

In collaboration with

Les Heures
Universitat de Barcelona

FernUniversität Hagen

Katholieke Universiteit Leuven
Faculté de Droit

Université René Descartes
Paris 5

Università Cattolica di Milano
Facoltà di Psicologia, Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia



Le Mutilazioni Genitali Femminili in un'ottica di Mediazione

Le rose recise

Master's paper presented in order to obtain
the European Masters in Mediation 3rd course - 2002

Tutor

Consolata Peyron

Presented by

Filomena Petrazzuolo

Sion March 2003

Institut Universitarie
Kurt Bösch

In collaboration with

Les Heures
Universitat de Barcelona

FernUniversität Hagen

Katholieke Universiteit Leuven
Faculté de Droit

Université René Descartes
Paris 5

Università Cattolica di Milano
Facoltà di Psicologia, Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia

Le Mutilazioni Genitali Femminili in un'ottica di Mediazione

Le rose recise

Master's paper presented in order to obtain
the European Masters in Mediation 3rd course - 2002

Tutor
Consolata Peyron

Presented by
Filomena Petrazzuolo

Sion March 2003

INDICE

Introduzione

Capitolo 1

Le mutilazioni genitali femminili

- 1.1. Origini delle mutilazioni genitali femminili: un lungo silenzio
- 1.2. Classificazioni e terminologia
 - 1.2.1. Dove è praticata
 - 1.2.2. Quali sono le Mutilazioni dei genitali femminili
- 1.3. Fattori legati all'innescamento del fenomeno: approccio sociale, culturale, antropologico e religioso al fenomeno delle mutilazioni genitali femminili
 - 1.3.1. Riti di iniziazione
 - 1.3.2. La costruzione della identità di genere
 - 1.3.3. Aspettative e rappresentazioni
 - 1.3.4. Corpi, confini etnici e appartenenze comunitarie
 - 1.3.5. Il prezzo della sposa
 - 1.3.6. Motivazioni di carattere religioso
 - 1.3.7. Strategie di disciplinamento

Capitolo 2

Aspetti sanitari

- 2.1. Danni irreversibili ed innumerevoli complicazioni delle mgf
- 2.2. Compromissione fisica, psicologica, sessuale
 - 2.2.1. Le conseguenze fisiche
 - 2.2.2. Le conseguenze psicologiche

Capitolo 3

Aspetti legislativi

- 3.1. La questione sul piano internazionale
- 3.2. La legislazione dei paesi europei
- 3.3. La legislazione dei paesi extraeuropei
- 3.4. La legislazione internazionale
- 3.5. Processi e giurisprudenza
- 3.6. Se e come perseguire penalmente

Capitolo 4

I dati sul fenomeno delle mutilazioni genitali femminili

- 4.1. I dati sulle aree geografiche
- 4.2. Le cifre Italiane

Capitolo 5

La Mediazione Interculturale e le MGF

- 5.1. La mediazione interculturale
- 5.2. La mediazione interculturale applicata al fenomeno delle MGF ed ipotesi di intervento
- 5.3. Indagine conoscitiva sul tema delle Mgf
 - 5.3.1. I dati raccolti ed elaborati
 - 5.3.2. I risultati

Conclusioni

Bibliografia

- ALLEGATO 1 - La ricerca sulla conoscenza del fenomeno e sulle ipotesi di intervento: il questionario e l'opuscolo informativo, le tabelle dei dati, gli istogrammi dei dati elaborati.
- ALLEGATO 2 – Testimonianze
- ALLEGATO 3 - Allegato 3 - Strumenti legislativi che si riferiscono alle mgf

Introduzione

Il lavoro da presentare come Tesi finale per il Master Europeo in Mediazione vuole essere un'occasione preziosa per rielaborare ed approfondire il tema della Mediazione Interculturale.

L'Italia conta attualmente 1.600.000 immigrati e il numero è destinato ad aumentare, inoltre è un paese di transito per migliaia di stranieri che arrivano in Europa.

Che le nostre società saranno multietniche, è un dato di fatto.

Per costruire una coabitazione pacifica bisogna puntare sull'integrazione degli immigrati in modo da valorizzare le opportunità offerte dalla loro presenza e prevenire i possibili conflitti.

In questo senso la Mediazione Interculturale potrebbe rappresentare una risorsa ed uno strumento fondamentale.

La Mediazione Interculturale è una pratica costruttiva che mira a facilitare il dialogo, è un processo che si attiva per favorire la comprensione e il riconoscimento reciproco, promuovendo la disponibilità all'incontro, incentivando il confronto dialettico nel rispetto delle reciproche diversità.

Incontro e confronto che con persone di culture diverse, porta in sé un potenziale creativo estremamente interessante, che può avere come effetto la ricerca di soluzioni innovative sul piano comunicativo e relazionale; ma perché ciò avvenga, sarà necessario mettere in atto condizioni che permettano ad ogni persona di esprimersi liberamente e pienamente.

Sarà necessario, quindi, aumentare la capacità di integrazione della comunità in modo da favorire scambi e relazioni interculturali a più livelli e sempre più profondi: non più solo pranzi multietnici, festival di musica etnica, ma nuove idee, nuovi modi di leggere la realtà, nuovi pensieri.

La Mediazione Interculturale allora sarà un esercizio maieutico, atto a far emergere con una visione del tutto diversa "il conflitto", visto in ultima analisi come fonte di ricchezza.

La nuova società si trova ad "ospitare" una molteplicità di tipologie di conflitto: conflitti soggettivi, conflitti intersoggettivi, conflitti tra gruppi etnici, ecc.

C'è insoddisfazione per come le modalità giuridiche risolvono, o spesso non risolvono, il conflitto, producendo leggi adattive non idonee, e a volte nemmeno quelle.

Di fronte all'esplosione delle complessità sociali nasce il bisogno urgente di colmare i vuoti di tutela.

Questo lavoro quindi nasce anche dall'esigenza e dalla convinzione che la pratica della Mediazione Interculturale potrebbe dare un valido contributo alle risoluzioni di molti problemi, che sembrano invece essere senza soluzione, rendendo vani e impotenti gli assestamenti un tempo idonei, perché figli di un'unica cultura, dove il libero arbitrio, la legalità, e la democrazia sono messi fortemente in discussione.

Nell'analizzare ed approfondire il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), pur sembrando un fenomeno di complessa soluzione, risulterebbero chiare le potenzialità della Mediazione Interculturale nella risoluzione di tale problematica. Prima di ravvedere le possibili soluzioni, però si è ritenuto importante, conoscere dettagliatamente tutte le sfaccettature e implicazioni che investono il fenomeno delle MGF, ed è per questo che si è preferito iniziare la trattazione del fenomeno partendo dalle sue origini, che sembrano essere millenarie, per poi conoscere i contesti, le condizioni, le funzioni e i ruoli nelle quali tali pratiche si consumano, questo per meglio poter sostenere e facilitare un'azione complessa, come potrebbe essere quella della Mediazione Interculturale.

L'aspetto interessante del lavoro si è focalizzato sull'interpretazione dei fattori innescanti la pratica, mossa dalle più svariate motivazioni quali quelle religiose, rivelatesi poi infondate; quelle economiche, per la ricchezza attribuita ad una donna mutilata; culturali e sociali, così radicate da giustificare l'esclusione e lo scherno se non ci si assoggetta; mitiche e ancestrali tali da credere che, solo con la mutilazione, una donna possa liberarsi della parte maschile di cui è portatrice dalla nascita.

Si è preferito proseguire con la trattazione dettagliata delle conseguenze sanitarie delle MGF, proprio per ravvedere l'urgenza della risoluzione, ed aggiungere a queste, tutte le informazioni giuridiche nazionali e internazionali al fine di poter meglio capire cosa è stato fatto, o è possibile fare, anche alla luce di una delle ultime conferenze internazionali svoltasi a Bruxelles il 10 e 11 Dicembre 2002, da cui, come vedremo in seguito, sono scaturite solo ipotesi e progetti embrionali basati sulla sola informazione-sensibilizzazione e su una più rigida applicazione delle leggi, nonostante la via legale fin ora sembri essere stata quella meno proficua, dovuta ad una scarsa applicazione e/o inadeguate

sanzioni, senza tener conto, inoltre, che un asprimento sanzionatorio ha comportato la clandestinizzazione di tali pratiche.

In previsione di un ipotesi di intervento, si è ritenuto opportuno approfondire la conoscenza del fenomeno, attraverso l'articolazione di un questionario costruito ad hoc, e somministrato in occasione di un convegno sulle dinamiche e i rapporti tra vittime e carnefici, intravedendo l'esigenza di raccogliere alcuni dati ed informazioni circa la conoscenza, le opinioni ed eventuali ipotesi di intervento in merito al fenomeno delle MGF in Italia e nei paesi d'origine.

I risultati elaborati, sorprendentemente simili alle proposte avanzate a Bruxelles durante la Conferenza Internazionale "Stop FGM", hanno rilevato quanto il nostro campione rispondente, seppur esiguo e statisticamente inefficace, prevalentemente formato da donne laureate tra i 40 e i 50 anni, nate e residenti al sud Italia, abbia avanzato ipotesi d'intervento basate principalmente sull'informazione e sull'inasprimento legislativo, così come proposto a Bruxelles.

L'ipotesi di un eventuale intervento in ambito interculturale, è nata da constatazioni scaturite dall'approfondimento di alcune tematiche del fenomeno, che hanno messo in risalto l'inefficacia dell'applicazione legislativa, e dall'analisi interpretativa di alcune testimonianze rilasciate da giovani uomini immigrati, principalmente mariti di donne mutilate, che comunicavano una presa di coscienza del tutto nuova rispetto al fenomeno, sia dal punto di vista sessuale, sia affettivo, che sanitario.

Il progetto in ipotesi è stato strutturato in minicicli, interessando vari contesti e diverse categorie di persone.

Ma, l'esigenza principale di un progetto di mediazione solitamente prevede l'individuazione delle parti in conflitto. Per quanto riguarda il fenomeno delle MGF, quali verrebbero ad essere le parti coinvolte?

- culture
- istituzioni
- operatori
- immigrati

Fra tutte quelle possibili, pur non rinnegando gli sforzi in campo nazionale ed internazionale operati fin ora a vario titolo, si è ipotizzato un intervento che, non solo mettesse a confronto le parti che meno sono state coinvolte direttamente nel fenomeno, e che sembrano avere un ruolo preponderante nella perpetuazione di tale fenomeno: i giovani immigrati, ma soprattutto che alimentasse dubbi e seminasse incertezze, al fine di stimolare nuove risposte.

Da ciò, l'idea di poter tentare un intervento di Mediazione Interculturale sugli immigrati, non riscontrata ancora in letteratura e in progetti d'intervento europeo, focalizzata principalmente sulla trasformazione delle proprie convinzioni, dimostratesi errate ed inopportune alla luce della cultura ospitante, e delle conseguenze sanitarie in cui le proprie donne incorrono. Tale ipotesi di intervento, ribadiamo, nuovo nell'ambito delle tecniche di mediazione interculturale, non avendo riscontrato altrove alcun tipo di ipotesi simile, sembrerebbe presuntuoso, volendo ipotizzare risoluzioni lì dove altre applicazioni maggiormente direttive, non avrebbero ancora dato risposte apprezzabili.

A nostro avviso, invece, un intervento fondato su tecniche di mediazione interculturale, andrebbe ad affiancarsi a quanto già in itinere, in nome di quell'approccio multidisciplinare, utile ad affrontare il problema.

Da quanto ipotizzato, muovendosi da un obiettivo di sensibilizzazione e informazione iniziale, si è prefisso di scendere "dentro", proponendo principalmente alle parti interessate, in questo caso gli uomini, un'apertura ad un mondo per loro "laterale".

Gli obiettivi del progetto non possono comunque pensarsi risolutivi. Sarebbe perciò inopportuno creare aspettative utopistiche, data l'inesistenza di esperienze simili e la non verificata applicazione pratica di quest'ultimo.

Infatti ciò che ci si prefigge non può essere finalizzato alla completa estinzione della pratica, e gli obiettivi sarebbero già da considerarsi raggiunti, qualora si potesse ottenere un dialogo, e l'adeguamento alla "cultura del minimo danno", prevedendo almeno il controllo sanitario della pratica o la sua simbolica sostituzione con equivalenti rituali di transizione meno dannosi.

Capitolo 1

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

1.1. Origini delle mutilazioni genitali femminili: un lungo silenzio

Le mutilazioni dei genitali femminili hanno un'origine oscura relegata in un passato remoto che alcuni fanno risalire ai faraoni, mentre per altri si estenderebbe fino all'antica Roma, un'origine resa ancora più oscura dal silenzio che le ha sempre circondato e che ha contribuito a farne un argomento tabù per le genti africane, ma anche a proteggerle dalla curiosità indiscreta di noi occidentali. Dietro questo silenzio ci sono molte cose: c'è un mondo di donne chiuso su se stesso, un mondo di interni, sospeso tra l'attesa e il timore di tagliare via una parte del corpo delle proprie bambine nel corso di cerimonie di cui per secoli le madri sono state le grandi registe, e c'è un mondo esterno, un mondo di uomini che si mantiene estraneo e distante, e che però su questo disciplinamento dei corpi femminili ha fondato le proprie strategie di potere. A tenere insieme e a dare coerenza a questi due mondi così distanti tra loro c'è una pratica cruenta che stringe in una morsa tutta la fascia dell'Africa subsahariana, e che costituisce l'espressione simbolica di un complesso sistema economico e sociale di strategie matrimoniali diffuso in maniera capillare in tutta l'area. Si tratta di un meccanismo di domino fondato sul prezzo della sposa, cioè sul compenso che la famiglia del futuro marito versa alla famiglia della futura moglie in cambio di una donna illibata, il che vuol dire circonscisa - escissa, o infibulata che sia - pronta a rispedirla al mittente e a riprendersi il compenso versato - sia in bestiame che in denaro - se la donna non è operata come si deve. Il valore di una sposa dipende infatti dalla sua verginità e le Mutilazioni dei genitali femminili sono una forma di protezione che inibisce nella donna desideri e tentazioni di rapporti prematrimoniali, ma che soprattutto la preserva e la difende da violenze e stupri.

In questo silenzio rientra anche la tacita complicità dell'Occidente che con il colonialismo prima e con le politiche di cooperazione allo sviluppo poi ha preferito in maniere diverse ignorare le Mutilazioni dei genitali femminili, trincerandosi dietro una forma di rispetto per altro inusuale delle tradizioni locali.

Una consegna del silenzio che persino gli etnologi - addetti ai lavori sui costumi altrui - non sono stati in grado di rompere.

Fatta eccezione delle testimonianze che compaiono a partire dalla fine del XVII secolo in quegli straordinari documenti etnografici che sono le relazioni di viaggio, poche sono le ricerche condotte sulle Mutilazioni dei genitali femminili e quelle poche incomplete, anche perché per lungo tempo ad andare sul campo sono stati in prevalenza degli uomini che avevano, proprio in quanto uomini, difficoltà di accesso o scarso interesse per il mondo femminile. A suggellare tale silenzio è poi venuto in anni più recenti il rifiuto a parlarne da parte delle dirette interessate. È rimasta famosa la posizione assunta dalle donne africane alla Conferenza di Copenhagen del 1980 dove si sono sottratte alle pressioni delle femministe americane che insistevano per inserire la questione delle Mutilazioni dei genitali femminili nella loro agenda politica respingendo tale iniziativa come una ingerenza indebita nelle loro vite e nelle loro scelte politiche. Poi qualcosa è cambiato. Non saprei bene dire né quando né come il muro di omertà e di indifferenza che le ha relegate per secoli fuori dalla storia ha cominciato a incrinarsi. Da qualche anno a questa parte il silenzio ha lasciato il posto a una proliferazione di discorsi, che stanno trasformando le Mutilazioni dei genitali femminili in una nuova questione sociale legata al rispetto dei diritti umani e alla salvaguardia della salute delle donne e delle bambine. Questa fuoriuscita dal cono d'ombra è il precipitato di anni di campagne di sensibilizzazione promosse da organizzazioni non governative, internazionali ed africane, e dalle varie agenzie delle Nazioni Unite, ma è anche il risultato dei provvedimenti legislativi presi da alcuni governi locali. In un'ottica più generale è il segnale che anche questa pratica arcaica e segreta è ormai entrata nell'area dei processi di modernizzazione in concomitanza con alcuni eventi drammatici che stanno mutando la vita e la fisionomia di molte popolazioni africane, quali la guerra, l'emigrazione e l'espansione del fondamentalismo islamico.

1.2. Classificazioni e terminologia

Il termine deriva dal latino «infibulare»: allacciare con una fibbia o fermare insieme (la datazione del termine appartiene al XVIII secolo). Tre dizionari dei termini di medicina, ne danno definizioni che si differenziano solo per alcune

sfumature ma che possono essere riassunte in pochi termini: «La pratica nell'atto di fermare o fissare con fermagli o punti, in pratica di chiudere, le grandi labbra femminili per prevenire il coito o il prepuzio maschile allo stesso scopo».

Una fonte definisce questa «un'antica pratica» e un'altra fonte «un'operazione praticata presso alcuni popoli selvaggi» citando la variante del passaggio di un anello attraverso piccole e grandi labbra femminili sempre allo stesso scopo di impedire il rapporto sessuale.

Tali consuetudini «barbariche» sono ancora osservate nel mondo islamico e l'infibulazione è messa in atto sul corpo solo delle bambine per mantenere la verginità fino al momento del matrimonio o addirittura per rendere il rapporto sessuale difficile e doloroso per la donna tutta la vita, con conseguente enorme dolore e notevoli problemi anche al momento del parto.

Esiste poi la variante della chiusura della vulva con l'asportazione del clitoride che condiziona notevolmente la soddisfazione sessuale della donna. Ebbene, queste pratiche sono oggi messe in pratica in Italia dalle famiglie di immigrati, regolari o meno e specialmente provenienti dal Nord Africa, per lo più in condizioni igieniche assurde che causano gravi infezioni e fanno arrivare spesso le bambine nei nostri ospedali. Per inciso ricordo che nei confronti del sesso maschile nel mondo islamico è eseguita unicamente la circoncisione, cioè il taglio del prepuzio, pratica che assume precisi connotati rituali ma non compromette in alcun modo la vita sessuale dell'individuo e in ultima istanza provoca solo una facilitazione delle pratiche igieniche.

Quindi l'infibulazione costituisce una grave mutilazione per il corpo delle bambine e ne condiziona tutta la vita sessuale. Ma da che cosa nasce la necessità di queste pratiche sociali? Dal libro di uno psicoanalista algerino, Malek Chebel col titolo «La Cultura dell'Harem», leggiamo l'importanza della verginità per la donna nel mondo arabo e quindi il significato di impedire il coito prima del matrimonio.

Il libro recita: «La verginità, dunque costituisce la pietra angolare dell'educazione femminile nell'ambiente tradizionale maghrebino» e la condizione preliminare all'unione tra due creature.

«Per una donna la necessità di arrivare vergine la notte delle nozze va al di là di ogni retorica, poiché rientra semplicemente nella normalità» e ancora «La non verginità, come la malattia mentale, è uno stato inconcepibile, una anomalia. La perdita della verginità prima del tempo porta al disprezzo da parte

della collettività e all'isolamento della donna. La giustizia musulmana prevede perfino pene e castighi per gli immorali che decidono di sposare le ragazze con le quali hanno peccato».

Più avanti nel libro leggiamo «numerose testimonianze evidenziano l'estrema angoscia provata dalle giovani spose la notte delle nozze». Si potrebbe continuare ma penso che sia sufficiente per chiederci che cosa ci può legare a questa cultura barbarica.

1.2.1. Dove è praticata

L'infibulazione è praticata soprattutto in Africa. In Somalia, Etiopia, Egitto, Eritrea, Mali, Guinea e Sierra Leone, gran parte della popolazione femminile ha subito mutilazioni genitali. Il fenomeno è diffuso anche tra alcuni paesi del Medio Oriente quali l'Oman, lo Yemen e gli Emirati Arabi Uniti. Nei paesi occidentali industrializzati le mutilazioni genitali femminili avvengono soprattutto presso le comunità di immigrati da Paesi africani. Le mutilazioni genitali femminili non hanno nulla a che fare con la religione musulmana. La maggioranza dei musulmani non la pratica e nel Corano non c'è alcun riferimento in merito. Un editto su questo argomento attribuito al Profeta Maometto invita anzi alla "moderazione". La pratica è rimasta in uso anche tra alcuni convertiti al cristianesimo, sebbene i missionari europei abbiano sempre cercato di scoraggiarla. Anche i Falasha (ebrei etiopi) praticavano l'infibulazione. Non si sa se la praticino anche dopo l'emigrazione in Israele.

1.2.2. Quali sono le Mutilazioni dei genitali femminili

Mutilazioni dei genitali femminili è il nome che è stato dato nel corso della III Conferenza del Comitato inter-africano sulle pratiche tradizionali rilevanti per la salute di donne e bambine/i (Iac nell'acronimo inglese, Ci-Af in quello francese) a tutte quelle pratiche tradizionali in cui si ha l'asportazione e/o l'alterazione di una parte dell'apparato genitale esterno della donna. Non è però così che le chiamano le popolazioni dei paesi in cui si praticano, che non accettano la forte connotazione negativa contenuta in tale espressione. Ogni

gruppo usa i termini tramandati dalla propria tradizione che variano molto da un'etnia o da una regione all'altra, a seconda anche di quale tipo di mutilazione si tratta. Ad esempio le somale, quando ne parlano tra loro, ricorrono spesso al nome assai più domestico ed evocativo di "cucitura". Ma in genere tutte le popolazioni in cui è diffuso questo tipo di intervento su una parte così delicata del corpo femminile preferiscono il termine circoncisione. Si tratta di un termine neutro che viene usato in maniera impropria per assimilare le mutilazioni dei genitali femminili alla circoncisione maschile in cui, com'è noto, ci si limita a recidere solo la pelle che circonda il glande senza provocare nessun effetto mutilante sul corpo maschile. In tale modo con questa traslazione linguistica si sfumano le differenze radicali che vi sono tra i due tipi di operazione, con il risultato di occultare il carattere demolitore che ha invece la maggioranza degli interventi sui genitali femminili e accreditarne un'immagine più familiare e rassicurante. Secondo la classificazione fatta dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) si possono distinguere quattro tipi principali di mutilazione:

il **I tipo** consiste nel recidere il prepuzio o nella asportazione parziale o totale della clitoride (clitoridectomia). *Sunna* è il nome tradizionalmente usato per designare questo tipo di mutilazione;

il **II tipo** o **escissione**, consiste nel recidere il prepuzio e nell'asportazione, oltre che della clitoride, di parte o di tutte le piccole labbra;

il **III tipo**, cioè l'**infibulazione** o **circoncisione faraonica**, è la forma di intervento più cruenta e consiste nell'escissione della clitoride e nell'asportazione delle piccole labbra e anche - soprattutto in passato, ma in area rurale ancora oggi - dell'asportazione parziale o totale delle grandi labbra e nella successiva cucitura dell'apertura vaginale ridotta a un piccolo pertugio - non più grande di un chicco di riso o di miglio - per permettere la fuoriuscita dell'urina e del sangue mestruale;

il **IV tipo** include **tutta una serie di procedure** che vanno dal trafiggere o punzecchiare lievemente la clitoride in modo da farne uscire alcune gocce di sangue a tutta una ampia casistica di manipolazioni che variano molto da una etnia all'altra - allungamento delle clitoride o delle labbra, cauterizzazione della clitoride, taglio della vagina (*gishiri*), introduzione in vagina di sostanze corrosive per restringerla o renderla asciutta.

Sono tutti interventi che nella maggioranza dei casi vengono effettuati senza anestesia da praticanti tradizionali, e comportano un alto tasso di

mortalità, di complicazioni sanitarie e di disturbi psicologici. Per la clitoridectomia, che di fatto riguarda la grande maggioranza delle donne, e ancor più per la *sunna* le conseguenze sul piano medico-sanitario non sono così rilevanti come per l'escissione e ancor più per l'infibulazione. Le mutilazioni dei genitali femminili sono soprattutto un'usanza africana, dato che i casi extra-africani sono ritenuti dagli esperti di importazione recente. Mentre la *sunna*, è praticata anche a nord, le altre sono soprattutto diffuse lungo tutta la fascia dell'Africa sub-sahariana - l'infibulazione in Africa orientale e la clitoridectomia nei paesi dell'Africa occidentale - un territorio vasto ed eterogeneo popolato da etnie con lingue, culture e religioni diverse, che hanno in comune uno stesso sistema economico-simbolico fondato sul rapporto tra Mgf e prezzo della sposa. Dato il loro carattere sociale si applicano a tutte le donne di un determinato gruppo etnico o di una determinata società e si svolgono secondo tempi e periodicità stabilite. In genere le bambine vengono operate in una determinata stagione o mese dell'anno secondo scadenze periodiche, che variano da una etnia all'altra. Anche l'età in cui vengono fatti gli interventi cambia a seconda delle etnie e del tipo di mutilazione. Schematizzando molto si può dire che la clitoridectomia viene praticata nel periodo della primissima infanzia (dal 3° al 40° giorno di vita) soprattutto nelle società cristiane, ma anche in alcune società animiste e musulmane, e tra i 4 e i 14 anni nelle società musulmane e animiste. L'età dell'infibulazione varia invece dai 3 ai 12 anni e rari sono i casi di interventi nel periodo neonatale.

1.3. Fattori legati all'innescamento del fenomeno: approccio sociale, culturale, antropologico e religioso al fenomeno delle mutilazioni genitali femminili

1.3.1. Riti di iniziazione

Le Mgf sono un istituto tuttora molto attivo nel determinare la vita di relazione e di scambi su cui si basa l'organizzazione sociale di gran parte delle società africane. Il profondo radicamento delle MGF è dovuto ad una complessa costellazione di fattori che pur variando da un'etnia all'altra presentano alcuni tratti comuni. Si tratta del ruolo fondamentale che tale tipo di

pratiche tradizionali ha nella costruzione dell'identità di genere e nella formazione dell'appartenenza etnica, oltre che nella definizione dei rapporti tra i sessi e le generazioni. Prima di esaminare in maniera più dettagliata tutti questi aspetti su cui si esercita l'efficacia simbolica delle mutilazioni dei genitali femminili, bisogna definirne meglio la fisionomia. Per pratiche tradizionali si intende quegli atti abituali, di uso comune, che sono stati trasmessi dalla generazione passata e che con molta probabilità saranno passati a quella successiva. Le mutilazioni dei genitali femminili sono però un tipo particolare di pratiche tradizionali. Con esse siamo infatti nell'ambito dei riti di passaggio, ovvero di quelle pratiche cerimoniali che guidano, controllano e regolamentano i mutamenti di status, di ruolo, o di età delle persone e così facendo scandiscono le varie fasi del ciclo di vita trasformandole in un percorso ordinato e dotato di senso che ne soddisfa i bisogni di identità e di riconoscimento. In particolare le mutilazioni dei genitali femminili sono una componente fondamentale dei riti di iniziazione, attraverso cui nelle società tradizionali si diventa "donna". Donna infatti non si nasce, nel senso che la connotazione biologica non riesce a essere di per sé un fattore sufficiente di individuazione. A questo provvedono i riti che trasformano l'appartenenza sessuale ascritta in uno status acquisito, riscattando il destino biologico legato al sesso per trasformarlo in una "essenza sociale": la donna. Sono infatti i riti che decidono dell'identità delle persone proprio a cominciare da quelle appartenenze ascritte come il sesso e l'età. Sottraendole alla biologia, sono i riti che notificano alla persona la sua identità, indicandogli ciò che è e ciò che deve essere. Sono loro che fanno conoscere e riconoscere una differenza preesistente, come quella che separa i sessi, facendola esistere in quanto "differenza sociale". Proprio in virtù di questo loro potere simbolico i riti di passaggio sono stati definiti "atti di magia sociale". Non solo perché sono in grado di creare delle differenze dal nulla nel momento stesso in cui notificano alle persone la loro nuova identità, ma perché fanno riconoscere alla comunità come legittimo quello che invece è un limite arbitrario che istituisce una divisione fondamentale dell'ordine sociale, come quella tra sposati e non sposati, o tra iniziati e non iniziati, o quella ancora più radicale tra maschi e femmine.

1.3.2. La costruzione della identità di genere

Anche se con sfumature diverse ogni società trasforma la sessualità biologica in una costruzione culturale differenziando il maschile dal femminile per decidere della sua appartenenza di genere. Il genere è un processo di definizione del sé secondo l'adesione ai modelli culturali che si sono storicamente costruiti sulla differenza di sesso. Si tratta per lo più di modelli impliciti nelle forme di agire, che proiettano la differenza tra i sessi sul piano culturale riscattandola dalla pura appartenenza biologica. Mentre nelle società complesse lo statuto del genere è soggetto a una negoziazione continua, nel senso che nessuna delle distinzioni che oggi contrappongono uomini e donne è destinata a rimanere a lungo uguale a se stessa e come tale non può essere data per scontata, nelle società tradizionali lo statuto di genere appare assai più fisso e allo stato attuale abbastanza immodificabile. Nelle società africane la creazione dell'identità di genere prima di essere un percorso metaforico è una manipolazione fisica dei corpi. Rispetto agli aspetti cerimoniali dei riti di iniziazione, cui spetta la gestione simbolica del passaggio di status, le mutilazioni dei genitali femminili fanno qualcosa in più, nel senso che incidono sui corpi la loro appartenenza di genere. In due modi distinti: da una parte modificandone la morfologia e dall'altra plasmandone l'espressività. Le Mgf provvedono ad asportare la parte "maschile" dell'apparato genitale femminile, la clitoride assimilata a un piccolo pene, cancellando la bisessualità originaria fondata sulla presenza in entrambi i sessi di rudimentali organi genitali dell'altro sesso: nel maschio è il prepuzio a essere asportato con la circoncisione perché è considerato un residuo di femminilità per il suo aspetto di guaina. Di fatto si tratta di due operazioni complementari, da una parte si nasconde l'organo genitale femminile e dall'altra si scopre l'organo maschile. Solo con l'escissione delle sue parti maschili una ragazza può diventare una donna a pieno titolo. In tal modo, nonostante che la costruzione dell'identità di genere sia soprattutto un processo simbolico, tale manipolazione fisica dei corpi rafforza l'impressione che l'identità femminile sia prodotta e mantenuta attraverso la circoncisione. Si ha così una sorta di naturalizzazione delle procedure attraverso cui la cultura costruisce le appartenenze di sesso, con la conseguenza di rendere molto difficile ogni tentativo di mettervi fine, sia a livello individuale che collettivo. Oltre a manipolare il corpo della donna le mutilazioni ne costruiscono anche l'aspetto

fisico, le proporzioni e l'armonia tra le varie parti. Questo è particolarmente visibile nelle donne infibulate la cui andatura flessuosa e lenta è una conseguenza dell'operazione che rende assai problematica tutta una serie di movimenti. Dal momento che l'intervento ravvicina tra loro le gambe, restringendone lo spazio intermedio elimina in tal modo la possibilità di allargare troppo le cosce, costringendo il corpo della donna a un portamento e a un'andatura che potremmo definire centripeta. Una volta infibulate le bambine vengono rieducate a usare il proprio corpo, a selezionare alcuni movimenti e posture compatibili con il cambiamento subito a seguito dell'intervento e ad abbandonarne altri che possono compromettere il risultato dell'operazione, riaprendo una ferita appena suturata. L'operazione mette tra l'altro fine a ogni forma di promiscuità tra bambini e bambine, che cessano di giocare con i propri coetanei non solo perché il nuovo assetto corporeo rende impossibile quel tipo di attività che siamo abituati ad associare al maschile, come correre, giocare a palla, saltare eccetera, ma perché è il nuovo status di donna a non permetterlo più. Possiamo quindi considerare le mutilazioni dei genitali femminili come "un marcatore sessuale", non solo perché sottraggono il corpo della donna all'ambivalenza dei suoi significati per consegnarlo alla sua identità di genere. Si è visto come le mutilazioni dei genitali femminili acquistino il loro significato all'interno dei riti di iniziazione, di cui costituiscono l'evento centrale. Può anche accadere che in alcuni casi l'elemento cerimoniale sia ridotto al minimo e costituiscano esse stesse la performance rituale. Ogni operazione si svolge infatti secondo una sequenza fortemente ritualizzata che si ripete immutata da madre a figlia. Tutto accade in un luogo appartato e in un'ora cerimoniale, con un'operatrice che viene da fuori ed è gestita nel segreto di una comunità femminile che a operazione avvenuta si apre e accoglie l'intera comunità, o il vicinato se siamo in città, per festeggiare e riconoscere pubblicamente il nuovo status di donna, quasi sempre accompagnato da doni con forte carica simbolica nei colori e nelle forme.

1.3.3. Aspettative e rappresentazioni

La casistica è molto ampia ma pur variando enormemente a seconda del tipo di mutilazione, dell'età delle iniziande, e delle abitudini e tradizioni locali, la

pratica si svolge secondo una sequenza rituale scandita dalle tre fasi di separazione, margine e aggregazione che caratterizzano ogni rito di passaggio. La prima fase è quella di separazione quando all' alba le bambine da operare vengono portate via da casa e riunite in un luogo lontano da sguardi indiscreti dove avverrà l'operazione. La seconda fase è quella liminale, un periodo di tempo sospeso tra la sofferenza dovuta all'operazione e la cicatrizzazione delle ferite, che le bambine trascorrono sdraiate per terra con le gambe fasciate, in un luogo appartato lontano dalla famiglia, in attesa della guarigione. La terza e ultima fase è quella di aggregazione, quando vengono reinserite nella comunità in festa e colmate di doni, per celebrare il loro ingresso nel mondo femminile. Ovunque è lo stesso scenario variopinto di donne, di madri, di praticanti, di sorelle, zie, nonne, vicine, e di bambine eccitate di diventare finalmente come le altre, delle donne. Eccitate, ma anche impaurite di fronte a quel coltello o quella lama di rasoio che permetterà loro di accedere al mondo femminile solo distruggendo le manifestazioni più appariscenti della loro femminilità. C'è infatti una forte pressione sociale da parte del gruppo dei pari e lo spettro di un'emarginazione senza possibilità di riscatto nei confronti di chi vi si sottrae, che vale sia per le madri che per le figlie. Qui è in gioco la coppia puro/impuro sostenuta da un'etica fondata sul sentimento della vergogna, che sommate costituiscono un terribile deterrente. Su questa stessa lunghezza d'onda sono le spiegazioni locali della pratica, basate in genere su alcuni stereotipi riconducibili tutti alla necessità di controllare e limitare la sessualità femminile, sentita come qualcosa di ingovernabile e di minaccioso. Il corpo naturale è impuro perché è aperto e violabile, esposto a una promiscuità che rischia di essere contaminante non solo per la singola donna, ma per tutto il suo gruppo familiare che è destinato al discredito e alla vergogna. In questo scenario le mutilazioni dei genitali femminili costituiscono l'unico mezzo per proteggere la donna da un desiderio maschile sempre in agguato e, soprattutto, da se stessa. A difendere quel corpo inerme provvede una costruzione culturale dei corpi, che li priva di ogni tumescenza ed eccesso rendendoli lisci e innocenti dopo averne confiscato la naturalezza e il piacere. Ma qui sono in gioco due relazioni importanti: quella tra i sessi e quella tra le generazioni, in particolare tra madri e figlie, cui i riti di iniziazione danno una visibilità estrema e drammatica. Quest'ultima è molto più ambigua e controversa di quella tra i sessi che tutto sommato può essere ricondotta a una relazione asimmetrica di dominio,

fondata sulle strategie matrimoniali, su cui torneremo più avanti. Nella relazione tra madre e figlie convergono antagonismi e pulsioni distruttive che vengono condensate, espresse e neutralizzate nel breve arco di tempo della performance rituale. Sia dal punto di vista delle figlie, che trovano nel rito la legittimazione al proprio senso di colpa di volere occupare il posto delle madri, sia dal punto di vista delle madri, che "tradiscono" la fiducia delle figlie trasformandosi in carnefici ed esprimendo così la propria invidia verso la loro capacità riproduttiva, per poi - una volta compiuto il "passaggio" - dimenticare tutto, torture e sofferenze comprese. A rito finito solo i corpi ne manterranno il ricordo nella forma di una cicatrice delegata a rappresentare il segno della propria appartenenza etnica.

