili alle proporzioni e quindi avvertono subito che c'è qualcosa di sbagliato se notano un'asimmetria.

Il primo fattore che deteriora l'integrità e l'aspetto originario dei tessuti resta comunque l'età, che rilassa la cute e la parte mucosa che, di conseguenza, appare flaccida e in eccedenza. Altra causa che provoca il cambiamento dell'aspetto genitale è senza dubbio il parto, che può lasciare asimmetrie nelle piccole labbra, irregolarità nella loro forma e nell'orifizio vaginale. Molto spesso poi, per facilitare il parto, viene praticata l'episiotomia, un'incisione chirurgica nella zona che può residuare una cicatrice non lineare, ipertrofica o fastidiosa.»

Da questo estratto si evince chiaramente che si tratta di interventi che mirano a rimodellare l'organo per un fatto puramente estetico. Inoltre emergono molti aspetti non molto distanti da quelli rintracciabili nelle pratiche di MGF; il primo fra tutti è il disagio per le imperfezioni del proprio corpo con conseguenze sulla psiche, nelle relazioni sociali e con il partner. Eppure, nonostante questa similitudine, la risposta occidentale sociale, politica e giuridica non è altrettanto paritaria. Non esistono infatti leggi specifiche per scoraggiare il ricorso a tali interventi estetici, né campagne di sensibilizzazione su larga scala di gruppi politici per eliminare il fenomeno. Tanto meno si è a conoscenza di casi giuridici in cui si criminalizzano o condannano moralmente i chirurghi che le praticano o le donne che vi si sottopongono. Al contrario, esperti ed operatori del settore parlano di un forte incremento di interventi di chirurgia estetica, nei confronti di donne e sempre più giovani. Sono infatti frequenti le richieste di ragazze che, per i loro 18 anni, si fanno pagare dai genitori interventi chirurgici per aumentare il volume del seno e delle labbra o ridurre la dimensione dei propri glutei o dei fianchi. E la cosa peggiore è che queste richieste si stanno diffondendo anche tra gli adolescenti ancora minorenni.

Per quanto concerne la chirurgia estetica legata agli organici genitali si ha un'ampia gamma di scelte: per gli uomini si tratta soprattutto di aumentare la lunghezza del pene, per le donne invece si parla di "Aesthetic Vaginal" o "Sex Cosmetic Surgery" tra cui si annoverano i seguenti interventi⁹:

- la *vaginoplastica*, per il miglioramento estetico e il ringiovanimento delle piccole e grandi labbra, del monte di Venere e dell'orifizio vaginale. Esso avviene mediante una procedura chirurgica, mirata a restringere i muscoli vaginali e i tessuti di sostegno, eliminando la mucosa vaginale in eccesso. L'intervento dovrebbe migliorare il tono muscolare della vagina, riducendone il diametro interno (attraverso la cucitura di un punto non riassorbibile) ed esterno, per ripristinare o migliorare la forza frizionale durante il rapporto sessuale;
- la *perineoplastica*, che produce, attraverso l'azione del laser, un effetto di ringiovanimento della zona perineale;
- l'*augmentation labioplasty*, per aumentare il volume delle grandi labbra ed ottenere un aspetto della vulva più giovanile e voluminoso;
- la *liposcultura del pube*, per ridurre l'adiposità in eccesso dal monte di Venere, dalla zona pubica ed eventualmente dalle grandi labbra, rendendo la zona snella e giovanile;
- l'*esposizione del clitoride*, che consiste nella rimozione della pelle che ricopre tale parte;
- la *cliteridoplastica*, per ridurre le dimensioni del clitoride (non molto distante dalla clitoridectomia inclusa nelle MGF)
- l'*imenoplastica*, per ricostruire l'imene e ricostruire in questo modo le caratteristiche anatomiche vulvari della verginità.

Tra le complicazioni e gli effetti collaterali, causati da tali interventi, si registrano: infezioni, ematomi, ritardata guarigione delle ferite, dolori persistenti, trombosi venosa profonda, embolia polmonare, complicanze legate all'anestesia, emorragie, riduzione della sensibilità, cicatrici dolorose e trasfusioni.

Tali pratiche sono molto diffuse negli Stati Uniti ed in Gran Bretagna, mentre in Italia sono ancora un fenomeno limitato, anche se in espansione. Nella comunicazione pubblicitaria che promuove questo tipo di interventi, si riscontrano palesi incoraggiamenti rivolti alle donne, affinché non si

⁹ Alessandra E. Forteschi e Oria Gargano (a cura di), *Corpi consapevoli. MGF e integrazione nello stato di diritto*, ISTISSE onlus EDITORE, Roma, 2009

facciano problemi ad avanzare richieste di operazioni chirurgiche per migliorare il proprio aspetto fisico e di conseguenza il loro benessere psicologico. L'atteggiamento nei confronti di simili fenomeni è quindi tutt'altro che negativo.

La principale caratteristica che, sfugge a molti, ma che accomuna maggiormente le operazioni di chirurgia estetica genitale con le MGF è la pressione sociale. Infatti se nei paesi africani essa è talmente forte da obbligare le donne a mutilare i propri genitali se non vogliono essere denigrate ed escluse dalla propria comunità, in quelli occidentali, pur essendo più mascherata e subdola, essa spinge lo stesso le donne a ricorrere ad interventi estetici per conformarsi ai canoni di bellezza imposti dal genere maschile; pena, anche in questo caso, anche se con modalità diverse, l'esclusione dalla società (Fusaschi, 2011).

Capitolo 4

PROGETTI PER UN CAMBIAMENTO POSSIBILE

*“Il cambiamento è il risultato finale di tutto
un processo di apprendimento”*

(Leo Buscaglia)

*“Cercare di cambiare le abitudini delle persone e il loro modo
di pensare è come scrivere nella neve durante una tormenta.
Ogni 20 minuti dovete ricominciare tutto da capo. Solo con
una ripetizione costante riuscirete a creare il cambiamento”*

(Donald L. Dewar)

1. Verso l'abbandono della pratica: gli inizi

I primi interventi per abbandonare le MGF in Africa, quasi sempre ad opera di missionari o autorità coloniali, risalgono alla metà del secolo scorso. La prima legge a vietarle è stata emanata in Sudan nel 1946, ma non è stata

osservata quasi da nessuno, poiché veniva percepita come un ulteriore tentativo di dominazione da parte dei regimi coloniali. Tra gli anni Sessanta e Settanta alcune coraggiose donne africane cominciano proprio nel loro paese d'origine a schierarsi contro la pratica, giudicata inutile e gravemente nociva per la salute delle proprie conterrane. A metà anni Settanta la questione comincia ad essere discussa anche in Occidente, grazie all'interessamento della stampa femminista, che denuncia il carattere di discriminazione contro le donne e il controllo della sessualità femminile legato alla pratica. Nasce così in Francia, nel 1982, il GAMS (Groupe de femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles), la prima associazione mondiale che si occupa di combattere le MGF. Essa è composta da gruppi di donne sia immigrate sia francesi, tutte laureate in antropologia, sociologia, medicina, che iniziano a svolgere un minuzioso lavoro di informazione e formazione all'interno delle comunità africane residenti in Francia che provengono principalmente dal Mali, Burkina Faso, Senegal, Mauritania e Costa d'Avorio.

Negli stessi anni anche in Africa cominciano a formarsi le prime organizzazioni locali, guidate da coraggiose pioniere. Nel 1984 nasce l'Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children (IAC), la prima organizzazione inter-africana contro le mutilazioni genitali femminili e altre pratiche tradizionali meno diffuse, quali ad esempio il *gavage* ovvero l'alimentazione forzata per far ingrassare le ragazze in età da marito o il taglio dell'ugola diffuso in Etiopia. Oggi lo IAC comprende comitati locali in 26 dei 28 paesi africani dove è diffuso il fenomeno.

Negli anni Settanta l'OMS è la prima agenzia delle Nazioni Unite ad opporsi alla pratica; infatti nel 1979 organizza a Khartoum la prima conferenza sulle pratiche tradizionali nocive per la salute di donne e bambine: in questa occasione viene rifiutata, senza mezzi termini, la proposta di far svolgere la pratica a personale medico per evitare infezioni, emorragie ed altre conseguenze. L'opposizione dell'OMS alla medicalizzazione della pratica è netta e viene ribadita nel corso degli anni, anche se, per forza di cose, essa si imporrà in alcuni paesi quali Egitto, Kenya e Somalia. In queste zone, dove la pratica più diffusa è quella dell'infibulazione, l'intervento medico in ambienti asettici, in anestesia e

con strumenti adeguati viene visto come un modo per evitare i rischi di morte o altre complicanze a breve e a lungo termine.

I primi interventi di sensibilizzazione avvengono agli inizi degli anni Ottanta e puntano a evidenziare i rischi connessi alla pratica – emorragie, infezioni, morte – e le conseguenze negative per la salute nel corso della vita – difficoltà nelle mestruazioni, nei rapporti sessuali e nel parto, infezioni, cheloidi, cisti, fistole ostetriche – con la convinzione che una volta presa coscienza della situazione e dell’inutilità dell’operazione, si fosse abbandonata sicuramente la pratica.

Il merito di aver imposto la questione all’attenzione politica della comunità internazionale, in particolare delle agenzie e istituzioni delle Nazioni Unite, in un primo tempo restie ad affrontarla per paura della reazione dei governi africani davanti ad una condanna di tradizioni molto vive e rispettate, è delle organizzazioni non governative (ONG) internazionali e africane composte da donne africane.

Il periodo che va dal 1975 al 1985 viene dichiarato “Decennio delle Nazioni Unite per la donna”. Nel 1980 si svolge a Copenaghen un’importante conferenza per fare il punto della situazione sui seguenti punti: salute, educazione e occupazione. Per ciò che concerne le MGF risulta fin da subito chiara la delicatezza della faccenda che inizialmente prende il nome di “circoncisione femminile”, per non urtare la sensibilità dei paesi nei quali viene praticata e delle donne che l’hanno subita. In questo periodo si ha una forte attenzione da parte dei mass media agli aspetti sensazionalistici che danno maggiore importanza alle modalità della pratica, piuttosto che alle cause. Inizialmente molte delegate dell’Africa occidentale che hanno assistito a molteplici e forti campagne contro la pratica non riescono a capire il motivo di tanto interesse, dato che attribuiscono maggiore priorità ad avere cibo e acqua potabile. Molti esperti impiegati nel settore si convincono che uno dei modi più efficaci per sostenere le donne africane attive in questo campo è il sostegno finanziario a progetti specifici e attività educative pianificate e condotte da cittadine dei paesi interessati, a condizioni da esse imposte. Nel 1988 nel Parlamento di Mogadiscio, in Somalia, paese dove fino a qualche anno prima era proibito anche solo nominare l’infibulazione in pubblico, viene tenuta una conferenza internazionale indetta dall’Organizzazione Nazionale delle Donne Somale e dall’AIDOS, l’Associazione Italiana Donne per lo

Sviluppo, per analizzare la situazione e promuovere altri progetti. Nello stesso anno l'OMS porta le MGF all'attenzione dei servizi sanitari di base e ufficialmente afferma che tali pratiche sono una violazione dei diritti umani. Nel 1979 viene approvata la convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (CEDAW), dieci anni dopo viene promossa quella sui diritti dell'infanzia: entrambe proibiscono le mutilazioni genitali femminili, considerate discriminatorie e nocive nei confronti di donne e bambine. Ma è negli anni Novanta con la Conferenza di Vienna sui diritti umani (1993), la Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo (1994) e la Conferenza di Pechino sulle donne (1995) che la prevenzione di tali pratiche entra nell'ambito di programmi che riguardano lo sviluppo sostenibile, i diritti riproduttivi e l'empowerment delle donne. Da quel momento il numero di operatori, che scende in campo per combattere questo fenomeno, si allarga a dismisura, con un incremento delle organizzazioni che intervengono a livello locale, delle ONG, dei comitati spesso appoggiati dai governi e contemporaneamente aumentano i paesi africani che adottano leggi che vietano le MGF e si sperimentano nuovi progetti e strategie¹.

2. I principali approcci dei programmi contro le MGF

Gli ultimi vent'anni sono stati caratterizzati da un fiorire di progetti e programmi di prevenzione delle MGF, realizzati in quasi tutti i paesi africani nei quali queste sono presenti. Nel 1999 l'OMS pubblica i risultati di una grande ricerca affidata all'organizzazione non governativa PATH² (Program for Appropriate Technology in Health) che ha l'obiettivo di documentare «lo status e i trend nella programmazione per la prevenzione delle MGF e identificare gli elementi cruciali cui dare la priorità nell'assegnazione delle risorse in futuro». Tale analisi ha lo scopo di stilare programmi atti alla prevenzione delle MGF e di identificare gli elementi cruciali ai quali dare la priorità nell'assegnazione delle risorse per il futuro. Essa inoltre deve monitorare l'evoluzione degli sforzi per combattere

¹ Cfr. A cura di Daniela Colombo e Cristiana Scoppa, *Moolaadé. La forza delle donne*, Feltrinelli Editore, Milano, 2006.

² WHO, *Female Genital Mutilation. Programmes to Date: What Works and What Doesn't. A Review*, WHO, Ginevra, 1999.

questo fenomeno. Come prima cosa il documento spiega le motivazioni che supportano la pratica e ne spingono alla sua perpetuazione: un insieme di «miti, convinzioni, valori e codici di condotta che fanno sì che tutta una comunità veda i genitali esterni delle donne come potenzialmente pericolosi, che se non eliminati hanno il potere di colpire negativamente la donna che non sia stata sottoposta alla pratica, la sua famiglia e l'intera comunità. Per assicurare che le persone adulte rispettino la pratica, le comunità hanno messo in atto potenti sistemi di convincimento, che comprendono il rifiuto della donna non escissa/infibulata come possibile sposa, il rischio di divorzio immediato dalle mogli che non si rivelassero intatte, la derisione pubblica e la minaccia di escissione in pubblico al momento delle nozze, l'instillamento di paure ancestrali di possibili rischi. Mentre alle ragazze circoncise sono riservati doni, riconoscimento pubblico, la possibilità di sposarsi, rispetto e ingresso nella comunità degli adulti.»

Rispetto a queste linee guida la ricerca confronta i risultati rilevati in 88 rapporti di progetti e valuta con missioni sul campo l'impatto dei programmi realizzati da diversi operatori in Burkina Faso, Egitto, Etiopia, Mali e i risultati di singoli progetti in Kenya, Uganda e Senegal. L'obiettivo è quello di comprendere se gli strumenti adottati, i resoconti prodotti, le strategie messe in atto sortiscono una certa efficacia nel modificare queste convinzioni sia a livello individuale sia comunitario, o producono una sorta di chiusura della comunità, che a questo punto si trova a dover agire in clandestinità. La PATH si raccomanda di non ricorrere assolutamente a materiali atti a spaventare la popolazione o a incutere un timore per la pratica incomprensibile per coloro che da sempre la eseguono e che, giudicandola normale, non immaginano nemmeno altre alternative, o ancora a suscitare paura della persecuzione da parte della legge e di non criminalizzare eccessivamente le praticanti che la effettuano senza intervenire sulle famiglie che la richiedono.

In una successiva pubblicazione³ una società tedesca per la cooperazione tecnica, la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), dipendente dal ministero degli Esteri, che sostiene progetti per combattere

³ GTZ, *Addressing Female Genital Mutilation. Challenges and Perspectives for Health Programmes, Part I: Selected Approaches*, GTZ, Eschborn (Germania), 2001.

le MGF in diversi paesi, ha presentato un documento in cui si elencavano sinteticamente i principali approcci utilizzati. Essi comprendono:

- a) *L'approccio salute* coinvolge personale medico e paramedico in attività di informazione sui rischi per la salute connessi con la pratica, con l'idea che una volta compresa la gravità delle conseguenze a breve e a lungo termine si abbandoni automaticamente la pratica. Tuttavia esso, in alcuni casi, ha spinto le popolazioni a ricercare soluzioni alternative per evitare conseguenze spiacevoli, innanzitutto affidandosi a personale sanitario per eseguire la pratica o addirittura fornendo alle tradizionali praticanti, tutto il materiale necessario per un intervento sterile. Inoltre non bisogna dimenticare che con il tempo le MGF sono diventate una fonte di reddito aggiuntivo per il personale medico e paramedico, spesso sottopagato, e che quindi vengono incentivate proprio da questi ultimi.
- b) *La formazione del personale medico come promotore del cambiamento* nasce dalle considerazioni del ruolo molteplice che esso svolge nei paesi in cui si praticano le MGF. Se a livello personale il medico si trova a dover scegliere se continuare la pratica per un forte senso di appartenenza alla propria cultura, o rinnegarla in nome dell'esplicito divieto dell'OMS nel compiere qualsiasi atto che arrechi danni irreversibili alla salute fisica e riproduttiva della donna, a livello comunitario esso svolge plurimi ruoli: è a lui infatti che si rivolge per prima la famiglia in caso di complicazioni di una escissione o infibulazione, o una coppia in caso di problemi, in particolare nei rapporti sessuali (frigidità, sterilità ...), che quasi sempre derivano dalla pratica. Questi contatti diretti con i membri della comunità sono molto importanti, se non addirittura fondamentali. Infatti il medico, giudicato da tutti il possessore di un sapere superiore, finisce per avere grande influenza sulle opinioni e le credenze dei propri pazienti, promuovendo il cambiamento.
- c) *La formazione e riconversione professionale delle praticanti tradizionali*, attuata in Etiopia e in diversi paesi dell'Africa Occidentale, quali Guinea, Ghana, Mali e Burkina Faso, comprende programmi di sensibilizzazione che, non solo mirano a rendere consapevoli le praticanti delle conseguenze negative delle loro

operazioni, ma soprattutto offrono alternative redditizie a questa mansione, come per esempio la produzione agricola, il piccolo artigianato e il commercio. La pecca di questo progetto è che interviene principalmente sull'offerta e non sulla domanda, che è il reale punto di forza della continuazione del fenomeno; infatti le famiglie, pur di far mutilare le loro figlie, le portano in un altro villaggio, oppure chiamano le praticanti di un'altra zona, o ancora peggio si rivolgono a persone che non hanno mai eseguito operazioni del genere e che, spinte dal guadagno, accettano di farle. Simili interventi devono perciò coinvolgere tutta la comunità se si vuole sperare di raggiungere un vero cambiamento.

- d) *Riti alternativi di passaggio all'età adulta* sono stati proposti e sperimentati soprattutto in Kenya e in Gambia. Con una valutazione del 1999, l'OMS aveva evidenziato come tali riti, accettati con grandi feste e pubbliche dichiarazioni, possono funzionare solo in quei contesti in cui le MGF sono viste come rituale di passaggio all'età adulta, che implicano quindi non solo l'operazione in sé e per sé, ma anche una trasmissione di saperi e un nuovo status sociale. Ma negli ultimi anni, l'età in cui le bambine vengono sottoposte alla pratica si sta abbassando e di conseguenza la dimensione rituale sta scomparendo, perciò tale strategia rischia di essere incompatibile con questi nuovi contesti. Potrebbe funzionare invece se si ricorresse ad un programma di sensibilizzazione da attuare già dall'infanzia e che coinvolga tutte le fasi della vita, per esempio il sistema adottato dall'associazione BAFROW in Gambia del quale si parlerà più avanti.
- e) *L'uso di materiali IEC* – abbreviazione che sta per Information, education, communication – è impiegato nei programmi di prima generazione, che puntano a suscitare un dibattito aperto nella società e a promuovere comportamenti diversi rispetto alla pratica di MGF, sulla base delle nuove informazioni di cui si viene a conoscenza. Molti sono i materiali usati in questi progetti, quali libretti, tavole colorate, dèpliant, poster, locandine che servono a stimolare i dibattiti. L'OMS ha stilato una lista dei messaggi che in essi ricorrono maggiormente. Tra questi ritroviamo:

- le MGF causano conseguenze negative alla salute di donne e bambine;
- le MGF sono una pratica tradizionale nociva;
- L'uso degli stessi strumenti per effettuare l'operazione può provocare la diffusione dell'AIDS;
- Le MGF violano i più elementari diritti di donne e bambine;
- Le MGF non sono imposte dall'Islam;
- Una ragazza non escissa è una buona moglie;
- Le MGF non servono a prevenire la promiscuità sessuale;
- Le MGF riducono il piacere sessuale;
- Le MGF sono contrarie agli insegnamenti cristiani;
- Le MGF non possono più essere considerate un rito di passaggio all'età adulta, dato che l'età in cui vengono praticate si abbassa continuamente.

