



MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

**Comunicare, conoscere, contrastare
un crudele abuso**

AURELIO ANGELINI

BARBARA GHIRINGHELLI

ANNA MISSAGLIA

ANNA RE

VINCENZO RUSSO

A CURA DI VINCENZO RUSSO E ANNA RE

Qanat

© Copyright 2015 Qanat Edizioni

ECOLAB

Collana di Studi Culturali, del Territorio e dell'Ambiente

direttore Aurelio Angelini

I contenuti del volume sono tratti da tre progetti di ricerca:

“Modelli e modalità di interazione e comunicazione in una società multiculturale: l'informazione sanitaria alle comunità migranti”. Codice 2010B033;
“Applicazione dei modelli e modalità di integrazione e comunicazione in una società multiculturale. La progettualità MGF” (fase 1) Codice 2011B015;
“Applicazione dei modelli e modalità di integrazione e comunicazione in una società multiculturale. La progettualità MGF” (fase 2) Codice 2011B015.

Finanziati dalla Direzione Generale dell'Assessorato al Welfare di Regione Lombardia che ha affidato il coordinamento a Éupolis Lombardia, Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione. La Direzione Generale dell'Assessorato al Welfare di Regione Lombardia ha concesso la liberatoria alla pubblicazione dei risultati che seguono.

Editor, progetto grafico e impaginazione: Toni Saetta

Fotografie: Anna Re

Diritti riservati.

I testi e le immagini in questo libro sono di proprietà degli autori e sono protetti dalle leggi internazionali sul copyright.

A norma della legge sul diritto d'autore e del codice civile, è vietata la riproduzione anche parziale, e per qualsiasi uso, e con qualunque mezzo, in qualunque forma: meccanica, elettronica, digitale, incluso fotocopie, né trasmessa con mezzi conosciuti o sconosciuti, senza l'autorizzazione scritta degli autori e della Qanat Edizioni.

La responsabilità dei testi è esclusivamente attribuibile agli autori.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the copyright holder.

Printed in Italy

Qanat
Editoria & Arti visive

Qanat • Editoria e Arti Visive di Toni Saetta

Sede legale: Via Silvano Franzolin 9 • 90147 Palermo

Uffici: Via Simone Cuccia 11 • 90144 Palermo

Mobile 334.6227878

www.qanat.it • info@qanat.it

Capitolo 1	
Mutilazioni genitali femminili	11
Aurelio Angelini e Anna Re	
1.1 Storia e antropologia	11
1.2 Rischi per la salute	15
1.3 La comunicazione	17
1.4 La situazione in Africa	24
1.4.1 Il cambiamento	29
1.5 La situazione in Europa	44
Capitolo 2	
Incontri con testimoni privilegiati, associazioni, enti e istituzioni nazionali e internazionali	51
Barbara Ghiringhelli e Anna Re	
2.1 Testimoni privilegiati incontrati in Italia	51
2.2 Interviste ad esperti europei in campo sanitario: comunicazione e sensibilizzazione	55
2.3 Africa: incontri con associazioni, enti, istituzioni locali	60
2.3.1 Punti emersi nell'ambito degli incontri con gli esperti e delle visite alle strutture in merito all'aspetto comunicazione/sensibilizzazione	69
Capitolo 3	71
Il corpo nelle diverse culture e tradizioni religiose	
Barbara Ghiringhelli e Aurelio Angelini	
3.1. Un nuovo concetto di salute	71
3.2. Corpo e religione	73
3.2.1. Le interviste ai testimoni privilegiati	73
3.3. Islam e mutilazioni genitali femminili	81
Capitolo 4	83
Linee guida della comunicazione sulle MGF	
Barbara Ghiringhelli	
4.1 Quale Comunicazione	83
4.2 La definizione delle linee guida	85
4.3 Linee guida "comunicazione e MGF"	86