1.3.4. Corpi, confini etnici e appartenenze comunitarie

Le mutilazioni dei genitali femminili sono anche la porta di accesso alla propria comunità, sono un rituale di ingresso come lo è ad esempio il battesimo per i cattolici, e come tali costituiscono un punto di non ritorno, che separa chi è dentro da chi sta fuori. Questo vale per tutti i membri di una comunità, uomini e donne, anche se vigono modalità di accesso distinte. Nelle società africane non sono infatti solo i corpi femminili a essere segnati o mutilati, ma anche quelli dei giovani maschi che soprattutto in passato erano sottoposti a interventi cruenti e dolorosi. Per entrambi si tratta di segni lasciati dall'ordine culturale sui corpi, "ferite simboliche", attraverso cui ogni gruppo sociale scrive il proprio nome sui corpi imprimendovi un marchio che li trasforma così in portatori della propria cultura. Un marchio di appartenenza, ma anche di subordinazione, che vincola gli individui a un'identità collettiva e nello stesso tempo li rende oggetto di una strategia di disciplinamento secondo dispositivi diversi nei confronti dei due sessi. Le mutilazioni dei genitali femminili in particolare rappresentano quel "confine etnico", che segna dall'interno l'appartenenza comunitaria riconvertendola in una espressione biologica, che ne cancella il carattere artificioso e le condizioni della sua produzione. Una forma di "endoassegnazione" che contribuisce a segnare i confini del "noi" inteso sia come comunità locale, sia in forma allargata come quella "comunità immaginata" che è la nazione, destinata con i processi di cambiamento innestati

dall'emigrazione a contare sempre di più. Questo carattere di confine etnico emerge e trova conferma anche nella diffusa tendenza a osservare l'endogamia, a scegliere cioè il coniuge all'interno del proprio gruppo. È attraverso le mutilazioni dei propri genitali che ogni donna si riconosce ed è riconosciuta come membro della propria comunità. Non sottoporsi a tali pratiche significa condannarsi all'emarginazione e alla ripulsa e quindi a una perdita secca di quella insostituibile risorsa simbolica che è l'appartenenza e il riconoscimento comunitario. Ma le cicatrici lasciate dalle mutilazioni dei genitali svolgono anche un ruolo importante nel conservare la memoria di un gruppo sociale, di cui sono il deposito muto che si trasmette attraverso i corpi delle donne. Questa memoria incorporata, trasfigurata in natura, fa infatti delle donne le custodi discrete di un'identità collettiva che passa così da una generazione all'altra. Sono i loro corpi, corpi confiscati dai simboli di un'affiliazione comunitaria, a costituire il legame fattuale tra presente e passato, e a mantenerlo nel tempo. Memoria incarnata della comunità che ha trasformato le donne in portatrici di un complesso sistema economico e simbolico attraverso cui ogni gruppo etnico può riconoscersi e riconfermarsi nel tempo. Le mutilazioni dei genitali femminili sono dunque il segno di una doppia appartenenza: alla comunità e al genere, di cui costituiscono le condizioni di possibilità e di rappresentazione.

1.3.5. Il prezzo della sposa

Ma da dove traggono le mutilazioni dei genitali femminili la loro efficacia simbolica? Da dove viene il loro potere di conferire senso all'agire dei soggetti sociali legittimandone appartenenze comunitarie e identità di genere? Fintanto che saranno affrontate isolatamente tali pratiche rimarranno opache e indecifrabili. Per poterne capire di più dobbiamo situarle all'interno del contesto entro cui acquistano la loro intelligibilità. Per contesto si intende una struttura di significati condivisi da parte di un gruppo sociale che costituisce e dà senso al loro agire. Il contesto che conferisce senso alla pratica culturale delle mutilazioni dei genitali femminili e all'agire di soggetti interessati è un sistema complesso di strategie matrimoniali, fondate sul prezzo della sposa, che hanno come corollario alcuni tratti fissi che si implicano a vicenda - quali il matrimonio

combinato, l'età prematura della sposa e la poligamia - a cui si accompagnano una serie di tratti secondari che variano da un'etnia all'altra - quali il matrimonio per ratto, l'età avanzata dello sposo, alcuni tabù alimentari durante la gravidanza e il puerperio, alcune regole di purità e alcune pratiche sessuali, come il *gishiri* - e altri più strettamente legati al tipo di mutilazione, ma che non sono significativi per la nostra analisi. In altre parole le mutilazioni dei genitali femminili sono una componente fondamentale del matrimonio in Africa, poiché contribuiscono a regolare la gestione delle risorse e la rete complessa degli scambi e delle relazioni sociali. 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 un matrimonio sono sempre un gruppo di maschi coresidenti che rappresentano come norma tre generazioni genealogiche e precisamente gli uomini anziani o nonni, gli adulti normali o padri, gli adulti giovani o figli. Spetta a loro di scegliere lo sposo. Il matrimonio è sempre infatti un matrimonio combinato dai parenti. Raramente è una libera scelta della coppia, e nel caso lo sia, l'assenso al matrimonio dipende dal benessere dei due gruppi familiari. Ai due gruppi parentali spetta anche di decidere l'ammontare della ricchezza della sposa che lo sposo deve versare alla famiglia della sposa. Per ricchezza della sposa si intende l'insieme dei beni che la famiglia dello sposo cede alla famiglia della sposa in occasione del matrimonio. In altre parole la ricchezza della sposa è l'equivalente rovesciato della nostra dote. È lo sposo che versa un compenso alla famiglia della sposa per risarcirla della perdita di una donna e dei suoi servizi. Ma attenzione, nonostante le trattative che vengono fatte tra le due parti circa l'ammontare e le dilazioni del pagamento, non si tratta di una transazione commerciale - tanto è vero che per evitare questo tipo di equivoco si preferisce utilizzare il termine più neutro di "ricchezza della sposa". È piuttosto un dono che viene dato in cambio della fertilità della donna. Esso rappresenta infatti la compensazione per il trasferimento di certi diritti. Il prezzo della sposa è infatti l'equivalente per qualcosa che viene trasferito dal gruppo natale al gruppo dello sposo, ma nel contesto africano non è la persona della donna che viene data bensì solo dei diritti su di lei (sul lavoro, sulla sessualità e sulla fecondità della donna). E sulla sua prole. Dal momento che la ricchezza della sposa è il compenso che viene versato in cambio della fertilità della donna, e prima ancora della sua purezza, risulta a questo punto chiara la funzione che hanno le Mgf nel custodirne

l'inviolabilità, nel salvaguardare la castità delle figlie, ma anche nel favorire secondo le credenze popolari la loro fertilità. Per prezzo della sposa si intende dunque il compenso che la famiglia del futuro marito versa alla famiglia della futura moglie in cambio non di una donna qualsiasi, ma di una donna illibata, intatta, vergine possibilmente chiusa, e ben chiusa nel caso di somale, eritree o etiopi, oppure escissa a dovere in modo da scoraggiarne desideri e rapporti prematrimoniali - tutte condizione indispensabili pena il rinvio della malcapitata alla sua famiglia di origine la prima notte di nozze. È questo il compito a cui sono delegate a le Mgf che assicurando il controllo della sessualità femminile ne garantiscono quella purezza indispensabile allo scambio matrimoniale. In molte società le transazioni in occasione di un matrimonio costituiscono le transazioni economiche più importanti nella vita di una persona. L'ammontare e la composizione del prezzo della sposa sono fissati dal costume, che varia da un'etnia all'altra, e dipendono generalmente dallo status sociale delle due parti contraenti. Mentre un tempo la ricchezza della sposa era prevalentemente in bestiame oggi viene offerta o richiesta in denaro.

1.3.6. Motivazioni di carattere religioso

In questa sezione è analizzata la posizione delle religioni rivelate nei confronti della mutilazione femminile, oltre che la funzione delle medesime nel perpetuarla. Vi sono opinioni assai confuse sulle origini della pratica, spesso presentata quale dovere religioso. Guardando alle fonti storiche, ad esempio, è possibile osservare che i Portoghesi ritenevano che la MGF in Etiopia fosse di derivazione ebraica, mentre secondo Zar'a Ya'kob si sarebbe trattato di una tradizione islamica, poi diffusasi fra i cristiani del regno. In passato, molti autori hanno utilizzato la prevalenza della mutilazione genitale nelle comunità islamiche come argomento contro l'Islam. Tuttavia, nel Corno d'Africa, come si è visto, la circoncisione è parimenti diffusa fra musulmani, ebrei (Falasha) e cristiani (copti e cattolici).

Le religioni monoteiste, fin dalle origini, bandirono ogni tentativo di menomare la integrità fisica dei genitali in quanto sacrilegio contro la creazione. In seguito, tuttavia, talvolta esse tollerarono le varie pratiche, talvolta contribuirono a garantirne la osservanza, prescrivendo anche modalità rituali

per effettuarle (si veda l'esempio della circoncisione maschile ebraica). In particolare, per quanto riguarda l'Islam, è necessario analizzare separatamente le diverse pratiche. L'infibulazione non è né prescritta né consentita dalla shari'a: non vi sono riferimenti ad essa nelle fonti islamiche, né vi è un termine speciale per definire la pratica in arabo o nei linguaggi cuscitici. La maggioranza degli studiosi concorda su questo punto. Più discusso è se vi siano testi religiosi islamici di rilievo che possano essere considerati in favore della escissione femminile e della circoncisione maschile.

È indubitabile che la chirurgia genitale si accompagni, oggi, ad una ipervalutazione del valore della castità femminile, cui tutte le religioni esaminate attribuiscono grande importanza: la purezza è l'onore della donna; il sesso deve essere controllato all'interno della struttura della famiglia ufficiale. Sia le fonti storiche sia quelle religiose, provano tuttavia che la MGF è anteriore alla diffusione delle grandi religioni. Queste ultime sembrano ricercare, piuttosto, una razionalizzazione a posteriori della pratica. Non è prudente contrapporsi ad una usanza radicata di cui i proseliti non vogliono l'abolizione; più saggio è, invece, cercare di convivere con essa. Quando la religione viene a contatto con la tradizione, quest'ultima viene allora assimilata e presentata come parte del culto. Le religioni svolgono dunque un ruolo fondamentale "a giochi fatti", ovvero per legittimare la pratica e contribuire alla sua conservazione.

1.3.7. Strategie di disciplinamento

Le mutilazioni dei genitali femminili sono una forma di disciplinamento del corpo femminile, attraverso cui viene perseguita una strategia di assoggettamento delle donne. Sono lo stigma che il gruppo sociale imprime sui loro corpi, secondo procedure che non sono riconducibili a una mera forma di esterofilia, a qualcosa che li condiziona dall'esterno. È piuttosto qualcosa che li costruisce dall'interno e li addestra secondo schemi di docilità che ne predispongono la confisca da parte di un mondo di uomini che si mantiene estraneo e distante, e che su questa estraneità fonda le proprie strategie di potere. Il loro potere non si esercita su una repressione degli istinti, su meccanismi di coercizione basati su una relazione di dominio del tipo comando/obbedienza che per essere efficace deve essere esercitata

quotidianamente, ma si iscrive nei corpi delle donne mutilandoli e li disciplina una volta per tutte nel momento stesso in cui li produce. Le mutilazioni dei genitali femminili sono la forma stessa in cui il potere si iscrive nei corpi, producendoli, dal momento che esse non danno luogo a procedure coercitive di condizionamento bensì alla costruzione stessa dei corpi. Sono una forma di controllo del corpo femminile che ha lo scopo di predisporre la ragazza per lo scambio matrimoniale, su cui il gruppo familiare conta come una risorsa fondamentale dal punto di vista economico e sociale. La ricchezza della sposa rappresenta un'usanza importante non solo a livello patrimoniale, ma soprattutto perché costituisce una specie di fondo cassa che permetterà ai fratelli della sposa di sposarsi a loro volta. Il matrimonio di una figlia non è però solo un mezzo per procurarsi denaro, è anche un modo di acquisire utili relazioni di parentela. Per concludere le mutilazioni dei genitali femminili sono una pratica simbolica che non solo svolge una funzione determinata nella riproduzione sociale, ma che acquista il suo significato all'interno di un sistema matrimoniale retto dall'istituzione del "prezzo della sposa" (*brideprice* o *bridewealth*).

Tenere presente questo complesso sistema economico-simbolico permette di allargarne enormemente l'analisi, favorendo un monitoraggio capillare in grado di segnalare mutamenti laterali o spostamenti impercettibili che sul lungo periodo appaiono destinati a eroderne i margini di sopravvivenza. Ma per fare questo bisogna smettere di guardare alle mutilazioni dei genitali femminili come a una pratica culturale decontestualizzata, a una stravaganza esotica, in grado solo di rimandarci l'opaca datità dei fenomeni culturali, facendo il gioco di quanti cercano di sostantivizzare le differenze culturali per poi poterne fare oggetto di discriminazione.

Capitolo 2

ASPETTI SANITARI

2.1. Danni irreversibili ed innumerevoli complicazioni delle mutilazioni genitali femminili

Le conseguenze delle FGM dipendono dal tipo di operazione praticata (l'infibulazione ha chiaramente conseguenze più gravi), dalla capacità e dall'esperienza dell'operatrice, dalle condizioni igieniche nelle quali viene praticata l'operazione, la cooperazione e la salute della bambina al momento dell'operazione. L'infibulazione può creare problemi per i medici. Infatti è pressoché impossibile praticare un esame pelvico, per cui risulta molto difficile, se non impossibile, valutare una gravidanza o diagnosticare alcune malattie. Se l'apertura lasciata dall'infibulazione risulta molto stretta, è inoltre impossibile prevenire le infezioni all'apparato riproduttivo. Anche il pap test è impossibile da effettuare, per cui diventa impossibile diagnosticare alcuni tipi di tumore.

Conseguenze immediate

Shock: dovuto non solo al forte dolore causato dall'operazione fatta in assenza di anestesia ma anche alla perdita di sangue che, anche se scarse, possono prolungarsi per diversi giorni o alla sepsi.

Emorragia: la più comune e quasi inevitabile conseguenza dato che l'amputazione della clitoride può coinvolgere anche la resezione dell'arteria dorsale della clitoride. Inoltre anche l'amputazione delle labbra può causare danni alle arterie e alle vene. Un prolungata emorragia può risultare in un'anemia a lungo termine.

Infezioni: dovute alle scarse condizioni igieniche, all'uso di strumenti non sterili e al fatto che la minzione e la defecazione, nelle bambine legate, avvengono sulle ferite. Sempre nel caso dell'infibulazione inoltre si può verificare una esplosione interna dell'infezione che può intaccare organi quali

l'utero, le tube di Fallopio e le ovaie causando così infezioni pelviche croniche e infertilità.

Ritenzione urinaria: della durata di ore o giorni. La minzione infatti per queste donne risulta spesso dolorosa a causa dell'infiammazione della ferita vulvare. Questa complicazione può causare infezione al tratto urinario.

Lesioni dei tessuti adiacenti: come per esempio l'uretra, la vagina, il perineo o al retto. Conseguenze dovute anche in questo caso all'uso di strumenti non sterili, alla mancanza di una illuminazione adatta durante l'operazione, alla scarsa conoscenza dell'anatomia da parte delle operatrici e al dimenarsi della paziente. Più frequente è la lesione dell'orifizio anale e del retto con sezione dello sfintere anale e incontinenza residua.

Tetano: può sopraggiungere a causa dell'uso di attrezzatura non sterile.

Aids: spesso usando gli stessi strumenti per molte operazioni, si può verificare la trasmissione del virus dell'HIV.

Conseguenze a lungo termine

Perdita di sangue: si può verificare qualora la procedura venga effettuata su una ferita infetta. Per esempio nel caso di ripetute infibulazioni e di reinfibulazione dopo il parto.

Difficoltà nella minzione: dovuta alla ostruzione dell'apertura urinaria o al danneggiamento del canale urinario. La minzione può essere dolorosa e portare alla ritenzione urinaria, al frequente stimolo di urinare, incontinenza e infezioni al tratto urinario.

Frequenti infezioni al tratto urinario: spesso dovute al danno della mutilazione sul basso tratto urinario. Le frequenti infezioni di questo tipo sono comuni soprattutto tra le donne infibulate.

Incontinenza: può essere causata dal danno subito dall'uretra durante l'operazione. L'incontinenza può essere motivo di allontanamento dalla società per un donna.

Infezioni pelviche croniche: comuni nelle donne infibulate: Le MGF e la parziale occlusione della vagina e dell'uretra aumentano le probabilità di infezioni.

Sterilità: è dovuta alle infezioni che possono provocare danni irreparabili agli organi della riproduzione.

Cheloidi: si tratta di formazioni fibromatose cutanee di tipo iper elastico in conseguenza di stimoli infiammatori cronici. Spesso queste formazioni restringono l'orifizio vaginale causando gravi conseguenze.

Cisti dermoidi: si tratta di cisti provocate dall'inclusione di un frammento cutaneo che possono dar luogo a tumore.

Neuroma: si può sviluppare laddove il nervo dorsale della clitoride viene tagliato. L'intera area genitale diviene ipersensibile e causa dolori molto forti in modo permanente.

Formazione di calcoli: si possono verificare a causa dei residui del flusso mestruale o dai depositi urinari nella vagina e nello spazio dietro il ponte di pelle creato dall'infibulazione.

Fistole: cioè perforazioni o tunnel tra la vagina e la vescica o tra la vagina e il retto, dovute al danno causato dalle FGM o dal ripetersi di defibulazione o reinfibulazione, ai rapporti sessuali o parto difficoltoso. La continua perdita di urina e feci causata dalle fistole può tormentare la vita di queste donne fino a trasformarle in reiette della società.

Disfunzioni sessuali: dolori durante i rapporti sessuali e riduzione della sensibilità in seguito alla clitoridectomia, ma soprattutto in conseguenza dell'infibulazione, sono le conseguenze più diffuse. La penetrazione può

risultare difficile se non impossibile, e in certi casi bisogna praticare un altro taglio.

Problemi durante le mestruazioni: spesso sopraggiungono a causa della parziale o totale occlusione dell'orifizio vaginale. Ciò può portare alla dismenorrea. Gli ematocolpi possono verificarsi per il ristagno del sangue mestruale nella vagina per molti mesi. In questi casi la distensione dell'addome indotto dall'accumulo di sangue mestruale, insieme alla mancanza apparente delle mestruazioni, può suscitare sospetti di gravidanza che possono arrecare non pochi problemi per la vita sociale della ragazza.

Problemi durante la gravidanza e il parto: sono molto comuni nelle donne che hanno subito FGM. Il resistente tessuto della cicatrice (cicatrizzato) può impedire la dilatazione del canale del parto e causare un parto ostruito (*obstructed labour*). Lo sfinimento dovuto a un lungo protrarsi del periodo espulsivo può causare inerzia uterina, nonché fistole e perdita di sangue che possono portare alla morte del bambino. Inoltre il bambino può riportare danni cerebrali.

Problemi sessuali e psicologici: Non ci sono sufficienti studi sugli effetti psicosessuali della pratica. La letteratura in merito comunque rivela le seguenti complicazioni:

Problemi sessuali: Problemi psicologici: - frigidità - mancanza di orgasmo dovuta all'amputazione della clitoride - difficoltà nella penetrazione a causa dell'irrigidimento dei tessuti della vagina - disturbi del comportamento - malattie psicosomatiche - ansia - depressione - incubi - psicosi - frigidità

2.2. Compromissione fisica, psicologica, sessuale

Le mutilazioni genitali possono anche rivelarsi mortali. Spesso si verificano infezioni ai genitali e alle aree circostanti. Frequenti sono anche setticemia, shock emorragico e ritenzione delle urine. L'infibulazione è spesso praticata in condizioni sanitarie pessime. Vengono usati coltelli, rasoi, pezzi di vetro. Quasi

nessuno ricorre all'ospedale. Altissimo è il rischio di trasmettere il virus dell'epatite o dell'HIV. L'infibulazione provoca spesso la frigidezza sessuale o comunque notevoli problemi di carattere psicologico, spesso irreparabili. Fatti normali come il ciclo mestruale si trasformano in un vero incubo. I rapporti sessuali sono dolorosissimi e le gravidanze una vera e propria tortura.

2.2.1. Le conseguenze fisiche

La mutilazione causa intenso dolore, provoca shock ed emorragie post-operatorie che possono portare a morte le bambine. Vi possono essere inoltre danni permanenti agli organi vicini, ascessi e tumori benigni ai nervi che innervavano la clitoride. L'uso di strumenti non sterilizzati, di spine di acacia e di crini provoca infezioni, e può essere veicolo di trasmissione di HIV.

Nel caso dell'infibulazione le complicanze sono più gravi. Infatti, a lungo andare la ritenzione di urina sviluppa infezioni che possono interessare sia il tratto urinario e i reni che la vagina. Il ristagno del flusso mestruale può provocare infezioni a carico all'apparato riproduttivo che possono portare alla sterilità. Quando le ragazze diverranno adulte il loro primo rapporto sessuale è molto doloroso e spesso si rende necessario praticare un taglio alle grandi labbra prima del rapporto sessuale. E così pure prima del parto, altrimenti il bambino non potrebbe uscire. Dopo il parto le donne sono spesso infibulate di nuovo. L'allargamento e il restringimento dell'apertura vaginale ad ogni parto crea aderenze dolorose e cicatrici estese a tutta l'area genitale.

2.2.2. Le conseguenze psicologiche

Gli effetti psicologici delle mutilazioni sono più difficili da studiare di quelli fisici. Tutte le testimonianze raccolte parlano di ansia, terrore, senso di umiliazione e di tradimento, che possono avere effetti a lungo termine. Alcuni esperti suggeriscono che lo shock e il trauma della operazione possono contribuire a rendere le donne "più calme" e "docili", qualità molte apprezzate nelle società che praticano le mutilazioni genitali.

Capitolo 3

ASPETTI LEGISLATIVI

3.1. La questione sul piano internazionale

In modo più o meno chiaro e cogente, la questione delle mutilazioni dei genitali femminili può ricadere nell'ambito delle previsioni normative di numerose dichiarazioni, patti e convenzioni internazionali, ratificati in Italia. Dalla Dichiarazione universale dei diritti umani (1948) attraverso i Patti sui diritti civili e politici (1966) e sui diritti economici, sociali e culturali (1966), la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale (1969), la Convenzione contro la tortura (1984), la Convenzione contro ogni forma di discriminazione contro le donne (1979, nota con l'acronimo Cedaw), la Convenzione sullo stato dei rifugiati (1956) per finire con la Convenzione sui diritti dell'infanzia (1990), la questione, pur non prevista esplicitamente, può essere ricompresa in numerosi articoli delle Convenzioni stesse. In particolare, vanno segnalati gli articoli 37 e 24, terzo comma, della Convenzione sui diritti dell'infanzia. Nel primo gli stati si impegnano a far sì che nessun/a bambino/a sia soggetto/a a tortura o a trattamenti e punizioni crudeli, inumani e degradanti. Nel secondo gli stati si impegnano ad abolire pratiche tradizionali contrarie alla salute di bambini/e. La questione delle mutilazioni dei genitali femminili può altresì ricadere in previsioni normative incluse in patti e convenzioni regionali, come la Carta africana sui diritti umani e dei popoli (1981), i cui articoli rilevanti rispetto a questo tema sono l'art. 5 (contro ogni degradazione, umiliazione e trattamento degradante e disumano), l'art. 16 (sul diritto di ciascuno di godere del miglior livello di salute fisica e psichica ottenibile), l'art.18, terzo comma (contro ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne e per la tutela dei diritti di donne e bambini); la Carta dei diritti e del benessere dei bambini africani (ancora non ratificata), specialmente all'art. 21, primo comma, che impegna gli stati ad adottare misure per l'eliminazione di costumi e pratiche tradizionali nocive alla salute e allo sviluppo dei bambini; la Convenzione europea per la tutela dei diritti umani e delle libertà fondamentali (1953); e la Carta sociale europea (1965).

3.2. La legislazione dei paesi europei

Solo Gran Bretagna e Svezia hanno un reato specifico di mutilazioni dei genitali femminili. Negli altri paesi europei esse invece possono integrare fattispecie di reato diverse, come lesioni gravi e gravissime, il tentato omicidio e naturalmente l'omicidio quando alle mutilazioni consegue la morte. L'unico paese in cui tuttavia si sono effettuati diversi processi per mutilazioni dei genitali è la Francia, che le ha perseguite secondo l'art. 312 del Codice penale che punisce la mutilazione, amputazione, privazione dell'uso di un membro o morte provocate volontariamente su minori di 15 anni, senza che l'autore l'abbia voluto intenzionalmente. Attorno ai processi celebrati in Francia si è acceso un ampio dibattito, su cui torneremo (cfr. Facchi, 1992). Nei paesi europei (quasi tutti) dove non esiste legislazione specifica, l'iniziativa è dunque totalmente giudiziaria: laddove le mutilazioni venissero denunciate e perseguite, lo sarebbero grazie a interpretazioni giurisprudenziali che le facessero ricadere dentro fattispecie di reato esistenti. Sull'opportunità o meno di introdurre un reato specifico, richiesta avanzata in molti paesi europei da associazioni femministe, vi è un dibattito su cui si tornerà. Le fattispecie di reato dentro cui le mutilazioni potrebbero ricadere sono d'altronde, come si diceva, diverse e varie. In Italia, per esempio, esse potrebbero configurarsi come lesioni, ma anche contravvenire all'art. 5 del Codice civile (atti di disposizione del proprio corpo) o rientrare tra gli abusi e i maltrattamenti nei confronti dei minori. La Svezia è stato il primo paese ad adottare una legislazione specifica (1983), secondo cui qualsiasi forma di mutilazione dei genitali femminili è punibile con un massimo di due anni di prigione. La pena è maggiore se dalla mutilazione deriva pericolo di morte. La Gran Bretagna legifera su questo punto nel 1985 con la legge "Proibizione della circoncisione femminile". Più precisamente, la legge considera reato "tagliare, infibulare o in qualsiasi modo mutilare le grandi e piccole labbra in tutto o in parte e la clitoride; aiutare, consigliare o procurare la pratica da parte di un'altra persona di qualsiasi di questi atti sul corpo di un'altra persona". La pena prevista è la prigione fino a cinque anni o una multa o ambedue. Né in Svezia né in Gran Bretagna ci sono mai stati processi secondo queste leggi. Oltre al versante giuridico più specificamente penale tuttavia, le mutilazioni potrebbero essere contemplate da altre misure, in primo luogo quelle che si riferiscono alla tutela dei minori. In Gran Bretagna per esempio

l'art. 47, primo comma, del Children's Act del 1989 obbliga le autorità locali a investigare qualora abbiano il sospetto che un bambino ricadente nella loro giurisdizione sia a rischio di subire un danno o un'ingiuria e, in tal caso, a prendere le misure necessarie compresa la sospensione della potestà genitoriale. Indubbiamente, la giustizia minorile prevede anche in Italia obblighi di questo genere, a carico di servizi sociali, medici, operatori scolastici, ecc. Su un altro versante i codici deontologici dei medici vietano esplicitamente qualsiasi intervento non giustificato da ragioni sanitarie.

3.3. La legislazione dei paesi extraeuropei

Alcuni dei paesi africani e asiatici dove le mutilazioni dei genitali femminili sono pratica tradizionale diffusa ed estesa la vietano esplicitamente: ma il diritto ufficiale, statale, confligge qui con il diritto consuetudinario, ben più cogente e vincolante. Si è dunque in presenza di un pluralismo giuridico già nei paesi di origin, che dà luogo a un pluralismo, e a un conflitto normativo, ancora più acuti nei paesi di accoglienza. La contraddizione tra sistemi normativi diversi nei paesi di origine è esemplificata dal caso dell'Egitto, dove il divieto ufficiale è stato dapprima abolito, introducendo il permesso di effettuare le mutilazioni in ospedale, e poi, a seguito di pressioni da parte di associazioni e gruppi, reintrodotta. La questione della cosiddetta "medicalizzazione", ossia la scelta di delegare le mutilazioni a medici e ospedali per ovviare ai danni più gravi e immediati della pratica è anch'essa stata questione controversa, ormai virtualmente risolta per via della sua condanna pressoché universale, con prese di posizione anche dell'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità (1982), sia perché implicitamente legittimatrice della pratica stessa, sia perché contrastante con la deontologia medica. Stati Uniti, Canada, Australia non hanno, come la gran parte dei paesi europei, un reato specifico, benché proposte di legge in questo senso siano state introdotte a livello federale negli Usa. Da notare tuttavia il caso della donna togolese cui negli Usa è stato accordato lo status di rifugiata in quanto a rischio di mutilazione nel suo paese di origine. Un caso di questo genere è avvenuto anche in Francia. Sul piano dunque della legislazione si confrontano due posizioni. Secondo la prima, ancora la più diffusa, non si fa ricorso — e non si ritiene che sia necessario far ricorso - a una

figura autonoma di reato, le mutilazioni genitali ricadendodentro altre fattispecie di reato. La seconda posizione, finora appannaggio di pochi stati, viene avanzata sempre più pressantemente da molte associazioni, lobbies, parlamentari in diversi paesi e sottolinea la necessità della previsione di una figura autonoma di reato. Sulle due opzioni ci soffermeremo più avanti.

3.4. La legislazione internazionale

Gli sforzi internazionali per sradicare la mutilazione genitale femminile hanno una lunga storia, ma è solo in questo secolo, grazie anche alla crescente pressione delle organizzazioni femminili africane, che si sono raggiunti risultati concreti. La Commissione sui Diritti Umani delle Nazioni Unite sollevò il problema delle mutilazioni genitali femminili nel 1952 e questa questione fu a lungo oggetto di studi e di dibattito. Finalmente nel 1984 l'ONU creò a Dakar, un "Comitato interafricano sulle pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute delle donne e dei bambini" (IAC) per coordinare le attività delle *organizzazioni non governative* (ONG) africane. L'obiettivo principale dello IAC era dar vita a campagne di sensibilizzazione e formazione per attivisti locali, levatrici e membri autorevoli delle comunità locali. A partire dagli anni '90 le mutilazioni genitali femminili vennero riconosciute dalla comunità internazionale come una grave violazione dei diritti delle donne e delle bambine. Nella Dichiarazione sulla violenza contro le donne del 1993, le MGF vennero dichiarate una forma di violenza nei confronti della donna e nel 1994 la collaborazione tra le agenzie dell'ONU e le ONG portò al varo di un Piano di azione per eliminare le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute della donna e delle bambine. Questa intenzione venne poi riaffermata con la Conferenza di Pechino nel 1995. Nel settembre 1997 lo IAC tenne un convegno per giuristi nella sede dell'Organizzazione per l'Unità Africana (OUA) ad Addis Abeba che elaborò la Carta di Addis Abeba, un documento che chiede a tutti i governi africani di adoperarsi per eradicare (o drasticamente ridurre) le mutilazioni genitali femminili entro il 2005.

3.5. Processi e giurisprudenza

Come si diceva, gli unici processi per mutilazioni dei genitali femminili si sono celebrati finora in Francia, dando luogo a contrasti e dibattiti (cfr. Facchi, 1992). Nel 1983, una sentenza della Corte di Cassazione francese stabiliva che l'escissione doveva considerarsi una mutilazione ai sensi dell'articolo 312 del Codice penale secondo cui sono punibili con il carcere a vita genitori che siano autori di mutilazioni di membri o organi dei figli e con una pena dai 10 ai 20 anni di reclusione in caso di complicità. Su questa base sono stati celebrati un certo numero di processi a carico dei genitori e "complici", ossia persone che avevano di fatto compiuto la mutilazione. I processi si sono tutti conclusi con lievi condanne, sospese, ossia non eseguite. Molte questioni controverse sono emerse nei dibattiti attorno a questi processi. In primo luogo, la questione relativa all'ignoranza della legge. Per un verso le persone processate mostravano perlopiù scarsa, se non inesistente, conoscenza non solo delle norme, ma addirittura della lingua francese. Per un altro verso, l'inesistenza di un reato specifico nel Codice penale rimandava l'esistenza stessa della fattispecie di reato a un'interpretazione giurisprudenziale. Che la mutilazione tradizionale potesse considerarsi reato ai sensi del diritto francese era ben difficile che fosse noto quantomeno alla prima imputata (una donna proveniente dal Mali, che non parlava nemmeno il francese). Se questo primo problema (che, dal punto di vista giuridico, ha a che fare con la questione della presunzione di conoscenza della legge) può dirsi in qualche modo risolto con il primo procedimento, altri ne sono stati sollevati che riguardano più in generale l'adeguatezza e l'opportunità del ricorso al penale in questa materia e vanno quindi al di là dello specifico contesto francese. In primo luogo, la mancanza di dolo. I genitori che effettuano le mutilazioni sulle figlie non solo non pensano di "far male": sono convinti di agire per il bene delle figlie. Questa convinzione è sorretta d'altra parte da elementi di fatto, documentati da etnologi e antropologi: le ragazze non mutilate rischiano l'isolamento dalla loro comunità, non "possono trovare marito", non sono considerate veramente donne. In secondo luogo, il conflitto normativo: la pratica delle mutilazioni genitali si presenta come una tradizione con forti connotati normativi. Non solo "si è sempre fatto così", ma "così si deve fare". Come nota Facchi (1992), la sanzione della trasgressione della consuetudine non è soltanto mortale, ma sociale,

concretizzandosi appunto nell'isolamento delle ragazze non mutilate. La norma consuetudinaria si rivela dunque più cogente e vincolante non solo di quella del paese di accoglienza, ma anche di quella ufficiale del paese di origine, quando essa (come nel caso del Mali) vieti le mutilazioni. La sanzione della trasgressione della norma consuetudinaria è vissuta come ben più pesante di quella che eventualmente segue la trasgressione della norma ufficiale. Un'ulteriore questione riguarda la protezione dell'interesse delle vittime, che è l'argomentazione principale di chi sostiene l'adequatezza e l'opportunità dell'applicazione del diritto penale in questa materia. Il diritto si pone infatti a tutela dell'integrità fisica e psichica, entrambe minacciate dalla mutilazione. Tuttavia, benché naturalmente siano indiscutibili i gravi danni dell'operazione, non è così certo quale sia l'interesse delle vittime. Quando il progetto migratorio è temporaneo, il danno che a una donna non mutilata rientrata nella comunità d'origine deriva dall'isolamento sociale potrebbe essere maggiore del danno dell'operazione. C'è inoltre il rischio che ragazze non mutilate subiscano l'operazione in età più adulta, una volta rientrate definitivamente nei paesi d'origine, o durante una vacanza in patria. Ma anche laddove il progetto migratorio sia definitivo, se l'integrazione nella collettività di accoglienza è difficile, l'isolamento dentro la propria comunità potrebbe essere concepito come fortemente lesivo dell'interesse delle ragazze. L'argomentazione dunque in appoggio a un uso del penale in questa materia sulla base della tutela dell'interesse delle vittime si presenta come controversa: dipende da che cosa e come si intende l'interesse, e ha in realtà a che vedere con l'interpretazione che si dà del rapporto tra individuo e cultura d'origine e individuo e cultura d'accoglienza, nonché naturalmente con le politiche rivolte agli immigrati. E bensì plausibile, viceversa, e vi sono riscontri in questo senso, che laddove il processo di integrazione nella collettività di accoglienza sia reale (tramite la scolarizzazione, l'accesso ai servizi sanitari e sociali, ecc.), le mutilazioni subite o minacciate comincino a venire vissute come inaccettabile differenza e ostacolo a un'integrazione effettiva. Da questo punto di vista, l'argomentazione in nome dell'interesse delle vittime diventa convincente e cogente. Più in generale, i dibattiti attorno a questi processi evocano una questione su cui si tornerà: ossia, la funzione attribuita al diritto, e al diritto penale in particolare. Deve il diritto assolvere a una funzione repressiva o a una funzione

promozionale? Quale funzione è maggiormente adeguata alla materia in esame? Quali strumenti giuridici sono più adeguati a quale funzione?

3.6. Se e come perseguire penalmente

Come si è visto, che siano o no previste in figure autonome di reato, le mutilazioni sessuali sono perseguibili penalmente. Prima ancora di discutere gli eventuali vantaggi o svantaggi di una legge penale ad hoc, conviene ragionare sull'adeguatezza e l'opportunità dell'impiego del diritto penale in questa materia. Costruire un problema come reato (o perseguirlo su questa base) significa ritenere che la risposta penale sia la più adeguata. Ma adeguata a quali obiettivi? Ve ne sono tre possibili, intrecciati:

- 1) la diminuzione del problema, attraverso la minaccia della pena;
- 2) il riconoscimento simbolico del problema come un "male";
- 3) il mutamento degli atteggiamenti e delle norme culturali relative a quel problema.

Questi tre obiettivi fanno riferimento alle tre funzioni comunemente attribuite al diritto penale: la prevenzione generale; il riordinamento simbolico dei beni protetti in una certa collettività; la funzione pedagogica. Primo punto: la minaccia della pena è tanto più efficace quanto più la pena sia certa e superi i vantaggi della commissione del fatto. Nessuna delle due condizioni sembra darsi in questo caso (come in moltissimi, altri del resto), a meno di non auspicare un sistema punitivo non solo celere ma anche con sanzioni assai alte e applicate effettivamente, tali da scoraggiare da un atto che si considera come necessario al bene delle proprie figlie.