Molto spesso questi messaggi sono il risultato di discussioni a tavolino che non tengono conto del contesto di riferimento e che quindi provocano, come già accennato in precedenza, paure incomprensibili, portando la comunità ad agire clandestinamente.

- f) *Il coinvolgimento delle autorità religiose* è un elemento essenziale di molti programmi a livello locale. Il Comitato Inter-Africano (IAC) ha sempre cercato di mobilitare il clero, sostenendo il dialogo interreligioso e il confronto con i leader tradizionali. Questi ultimi svolgono un ruolo molto importante per la comunità e risultano essenziali per promuovere un cambiamento dei comportamenti. Ma essi devono essere i primi ad aver abbandonato la pratica e a non tollerare che venga continuata dai propri fedeli. Devono perciò possedere conoscenze teologiche adeguate per motivare la propria scelta, per affrontare un dibattito con la comunità e risolvere molti dei dubbi che in una situazione del genere si vengono a creare e devono sostenere le singole famiglie che decidono di abbandonare la pratica, ma soprattutto devono guidare la comunità intera verso un futuro senza MGF. Non basta infatti affermare che né il Corano, né la Bibbia prescrivono questa pratica, poiché la maggioranza della popolazione è convinta proprio del contrario.
- g) *Devianza positiva* è un nome dato ad un approccio sperimentato in maniera sistematica in Egitto dal Centre for Development and

Population Activities (CEDPA). Per prima cosa questo progetto puntava a identificare le famiglie che avevano già abbandonato la pratica, cioè i “devianti positivi”. Sulle testimonianze raccolte in base alle motivazioni che le hanno portate a questo cambiamento, il percorso seguito per maturare la decisione e le modalità con cui hanno resistito alla forte pressione della comunità, sono state elaborate nuove strategie e attività di sensibilizzazione. Nella seconda fase del progetto sono state individuate le bambine a rischio, quelle cioè che avevano raggiunto l’età per essere mutilate; sono stati formati piccoli gruppi di devianti positivi che sono entrati in contatto con le famiglie di queste ultime e dopo averne conquistato la fiducia, le hanno progressivamente portate a riconsiderare la loro decisione in merito alle MGF. Da questo momento in poi la sfida è assicurare un monitoraggio continuo, in modo da evitare un ripensamento, almeno fino a quando la ragazza sarà sposata: se il marito non avrà preteso che sia escissa o infibulata prima delle nozze, è molto raro che la pratica sia pretesa successivamente.

- h) *L’approccio basato sui diritti umani* punta a far comprendere, soprattutto alle comunità praticanti, quali siano i diritti fondamentali della persona, in particolare quelli di donne e bambine, quali sono i vantaggi che derivano dal loro rispetto e come le MGF ne siano una palese violazione. Questo tipo di strategia, per essere efficace, deve mediare con i valori condivisi dalla comunità e usare un linguaggio adeguato e rispettoso di quei principi, per poter comunicare dei concetti che di primo impatto possono sembrare non solo difficili da comprendere, ma anche astratti. Per questo motivo il coinvolgimento dell’intera comunità è essenziale. Inoltre tale approccio utilizza convenzioni e trattati per fare pressione sui governi, affinché intervengano al più presto nella prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, per salvaguardare i diritti sessuali e riproduttivi delle donne, come definito nel 1994 dal programma d’azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo.
- i) *L’approccio legale* punta ad ottenere leggi che proibiscano veramente la pratica. Infatti in una ventina di paesi africani esiste già una legge che proibisce le MGF; ma nella maggioranza dei casi si tratta di norme che puniscono la pratica, ma non prevedono misure di

prevenzione o fondi per la realizzazione di attività di sensibilizzazione. Inoltre spesso l'applicazione della legge è carente, poiché la stessa classe giudiziaria è favorevole alla pratica oppure interviene per criminalizzare solo coloro che la mettono in atto, senza intervenire sulle famiglie che la richiedono. È perciò chiaro che la legge da sola non basta a modificare l'insieme di credenze e di valori che assicurano la perpetuazione del fenomeno. Occorre quindi ricorrere ad una legislazione più ampia che basi la sua politica anche su altre questioni, quali: l'uguaglianza fra i sessi; la protezione contro ogni forma di violenza nei confronti di donne e bambine; il ricorso a campagne di sensibilizzazione che facilitino la comprensione e il rispetto della legge; il suo uso di strumento per prevenire la pratica e non solo per punirla una volta che è avvenuta; il coinvolgimento di tutti gli attori presenti sul territorio che devono essere dotati di risorse finanziarie, umane e tecniche appropriate.

- j) *Basare la programmazione sulla ricerca* è l'orientamento più usato di recente. Infatti, come ha messo in evidenza l'OMS, affinché i progetti siano aderenti al contesto, rispondano ai bisogni della popolazione e adottino strategie efficaci, la ricerca, sia qualitativa che quantitativa, deve accompagnarli in tutte le sue fasi. Prima di avviare un intervento, occorre svolgere una ricerca di base sul campo; includere nelle attività che vengono attuate un sistema di monitoraggio costante; rafforzare la comprensione dell'intervento attraverso una documentazione critica; infine valutare onestamente i risultati raggiunti, sulla base degli indicatori utilizzati nella ricerca di base.

3. Costruire il cambiamento

Per poter giungere ad un vero e proprio cambiamento le MGF devono essere comprese all'interno del contesto socio-economico in cui vengono praticate. Inoltre le prime che devono essere coinvolte sono le donne, le quali devono realmente convincersi che tale pratica non solo è dannosa per la loro salute, ma anche inutile. Solo provocando in queste ultime un profondo mutamento di idee si può sperare di coinvolgere tutta la comunità e avere risultati persistenti e duraturi.

Una delle associazioni italiane che più si è impegnata nella lotta contro le MGF è l'AIDOS (nata nel 1981 dopo la conferenza di Copenaghen), che in collaborazione con la SWDO, l'Organizzazione Democratica delle Donne Somale, hanno fin da subito realizzato un'importante "campagna d'informazione, per lo sradicamento dell'infibulazione in Somalia"⁴. Essa si basa sulla definizione di "pacchetti informativi" che comprendono una serie di informazioni, suddivise in unità tematiche, rivolte a particolari fasce della popolazione: donne, giovani, religiosi, medici e paramedici.

Viene poi incaricato un Comitato tecnico-somalo per analizzare il materiale informativo prodotto, al fine di garantire il rispetto dei principi base della loro cultura. Alcune difficoltà sono state riscontrate sulle modalità di divulgazione delle informazioni, per poi giungere ad un accordo metodologico basato principalmente su un'educazione informale e partecipativa e su gruppi di discussione formati da donne, che commentavano i materiali audiovisivi proposti. Inoltre il progetto prevedeva il coinvolgimento di altri attori sociali, in particolare delle istituzioni, essenziali per il successo della prima conferenza nazionale sulle MGF, organizzata nel 1988 nel Parlamento somalo.

Da allora sono state molte le organizzazioni che hanno adottato un simile approccio. In particolare, attraverso la formazione di equipe tecniche dei comitati nazionali dello IAC, in Etiopia, Sudan, Nigeria e Gambia sono stati elaborati moduli multimediali di formazione, usati come punto di partenza per la costruzione di campagne di informazione e seminari su misura per il contesto locale nel quale l'organizzazione si sarebbe trovata ad intervenire. Una delle campagne di sensibilizzazione più riuscite è la *Storia di Fatoumata. Strategie per il cambiamento*, in cui si pianta un albero per segnare il passaggio della bambina all'età adulta, invece di mutilarla. Questo progetto fu portato avanti in Gambia nel 1993 dall'associazione BAFROW, che lo rinominò "My baby tree", ed ottenne grandi risultati.

Nei suoi successivi progetti, l'AIDOS puntò a rafforzare le capacità di programmazione e gestione degli interventi di sviluppo delle organizzazioni locali in Africa, includendo la prevenzione delle MGF in tutti i programmi per lo sviluppo: quelli riguardanti la salute, in particolare

⁴ Dati reperiti dal sito <http://www.aidos.it/ita/pubblicazioni/pubblicazioni.php?sezione=12>, consultato in data 10/05/2012.

quella sessuale e riproduttiva delle donne, quelli per la lotta alla povertà, per la loro istruzione e alfabetizzazione e infine per i diritti umani e di cittadinanza. Questo approccio mira a collegare tra loro vari aspetti atti a costruire un ambiente socio-culturale favorevole al cambiamento, sia a livello individuale che comunitario, affrontando le disparità di potere che intercorrono tra uomini e donne e inserendo azioni di prevenzione delle MGF in un ampio quadro legislativo.

4. Cinque fasi per il cambiamento

Susan Izett e Nahid Toubia, due ricercatrici che da anni si occupano di MGF, sostengono che come tutti i cambiamenti sociali, anche l'abbandono di queste pratiche debba passare per varie fasi. A tal proposito esse hanno elaborato una tabella⁵ raffigurante un autobus che inizia un lungo percorso su una strada tortuosa caratterizzata da cinque "stazioni":

- 1) *pre-contemplazione*: avviene quando una persona o comunità, avente un proprio bagaglio culturale di valori e convinzioni, entra in contatto con nuove informazioni ed esperienze, o cambiamenti sociali;
- 2) *contemplazione*: si verifica quando aumenta l'interesse per il nuovo fenomeno dei quali si è testimoni e il proprio sistema di pensiero entra in crisi;
- 3) *preparazione*: avviene quando c'è un cambiamento nel modo di pensare e di conseguenza la decisione di agire in modo diverso;
- 4) *azione*: è quella fase in cui si condivide con gli altri e si dichiara pubblicamente la nuova decisione presa;
- 5) *mantenimento*: è l'ultima fase del processo che porta al cambiamento e anche la più difficile, poiché si affronta l'opposizione del contesto dominante rispetto al quale è stato messo in atto un comportamento nuovo e si resiste sulle proprie posizioni, gestendo i conflitti.

Le due studiosse hanno inoltre elaborato un insieme di strategie ed approcci, simili a quelli descritti in precedenza, accompagnati da ricerche e dati statistici. Da una fase all'altra sono sempre possibili deviazioni, che portano la donna ad abbandonare il cambiamento: se per esempio le

⁵ Susan Izett e Nahid Toubia, *Learning about social change. A research and evaluation guide book using female circumcision as a case study*, Rainbo, New York, 1999.

informazioni che essa riceve sono confuse e contraddittorie, possono concorrere al radicamento delle convinzioni precedenti; se interviene qualcuno che influenza le decisioni – anziani, leader religiosi – la scelta di cambiare potrebbe non essere mai portata a termine; se la pressione sociale contraria è troppo forte, si potrebbe riconsiderare la scelta di voler abbandonare la pratica.

Se invece l'intera comunità si muove nella stessa direzione per costruire un ambiente socio-culturale favorevole al cambiamento, anche il processo di abbandono delle mutilazioni genitali femminili subisce un'accelerazione, coinvolgendo strati sempre più ampi di popolazione che porteranno ad un cambiamento totale e irreversibile.

Per raggiungere ciò, l'UNICEF ha elaborato un progetto⁶, sostenuto dal ministero italiano degli Affari Esteri, che prevede:

- la mobilitazione dei media, attraverso il Network Stream che riunisce nove paesi africani, per ottenere informazioni valide e complete sulle MGF;
- la realizzazione di conferenze sub-regionali in Africa, per rafforzare il dialogo tra società civile e istituzioni;
- l'adozione di modelli di intervento comunitari che portano a pubbliche dichiarazioni per l'abbandono della pratica;
- campagne di sensibilizzazione per promuovere l'adozione di leggi per prevenire le MGF;
- un lavoro di ricerca e di raccolta dati per monitorare l'effettivo cambiamento dei comportamenti sul territorio.

L'obiettivo è quello di contribuire all'abbandono del fenomeno nell'arco di una generazione, realizzabile solo con un impegno nazionale e internazionale costante.

5. Progetti per l'abbandono delle MGF in quattro paesi

Dopo aver fornito un quadro generale dei vari interventi che ogni anno vengono messi in atto da organizzazioni nazionali ed internazionali in paesi dove la pratica delle MGF è ben radicata, vengono ora presentati alcuni dei progetti più significativi, realizzati dall'UNICEF in quattro paesi africani:

⁶ <http://www.unicef.it/doc/371/mutilazioni-genitali-femminili.htm>, consultato in data 12/05/2012.

Senegal, Egitto, Kenya e Sudan⁷. Nonostante le varie differenze dei tassi di prevalenza, dei contesti e dei tipi di intervento, sia tra diversi paesi, sia nello stesso territorio, il processo che porta all'abbandono di tali pratiche è molto simile.

Gli interventi presi in esame, malgrado le differenze di impatto e di risultato, hanno tutti contribuito al processo di cambiamento sociale.

Senegal

Le MGF sono una pratica profondamente radicata in alcune zone della società senegalese. In esse vige la credenza che mutilando le bambine le si renda idonee al matrimonio, poiché in questo modo la loro moralità, castità e fedeltà vengono preservate.

Nel 2005, in Senegal, il 28% delle donne tra i 15 e i 49 anni era stata sottoposta ad una qualche forma di MGF. I tassi di prevalenza, tuttavia, variano in maniera significativa tra i gruppi etnici e le regioni. Tale pratica è, per esempio, molto diffusa tra le tribù dei Soninké (78%) e i Mandingo (74%) lo è invece molto meno tra i Serer e i Wolof (2% in entrambi)⁸. Questo divario è dovuto alla diversa frequenza del fenomeno presso i molteplici gruppi etnici. Si riscontrano notevoli differenze anche tra le aree urbane (22%) e quelle rurali (34%).

Le ricerche hanno rilevato che quasi tutte le donne sono a conoscenza della pratica, con alcune variazioni a seconda del luogo di residenza, della regione, del grado d'istruzione e dell'etnia. Alcune di loro (18%), ritengono che sia giusto continuare a praticare le MGF. Tale percentuale è molto più elevata tra le donne che sono state sottoposte a escissione (54%) rispetto a quelle che non hanno subito nessun tipo di mutilazione (2%). Questa approvazione si riflette sui tassi di prevalenza delle MGF tra le figlie: il 20% delle donne senegalesi dichiara di aver fatto mutilare una delle proprie figlie.

⁷ Adattamento a opera della Sezione Statistica e monitoraggio, Divisione di Politica e pratica, UNICEF, New York, a partire dai dati della DHS (Demographic and Health Survey, Inchiesta demografica e sanitaria) condotta in Senegal nel 2005.

⁸ Ndiaye, Salif e Mohamed Ayad, *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005* (Inchiesta demografica e sanitaria in Senegal 2005), Centre de recherche pour le développement humain, Dakar, e ORC Macro, Calverton, MD, aprile 2006, pp. 238-240.

I primi interventi governativi per promuovere l'abbandono della pratica furono varati in questo Paese negli anni Settanta, grazie all'enorme contributo apportato da ONG e associazioni locali di donne che portarono tale fenomeno all'attenzione del pubblico. Nel 1984 venne fondato il Comitato senegalese sulle pratiche tradizionali nocive per la salute della madre e del bambino (COSEPRAT). L'impegno politico è andato via via crescendo fino ad arrivare, nel 1997, durante una conferenza internazionale sui diritti umani, ad una pubblica condanna delle MGF da parte di Léopold Sédar Senghor, l'allora presidente del Senegal⁸. La pratica è stata giudicata illegale dal Parlamento nel gennaio del 1999 – per merito delle pressioni dei parlamentari, delle associazioni femminili e dei gruppi di donne – con l'introduzione dell'articolo 299 bis del Codice Penale, che ha reso il reato di MGF punibile con la reclusione dai sei mesi ai cinque anni e con la condanna all'ergastolo e ai lavori forzati in caso di decesso della bambina. Inoltre per favorire la pubblica accettazione del provvedimento, il governo ne ha sospeso l'esecuzione per due anni, durante i quali ha promosso interventi di sensibilizzazione, formazione e informazione sui contenuti della nuova normativa. Per di più esso ha compreso le misure per porre fine alle MGF in un ampio quadro politico nazionale che include il Programma nazionale per la salute riproduttiva (1997-2001), il Programma nazionale per la salute e lo sviluppo sociale (1998-2007), il Piano d'azione per le donne (1997-2001) e il Documento strategico per la riduzione della povertà (2006-2010)⁹. Nel 2000 il Ministero della Famiglia e della Solidarietà nazionale ha stilato un piano d'azione nazionale per l'abbandono delle MGF (2000-2005) allo scopo di coordinare tutti gli attori sociali che lavorano in Senegal per porre fine alla pratica. Tale programma è stato elaborato per promuovere e proteggere i diritti di donne e bambine e per sostenere l'abbandono collettivo di ogni forma di MGF. Dopo otto anni, alla luce dei risultati raggiunti, il governo ha deciso di adottare un approccio guidato dalle comunità e basato sui diritti umani, facendone

⁸ Le informazioni sono tratte dalla ricerca realizzata dall'Ufficio nazionale dell'UNICEF in Senegal, Gomis, Dominique e Mamadou M. Wone, *L'Excision au Sénégal: sens, portée et enseignements tirés de la réponse nationale*, relazione conclusiva, UNICEF Dakar, agosto, 2008.

⁹ Deme, Alimata, *Evaluation de la mise en oeuvre au Sénégal du plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique*, relazione per WHO Senegal, Dakar, 22 settembre 2003, pp. 15-16.

l'elemento centrale del nuovo Piano d'azione nazionale 2010-2015¹⁰. Quest'ultimo, varato nel 2010, si incentra su tre componenti fondamentali: la messa in atto di programmi educativi nelle lingue nazionali, il coinvolgimento di reti sociali e il sostegno alle dichiarazioni pubbliche di abbandono della pratica¹¹. Oltre a numerose ONG, anche le Nazioni Unite appoggiano questi progetti nell'ambito del loro sostegno alla promozione dei diritti umani¹².

In Senegal la ONG che ha promosso maggiori interventi è la TOSTAN, operativa dal 1991¹³. Uno degli ultimi programmi per l'empowerment delle comunità prevede due corsi – che hanno una durata di 30 mesi – uno per gli adulti e uno per gli adolescenti, composti ciascuno da 25-30 persone. Questi sono tenuti nelle lingue locali e utilizzano elementi delle tradizioni culturali come canzoni, danze, proverbi e rappresentazioni teatrali. L'apprendimento si basa su situazioni di vita quotidiana, fornisce informazioni pratiche e promuove la discussione collettiva su temi importanti per la comunità. Più è diffusa la partecipazione, più coerenti saranno le decisioni prese durante le lezioni¹⁴.