Capitolo 5	93
Analisi dei contenuti del Kit di comunicazione MGF Vincenzo Russo e Anna Missaglia	
5.1 Introduzione	93
5.2 Gli stili di comunicazione sociale: l'uso dei <i>fear arousal appeal</i>	96
5.3 Il protocollo. Metodologia e tecniche d'indagine	99
5.4 Considerazioni conclusive	115
5.5 La valutazione dello spot. La voce delle donne straniere raccolta attraverso una tecnica d'indagine tradizionale: l'intervista semi-strutturata.	117
5.6 Conclusioni	121
Appendice	123
Materiali di comunicazione	
VADEMECUM PER OPERATORI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SCOLASTICI A cura di Anna Re	123
SPOT DI SENSIBILIZZAZIONE SULLE MGF Nicolò Stevanato	123
DOCUMENTARIO CONFRONTO SUL CORPO. COMUNICAZIONE E PRATICHE E BROCHURE Marco Chiappa e Anna Re	124
Bibliografia	135

CAPITOLO 1

Mutilazioni genitali femminili

1.1 Storia e antropologia

Con la sigla mutilazioni genitali femminili si fa riferimento ad una serie di pratiche culturalmente radicate in talune popolazioni, specialmente africane, volte alla modificazione degli organi genitali della donna in nome di tradizioni che vedono nell'organo clitorideo una sorta di reminiscenza dell'organo sessuale maschile e che come tale va escisso affinché una donna possa diventare tale ed essere desiderata dagli uomini del proprio popolo. Questa descrizione del fenomeno è tuttavia riduttiva poiché diversi sono i tipi di intervento mutilatorio che le donne possono subire e varie le motivazioni a sua giustificazione. Sono riconosciute dall'OMS le seguenti tipologie di mutilazioni genitali femminili:

- 1° Tipo: escissione del prepuzio con o senza escissione di parte o di tutto il clitoride;
- 2° Tipo: escissione del prepuzio e del clitoride assieme all'escissione parziale o totale delle piccole labbra;
- 3° Tipo: escissione di parte o di tutti i genitali esterni e sutura/ restringimento dell'apertura vaginale (infibulazione);
- 4° Tipo: puntura, foratura, incisione, allungamento del clitoride e/o delle labbra, cauterizzazione tramite ustione del clitoride e dei tessuti adiacenti, raschiamento dell'orifizio vaginale o incisione della vagina, introduzione di sostanze corrosive in quest'ultima al fine di causarne il sanguinamento o di erbe con l'intento di provocarne il restringimento o la chiusura ed ogni altra procedura che rientri nella suddetta definizione di mutilazioni genitali femminili.

Secondo la maggior parte dei documenti scritti da noi analizzati (Del Missier, 2000a: 1098-1100), pratiche mutilatorie ascrivibili al primo tipo erano già presenti nell'Egitto del II sec. a.C., come riporta il XV papiro greco del *British Museum* in cui viene esplicitamente citata una giovane che rientrerebbe nell'età prevista per tale usanza.

Donald G. Barstrow così riporta in un breve accenno alla storia della tradizione mutilatoria:

“La prima menzione storica alle mutilazioni genitali femminili risale al 450 a.C. dallo storico greco Erodoto. Altri storici che hanno fatto riferimento ad essa sono stati Strabone (25 aC) ed Ezio (502-575 dC). Mentre le origini di tale costume sono oscure, analisi mediche su corpi mummificati hanno confermato che le mutilazioni genitali femminili erano pratica comune tra i ricchi e i potenti dell’antico Egitto. [...] La circoncisione femminile potrebbe essere nata come misura precauzionale in modo da assicurare la legittimità di ogni pretesa di regalità. Tale pratica potrebbe essere stata anche utilizzata da uomini ricchi per far fronte a questioni inerenti l’eredità o altri problemi di questo genere. Una seconda interpretazione può riguardare la panistorica preoccupazione maschile della fedeltà della moglie [...]. Tale preoccupazione è stata in seguito rappresentata con l’introduzione in Europa delle “Cinture di Castità” durante le Crociate. Quest’ultima forma di “continenza forzata” nel mondo occidentale, può essere nel tempo degenerata nell’alternativa più invasiva della cicatrizzazione del tessuto vaginale, con tutte le implicazioni che ne derivano durante i rapporti e il parto” (Barstrow, 1999:501–510)¹.