La minaccia della pena, inoltre, soprattutto quando la pena minacciata fosse severa, potrebbe (come di fatto avviene in molti altri casi) contribuire alla chiusura della comunità coinvolta su se stessa e alla ancora maggiore "clandestinizzazione" delle condotte: per esempio, potrebbe ulteriormente scoraggiare dal ricorso a strutture sanitarie in presenza di complicazioni successive alle mutilazioni. Secondo punto: il riconoscimento simbolico di un fatto come "male" avrebbe, in questo caso, una sua utilità presso la collettività di accoglienza, disponendola a riconoscere le mutilazioni come inaccettabili secondo i modelli culturali prevalenti: ma è dubbio che avrebbe la stessa utilità

presso la comunità coinvolta nelle pratiche, a meno che essa non fosse già disposta culturalmente in questo senso. Potrebbe, viceversa, contribuire all'isolamento di questa comunità dalla collettività di accoglienza, segnando un forte discrimine tra "noi" (che condanniamo la pratica) e "loro" (per cui è norma vincolante). La previsione di una figura autonoma di reato, se rafforzerebbe il potenziale simbolico della proibizione (rendendola oltre tutto chiara e tassativa, non lasciandola quindi ad una interpretazione giurisprudenziale) presso di "noi", potrebbe essere vissuta dalla comunità coinvolta come una discriminazione intesa precisamente e solamente nei suoi confronti. Terzo punto: la funzione "pedagogica" è tale quando la criminalizzazione o l'effettiva persecuzione di un fatto come reato è preceduta e accompagnata da un ampio dibattito pubblico, tale da coinvolgere come partecipanti attivi tutti gli attori rilevanti: il caso della campagna per una nuova legge sulla violenza sessuale mostra come atteggiamenti e modelli culturali in ordine a questo fenomeno siano effettivamente cambiati nel corso dei sedici anni di campagna stessa, a prescindere dal risultato legislativo, in verità assai discutibile. Ma ciò che questo esempio insegna, è che ciò che è efficace, più che la norma di per sé, è il dibattito che la precede. Tanto più questo dovrebbe essere vero, quanto più gli attori cui il mutamento normativo o giurisprudenziale in materia di mutilazioni configurano una comunità particolare, dotata di sue norme e modelli culturali. La funzione pedagogica di una norma in quanto tale in un caso del genere potrebbe essere allora vissuta come autoritaria, discriminatoria, paternalista. Rispetto alla richiesta avanzata in diversi paesi di prevedere una figura di reato autonoma e specifica: certamente, in questo modo il potenziale simbolico del penale sarebbe sfruttato di più, e il dibattito per giungere a una legge in materia potrebbe avere una funzione "pedagogica". Inoltre, se ci fossero dissensi nella comunità coinvolta, ciò renderebbe più semplice a chi volesse sottrarre le figlie alle mutilazioni appellarsi all'esplicito divieto legislativo. Come già si è detto, ciò potrebbe condurre a una maggiore attenzione alla questione gli operatori sanitari, sociali e scolastici, i quali sarebbero indotti a una attività di prevenzione e tutela delle bambine "a rischio". Ritengo tuttavia condivisibile l'opinione della ministra Turco, esposta nella risposta all'interpellanza parlamentare già citata, secondo cui una legge ad hoc avrebbe senso solo qualora fosse richiesta dall'interno della comunità coinvolta. In assenza di richieste del genere, ossia in assenza del manifestarsi di un pluralismo di atteggiamenti indice di qualche

disponibilità della comunità a mettere in discussione il proprio diritto consuetudinario, la legge sarebbe una semplice legge "manifesto", priva di efficacia e presumibilmente produttrice delle conseguenze perverse già accennate (chiusura della comunità su se stessa, vissuti di discriminazione, clandestinizzazione ulteriore delle condotte, isolamento accentuato). Non sembra un caso del resto che, laddove esiste una figura autonoma di reato, non vi siano stati processi. Implicitamente, si è scelto di criminalizzare ma di non perseguire. In Francia, dove si è scelto di perseguire, si è tuttavia scelto di non punire (le pene comminate sono state lievi e sospese). Per quanto riguarda Svezia e Gran Bretagna, l'esistenza di una figura autonoma di reato non sembra aver dato luogo a una sensibilizzazione tale da provocare denunce. Non sappiamo tuttavia se e quanto invece questa esistenza sia stata efficace nel fornire a eventuali dissidenti della comunità un appiglio per rifiutare la pratica. In ambedue i casi sembra prevalere un uso del potenziale simbolico del penale, piuttosto che un uso della sua funzione deterrente. Il rischio in questi casi è che questo potenziale si dispieghi in funzione meramente dichiarativa (le "leggi manifesto"), come autolegittimazione del paese e del governo che promulga la norma, piuttosto che in funzione "pedagogica". Con la conseguenza di delegittimare la norma (e lo stesso sistema giuridico), quando essa resti lettera morta, non venga o non possa essere applicata. Il problema è appunto quello dell'applicazione. Perseguire e punire questa pratica non è solo difficile, potrebbe essere inopportuno e controproducente, come già si è detto, quando non vi è consenso e sensibilizzare da parte della comunità coinvolta. L'approvazione allora di una norma che crei una figura autonoma di reato, senza che vi sia la volontà e la possibilità di applicarla, potrebbe a sua volta essere controproducente, incrementando il discredito del diritto in generale e di questa norma in particolare. Se l'utilizzazione del diritto penale appare dunque foriera di rischi e contraddizioni, ciò non significa tuttavia che si debba rinunciare a legiferare in questa materia. Disposizioni circa campagne di informazione, per sostegni a organizzazioni e gruppi, per politiche pubbliche dirette a migliorare i processi di integrazione individuale e collettiva, per aiuti a chi voglia sottrarsi alla pratica sono misure "indirette" che potrebbero però incidere sulle condotte concrete più di divieti simbolici di fatto inapplicati.

Capitolo 4

I DATI SUL FENOMENO DELLE MGF

4.1. I dati sulle aree geografiche

African Nations



Nine countries - Burkina Faso, Central African Republic, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ghana, Guinea, Senegal, Tanzania, and Togo - have enacted laws criminalizing FC/FGM. The penalties range from a minimum of six months to a maximum of life in prison. Several countries also impose monetary fines. In Egypt, the

Ministry of Health issued a decree declaring FC/FGM unlawful and punishable under the Penal Code.

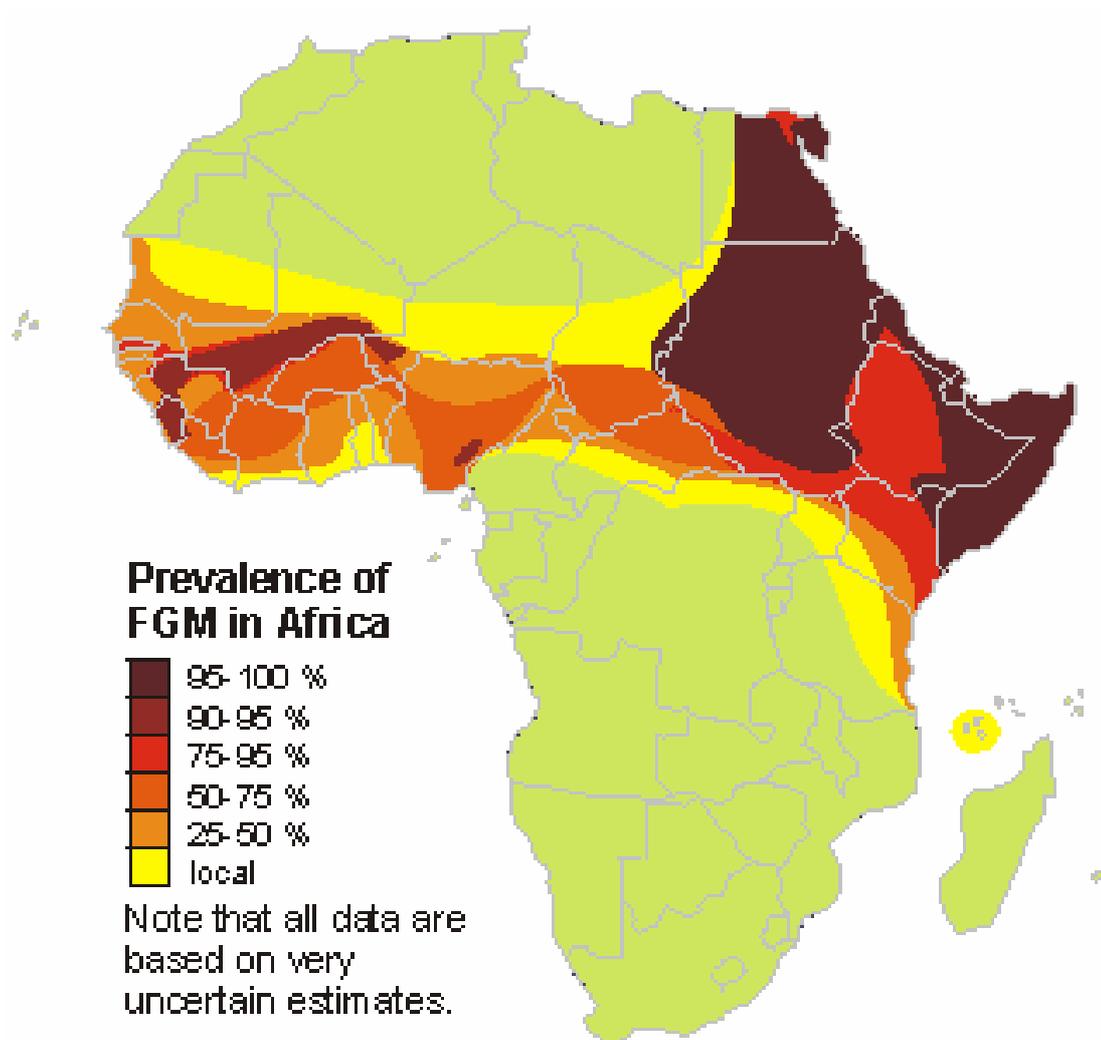
As of June 2000, there had been prosecutions or arrests in Burkina Faso, Egypt, Ghana and Senegal.

Industrialized Nations

Seven industrialized countries that receive immigrants from countries where FC/FGM is practiced - Australia, Canada, New Zealand, Norway, Sweden, United Kingdom, and United States - have passed laws criminalizing the practice. In Australia, six out of eight states have passed laws against FC/FGM. In the United States, the federal government and 16 states have criminalized the practice. There have been no known prosecutions in any of these countries.

One country - France - has relied on existing criminal legislation to prosecute both practitioners of FC/FGM and parents procuring the service for their daughters.

It is estimated that the worldwide prevalence of FC/FGM is about 130 million women, with an additional 2 million girls and women undergoing the procedure every year. FC/FGM is prevalent in about 28 African countries and among a few minority groups in Asia. The prevalence in African countries varies widely from about 5% in the Democratic Republic of Congo (former Zaire) and Uganda to 98% in Somalia. In addition, there are many immigrant women in Europe, Canada, and the United States who have undergone FC/FGM. It is estimated that 15% of all circumcised women have undergone the most severe form of FC/FGM - infibulation. However, approximately 80% to 90% of all circumcisions in Djibouti, Somalia, and Sudan are of this type.



National Efforts to Eliminate FC/FGM

Legislation/Decree (year enacted)

African Nations:

- Burkina Faso (1996)
- Central African Republic (1966)
- Côte d'Ivoire (1998)
- Djibouti (1994)
- Egypt (Ministerial Decree, 1996)
- Ghana (1994)
- Guinea (1965)
- Senegal (1999)
- Tanzania (1998)
- Togo (1998)
- Nigeria (3 of 36 states, 1999-2000)

Industrialized Nations:

- Australia (6 of 8 states, 1994-97)
- Canada (1997)
- New Zealand (1995)
- Norway (1995)
- Sweden (1982, 1998)
- United Kingdom (1985)
- United States (Federal law, 1996; 16 of 50 states, 1994-2000)

Prosecutions in cases of FC/FGM

African Nations:

- Burkina Faso
- Egypt
- Ghana

Industrialized Nations:

France

Proposed laws
African Nations:

Benin

Nigeria
Uganda

Industrialized Nations:

Belgium

Education & outreach program by or funded by government*

FGM practices by african country

Country	Prevalence	Type
Benin	5-50%	excision
Burkina Faso	up to 70%	excision
Cameroon	local	clitoridectomy and excision
Central Afr. Republic	45-50%	clitoridectomy and excision
Chad	60%	excision and infibulation
Côte d'Ivoire	up to 60%	excision
DRC (Congo)	local	excision
Djibouti	98%	excision and infibulation
Egypt	85-95%	clitoridectomy, excision and infibulation
Eritrea	95%	clitoridectomy, excision and infibulation
Ethiopia	70-90%	clitoridectomy, excision and infibulation
Gambia	60-90%	excision and infibulation
Ghana	15-30%	excision
Guinea	65-90%	clitoridectomy, excision and infibulation
Guinea Bissau	local	clitoridectomy and excision
Kenya	50%	clitoridectomy, excision and some infibulation
Liberia	50%	excision
Mali	94%	clitoridectomy, excision and infibulation
Mauritania	25%	clitoridectomy and excision
Niger	local	excision
Nigeria	60-90%	clitoridectomy, excision, some infibulation
Senegal	20%	excision
Sierra Leone	90%	excision
Somalia	98%	infibulation
Sudan	90%	infibulation and excision
Tanzania	18%	excision, infibulation
Togo	12%	excision
Uganda	local	clitoridectomy and excision

Based on statistics from Amnesty International and US govt.

African Nations:

- Benin
- Burkina Faso
- Cameroun
- Central African Republic
- Côte d'Ivoire
- Djibouti
- Egypt
- Eritrea
- Ethiopia
- Gambia
- Ghana
- Guinea
- Kenya
- Mali
- Niger
- Nigeria
- Senegal
- Sudan
- Tanzania

Togo

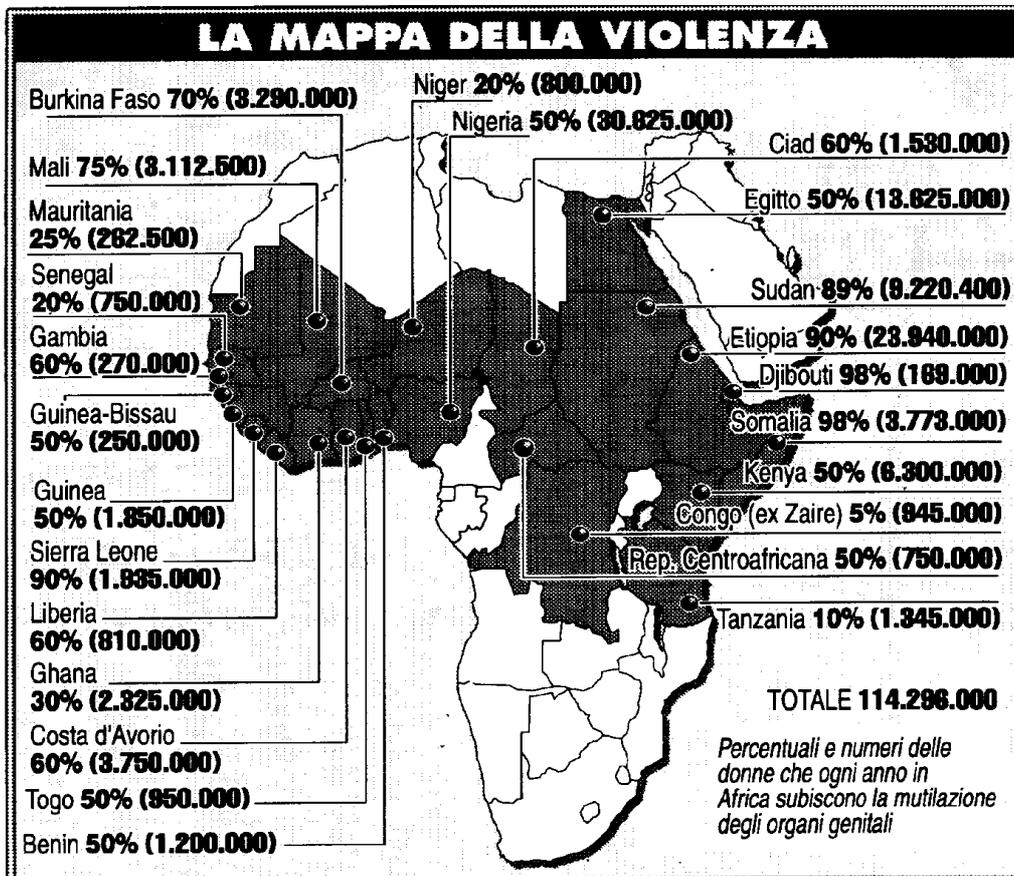
Uganda

Industrialized Nations:

- Australia
- Belgium
- Canada
- Denmark
- France
- Netherlands
- New Zealand
- Norway
- Sweden
- United Kingdom
- United States

*Known to CRLP

Source: Anika Rahman & Nahid Toubia, Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide (Zed Books, 2000)



4.2. Le cifre italiane

Esiste davvero un "rischio infibulazione" in Italia? Una risposta può essere fornita soltanto da un'analisi dei dati statistici sulla presenza nel nostro paese di donne provenienti dai paesi dove le mutilazioni sono praticate. I dati che abbiamo elaborato provengono dal ministero dell'Interno e indicano il numero di immigrate africane presenti in Italia nel 1997. Non vengono qui presi in esame tutti i paesi africani, ma ovviamente solo quelli dove viene praticata una qualche forma di mutilazione sessuale. In particolare: Burkina Faso, Camerun, Costa d'Avorio, Eritrea, Etiopia, Gambia, Guinea, Ghana, Kenya, Mauritania, Nigeria, Repubblica Araba Unita, Repubblica Centro Africana, Senegal, Somalia e Sudan. Si tratta inoltre soltanto delle immigrate con regolare permesso di soggiorno: è molto probabile dunque che le cifre sarebbero più elevate se si potesse conteggiare anche coloro che vivono in Italia clandestinamente.

Il numero di donne è suddiviso in quattro fasce d'età (0-8 anni, 8-14, 14-40, oltre 40), per paese di provenienza e per provincia italiana di residenza. Le prime due fasce di età permettono di individuare le "bambine a rischio", cioè quelle che, nel proprio paese d'origine, sono nell'età in cui vengono praticate le mutilazioni.

In totale erano presenti in Italia nel 1997 39.319 donne provenienti da questi sedici paesi, di queste 217 della prima fascia d'età e 250 della seconda.

Somalia, Nigeria, Ghana, Etiopia, Repubblica Araba Unita e Costa d'Avorio sono nell'ordine i paesi da cui proviene la maggioranza delle immigrate. Analizzando la distribuzione sul territorio nazionale scopriamo che in Lombardia risiedono 1.283 somale, in Toscana 1.477, nel Lazio 1.955 su un totale nazionale di 7.889 donne, di cui 40 appartenenti alle prime due fasce d'età.

Per quanto riguarda le nigeriane, nel Lazio ce ne sono 1.519, in Piemonte 1.025, 869 in Veneto, 864 in Emilia Romagna e 855 in Lombardia su un totale nazionale di 7.116 di cui 46 tra 0 e 14 anni.

Dal Ghana provengono in totale 6.096 donne: ne troviamo 1.771 in Veneto, 1.362 in Lombardia, 971 in Emilia Romagna, 955 in Sicilia e 236 nel Lazio. Appartengono alle prime due fasce d'età 108 ghaniane.

5.373 sono le etiopi, di cui 2.006 nel Lazio, 1.502 in Lombardia, 446 in Emilia Romagna, 316 in Toscana, 258 in Campania e 156 in Sicilia. 89 di loro hanno un'età compresa tra 0 e 14 anni.

Provengono dalla Repubblica Araba Unita in totale 4.571 donne, di cui oltre la metà (2.359) vivono in Lombardia, 1.128 nel Lazio, 245 in Piemonte e 209 in Toscana. Nelle prime due fasce d'età ne troviamo 72.

Le donne che provengono dalla Costa d'Avorio sono in totale 2.005.

In Lombardia ce ne sono 521, in Sicilia 288, in Piemonte 206, in Campania 190, nel Lazio 175 e in Emilia Romagna 155. Di queste 28 rientrano nelle prime due fasce d'età.

Come si può notare, la maggioranza delle immigrate risiede nell'Italia settentrionale e centrale. Le regioni con la percentuale più alta di immigrati sono: Lombardia, Veneto, Piemonte al Nord; Lazio, Emilia Romagna, Toscana al Centro; Sicilia e Campania al Sud.

La stragrande maggioranza delle immigrate ha un'età compresa tra i 15 e i 40 anni (31.545 donne su un totale di 39.319). Sono 7.307 le immigrate con più di 40 anni.

Capitolo 5

LA MEDIAZIONE INTERCULTURALE E LE MGF

5.1. La mediazione interculturale

Il graduale e progressivo acuirsi del fenomeno immigratorio in questi ultimi anni ha posto la necessità di affrontare il problema della mediazione tra culture differenti in maniera più sistematica e organica di quanto non si sia fatto finora. Si richiede infatti una mediazione non soltanto di natura linguistica, che si limiti cioè ad un mero lavoro di traduzione nel rapporto immigrato-operatore, ma che consideri e privilegi il background culturale dell'immigrato.

Ecco che da alcuni anni si assiste al fiorire di progetti che prevedono la formazione e l'impiego nei servizi di mediatori interculturali, soprattutto nel tentativo di risolvere l'*impasse* creato dalla difficoltà di comunicazione tra persone e sistemi di contesti culturali differenti.

In questo contesto sembra pertinente e necessaria una riflessione: la società, di fatto, sempre più multiculturale, non solo deve dotare i suoi servizi di strumenti adeguati per accompagnare e favorire il processo di integrazione dei cittadini stranieri, ma deve realisticamente mettere in discussione i propri modelli culturali, accettando una trasformazione graduale.

Per facilitare e rendere meno traumatico il processo di integrazione dei nuovi cittadini e, contemporaneamente, catalizzare il processo di trasformazione della nostra cultura, è davvero necessario investire risorse nella mediazione interculturale? Innanzitutto si cominci ad analizzare più approfonditamente questa figura professionale, che nel vocabolario della lingua italiana trova una definizione come "colui che facilita l'istituirsi o lo svolgersi di un rapporto tra persone o enti".

Una comunicazione chiara, scevra da equivoci e malintesi, è determinante al fine di una buona relazione; allo stesso tempo però una comunicazione limpida tra soggetti di culture differenti risulta non poco problematica.

La relazione che si instaura tra immigrato e operatore può rappresentare un modello pragmatico utile ad altri operatori e servizi; è un modello infatti che vede l'interazione svolgersi tra una persona che esprime pathos e un professionista che per suo stesso status e servizio è designato ad aiutarla.

La caratteristica principale è il ruolo centrale assunto dal mediatore interculturale rispetto alle altre due partner della relazione interculturale; l'obiettivo della mediazione non è la fusione tra i due saperi culturali. Il suo compito è di tendere un ponte tra le due culture, nel pieno rispetto di entrambe.

A fronte di ciò, le funzioni del mediatore sembrano essere le seguenti:

- interpretare in termini culturali il disagio psico-sociale che il processo di immigrazione comporta, in modo che questo disagio diventi visibile all'operatore italiano e che l'utente straniero sia messo in condizioni di esprimerlo, impedendo che si interrompa il feedback;
- fungere da interfaccia sia dell'operatore italiano sia dell'utente straniero facilitando le esigenze di comunicazione di entrambi;
- aiutare il processo di inserimento nella realtà italiana del cittadino straniero favorendo la conoscenza e l'utilizzo dei servizi presenti e delle leggi vigenti nel territorio;
- accogliere la diversità del vissuto di benessere e di malessere dello straniero e trasmetterlo in modo comprensibile all'operatore italiano;
- accompagnare l'utente nella mediazione con le diverse istituzioni e nel confronto con gli usi e costumi italiani.

In quest'ambito per i mediatori interculturali si aprono diversi livelli d'intervento, da quello più scontato d'informare l'utente a quello di supporto e di accompagnamento dell'operatore italiano.

E' evidente che il compito di questa figura è tutt'altro che facile ed implica non solo una preparazione teorica adeguata, ma anche una particolare sensibilità e disponibilità, un percorso personale che conduca ad una rivisitazione del proprio "essere straniero" e una visione critica della propria cultura di appartenenza.

L'appartenenza del mediatore allo stesso paese d'origine del paziente non sempre facilita la comunicazione, anzi la può danneggiare, dal momento che possono nascere diffidenze e conflittualità. Ciò è particolarmente frequente nel campo delle problematiche ostetrico-ginecologiche, in quanto tale ambito sanitario è per sua stessa natura in stretta correlazione con i principi etico-culturali o religiosi dell'etnia di appartenenza.

Il mediatore interculturale è una persona che:

- appartiene ad una delle culture non italiane rappresentate sul territorio
- è portatrice di lingua e cultura specifiche
- ha vissuto direttamente l'esperienza migratoria
- è inserita da anni nella realtà italiana e ne conosce lingua, strutture, codici di comportamento
- ha seguito uno specifico percorso di formazione

In qualsiasi progetto di intervento ipotizzabile sul territorio, anche sulla base di altre esperienze, sarebbe opportuno impiegare come mediatori persone straniere, pensando che possano facilitare il rapporto con gli stranieri avendo essi stessi vissuto la condizione di immigrati.

Risulta chiaro, quindi, che il mediatore interculturale non debba essere solo un interprete linguistico, ma debba anche conoscere l'aspetto culturale del proprio paese e dell'Italia.

L'Italia, in qualità di Paese di arrivo, ha avuto bisogno, sin dal primo momento di comunicare con gli stranieri, che si andavano ad aggiungere a realtà da tempo insediate.

Il primo terreno della comunicazione dovrebbe essere quello linguistico. E' ovvio che anche quella linguistica è una comunicazione che si nutre di socialità e cultura e che la concreta interazione che si svolge tra persone in carne ed ossa ed in contesti reali non si riduce al solo uso di parole, ma anche all'interpretazione del suo contenuto latente e dei suoi simbolismi.

5.2. La mediazione interculturale applicata al fenomeno delle MGF ed ipotesi di intervento

In un lavoro di riflessione anche sul significato e senso della mediazione è probabile che sia utile un doppio livello di descrizione: il primo relativo alle pratiche ed il secondo alla riflessione sul tema.

Il primo è caratterizzato da un'articolazione che si snoda tra soggetto, operatore ed organizzazione, atto mediatorio e diversità dell'oggetto della mediazione. Nel secondo livello la riflessione può prendere le mosse da

un'operazione preliminare e provvisoria di individuazione, procedendo dal singolo alla comunità (etnica). In altri termini, la parola mediazione è parte di una azione generale in cui è possibile individuare quella di negoziato, negoziazione, compromesso, accordo ecc..

Attualmente, rispetto alla risoluzione delle MGF, sono stati previsti e realizzati progetti, tesi alla formazione, sensibilizzazione e prevenzione, ma soprattutto progetti focalizzati sull'aspetto legislativo, operando con una più rigida legiferazione e penalizzazione.

Molti interrogativi sono ancora aperti, in quanto ci si chiede quanto una legge possa essere propizia rispetto ad un fenomeno così radicato, da preferire la pena pur di non contravvenire alla propria identità culturale, comportando in taluni casi anche situazioni di clandestinità. A livello parlamentare l'argomento è molto sentito e molti paesi si sono persuasi ad accettare la persona che rischia l'infibulazione come rifugiata politica. Come già detto, il problema è ampio e complesso e nonostante gli innumerevoli interventi ci ritroviamo ancora col rischio che milioni di bambine incorrano nelle mgf.

Riteniamo fondamentale, vista la confusione che comunque aleggia sul fenomeno, riuscire ad improntare e/o importare una forma di comunicazione che promuova un'intesa almeno sul linguaggio e sul suo simbolismo.

Un valido esempio potrebbe essere quello che si è scoperto in letteratura, leggendo testimonianze di donne che, seppur reticenti, hanno accettato di sottoporsi a specifiche interviste. Ne risultava che ciò che per noi era infibulazione, taglio, sfregio, mutilazione, per loro era "la cucitura". Ciò che per noi, giovani donne occidentali, è reato inammissibile, per loro rappresentava essere il risultato della loro "fioritura".

La complessità della gestione di tale problema è ravvisata già dall'approccio iniziale, considerato dalle stesse donne coinvolte, come invasivo.

La sfera nella quale ci si muove, è stata considerata per secoli da queste donne, inviolabile e queste ultime hanno sentito gli interventi come veri e propri urli, violenze sulle violenze. Da qui si deduce tutta la delicatezza e la fragilità del tema che richiede tatto e vicinanza, comprensione, sostegno, e un confronto che non sia asimmetrico, etnocentrico, ma che aiuti però a sostenere quel senso di colpa che invade le donne che decidono di negare alle proprie figlie il dolore che esse per prima hanno provato.

Interpretare e guardare senza condannare il vissuto di queste donne può essere la chiave di volta per aprirsi al confronto e a nuove soluzioni. Portare le donne a confidare i loro vissuti ai propri compagni senza vergogna né timore, potrebbe comportare un altro valido contributo. Un uomo che si affaccia alle sofferenze della propria donna si porrà seri interrogativi rispetto alla perpetrazione di tali pratiche e, non a caso, si è citato più volte l'uomo come una risorsa fondamentale per interrompere il ciclo generazionale rispetto alla obbligatorietà di tale pratica.

Da quanto detto, ci sembra che la mediazione, pur non negando i limiti e i possibili fallimenti, risulti essere la pratica che meglio risponderebbe alle esigenze di comunicazione empatica, di tatto, di simmetria, di negazione di giudizi aprioristici, di sostegno e di confronto non urlato. Conquiste che si prefiggono obiettivi di tale portata, richiedono processi lunghi e strutturati. Il nostro progetto, infatti, è pensato in fasi e sottofasi che mirerebbero ad obiettivi via via sempre più complessi. Ci si è prefissato, allora, in una prima fase, di puntare sulla comunicazione, un semplice scambio dialettico connotato da un'unica regola, quella di porsi scevri da ogni pregiudizio. Una seconda fase mirerebbe ad estendere i contenuti espressi in quella precedente, analizzando le motivazioni e i vissuti sottesi. Una terza fase, poi, mirerebbe ancora ad incentivare proposte nate dalle stesse parti in confronto. Una quarta fase, infine, sarebbe tesa a verificare i possibili risultati. Le pratiche, procedendo per passi, potrebbero inizialmente partire dalle pubblicazioni di settore per stilare un elenco dei luoghi in cui la mediazione potrebbe svolgersi, per ipotizzare potenziali sviluppi:

1. Contesti scolastici, dalla scuola materna alla conclusione dell'obbligo, ma già cominciano ad essere interessati asili e la scuola media superiore;
2. Contesti socio – sanitari, dagli uffici di prenotazione alle aziende ospedaliere, passando per gli ambulatori e in prospettiva per i medici di base;
3. In realtà territoriali quali centri di accoglienza ed ascolto e sportelli;

In un secondo momento nascerebbe l'esigenza di individuare le parti interessate nel processo di mediazione:

- Tra singoli
- Tra singoli e gruppi
- Tra gruppi più o meno formali
- Tra singoli ed operatori
- Tra singoli ed organizzazioni (e rispettive culture e subculture)
- Tra singole e singoli

Infine, la concretizzazione passerebbe attraverso forme di:

1. Presa di contatto linguistica
2. Contenimento ed rassicurazione
3. Collegamento tra soggetti e servizi.

Il metodo, potrebbe basarsi su quattro punti qualificanti:

- scindere le persone dal problema
- concentrarsi sugli interessi e non sulle posizioni
- generare una gamma di possibilità prima di decidere
- lavorare affinché i risultati possano essere misurati in modo oggettivo

Nella sua qualità pionieristica, la mediazione interculturale prevista nella nostra ipotesi, potrebbe trasmutarsi in nuove forme, che pur conservando la stessa matrice, si servirebbero di tecniche quali:

- Buoni uffici: la parte esterna invita le parti in conflitto a intraprendere un colloquio diretto
- Facilitazione e mediazione non direttiva: la parte esterna assume il ruolo di favorire il processo di gestione del conflitto
- Mediazione direttiva: la parte esterna influenza oltre che il processo il concreto risultato della mediazione...

5.3. Indagine conoscitiva sul tema delle MGF

Nell'ambito della realizzazione ed organizzazione di un Convegno Nazionale di Studi, al quale si è partecipato all'interno della segreteria organizzativa, svoltosi i giorni 8 e 9 Novembre 2002 presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario "Filippo Saporito" di Aversa, dal titolo "Vittime & Carnefici", approfittando della grossa affluenza di pubblico ed addetti ai lavori prevista, si è realizzato un questionario a risposte chiuse, somministrato agli intervenuti, al fine di raccogliere dati sulla conoscenza del fenomeno delle MGF e ipotesi di mediazione realizzabili.

Come riportato negli allegati, l'opuscolo distribuito e quindi raccolto dopo la libera compilazione da parte dei partecipanti convenuti, constatava di una prima serie di domande a risposta chiusa ed aperta, finalizzate a raccogliere ed elaborare statisticamente, seppure su un esiguo campione sicuramente poco rappresentativo, dati ed informazioni circa la conoscenza del fenomeno delle MGF e più in particolare dell'infibulazione. L'opuscolo, per come è stato costruito, permetteva quindi di approfondire l'argomento in questione tramite pagine informative che, brevemente, istruivano ed informavano il lettore sul fenomeno. Di seguito, infine, una nuova batteria di domande a risposte chiuse e aperte indagava circa ipotesi d'intervento e risoluzione del fenomeno, soprattutto per quanto riguarda la sua diffusione italiana.

5.3.1. I Dati raccolti ed elaborati

Elaborazione Prima Batteria

Fogli Consegnati	215							
Fogli Ricevuti	154							
DATI ANAGRAFICI								
Sesso	M				F			
	61	39.6%		93	60.4%			
Luogo di Nascita	Nord		Centro		Sud		Isole	
	11	7.1%	30	19.5%	111	72.1%	2	1.3%

Luogo di Residenza	15	9.7%	39	25.3%	99	64.3%	1	0.6%				
Titolo di Studio	Elementare		Medio		Superiore		Universitario					
	2	1.3%	9	5.8%	47	30.5%	96	62.3%				
Età	< di 18		18 - 30		30 - 40		40 - 50		50 - 60		60 - 70	
	9	5.8%	29	18.8%	41	26.6%	42	27.3%	21	13.6%	12	7.8%
CONOSCENZA DEL FENOMENO												
b1	NO						SI					
	37			24%			117			76%		
b2	Superficiale		Sufficiente		Buona		Ottima					
	12	10.3%	47	40.2%	37	31.6%	21	17.9%				
b3	NO						SI					
	6			5.1%			111			94.9%		
b4	Europa		America		Asia		Africa					
	15	13.5%	21	18.9%	89	80.2%	109	98.2%				
b5	NO						SI					
	50			42.7%			67			57.3%		
b6	NO						SI					
	19			16.2%			98			83.8%		
b7	Cultura		Salute		Economia		Religione					
	117	100%	13	11.1%	27	23.1%	103	88%				
b8	NO						SI					
	105			89.7%			12			10.3%		

TABELLA 1

L'elaborazione statistica dei dati anagrafici del nostro Campione rispondente ci mostra che esso è maggiormente rappresentato da donne nate e residenti nel sud dell'Italia, d'età compresa fra i 40 e 50 anni e con un titolo di studio universitario. Tale dato risulta fondamentale per l'interpretazione dei successivi, riguardo alla conoscenza del fenomeno, ma soprattutto alle ipotesi di intervento suggerite. Non a caso, un campione femminile, sembrerebbe maggiormente coinvolto e competente circa il tema in questione, pur non sottovalutando il campione maschile, rappresentato dal 39.6% del totale.

Per quanto riguarda la "conoscenza del fenomeno", in generale, il campione rispondente sembrerebbe abbastanza informato circa il fenomeno delle MGF, fatta eccezione per le normative esistenti, che ipotizziamo conosciute e comprese almeno dal 10% dei soggetti rispondenti. Per quanto riguarda le motivazioni di tale pratica, poi, il 100% le attribuisce derivanti dalla cultura. La differenza, poi, fra domande "Secondo Lei, in quale di questi

continenti è maggiormente diffuso il fenomeno?” e “Conosce la diffusione del fenomeno in Italia?”, dove nel primo si ritiene un bassa diffusione del fenomeno in Europa, mentre poi più del 50% dichiara di conoscere la diffusione del fenomeno in Italia, fa ipotizzare che il campione abbia ben compreso la differenza fra le MGF praticate per cultura o altro nei paesi di origine, e il fenomeno in Europa e in Italia, praticato da immigrati che portano con se usi e costumi d'origine, compresa la pratica delle MGF.

Infine, la conoscenza “Sufficiente” del fenomeno, che il campione si attribuisce, ci sembra credibile, anche sulla base delle risposte successive.