Il programma, quindi, cerca di interessare tutti i membri della comunità in discussioni su come migliorare la propria condizione e incoraggia la partecipazione di leader tradizionali e capi religiosi, associazioni di donne, gruppi di giovani e di persone normalmente emarginate. Inoltre, benché le MGF siano spesso considerate “problemi di donne”, il programma pone l'accento sul pieno coinvolgimento degli uomini, il cui ruolo è

¹⁰ Diop-Diagne, Astou, *Evaluation du plan d'action national pour l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines*, Ministero della Famiglia, solidarietà sociale e imprenditoria femminile, Dakar, settembre 2008, pp. 8, 35.

¹¹ Gillespie, Gannon, ‘Senegal: Total End of Female Genital Cutting Now in Sight’, comunicato stampa Tostan, 18 febbraio 2010, www.tostan.org/web/module/events/pressID/144/interior.asp.

¹² UNICEF, insieme con UNFPA, UNIFEM, UNDP, UNESCO e WHO, è impegnato ad accelerare l'abbandono delle pratiche dannose nell'ambito del Quadro di assistenza allo sviluppo delle Nazioni Unite 2007-2011. Vedere Nazioni Unite, *Plan-Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) 2007-2011*, Sistema delle Nazioni Unite in Senegal, 2007, p. 47.

¹³ Per una discussione del programma educativo di Tostan prima della piena introduzione dei diritti umani, vedere Easton, Peter, Karen Monkman e Rebecca Miles, ‘Breaking Out of the Egg: Methods of transformative learning in rural West Africa’, in *Transformative Learning in Practice: Insights from community, workplace, and higher education*, a cura di Jack Mezirow ed Edward W. Taylor, John Wiley & Sons, San Francisco, 2009, pp. 227-239.

¹⁴ Il Programma di *empowerment* comunitario è strutturato in due fasi. La prima è chiamata *kobi*, una parola mandinga che significa ‘preparare il campo per la semina’. Questa fase dura un anno e attinge alle tradizioni orali per innescare il dibattito e il dialogo su questioni relative al benessere della comunità. La seconda fase, dedicata ai corsi di alfabetizzazione e alla formazione sulla gestione collettiva, dura 18 mesi ed è chiamata *aawd*, una parola fulani che significa “piantare il seme”.

determinante nel processo trasformativo; promuove inoltre la partecipazione dei giovani, dando loro un ruolo di primo piano nel processo di cambiamento.

La formazione inizia con alcuni esercizi che incoraggiano i partecipanti a esprimere creativamente le proprie aspirazioni e la propria visione ideale del futuro. Nella maggior parte dei casi viene manifestato il desiderio di avere una comunità in cui vi siano pace, uguaglianza, lavoro, salute, istruzione, servizi e sicurezza per tutti. Attraverso la visione di un cambiamento possibile i partecipanti cominciano a valutare nuovi punti di vista e a non avere più una visione statica della realtà. Nel condividere le proprie aspirazioni per il futuro, il gruppo viene incoraggiato e guidato a confrontarsi, a mettere in discussione, ad approfondire e infine a costruire consenso intorno a obiettivi comuni per il domani. Ed è questo il principale scopo formativo di tutto il programma¹⁵. Tali esperienze accrescono la fiducia in sé, in particolar modo tra le donne e le bambine, che trovano il coraggio di esprimere le proprie opinioni e illustrare i timori per la propria salute. Infatti ciò ha portato, nel 1997, in occasione della prima dichiarazione pubblica in Senegal, che poi è stata la prima del suo genere in Africa, le donne ad affermare davanti a tutti i presenti, compresi i giornalisti invitati per l'evento, che anche loro hanno diritto di esprimere le loro opinioni¹⁶. Nel 2009 i villaggi che avevano preso parte al Programma di empowerment delle comunità, dichiarando pubblicamente di voler abbandonare le pratiche di MGF, erano 4.121¹⁷. Tali dichiarazioni sono il risultato di un processo di creazione del consenso che incoraggia la riflessione ed il dibattito tra i diversi villaggi e all'interno degli stessi. I rappresentanti delle tribù che non hanno ancora rinunciato alla pratica, vengono incoraggiati a partecipare, per potersi rendere meglio conto che è possibile abbandonare le MGF. Inoltre, grazie ai mezzi di comunicazione, si riescono a diffondere in breve tempo tutte le notizie sui villaggi che

¹⁵ Gillespie, Diane e Molly Melching, 'The Transformative Power of Democracy and Human Rights Nonformal Education: The case of Tostan', *Adult Education Quarterly*, 2010, pp. 15-16.

¹⁶ Reaves, Jessica, 'Walking Away from the Past: How does an outsider change a culture? From the inside, says activist Molly Melching', *Chicago Tribune Magazine*, 25 novembre 2007.

¹⁷ Tostan, '158 Villages in the Department of Koungheul Join the Movement to Abandon Harmful Traditional Practices', comunicato stampa, Tostan, Koungheul (Senegal), 20 novembre 2009, e Comitato francese per l'UNICEF, 'Excision: Informer les communautés pour les aider à mieux décider', 4 febbraio 2010, modificata il 5 marzo 2010.

hanno scelto un'alternativa a tali pratiche, senza ripercussioni negative per le bambine o per altri membri della comunità.

Da una valutazione approfondita del programma di Tostan in tre regioni del Senegal è emerso che le dichiarazioni pubbliche rappresentano un momento vitale nel processo decisionale della comunità e che tali dimostrazioni di impegno collettivo innescano un abbandono su vasta scala. In alcune aree l'idea di un annuncio pubblico è stata osteggiata per timore di esporsi a critiche pubbliche o all'esclusione sociale. Coloro che hanno rinunciato apertamente a tutte le forme di MGF hanno preso questa decisione al termine di un lungo processo di riflessione e discussione con altri membri della comunità, nel corso del quale sono state valutate e soppesate tutte le implicazioni di questa scelta. Le dichiarazioni pubbliche sono un'attestazione della sincerità della comunità e del suo impegno al cambiamento.

Per ciò che concerne il coinvolgimento di reti sociali, invece, sono state individuate in ogni regione le divisioni amministrative con il più alto tasso di prevalenza di MGF e sono stati attuati interventi nei villaggi più influenti e reattivi di ciascuna unità territoriale¹⁸. Dato che i villaggi sono interconnessi da legami di parentela, coloro che hanno partecipato al progetto, vengono invitati a condividere quanto appreso con i loro familiari residenti nei territori limitrofi. Questo procedimento rafforza i rapporti sociali esistenti e incoraggia gli individui ad assumere ruoli nuovi, in modo da potenziare le proprie competenze e acquisire maggiore sicurezza di sé. Inoltre gli adolescenti svolgono una funzione essenziale nel facilitare il dialogo intergenerazionale. Ciascun villaggio che prende parte direttamente al Programma di *empowerment* delle comunità deve coinvolgerne a sua volta altri tre o cinque villaggi, dando vita così a un cambiamento su vasta scala. I leader tradizionali, i capi religiosi e altri membri influenti della comunità facilitano il coinvolgimento dei villaggi entro cui abitualmente si contraggono i matrimoni, discutono le questioni rilevanti e stimolano il dibattito. Queste riunioni, che coinvolgono anche duecento persone dei

¹⁸ Tra le principali organizzazioni che lavorano per porre fine alle MGF in Senegal si annoverano: l'Associazione senegalese per il benessere delle famiglie (ASBEF); il Comitato Senegalese sulle pratiche tradizionali dannose per la salute della madre e del bambino (COSEPRAT); ENDA-ACAS (Ambiente e azione per lo sviluppo-Azione in Casamance); la rete Siggel Jigeen (Rete per l'*empowerment* delle donne); Donne e società; il Collettivo delle donne parlamentari; la Rete dei parlamentari per la popolazione e lo sviluppo; la Rete dei giornalisti per la popolazione e lo sviluppo; la Rete dei comunicatori tradizionali; e Tostan.

diversi villaggi, si svolgono con frequenza variabile fino a raggiungere un accordo sulle problematiche riguardanti le famiglie allargate e le reti sociali, inclusa la decisione di abbandonare collettivamente le MGF. Questa diffusione organizzata alimenta un processo di cambiamento tra tutti i gruppi all'interno dei quali si contrae matrimonio, che spesso culmina in una dichiarazione pubblica di abbandono della pratica. La diffusione delle informazioni nei villaggi viene accelerata da programmi radiofonici locali, trasmessi nella lingua nazionale.

Un'analisi dei risultati del Piano d'azione nazionale 2000-2005 condotta nel 2008 ha confermato che in Senegal la pratica delle MGF è in declino. Nelle comunità che hanno dichiarato l'abbandono, le bambine non mutilate sono pienamente accettate nella società e in grado di sposarsi, a indicare un cambiamento della convenzione sociale. Anche laddove non si è verificato un abbandono, vi sono segnali che le norme sociali stanno mutando. Per esempio, la pratica non è più accompagnata da cerimonie pubbliche, a testimoniare che oggi le MGF non sono più considerate motivo di celebrazione collettiva. Col passare del tempo, le modalità con cui si continua a effettuare la pratica sono state influenzate dalle leggi che hanno reso tale fenomeno un reato penalmente perseguibile e dalla crescente consapevolezza della sua illegalità tra la popolazione¹⁹.

Altre esperienze simili in Senegal hanno dimostrato la validità di un approccio che promuove la pace e la trasformazione positiva, anziché 'il biasimo e la vergogna', e unisce gli individui attorno all'abbandono collettivo di una pratica, invece di dividerli per combattere contro le tradizioni.

Egitto

Le prime iniziative di sostegno per abbandonare le pratiche di MGF in Egitto, risalgono agli anni Venti. Per molto tempo tale fenomeno è stato considerato un argomento tabù, al punto che le discussioni pubbliche sulla pratica erano rare o inesistenti. Ma grazie alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo organizzata nel 1994 al Cairo dalle Nazioni Unite,

¹⁹ Diop-Diagne, Astou, *Evaluation du plan d'action national pour l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines*, Ministero della Famiglia, solidarietà sociale e imprenditoria femminile, Dakar, settembre 2008.

le conseguenze delle MGF per la salute di donne e bambine furono oggetto di grande attenzione. Uno dei risultati più importante di tale occasione è stata la creazione di un movimento nazionale – detta anche task force – formato da circa 60 organizzazioni di base, costituito per svolgere interventi di sensibilizzazione contro le MGF, analizzando i fattori culturali e sociali che ne favoriscono la perpetuazione. Nonostante si era arrivati a riconoscere tali pratiche come un problema di salute e di diritti umani, per la maggior parte degli anni Novanta le informazioni che circolavano sulle MGF erano spesso confuse e addirittura contraddittorie. Talvolta erano i leader religiosi di diverse confessioni ad alimentare l'erronea convinzione che sottoporre le bambine a escissione fosse un obbligo religioso. Le informazioni incoerenti e inesatte, inoltre, generavano sospetti tra le famiglie e le comunità, accrescendo la loro esitazione a porre fine alla pratica. Le accuse di una “cospirazione occidentale” contro le tradizioni egiziane erano all'ordine del giorno²⁰.

Il movimento, tuttavia, ha portato le MGF all'attenzione del governo egiziano che nel 2002 ha iniziato a sostenere la causa dell'abbandono della pratica a livello nazionale, fornendo assistenza locale alle organizzazioni e ai giovani. Grazie a questi interventi tale questione ha riscosso pian piano maggiore consenso, coinvolgendo non più solo gruppi di femministe, ma anche studenti, istituzioni scolastiche, volontari, anziani e leader religiosi.

Per favorire il cambiamento socio-culturale, il Consiglio nazionale per l'infanzia e la maternità (NCCM) – l'autorità di governo responsabile per le politiche e i programmi di protezione dell'infanzia – ha esercitato forti pressioni su capi religiosi, leader della comunità ministeri per ottenere il loro appoggio. Affinché le MGF diventassero un reato perseguibile penalmente sono state organizzate numerose assemblee nazionali con parlamentari e rappresentanti dei media e riunioni locali alle quali hanno partecipato membri della comunità con i rispettivi figli. In questa occasione il governo ha deciso di prendere i seguenti provvedimenti per proteggere le bambine a rischio:

²⁰ Refaat, Nadia e Amal A. Hadi, *Female Genital Mutilation Abandonment Programme: Evaluation summary report*, Population Council, Ufficio dell'Africa occidentale e settentrionale, Il Cairo, 24 aprile 2008, pp. 6, 7, 15, 16, 21, 24, 52, 54, 59; e Barsoum, Ghada *et al.*, *Mid-Term Evaluation and Documentation of the FGMFree Village Model Project*, Population Council, Ufficio dell'Africa occidentale e settentrionale, Il Cairo, 3 giugno 2008, pp. 16, 73.

- emanazione, nel 2007 da parte del Ministero della Salute e popolazione, di un decreto ministeriale (n. 271) che vietava a medici, infermieri/e, operatori dei servizi e altri soggetti di praticare ogni forma di MGF in qualsiasi circostanza e in qualsiasi contesto. Il decreto sanziona e punisce penalmente i trasgressori²¹;
- messa al bando, nel 2008 da parte del Parlamento egiziano, di ogni forma di MGF su bambine e donne di ogni età, con un emendamento al Codice Penale (articolo 242 bis). Gli articoli che riguardano le lesioni corporali volontarie (241 e 242) vengono ora applicati anche alle MGF;
- emanazione, nello stesso anno e dallo stesso organo giudiziario, di una legge sull'infanzia che tra i vari provvedimenti introduce anche l'istituzione di comitati decentralizzati per la tutela dell'infanzia in ogni governatorato e distretto, con la responsabilità di monitorare l'applicazione della legge anti-MGF e del decreto del Ministero della Salute in materia.

Alcune ricerche condotte su questo territorio attestano che gli interventi più significativi messi in atto dalle ONG e dai vari attori locali per abbandonare questa pratica, sono stati la lotta all'analfabetismo, la promozione del ruolo delle donne nelle azioni di sviluppo, soprattutto nelle aree rurali, e il potenziamento delle capacità delle comunità locali. A questi cambiamenti hanno contribuito sia l'attivismo dei leader religiosi, che hanno denunciato la pratica, sia la testimonianza di molti uomini andati a lavorare all'estero su alternative possibili, che hanno rafforzato la tendenza a rinunciare alle MGF. Una delle più importanti organizzazioni che opera sul territorio egiziano dal 1991, la CEOSS (organizzazione copto-evangelica per i servizi sociali), ha posto particolare attenzione sui concetti di giustizia sociale e di benessere collettivo. Con l'obiettivo di responsabilizzare le comunità e gli individui in tutti gli aspetti della vita, essa sostiene una vasta gamma di progetti di valorizzazione delle comunità e di *empowerment* delle donne in settori quali lo sviluppo economico, la salute, l'agricoltura e l'ambiente. La CEOSS ha inoltre affrontato il tema

²¹ Il precedente decreto ministeriale (n. 261), emanato nel 1996 dal Ministero per la Salute e la popolazione, proibiva ai medici e alle operatrici tradizionali di praticare le MGF negli ospedali (pubblici o privati), nelle cliniche e in altre strutture. Il testo del decreto consentiva tuttavia l'esecuzione della procedura in caso di necessità mediche, creando una scappatoia normativa che ha di fatto favorito la prosecuzione della pratica.

delle MGF all'interno della comunità non esclusivamente come un problema di salute, ma inquadrandolo nel più ampio contesto dei diritti umani. L'abbandono di tali pratiche è il risultato di un processo di discussione collettiva, nel quale si è posta una notevole enfasi anche sulla visione del futuro e sul miglioramento del benessere delle comunità²².

Sull'esempio dei primi successi riscossi dalla CEOSS e da organizzazioni simili, il governo egiziano ha messo a punto due importanti progetti che sono attualmente attivi sul territorio. Uno è "il modello di villaggio libero dalle MGF (FGM-free Village Model)" e l'altro è "il progetto Sostegno all'abbandono delle MGF e protezione dei bambini dalla violenza"²³. I loro programmi promuovono l'abbandono di tale pratica attraverso diverse tipologie di intervento in 162 villaggi situati in 14 governatorati dell'Egitto²⁴. I progetti di educazione e sviluppo comunitario affrontano questioni di interesse locale e vengono attuati da organizzazioni, leader locali, gruppi di persone influenti, giovani e volontari che svolgono un ruolo importante nell'instaurare il dialogo e nell'incoraggiare la comunità a riflettere sulla propria posizione nei confronti della pratica e a rimetterla in discussione. I programmi di educazione comunitaria durano in genere dai due ai quattro anni e coinvolgono un ampio gruppo di partecipanti. Essi creano le condizioni per discutere sulle MGF e su altre pratiche nocive, affrontando contemporaneamente le concezioni erranee e le credenze su cui si basano. Le comunità sono incoraggiate a riflettere criticamente sulle ragioni per cui perpetuano questo fenomeno, e ciò permette l'emergere di nuove prospettive. Gli incontri trattano gli aspetti socio-culturali delle MGF e i suoi effetti negativi sulla salute della donna e sui rapporti matrimoniali;

²² Hadi, Amal Abdel, *Empowerment: From theory to practice – CEOSS experience in the area of the eradication of female genital cutting*, Ceopress, Il Cairo, 2003, pp. 100-109; e Hadi, Amal Abdel, 'A Community of Women Empowered: The story of Deir El Barsha', capitolo 5 in *Female Circumcision: Multicultural perspectives*, a cura di Rogaia Mustafa Abusharaf, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2006, pp. 104-124.

²³ Il progetto Modello di villaggio libero da MGF è stato avviato nel 2003 da NCCM e UNDP con la partecipazione di 20 organizzazioni non governative, UNV, UNIFEM, UNFPA e, dal 2006, Plan International. Il progetto Sostegno all'abbandono dell'E/MGF e protezione dei bambini dalla violenza, avviato nel 2003 sotto gli auspici dell'NCCM con la denominazione di Programma di abbandono della mutilazione genitale femminile, è patrocinato dall'UNICEF in collaborazione con partner governativi e non governativi. Nel 2009 i due interventi sono confluiti in un programma congiunto che sostiene le iniziative del Ministero per la Famiglia e la popolazione finalizzate all'abbandono delle MGF in Egitto.

²⁴ Al dicembre 2009, il progetto Modello di villaggio libero da MGF coinvolgeva 120 villaggi in 10 governatorati, il programma Sostegno all'abbandono dell'E/MGF e protezione dei bambini dalla violenza copriva 18 villaggi (85 comunità) in quattro governatorati, e Plan International copriva 23 villaggi in sei governatorati.

inoltre, sensibilizzano la popolazione sulle leggi vigenti che rendono la pratica penalmente perseguibile, ricordano alle comunità che i testi sacri non prescrivono nessuna forma di MGF e denunciano ogni tipo di violenza contro i minori. Il tema centrale dei programmi educativi è la bambina e il suo benessere, il suo diritto fondamentale all'integrità fisica, all'istruzione, al gioco, a un'alimentazione sana, e la promozione del suo sviluppo fino alla realizzazione del suo pieno potenziale. I membri delle comunità locali acquisiscono nuove conoscenze anche su come proteggersi da alcune malattie molto diffuse, sulle vaccinazioni, l'igiene e gli effetti dannosi del matrimonio precoce. Durante tutto il processo, le comunità vengono invitate a riflettere sul ruolo delle donne e delle bambine, e sull'impatto delle pratiche tradizionali sulle loro vite²⁵.

Le valutazioni hanno confermato l'efficacia dei programmi educativi quando sono inseriti in iniziative per lo sviluppo delle comunità che forniscono servizi sociali, formativi e sanitari a livello di villaggio con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone. Queste attività prevedono anche la formazione di consultori familiari, il miglioramento dell'accesso ai sistemi idrici e fognari e l'istituzione di programmi di microcredito. In molte comunità sono stati inaugurati corsi di alfabetizzazione, asili nido, centri informatici e librerie. Nei villaggi più remoti le unità sanitarie mobili collaborano con studenti universitari per offrire check-up medici, analisi di laboratorio, vaccinazioni e medicazioni, diffondendo contemporaneamente informazioni sulle MGF.

Ad affiancare questi progetti vi sono diversi gruppi di persone influenti della società egiziana, che promuovono l'abbandono della pratica, proponendo valide alternative. La ferma opposizione alle mutilazioni genitali femminili assunta da medici professionisti, organizzazioni religiose e giovani, ha conferito maggiore credibilità e legittimità al movimento per l'abbandono della pratica e ha contribuito a vincere forti resistenze locali.

Nel 2000 alcuni professori universitari di medicina, dichiaratamente contrari al tale fenomeno, hanno creato un movimento chiamato "Medici contro le MGF", annunciando pubblicamente il loro appoggio

²⁵ Per informazioni più dettagliate sulle attività educative, vedere Barsoum, Ghada *et al.*, *Mid-Term Evaluation and Documentation of the FGM-Free Village Model Project*, Population Council, Ufficio dell'Africa occidentale e settentrionale, Il Cairo, 3 giugno 2008, pp. 36-45; e Refaat, Nadia e Amal A. Hadi, *Female Genital Mutilation Abandonment Programme: Evaluation summary report*, Population Council, Ufficio dell'Africa occidentale e settentrionale, Il Cairo, 24 aprile 2008, pp. 31-33.

all'abbandono della pratica e hanno avviato una stretta collaborazione con l'NCCM e altre organizzazioni per sensibilizzare il personale medico riguardo ai rischi delle MGF e alle leggi vigenti che rendono la pratica illegale. Questi medici hanno sconsigliato ai propri colleghi di effettuare tali pratiche a domicilio o in strutture mediche, spiegando che esse violano i codici deontologici professionali sia nazionali che internazionali²⁶.

I leader religiosi, dal canto loro, hanno avuto un ruolo molto importante nel convincere i fedeli ad opporsi alle MGF, assumendo un ruolo di guida e denuncia più marcato. Le loro dichiarazioni pubbliche, che sono state trasmesse da tutti i media egiziani nel 2008 e 2009, hanno avuto un'influenza determinante nel modificare gli atteggiamenti tra i capi religiosi locali e il pubblico in generale.

Anche i giovani hanno denunciato le concezioni errate e i ruoli di genere stereotipati prevalenti all'interno delle proprie famiglie e tra i loro coetanei, specialmente negli istituti scolastici. Migliaia di giovani, nei villaggi, nelle scuole superiori e nelle università, partecipano attivamente alla campagna nazionale per porre fine alle MGF. Circa 50 di loro sono stati reclutati nel Programma dei Volontari delle Nazioni Unite (UNV) per sostenere lo sviluppo e il coordinamento di movimenti e iniziative giovanili. I giovani sono un importante elemento di collegamento nella comunità; le loro attività si focalizzano sulle nuove generazioni, contribuendo, ad esempio, a diffondere informazioni e organizzare azioni di sensibilizzazione sulla pratica, fornendo assistenza individuale alle bambine e alle neospose, e incontrando dirigenti scolastici, studenti e genitori²⁸.

Oltre a questi tre gruppi, le persone che hanno scelto di opporsi alla pratica sono state incoraggiate a condividere la propria esperienza all'interno della propria comunità e a convincere altri a fare altrettanto. Queste persone sono diventate modelli di riferimento per la comunità, offrendo un esempio

²⁶ Barsoum, Ghada *et al.*, *Mid-Term Evaluation and Documentation of the FGM-Free Village Model Project*, Population Council, Ufficio dell'Africa occidentale e settentrionale, Il Cairo, 3 giugno 2008, p. 83.

²⁸ Barsoum, Ghada *et al.*, *Mid-Term Evaluation and Documentation of the FGM-Free Village Model Project*, Population Council, Ufficio dell'Africa occidentale e settentrionale, Il Cairo, 3 giugno 2008, pp. 83-84, 116-120; e Refaat, Nadia e Amal A. Hadi, *Female Genital Mutilation Abandonment Programme: Evaluation summary report*, Population Council, Ufficio dell'Africa occidentale e settentrionale, Il Cairo, 24 aprile 2008, pp. 26, 33-35.

“concreto” di come sia possibile abbandonare tale fenomeno, stimolando una riflessione e una discussione critica sulle MGF²⁹.

Un altro fondamentale aiuto è quello fornito dai media nel portare le MGF al centro del dibattito pubblico, proponendo un nuovo modo di concepire le bambine e il loro benessere senza intaccare i valori locali. È stato fatto un gran lavoro per insegnare ai professionisti dei mezzi di comunicazione come discutere apertamente quello che è stato a lungo un argomento privato tra i più delicati. Per stimolare il dibattito pubblico sulle MGF si è fatto ricorso alla televisione, alla radio, a Internet e alla stampa. Informazioni sulla pratica vengono fornite attraverso cartelloni pubblicitari nelle vie principali, nelle stazioni ferroviarie e negli uffici postali, e trasmesse su grandi schermi nelle stazioni della metropolitana. Nel 2003, su tutti i canali televisivi nazionali e locali, è stata lanciata una grande campagna con lo slogan “El Bent Mysria” (“La bambina egiziana”). Essa è diventata l'icona del movimento per l'abbandono delle MGF e l'emblema nazionale per il progresso delle bambine nella società egiziana, le quali hanno diritto all'istruzione e alla protezione dalle MGF e dal matrimonio precoce.

Per quanto riguarda la rinuncia ufficiale a tali pratiche, anche l'Egitto – come il Senegal – ricorre a dichiarazioni pubbliche. Esse sono affermazioni esplicite dell'impegno collettivo di una comunità a rinunciare alle MGF. Varie ricerche hanno dimostrato che una rinuncia collettiva e coordinata aiuta a contrastare la paura del disonore sociale che insorge quando ci si allontana da usanze così socialmente sentite e accettate. Il primo passo quindi è rendere i membri, che sono propensi al cambiamento, consapevoli del fatto che i loro vicini condividono questa decisione. Le dichiarazioni pubbliche aiutano a mettere in discussione credenze radicate sull'universalità e l'inevitabilità della pratica. Spesso assumono la forma di una cerimonia pubblica condotta alla presenza di funzionari governativi e media, nonché della comunità nel suo insieme. Al termine della manifestazione, la dichiarazione viene firmata dai membri e dai leader della comunità per promuoverne la titolarità e conferire maggiore legittimità al

²⁹ Per maggiori informazioni, vedere *'The Positive Deviance Approach in the Female Genital Mutilation Abandonment Programme'* (L'Approccio della devianza positiva nel Programma di abbandono della mutilazione genitale femminile) in Refaat, Nadia e Amal A. Hadi, *Female Genital Mutilation Abandonment Programme: Evaluation summary report*, Population Council, Ufficio dell'Africa occidentale e settentrionale, Il Cairo, 24 aprile 2008, pp. 12-15, 60.

documento. Assistendo alle cerimonie pubbliche, anche coloro che non partecipano al processo di abbandono hanno modo di ricevere, spesso per la prima volta, informazioni sulle MGF e possono confrontarsi con le famiglie che hanno rinunciato alla pratica. Grazie alle dichiarazioni pubbliche, i membri della comunità che avrebbero potuto scegliere di porre fine privatamente all'usanza hanno l'opportunità di rendere nota la loro posizione. In Egitto le promesse solenni vengono effettuate sia a livello di villaggio attraverso dichiarazioni da parte degli abitanti, sia a livello nazionale, attraverso appelli congiunti. Inizialmente le dichiarazioni pubbliche hanno avuto una diffusione graduale e hanno incontrato resistenza da parte di alcune comunità; ma col passare del tempo il movimento a favore di quest'ultime ha ricevuto ampia copertura mediatica, riscuotendo forte consenso che oggi sta favorendo il coinvolgimento di nuovi gruppi e villaggi in tutto il paese.

Si è quindi consapevoli che per un cambiamento radicale e duraturo non bastano interventi di tipo legislativo o politiche nazionali, ma ci dev'essere volontà, collaborazione ed impegno collettivo.

Kenya

La molteplicità di tradizioni culturali e l'eterogeneità dei numerosi gruppi etnici del Kenya si riflettono nelle diverse forme di MGF praticate in varie parti del paese. I tassi di prevalenza, i tipi di mutilazione e l'età in cui viene effettuata la pratica presentano un notevole grado di variabilità. Presso alcune etnie le MGF non sono praticate affatto; per altre, invece, esse fanno parte di un processo che segna la transizione di una bambina all'età adulta e la predispone al matrimonio. Nelle aree dove il collegamento ai riti di passaggio tradizionali è assente o in declino, le bambine vengono sottoposte alla pratica senza celebrazioni di rilievo e, secondo le ultime segnalazioni, sempre più spesso la procedura è eseguita da personale medico³⁰. Dai dati del 2008-2009 emerge che le MGF vengono effettuate su bambine delle età più diverse; la maggioranza subisce l'escissione tra i

³⁰ Evelia, Humphres *et al.*, 'Contributing towards Efforts to Abandon Female Genital Mutilation/Cutting in Kenya: A situation analysis', Population Council, Nairobi, giugno 2007, p. 5.

12 e i 18 anni³¹. Altri studi attestano, invece, che l'età di esecuzione della procedura si è abbassata rispetto al passato e si sostiene tra i 7 e i 12 anni³². Dalle ricerche condotte dalla DHS (Demographic and Health Survey, inchiesta demografica e sanitaria) in Kenya nel 2008-2009 si è rilevato che il 27% delle donne e bambine tra i 15 e i 49 anni ha subito una forma di mutilazione genitale, con differenze significative tra zone e gruppi etnici³³. I tassi di prevalenza variano dal 98% nella Provincia Nord-Orientale all'1% in quella Occidentale. Per ciò che concerne l'etnia, l'incidenza delle MGF è pressoché universale tra i Somali (98%) e i Kisii (96%) e rara o del tutto assente tra i Luo e i Luhya. Tra il 2003 e il 2008-2009 la prevalenza della pratica è scesa dal 32 al 27%³⁴.

I primi tentativi di promuovere l'abbandono delle MGF in Kenya risalgono agli inizi del Novecento. La pratica venne messa al bando negli anni Trenta a seguito delle denunce dei missionari cristiani, che la definirono "un'usanza barbara"³⁵. Ma il sostegno culturale e nazionalista alle MGF smorzò le iniziative per la sua cessazione, limitando notevolmente il loro impatto. Il primo presidente del Kenya, Jomo Kenyatta, le presentò come "l'essenza stessa di un'istituzione con enormi implicazioni sul piano educativo, sociale, morale e religioso."³⁶

Durante il Decennio della Donna proclamato dalle Nazioni Unite nel 1976-1985, alti funzionari del Governo del Kenya parteciparono a una serie di conferenze che portarono nuovamente alla pubblica attenzione la questione dell'abbandono delle MGF. Il movimento che da esse si formò, continuò ad

³¹ Kenya National Bureau of Statistics e ICF Macro, *Kenya Demographic and Health Survey 2008-09*, Kenya National Bureau of Statistics e ICF Macro, Calverton, MD, 2010, p. 266.

³² Vedere Comitato per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, settima relazione periodica delle parti statali, Kenya, CEDAW/C/KEN/7, Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, Ginevra, 24 marzo 2010, paragrafo 48, p. 14.

³³ Kenya National Bureau of Statistics e ICF Macro, *Kenya Demographic and Health Survey 2008-09*, Ufficio Nazionale di Statistica del Kenya e ICF Macro, Calverton, MD, 2010, pp. 264-268.

³⁴ Fonte dei dati del 2003: Kenya National Bureau of Statistics, Ministry of Health e ORC Macro, *Kenya Demographic and Health Survey 2003*, Kenya National Bureau of Statistics, Ministry of Health e ORC Macro, Calverton, MD, 2004, p. 250. Fonte dei dati del 2008-2009: Kenya National Bureau of Statistics e ICF Macro, *Kenya Demographic and Health Survey 2008-09*, p. 264.

³⁵ Natsoulas, Theodore, 'The Politicization of the Ban of Female Circumcision and the Rise of the Independent School Movement in Kenya: The KCA, the missions and government, 1929-1932', *Journal of Asian and African Studies*, vol. 33, n. 2, aprile, 1998, pp. 137-158.

³⁶ Kenyatta, Jomo, *La montagna dello splendore. Per un'antropologia dell'Africa nera*, A. Mondadori, Milano, 1990, p. 165 (ed. or. *Facing Mount Kenya: The tribal life of the Gikuyu*, Vintage Books, New York, 1965).

attivarsi, coinvolgendo attori locali, ministeri, ONG nazionali e internazionali e le Nazioni Unite. Recentemente gli sforzi per l'abbandono di simili usanze si sono intensificati. Molte organizzazioni nazionali e internazionali hanno messo in atto una vasta gamma di interventi, strategie e approcci³⁷. I dati rivelano che, grazie ai programmi di istruzione scolastica e di educazione comunitaria, sono sempre più numerose le adolescenti che si rendono conto di potersi opporre a questa pratica quando godono del sostegno di altri membri della comunità. Promuovere la cessazione delle MGF, che tra alcuni gruppi etnici è un'usanza di fatto universale, è ormai diventato motivo d'interesse e responsabilità al livello non solo comunitario, ma soprattutto statale³⁸.

Il governo del Kenya ha adottato specifici provvedimenti legislativi per contrastare tali pratiche. Essi sono:

- approvazione della legge sull'infanzia (n.8/2001) che rende perseguibile penalmente la pratica delle MGF su tutte le minori di 18 anni³⁹;
- coordinamento, nel 2005 da parte del Ministero per le Questioni di genere, l'infanzia e lo sviluppo, di tutte le attività riguardanti le MGF attuate da ministeri, ONG e organizzazioni internazionali;
- variazione, nel 2008-2009, del Piano d'azione nazionale per l'accelerazione dell'abbandono della pratica in Kenya⁴⁰;

³⁷ Evelia, Humphres *et al.*, 'Contributing towards Efforts to Abandon Female Genital Mutilation/Cutting in Kenya: A situation analysis', Population Council, Nairobi, giugno 2007, pp. 12-18. L'analisi della situazione nazionale nel 2007 ha identificato 10 strategie impiegate per sostenere l'abbandono delle MGF: (1) approccio delle pratiche tradizionali nocive/rischiose per la salute, (2) illustrazione delle complicazioni sanitarie delle MGF, (3) formazione delle operatrici tradizionali delle MGF e offerta di fonti di reddito alternative, (4) riti di passaggio alternativi, (5) approccio orientato alla religione, (6) approccio giuridico, (7) approccio dei diritti umani, (8) dialogo intergenerazionale, (9) promozione dell'istruzione delle bambine affinché si oppongano alle MGF e (10) sostegno alle bambine in fuga da matrimoni precoci e MGF.

³⁸ Shell-Duncan, Bettina, 'Between Law, Religion, and Tradition: Contesting female genital cutting in Kenya', saggio presentato al convegno annuale dell'Associazione americana di antropologia, Washington, D.C., 28 novembre-1 dicembre 2007, p. 3.

³⁹ *Laws of Kenya, The Children Act, 2001, No 8 of 2001*, edizione riveduta 2007 (2001), pubblicata dal Consiglio nazionale per la pubblicazione di atti giuridici con l'autorizzazione del Procuratore generale, articoli 14 e 20.

⁴⁰ Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, settima relazione periodica delle parti statali, Kenya, CEDAW/C/KEN/7, Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, Ginevra, 24 marzo 2010, paragrafi 45-47, pp. 12, 13. Nel 1999 il Ministro della Salute ha varato il Piano d'azione nazionale per l'eliminazione della mutilazione genitale femminile in Kenya (1999-2019). A seguito della nomina del Ministero per le Questioni di genere, l'infanzia e lo sviluppo sociale quale organismo

- promozione, nel 2009 da parte del Ministero per le Questioni di genere, l'infanzia e lo sviluppo sociale, di una specifica politica per combattere le MGF⁴¹.

Nonostante la riforma legislativa costituisca un importante passo avanti verso l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili, essa ha bisogno di essere supportata da progetti mirati per essere davvero efficace.

Uno degli approcci adottati in Kenya per promuovere l'abbandono delle MGF è quello dei cosiddetti "riti di passaggio alternativi", che sostituiscono le cerimonie di ingresso nell'età adulta e i riti di iniziazione con rituali che preservano la tradizione evitando al tempo stesso la mutilazione delle bambine. Il successo di queste iniziative è però circoscritto alle comunità che associano alle MGF celebrazioni pubbliche o altri eventi collettivi, ed è inoltre limitato dalla tendenza presso molte comunità a sottoporre le bambine a tali pratiche in età sempre più giovane e senza particolari cerimonie o rituali.

I progetti che promuovono l'abbandono delle MGF, avvalendosi dei riti di passaggio alternativi, hanno prodotto risultati molto diversi. Una valutazione di questo approccio effettuata nel 2001 ha evidenziato che l'introduzione di un rito alternativo tende a generare effetti contenuti, a meno che non sia preceduta o accompagnata da un processo di educazione partecipativa che impegni l'intera comunità in una riflessione collettiva e determini un cambiamento nelle aspettative dei suoi membri⁴². Le iniziative che coinvolgono soltanto le bambine a rischio, anziché l'intera comunità, non hanno promosso un dibattito comune né un mutamento degli atteggiamenti e delle norme sociali. In generale, i riti di passaggio alternativi adottati in condizioni di isolamento non hanno portato a un ripensamento dei valori sociali di fondo associati alle MGF. Di

coordinatore delle attività inerenti le MGF in Kenya, il piano è stato rivisto per affrontare la pratica da una prospettiva più ampia e maggiormente basata sui diritti umani.

⁴¹ Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, settima relazione periodica delle parti statali, Kenya, CEDAW/C/KEN/7, Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, Ginevra, 24 marzo 2010, paragrafo 47, p. 13; e Mathenge, Esther Murugi, 'Speech by Minister during the Public Declaration on 'The Abandonment of Female Genital Mutilation' by the Njuri Ncheke Council of Elders of Meru', Governo del Kenya, Ministero per le Questioni di genere, l'infanzia e lo sviluppo sociale, Nairobi, 29 agosto 2009.

⁴² Chege, Jane Njeri, Ian Askew e Jennifer Liku, 'An Assessment of the Alternative Rites Approach for Encouraging Abandonment of Female Genital Mutilation in Kenya', Relazione conclusiva FRONTIERS, Population Council, Washington, D.C., settembre 2001, pp. 42-44.

conseguenza, la riprovazione sociale che accompagna l'assenza di mutilazione permanente, al pari della pressione a sottoporre le bambine a tale pratica.

Tra i numerosi interventi ed approcci attuati nel Paese, la ricerca ne ha individuato uno in particolare attivo nella Divisione di Mosochi – area sud-occidentale del Kenya – che ha prodotto importanti cambiamenti nell'abbandono di tale fenomeno.

Mosochi è una delle sette divisioni amministrative del Distretto Centrale di Kisumu nella Provincia di Nyanza e conta circa 130.000 abitanti. Prima che in questa zona venissero attivati i progetti per l'abbandono della pratica, essa era pressoché universale e veniva eseguita solitamente su bambine dai 3 agli 8 anni.

Il progetto Fulda-Mosochi è stato lanciato nel 2002 dal Centro per la scienza femminista orientata alla pratica (Centro PROFS) dell'Università di Scienze applicate di Fulda – Germania – che da anni collabora con organizzazioni keniane. Esso ha elaborato l'“approccio incentrato sui valori”⁴³ per promuovere lo sviluppo personale, modificare gli atteggiamenti e favorire l'abbandono delle MGF da parte dell'intera comunità. L'obiettivo del progetto era quello di creare un ambiente sicuro nel quale gli individui si sentissero sostenuti nella decisione di abbandonare tali pratiche, liberi da giudizi e pressioni sociali, in modo da stimolare un cambiamento culturale⁴⁴.