Elaborazione Seconda Batteria

Fogli Consegnati	154						
Fogli Ricevuti	141	Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = NO				32	
		Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = SI				109	
Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = NO							
OPINIONI							
c1	GIUSTA			SBAGLIATA			
	0	0.0%		32	100%		
c2	NO			SI			
	5	15.6%		27	84.4%		
c3	Non Interferenza Cult.	3	9.4%	Porre fino al danno	8	25.0%	
	Libertà di Comportam.	2	6.2%	Liberare la donna	3	9.4%	
	Non saprei	0	0.0%	Perché assurdo	7	21.9%	
				Non saprei	9	28.1%	
IPOTESI DI INTERVENTO							
d1	SOLO PAESI D'ORIGINE		SOLO IN ITALIA		ENTRAMBI		
	3	9.4%	4	12.5%	20	62.5%	
d2	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	17	53.1%	7	21.9%	24	75%	
	ALTRO	Non saprei				9	28.1%
d3	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	20	62.5%	14	43.7%	27	84.4%	
	ALTRO	Controllo dell'immigrazione				4	12.5%
		Divieto di immigrazione				2	6.2%
		Affidamento fino alla maggiore età				1	3.1%
		Non saprei				5	15.6%

TABELLA 2

Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = SI							
OPINIONI							
c1	GIUSTA			SBAGLIATA			
	1	0.9%		108	99.1%		
c2	NO			SI			
	7	6.4%		102	93.6%		
	Perché giusto	1	0.9%	Porre fino al danno	57	52.3%	
	Non Interferenza Cult.	3	2.8%	Liberare la donna	32	29.4%	
	Libertà di Comportamen.	1	0.9%	Perché assurdo	11	10.1%	
	Diplomazia	1	0.9%	Non saprei	2	1.8%	
	Non saprei	1	0.9%				
IPOTESI DI INTERVENTO							
d1	SOLO PAESI D'ORIGINE		SOLO IN ITALIA		ENTRAMBI		
	0	0.0%		0	0.0%		
d2	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	98	89.9%		31	28.4%		
	ALTRO	Attraverso un processo di globalizzazione				7	6.4%
		Ricambio Generazionale				3	2.8%
		Investendo e portando ricchezza				7	6.4%
		Trasmettendo la cultura occidentale				11	10.1%
		Informando ed istruendo il maschio				1	0.9%
Non saprei				13	11.9%		
d3	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	71	65.1%		62	56.9%		
	ALTRO	Campagne di sensibilizzazione				15	13.8%
		Controllo delle immigrazioni				7	6.4%
		Acculturazione scolastica				21	19.3%
		Comparazione delle rispettive culture e usanze				33	30.3%
		Non saprei				27	24.8%

TABELLA 3

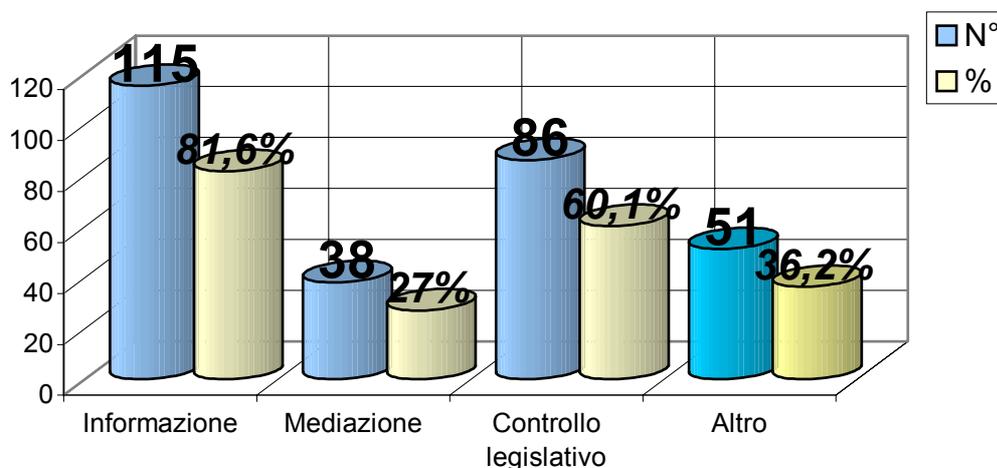
Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = TUTTI						
OPINIONI						
c1	GIUSTA			SBAGLIATA		
	1	0.7%		140	99.3%	
c2	NO			SI		
	12	8.5%		129	91.5%	
	Perché giusto	1	0.7%	Porre fino al danno	65	46.1%
	Non Interferenza Cult.	6	4.3%	Liberare la donna	35	24.8%
	Libertà di Comportam.	3	2.1%	Perché assurdo	18	12.8%
	Diplomazia	1	0.7%	Non saprei	11	7.8%
	Non saprei	1	0.7%			

IPOTESI DI INTERVENTO							
d1	SOLO PAESI D'ORIGINE		SOLO IN ITALIA		ENTRAMBI		
	3	2.1%	4	2.8%	122	86.5%	
d2	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	115	81.6%	38	27%	86	60.1%	
	ALTRO	Attraverso un processo di globalizzazione				7	5.0%
		Ricambio Generazionale				3	2.1%
		Investendo e portando ricchezza				7	5.0%
		Trasmettendo la cultura occidentale				11	7.8%
		Informando ed istruendo il maschio				1	0.7%
Non saprei				22	15.6%		
d3	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	91	64.5%	76	53.9%	126	89.4%	
	ALTRO	Campagne di sensibilizzazione				15	10.6%
		Controllo delle immigrazioni				11	7.8%
		Divieto di immigrazione				2	1.4%
		Affidamento fino alla maggiore età				1	0.7%
		Acculturazione scolastica				21	14.9%
		Comparazione delle rispettive culture e usanze				33	23.4%
Non saprei				32	22.7%		

TABELLA 4

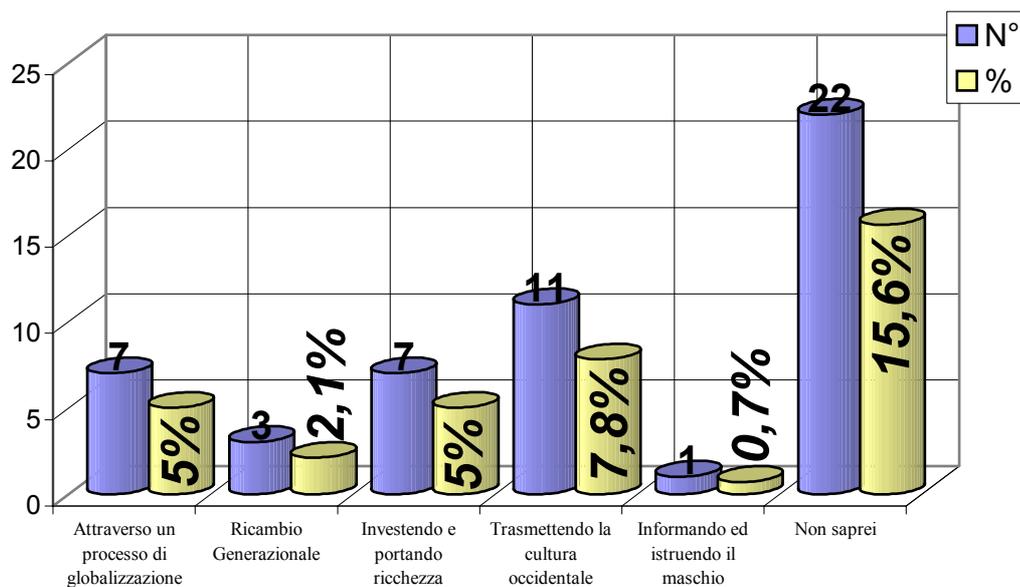
5.3.2. I risultati

Che tipo di intervento ipotizzerebbe valido per la risoluzione del fenomeno nel paese d'origine?



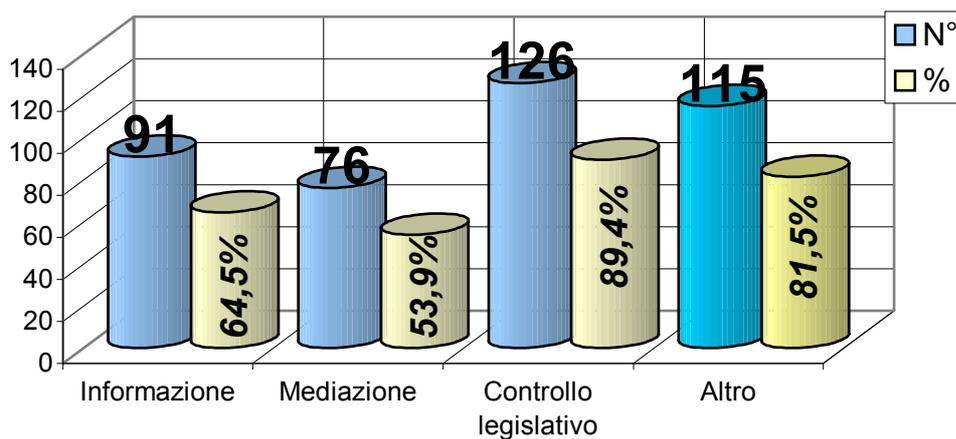
Istogramma 1

Altro

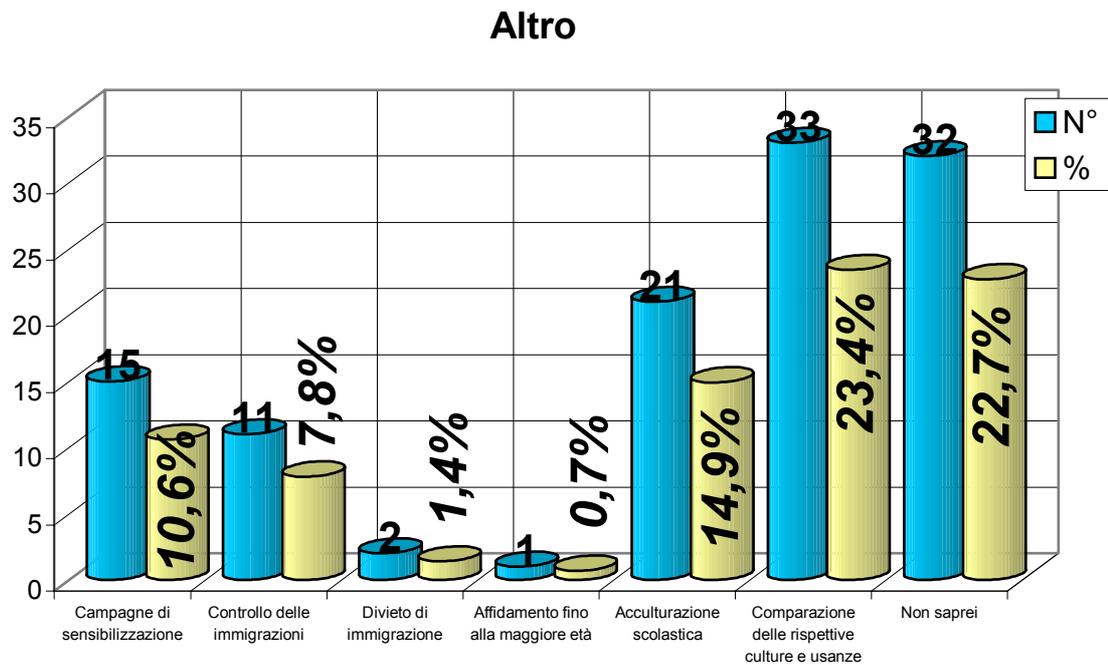


Istogramma 2

Che tipo di intervento ipotizzerebbe valido per la risoluzione del fenomeno in Italia?



Istogramma 3



Istogramma 4

Come è possibile osservare dagli istogrammi qui rappresentati, l'80% circa è sembrato propenso per interventi di tipo informativo presso i paesi di origine, contro il 57% a favore dell'inasprimento legislativo. Di questi solo il 28% circa ha ritenuto interessante suggerire interventi di mediazione, consigliando inoltre liberamente: processi di globalizzazione, ricambi generazionali, investimenti economici e crociate di culturizzazione occidentale. Per quanto riguarda le ipotesi di intervento sui territori ospitanti, ed in particolare nel nostro caso, in Italia, le ipotesi di interventi di tipo informativo sono scese al 65%, per far risalire quelle di inasprimento legislativo fino al 90,8%, mostrando una maggiore fiducia nel proprio sistema giuridico. Solo il 57% sembra aver consigliato interventi di mediazione interculturale, oltre all'istituzione di campagne di sensibilizzazione, controllo delle immigrazioni, interventi di acculturazione scolastica, comparazione delle rispettive culture e usanze.

Da questi dati ci sembra evidente come la cultura della mediazione, quale intervento ipotizzabile circa il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili nei paesi d'origine e in Italia, non sia attualmente sentita come un possibile e valida risorsa.

Conclusioni

L'esame della riflessioni fin qui esposte sul tema della mediazione, invita ad essere prudenti nella condivisione di questo o quel modello, di questa o quella teoria, come premessa forte e caratterizzante della propria tesi. Sarebbe più produttivo, a questo stadio dell'arte, una pratica altamente riflessiva ed un forte spirito sperimentale, evitando ricerche di autorevolezza un po' forzate, difese ed autopromozioni.

Un invito in questa direzione può venire dalle forti critiche che Jean-Loup Amselle¹ muove al sapere antropologico ed etnologico, quale costruttore e/o rafforzatore delle differenze culturali. L'autore richiama l'attenzione su quelle forme di pensiero e su quelle pratiche che in nome della conoscenza e della comunicazione tra culture diverse ne rafforzano la differenziazione ed una rappresentazione statica che nuoce ai destinatari dell'osservazione e costruisce distanze più che ponti. L'autore più recentemente ha anzi affermato che "...la mediazione presuppone l'esistenza di due mondi diversi e non comunicanti, pertanto li riafferma, indurendo dei confini che noi stessi abbiamo creato.

Il lavoro dell'intervento di mediazione interculturale, per gli esiti che si possono immaginare, può tendere a due tipi di cambiamento: con la mediazione aumentano i punti di vista e questi possono essere interni ad una sola cornice di riferimento oppure rinviare a cornici diverse, allora il cambiamento per il servizio non sarebbe solo di tipo quantitativo, ma anche e soprattutto qualitativo.

Nel nostro lavoro ci ha colpito un'assenza: come in altre culture e paesi si sviluppano forme e pratiche che possiamo definire di mediazione interculturale? Il dibattito a più voci è orfano di queste conoscenze e rafforza, indirettamente ed involontariamente, le nostre modalità di formazione e professionalizzazione: un etnocentrismo davvero sottile.

Da un esame non sistematico sono emerse due realtà che confermano la necessità di un lavoro di scavo e nello stesso tempo di confronto con gli stessi mediatori e le culture e pratiche di riferimento. La prima è quella degli "*igurramen*" del Marocco centrale, che hanno la funzione di "arbitri e mediatori" durante i "conflitti tribali"²; la seconda è riferita da Scaglione e Vergani nel loro

1) J-L. Amselle, *Logiche meticce*, Bollati Boringhieri, Torino, 1999

2) tratto da Gellner, citato in P. Scarduelli (a cura di), *Antropologia del rito*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000

manuale sui conflitti. Gli autori narrano degli anziani dei villaggi della Cecenia, che nel conflitto con i russi, hanno svolto opera di mediazione tra questi ultimi e le forze cecene³. Questi richiami ci invitano anche in questo caso a praticare e non solo dichiarare l'interculturalità, con la consapevolezza che le pratiche sociali e culturali del nostro Paese non sono prive di esperienze e tradizioni che molto hanno da insegnare e che in questo testo hanno trovato solo un richiamo, a tutto vantaggio del sapere alto e codificato.

Nello specifico dell'argomento da noi trattato, una possibilità a nostra disposizione, per poter almeno tentare di limitare il susseguirsi di tali pratiche, sembra infine risolversi nell'opera della Mediazione Interculturale muovendosi sul terreno del confronto, del dialogo e della crescita comune. Una strategia utile, anche nei paesi ospitanti, è sicuramente l'informazione, ossia *informare* e *formare* coloro i quali hanno quotidianamente a che fare con potenziali "soggetti a rischio", ossia gli operatori assistenziali (medici, volontari ecc.), le forze di polizia, gli insegnanti, ecc..

Sarebbe fondamentale quindi creare delle competenze in grado di fronteggiare una madre fortemente persuasa delle sue convinzioni, senza ricorrere alla minaccia legislativa che non avrebbe un grande riscontro se non forse quello di accrescere l'ostilità reciproca, e conseguentemente inasprire la difesa della propria essenza ed identità sociale. Così come sarebbe importante cercare un confronto anche con i futuri mariti (e padri) di queste bambine, poiché nessuna madre rinuncerà ad assicurare un futuro alla propria figlia, finché non esisteranno uomini che rifiuteranno la mutilazione genitale.

Questo è sicuramente un progetto a lungo termine, che potrebbe attuarsi soltanto attraverso un processo di mediazione che non criminalizzi il soggetto, ma lo porti a sentirsi il più possibile accolto, protetto e coinvolto nel nuovo contesto sociale, anche senza essere stato privato di un bene così prezioso e importante come la propria sessualità.

Non ci siamo interrogati sul perché un tipo di intervento di mediazione interculturale, nell'ambito del fenomeno delle mgf, non sia stato avanzato né ancora vagliato; ci piacerebbe pensare che forse non è stato preso in considerazione, solo perché la "cultura" della mediazione stessa è ancora poco sentita, perché si muove su terreni ancora poco battuti, perché la sua applicazione richiede movimenti abbastanza profondi; ma ci viene da pensare

3) D. Scaglione, P. Vergnani, *Manuale di sopravvivenza al conflitto*, FULL VISION, Bologna, 2000

che è messa anche un po' al bando poiché esclude e sovverte posizioni e poteri.

Bibliografia

1. Abu Sahlieh S.A., *To mutilate in the name of Jehovah or Allah: Legitimization of male and female circumcision*. Int. J. Med. Law, 1994, 13: 575–622.
2. ACOG, *Task Force on Female Circumcision/Female Genital Mutilation: Female Circumcision/Female Genital Mutilation*, Clinical Management of Circumcised Women. 1999, pp 51
3. Althaus FA, *Female circumcision: Rite of passage or violation of rights?*, Int Fam Plann Perspect 1997; 23:130
4. J-L. Amselle, *Logiche meticce*, Bollati Boringhieri, Torino, 1999
5. Apena A., *Female circumcision in Africa and the problem of crosscultural perspective*, Africa Update, 1996, III: 2
6. Aziz FA, *Gynecologic and obstetric complications of female circumcision*, Int J Gynaecol Obstet 1980; 17:560
7. Baasher T, *Psychological aspects of female circumcision*. In: Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children. WHO/EMRO technical publication no. 2. Alexandria, World Health Organization, 1979, pp 71–105
8. Badri B. et al., *Female circumcision: Attitudes and practices*. Africa Series Women, Law Develop. 1990, 4: 217–233.
9. Belpiede A. (a cura di), *Mediazione culturale : esperienze e percorsi formativi*, Torino : UTET libreria, 2002
10. Carlini G. e Cormagi C. (a cura di), *Luoghi e non luoghi dell'incontro : problematiche dell'esclusione e della mediazione culturale*, Genova : COEDIT, 2001
11. Castiglioni M., *La mediazione linguistico - culturale: principi, strategie, esperienze*, Milano, F. Angeli, 1997
12. Cirillo E. (a cura di), *La salute delle donne e le mutilazioni sessuali: un problema della società multietnica*, in «Politica del Diritto», marzo 1992
13. Cook R., *Damage to physical health from Pharaonic circumcision infibulation of females*, a review of the medical literature. WHO/EMRO 1979: 53-69.
14. CSA, Centro Piemontese di Studi Africani (a cura di), *Infibulazione tra diritti umani e identità culturale*, Associazione Frantz Fanon, Istituto Avogadro, Torino, 1998

15. Dire M, Lindmark G, *Female circumcision in Somalia and women's motives*. Acta Obstet Gynecol Scand 1991; 70:581
16. Dirie W., *Fiore del deserto. Storia di una donna*, Garzanti Editore, 2000
17. Dorkenoo E., *Cutting the rose: Female genital mutilation. The practice and its prevention*. Minority Rights Publications, London, 1995
18. Down J., and Langden, H., *Influence of Sewing Machine on Female Health*, New Orleans Med Surg J 20:359-360, 1867-1868.
19. Duffy, J., *Masturbation and Clitoridectomy*. The Journal of The American Medical Association. October 19, 1963, Vol. 186, pp. 246-248.
20. Farinelli F., *I corpi mutilati delle donne*, Edizioni Rocca, 1999
21. Fiorucci M., *La mediazione culturale : strategie per l'incontro*, Roma : Armando, 2000
22. Giusti M., *Fenomenologia della mediazione: materiali e idee per la comunicazione interculturale*, Torino, Theleme, 2001
23. Grassivaro Gallo P. (a cura di), *Figlie d'Africa mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*, Editrice L'Harmattan Italia, 1998
24. Haller J. S., Robin M., *The Physician and Sexuality in Victorian America*, Urbana, Chicago, and London, 1974, pp.195, 207-209.
25. Hassan, Sirad Salad, *La donna mutilata: la mutilazione genitale femminile l'infibulazione*, Firenze, Loggia de' Lanzi, 1999
26. Horowitz CR, Jackson JC, *Female circumcision, African women confront American medicine*. J Gen Intern Med 1997; 12:491
27. Hoskin F, *The Hoskin Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*. Lexington, MA, Women's Int Network News, 1994
28. Koso-Thomas O. (a cura di), *The circumcision of women, a strategy for eradication*, Zed Books Ltd, London
29. Lightfoot-Klein H., *Prisoners of Ritual: An Odyssey into Female Genital Mutilation in Africa*. Harworth Press, Binghampton, N.Y., 1989
30. Lightfoot-Klein H., *The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan*. J. Sex Res. 1989, 26: 375-392.
31. Lightfoot-Klein H., *Special needs of ritually circumcised female patients*. J. Obstetrics Neonatal Nursing, 1990, 20: 102-107.

32. Lightfoot-Klein H, Shaw E, *Special needs of ritually circumcised women patients*. J Obstet Gynecol Nurs 1991; 201-202
33. Mazzetti M. (a cura di), *Senza le ali : le mutilazioni genitali femminili*, Milano, F. Angeli, 2000
34. Missailidis K., Gebre-Medhin M., *Female genital mutilation in eastern Ethiopia*, THE LANCET, Vol 356, July 8, 2000, 137
35. Murer B. (a cura di), *La mediazione culturale in emigrazione: (note critiche sul discorso della intermediazione linguistico-culturale)*, Milano : Comune di Milano, stampa 2001
36. Paige, K., *The Ritual of Circumcision*, Human Nature, May 1978: p. 40-48.
37. Pasquinelli C. (a cura di), *Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili, una ricerca in Italia*, Aidos 1999
38. Pitch T., *La legge giusta: il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili*, [Roma] : Aidos, 2000
39. Rushwan HM et al., *Female circumcision in the Sudan, prevalence, complications, attitudes and changes*. University of Khartoum, 1983.
40. Rushwan H., *Female genital mutilation FGM management during pregnancy, childbirth and the postpartum period*, International Journal of Gynecology & Obstetrics 70, 2000, 99-104
41. Sami A., *To Mutilate in the Name of Jehovah or Allah: Legitimization of Male and Female Circumcision*, Medicine and Law, Volume 13, Number 7-8: Pages 575-622, July 1994
42. Scaglione D., Vergnani P., *Manuale di sopravvivenza al conflitto*, FULL VISION, Bologna, 2000
43. Scarduelli P. (a cura di), *Antropologia del rito*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000
44. Shandall A, El Futuh A., *Circumcision and infibulation of females. A general consideration of the problem and a clinical study of the complications in Sudanese Women*. Sudan Med J 1967: 178.
45. Suliman M., *The impact of social and economic changes in female circumcision*. Proceedings of the Third Congress of Obstetrics and Gynaecology. Sudan Medical Association. Khartoum: Khartoum University Press, 1974: 242-254.
46. Tola V., Scassellati G., *Mutilazioni genitali femminili: dimensioni culturali e problematiche socioassistenziali*, Gaggiano : Poletto, 2001

47. Tonini G., *La mediazione culturale: l'idea, le fonti, il dibattito*, Roma : AVE, 1985
48. Toubia N, *Female circumcision as a public health issue*. N Engl J Med 1994; 331:712
49. Unali L., *Regina D'Africa: incanto dell'infanzia nomadica, infibulazione, matrimonio, guerra civile nelle boscaglie della somalia*, Roma, Sun Moon Lake, 2000
50. Zabus C., *WRITING WOMEN'S RITES: EXCISION IN EXPERIENTIAL AFRICAN LITERATURE*, Women's Studies International Forum, Vol. 24, No. 3/4, pp. 335–345, 2001

Internet Links

1. Amnesty International:
www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm
2. Center for Reproductive Law and Policy (CRLP):
www.crlp.org/pub_fac_fgmicpd.html
3. Equality Now: <http://www.equalitynow.org/>
4. Female Genital Mutilation Education and Networking Project:
<http://www.fgmnetwork.org/>
5. FORWARD - Foundation for Women's Health, Research and Development: <http://www.forward.dircon.co.uk/>
6. International Planned Parenthood Federation (IPPF):
<http://www.ippf.org/fgm/>
7. Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Media/Materials Clearinghouse M/MC:
<http://www.jhuccp.org/mmc/fgm/index.stm>
8. National Organization of Circumcision Information Resource Centers (NOCIRC): <http://www.nocirc.org/>
9. PATH - Program for Appropriate technology in Health:
www.path.org/programs/p-chi/female_genital_mutilation.htm
10. Promotion of Initiatives to Eradicate Female Genital Mutilation (FGM):
www.gtz.de/fgm
11. Reproductive Health Outlook (RHO):
<http://www.rho.org/html/hthps.htm#>

12. Rising Daughters Aware: <http://www.fgm.org/>
13. Stop FGM: www.stopfgm.org
14. Tostan <http://www.tostan.org/>
15. United Nations Development Fund for Women:
www.unifem.undp.org/fgm.htm
16. United Nations Population Fund (UNFPA):
www.unfpa.org/tpd/gender/fgm.htm
17. US-Uganda Godparents Association: <http://www.godparents.cc/>
18. World Health Organization: www.who.int/frh-whd/FGM/index.htm

CONOSCENZA DEL FENOMENO

b1. Conosce il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili e dell'infibulazione?

NO SI

Se ha risposto NO a questa domanda, consegni questo foglio e legga il successivo opuscolo informativo che le verrà consegnato per rispondere poi alle domande successive, altrimenti, se ha risposto SI a questa domanda, continui a rispondere alle sottostanti e consegni il tutto. Grazie.

b2. Che grado di conoscenza ha del fenomeno? Superficiale Sufficiente
 Buona Ottima

b3. Sa in quali parti del mondo è maggiormente diffuso il fenomeno? NO SI

b4. Se SI, quali? Europa America Asia Africa

b5. Conosce la diffusione del fenomeno in Italia? NO SI

b6. Conosce le motivazioni della pratica? NO SI

b7. Attribuisce le motivazioni di tale pratica, maggiormente alla:

Cultura Salute Economia Religione

b8. E' a conoscenza delle normative legiferate circa il fenomeno?

NO SI

Opuscolo informativo

Il fenomeno

Sono almeno 135 milioni, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le ragazze e le bambine che hanno subito mutilazioni sessuali e ogni anno se ne aggiungono altri due milioni. Le MGF sono praticate soprattutto in Africa e in alcuni paesi del Medio Oriente (Egitto, Yemen Emirati Arabi). Vi sono anche casi di mutilazioni in alcune parti dell'Asia, nelle Americhe e in Europa - compresa l'Italia - all'interno delle comunità di immigrati.

Cosa sono le Mutilazioni Genitali.

Esistono tre tipi di mutilazioni genitali: la clitoridectomia in cui viene tolta tutta, o parte della clitoride; l'escissione che consiste nella asportazione della clitoride e delle piccole labbra; l'infibulazione, la forma più estrema, che prevede oltre alla clitoridectomia e all'escissione, anche il raschiamento delle grandi labbra che vengono poi fatte aderire e tenute assieme, così che, una volta cicatrizzate, ricoprono completamente l'apertura della vagina, a parte un piccolo orifizio che servirà a far defluire l'urina e il sangue mestruale.

Il tipo di mutilazione, l'età delle vittime e le modalità dipendono da molti fattori tra cui il gruppo etnico di appartenenza, il paese e la zona (rurale o urbana) in cui le ragazze vivono. Nel Tigray la mutilazione viene praticata sette giorni dopo la nascita, in altre zone alla prima gravidanza, ma nella maggior parte dei casi l'età è compresa tra i quattro e gli otto anni.

La pratica

"..Subii la mutilazione quando avevo 10 anni. Mia nonna mi disse che mi portavano al fiume per una cerimonia particolare e che dopo avrei ricevuto molto cibo da mangiare. Ero una bambina innocente e fui condotta, come una pecora, al massacro. Entrate nella boscaglia fui condotta in una casupola buia, e spogliata. Fui bendata e denudata completamente. Due donne mi trascinarono nel luogo dell'operazione. Fui costretta a sdraiarmi sulla schiena da quattro donne robuste, due mi afferrarono saldamente ciascuna gamba. Un'altra si sedette sul mio petto per impedire che la parte superiore del mio corpo si muovesse. Mi ficcarono a forza un pezzo di stoffa in bocca per impedirmi di urlare. Poi fui rasata. Quando l'operazione iniziò, cominciai a lottare. Il dolore era terribile ed insopportabile. Mentre mi divincolavo fui mutilata malamente e persi molto sangue. Tutte quelle che prendevano parte all'operazione erano mezze ubriache. Altre danzavano e cantavano [...]. Fui mutilata con un temperino spuntato".

Hannah Koroma, Coordinamento Donne della sezione ghanese di Amnesty International

Per la mutilazione vengono anche usati vetri rotti, coperchi di lattine, forbici, rasoi o altri oggetti taglienti. Se ha luogo l'infibulazione, per assicurare l'aderenza delle grandi labbra vengono usate spine di acacia o fili di crine e poi le gambe sono tenute legate fra loro per un periodo di quaranta giorni. Per favorire la cicatrizzazione sulla ferita viene applicata una pasta a base di erbe, latte, uova, cenere e sterco.

Le conseguenze fisiche

La mutilazione causa intenso dolore, provoca shock ed emorragie post-operatorie che possono portare a morte le bambine. Vi possono essere inoltre danni permanenti agli organi vicini, ascessi e tumori benigni ai nervi che innervavano la clitoride. L'uso di strumenti non sterilizzati, di spine di acacia e di crini provoca infezioni, e può essere veicolo di trasmissione di HIV.

Nel caso dell'infibulazione le complicanze sono più gravi. Infatti, a lungo andare la ritenzione di urina sviluppa infezioni che possono interessare sia il tratto urinario e i reni che la vagina. Il ristagno del flusso mestruale può provocare infezioni a carico all'apparato riproduttivo che possono portare alla sterilità. Quando le ragazze diverranno adulte il loro primo rapporto sessuale è molto doloroso e spesso si rende necessario praticare un taglio alle grandi labbra prima del rapporto sessuale. E così pure prima del parto, altrimenti il bambino non potrebbe uscire. Dopo il parto le donne sono spesso infibulate di nuovo. L'allargamento e il restringimento dell'apertura vaginale ad ogni parto crea aderenze dolorose e cicatrici estese a tutta l'area genitale.

Le conseguenze psicologiche

Gli effetti psicologici delle mutilazioni sono più difficili da studiare di quelli fisici. Tutte le testimonianze raccolte parlano di ansia, terrore, senso di umiliazione e di tradimento, che possono avere effetti a lungo termine. Alcuni esperti suggeriscono che lo shock e il trauma della operazione possono contribuire a rendere le donne "più calme" e "docili", qualità molte apprezzate nelle società che praticano le mutilazioni genitali.

Le motivazioni della pratica

I motivi che portano a praticare le mutilazioni sessuali possono suddividersi in cinque gruppi principali.

Identità culturale: in alcune società, la mutilazione stabilisce chi fa parte del gruppo sociale e la sua pratica viene mantenuta per salvaguardare l'identità culturale del gruppo.

Identità sessuale: la mutilazione viene ritenuta necessaria perché una ragazza diventi una donna completa. La rimozione della clitoride e delle piccole labbra - "parte maschile" del corpo della donna - sono indispensabili per esaltare la femminilità, spesso sinonimo di docilità ed obbedienza.

Controllo della sessualità: in molte società vi è la convinzione che le mutilazioni riducano il desiderio della donna per il sesso, riducendo quindi il rischio di rapporti sessuali al di fuori del matrimonio. Non si ritiene possibile che una donna non mutilata si mantenga fedele per propria scelta. Nella pratica, le mutilazioni sessuali riducono la sensibilità, ma non il desiderio, che dipende dalla psiche.

Credenze sull'igiene, estetica e salute: le ragioni igieniche portano a ritenere che i genitali femminili esterni siano "sporchi". In alcune culture si pensa che i genitali possano continuare a crescere fino ad arrivare a "pendere" tra le gambe, se la clitoride non viene recisa. Alcuni gruppi credono che il contatto della clitoride con il pene di un uomo ne causerebbe la morte; altri che se la clitoride toccasse la testa del neonato, durante il parto, esso morirebbe.

Religione: la pratica delle mutilazioni genitali femminili è antecedente all'Islam e la maggior parte dei musulmani non la usano. Tuttavia nel corso dei secoli questa consuetudine ha acquisito una dimensione religiosa e le popolazioni di fede islamica che la applicano adducano come motivo la religione. Il Corano non parla delle mutilazioni, esistono solo alcuni hadith (detti attribuiti al Profeta) che ne fanno cenno. In un di essi si racconta che Maometto vedendo praticare una escissione abbia detto alla donna che la praticava: "Quando incidi non esagerare, così facendo il suo viso sarà splendente e il marito sarà estasiato". A conti fatti le mutilazioni genitali vengono praticate anche da cattolici, protestanti, animisti, copti e falasha (ebrei etiopi) nei vari paesi interessati.

La legislazione internazionale

Gli sforzi internazionali per sradicare la mutilazione genitale femminile hanno una lunga storia, ma è solo in questo secolo, grazie anche alla crescente pressione delle organizzazioni femminili africane, che si sono raggiunti risultati concreti. La Commissione sui Diritti Umani delle Nazioni Unite sollevò il problema delle mutilazioni genitali femminili nel 1952 e questa questione fu a lungo oggetto di studi e di dibattito. Finalmente nel 1984 l'ONU creò a Dakar, un "Comitato interafricano sulle pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute delle donne e dei bambini" (IAC) per coordinare le attività delle *organizzazioni non governative* (ONG) africane. L'obiettivo principale dello IAC era dar vita a campagne di sensibilizzazione e formazione per attivisti locali, levatrici e membri autorevoli delle comunità locali.

A partire dagli anni '90 le mutilazioni genitali femminili vennero riconosciute dalla comunità internazionale come una grave violazione dei diritti delle donne e delle bambine. Nella **Dichiarazione sulla violenza contro le donne** del 1993, le MGF vennero dichiarate una forma di violenza nei confronti della donna e nel 1994 la collaborazione tra le agenzie dell'ONU e le ONG portò al varo di un **Piano di azione per eliminare le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute della donna e delle bambine**. Questa intenzione venne poi riaffermata con la Conferenza di Pechino nel 1995. Nel settembre 1997 lo IAC tenne un convegno per giuristi nella sede dell'Organizzazione per l'Unità Africana (OUA) ad Addis Abeba che elaborò la Carta di Addis Abeba, un documento che chiede a tutti i governi africani di adoperarsi per eradicare (o drasticamente ridurre) le mutilazioni genitali femminili entro il 2005.

L'infibulazione in Italia

Nel nostro paese vivono circa 38mila donne infibulate o escisse e 20mila bambine "a rischio" in quanto appartenenti a comunità in cui vengono praticate tali mutilazioni. Questi sono i dati emersi da uno studio dei dottori Aldo Morrone e Gennaro Franco presentato nell'ambito del sesto incontro internazionale "Cultura, Salute, Immigrazione" svoltosi a Roma nel novembre 1999. Negli anni novanta sono arrivate in Italia molte donne da paesi (Egitto, Somalia, Etiopia, Eritrea) in cui l'infibulazione è la norma. Medici e ostetriche si trovano così di fronte a una nuova realtà. Molte donne chiedono al medico che le ha deinfibulate per farle partorire, di essere richiuse, come impone la tradizione del loro paese d'origine. In altri casi, ci si rivolge alle strutture sanitarie per riparare i danni dell'infibulazione. È questo il caso delle bambine adottate in Italia da piccole ma che avevano già subito l'infibulazione. In Italia, pur non essendoci una legislazione specifica, la pratica è implicitamente vietata (lesioni gravi, punite penalmente), ma il problema è soprattutto di carattere culturale. Per una donna legata alla propria comunità d'origine non essere ricucita dopo il parto è un marchio di vergogna, anche se vive a Roma o a Milano. Si tratta, dunque, di preparare i medici italiani a situazioni del genere, tenendo comunque ben presente che, nel rispetto delle diverse culture, vanno comunque salvaguardati i diritti fondamentali della persona. Un conto è, infatti, il chador, un altro è una mutilazione permanente.

Numero progressivo _____

Seconda Batteria

OPINIONI

c1. Secondo Lei le MGF sono una pratica: GIUSTA SBAGLIATA

c2. Bisognerebbe intervenire per abolire questa pratica? NO SI

c3. Per quale motivo? _____

IPOTESI DI INTERVENTO (solo per chi ha risposto SI alla domanda c2)

d1. Secondo Lei, per abolire il fenomeno delle MGF, bisognerebbe intervenire solo nei rispettivi paesi d'origine, oppure solo in Italia sugli immigrati, o su entrambi?