La nascita di questo progetto è dovuta a varie segnalazioni, effettuate segretamente e individualmente alle ONG, di alcuni genitori residenti a Mosochi che, preoccupati per il fenomeno MGF, chiedevano loro quali strategie potessero adottare per aiutare i padri e le madri residenti in quel territorio a prendere la decisione di non sottoporre le proprie figlie a mutilazione, senza però perdere la stima ed il rispetto della loro comunità.

⁴³ Khasakhala, Anne, 'Final Report for a Study on Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices Relating to Alternative Rite of Passage (ARP) and Intergenerational Dialogue (IGD) as Strategies Aimed at Eliminating Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in Kenya' (pubblicazione interna), presentato all'Ufficio Nazionale dell'UNICEF in Kenya e sottoposto all'UNICEF IRC, Firenze, 2008.

⁴⁴ L'approccio incentrato sui valori è stato sviluppato da Muthgard Hinkelmann-Toewe, direttrice del Centro PROFS. Per ulteriori informazioni, vedere Hinkelmann-Toewe, Muthgard, 'Women's Power in Africa: From appreciating women's value to the creation of value – The economic implications of the Value-Centered Approach', KONSENS [CONSENSUS], nn. 1 e 2, 2007.

Tale approccio ha mobilitato l'intera comunità, in particolar modo gli uomini, i quali controllano la maggior parte degli aspetti della vita delle donne e prendono le decisioni più importanti, e i bambini che hanno svolto un ruolo attivo in tutte le iniziative.

Nell'ambito degli interventi effettuati, questa organizzazione ha fornito l'assistenza necessaria per la costruzione di un centro per la salute e la comunicazione, che si è affermato come luogo di riunione e sede per seminari e consulenze personalizzate. La struttura, inoltre, ospita i programmi di educazione comunitaria del progetto e altre iniziative locali, oltre a fungere da centro servizi.

Il progetto Fulda-Mosocho identifica le persone influenti a livello locale interessate a partecipare a programmi comunitari nei quali si affronta il tema della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Questi leader seguono un corso di formazione della durata di tre anni e mezzo che esamina gli effetti fisici, psicologici, sociali ed economici delle MGF⁴⁵, incoraggiando anche la riflessione sulle strutture e le relazioni di genere che sottendono alla pratica. Durante gli incontri vengono condivise conoscenze su questioni riguardanti la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, l'anatomia, l'igiene, la prevenzione dell'AIDS, i diritti umani e altri argomenti rilevanti per gli individui, le famiglie e la comunità. A conclusione del corso, i partecipanti sostengono un esame per il conseguimento di un attestato. In tutte le attività educative del progetto si fa ricorso all'approccio incentrato sui valori⁴⁶, un metodo basato sulla convinzione che le idee non debbano essere imposte con la forza. Attraverso il dialogo aperto, essi vengono incoraggiati a operare le proprie scelte in maniera ponderata e in un ambiente non coercitivo. L'approccio parte dal presupposto che il cambiamento culturale in una comunità abbia inizio con l'individuo e passi per la realizzazione del potenziale e lo sviluppo personale del singolo⁴⁷.

⁴⁵ Questo percorso formativo è stato sviluppato dal Centro PROFS ed è stato riconosciuto dal funzionario scolastico del distretto come un programma formale di istruzione superiore. Il Centro PROFS ha sviluppato due tipi di corsi di formazione basati sull'approccio incentrato sui valori: un programma di istruzione superiore per professionisti (in questo caso, insegnanti e assistenti sociali) e un programma di educazione non formale per altri membri della comunità.

⁴⁶ Tutte le iniziative di educazione sono condotte in inglese (la lingua ufficiale in Kenya) o, dove necessario, nella lingua gusii. I corsi sono tenuti da un/a responsabile di progetto tedesco/a, solitamente un/a esperto/a di pedagogia specializzato/a nell'approccio incentrato sui valori, con l'ausilio di personale e volontari kenioti.

⁴⁷ Hinkelmann-Toewe, Muthgard, 'Women in Kenya: Cultural structures and special characteristics of the Luo, Kisii and Kuria and their effects on the lives and developmental prospects of women, reflected

Stimolando un confronto sulle MGF, oltre che su altri temi delicati, compresa la violenza di genere, l'approccio incentrato sui valori incoraggia le comunità a rispettare i diritti umani e porta gli uomini ad apprezzare le donne e a considerarle loro pari. Il rispetto per queste ultime viene favorito attraverso la riflessione sulle strutture patriarcali esistenti.

Un elemento determinante per la riuscita del progetto è la diffusione dei cambiamenti sociali e culturali che via via emergono con un effetto moltiplicatore che genera interesse e domanda di nuove conoscenze e promuove la partecipazione attiva di diversi settori sociali e a diversi livelli. Gli esponenti delle comunità coinvolte nelle fasi preliminari del progetto si sono sentiti incoraggiati a trasmettere le nuove conoscenze ad altri, stimolando la discussione e la riflessione. I cambiamenti individuali hanno innescato una trasformazione sociale più ampia, poiché ciascuna persona ha influenzato il suo contesto attraverso le proprie reti sociali.

Tali contenuti sono stati incorporati nei programmi scolastici formali. Gli alunni delle scuole primarie e secondarie sono stati costantemente coinvolti in questo processo di cambiamento. Gli insegnanti e i dirigenti scolastici hanno condiviso i nuovi saperi e comportamenti con familiari, studenti e leader della comunità; questi ultimi sono stati così stimolati a partecipare ai programmi educativi, con il conseguente ulteriore ampliamento del raggio d'azione del progetto. Grazie alla formazione ricevuta, i leader della comunità sono diventati fautori del cambiamento culturale, sentendosi a loro volta motivati a trasferire le proprie conoscenze ai familiari, ai vicini e ai clan. Con il loro sostegno, in tutte le 14 località della Divisione di Mosocho sono state istituite "scuole per adulti" dove si insegna l'uguaglianza di genere ai giovani genitori. Nel novembre 2008, quasi 700 di loro avevano completato il primo programma scolastico semestrale ad essi dedicato.

Nel 2002 la comunità Kisii era considerata una delle più restie nella Divisione di Mosocho ad abbandonare le MGF. Eppure, ai primi del 2009, i dati raccolti indicavano che circa 16.500 bambine a rischio di mutilazione genitale femminile non erano state sottoposte alla procedura e migliaia di famiglie avevano espresso l'impegno di cessare la pratica. Questa disponibilità a deviare dalle antiche consuetudini dimostra che la norma

and analysed from the viewpoint of these very women', 1987, pubblicato in *One World for All Women: Innovative approaches to development work*, Göttingen, 1994.

sociale ad essa collegata all'interno della comunità era mutata; gli individui e le famiglie avevano capito che la loro decisione di non eseguire la pratica sulle figlie godeva di ampio sostegno e che esse sarebbero state comunque accettate tra i membri della comunità.

Il progetto Fulda-Mosocho ha apportato alla comunità anche molti altri benefici. Infatti un numero crescente di persone ha cominciato ad assumersi la responsabilità dello sviluppo della propria comunità, per esempio creando circoli giovanili e scuole per giovani genitori a sostegno del processo di trasformazione e della sua sostenibilità. Inoltre tra il 2000 e il 2008 sono state organizzate 52 cerimonie collettive in tutte le 14 località della Divisione di Mosocho. Le celebrazioni festose rappresentano una forma di riconoscimento sociale pubblico e una manifestazione di rispetto per la trasformazione personale che il singolo individuo ha maturato durante il processo di abbandono delle MGF. Vi partecipano le autorità delle amministrazioni locali e provinciale, gli anziani dei clan, alti funzionari, ex operatrici tradizionali e altri membri della comunità. Durante le cerimonie le bambine ricevono un certificato che recita: "Adesso sei Omoiseke!", con il quale si dichiara che sono state ufficialmente e pienamente accettate nella comunità Kisii e che possono "restare come Dio le ha create". Le bambine e i loro genitori attribuiscono a questo attestato un tale valore che spesso lo custodiscono in una scatola di metallo chiusa a chiave, insieme al certificato di nascita della bambina e altri importanti documenti.

Nel 2005 durante un grande evento al quale hanno preso parte migliaia di membri della comunità Kisii, circa 50 ex operatrici tradizionali coinvolte nel programma hanno giurato solennemente di non praticare mai più le MGF e hanno fondato FOCUM (*Former Circumciser Initiative*, Iniziativa delle ex operatrici della circoncisione), la cui missione è motivare altri ad abbandonare tali usanze. Alla fine del 2008, FOCUM contava tra i suoi membri circa 100 ex operatrici.

Questi eventi hanno influenzato anche le divisioni circostanti e hanno contribuito notevolmente ad attrarre l'attenzione sulle questioni di genere e sugli approcci applicati con successo dal progetto per promuovere un'inversione di tendenza culturale nei confronti delle MGF.

Il carattere innovativo dell'approccio adottato a Mosocho è stato l'aver posto l'accento su una riflessione individuale e su un cambiamento

personale, prima ancora che collettivo, che si sviluppino e si allarghino progressivamente all'intera comunità attraverso la discussione e il confronto. Esso quindi potenzia la capacità delle persone di perseguire i propri valori e le proprie aspirazioni.

Sudan

In Sudan le MGF sono profondamente radicate alle tradizioni culturali e riflettono enormi disuguaglianze nella posizione sociale delle donne e bambine⁴⁸. Tale pratica è strettamente collegata a valori quali la modestia, la moralità e l'onore familiare; una bambina sottoposta a mutilazione è considerata equilibrata, casta e moralmente pura. Vi è inoltre la credenza che le MGF rendano le bambine idonee al matrimonio. Nelle aree del paese caratterizzate da strutture di parentela molto strette, dove le risorse, inclusa la terra, sono condivise, i valori e le usanze locali assumono un'importanza vitale e vigono complessi sistemi di premi per chi vi aderisce e sanzioni per chi invece le trasgredisce. Storicamente, le bambine che rompono con la tradizione sono umiliate e ostracizzate; l'assenza di escissione viene spesso associata a comportamenti disonorevoli. Le bambine non mutilate vengono additate con termini denigratori, come *qulfa*, che evoca una condizione di inferiorità e prostituzione.

Con un tasso di prevalenza dell'89%, le MGF sono ampiamente praticate in tutte le regioni del Sudan settentrionale, spesso nella loro forma più radicale⁴⁹. Di solito le bambine subiscono tale pratica tra i 5 e gli 11 anni. Sebbene non siano disponibili dati per il Sudan meridionale, si ritiene che in questi Stati il tasso di MGF sia trascurabile. Inoltre anche se i dati indicano che non si sono registrate variazioni di rilievo nella diffusione

⁴⁸ Le informazioni contenute nella sezione dedicata al Sudan sono tratte da uno studio nazionale condotto da: Ahmed, Samira, S. Al Hebshi e B. V. Nylund, 'Sudan: An in-depth analysis of the social dynamics of abandonment of FGM/C', *Working Paper Innocenti* n. 2009-08, Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF, Firenze, 2008. Il saggio è stato prodotto attingendo a varie fonti, tra cui relazioni del governo e dei partner per lo sviluppo, indagini nazionali, analisi e valutazioni effettuate nel periodo 2001-06.

⁴⁹ Sudanese Government of National Unity and Government of Southern Sudan, *Sudan Household Health Survey 2006*, Sudanese Central Bureau of Statistics/Southern Sudan Commission for Census, Statistics and Evaluation, Sudan, 2006, pp. 188-196. Il *Sudan Household Health Survey 2006* ha raccolto informazioni sulla condizione delle donne di 0-50 anni e oltre che vivono nel nucleo familiare. Il tasso di prevalenza complessivo delle MGF per questo più ampio gruppo d'età in Sudan è del 69%. Allo scopo di renderlo comparabile con le indagini precedenti, e in conformità con gli indicatori standard dell'UNICEF, il tasso di prevalenza finale è stato ricalcolato per le donne di 15-49 anni ed è risultato pari all'89%.

della pratica nel Sudan settentrionale a partire dal 1990, né cambiamenti significativi tra i diversi gruppi d'età, sembra che sia in atto un'evoluzione degli atteggiamenti e che il sostegno alle MGF sia in declino. Nel 1989-1990 il 79% delle donne tra i 15 e i 49 anni pensava che la pratica dovesse continuare, mentre nel 2006 tale percentuale era scesa al 51%. Anche l'intenzione delle donne di sottoporre le figlie a mutilazione è diminuita in misura significativa negli ultimi 16 anni: nel 2006 le donne sposate che dichiaravano di voler praticare le MGF sulle figlie erano il 54%, a fronte dell'82% nel 1989-90⁵⁰.

I primi tentativi per promuovere l'abbandono delle MGF in Sudan si devono ai leader politici e religiosi degli anni Trenta, appoggiati dai medici e dai funzionari coloniali britannici. Ma fu solo alla fine degli anni Settanta che un movimento sociale per la cessazione della pratica cominciò a prendere forma, promosso soprattutto da alcune ONG locali e motivato da singoli casi di bambine morte durante la procedura. Questi gruppi ponevano generalmente l'accento sui pericoli per la salute e i rischi sanitari delle MGF, ma l'impatto delle loro attività era limitato. Quando però al movimento si unirono organizzazioni della società civile che richiamavano l'attenzione sui danni provocati da tali usanze, il Governo del Sudan iniziò a mostrare un maggiore interesse per l'argomento e organizzò una serie di conferenze regionali che inquadravano la pratica nel più ampio contesto della tutela dei diritti delle bambine. Da allora la risposta nazionale si è evoluta e in anni recenti il governo ha dimostrato un impegno crescente a sostegno dell'abbandono di tutte le forme di MGF.

Oggi in Sudan l'abbandono delle MGF viene promosso a livello comunitario, statale e nazionale, attraverso l'attuazione di varie strategie:

- attività a livello locale che si avvalgono dell'educazione sui diritti umani, del dialogo collettivo e di servizi che accompagnano le comunità attraverso un processo partecipativo di apprendimento e creazione del consenso. La loro fiducia viene guadagnata con il coinvolgimento dei leader locali e l'avvio di attività di sviluppo che le comunità stesse hanno identificato come prioritarie;

⁵⁰ Department of Statistics and Ministry of Economic and National Planning, *Sudan Demographic and Health Survey 1989-1990*, Institute for Resource Development/Macro International Inc., Columbia, MD, maggio 1991, pp. 117-130.

- numerose politiche nazionali e statali varate per assicurare la piena tutela dei diritti di donne e bambine;
- diverse iniziative per l'approvazione di normative che rendano penalmente perseguibili tutte le forme di MGF;
- elaborazione di campagne mediatiche nazionali volte a dare prestigio alle donne e bambine non mutilate e a modificare gli atteggiamenti verso la pratica.

Attualmente sono in corso interventi di diverso tipo realizzati da una molteplicità di attori che hanno portato a decisioni individuali e collettive di abbandono di simili usanze. Il governo del Sudan è impegnato a favore dell'abbandono delle MGF principalmente attraverso il Consiglio nazionale per il benessere dell'infanzia, che coordina tutti i programmi che riguardano i minori, e attraverso il Ministero degli Affari sociali, delle donne e delle politiche per l'infanzia⁵¹. Le iniziative del governo godono dell'appoggio delle organizzazioni delle Nazioni Unite e dei donatori internazionali⁵². Una rete di ONG e altri gruppi promuove la partecipazione di giovani, bambine, donne e dei leader religiosi alle attività, sia a livello nazionale che comunitario.

L'abbandono delle MGF è stato incluso in numerosi provvedimenti e politiche nazionali, ma l'iniziativa di più ampio respiro, per rendere le MGF penalmente perseguibili in Sudan, è stata la Legge nazionale sulle mutilazioni genitali femminili redatta nel 2007 da una commissione diretta dall'esecutivo. La normativa, oltre a rendere la pratica illegale, ne condanna la promozione e descrive minuziosamente le azioni per il suo abbandono. Questo provvedimento non è stato però ancora sottoposto all'attenzione del Consiglio dei Ministri.

Sebbene le MGF non siano state ancora messe al bando a livello nazionale, nel novembre 2008 il governo dello Stato del Kordofan meridionale ha promulgato la prima legge statale che vieta la pratica. Il provvedimento consiste in due normative distinte: la Legge sull'infanzia, con un articolo

⁵¹ Il Consiglio nazionale per il benessere dell'infanzia elabora politiche e si fa promotore della protezione dei diritti delle bambine; opera a livello dei singoli Stati attraverso i Consigli statali per il benessere dell'infanzia.

⁵² Il Quadro di assistenza allo sviluppo delle Nazioni Unite (UNDAF) 2009-2012 include le MGF quale parte integrante della sua programmazione e delle sue campagne sull'uguaglianza di genere e la violenza contro le donne. Le agenzie delle Nazioni Unite coinvolte sono l'UNICEF, l'UNFPA, l'UNDP, l'UNHCR, l'UNIFEM e l'UNV (Nazioni Unite Sudan, *United Nations Development Assistance Framework 2009-2012*, Khartoum/Juba, 2008, pp. 25, 50).

che rende le MGF penalmente perseguibili; e la Legge sulle mutilazioni genitali femminili, che rende illegale sia la pratica che la sua promozione. Nel 2009, anche lo Stato di Gedaref ha approvato una legge che la vieta. La promulgazione di questi provvedimenti ha stabilito un precedente e dovrebbe incoraggiare l'approvazione di una normativa nazionale.

Per ciò che concerne invece le iniziative della società civile, alcune ONG hanno attivato, all'interno di strutture comunitarie esistenti, vari interventi per l'abbandono delle MGF. Le discussioni su tale fenomeno vengono dirette da capi villaggio, membri dei consigli dei villaggi, leader religiosi, operatori sanitari e da altri membri influenti della comunità, che ricevono una formazione approfondita per accrescere le proprie conoscenze sulle MGF e su altre questioni legate alla tutela dell'infanzia. A queste persone vengono insegnate anche tecniche per facilitare la discussione comunitaria, in particolare per incoraggiare il dialogo tra vecchie e nuove generazioni e tra uomini e donne. Assegnare a membri fidati della comunità il compito di introdurre nuove idee e informazioni è stato un elemento importante per avviare un dialogo con quelli che avrebbero potuto dubitare delle motivazioni di agenti esterni. Per creare un clima di fiducia sono stati varati anche alcuni progetti di sviluppo indirizzati al soddisfacimento dei bisogni di base della comunità.

Prima di introdurre l'argomento delle MGF si chiede alle comunità di individuare priorità e interventi che possano portare benefici all'intera collettività, nonché ai singoli membri, in molteplici fasi della loro vita. Tra queste vengono spesso indicate iniziative che possano aiutare le donne a sviluppare competenze e a ottenere un reddito. I nuovi progetti di sviluppo apportano benefici quali acqua potabile, elettricità, servizi sanitari, programmi di microcredito e centri per la cura dell'infanzia. La fornitura di servizi essenziali identificati dai membri della comunità genera un sentimento di titolarità e fiducia, di modo che, quando si iniziano le discussioni sulle pratiche mutilatorie, queste vengono percepite come un altro modo per migliorare il benessere della collettività, anziché come un attacco alle tradizioni.

Dalle ultime ricerche è emerso che in molte parti del Sudan le MGF non sono più un argomento tabù. Le persone pongono domande sulla pratica in occasione di dibattiti pubblici, anche alla radio, e nelle conversazioni private in famiglia, tra marito e moglie, e tra giovani e anziani.

I programmi delle organizzazioni fanno ricorso all'educazione partecipativa sui diritti umani per divulgare conoscenze sulle MGF e stimolare un dibattito aperto sull'argomento. Gli interventi, pur differendo nei dettagli, sono pensati per promuovere il dialogo nella comunità e avviare un riesame delle credenze e dei valori. La discussione comunitaria facilita il confronto su vantaggi e svantaggi delle pratiche esistenti e consente ai partecipanti di esplorare possibili alternative. L'obiettivo di tali programmi, che durano di solito dai due ai tre anni, è far sì che le comunità pervengano a soluzioni proprie, accrescendo la consapevolezza e l'impegno collettivo nei confronti dei diritti umani. Le sessioni si svolgono nelle scuole, nei campi profughi e nei centri giovanili delle comunità, 3-4 volte alla settimana, per una durata di 2-3 ore. Sono frequentate da uomini e donne, bambine e bambini, insieme o separatamente a seconda dell'approccio dell'ONG. I programmi affrontano il tema delle MGF nell'ambito di un più vasto percorso di apprendimento che tratta una molteplicità di argomenti inclusi salute e igiene, nutrizione, salute materna, accudimento dei bambini, AIDS, matrimonio precoce, diritti umani e altri soggetti importanti per la comunità. Ai partecipanti vengono offerti anche corsi di contabilità, alfabetizzazione, gestione di piccole imprese e di attività generatrici di reddito. I temi più delicati, come le MGF, l'HIV e la partecipazione e l'emancipazione delle donne, vengono in genere introdotti attraverso giochi di ruolo, canzoni, racconti, poemi, folklore, danze e altri approcci non intimidatori che predispongono alla discussione. Il dialogo continuo incoraggia le persone a esprimere le proprie perplessità e a porre domande, in modo da far emergere nuovi punti di vista e possibili comportamenti alternativi.

Un passo cruciale per promuovere l'abbandono delle mutilazioni genitali femminili è stata una campagna di sensibilizzazione nazionale, promossa nel 2008 dal governo del Sudan con l'intento di trovare un termine positivo da associare alle bambine non mutilate. Poeti, artisti e ONG hanno collaborato con l'esecutivo alla sua progettazione e alla ricerca di un nuovo termine per descrivere l'alternativa. Alla fine la scelta è caduta su *saleema*, una parola araba che vuol dire integra, intatta, illesa, completa e che presenta inoltre il vantaggio di poter essere usata come nome per una bambina.

La campagna nazionale Saleema, promuove valori sociali che favoriscono il benessere delle bambine richiamandosi alla cultura locale, utilizzando espressioni del linguaggio tradizionale, musica, poesia, canzoni, danza e pittura. Ispirandosi alla tradizione locale, la campagna evidenzia l'importanza dell'attenzione dei genitori, della tenerezza e dell'orgoglio familiare, e affronta il tema delle MGF nel più ampio contesto della tutela dell'infanzia e dell'uguaglianza di genere. Questa iniziativa ha preso avvio con una fase preparatoria (2008-2009) durante la quale si è proceduto a un'ampia distribuzione di supporti informativi, educativi e di comunicazione, come poster, magliette e scialli. Un'apposita formazione sull'utilizzo degli strumenti multimediali della campagna è stata poi fornita a rappresentanti dei media, delle ONG e ad altri operatori chiave. Nel dicembre 2009 la campagna è stata lanciata attraverso la televisione nazionale e le radio comunitarie.

Incentrata su un unico concetto fondamentale – “Ogni bambina nasce *saleema*. Lascia che cresca *saleema*” – la campagna introduce una nuova terminologia senza collegarla esplicitamente alle MGF. Questo semplice slogan afferma che *saleema* è una condizione naturale e normale per le bambine e viene comunicato attraverso diverse immagini artistiche, che raffigurano una neonata avvolta in un tradizionale panno colorato. Nelle fasi successive della campagna la problematica di tali pratiche diviene progressivamente più esplicita e si introducono le diverse ragioni per le quali è importante proteggere le bambine dalla pratica. I messaggi “*saleema* perché...”, elaborati attraverso le discussioni dei gruppi di riflessione, riprendono e rispecchiano il linguaggio comune dei genitori che hanno già abbandonato la pratica. Una serie di immagini raffiguranti donne, uomini e bambini di tutte le età illustrano i diversi messaggi “*saleema* perché...”, riproponendo attraverso i colori e il design, i concetti visivi della fase precedente.

Saleema viene celebrata in tutto il paese attraverso la radio e la televisione, con nuovi poemi e canzoni che valorizzano il fatto di non essere sottoposte a mutilazione, mentre nei villaggi viene condotta in parallelo una raccolta di firme che rafforza l'impegno delle persone a partecipare alla campagna e ad abbandonare le MGF, rendendo la loro decisione esplicita e pubblica.

Per ciò che concerne invece le dichiarazioni pubbliche, in Sudan esse assumono una notevole importanza. Manifestato attraverso promesse

solenni, dichiarazioni firmate o proclami di gruppi politici, comunitari o religiosi, l'impegno pubblico all'abbandono delle MGF diventa quindi un segnale visibile di cambiamento.

All'inizio organizzare dichiarazioni pubbliche in questo Paese è stato difficile poiché alcune famiglie, temendo di agire da sole e senza l'appoggio della comunità, erano restie a modificare i propri comportamenti. Nel tempo, tuttavia, le comunità si sono riunite per dichiarare pubblicamente il loro impegno a porre fine alla pratica. Vedere altri esprimere il proprio impegno ad abbandonare tale fenomeno incoraggia le famiglie a unirsi al movimento per la sua cessazione. La campagna di sottoscrizioni rappresenta per le comunità un modo emblematico di rendere pubblica la propria decisione. Il consenso collettivo sull'abbandono di queste pratiche in Sudan avviene in vari modi:

- attraverso *dichiarazioni del villaggio*, pronunciate davanti all'intera comunità da membri che, in genere, hanno preso parte a corsi di formazione. Media locali e nazionali, funzionari pubblici, rappresentanti della società civile e ospiti dei villaggi vicini partecipano alle celebrazioni, durante le quali si tiene di solito una cerimonia per il conferimento degli attestati a coloro che hanno partecipato ai corsi e si raccolgono le firme di coloro che si impegnano solennemente ad abbandonare la pratica;
- attraverso *impegni di gruppo*, che assumono una posizione esplicita contro le MGF. Questo ha contribuito a creare un ambiente propizio a un cambiamento positivo e a un abbandono di massa;
- attraverso *pronunciamenti religiosi*, ad opera di leader religiosi che hanno operato una netta distinzione tra MGF e tradizione ecclesiastica, tramite dichiarazioni pubbliche, libri e inni religiosi;
- attraverso *dichiarazioni familiari*, pronunciate da famiglie allargate molto influenti, che godono di enorme potere e riconoscimento grazie al ruolo svolto durante la guerra contro le potenze coloniali; tra queste si trovano gli Al-Mahdis e gli Al-Badri che contano migliaia di membri viventi. Queste famiglie hanno abbandonato le MGF al loro interno già a partire dagli anni Trenta.

Nello Stato di Gedaref, alcune ONG, in collaborazione con il Ministero degli Affari sociali, conferiscono attestati di apprezzamento alle famiglie che scelgono di non sottoporre le figlie a mutilazione e le iscrivono in una

lista d'onore annunciata in occasione di una celebrazione collettiva. L'introduzione di nuovi premi sociali ha aiutato le bambine non mutilate a superare l'esclusione e l'ostracismo spesso associati alla loro condizione, e ha assicurato ulteriore sostegno alle famiglie che vogliono abbandonare le MGF.

Negli ultimi anni, il Sudan ha realizzato grandi passi avanti nel far uscire le mutilazioni genitali femminili dalla sfera strettamente privata, tanto che oggi l'argomento viene discusso apertamente in molte aree del Paese.

Il governo ha dato prova del suo impegno nella promozione dell'abbandono di tutte le forme di MGF e oggi una vasta schiera di personaggi pubblici influenti, gruppi della società civile e attivisti chiede a gran voce la cessazione della pratica. Molti nutrono la speranza che la campagna nazionale Saleema possa trasformare la concezione che si ha di tale fenomeno, così che l'essere intatte diventi motivo d'orgoglio e sia considerato il modo socialmente accettato di allevare le figlie. Dai dati presi in esame emerge che simili usanze non vengono più ritenute una pratica universale; inoltre, gli atteggiamenti sono mutati e, presso alcuni gruppi e in alcune aree, i tassi di prevalenza sono diminuiti. L'incidenza del fenomeno rimane tuttavia generalmente elevata e la procedura viene spesso eseguita nella sua forma più radicale (infibulazione). Sembra poi che in qualche caso i medici, con il sostegno di alcuni gruppi religiosi, continuino a praticare e a consigliare la clitoridectomia. Quest'ultima è vista come un'alternativa accettabile all'infibulazione da coloro che ancora esitano ad abbandonare la pratica⁵³. Infine anche l'età influisce molto sul processo decisionale: le persone anziane impiegano molto più tempo a venire a patti con chi è favorevole all'abbandono e si dimostrano tendenzialmente contrarie a una completa cessazione della pratica; le persone più giovani, invece, appaiono più propense al cambiamento, ma vogliono essere rassicurate dai leader religiosi che le MGF non siano prescritte dalla religione.

6. Alcune recenti iniziative europee

⁵³ Gruenbaum, Ellen, *FGM in Sudan: Knowledge, Attitudes and Practices. Qualitative research on female genital mutilation/cutting (FGM/C) in West Kordofan and Kassala States*, UNICEF Sudan, Khartoum, 2004.

Nel 2003 l’OMS ha fissato al 6 febbraio la giornata internazionale della tolleranza zero contro le mutilazioni genitali femminili. Da quella data sono stati organizzati numerosi incontri ai quali hanno partecipato ONG di 13 Paesi Europei – in Italia la portavoce è l’AIDOS – e personalità di rilievo a livello internazionale, da anni impegnate nella lotta contro le MGF, che si sono confrontate ed impegnate per promuovere nuovi progetti per favorire l’abbandono della pratica.

Il 25 novembre del 2010, in occasione della Giornata Internazionale per l’eliminazione della violenza contro le donne, indetta dalle Nazioni Unite, sono stati organizzati 16 giorni di mobilitazione contro gli abusi ed è stata realizzata, da Amnesty International, una campagna di sensibilizzazione contro le mutilazioni genitali femminili intitolata “*END FGM*”⁵⁴. Il simbolo di quest’ultima è un petalo di rosa, metafora del clitoride mutilato e segno di speranza per un futuro in cui nessuna bambina dovrà più temere di subire mutilazioni dei propri genitali. La campagna ha promosso una raccolta di firme per sollecitare l’impegno delle Istituzioni Europee per l’attivazione di una strategia comune di prevenzione delle MFG. Inoltre ha presentato un documento nel quale venivano richiesti cinque tipi di interventi:

- 1) raccolta dati a livello europeo per verificare l’incidenza del fenomeno e misurare i progressi verso il suo abbandono;
- 2) inserimento di un programma di prevenzione delle MGF nelle politiche di prevenzione della violenza contro le donne;
- 3) adeguata assistenza sanitaria e psico-sociale per le donne che hanno subito MGF, con un orientamento alla prevenzione per bambine di origine africana, residenti in Europa;
- 4) inserimento delle MGF come persecuzione di genere nelle politiche europee sul diritto d’asilo;
- 5) inserimento della prevenzione delle MGF nelle iniziative di cooperazione allo sviluppo dell’Unione Europea in Africa.

Tali pratiche oltre a riguardare 3 milioni di bambine provenienti dall’Africa e dall’Asia, coinvolgono anche 500.000 donne e ragazze oggi residenti in Paesi Europei. L’obiettivo di questa campagna è stato quello di riuscire a raccogliere 8.000 firme al giorno su petali di rosa digitali per poter dare sostegno all’appello che END FGM ha rivolto alle Istituzioni Europee.

⁵⁴ <http://www.endfgm.eu>.



7. Interviste

A conclusione di tale lavoro, vengono ora proposte due interviste rivolte a due membri di alcune associazioni che da anni lottano contro le MGF. Le varie domande, a risposta aperta e di carattere puramente scientifico, sono state concordate ed elaborate con il professor Massimiliano Fiorucci e mirano ad indagare sul lavoro che organizzazioni come l'UNICEF o l'UNDP svolgono nei paesi dove simili pratiche sono ancora considerate normali ed importanti.

Intervista n.1

La seguente intervista si è svolta per via telematica ed è stata rivolta al Dott. Alberto Atzori, 45 anni, responsabile dei contenuti digitali (web content manager) dell' UNICEF Italia.

Domanda n.1:

Potrebbe descrivermi l'associazione nella quale opera? (N. dei membri, dove opera principalmente, per quanto tempo)

L'UNICEF Italia è l'organizzazione che rappresenta nel nostro Paese l'UNICEF – Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia. Non gestisce direttamente le attività sul campo ma può riferirne in ogni aspetto in virtù dell'Accordo di cooperazione che intrattiene con l'UNICEF. Essa ha sedi in tutte le regioni italiane; nel Lazio esse sono ubicate, oltre che a Roma, a

Civitavecchia, Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo. Lo staff del Comitato Italiano per l'UNICEF, cioè quello che fornisce prestazioni professionali all'organizzazione è formato da 136 dipendenti (di cui 5 dirigenti e 12 quadri) e 19 collaboratori a progetto sparsi su tutto il territorio nazionale.

Domanda n. 2:

Che ruolo ha a livello nazionale ed internazionale la vostra associazione?

L'UNICEF è la principale agenzia mondiale per lo sviluppo e i diritti dei bambini, degli adolescenti e delle madri. Opera in 156 Paesi in via di sviluppo e in 36 Paesi industrializzati.

Domanda n. 3:

In che modo vengono affrontate le mutilazioni genitali femminili (MGF)?

L'UNICEF opera in tutte le dimensioni del fenomeno: sensibilizzazione, prevenzione, assistenza sanitaria e sociale delle vittime in tutti i 29 Paesi in via di sviluppo nei quali è tuttora documentata questa pratica. Il nostro approccio, condiviso con l'UNFPA (United Nations Population Fund) nel quadro del Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting, è incentrato sui diritti umani, sul dialogo con le comunità, sull'utilizzo di testimonianze pubbliche da parte di ragazze e donne che hanno subito le mutilazioni e di ex operatrici che praticavano l'escissione, sul coinvolgimento dei leader religiosi come agenti del cambiamento, e sul severo contrasto alla medicalizzazione delle MGF, che si sta espandendo man mano che si riduce la pratica tradizionale.

Domanda n. 4:

Come si relazionano le donne alla vostra associazione? (tipo di atteggiamento usato)

Il nostro approccio presuppone sempre l'adesione spontanea e l'acquisizione di una consapevolezza individuale da parte di tutti i soggetti. L'intervento di carattere forzoso, che peraltro non abbiamo mai praticato o favorito, è notoriamente fallimentare. La chiave del successo di un intervento, nel medio e lungo periodo, è di intraprendere un dialogo con la

singola comunità basato su una progressiva comprensione e adesione all'intera sfera dei diritti umani della donna, perché le MGF non sono mai un fenomeno isolato ma sempre si accompagnano ad altre forme di negazione dei diritti. Per questo è fondamentale puntare a far diventare l'intera comunità agente di un più vasto cambiamento sociale, rinforzando gli aspetti positivi della cultura tradizionale e facendo percepire alle famiglie i vantaggi che derivano dall'abbandono della pratica delle MGF. Una delle modalità è ad esempio quella di eliminare l'azione fisica della mutilazione, riducendola a un gesto meramente rituale, simbolico e non lesivo della salute e della dignità del soggetto.

Domanda n. 5:

*Come si relazionano gli operatori con le donne che hanno subito MGF?
(Strategie usate, supporto fornito ...)*

Nella sua azione di contrasto alle MGF, l'UNICEF coordina l'azione di innumerevoli partner – dalle autorità sanitarie nazionali alle ONG internazionali, dalle associazioni di volontariato locali alle singole praticanti tradizionali. Tutti coloro che lavorano nei nostri programmi contro le MGF devono dimostrare di aderire ai principi della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e agli altri standard internazionali sui diritti umani. In nessun caso la bambina/ragazza deve essere colpevolizzata o forzata, in nessun caso ci si deve porre in maniera ostile alla cultura tradizionale nel cui contesto avviene il fenomeno.

Domanda n. 6:

*Qual è il legame che intercorre tra le donne e la loro cultura d'origine?
(Tipo di legame che mantengono e motivazioni)*

È impossibile fornire una risposta a una domanda così complessa: in ogni comunità si sviluppano relazioni culturali e sociali peculiari, così come in ogni comunità si praticano forme differenti di MGF ed è quindi difficile stabilire quale relazione intercorre tra le donne emigrate e le loro famiglie d'origine. Certo è che per molto tempo le MGF sono state viste come l'unico modo per restare ancorate alla loro cultura. Oggi la situazione è un

po' cambiata, ma dipende comunque dai casi, dalle zone di provenienza e dal livello di integrazione nel Paese d'accoglienza.

Domanda n. 7:

Le donne che si rivolgono a voi che hanno subito MGF cosa pensano di questa pratica? La applicherebbero anche alle loro figlie? Se sì, perché?

Anche questa risposta varia da comunità a comunità e da soggetto a soggetto. In generale, le donne che hanno subito MGF sono disponibili a non far effettuare la pratica sulle figlie solo se non avvertono aspettative sociali contrarie nei loro confronti. Se un leader religioso parla pubblicamente contro le mutilazioni, e se sono certe che le loro figlie saranno egualmente accettate sia come donne, sia come spose. È assai probabile che le donne non trasmetteranno forzatamente alla generazione successiva la pratica delle MGF.

Domanda n. 8:

Quali sono stati i risultati dei progetti più significativi approvati dalla vostra associazione?

Secondo un rapporto congiunto UNICEF-UNFPA del febbraio 2011, da quando l'azione di contrasto alle MGF è stata integrata nei programmi di protezione dell'infanzia, sono ben 6.000 le comunità che hanno ufficialmente abbandonato le MGF soltanto in Etiopia, Egitto, Kenya, Senegal, Burkina Faso, Gambia, Guinea e Somalia.

In 12 dei 17 Stati africani classificati come prioritari nella lotta alle MGF registriamo cali sensibili nei tassi di prevalenza delle MGF tra la popolazione target. Tuttavia rimane ancora molto da fare, considerato che in alcuni Paesi, nonostante i recenti progressi, i tassi sono ancora intollerabilmente elevati (91% in Egitto, 74% in Etiopia) e che 3 milioni di bambine e ragazze subiscono ogni anno queste pratiche.

Intervista n.2

La seguente intervista si è svolta a Roma ed è stata rivolta alla Dott.ssa Simona Galbiati, 37 anni, che ha lavorato 7 anni per l'UNDP – programma

di sviluppo delle Nazioni Unite – in Egitto, come Program Officer (colei che organizza, monitora e studia i programmi contro le MGF che poi saranno promossi nei Paesi coinvolti da questo fenomeno) e 3 anni per l'UNICEF di Firenze nel “Centro di Ricerca degli Innocenti” come ricercatrice.