SOLO PAESI D'ORIGINE SOLO IN ITALIA ENTRAMBI

Che tipo di intervento ipotizzerebbe valido per la risoluzione del fenomeno...

d2. nel paese d'origine? INFORMAZIONE MEDIAZIONE

RIGIDO CONTROLLO LEGISLATIVO

ALTRO _____

d3. in Italia? INFORMAZIONE MEDIAZIONE

RIGIDO CONTROLLO LEGISLATIVO

ALTRO _____

COMMENTI: _____

Risultati

Elaborazione Prima Batteria

Fogli Consegnati	215											
Fogli Ricevuti	154											
DATI ANAGRAFICI												
Sesso	M						F					
	61		39.6%				93		60.4%			
Luogo di Nascita	Nord		Centro				Sud		Isole			
	11	7.1%	30	19.5%		111	72.1%		2	1.3%		
Luogo di Residenza	15	9.7%	39	25.3%		99	64.3%		1	0.6%		
Titolo di Studio	Elementare		Medio				Superiore		Universitario			
	2	1.3%	9	5.8%		47	30.5%		96	62.3%		
Età	< di 18		18 - 30		30 - 40		40 - 50		50 - 60		60 - 70	
	9	5.8%	29	18.8%	41	26.6%	42	27.3%	21	13.6%	12	7.8%
CONOSCENZA DEL FENOMENO												
b1	NO						SI					
	37		24%				117		76%			
b2	Superficiale		Sufficiente				Buona		Ottima			
	12	10.3%	47	40.2%		37	31.6%		21	17.9%		
b3	NO						SI					
	6		5.1%				111		94.9%			
b4	Europa		America				Asia		Africa			
	15	13.5%	21	18.9%		89	80.2%		109	98.2%		
b5	NO						SI					
	50		42.7%				67		57.3%			
b6	NO						SI					
	19		16.2%				98		83.8%			
b7	Cultura		Salute				Economia		Religione			
	117	100%	13	11.1%		27	23.1%		103	88%		
b8	NO						SI					
	105		89.7%				12		10.3%			

TABELLA 1

Elaborazione Seconda Batteria

Fogli Consegnati	154						
Fogli Ricevuti	141	Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = NO			32		
		Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = SI			109		
Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = NO							
OPINIONI							
c1	GIUSTA			SBAGLIATA			
	0	0.0%		32	100%		
c2	NO			SI			
	5	15.6%		27	84.4%		
c3	Non Interferenza Cult.	3	9.4%	Porre fino al danno	8	25.0%	
	Libertà di Comportam.	2	6.2%	Liberare la donna	3	9.4%	
	Non saprei	0	0.0%	Perché assurdo	7	21.9%	
				Non saprei	9	28.1%	
IPOTESI DI INTERVENTO							
d1	SOLO PAESI D'ORIGINE		SOLO IN ITALIA		ENTRAMBI		
	3	9.4%	4	12.5%	20	62.5%	
d2	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	17	53.1%	7	21.9%	24	75%	
	ALTRO	Non saprei				9	28.1%
d3	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	20	62.5%	14	43.7%	27	84.4%	
	ALTRO	Controllo dell'immigrazione				4	12.5%
		Divieto di immigrazione				2	6.2%
		Affidamento delle bambine fino alla maggiore età				1	3.1%
Non saprei				5	15.6%		

TABELLA 2

Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = SI							
OPINIONI							
c1	GIUSTA			SBAGLIATA			
	1		0.9%	108		99.1%	
c2	NO			SI			
	7		6.4%	102		93.6%	
	Perché giusto	1	0.9%	Porre fino al danno	57	52.3%	
	Non Interferenza Cult.	3	2.8%	Liberare la donna	32	29.4%	
	Libertà di Comportamen.	1	0.9%	Perché assurdo	11	10.1%	
	Diplomazia	1	0.9%	Non saprei	2	1.8%	
	Non saprei	1	0.9%				
IPOTESI DI INTERVENTO							
d1	SOLO PAESI D'ORIGINE		SOLO IN ITALIA		ENTRAMBI		
	0	0.0%	0	0.0%	102	93.6%	
d2	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	98	89.9%	31	28.4%	62	56.9%	
	ALTRO	Attraverso un processo di globalizzazione				7	6.4%
		Ricambio Generazionale				3	2.8%
		Investendo e portando ricchezza				7	6.4%
		Trasmettendo la cultura occidentale				11	10.1%
		Informando ed istruendo il maschio				1	0.9%
Non saprei				13	11.9%		
d3	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	71	65.1%	62	56.9%	99	90.8%	
	ALTRO	Campagne di sensibilizzazione				15	13.8%
		Controllo delle immigrazioni				7	6.4%
		Acculturazione scolastica				21	19.3%
		Comparazione delle rispettive culture e usanze				33	30.3%
Non saprei				27	24.8%		

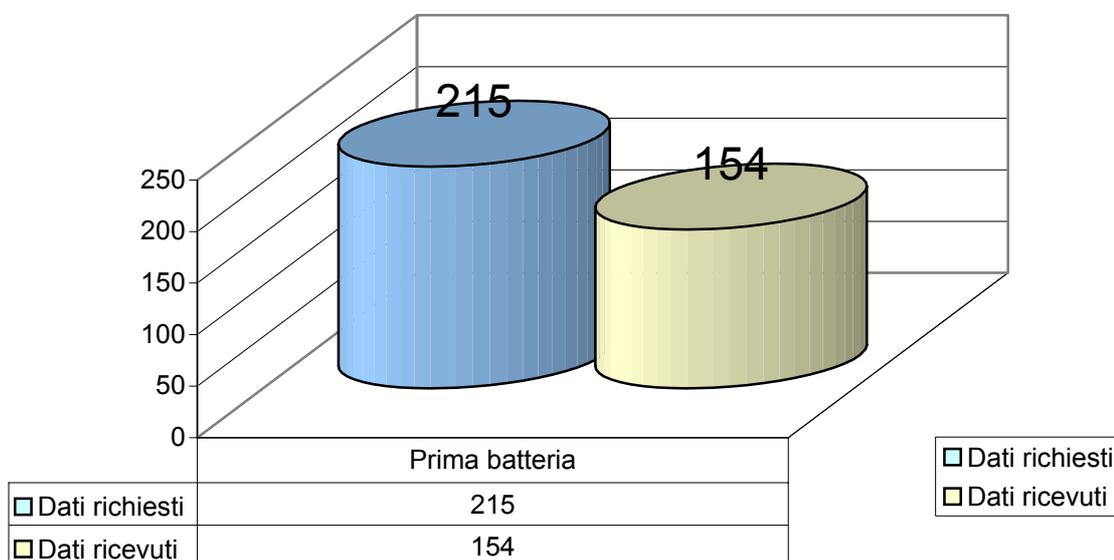
TABELLA 3

Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = TUTTI							
OPINIONI							
c1	GIUSTA			SBAGLIATA			
	1	0.7%		140	99.3%		
c2	NO			SI			
	12	8.5%		129	91.5%		
	Perché giusto	1	0.7%	Porre fino al danno	65	46.1%	
	Non Interferenza Cult.	6	4.3%	Liberare la donna	35	24.8%	
	Libertà di Comportamen.	3	2.1%	Perché assurdo	18	12.8%	
	Diplomazia	1	0.7%	Non saprei	11	7.8%	
	Non saprei	1	0.7%				
IPOTESI DI INTERVENTO							
d1	SOLO PAESI D'ORIGINE		SOLO IN ITALIA		ENTRAMBI		
	3	2.1%	4	2.8%	122	86.5%	
d2	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	115	81.6%	38	27%	86	60.1%	
	ALTRO	Attraverso un processo di globalizzazione				7	5.0%
		Ricambio Generazionale				3	2.1%
		Investendo e portando ricchezza				7	5.0%
		Trasmettendo la cultura occidentale				11	7.8%
		Informando ed istruendo il maschio				1	0.7%
Non saprei				22	15.6%		
d3	INFORMAZIONE		MEDIAZIONE		CONTR. LEGISLAT.		
	91	64.5%	76	53.9%	126	89.4%	
	ALTRO	Campagne di sensibilizzazione				15	10.6%
		Controllo delle immigrazioni				11	7.8%
		Divieto di immigrazione				2	1.4%
		Affidamento delle bambine fino alla maggiore età				1	0.7%
		Acculturazione scolastica				21	14.9%
Comparazione delle rispettive culture e usanze				33	23.4%		
Non saprei				32	22.7%		

TABELLA 4

Rappresentazioni grafiche dati elaborati prima batteria

Prima Batteria - Dati richiesti e ricevuti

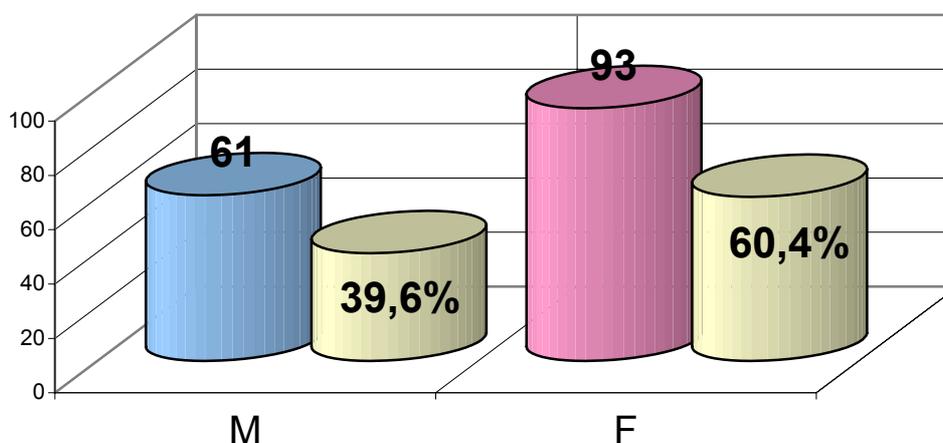


Istogramma 1

Come è possibile osservare direttamente dall'istogramma 1, la prima batteria di domande è stata distribuita ad un numero di 215 partecipanti, di cui 61 non hanno riconsegnato, per motivi a noi sconosciuti, il modulo compilato, sottraendosi al compito di rispondere a quanto richiesto. L'elaborazione dei dati, quindi, è stata effettuata su un campione di 154 unità, circa il 71.6% del campione contattato, tale è stato il numero dei soggetti che ha regolarmente riconsegnato il foglio correttamente compilato.

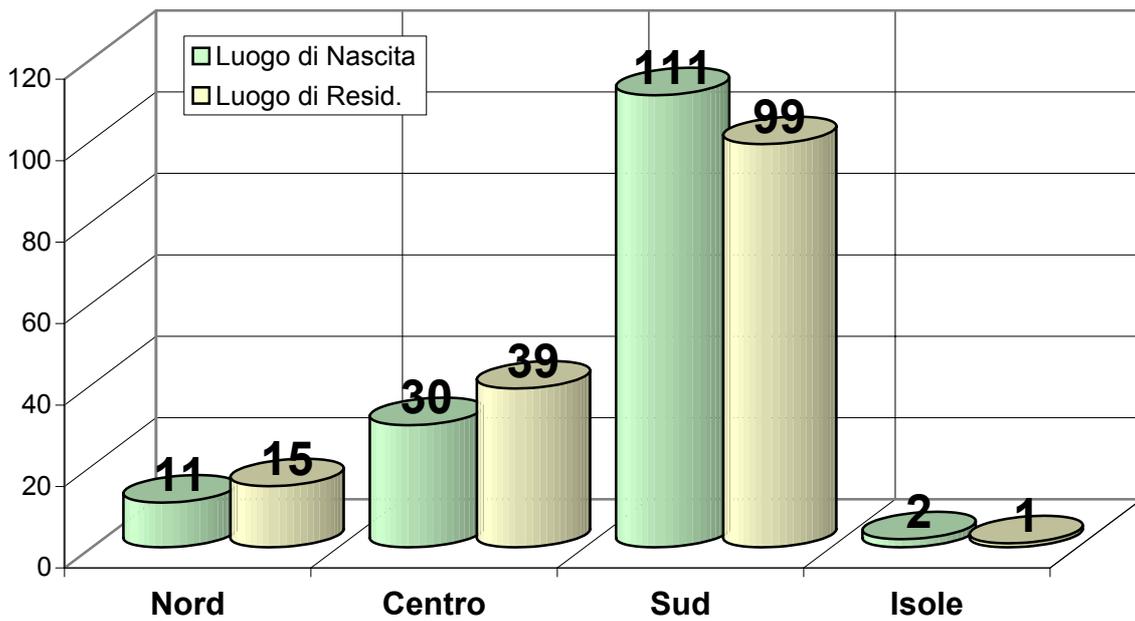
Dati Anagrafici campione rispondente

Sesso del Campione rispondente



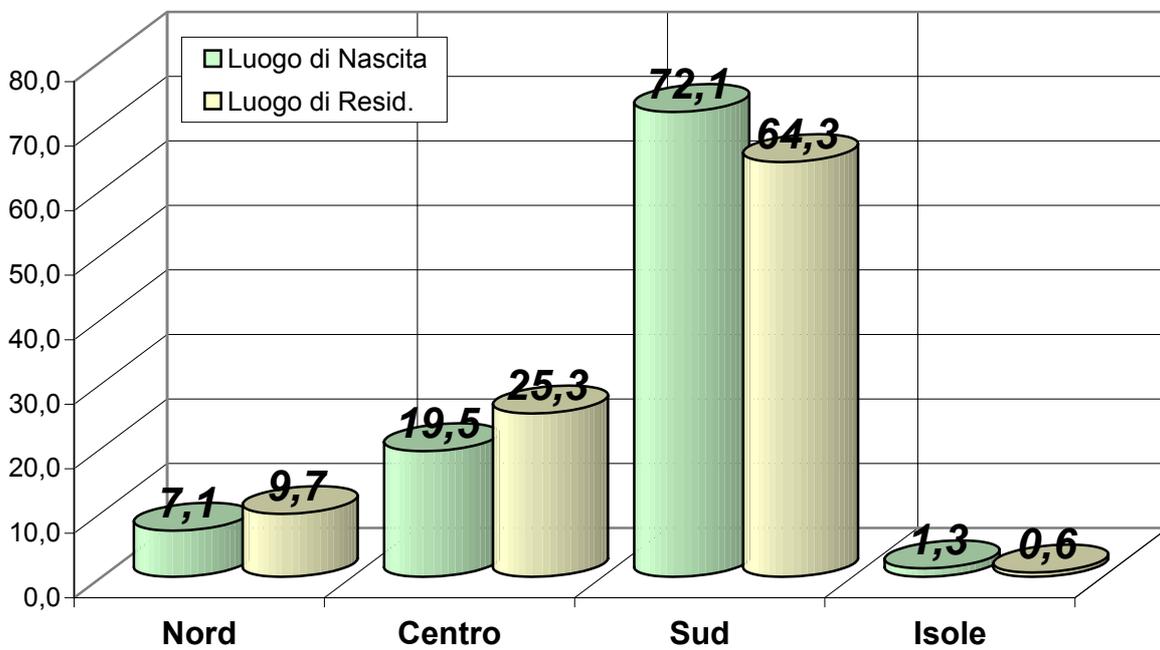
Istogramma 2

Nascita e Residenza del Campione rispondente



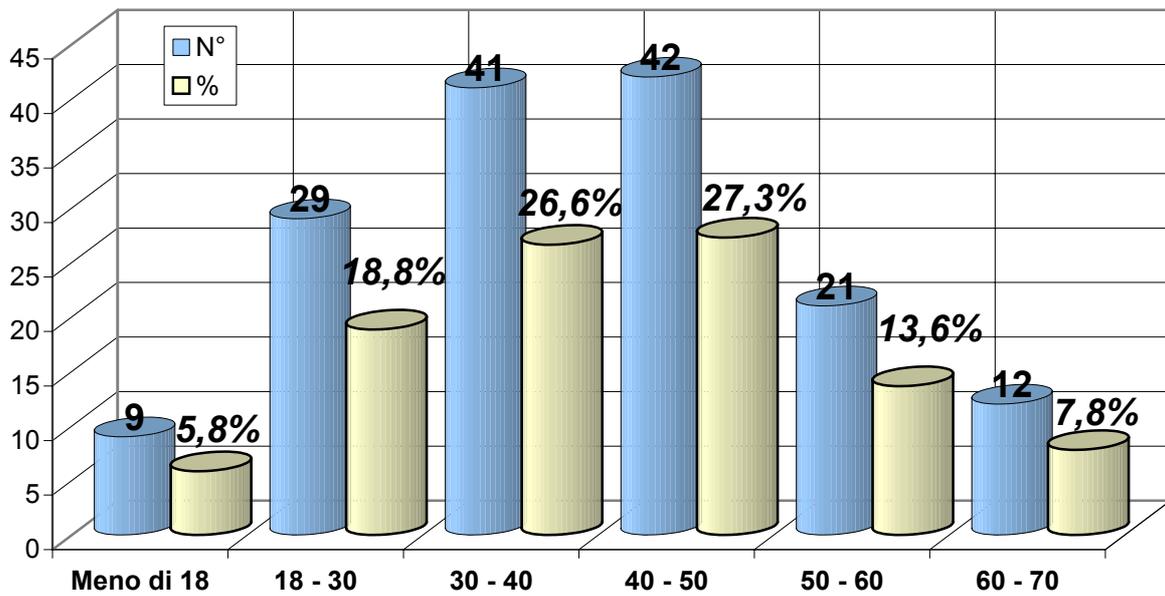
Istogramma 3

% Nascita e Residenza Campione rispondente



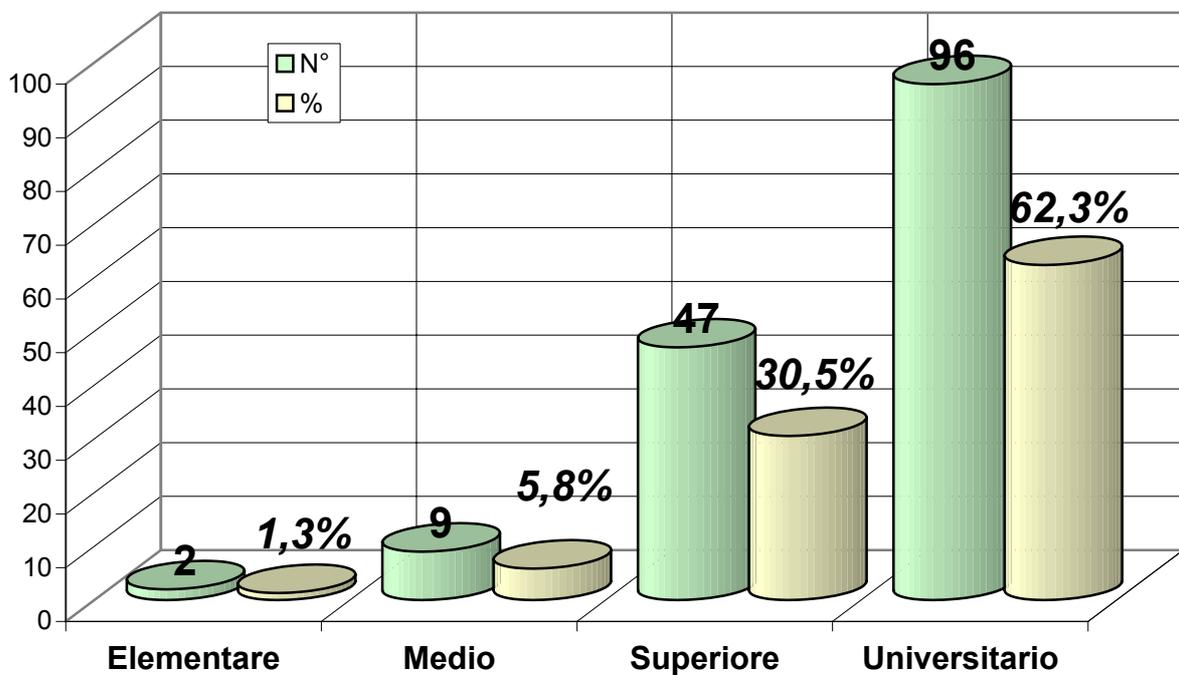
Istogramma 4

Età Campione rispondente



Istogramma 5

Titolo di Studio Campione rispondente



Istogramma 6

Elaborazione Dati Anagrafici (Tabelle a doppia entrata)

Nascita \ Sesso	M	F	Tot
NORD	8	3	11
CENTRO	20	10	30
SUD	31	80	111
ISOLE	2	0	2
Totali	61	93	154

TABELLA 2

Età \ Sesso	M	F	Tot
< di 18	7	2	9
18 - 30	10	19	29
30 - 40	20	21	41
40 - 50	11	31	42
50 - 60	9	12	21
60 - 70	4	8	12
Totale	61	93	154

TABELLA 6

Nascita \ Sesso	M	F	Tot
NORD	5,2%	1,9%	7,1%
CENTRO	13,0%	6,5%	19,5%
SUD	20,1%	51,9%	72,1%
ISOLE	1,3%	0,0%	1,3%
Totali	39,6%	60,4%	100%

TABELLA 3

Età \ Sesso	M	F	Tot
< di 18	4,5%	1,3%	5,8%
18 - 30	6,5%	12,3%	18,8%
30 - 40	13%	13,6%	26,6%
40 - 50	7,1%	20,1%	27,3%
50 - 60	5,8%	7,8%	13,6%
60 - 70	2,6%	5,2%	7,8%
Totale	39,6%	60,4%	100%

TABELLA 7

Residenza \ Sesso	M	F	Tot
NORD	9	6	15
CENTRO	25	14	39
SUD	26	73	99
ISOLE	1	0	1
Totali	61	93	154

TABELLA 4

Studio \ Sesso	M	F	Tot
Elementare	0	2	2
Medio	2	7	9
Superiore	21	26	47
Universitario	38	58	96
Totali	61	93	154

TABELLA 8

Residenza \ Sesso	M	F	Tot
NORD	5,8%	3,9%	9,7%
CENTRO	16,2%	9,1%	25,3%
SUD	16,9%	47,4%	64,3%
ISOLE	0,6%	0,0%	0,6%
Totali	39,6%	60,4%	100%

TABELLA 5

Studio \ Sesso	M	F	Tot
Elementare	0,0%	1,3%	1,3%
Medio	1,3%	4,5%	5,8%
Superiore	13,6%	16,9%	30,5%
Universitario	24,7%	37,7%	62,3%
Totali	39,6%	60,4%	100%

TABELLA 9

Età \ Studio	< di 18	18 - 30	30 - 40	40 - 50	50 - 60	60 - 70	Tot
Elementare	0	0	2	0	0	0	2
Media	2	0	6	1	0	0	9
Superiore	7	12	5	21	1	1	47
Universitaria	0	17	28	20	20	11	96
Totali	9	29	41	42	21	12	154

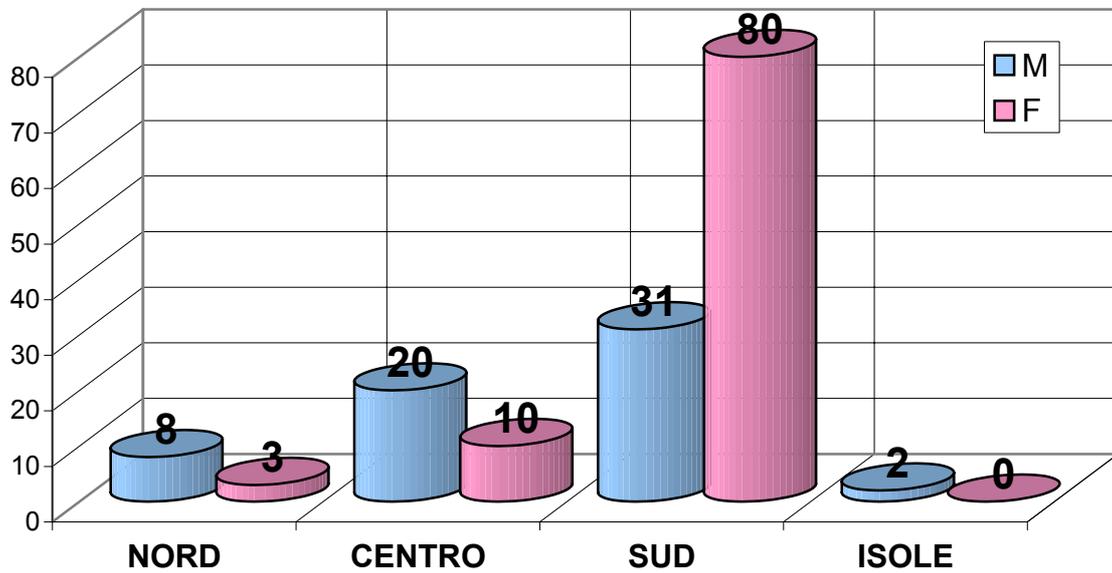
TABELLA 10

Età \ Studio	< di 18	18 - 30	30 - 40	40 - 50	50 - 60	60 - 70	Tot
Elementare	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
Media	1,3%	0,0%	3,9%	0,6%	0,0%	0,0%	5,8%
Superiore	4,5%	7,8%	3,2%	13,6%	0,6%	0,6%	30,5%
Universitaria	0,0%	11,0%	18,2%	13,0%	13,0%	7,1%	62,3%
Totali	5,8%	18,8%	26,6%	27,3%	13,6%	7,8%	100%

TABELLA 11

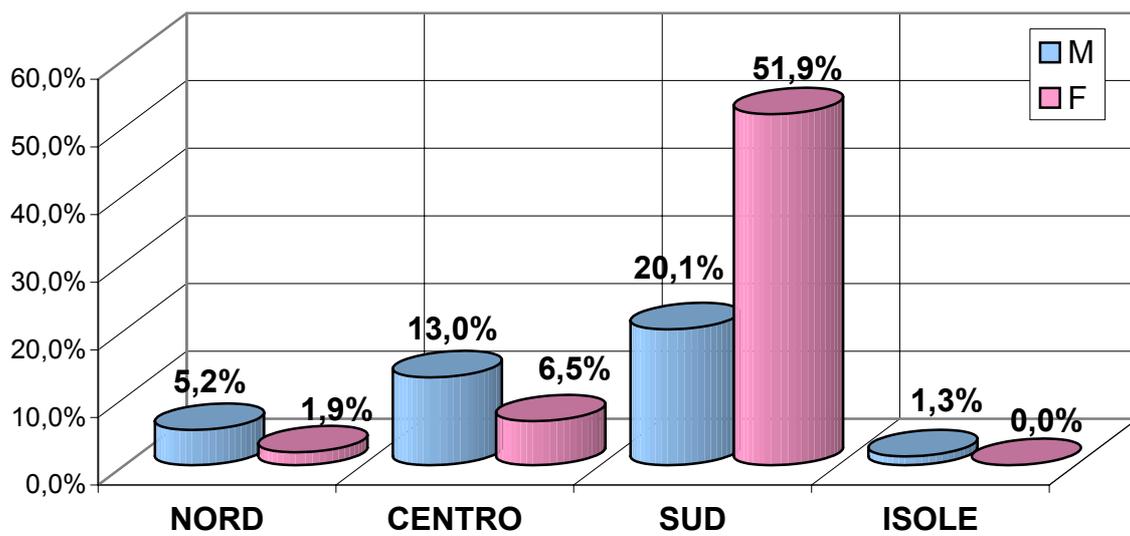
Rappresentazione grafica dell'elaborazione dei dati a doppia entrata