Domanda n.1:

Potrebbe descrivermi le associazioni nelle quali ha operato? (N. dei membri, dove operano principalmente, per quanto tempo)

L'UNICEF è una delle associazioni delle Nazioni Unite che si occupa in particolar modo della promozione e della protezione dei diritti dell'infanzia. Il centro di Firenze, dove ho lavorato io – considerato il quartier generale delle varie agenzie dell'UNICEF presenti sul territorio italiano – è piuttosto piccolo: lo staff è composto più o meno da una trentina di ricercatori divisi in tre aree principali: da una parte ci sono coloro che si occupano dei diritti dei bambini, trattando tematiche quali il traffico dei minori, le mutilazioni genitali femminili, lo sfruttamento dei bambini attraverso il network; dall'altra invece si trovano coloro che studiano l'impatto economico delle varie politiche sul benessere dei bambini; vengono quindi prese in esame le crisi finanziarie di questo periodo per vedere che effetto hanno avuto sui bambini di una determinata area, oppure, per esempio, si analizzano gli aspetti economico-sociali. Infine troviamo il personale addetto all'amministrativa logistica e segreteria. L'UNICEF di Firenze è così piccolo perché si appoggia a enti di ricerca, a università e a ricercatori locali; spesso infatti le ricerche si commissionano direttamente ai Paesi interessati, che raccolgo i dati e li inviano a noi per un'analisi dettagliata dei risultati.

L'UNDP in Egitto, invece, è abbastanza grande: comprende circa una novantina di persone ed è diviso in quattro settori principali: uno che si occupa, anche qui, di questioni amministrative, finanziarie e logistiche e un altro che si occupa di programmi e che è diviso in 3 sezioni: quella che si occupa di ambiente, quella che si interessa della povertà e studia le strategie per ridurla e infine quella denominata “Governance”. Io rientro nella Democratic Governance, dove c'è tutto un programma sui diritti

umani e tra questi uno specifico per le MGF. La mia era una figura un po' particolare, perché di norma un Program Officer, gestisce all'interno del suo ufficio, un portfolio di progetti abbastanza ampio – tra i 5 e i 15 a seconda di quanto siano grandi – e poi svolge un lavoro di monitoraggio e di supporto tecnico. Io invece avevo solo due progetti che mi portavano via molto tempo: infatti 3 volte a settimana lavoravo sul campo con la nostra controparte governativa. I progetti promossi in Egitto erano molti e coinvolgevano un gran numero di persone, impiegate come unità tecniche per la messa in pratica e il monitoraggio di essi. Quest'ultime facevano tutte riferimento al Ministero dell'Infanzia che le suddivideva in sezioni e coordinava il loro lavoro. Il mio gruppo si occupava, appunto, di mutilazioni genitali femminili.

Domanda n.2:

Qual è stato il percorso che l'ha portata a contatto con simili realtà?

È stato un po' per caso: dopo essermi laureata ho fatto domanda per un programma che si chiama J.P.O., promosso dall'Italia per i giovani laureati che vogliono lavorare con le Nazioni Unite. Premetto che quando ho inviato la richiesta non sapevo né per che Paese, né per che programma sarei stata selezionata. Mi hanno presa e mi hanno mandata in Egitto; era il 2003 e proprio in quell'anno partiva un grande progetto sulle mutilazioni genitali femminili: l'UNDP aveva creato insieme ad altre agenzie delle Nazioni Unite un progetto per promuovere l'abbandono della pratica. I finanziamenti arrivavano da 10 diversi donatori, tra cui l'Italia, il Canada, gli Stati Uniti, la Finlandia, la Svizzera ... ognuno di questi aveva stanziato una "piccola" somma poiché il programma poteva essere rischioso, dato che le garanzie di successo non erano molte; le MGF, infatti, si praticano da millenni. A questo punto l'UNDP si è messa in contatto con il Governo egiziano e con il Comitato Nazionale dell'Infanzia, che ospita il team delle persone (4 o 5) che promuove e gestisce tutta una serie di attività a livello nazionale, coinvolgendo governo, ministeri, giornalisti, giovani, donne, bambine e dottori. Queste mansioni venivano poi affidate a ONG locali – quelle che lavoravano per noi erano 20 – che operavano a contatto diretto con le varie comunità. Di solito si partiva dai villaggi che avevano già ONG, poiché conoscevano la zona, avevano preso contatti con i membri

più influenti della comunità e stavano realizzando vari progetti, per esempio quelli per ottenere acqua potabile, o corsi di alfabetizzazione o ancora accesso sanitario agli ospedali. In questo modo era più facile introdurre tematiche più delicate come quella delle MGF, proprio perché vi era un clima di rispetto e fiducia reciproca. Questo progetto inizialmente coinvolgeva 6 dei 26 governatorati egiziani, ma grazie a tutto questo percorso si è riusciti ad arrivare a 10.

Domanda n.3:

Potrebbe descrivermi questo vostro progetto?

Il progetto, che vedeva il coinvolgimento sia di donne che avevano subito MGF, sia di uomini inizialmente contrari ad occuparsi di simili questioni, lavorava su vari livelli: uno nazionale e uno locale che devono funzionare contemporaneamente per la buona riuscita del progetto. Prima di iniziare a spiegarlo, vorrei precisare che le mutilazioni genitali femminili vengono praticate perché in questo modo si ritiene che le donne restino pure e caste, capaci di controllare i propri istinti sessuali. Esse quindi danno una garanzia di serietà della donna, rendendola una sposa appetibile. Infatti nessun uomo accetta di sposare una ragazza non mutilata, ma quel che è peggio è che essa sarà ostracizzata da tutta la comunità. La pressione sociale è perciò fortissima. Per poter promuovere, quindi, progetti per l'abbandono della pratica bisogna convincere l'intera comunità che non solo la pratica è inutile, dato che se una ragazza diventa una brava moglie non dipende di certo da questo, ma è anche gravemente lesiva per la salute delle bambine. Per far ciò ti faccio lo stesso esempio che allora fecero a me: Immagina di entrare in un cinema dove tutte le persone che stanno guardando il film stanno in piedi, tu entri e dici: "Ma perché state in piedi? Avete le sedie! Sedetevi che si sta più comodi." Per fare questo lavoro, però, devi scegliere da chi iniziare a convincere; per parlare con ogni singola persona ci vuole troppo, perciò devi coinvolgere un numero sufficientemente grande di individui per ottenere poi di riflesso dagli altri la stessa reazione. Ma non si può iniziare da coloro che stanno in fondo alla sala (che metaforicamente rappresentano la popolazione con un basso livello d'istruzione) perché quelli che stanno davanti non li vedrebbero. Bisogna quindi iniziare dalle prime file (cioè dai membri più influenti della

comunità quali medici, leader religiosi, insegnanti ...) in modo che quelli che sono dietro di loro prendano esempio e si siedano. Anzi l'ideale sarebbe iniziare dalle file centrali, perché proprio quelli che si siedono, non riuscendo a vedere bene, convinceranno gli altri a fare lo stesso. Tutto questo sta a significare che per poter promuovere progetti contro le MGF nei villaggi, non si può partire subito da quelli più isolati che non hanno mai visto nessuno e che di conseguenza non sono pronti ad uno scambio interculturale; bisogna invece partire da quelli che sono già entrati in contatto con le varie ONG per portare avanti diverse iniziative. Saranno proprio questi che, tramite passaparola, arriveranno anche a quelli più sperduti.

Domanda n.4:

In che modo siete riusciti ad entrare in contatto con le varie comunità?

La prima cosa è stata quella di individuare i villaggi in cui poter lavorare. Inizialmente ne avevamo individuati 120 in 6 governatorati. Il criterio di selezione è stato il numero di ONG già presenti nel territorio e la valutazione dei progetti in corso. A questo punto abbiamo cercato di capire quali fossero le persone che esercitavano maggiore influenza sulla comunità – medici, farmacisti, insegnanti, leader religiosi – e li abbiamo coinvolti in programmi di formazione in cui gli venivano spiegate le motivazioni dell'inutilità e della pericolosità delle MGF e il perché fosse giusto abbandonarle. Una volta terminato il corso, loro stessi si sono fatti promotori del nostro progetto con gli altri membri della comunità. Infatti queste attività non coinvolgono solo le donne, ma l'intero villaggio e per poter funzionare devono essere inseriti in un pacchetto più ampio di interventi sul territorio. L'appoggio collettivo è perciò di fondamentale importanza. Una volta convinto un numero sostanziale di persone, si organizza una cerimonia durante la quale viene fatta una pubblica dichiarazione, in cui la comunità si impegna a voler abbandonare la pratica delle MGF.

Domanda n.5:

A questo punto le MGF vengono sostituite con riti alternativi?

No. Il rito alternativo è una buona cosa, ma è efficace solo se prima si è fatto un percorso del genere. Le varie comunità devono capire che davvero la pratica è inutile, poiché non è la mutilazione a rendere le ragazze serie e fedeli, ma è l'educazione che gli viene data fin da piccole. Sono quindi i principi che hanno a spingerle ad avere una certa condotta. Senza questa spiegazione, nessun intervento alternativo potrà essere utile e soprattutto duraturo.

Domanda n.6:

Ma allora una volta convinte le persone, che senso ha ricorrere ad un rito alternativo?

Non si è ancora arrivati ad una spiegazione scientifica precisa sulla funzionalità o meno dei riti alternativi, poiché in molti villaggi le MGF non vengono più fatte per determinare il passaggio dall'adolescenza all'età adulta. In Etiopia ci sono casi in cui vengono sottoposte alla pratica bambine appena nate. In Egitto solitamente si fa tra i 10 e i 13 anni, senza però inquadrare il fenomeno in un rito di passaggio. Essi hanno quindi senso solo se la pratica viene effettuata per sancire un cambiamento nelle varie fasi della vita, ma devono comunque essere accompagnati da tutto un processo educativo e formativo.

Domanda n.7:

Quindi di fondamentale importanza resta comunque il percorso educativo da voi svolto?

Assolutamente sì. Devono prima di tutto capire e convincersi dell'inutilità della pratica. Il problema però è che loro hanno sempre vissuto credendo che quella fosse la normalità, quindi non riescono nemmeno ad immaginare una possibile alternativa. Facciamo un esempio banale: se tu hai sempre vissuto in un Paese in cui tutti guidano a destra, non pensi nemmeno che ci possa essere un Paese in cui si guida a sinistra, perché appunto la destra è la normalità; non ci sono alternative. Il progetto quindi è proprio quello di capire le motivazioni che spingono alla perpetuazione di tale pratica e tramite un percorso formativo far comprendere che esistono molte

alternative, non lesive per salute delle donne, per raggiungere lo stesso obiettivo.

Domanda n.8:

Nelle comunità nelle quali avete operato c'è stato l'abbandono della pratica?

Le dichiarazioni pubbliche rendono i villaggi “liberi dalle mutilazioni”: questo è infatti un momento cruciale in cui l'intera comunità s'impegna a non praticare più le MGF. Esso però è come una sorta di compromesso per il futuro perché chi ovviamente ha subito mutilazioni non può tornare indietro e chi non ha ancora avuto bambine promette che se le avrà non le sottoporrà a tale usanza. Abbiamo comunque avuto grandi risultati, poiché sono stati molti i villaggi che hanno dichiarato di voler abbandonare la pratica davanti alla collettività; anche l'atteggiamento nei confronti delle MGF è cambiato e si sono cominciate a concepire varie alternative. Per vedere però se l'impegno preso è solido e duraturo, bisogna aspettare una generazione, poiché se le nuove nate non saranno sottoposte a mutilazione, il lavoro svolto può considerarsi valido ed efficace.

Ovviamente oltre a questi progetti svolti localmente, c'è tutta una rete di iniziative realizzate a livello nazionale, quali campagne di sensibilizzazione, di formazione e informazione promosse attraverso trasmissioni televisive, spot pubblicitari, programmi radio – mezzi potentissimi, che arrivano ovunque – coinvolgimento di autorità religiose, di ministeri e del Governo che vanno di pari passo con le iniziative promosse a livello internazionale.

Domanda n.9:

Come si relazionano le vostre associazioni alle donne, ma anche agli altri membri della comunità?

Diciamo che gli operatori che si relazionano ai vari membri delle comunità, sono persone del luogo, appartenenti ad ONG della zona, che sono contrarie alle MGF, essendo da anni impegnate in programmi di sviluppo della propria comunità e che quindi hanno già ricevuto un'educazione/formazione diversa da quella che vige nei propri villaggi.

Esse prendono contatti con le nostre associazioni. Infatti noi non andiamo sul territorio a svolgere le varie attività, perché essendo occidentali, non ci darebbero ascolto più di tanto, o perlomeno non subito, e comunque ci guarderebbero sempre con un po' di diffidenza. Per questo i progetti vengono portati avanti da persone del luogo che ci fanno da "ponte"; noi ci limitiamo soprattutto ad analizzare e valutare i risultati raggiunti, a recarci nei vari villaggi per capire meglio la realtà che circonda queste pratiche e a svolgere opere di coordinamento in accordo con il Comitato Nazionale per l'Infanzia. Le donne quindi vengono coinvolte nei progetti tramite ONG locali, il gruppo dei volontari e quello dei giovani universitari. L'obiettivo iniziale non è quello di convincerle che le MGF sono inutili e lesive, ma quello di informarle e di dargli la possibilità di vedere che esistono molte alternative; poi starà a loro decidere cosa fare, dato che non vengono di certo obbligate. L'atteggiamento che viene usato non è giudicante, al contrario cerca di capire innanzitutto le motivazioni che spingono le comunità a perpetuare questa usanza; dopo di che si cerca di mettere in luce i vantaggi che ci sono nell'abbandonare tale pratica, prendendo in considerazione vari aspetti, quali quello giuridico, medico, socio-culturale e religioso, che solitamente vengono usati per giustificare le MGF.

Domanda n.10:

Sono sempre le ONG che si rivolgono alle donne o accade anche il contrario?

È più facile che siano le ONG a rivolgersi alle donne, ma accade anche il contrario. Infatti quando io lavoravo al Cairo, tre ragazze universitarie, provenienti da un villaggio vicino, si sono recate al Comitato Nazionale dell'Infanzia dicendo che avevano visto in tv i nostri spot pubblicitari contro le mutilazioni genitali femminili e volevano avere maggiori informazioni. Esse infatti erano state mutilate e non volevano che le loro sorelle o amiche subissero la stessa cosa, dato che giudicavano la pratica non solo lesiva per la loro salute, ma un modo per reprimere la loro libertà. Questa occasione ci ha fornito lo spunto per creare un gruppo di volontari che promuovessero l'abbandono della pratica nelle scuole e nelle università, attraverso programmi di formazione e sensibilizzazione. Questi ultimi erano molto flessibili, cioè fornivano delle linee di base dalle quali

partire per svolgere i vari progetti, lasciando però molto spazio alla creazione di nuove attività non preventivate. È stato molto interessante poter lavorare in questo modo, poiché nella maggior parte dei casi si richiede un piano dettagliato di tutte le attività che si ha intenzione di svolgere in tre o quattro anni. Questo quindi è stato un grande vantaggio che siamo riusciti ad ottenere.

Domanda n.11:

Qual è stato il progetto più significativo al quale ha partecipato e quale risultati ha sortito?

Nell'UNICEF non ho partecipato ad un progetto specifico, ma sono stata responsabile di una ricerca in cui venivano paragonate le attività di 5 Paesi africani – Egitto, Senegal, Etiopia, Kenya e Sudan – svolte sia a livello locale che nazionale, per vedere quali risultati avevano sortito e quali potevano essere gli elementi chiave da riproporre in altri progetti per abbandonare le MGF. È ovvio che ogni Paese è diverso, però per esempio sia in Egitto che in Sudan un fattore vincente è stato l'utilizzo dei media: la strategia usata è stata quella di introdurre tra le varie trasmissioni televisive, degli spot pubblicitari che proponessero alternative. L'immagine usata è stata quella di una bambina con la quale chiunque poteva identificarsi, che quindi esprimeva tenerezza. Lo spot non parlava però direttamente di mutilazioni genitali femminili, ma veniva inserito in un quadro più ampio, come per esempio il diritto di ogni bambina a ricevere un'educazione o quello di scegliere liberamente con chi potersi sposare, con un breve accenno alle MGF. Solo in seguito, dopo un anno, mi sembra, si sono inseriti spot più specifici che parlavano direttamente della pratica, spiegando le ragioni sociali per le quali si attua e le motivazioni per cui invece bisogna abbandonarla. Tutto questo ha portato a buonissimi risultati: c'è stato proprio un cambio di mentalità! Prima le MGF erano considerate un tabù di cui non si poteva assolutamente parlare, poi invece l'argomento è cominciato a comparire in dibattiti televisivi, alla radio, c'è stato un continuo fiorire di progetti e di dichiarazioni pubbliche per l'abbandono della pratica. È ovvio che la situazione non si è risolta completamente, anzi c'è ancora molto da fare, ma per eliminare una pratica che esiste da millenni sono stati fatti comunque degli enormi passi avanti. Sono 10 anni

che si continuano ad adottare approcci non denigranti, che non prendono in considerazione solo l'aspetto medico, ma che invece inquadrano il problema in un sistema culturale più ampio. Per abbassare i tassi di prevalenza delle MGF ci vorrà ancora un po' di tempo, ma appunto il forte cambiamento che è avvenuto nella mentalità delle persone, nella conoscenza e nell'atteggiamento verso questa pratica, che non viene più considerata una prescrizione religiosa o attuata per questioni igieniche o ancora per frenare gli istinti sessuali delle donne, è un segno più che positivo. Per vedere comunque dei cambiamenti netti bisognerà aspettare almeno una generazione.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro ha cercato di fornire un quadro il più completo e dettagliato possibile sul fenomeno delle mutilazioni genitali femminili, considerate dalle Nazioni Unite e da tutte quelle associazioni che da anni lottano per la loro abolizione, una violazione dei diritti fondamentali di donne e bambine.

Da quanto esposto, non vi sono dubbi che esse siano ancora oggi un enorme problema che interessa circa 3 milioni di bambine/ragazze, anche se molti passi avanti sono stati fatti per l'eliminazione, o quantomeno la riduzione, di tale pratica. A conferma di ciò, oltre alla continua elaborazione di progetti, strategie e materiale informativo per promuovere l'abbandono, vi è un incessante fiorire di associazioni che si impegnano per combattere tale fenomeno. Molte di queste, attraverso un dialogo costruttivo con i governi dei Paesi in cui si praticano MGF, sono riuscite ad ottenere specifiche leggi che le vietano e a convincere migliaia di comunità ad abbandonarle. Infatti il lavoro più utile è proprio quello che viene svolto localmente, nel confronto quotidiano con gli attori sociali interessati, tramite una capillare opera di sensibilizzazione che si lega a progetti sia nazionali che internazionali. La buona informazione e un percorso di

partecipazione locali, sono quindi i mezzi più efficaci per ottenere pubbliche dichiarazioni dalle comunità, che si impegnano non solo ad abbandonare la pratica ma a permettere ai propri figli di sposare donne non mutilate, poiché non è di certo la menomazione garanzia di serietà. Tutto questo processo non è affatto semplice: occorrono interventi mirati e costanti, che implicano cambiamenti radicali e di lungo periodo, rivolti non solo alle donne, ma all'intera comunità. Gli sterili atteggiamenti di indignazione e di condanna servono solo ad aumentare la chiusura mentale in rapporto a questi argomenti. È perciò fondamentale adottare un approccio basato sui diritti umani che promuova un confronto collettivo e soprattutto costruttivo. Le MGF infatti, non vanno analizzate separatamente ed avulse dalle varie problematiche che affliggono queste popolazioni, ma vanno inserite in progetti di più ampio respiro che prendano in considerazione temi come l'igiene, l'alfabetizzazione, le malattie diffuse come l'HIV e la salute, proponendo nuove alternative per il futuro.

Inoltre con l'avvento dell'immigrazione, la questione delle MGF ha coinvolto i Paesi occidentali. È perciò doveroso, anche in questi contesti, approvare specifiche leggi e progetti di formazione ed informazione, atti a favorire l'abbandono della pratica e l'integrazione dei nuovi arrivati.