Nascita \ Sesso

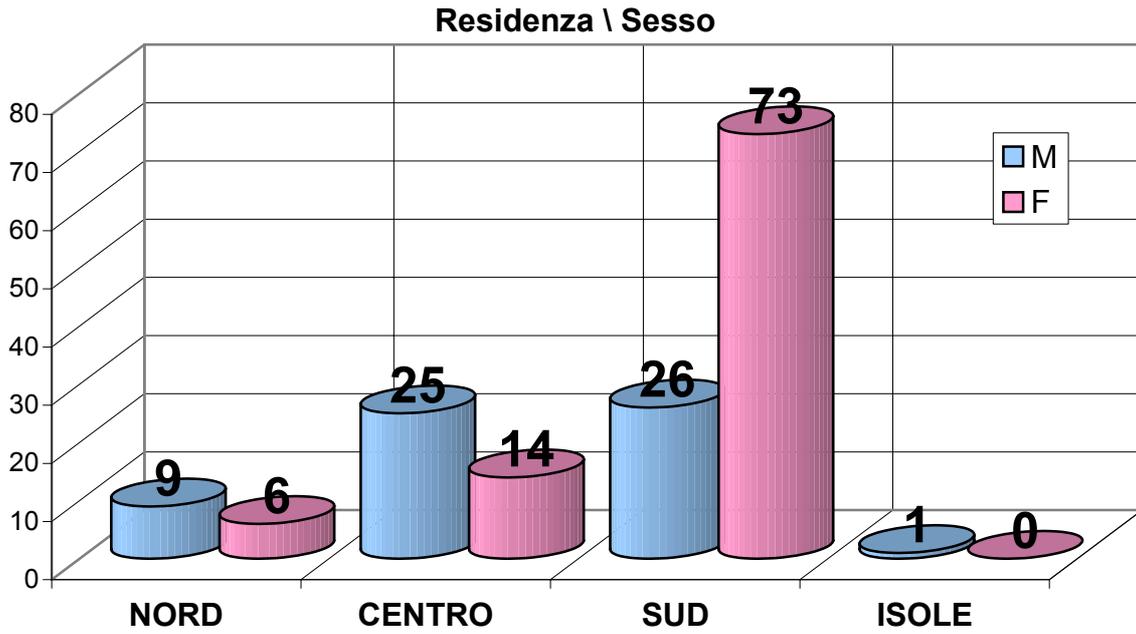


Istogramma 7

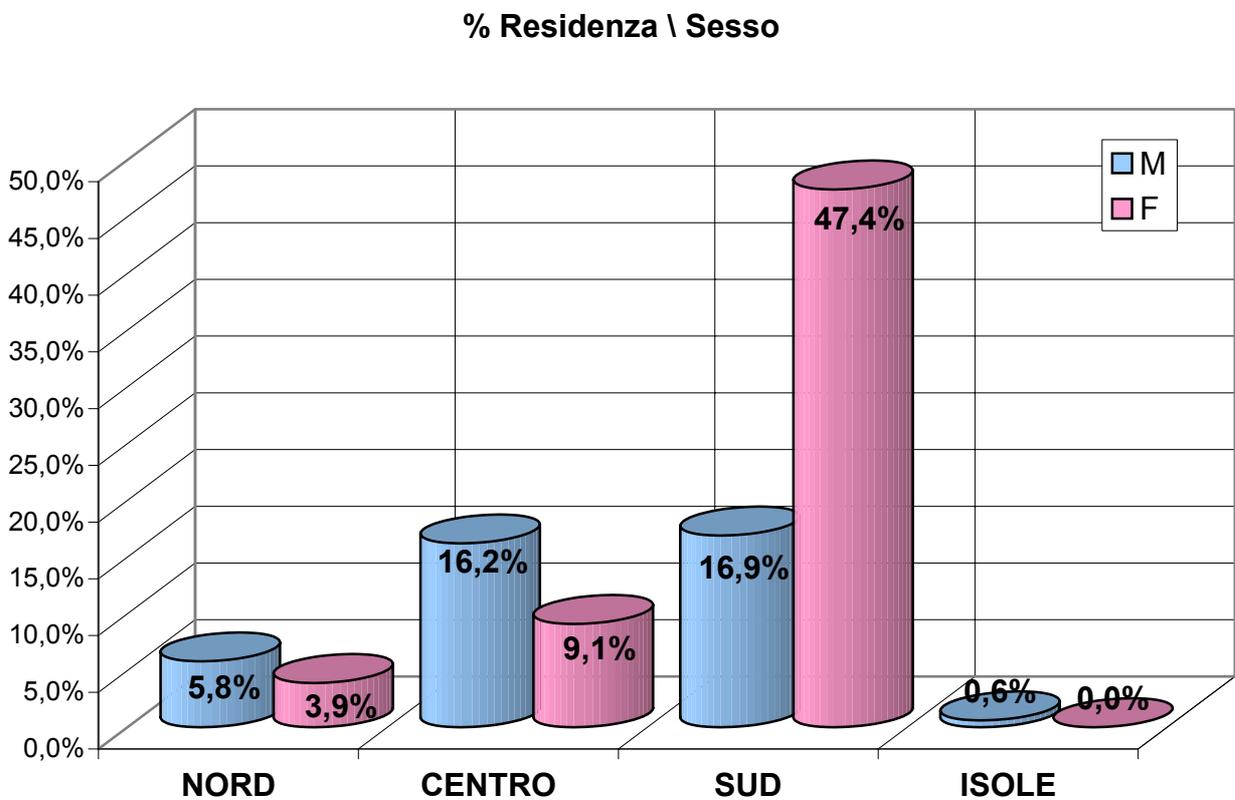
% Nascita \ Sesso



Istogramma 8

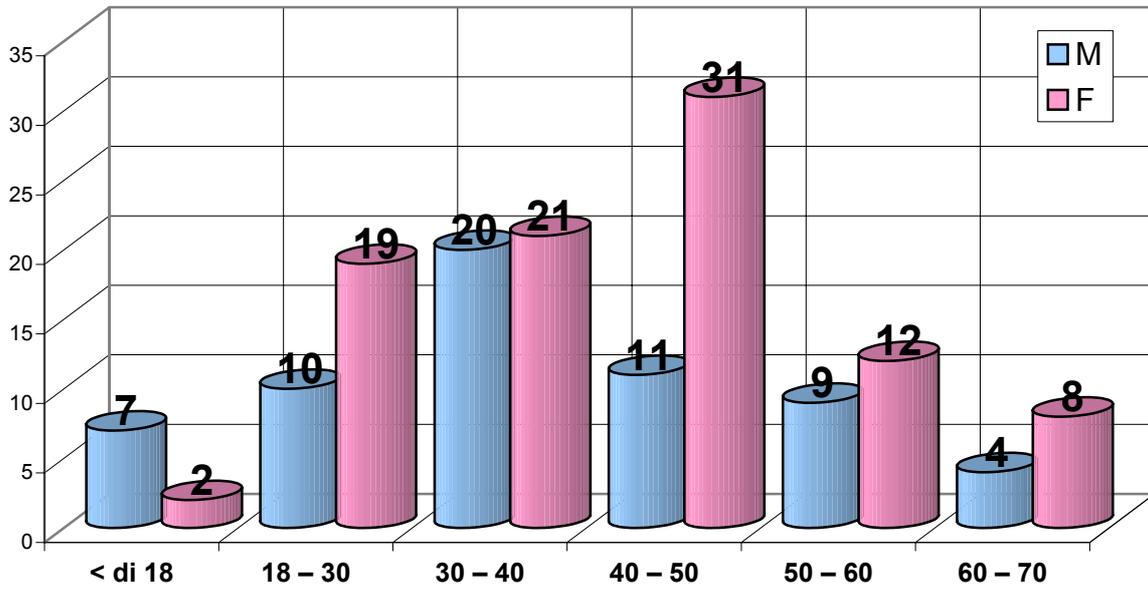


Istogramma 9



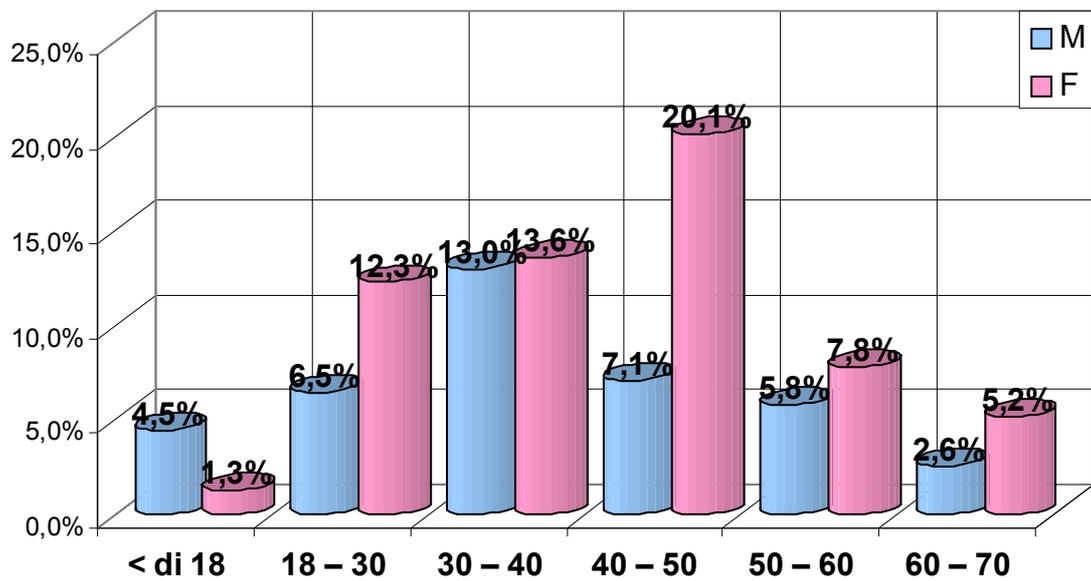
Istogramma 10

Età \ Sesso



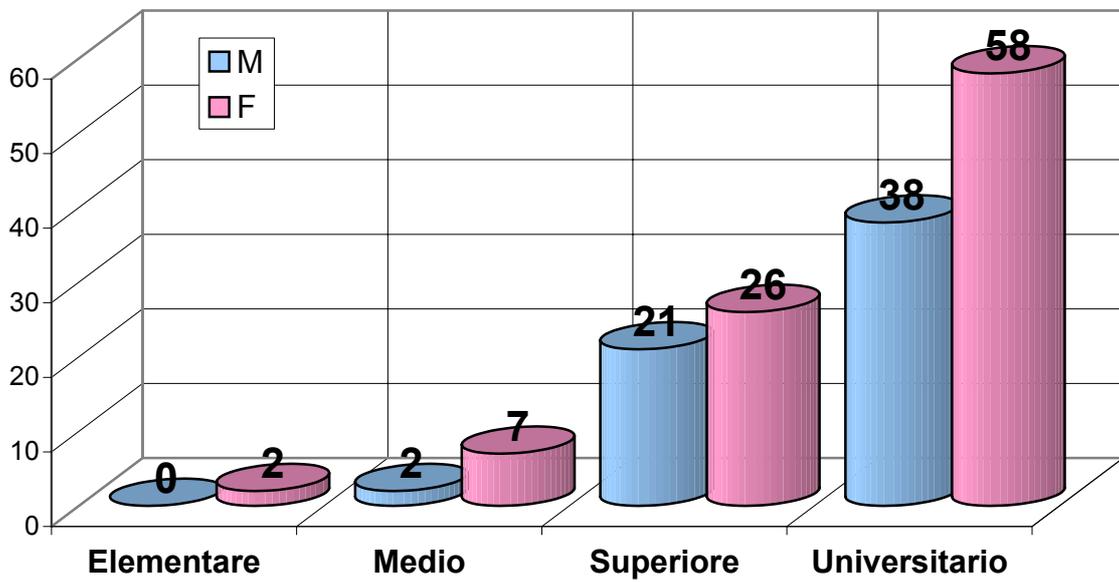
Istogramma 11

% Età \ Sesso



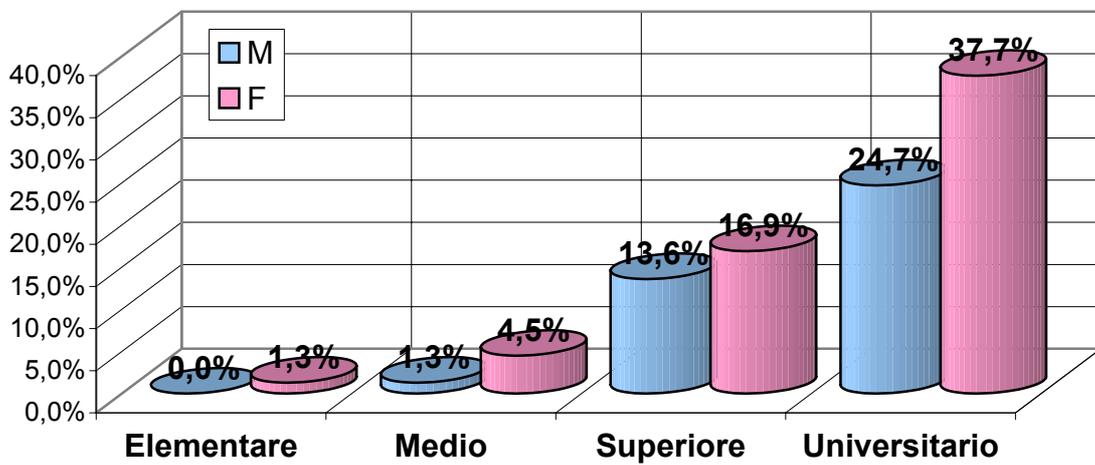
Istogramma 12

Titolo di Studio \ Sesso



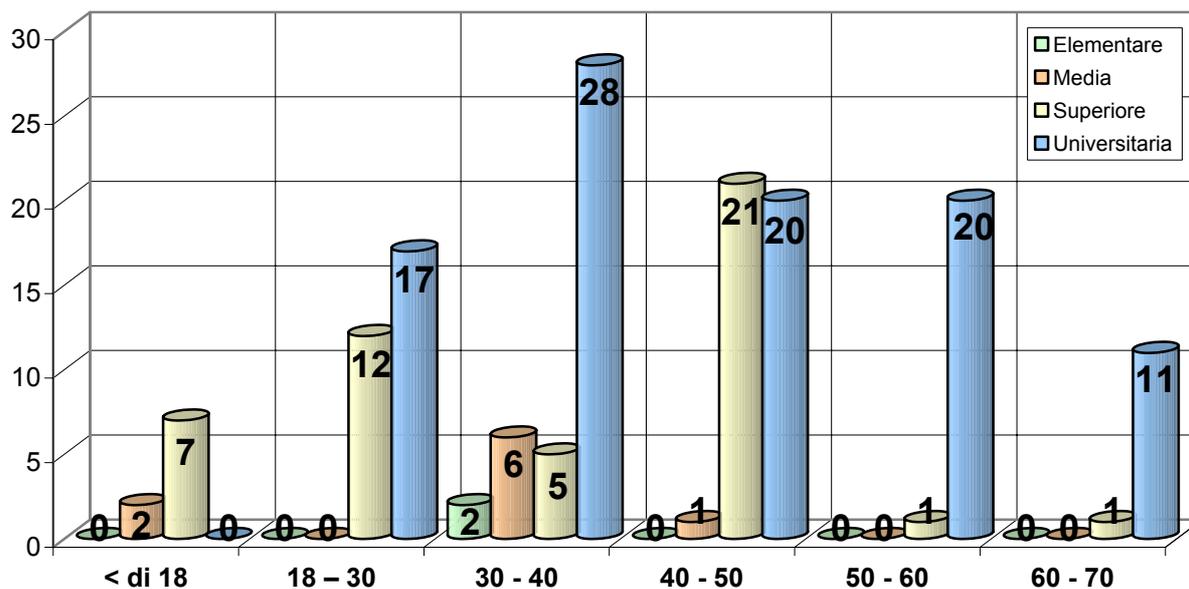
Istogramma 13

% Titolo di Studio \ Sesso



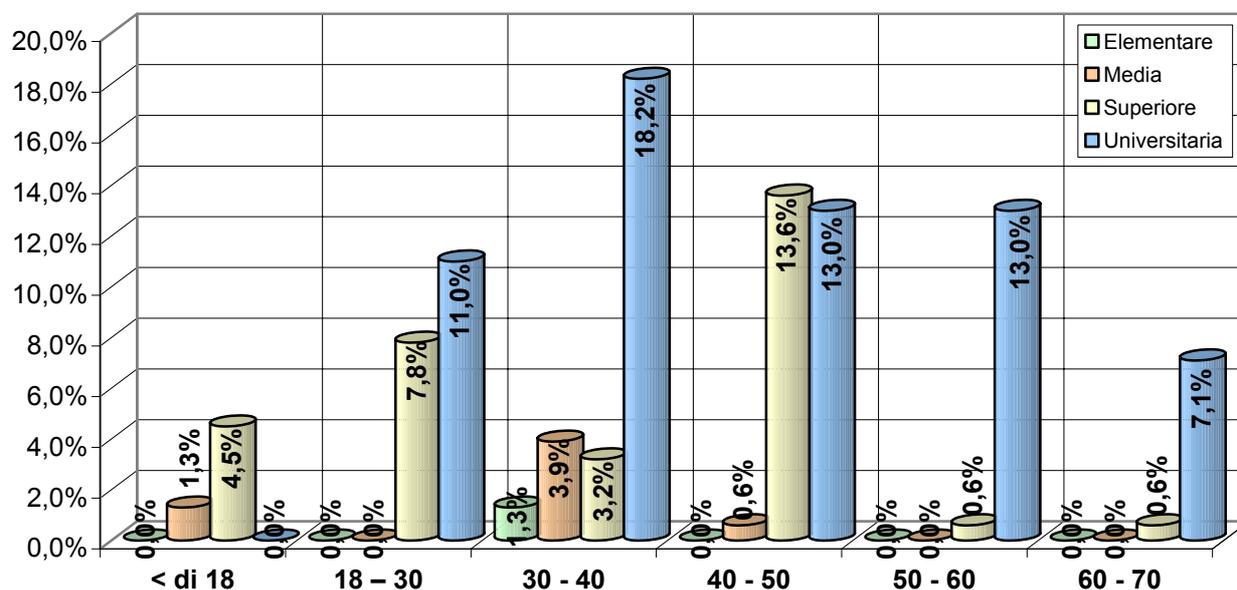
Istogramma 14

Età \ Titolo di Studio



Istogramma 15

Età \ Titolo di Studio

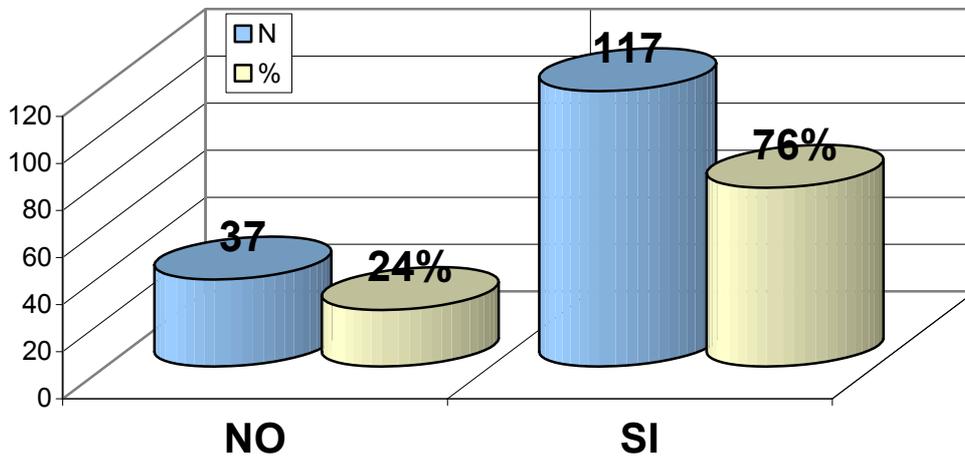


Istogramma 16

L'elaborazione statistica dei dati anagrafici del nostro Campione Rispondente ci mostra che esso è maggiormente rappresentato da donne nate e residenti nel sud dell'Italia, d'età compresa fra i 40 e 50 anni e con un titolo di studio universitario. Tale dato risulta fondamentale per l'interpretazione dei successivi, riguardo alla conoscenza del fenomeno, ma soprattutto alle ipotesi di intervento suggerite. Non a caso, un campione femminile, sembrerebbe maggiormente coinvolto e competente circa il tema in questione, pur non sottovalutando il campione maschile, rappresentato dal 39,6% del totale.

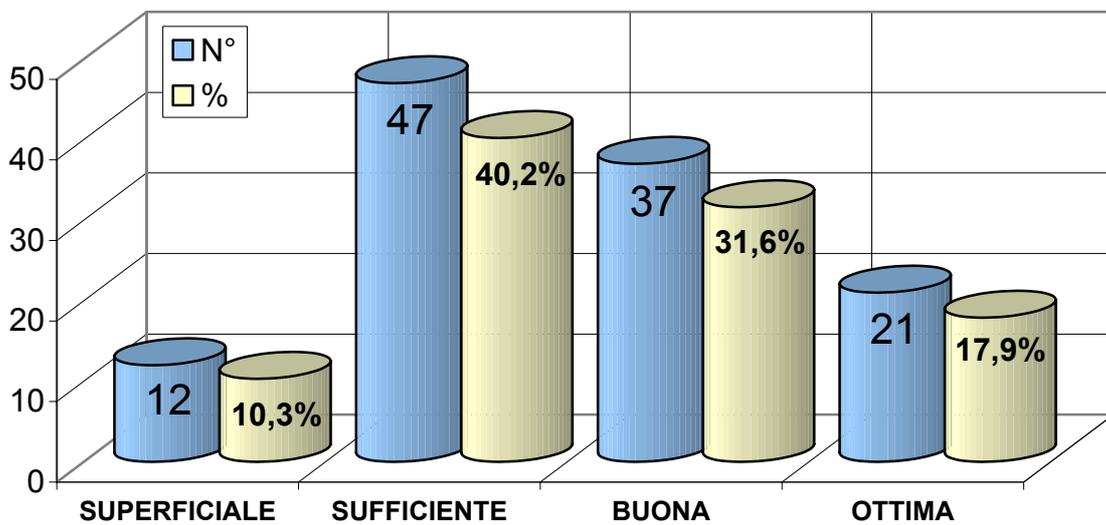
Conoscenza del Fenomeno

Conosce il fenomeno delle MGF e dell'infibulazione?



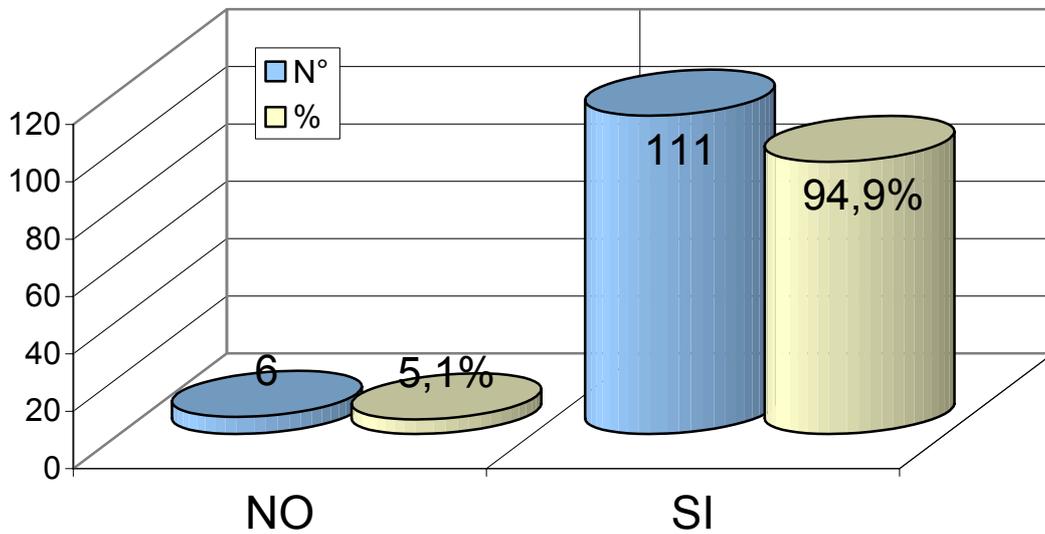
Istogramma 17

Che grado di conoscenza ha del fenomeno?



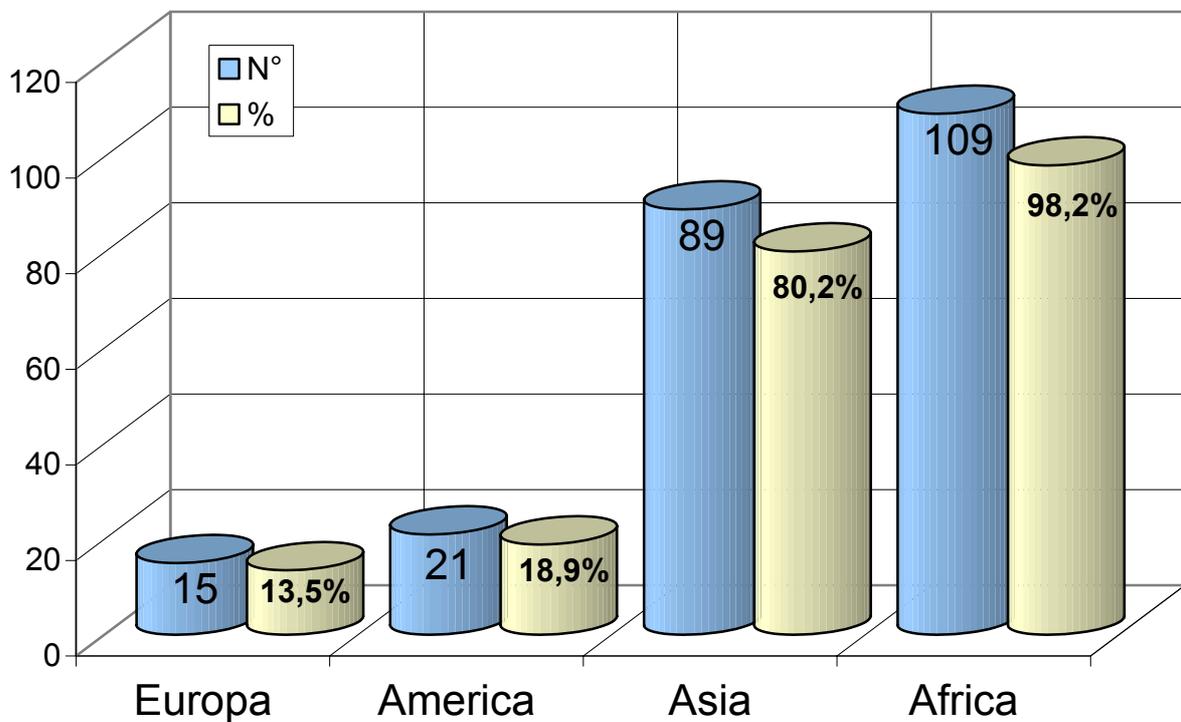
Istogramma 18

Conosce in quali parti del mondo è diffuso il fenomeno?



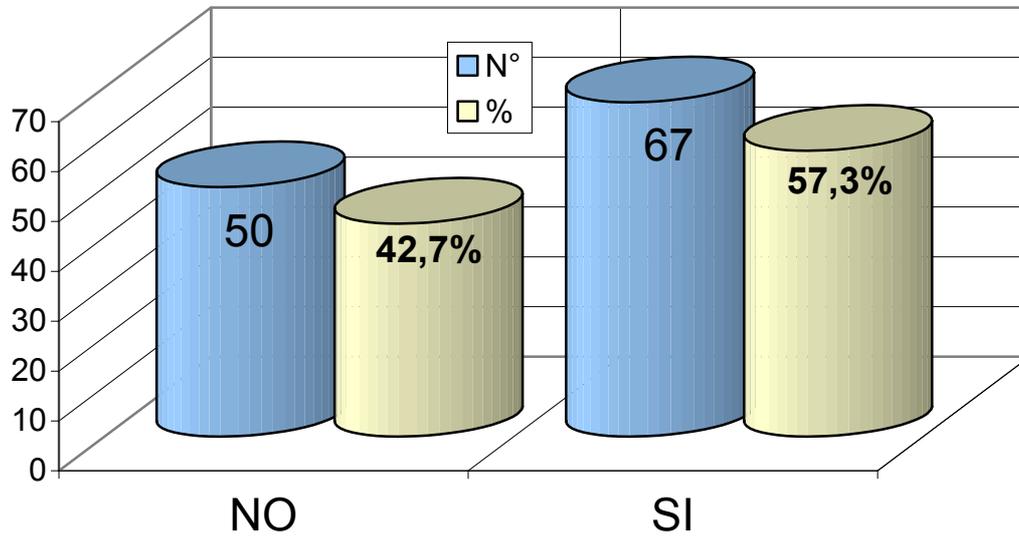
Istogramma 19

Secondo Lei, in quali di questi continenti è maggiormente diffuso il fenomeno?



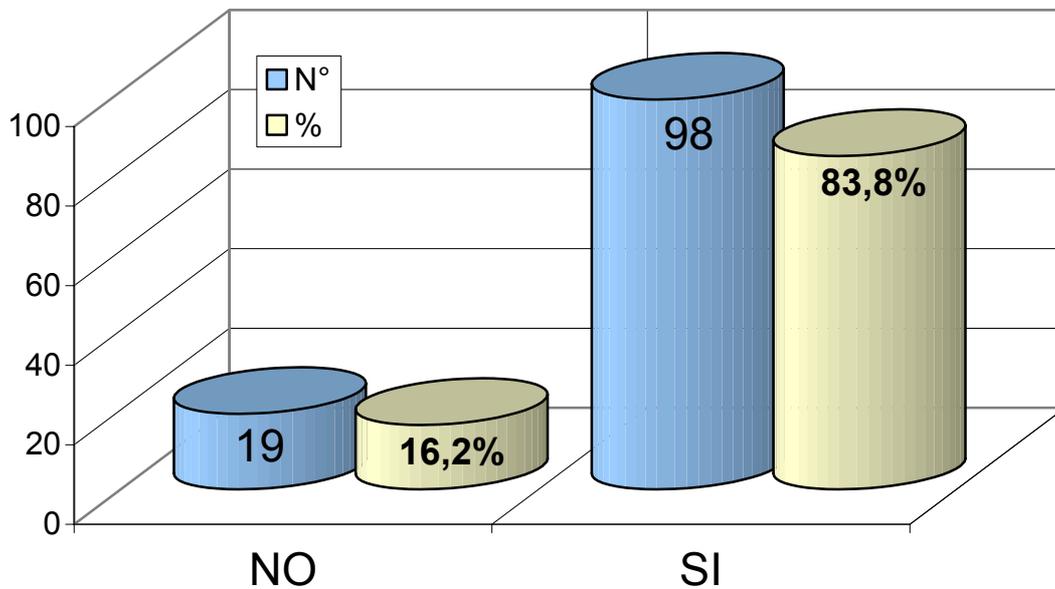
Istogramma 20

Conosce la diffusione del fenomeno in Italia?



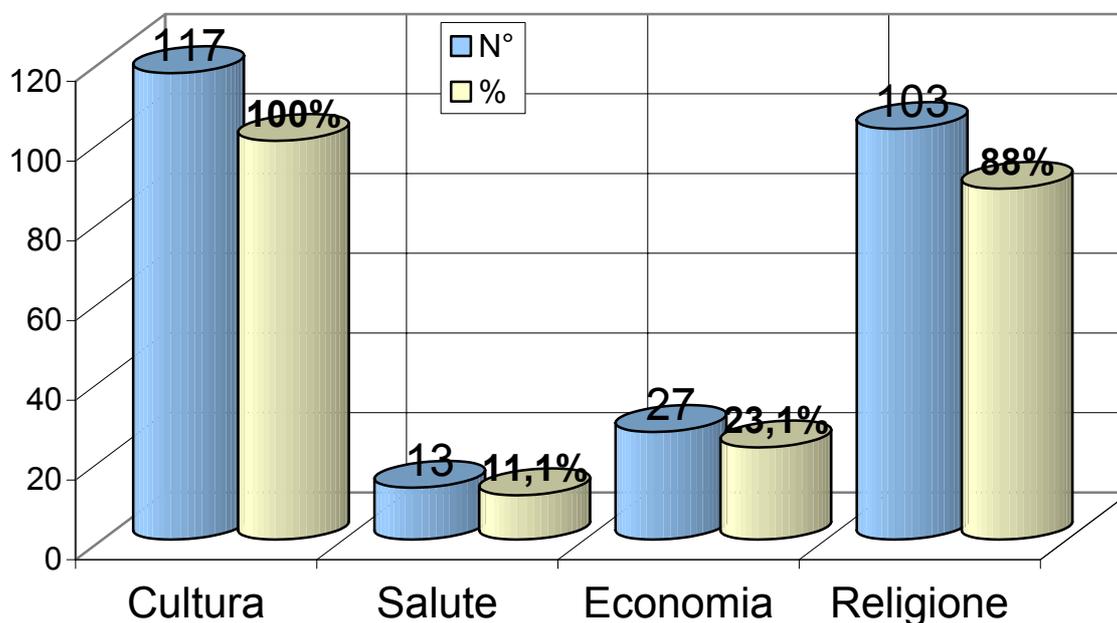
Istogramma 21

Conosce le motivazioni della pratica?



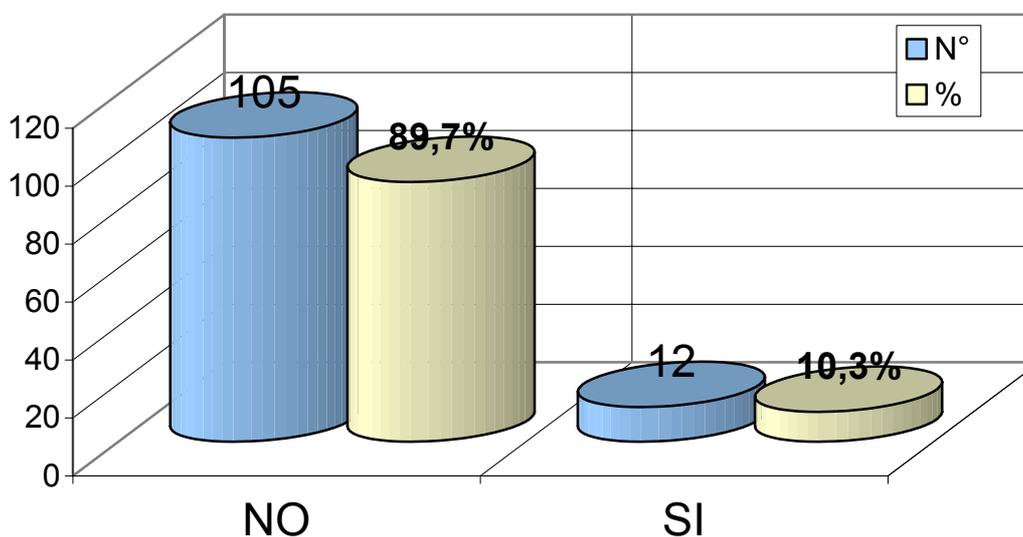
Istogramma 22

Attribuisce le motivazioni di tale pratica, maggiormente alla:



Istogramma 23

E' a conoscenza delle normative legiferate circa il fenomeno?



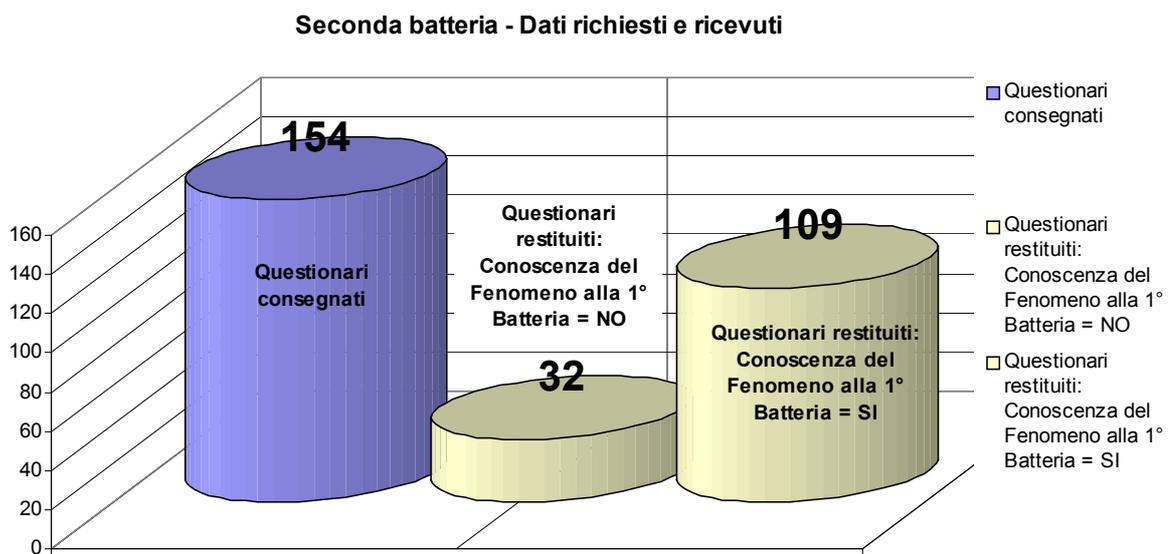
Istogramma 24

In generale, il campione rispondente sembrerebbe abbastanza informato circa il fenomeno delle MGF, fatta eccezione per le normative esistenti, che ipotizziamo conosciute e comprese almeno dal 10% dei soggetti rispondenti. Per quanto riguarda le motivazioni di tale pratica, poi, il 100% le attribuisce derivanti dalla cultura. La differenza, poi, fra gli Istogrammi 20 e 21, rispettivamente riferiti alle domande “Secondo Lei, in quale di questi continenti è maggiormente diffuso il

fenomeno?” e “Conosce la diffusione del fenomeno in Italia?”, dove nel primo si ritiene un bassa diffusione del fenomeno in Europa, mentre poi più del 50% dichiara di conoscere la diffusione del fenomeno in Italia, fa ipotizzare che il campione abbia ben compreso la differenza fra le MGF praticate per cultura o altro nei paesi di origine, e il fenomeno in Europa e in Italia, praticato da immigrati che portano con se usi e costumi d’origine, compresa la pratica delle MGF.

Infine, la conoscenza “Sufficiente” del fenomeno, che il campione si attribuisce, ci sembra credibile, anche sulla base delle risposte successive.

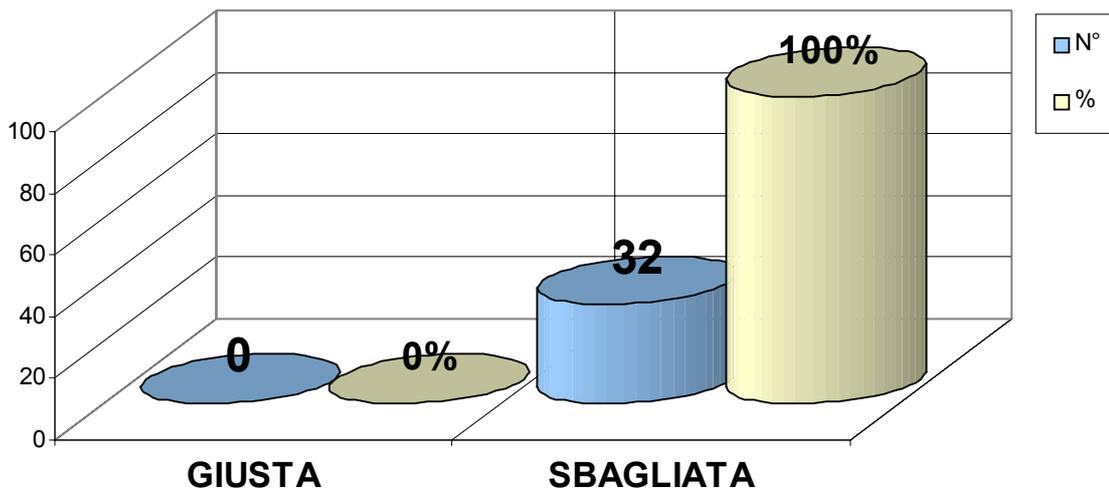
Rappresentazioni grafiche dati elaborati seconda batteria



Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = NO

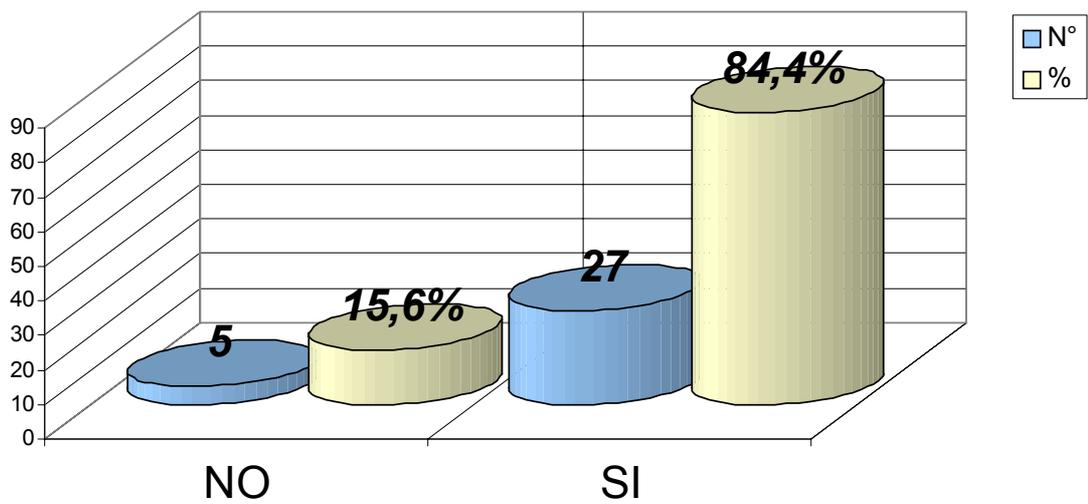
Opinioni

Secondo Lei le MGF sono una pratica:



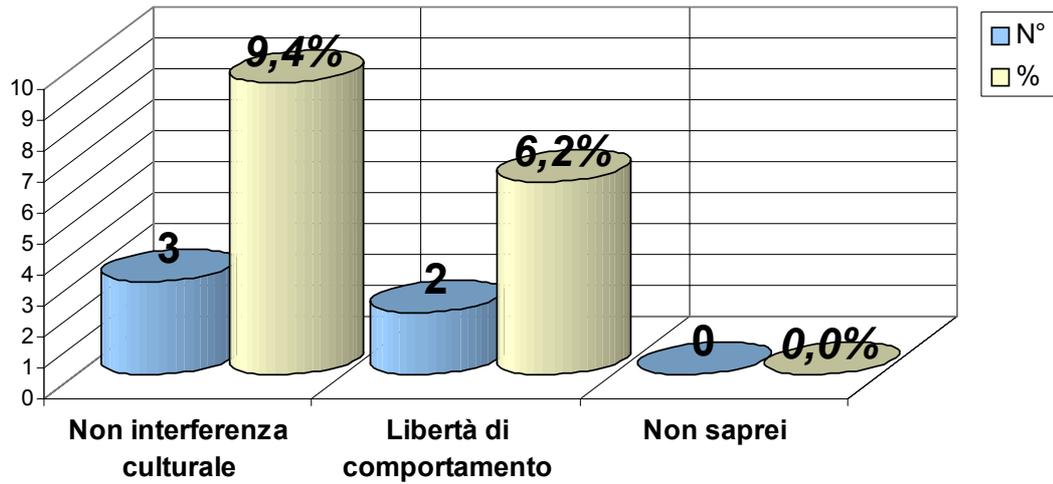
Istogramma 26

Bisognerebbe intervenire per abolire questa pratica?