In occasione dell'ultima giornata internazionale contro le MGF (6 febbraio) le Nazioni Unite, insieme a moltissime ONG provenienti da tutto il mondo, si sono poste come obiettivo quello di giungere all'eliminazione definitiva della pratica nell'arco di un ventennio. Questa decisione comporta un forte impegno da parte di tutti per tutelare il diritto alla vita e alla salute di milioni di bambine in una società civile che se ne faccia garante e promotrice.

RINGRAZIAMENTI

Eccomi finalmente giunta al termine di questo mio lungo percorso di studi. La stanchezza è tanta, ma la soddisfazione per il mio impegno e i risultati raggiunti è maggiore. Durante questi cinque anni, mi è capitato più di una volta di voler gettare la spugna, ma è proprio in quei momenti che l'incoraggiamento di alcune persone non è mai mancato. Ed è a loro che voglio dedicare la mia tesi; a loro che hanno sempre creduto in me e nel mio futuro: a mia madre Luisa, mio padre Luigi, mia Sorella Ilaria, i miei nonni Umberto e Carolina, i miei zii Onelio e Francesca e i miei cugini Andrea ed Elisa, che mi hanno sempre sostenuta in ogni mia scelta, accompagnandomi ed incoraggiandomi in ogni momento della mia vita. Un grazie speciale va al mio ragazzo Simone, punto di riferimento fondamentale, capace di infondermi ottimismo in ogni situazione e di colorare tutte le mie giornate. Un ringraziamento va anche a mia cugina Isabella, esempio di grande preparazione e determinazione, capace ogni volta di trasmettermi tanta sicurezza, tranquillità e buon umore. Un ringraziamento immancabile va ai miei amici, Giulia, Laura, Pamela, Sofia, Mirko, Maria Chiara, Valeria, Niccolò, Damiano, Manuel, Diego, Daniele, Carlo, Francesca, Gian Marco, Monica, Nico, Chiara e Alessio che hanno reso – e continuano a rendere – meravigliosi tutti i momenti passati insieme e mi fanno sentire speciale ed importante per loro. Ringrazio sentitamente il mio relatore Prof. Massimiliano Fiorucci, esempio di preparazione, disponibilità e guida in questo mio percorso. Un grazie va anche al mio correlatore Prof. Marco Catarci estremamente gentile e cordiale. Ringrazio Luca e Marco per i loro preziosissimi consigli, i contatti e le informazioni fornitemi per la stesura della tesi. Un ringraziamento va anche a Giorgio e Maria Enrica per il loro sostegno. Ringrazio sentitamente il Dott. Alberto Atzori e la Dott.ssa Simona Galbiati per il tempo concessomi per rispondere alle interviste. Grazie anche alle mie bibliotecarie di fiducia, Gina e Paola, per la loro professionalità e disponibilità. Infine un ringraziamento speciale va alle mie compagne di corso Arianna, Francesca, Giulia e Caterina che hanno condiviso con me quest'avventura, che soprattutto nell'ultimo periodo sembrava non finire più.

BIBLIOGRAFIA

Abbate F., Catarci M., Fiorucci M. (a cura di), *Rifugiati oltre l'accoglienza*, Editori Riuniti, Roma, 2010

Ahmed S., Al Hebshi S., Nylund B. V., *Sudan: An in-depth analysis of the social dynamics of abandonment of FGM/C*, Working Paper Innocenti n. 2009-08, Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF, Firenze, 2008

Amnesty International, *Mai più! Fermiamo la violenza sulle donne*, Ega, Torino, 2007

Amram D., D'Angelo A. (a cura di), *La famiglia e il diritto fra diversità nazionali ed iniziative dell'Unione Europea*, CEDAM, Milano, 2011

Andolfi M. (a cura di), *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, FrancoAngeli, Milano, 2003

Barbieri L., *Amore negato. Società multietnica e mutilazioni genitali femminili*, ANANKE, Torino, 2005

Barsoum G., *Mid-Term Evaluation and Documentation of the FGM-Free Village Model Project*, Population Council, Ufficio dell'Africa occidentale e settentrionale, Il Cairo, 3 giugno 2008, pp. 83-84, 116-120

Belotti Gianini E., *Prima le donne e i bambini*, Feltrinelli, Milano, 1998

Belpiede A. (a cura di), *Mediazione culturale. Esperienze e percorsi formativi*, UTET, Torino, 2002

Bernardi B., *Africa. Tradizione e modernità*, Carocci, Roma 1998

Bettelheim B., *Ferite simboliche: un'interpretazione psicoanalitica dei riti puberali*, Sansoni, Firenze, 1973

Botti F., *manipolazioni del corpo e mutilazioni genitali femminili*, Bononia University Press, Bologna, 2009

Brambilla G., *Mutilazioni genitali femminili. La donna, la cultura, la bioetica*, IF Press, Frosinone, 2010

Bourdieu P., *I riti come atti di istituzione*, FancoAngeli, Firenze, 1990

Busoni M., Laurenzi E., *Il corpo dei simboli. Nodi teorici e politici di un dibattito sulle mutilazioni genitali femminili*, SEID, Firenze, 2005

Catania L., Abdulcadir O.H., *Ferite per sempre. Le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo*, Derive e Approdi, Roma, 2005

Catarci M., Fiorucci M., Santarone D. (a cura di), *In forma mediata. Saggi sulla mediazione interculturale*, Edizioni Unicopli, Milano, 2009

Cenci C. e Manganelli S., *La costruzione sociale del corpo dell'immigrata. Le rappresentazioni delle MGF nella stampa e nella letteratura specialistica*, AIDOS, Roma, 2000

Colombo D., Scoppa C. (a cura di), *Moolaadé. La forza delle donne*, Feltrinelli Editore, Milano, 2006

Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, settima relazione periodica delle parti statali, Kenya, CEDAW/C/KEN/7, Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, Ginevra, 24 marzo 2010, paragrafo 47, p. 13

Compagnoni F., D'Agostino F., *Bioetica, diritti umani e multiethnicità: immigrazione e sistema sanitario nazionale*, San Paolo Editore, Milano, 2001

Cuocolo L., Lupària L., *Valori costituzionali e nuove politiche del diritto*, Halley Editrice, Avellino, 2007

Dalla Costa M., *Isterectomia. Il problema sociale di un abuso contro le donne*, FrancoAngeli, Milano, 1998

De Beauvoir S., *Quando tutte le donne del mondo ...*, Einaudi, Milano, 2006

Del Broca A., *La trappola somala*, Laterza, Bari, 1994

Deme A., *Evaluation de la mise en oeuvre au Sénégal du plan d'action régional pour accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines en Afrique*, relazione per WHO Senegal, Dakar, 22 settembre 2003, pp. 15-16

Department of Statistics and Ministry of Economic and National Planning, *Sudan Demographic and Health Survey 1989-1990*, Institute for Resource Development/Macro International Inc., Columbia, MD, maggio 1991, pp. 117-130

Digest Innocenti, *Il matrimonio precoce*, UNICEF, Firenze, 2001

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

Din LLB S., *An Humanitarian And Legal Perspective On Female Circumcision*, Birmingham, England, 2000

Dirie W., *Figlie del dolore*, Garzanti Editore, Milano, 2008

Dirie W. e Miller C., *Fiore del deserto. Storia di una donna*, Garzanti, Milano, 1998

Dirie W. e D'Haem J., *Alba nel deserto*, Garzanti, Milano, 2002

Diop Diagne Astou, *Evaluation du plan d'action national pour l'abandon de la pratique des mutilations génitales féminines*, Ministero della Famiglia, solidarietà sociale e imprenditoria femminile, Dakar, settembre 2008

Eco U. (a cura di), *Storia della bellezza*, Bompiani, Milano, 2004

Emanuele M., *Voci, corpi, desideri. La costruzione dell'identità nel melodramma*, Edizioni dell'Orso, Alessandria, 2006

Ensler E., Fiorini M., *Il corpo giusto*, Tropea Editore, Milano, 2006

Facchi A., *I diritti nell'Europa multiculturale*, Laterza Editore, Bari, 2001

Favaro G. e Fumagalli M., *Capirsi diversi. Idee e pratiche di mediazione interculturale*, Carocci, Roma, 2004

Forteschi A. E., Gargano O. (a cura di), *Corpi consapevoli. MGF e integrazione nello stato di diritto*, ISTISSE ONLUS EDITORE, Roma, 2009

Forti G., Bertolino M. (a cura di), *La televisione del crimine. Atti del convegno "La rappresentazione televisiva del crimine"*, Vita e pensiero, Milano, 2005

Fusaschi M., *Quando il corpo è delle altre. Retoriche della pietà e umanitarismo-spettacolo*, Bollati Boringhieri Editore, Torino 2011

Fusaschi M., *Corporalmente corretto*, Meltemi Editore, Roma, 2008

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

Galimberti U., *Il corpo*, Feltrinelli, Milano, 2007

Gillespie D., Melching M., *The Transformative Power of Democracy and Human Rights Nonformal Education: The case of Tostan*, Adult Education Quarterly, 2010, pp. 15-16

Gomis D., Wone M. M., *L'Excision au Sénégal: sens, portée et enseignements tirés de la réponse nationale*, relazione conclusiva, UNICEF Dakar, agosto, 2008

Grassivaro Gallo P., *Figlie d'Africa mutilate: indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*, L'Harmattan Italia, Torino, 1998

Grete W., *Il prezzo della sposa*, Giunti, Firenze, 1991

Gruenbaum E., *FGM in Sudan: Knowledge, Attitudes and Practices. Qualitative research on female genital mutilation/cutting (FGM/C) in West Kardofan and Kassala States*, UNICEF Sudan, Khartoum, 2004

GTZ, *Addressing Female Genital Mutilation. Challenges and Perspectives for Health Programmes, Part I: Selected Approaches*, GTZ, Eschborn (Germania), 2001

Hadi A. A., *Empowerment: From theory to practice – CEOSS experience in the area of the eradication of female genital cutting*, Ceopress, Il Cairo, 2003, pp. 100-109

Hadi A. A., 'A Community of Women Empowered: The story of Deir El Barsha', capitolo 5 in *Female Circumcision: Multicultural perspectives*, a cura di Rogaia Mustafa Abusharaf, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2006, pp. 104-124.

Hassan S. S., *Sette gocce di sangue*, La Luna, Palermo, 1996

Héritier F., *Maschile/Femminile: Il pensiero della differenza*, Laterza, Roma, 2000

Hinkelmann Toewe M., *Women in Kenya: Cultural structures and special characteristics of the Luo, Kisii and Kuria and their effects on the lives and*

developmental prospects of women, reflected and analysed from the viewpoint of these very women, 1987, pubblicato in *One World for All Women: Innovative approaches to development work*, Göttingen, 1994.

Hinkelmann Toewe M., *Women's Power in Africa: From appreciating women's value to the creation of value – The economic implications of the Value-Centered Approach*, KONSENS [CONSENSUS], nn. 1 e 2, 2007

Humphres E. et al., *Contributing towards Efforts to Abandon Female Genital Mutilation/Cutting in Kenya: A situation analysis*, Population Council, Nairobi, giugno 2007, pp. 12-18

Izett S., Toubia N., *Learning about social change. A research and evaluation guide book using female circumcision ad a case study*, Rainbo, New York, 1999

Johnsdotter S., *Mutilazioni genitali femminili tra le donne immigrate nei paesi occidentali: le stime e i rischi sono attendibili?*, Armando editore, Roma, 2004

Kant I., *Osservazioni sul sentimento del Bello e del Sublime*, trad. Laura Novati, Rizzoli (BUR), Milano, 1989

Khasakhala A., *Final Report for a Study on Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices Relating to Alternative Rite of Passage (ARP) and Intergenerational Dialogue (IGD) as Strategies Aimed at Eliminating Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in Kenya (pubblicazione interna)*, presentato all'Ufficio Nazionale dell'UNICEF in Kenya e sottoposto all'UNICEF IRC, Firenze, 2008.

Kenya National Bureau of Statistics e ICF Macro, *Kenya Demographic and Health Survey 2008-09*, Kenya National Bureau of Statistics e ICF Macro, Calverton, MD, 2010, p. 266.

Kenyatta J., *La montagna dello splendore. Per un'antropologia dell'Africa nera*, A. Mondadori, Milano, 1990

Laws of Kenya, The Children Act, 2001, No 8 of 2001, edizione riveduta 2007 (2001), pubblicata dal Consiglio nazionale per la pubblicazione di atti giuridici con l'autorizzazione del Procuratore generale, articoli 14 e 20

Lipperini L., *Ancora dalla parte delle bambine*, Feltrinelli, milano, 2007

Lombardi L., *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute*, FrancoAngeli, Milano, 2005

Marzano M., *La filosofia del corpo*, Il melangolo, Genova, 2010

Mauss M., *Les techniques du corps*", PUF, Parigi, 1936

Mazzetti M., *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, FrancoAngeli, Milano, 2000

Mernissi F., *L'Harem e l'Occidente*, Giunti, Firenze, 2000

Morrone A., Sannella A. (a cura di), *Sessualità e culture. Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari*, FrancoAngeli, Milano, 2010

Morrone A., Vulpiani P. (a cura di), *Corpi e simboli. Immigrazione, sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa*, Armando Editore, Roma, 2004

Morrone A., *L'altra faccia di Gaia. Salute, migrazione e ambiente tra nord e sud del pianeta*, Armando Editore, Roma, 1999

Natsoulas T., *The Politicization of the Ban of Female Circumcision and the Rise of the Independent School Movement in Kenya: The KCA, the missions and government, 1929-1932*, Journal of Asian and African Studies, vol. 33, n. 2, aprile, 1998, pp. 137-158

Nazioni Unite, *Plan-Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement* (UNDAF) 2007-2011, Sistema delle Nazioni Unite in Senegal, 2007

Ndiaye S., Ayad M., *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005* (Inchiesta demografica e sanitaria in Senegal 2005), Centre de recherche pour le développement humain, Dakar, e ORC Macro, Calverton, MD, aprile 2006, pp. 238-240

Njeri C. J., Askew I., Liku J., *An Assessment of the Alternative Rites Approach for Encouraging Abandonment of Female Genital Mutilation in Kenya*, Relazione conclusiva FRONTIERS, Population Council, Washington, D.C., settembre 2001, pp. 42-44.

Organizzazione Mondiale della Sanità, *Africa. Viaggi e salute*, EDT, Roma, 2008

Pasquinelli C. (a cura di), *Antropologia delle mutilazioni genitali femminili. Una ricerca in Italia*, AIDOS, Roma, 2000

Pasquinelli C., *Infibulazione. Il corpo violato*, Meltemi Editore, Roma, 2007

Peter E., Monkman K., Miles R., 'Breaking Out of the Egg: Methods of transformative learning in rural West Africa', in *Transformative Learning in Practice: Insights from community, workplace, and higher education*, a cura di Jack Mezirow ed Edward W. Taylor, John Wiley & Sons, San Francisco, 2009, pp. 227-239

Piazza M., *Le trentenni. Fra maternità e lavoro, alla ricerca di una nuova identità*, Oscar Mondadori, Milano, 2004

Pich T., *La legge giusta. Il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili*, AIDOS, Roma, 2000

Reaves J., *Walking Away from the Past: How does an outsider change a culture? From the inside, says activist Molly Melching*, *Chicago Tribune Magazine*, 25 novembre 2007

Refaat N., Amal A. H., *Female Genital Mutilation Abandonment Programme: Evaluation summary report*, *Population Council*, Ufficio dell'Africa occidentale e settentrionale, Il Cairo, 24 aprile 2008, pp. 26, 33-35

Salif N., Ayad M., *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005* (Inchiesta demografica e sanitaria in Senegal 2005), Centre de recherche pour le développement humain, Dakar, e ORC Macro, Calverton, MD, aprile 2006

Tola V., Scassellati G., *Mutilazioni genitali femminili. Dimensioni culturali e problematiche socio assistenziali*, Poletto Editore, Milano, 2001

Tostan, *158 Villages in the Department of Kounghoul Join the Movement to Abandon Harmful Traditional Practices*, comunicato stampa, Tostan, Kounghoul (Senegal), 20 novembre 2009, e Comitato francese per l'UNICEF, 'Excision: Informer les communautés pour les aider à mieux décider', 4 febbraio 2010, modificata il 5 marzo 2010

UNHCR, *la violenza sessuale nei confronti dei rifugiati. Linee guida per la prevenzione e la risposta. Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati*, Ginevra, 1995. Vers. It.: dicembre 2001, Rossi E.

Van Gennep A., *I riti di passaggio*, Boringhieri, Torino, 1985

WHO, *Female Genital Mutilation. Programmes to Date: What Works and What Doesn't. A Review*, WHO, Ginevra, 1999

Zajczyk F., *La resistibile ascesa delle donne in Italia. Stereotipi di genere e costruzione di nuove identità*, Il saggiatore, Milano, 2007

Zanardo L., *Il corpo delle donne*, Feltrinelli Editore, Milano, 2010

SITOGRAFIA

Sito ufficiale del quotidiano on-line “Afrol” per ricavare importanti notizie sui Paesi africani:

<http://www.afrol.com>

Sito ufficiale dell’Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo

<http://www.aidos.it>

Sito ufficiale di donne che sostengono donne contro la violenza di genere:

<http://www.associazionefrida.it>

Sito ufficiale per il monitoraggio delle condizioni di vita di donne e bambini a livello mondiale:

<http://www.childinfo.org>

Sito che raccoglie informazioni di chirurgia estetica dei genitali femminili in Italia:

<http://www.chirurgiaintima.it>

Sito ufficiale del Centro Europeo di Giornalismo:

<http://www.ejc.nl>

Sito ufficiale del Governo italiano:

<http://www.governo.it>

Sito che raccoglie informazioni su come viene visto oggi il corpo delle donne nelle società occidentali:

<http://www.ilcorpodelledonne.net>

Sito ufficiale dei programmi sulla salute e la nutrizione delle popolazioni africane:

<http://www.measuredhs.com>

Sito ufficiale dell'Associazione Italiana per L'Educazione ai Media e alla Comunicazione:

<http://www.medmedia.org>

Sito ufficiale di laboratorio di innovazione sui diritti e la parità:

<http://www.meltinglab.it>

Sito che raccoglie le ricerche sulle mutilazioni genitali femminili in Abruzzo:

<http://www.mgfabruzzo.it>

Sito che raccoglie le ricerche sulle mutilazioni genitali femminili in Toscana:

<http://www.mgftoscana.it>

Sito che raccoglie dati sulle mutilazioni genitali femminili praticate sui bambini:

<http://www.noharrrm.org>

Sito che raccoglie dati sui movimenti religiosi che si adoperano per eliminare le mutilazioni genitali femminili:

<http://www.religioustolerance.org>

Sito che raccoglie dati sulle ricerche svolte in Lombardia da Amnesty International sulle mutilazioni genitali femminili:

<http://www.sdfmagazine-amnestylombardia.org>

Sito ufficiale della campagna internazionale contro le mutilazioni genitali femminili:

<http://www.stopfgmc.org>

Sito ufficiale delle Nazioni Unite:

<http://www.un.org>

Sito ufficiale della Commissione Economica delle Nazioni Unite per l'Africa:

<http://www.uneca.org>

Sito ufficiale per lo sviluppo di donne uomini e bambini:

<http://www.unfpa.org>

Sito ufficiale dell'UNICEF:

<http://www.unicef.it>

Sito ufficiale per lo sviluppo e l'uguaglianza di genere:

<http://www.unifem.org>

Sito di un giornale interamente dedicato alle donne:

<http://www.womenews.net>

Sito ufficiale dell'Organizzazione Mondiale per la Salute:

<http://www.who.int>

Sito che raccoglie dati sulle donne:

<http://www.womenst.library.wisc.edu>

Sito italiano di medicina e chirurgia estetica:

<http://www.xthetic.com>