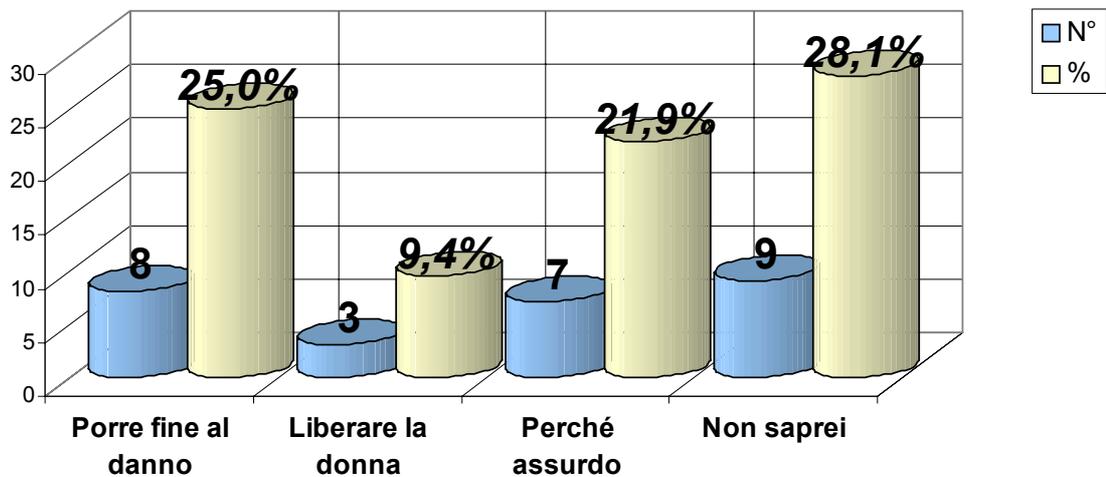
Istogramma 27

Per quale motivo? (Non interventisti)



Istogramma 28

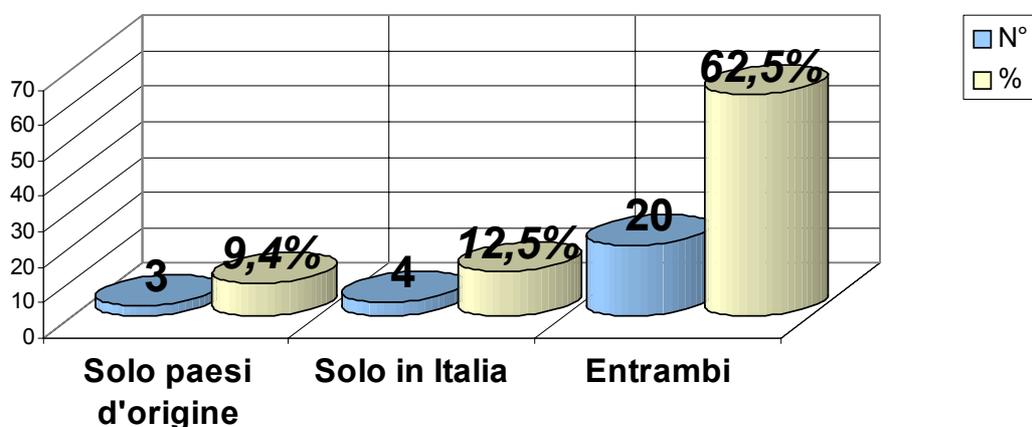
Per quale motivo? (Inteventisti)



Istogramma 29

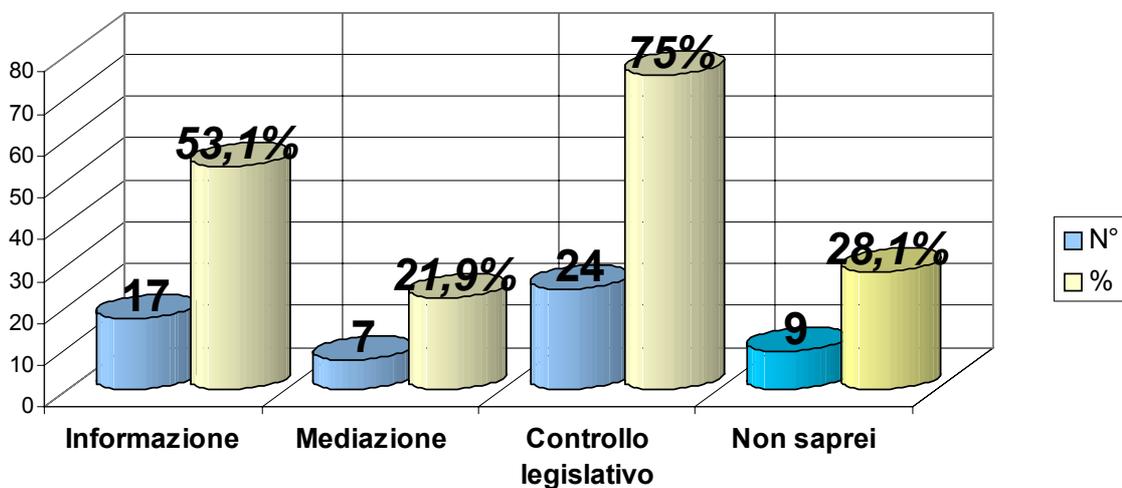
Ipotesi d'intervento

Secondo Lei, per abolire il fenomeno delle MGF, bisognerebbe intervenire solo nei rispettivi paesi d'origine, oppure solo in Italia sugli immigrati, o su entrambi? (Interventisiti)



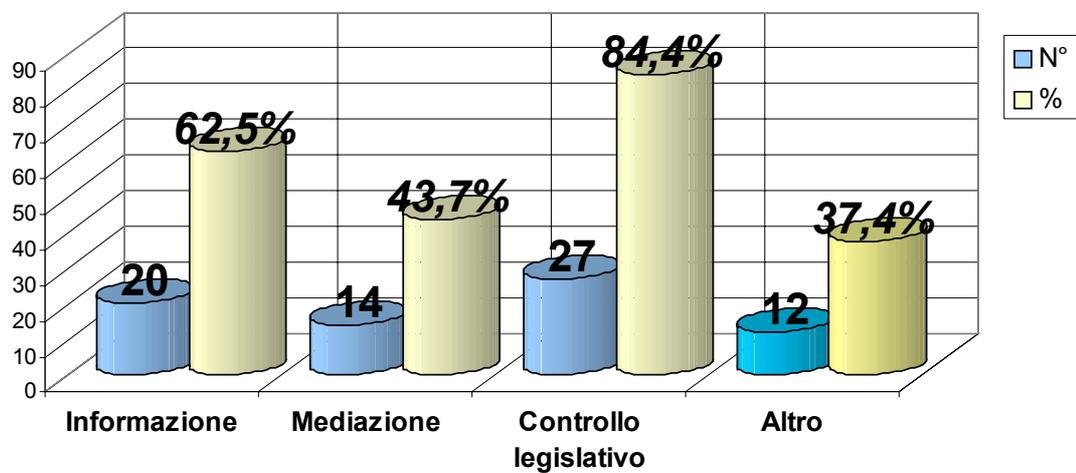
Istogramma 30

Che tipo di intervento ipotizzerebbe valido per la risoluzione del fenomeno nel paese d'origine?



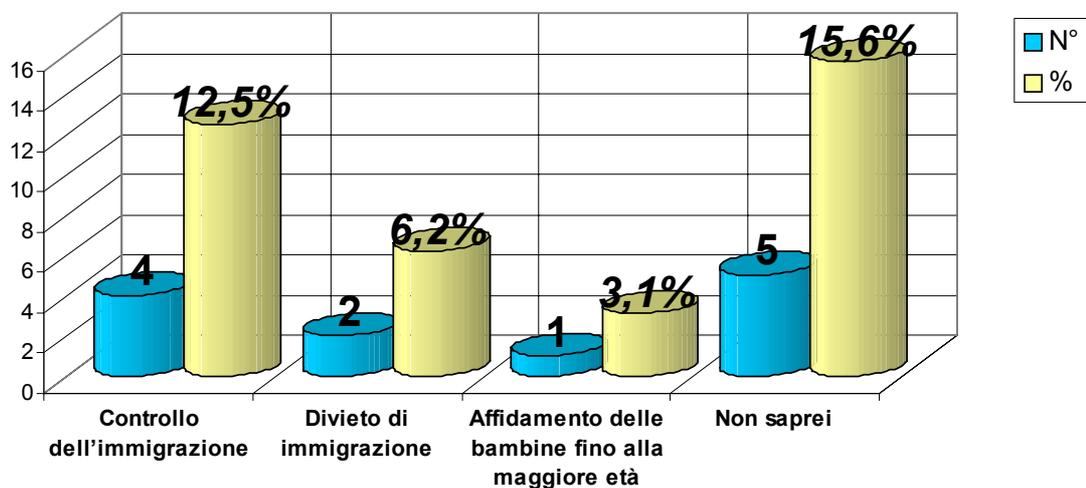
Istogramma 31

Che tipo di intervento ipotizzerebbe valido per la risoluzione del fenomeno in Italia?



Istogramma 32

Altro

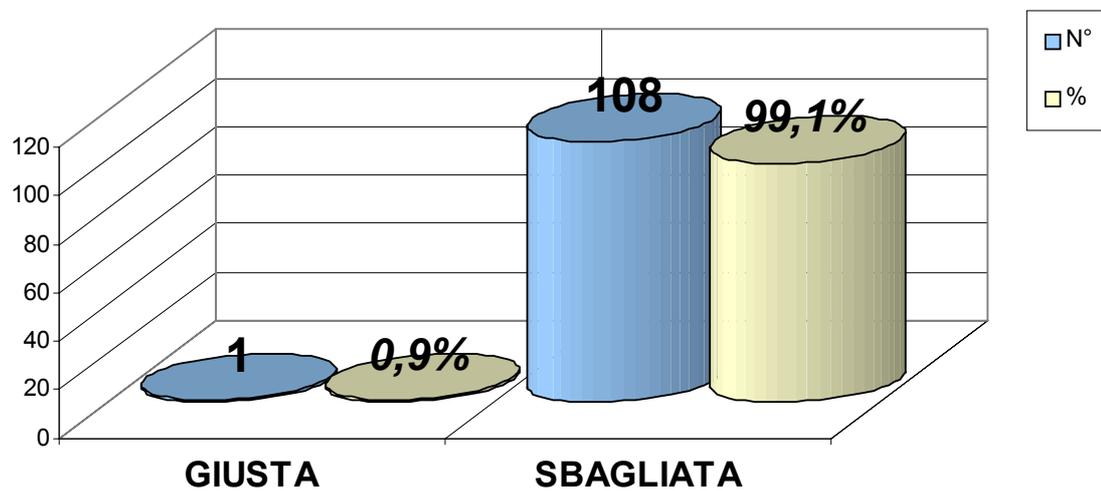


Istogramma 32 bis

Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = SI

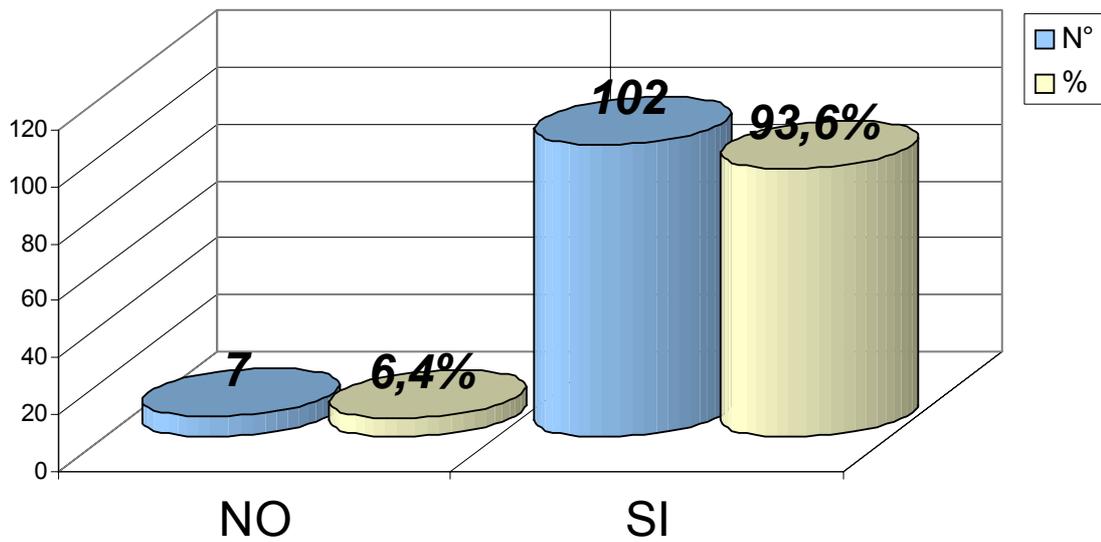
Opinioni

Secondo Lei le MGF sono una pratica:



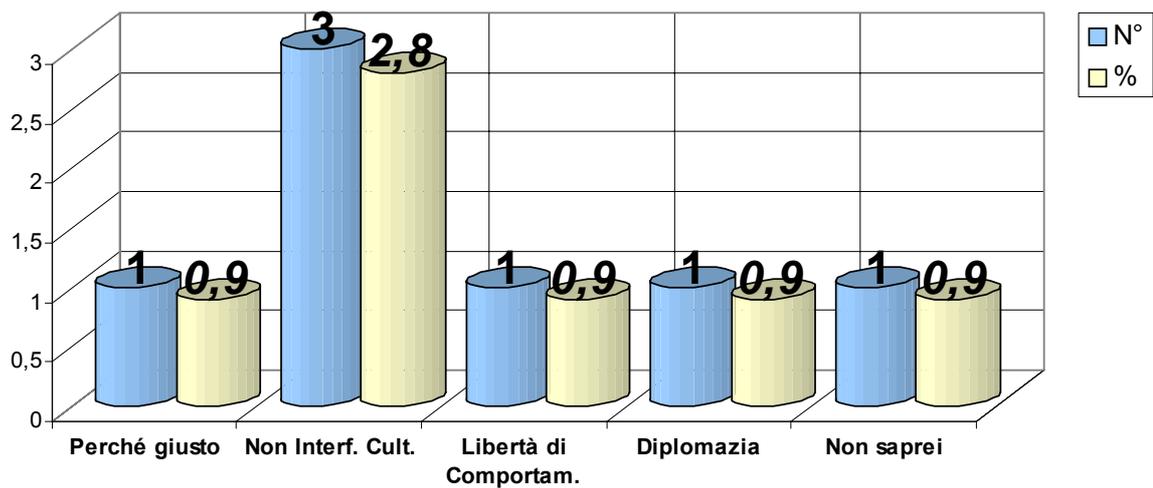
Istogramma 33

Bisognerebbe intervenire per abolire questa pratica?



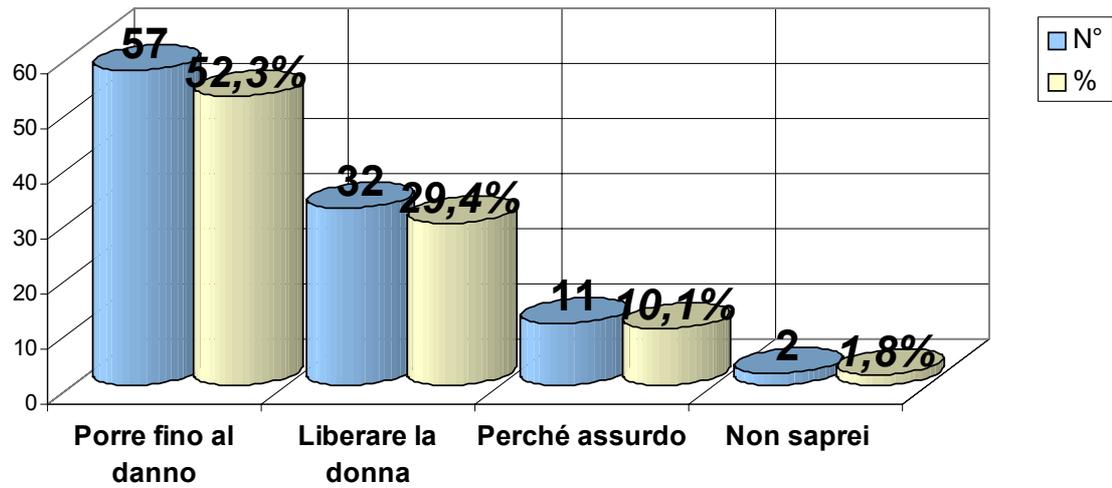
Istogramma 34

Per quale motivo? (Non interventisti)



Istogramma 35

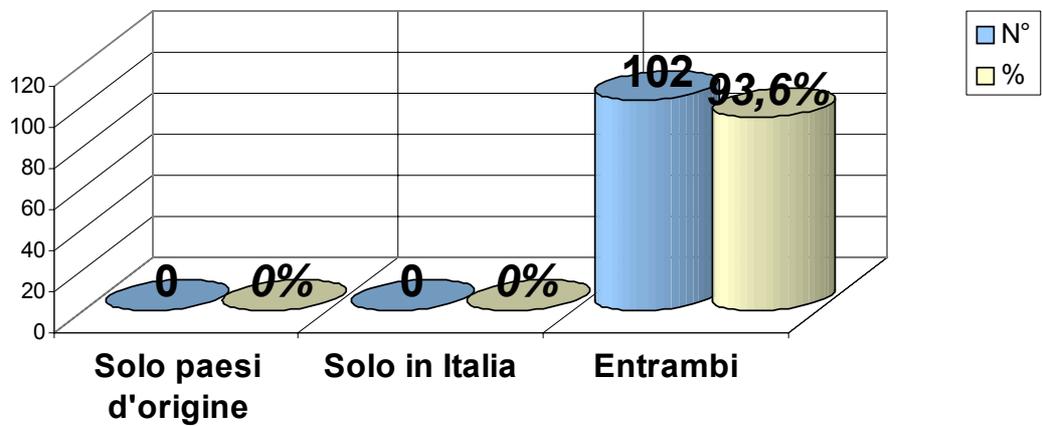
Per quale motivo? (Inteventisti)



Istogramma 36

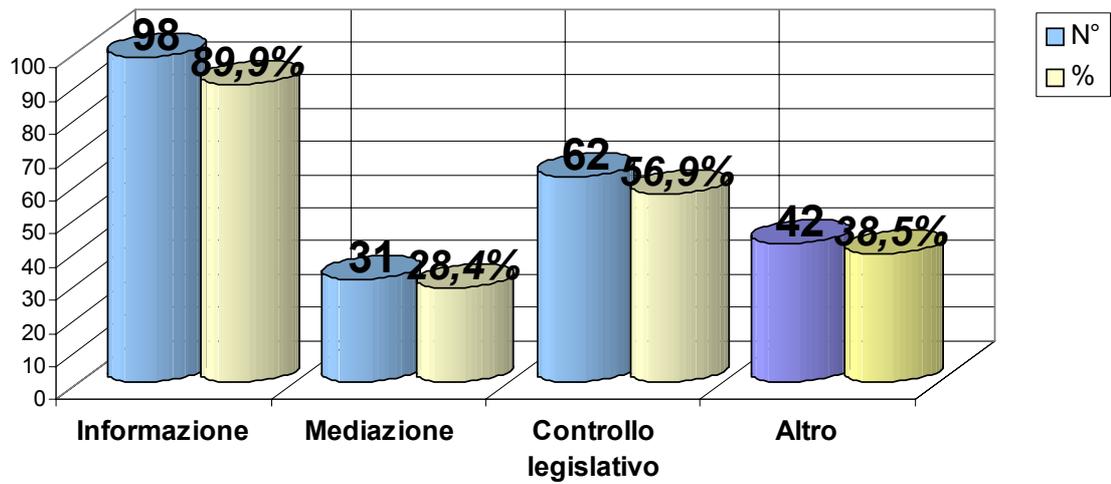
Ipotesi d'intervento

Secondo Lei, per abolire il fenomeno delle MGF, bisognerebbe intervenire solo nei rispettivi paesi d'origine, oppure solo in Italia sugli immigrati, o su entrambi? (Interventisiti)



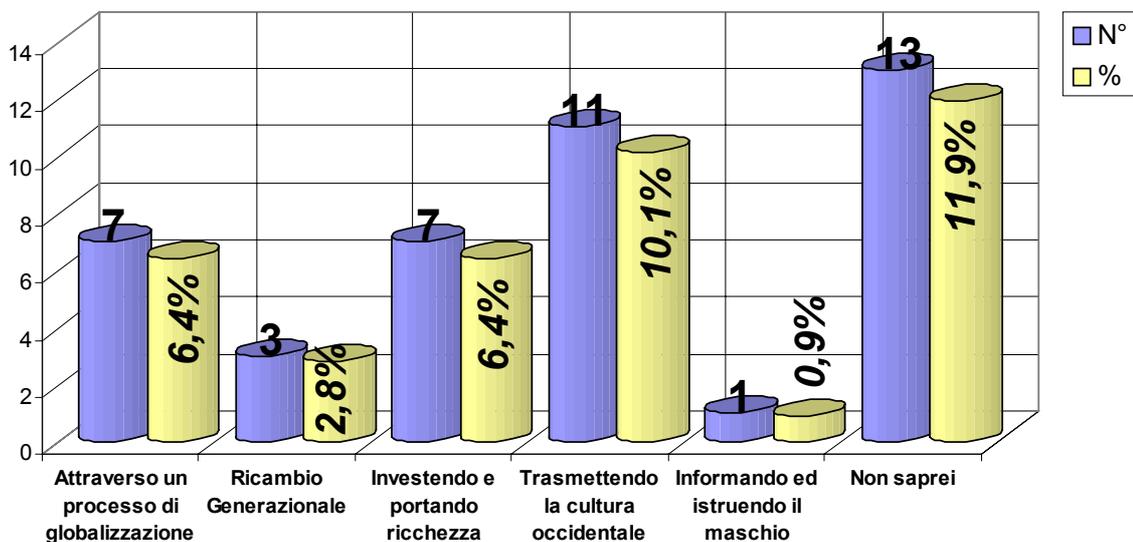
Istogramma 37

Che tipo di intervento ipotizzerebbe valido per la risoluzione del fenomeno nel paese d'origine?



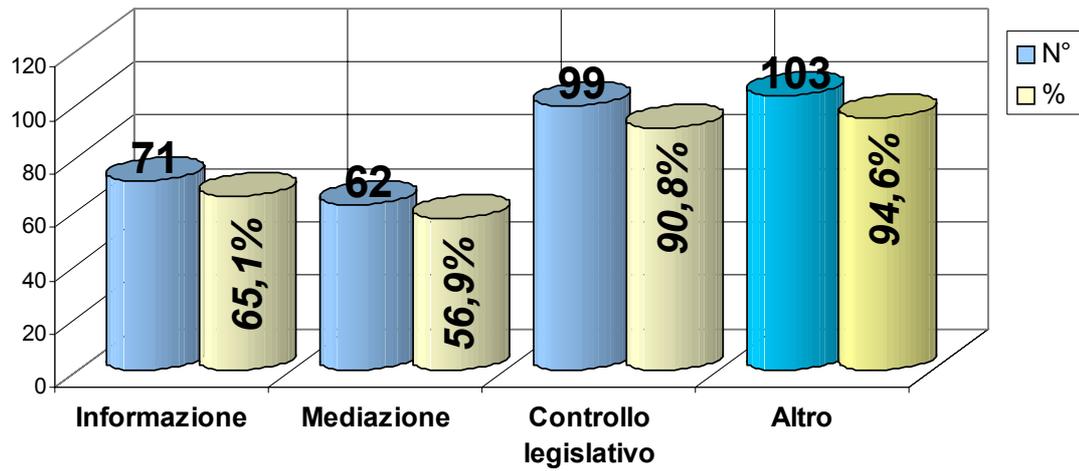
Istogramma 38

Altro



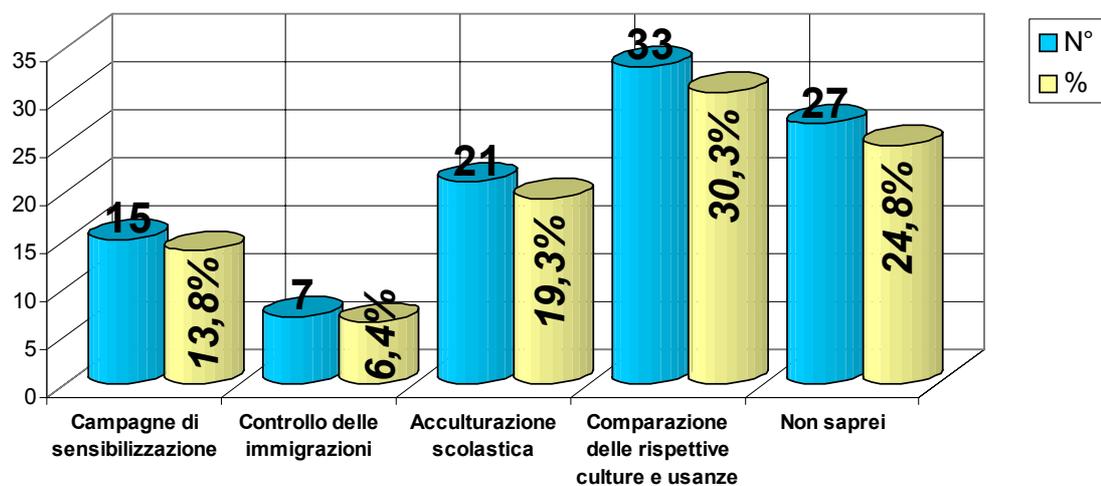
Istogramma 38 bis

Che tipo di intervento ipotizzerebbe valido per la risoluzione del fenomeno in Italia?



Istogramma 39

Altro

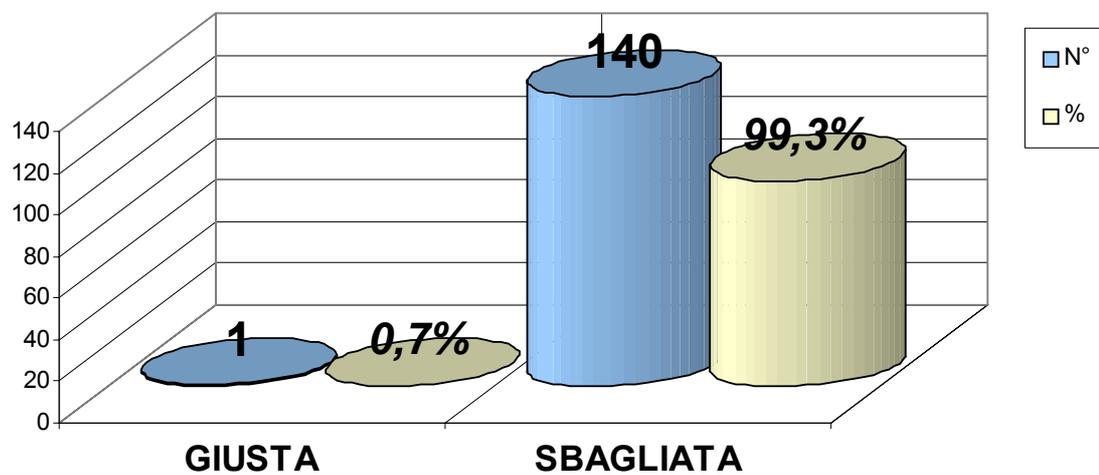


Istogramma 39 bis

Conoscenza del Fenomeno alla 1° Batteria = TUTTI

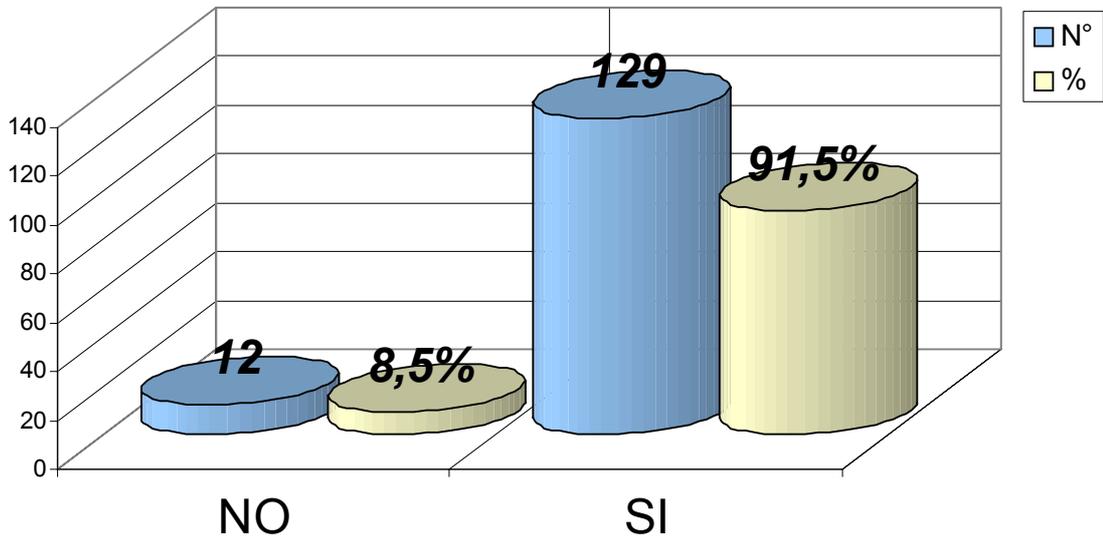
Opinioni

Secondo Lei le MGF sono una pratica:



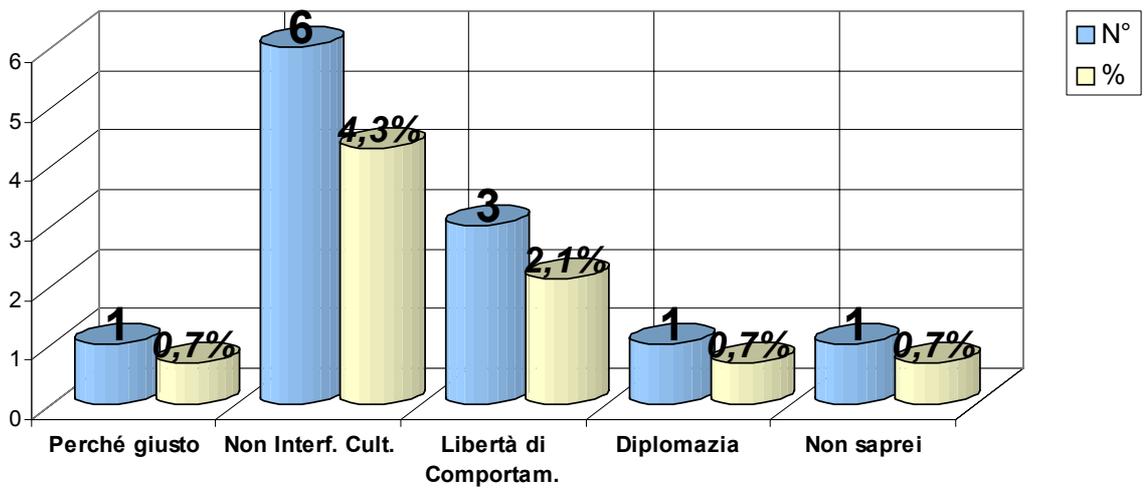
Istogramma 40

Bisognerebbe intervenire per abolire questa pratica?



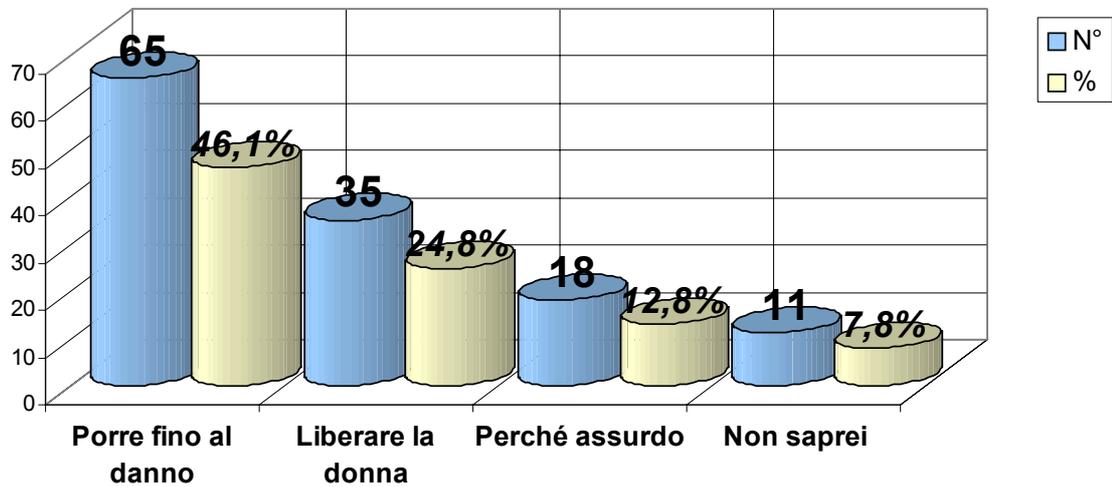
Istogramma 41

Per quale motivo? (Non interventisti)



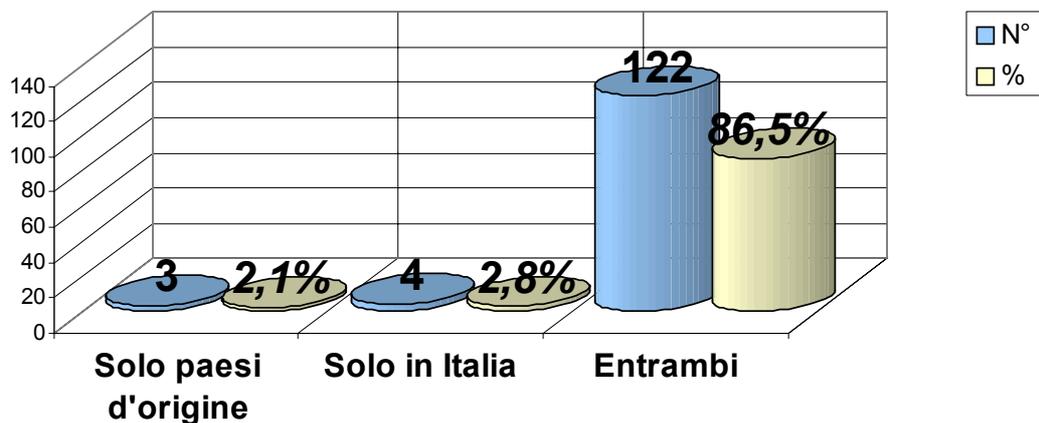
Istogramma 42

Per quale motivo? (Inteventisti)



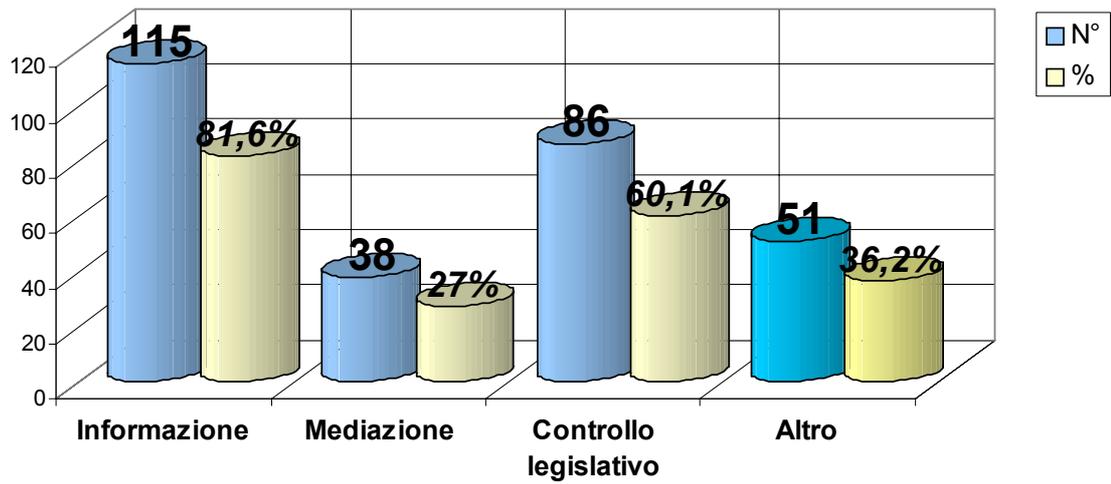
Istogramma 43

Secondo Lei, per abolire il fenomeno delle MGF, bisognerebbe intervenire solo nei rispettivi paesi d'origine, oppure solo in Italia sugli immigrati, o su entrambi? (Interventisti)



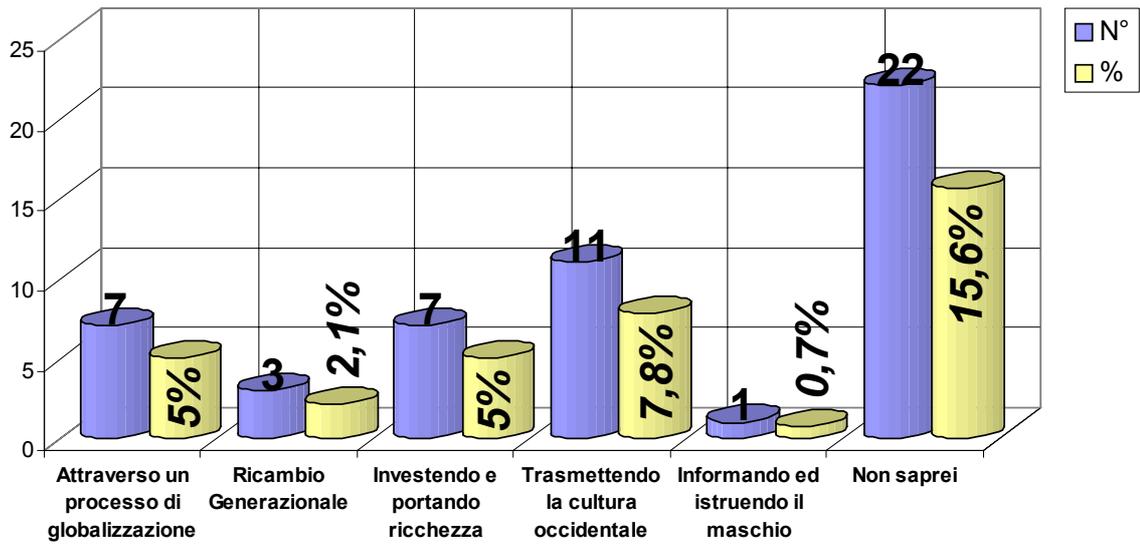
Istogramma 44

Che tipo di intervento ipotizzerebbe valido per la risoluzione del fenomeno nel paese d'origine?



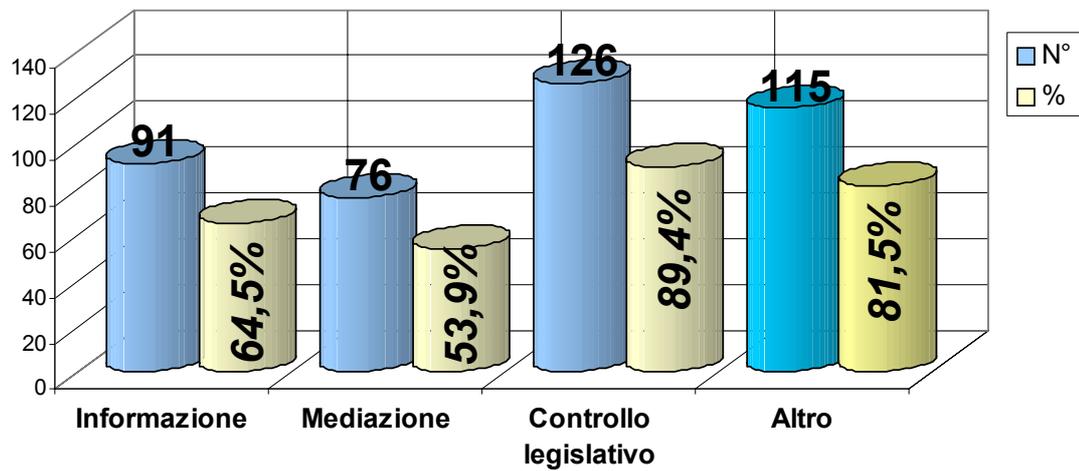
Istogramma 45

Altro



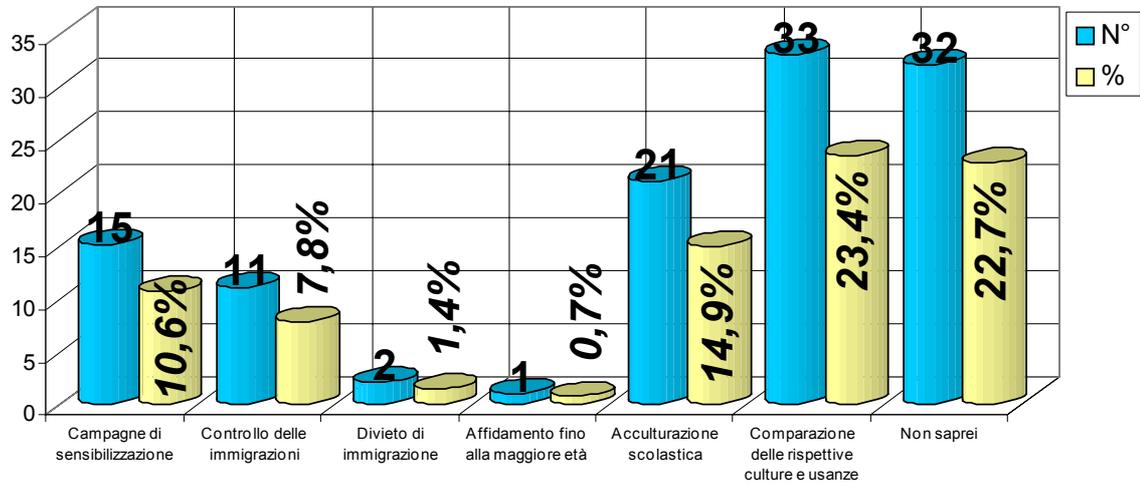
Istogramma 45 bis

Che tipo di intervento ipotizzerebbe valido per la risoluzione del fenomeno in Italia?



Istogramma 46

Altro



Istogramma 46 bis

ALLEGATO 2 - Testimonianze

"..Subii la mutilazione quando avevo 10 anni. Mia nonna mi disse che mi portavano al fiume per una cerimonia particolare e che dopo avrei ricevuto molto cibo da mangiare. Ero una bambina innocente e fui condotta, come una pecora, al massacro. Entrate nella boscaglia fui condotta in una casupola buia, e spogliata. Fui bendata e denudata completamente. Due donne mi trascinarono nel luogo dell'operazione. Fui costretta a sdraiarmi sulla schiena da quattro donne robuste, due mi afferrarono saldamente ciascuna gamba. Un'altra si sedette sul mio petto per impedire che la parte superiore del mio corpo si muovesse. Mi ficcarono a forza un pezzo di stoffa in bocca per impedirmi di urlare. Poi fui rasata. Quando l'operazione iniziò, cominciai a lottare. Il dolore era terribile ed insopportabile. Mentre mi divincolavo fui mutilata malamente e persi molto sangue. Tutte quelle che prendevano parte all'operazione erano mezze ubriache. Altre danzavano e cantavano [...]. Fui mutilata con un temperino spuntato".

Hannah Koroma, Coordinamento Donne della sezione ghanese di Amnesty International

Testimony

"I was genitally mutilated at the age of ten. I was told by my late grandmother that they were taking me down to the river to perform a certain ceremony, and afterwards I would be given a lot of food to eat. As an innocent child, I was led like a sheep to be slaughtered.

Once I entered the secret bush, I was taken to a very dark room and undressed. I was blindfolded and stripped naked. I was then carried by two strong women to the site for the operation. I was forced to lie flat on my back by four strong women, two holding tight to each leg. Another woman sat on my chest to prevent my upper body from moving. A piece of cloth was forced in my mouth to stop me screaming. I was then shaved.

When the operation began, I put up a big fight. The pain was terrible and unbearable. During this fight, I was badly cut and lost blood. All those who took part in the operation were half-drunk with alcohol. Others were dancing and singing, and worst of all, had stripped naked.

I was genitally mutilated with a blunt penknife.

After the operation, no one was allowed to aid me to walk. The stuff they put on my wound stank and was painful. These were terrible times for me. Each time I wanted to urinate, I was forced to stand upright. The urine would spread over the wound and would cause fresh pain all over again. Sometimes I had to force myself not to urinate for fear of the terrible pain. I was not given any anaesthetic in the operation to reduce my pain, nor any antibiotics to fight against infection. Afterwards, I haemorrhaged and became anaemic. This was attributed to witchcraft. I suffered for a long time from acute vaginal infections."

Hannah Koroma, Sierra Leone

Storie drammatiche sulla propria pelle

E non sei più come prima

«Io urlavo come un animale al macello... Non permetterò mai che le mie figlie possano subire un torto simile» (Aisha). «Sono stata cucita con spine senza anestesia. La ferita mi bruciava» (Basma). «Ci hanno dato dei regali: ma con quello che abbiamo patito non sarebbe bastato tutto l'oro del mondo» (Fatima).

«Ci sono esperienze nella vita che non si possono dimenticare: una di queste è stata la mia infibulazione. Nel nostro villaggio c'era una donna specializzata in questo genere di operazioni, che le praticava senza anestesia e con utensili artigianali (coltelli da cucina, rasoi, forbici)».

Prende fiato Aisha, una bella ragazza somala di 30 anni, mentre inizia il suo racconto percorrendo, a ritroso nella memoria, i ricordi di un evento traumatico. «Avevo otto anni - continua -, stavo giocando a pallone con alcune amiche e cuginette, in mezzo alla strada, davanti alla casa di mia nonna. All'improvviso arrivò correndo mia sorella, Zahra, che disse: "Vieni, dà, stiamo per essere infibulate...". Era felice. Ci avevano detto che era un grande evento e che, per l'occasione, avrebbero ucciso un pollo e ci avrebbero offerto dei dolci. Quindi mi alzai e, felice, corsi via con lei. Entrammo in una casa poco distante, dove abitava una vecchia levatrice. Toccò per prima a mia sorella, di un anno più grande di me. La donna, con l'aiuto di mia madre e mia nonna, fece stendere la sorella su una stuoia. Io rimasi nella stanza a fianco, seduta per terra, silenziosa, come paralizzata. La sentii urlare. Il suo dolore mi sembrava atroce: mi entrava nelle orecchie e mi impediva di respirare. Ero terrorizzata. Una violenta ribellione si impossessò di me. Feci per fuggire.

Non capivo bene che cosa stesse accadendo, ma certamente, regali o no, non volevo soffrire. "Non voglio più essere cucita" gridai con quanto fiato avevo in gola. Ma la nonna mi afferrò stretta e, aiutata da una vicina, mi adagiò su un materasso. Poi si sedette dietro di me e mi tenne aperte le gambe, come in una morsa. La vecchia ostetrica aveva terminato il lavoro di ricucitura. Mia sorella ora se ne stava quieta, come un animale ferito, senza forze e senza volontà, sulla stuoia ancora insanguinata.

Era il mio turno. Sentivo crescere la disperazione e la rabbia. In ginocchio, di fronte a me, la vecchia mi guardava sicura e severa. Con un esperto colpo di coltello mi tagliò la clitoride e le piccole labbra, senza anestesia. Allora non si usava ancora; ora sì, in ospedale, dove l'infibulazione è praticata dai medici.

Furono minuti indescrivibili: il coltello grondava sangue, mentre io urlavo come un animale al macello; non capivo perché mi stessero facendo quel male. Mia madre e mia nonna mi rassicuravano dicendo che stavo per diventare una donna, che avremmo festeggiato tutti insieme l'evento, che erano orgogliose di me, della sorella e che, qualche anno dopo, avrei potuto sposarmi e fare dei bambini.

"Sposarmi? Fare figli?" domandavo a me stessa mentre mi tagliavano, e pensavo ai giochi lasciati per strada... Mi cucirono con ago e filo, lasciando un'apertura sottile per far defluire l'urina e il sangue mestruale. Poi mi lavarono e disinfettarono con erbe e unguenti. Infine mi legarono le gambe strette tra loro e mi portarono a casa della nonna, insieme a mia sorella, dove rimanemmo immobili, distese su stuoie, per due settimane. "La ferita si deve rimarginare bene - ci spiegarono -; altrimenti, quando partorirete, si lacererà".

In quei giorni arrivarono familiari, parenti e amici a congratularsi con noi. Portarono dolci e doni, ma a me non interessava nulla: ero mortificata e scioccata. Mia sorella sembrava invece gradire tutte quelle attenzioni; si sentiva importante. Io ero piena di rabbia: "Mai - mi ripetevo - permetterò che le mie figlie possano subire un torto simile".

Pochi anni dopo, fui data in moglie ad un uomo molto più vecchio di me... La notte delle nozze avrei voluto morire. Provai un dolore atroce. Per il marito, invece, fu un grande onore, una

prova di virilità, avere rapporti con una sposa così cucita. È anche una sicurezza sulla sua fedeltà: con chi altri potrebbe mai tradirlo?

Rimasi incinta. Andai in ospedale a Mogadiscio. Là mi aprirono per farmi partorire, e mi ricucirono. Avevo 14 anni e avevo appena terminato le scuole. All'età di 18 arrivai in Italia con mia sorella...».

Da 12 anni Aisha vive in Piemonte con delle connazionali e si prende cura della figlia. Il marito è in America a lavorare.

A Mogadiscio ha frequentato, finché ha potuto, scuole italiane, come la maggioranza delle sue coetanee benestanti, e in Italia si è laureata in medicina, mentre lavorava come assistente domiciliare per anziani. La sua attività più importante è quella di sensibilizzare le sue connazionali, giovani mamme e ragazze, contro la pratica delle mutilazioni genitali, affinché quelle giovani vite non debbano patire torture atroci in nome della tradizione e del controllo dell'uomo sulla donna.

«Sono stata circoncesa a sei anni con altre due bambine» racconta Basma, una somala di circa 40 anni, che vive a Roma da parecchio tempo. «Dopo, è stata organizzata una festa e mi hanno regalato caramelle e dolci... Tre giorni prima della cerimonia, invitano tutti. Già al mattino presto arrivano i vicini e i parenti stretti per vedere. Portano regali.

Una donna grossa mi bloccava tra le sue gambe, mentre mi bendavano gli occhi con un foulard nuovo. Mi hanno operato senza anestesia (sono solo 20 anni che hanno iniziato ad usarla, ad operare su tavoli e a chiamare un'ostetrica). Sono stata cucita con le spine. La ferita mi bruciava. Mia madre mi ha lavata con acqua calda. Dopo aver scavato una buca per terra e deposto della carbonella con delle erbe che producevano fumo, mi hanno fatta appoggiare sopra per disinfettare e seccare la cucitura, che è diventata scura. Ho contratto un'infezione, perché mi sfregavo la ferita: sono stata male per un mese, avevo la febbre...».

Nonostante il ricordo ancora vivo della sofferenza causata da tale pratica, Basma si dichiara pronta per lo stesso intervento: sua figlia è stata infibulata e vorrebbe che anche le nipoti seguissero la tradizione.

Per Fatima l'esperienza non è da ripetersi. «Sono stata circoncesa a sette anni, insieme ad una sorella di nove. Altro che festa! Quel giorno ho subito uno shock che non dimenticherò più. Sono stata operata senza anestesia, senza niente. Ho sofferto moltissimo. Eravamo sette bambine da sei a nove anni; c'erano le figlie dei vicini di casa, nel tempo di chiusura delle scuole. Le donne si erano dette: "Facciamo ciò che dobbiamo fare, perché le ragazze sono ormai grandi".

Hanno chiamato una donna anziana e siamo state operate in una casa vicina. La prima ad essere sottoposta ai ferri è stata la più piccola, mentre noi guardavamo terrorizzate, in lacrime. La mamma era fuggita, perché non voleva sentire i nostri pianti.

Mi hanno deposta nuda su un tavolo grande, mentre tre donne mi tenevano legate mani e piedi. Non ho visto con che cosa mi hanno tagliata, se con un coltello o una forbice (si nascondono gli strumenti, perché la pratica incomincia ad essere criticata). Mi hanno asportato la clitoride e le piccole labbra. Poi sono stata cucita con filo, perché eravamo in città, e non con spine, come avviene in campagna. Il dolore è durato ben sette giorni. Sono rimasta con le gambe legate (dalla vita fin sotto le ginocchia) per due settimane. Non si può mangiare... Io sono riuscita a fare pipì, mentre a mia sorella (che non l'ha fatta per tre giorni) si è gonfiata la pancia. Ha sofferto di più, perché era più grande.

Mamma e papà, una volta guarite, ci hanno dato dei regali: ma con ciò che abbiamo patito non sarebbe bastato tutto l'oro del mondo a consolarci! Per fortuna non sono sorte infezioni, perché papà ci portava tintura di iodio e antibiotici.

Prima dell'operazione correvo, giocavo a pallone, ma dopo non l'ho più fatto. Mia madre mi diceva sempre: "Attenta, ora sei diventata grande, ti strappi!".

Non ero più libera. Non era più come prima. Mi hanno lasciato un buco strettissimo. Prima del contatto con l'uomo, le mestruazioni erano molto dolorose. I primi rapporti sessuali mi hanno fatto schifo. Poi è andata un po' meglio».

Storia di Asho

Io sono nata in boscaglia. La mia vita era molto allegra a quei tempi. Le mie uniche preoccupazioni erano il controllo del bestiame (dromedari per lo più) e mettere qualcosa dentro il pancino. Certo per una ragazzina com'ero all'epoca il tutto poteva essere duro, ma il mio periodo in boscaglia lo ricordo con grande gioia. Contrariamente a quello che si pensa il giorno del "Gudnisho" (cioè dell'infibulazione) non la vissi male, anzi... tutto il contrario! Smaniavo di farla, così finalmente sarei diventata come le altre e avrei anche potuto gareggiare mostrando a tutti la cucitura e la mia verginità (in Somalia infatti c'era questa tradizione ora completamente scomparsa. Se qualche ragazza osava mettere in dubbio la verginità di un'altra, nasceva una disputa e tutte e due le contendenti erano costrette a mostrare il sesso alle amiche e alle anziane del villaggio per dimostrare l'infondatezza delle accuse o la sicurezza della propria purezza). Avevo circa sette anni all'epoca del mio "gudnisho". Come vuole la tradizione mi fecero fare un bagno e le donne si misero a cantare per me. Quel giorno sarei diventata donna. Sapevo benissimo che l'operazione sarebbe stata dolorosa, la mamma mi aveva spiegato tutto. Arrivai dalla mammana, addetta all'operazione, allargai le gambe e pregai. Altre due donne mi tenevano le gambe, per impedirmi di muovermi durante l'operazione. Il tutto avveniva senza anestesia, mi ricordo il dolore fortissimo, ma nonostante tutto cercavo di non divincolarmi, fuggire era considerato una grande vergogna. Al termine mi vennero legati i fianchi e stetti così per circa una settimana, dovevo dare il tempo alla ferita di cicatrizzarsi. Mi viene da ridere se penso come era ridicola la mia andatura in quei giorni, sembravo una geisha ubriaca. Per fortuna quei tempi sono passati... almeno ora usano l'anestesia.

Storia di Faduma

Sono somala. Nel mio paese si fa l'infibulazione dalla notte dei tempi. All'epoca non mi ponevo il problema dell'infibulazione...si faceva e basta...un po' come la vostra prima comunione. Io sono nata a Mogadiscio, la capitale e per noi la metropoli per eccellenza. Anche nella grande città si faceva l'infibulazione, come dappertutto del resto. Io e mia madre ne avevamo parlato di sfuggita, non siamo mai entrate nei particolari, mi aveva solo detto che mi avrebbero fatto un taglietto ai genitali e che era necessario per non essere nigias (impure) e trovare marito. Una mattina mia madre mi annuncia che io e mio fratello avremmo saltato la scuola per un po' di giorni perché era il giorno del nostro "gudhnisho". Solo anni dopo avrei capito che io ero destinata ad una mutilazione e che per mio fratello era una semplice circoncisione maschile senza rischi. Mamma ci portò all'ambulatorio (perché era normale a Mogadiscio fare una infibulazione in ospedale) e una dottoressa molto simpatica mi fece l'operazione. Non senti nulla, perché ero sotto anestesia. Solo una volta a casa provai del dolore, l'effetto dell'anestetico stava finendo. Mi ricordo che cercai di trattenere la pipì più a lungo possibile...ma poi mi toccò farla. Quella pipì non me la scorderò mai! Mai! L'infibulazione mi ha provocato anche un po' di problemi ginecologici. Per esempio ho avuto sempre un ciclo mestruale dolorosissimo e per un lungo periodo ho pensato di non poter avere figli. Ero parecchio depressa e non sapevo a chi rivolgermi. In quel periodo di disperazione già mi trovavo in Italia (dove risiedeva parte della mia famiglia e dove ho incontrato mio marito). Purtroppo i dottori italiani invece di aiutarmi, mi hanno usata come cavia da laboratorio. Il fatto di essere infibulata era una rarità all'epoca e i ginecologi facevano la fila per vedere la mia mutilazione. Non mi sono mai sentita così umiliata e triste in vita mia. Però per fortuna un giorno ho incontrato un ginecologo che era stato in Somalia e conosceva le MGF. Mi ha aiutato tantissimo. Oggi ho fiducia in me stessa, mi sono deinfibulata completamente e cosa più importante di tutte ho tre figli meravigliosi. Aiutare le vittime delle MGF anche a livello medico è una delle cose più importanti da fare. L'ho provato sulla mia pelle e molte come me hanno bisogno di assistenza.

Storia di Omar

Io sono giovane, ho 36 anni e sono sposato con una donna meravigliosa che amo profondamente. Però a volte l'amore da solo non può risolvere i grandi problemi. Mia moglie come tutte le donne somale ha subito l'infibulazione ai genitali. Io da uomo non ci avevo mai pensato, cioè sapevo che esisteva come esisteva la circoncisione di noi maschi. Mai avevo pensato che potesse essere dolorosa per le donne... ho sempre pensato che provassero la nostra stessa sensazione. Purtroppo lo scopri presto... a mie spese... con il mio matrimonio. Mia moglie era vergine e i nostri primi incontri sessuali furono a dir poco tragici. Lei provava un dolore immenso ed era cucita molto stretta. All'inizio abbiamo cercato di fare da noi, ma era impossibile... mia moglie soffriva le pene dell'inferno. Allora abbiamo deciso di andare da un dottore italiano amico di mio padre. Lui optò per la deinfibulazione. Mia moglie provava molta vergogna, aveva paura che io la lasciassi perchè la consideravo niglia (impura)... ma a me non passava nemmeno per la testa. Dopo la deinfibulazione abbiamo potuto avere rapporti sessuali normali. Certo mia moglie non può provare piacere nella penetrazione, ma da questo suo sacrificio è maturata la nostra decisione di risparmiare le nostre due figlie a questo supplizio inutile.

Storia di Tadiqbe Traore

Tadiqbe Traore, una militante del Raggruppamento del Popolo della **Guinea** (RPG), viene arrestata il 21 dicembre 1998 mentre partecipa a una marcia per chiedere la liberazione di Alpha Condé, presidente del RPG, arrestato nel corso dello stesso mese e accusato, con altre 47 persone, di aver tentato di destabilizzare il paese. Durante la detenzione, Tadiqbe Traore viene tenuta ferma per le braccia e le gambe da quattro soldati, mentre altri due le infliggono cinquanta frustate sulla schiena e sulle natiche. Questa tortura dura 10 minuti e si ripete a poche ore di distanza. Dopo 4 giorni di carcere, Tadiqbe Traore viene rilasciata senza alcuna accusa.

Altre militanti del RPG vengono arrestate durante la marcia del 21 dicembre; alcune di esse vengono stuprate all'interno della caserma di Kankan.

Così è andata per alcune delle donne intervistate, per esempio per **Ashao**, una giovane somala di 31 anni, che ci ha detto: "Non ha senso infibulare una donna. Io devo dire che prima di venire a Roma pensavo che se mai avessi avuto una figlia l'avrei operata. Adesso solo all'idea mi sento male. Non lo farei mai. E senz'altro questo cambiamento di idee è dovuto al fatto che dopo tanti anni che vivo qui mi sono resa conto di quanto sia inutile e doloroso". Non molto diversa è la posizione di **Juliette**, una nigeriana ormai stabilitasi a Roma con la famiglia, che alla domanda come mai non abbia circonciso la figlia ha risposto con una certa vivacità: "Non vedo perché farlo, non è necessario". Non sempre però succede così, non sempre il cambiamento va nella direzione che ci si sarebbe aspettate, molto spesso sortisce esiti opposti, nel senso che l'incontro con una realtà diversa invece di stimolare un processo di trasformazione può provocare una chiusura all'interno della propria cultura, che viene vissuta come un rifugio per sottrarsi alla contaminazione e al contatto con modelli e valori estranei e come tali pericolosi. Questo aspetto difensivo, retrattile è emerso soprattutto con le donne somale intervistate a Torino. Non sono state poche quelle che ci hanno confessato di essere arrivate a capo scoperto e in minigonna e di essersi poi coperte, sentendo il bisogno di ricorrere alla funzione protettiva del velo e di ritrovare con esso la propria cultura. "Gli sguardi degli altri mettono a disagio", ci ha confessato una giovanissima **Marian**. "Per reazione ci si chiude ancora di più, per questo magari i genitori dicono "appena torniamo facciamo operare le nostre figlie, appena torniamo a casa mettiamo a posto tutto"". Secondo un'altra "le immigrate diventano molto più religiose e tradizionali di quello che erano prima di partire, questo è dovuto molto spesso alla situazione di segregazione in cui molte di noi vivono, perché c'è molta disoccupazione. E poi sviluppano un atteggiamento negativo nei confronti della società

italiana dove tutto è permesso. Hanno l'angoscia di come controllare le proprie figlie e la circoncisione è sempre per loro la maniera più sicura".

È una scelta delicata che interviene nei rapporti tra madre e figlie. Più di una volta ci siamo sentite dire, come da **Kadigia**, una donna di 27 anni immigrata a Torino, "adesso mia madre è pentita. Adesso mi dice "perdonami per quello che ti ho fatto, ma prima tutti lo facevano. Prima la cultura era forte, ora è stata distrutta"". Anche **Amina**, 32 anni pure lei immigrata a Torino, ci ha detto "sono cominciate in Somalia delle manifestazioni contro queste cose [l'infibulazione]. Mia madre dopo mi ha chiesto perdono, perché è una cosa contraria alla religione.

Un attacco contro le donne che sta già suscitando tra le nostre intervistate qualche inquietudine, come si vede da questi primi disordinati commenti, raccolti a caldo nel corso di un focus group, che riportiamo testualmente.

Aman: "Vogliono fare come in Iran dove le donne sono senza lavoro. La società somala Baracat che fa telecomunicazioni, telefonia, video è la società più grossa (miliardi di dollari) con a capo un signore che ha studiato nei paesi arabi, e sta in società con colleghi degli Emirati arabi. Baracat accetta i soldi dalle donne per comprare azioni, ma sempre tramite l'uomo. Le uniche donne che lavorano sono le addette alla sicurezza e alle pulizie. Le accettano ma devono coprirsi".

Amina: "In Arabia se una donna ha un ciuffo di capelli fuori del velo la picchiano. Ma un buon musulmano non costringe una persona a fare quello che non vuole. Solo Dio può punirti, tu non puoi andare a picchiare le donne in giro. Tutto questo loro lo fanno per prenderti per il sedere. La religione musulmana è bellissima, se uno ti parla ci discuti, poi a te la scelta di prendere o no quello che dice, ma non può dirti come è successo a me "io non parlo con te perché sei scoperta". Una volta durante il Ramadam io mi sono messa il chador e sono andata fuori e quelli che prima non mi salutavano mi hanno detto "congratulations Amina".

Aman: "A differenza degli iraniani, i somali sono molto legati alle tradizioni, non accettano di cambiarle tanto facilmente, quando è troppo è troppo".

Testimonianze

Allegato 3 - Strumenti legislativi che si riferiscono alle mutilazioni dei genitali femminili

Strumenti legislativi internazionali

Dichiarazione universale dei diritti umani

Ci sono 5 articoli che insieme costituiscono una base per condannare le mutilazioni dei genitali femminili:

- art. 2 sulla discriminazione,
- art. 3 che concerne il diritto alla sicurezza della persona (security of person),
- art. 5 sui trattamenti crudeli, inumani e degradanti,
- art. 12 sulla privacy,
- art. 25 sul diritto al minimo standard di vita (inclusa adeguate cure sanitarie) e protezione della maternità e dell'infanzia.

Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (Cedaw)

Prima parte, art. 2.f "Gli stati parte condannano la discriminazione nei confronti delle donne in ogni sua forma, convengono di perseguire con ogni mezzo appropriato e senza indugio una politica tendente a eliminare la discriminazione nei confronti delle donne e a questo scopo si impegnano a: - prendere ogni misura adeguata, comprese le disposizioni di legge, per modificare o abrogare ogni legge, disposizione, regolamento, consuetudine o pratica che costituisca discriminazione nei confronti delle donne".

Prima parte, art. 5.a "Gli stati parte prendono ogni misura adeguata al fine di modificare gli schemi e i modelli di comportamento socio-culturale degli uomini e delle donne e giungere a un'eliminazione dei pregiudizi e delle pratiche consuetudinarie o di altro genere che siano basate sulla convinzione dell'inferiorità o della superiorità dell'uno o dell'altro sesso o sull'idea di ruoli stereotipati degli uomini e delle donne".

Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia**Art. 6**

1. Gli Stati parti riconoscono che ogni bambino/a ha un diritto innato alla vita.
2. Gli Stati parti si impegnano a garantire nella più ampia misura possibile la sopravvivenza e lo sviluppo del fanciullo.

Art. 19

1. Gli Stati parti adotteranno ogni misura appropriata di natura legislativa, amministrativa, sociale ed educativa per proteggere il/la minore contro qualsiasi forma di violenza, danno o brutalità fisica o mentale, abbandono o negligenza, maltrattamento o sfruttamento, inclusa la violenza sessuale, mentre è sotto la tutela dei suoi genitori, o di uno di essi, del tutore o dei tutori o di chiunque altro se ne prenda cura. [...]

Art. 24 [...]

3. Gli Stati parti devono prendere tutte le misure efficaci ed appropriate per abolire le pratiche tradizionali che possono risultare pregiudizievoli alla salute dei minori".

Art. 37

Gli Stati parti si impegnano a garantire che:

a) nessun minore sia soggetto a tortura o a trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti; né la pena capitale, né l'ergastolo senza possibilità di liberazione debbano venire irrogate per reati commessi da persone in età inferiore ai 18 anni; [...]

art. 39

Gli Stati parti adotteranno ogni appropriata misura al fine di assicurare il recupero fisico e psicologico e il reinserimento sociale di un/a minore vittima di qualsiasi forma di negligenza, di sfruttamento o di sevizie, o di qualsiasi forma di trattamento o punizione crudele, inumana o degradante, o di conflitto armato. Tale recupero avrà luogo in un ambiente che favorisca la salute, il rispetto di sé e la dignità del fanciullo.

Dichiarazione di Vienna

approvata a conclusione della II Conferenza dell'Onu sui Diritti Umani, Vienna 1993

Art. 18 "I diritti umani delle donne e delle bambine sono una parte inalienabile, integrale e indivisibile dei diritti umani universali. La piena e paritaria partecipazione delle donne alla vita politica, civile, sociale ed economica, a livello nazionale, regionale e internazionale, e lo sradicamento di qualsiasi forma di discriminazione basata sul sesso sono obiettivi prioritari della comunità internazionale".

Piattaforma d'azione di Pechino

approvata alla IV Conferenza dell'Onu sulle Donne, Pechino 1995

Obiettivo strategico C.2: *Rafforzare i programmi di prevenzione che migliorano la salute delle donne* Iniziative da assumere

107. Dai Governi, in collaborazione con le organizzazioni non governative, gli organi di informazione, il settore privato e i competenti organismi internazionali, in particolare quelli delle Nazioni Unite:

a) Conferire priorità ai programmi educativi formali e informali che sostengono le donne e le pongono in grado di sviluppare autostima, acquisire conoscenze, prendere decisioni e assumere responsabilità per la propria salute, di raggiungere mutuo rispetto in tema di sessualità e di fertilità, e di educare gli uomini circa l'importanza della salute delle donne e il loro benessere, prestando particolare attenzione ai programmi per uomini e donne che si propongono di eliminare gli atteggiamenti e i comportamenti dannosi, inclusa fra l'altro la mutilazione dei genitali femminili, la preferenza per il figlio maschio, che comporta l'infanticidio della figlia femmina, e la selezione prenatale del sesso, il matrimonio in giovane età, incluso il matrimonio fra bambini, la violenza contro le donne, lo sfruttamento sessuale che a volte provoca il contagio di infezioni Hiv/Aids e di altre malattie trasmissibili per via sessuale, il consumo di droga, la discriminazione contro bambine e donne nella distribuzione di cibo, e altri fattori relativi a vita, salute e benessere delle donne; riconoscendo che alcune di queste pratiche dannose possono essere violazioni dei diritti umani e di principi etici della professione medica;

[...]

d) Rafforzare le leggi, riformare le istituzioni e promuovere norme e pratiche che eliminino la discriminazione contro le donne e incoraggino le donne e gli uomini ad assumersi la responsabilità del loro comportamento sessuale e nella procreazione; assicurare il pieno rispetto per l'integrità fisica del corpo umano; e assumere iniziative per assicurare le condizioni necessarie alle donne per esercitare i loro diritti in materia di riproduzione ed eliminare, dove possibile, leggi e pratiche coercitive;

Obiettivo strategico L.5: *Eliminare la discriminazione nei confronti delle bambine nei settori della salute e della nutrizione*

Iniziative da assumere

281. Da Governi, organizzazioni internazionali e non governative:

[...]

i) Prendere tutte le misure appropriate allo scopo di abolire le pratiche tradizionali pregiudiziali alla salute dei bambini, come stabilito dall'articolo 24 della Convenzione sui diritti dell'infanzia.

<p>Dichiarazione finale della Conferenza mondiale su popolazione e sviluppo</p>
--

approvata al Cairo, 1994 Si richiede ai Governi di abolire le mutilazioni genitali femminili dove esistono e di dare sostegno alle organizzazioni non governative e alle istituzioni comunitarie e religiose che lottano per eliminare queste pratiche.

7.6 [...] Tutti i programmi dei servizi primari per la salute, compresi quelli per la salute riproduttiva devono attivamente scoraggiare pratiche dannose come la mutilazione dei genitali femminili

7.40 I Governi e le comunità devono urgentemente intraprendere azioni volte a fermare la pratica della mutilazione dei genitali femminili e proteggere le donne e ragazze da simili pratiche non necessarie e pericolose. Le azioni volte a eliminare dette pratiche devono includere programmi rivolti alle comunità locali che coinvolgano i leader religiosi e i capi villaggio, assicurare educazione e consulenza in relazione all'impatto sulla salute di donne e ragazze, e appropriato trattamento e riabilitazione di donne e ragazze che hanno subito la mutilazione. I servizi devono includere consulenza per uomini e donne al fine di scoraggiare la pratica.

Dichiarazione congiunta Oms, Unicef, Unfpa

L'Organizzazione mondiale della sanità, il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia e il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione condannano le mutilazioni dei genitali femminili come "violazione di diritti umani fondamentali quali il diritto a ottenere il più alto livello possibile di salute fisica e mentale e il diritto alla sicurezza della persona". "In tutte le società ci sono norme di comportamento e di assistenza fondate sull'età, sullo stadio della vita, sul genere e sulla classe sociale. Queste "norme", spesso citate come pratiche tradizionali, hanno origine sia da condizioni sociali o culturali oggettive che da osservazioni empiriche relative al benessere degli individui nella società. Le pratiche tradizionali possono essere benefiche, dannose o innocue. Ma possono anche avere effetti dannosi sulla salute, e questo è spesso il caso delle pratiche tradizionali che riguardano le bambine, le relazioni fra uomini e donne, il matrimonio e la sessualità". "Nel presentare questa dichiarazione, il proposito non è né di criticare né di condannare. Ma è inaccettabile che la comunità internazionale resti passiva in nome di una visione distorta del multiculturalismo. I comportamenti umani e i valori sociali, anche se possono apparire senza senso e distruttivi dal punto di vista personale e culturale degli altri, hanno comunque un senso e assolvono a una qualche funzione per coloro che li praticano. Ma la cultura non è statica, bensì in costante evoluzione, adattamento, rinnovamento. Le persone cambiano il proprio comportamento quando comprendono quali sono i rischi e le conseguenze che alcune pratiche tradizionali dannose comportano, e quando capiscono che è possibile abbandonare tali pratiche senza abbandonare gli aspetti significativi della propria cultura".

Strumenti legislativi regionali Carta dei diritti e del benessere dei bambini africani

approvata dall'Organizzazione per l'unità africana (Oua)

Art. 21 Protezione contro le pratiche sociali e culturali negative

1. Gli Stati firmatari della presente Carta devono prendere tutte le misure appropriate per abolire le pratiche consuetudinarie, sociali e culturali, dannose per il benessere, la crescita normale e lo sviluppo del/della bambino/a e in particolare:

- a) i costumi e le pratiche pregiudizievoli per la salute e la vita del bambino/a;
- b) i costumi e le pratiche discriminatorie per il/la bambino/a sulla base del sesso o di altre cause".

Carta africana dei diritti umani e dei popoli

approvata da dall'Organizzazione per l'unità africana (Oua) nel 1981

Art. 4 Gli esseri umani sono inviolabili. Ogni essere umano dovrebbe avere diritto al rispetto per la sua vita e per l'integrità della sua persona. Nessuno può essere arbitrariamente privato di questo diritto.

Art. 5 Ogni individuo dovrebbe avere diritto al pieno rispetto inerente a ogni essere umano e al riconoscimento del suo status legale. Qualsiasi forma di sfruttamento o degradazione di un essere umani, in particolare la riduzione in schiavitù, la tratta a fini di riduzione in schiavitù, la tortura, punizioni e trattamenti crudeli, inumane o degradanti, devono essere puniti.

Art. 6 Ogni individuo dovrebbe avere il diritto alla libertà personale e alla sicurezza [...].

Convenzione europea per la tutela dei diritti umani e delle libertà fondamentali

approvata dal Consiglio d'Europa nel 1950 ed entrata in vigore nel 1953 Pur non contenendo alcun riferimento specifico alle mutilazioni dei genitali femminili o anche a pratiche tradizionali o consuetudinarie che ledano il diritto all'integrità fisica della persona, la Convenzione istituisce la Commissione sui diritti umani e la Corte europea dei diritti umani, con sede a Strasburgo, cui possono ricorrere non solo gli stati firmatari della convenzione, ma anche individui. Tra gli articoli cui ci si può appellare in caso di mutilazione dei genitali femminili:

Art. 3 Nessuno può essere soggetto a tortura o a trattamenti o punizioni umani o degradanti

Carta sociale europea

approvata dal Consiglio d'Europa nel 1961 ed entrata in vigore nel 1965

Articolo 7 - Diritto dei/le bambini/e e degli/le adolescenti alla protezione [...]

10 - ad assicurare una protezione speciale contro i danni fisici e morali ai quali i fanciulli e gli adolescenti sono esposti, e specialmente contro quelli che derivano in maniera diretta o indiretta dal loro lavoro.

Articolo 11 - Diritto alla protezione della salute

Per assicurare l'esercizio effettivo del diritto alla protezione della salute, le Parti contraenti si impegnano a prendere direttamente, sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, misure adeguate, che si propongano specialmente: 1 - di eliminare, nella misura del possibile, le cause di una salute imperfetta; 2 - di prevedere servizi di consultazione e di educazione per il miglioramento della salute e lo sviluppo del senso di responsabilità individuale in materia di salute; [...]

Dichiarazioni di organizzazioni non governative

<p>Dichiarazione di Addis Ababa del Comitato inter africano contro le pratiche tradizionali nocive per donne e bambine/i (IAC/Ci-Af)</p>

10-12 September 1997

In questo documento, che costituisce la base per il protocollo sulla prevenzione della pratiche tradizionali nocive attualmente (2001) in corso di negoziato all'Organizzazione per l'unità africana, le mutilazioni dei genitali femminili sono definite come una violazione della maggior parte dei diritti umani universali, incluso: - il diritto alla vita; - il diritto alla protezione contro trattamenti crudeli, inumani e degradanti; - il diritto all'auto-determinazione; - il diritto all'integrità fisica; - il diritto alla salute; - il diritto alla protezione contro la discriminazione. La dichiarazione, in inglese e francese, è stata redatta dal Comitato inter africano contro le pratiche tradizionali nocive per donne e bambine/i (IAC nell'acronimo inglese, Ci-Af nell'acronimo francese), rete di comitati nazionali (governativi e non governativi) presenti in 26 paesi africani e fondata nel 1984.