Nonostante le innumerevoli fonti riguardanti il tema dell’origine delle pratiche mutilatorie, non vi è ancora una concordanza sulla loro provenienza, in merito alla quale però hanno preso piede due principali teorie. La prima di queste, fondata sull’idea dell’origine comune, sostiene come non sia possibile identificare un’unica culla da cui sia scaturito il fenomeno; la seconda teoria perora la tesi in base alla quale la culla originaria potrebbe essere stata alternativamente il Corno d’Africa, l’Egitto o la Penisola arabica. Da qui, le pratiche mutilatorie potrebbero essersi plausibilmente diffuse in Occidente attraverso le vie marittime che collegavano i due continenti, quello africano e l’Europa.

È doveroso tuttavia sottolineare come le mutilazioni genitali femminili non siano da ascrivere alle sole popolazioni africane, ma al contrario, siano state pratiche diffuse e condivise nel mondo occidentalizzato anche nel Diciannovesimo secolo, quando, soprattutto per via dell’opera di un ginecologo inglese, Isaac Baker Brown, venivano ritenute la giusta cura per taluni “mali femminili”:

“Poiché il clitoride è stato spesso indicato come origine di disturbi, Baker Brown ritenne che la clitoridectomia fosse una cura non solo per ninfomania e masturbazione ma anche per epilessia, catalessi, mestruazioni dolorose e copiose, depressione, pazzia, isteria e demenza. Nel suo libro, egli non uti-

¹ trad. Damiana Conti

lizzò il termine masturbazione, preferendo il termine “eccitazione periferica”, un eufemismo spesso utilizzato dagli esperti in materia. Un esempio dell’uso di questa tecnica da Baker Brown: «C’erano prove di eccitazione periferica. Ho effettuato la mia solita operazione e la paziente ebbe un buon recupero, rimase piuttosto quieta e diventò a tutti gli effetti una buona moglie». L’interpretazione di Baker Brown di questo caso è degna di nota: “la malattia” consisteva nel desiderio della paziente di ottenere il divorzio in seguito alla nuova legge sul divorzio del 1857. In un’altra occasione, egli operò una clitoridectomia su una donna di 20 anni in conseguenza del fatto che ella era «disobbediente rispetto ai desideri di sua madre, inviava biglietti da visita a uomini che le piacevano e passava troppo tempo in letture impegnate» (Studd, Schwenkhagen, 2009:107-111)².

Nonostante casi come questo, che è doveroso ricordare, attualmente il problema delle mutilazioni genitali femminili in Europa e in Italia in particolare, è ascrivibile unicamente a comunità e individui che provengono dal continente africano, poiché tale territorio è tutt’ora lo zoccolo duro di queste pratiche.

Per tentare di produrre un messaggio che risulti efficace allo scopo di sensibilizzare, si rende necessario indagare sulle motivazioni ed i significati che vengono adottati ai riti mutilatori dalle culture che ancora perseverano nella pratica delle stesse. Non è possibile naturalmente prendere in considerazione le ragioni di ogni tribù o clan che continua a mantenere viva la tradizione, ma è possibile fare il punto sullo stato dell’arte fornitoci dalla letteratura presente sul tema e dai dati emersi dalle ricerche, che in molti casi traggono le loro conclusioni sulla base di interviste e questionari somministrati direttamente alle popolazioni, ed in particolare alle donne interessate e spesso mutilate in prima persona.

“Le mutilazioni genitali femminili sono un tipo particolare di pratiche tradizionali caratteristiche 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. 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, riscattando il destino biologico legato al sesso, notificano alla persona la sua identità, indicandogli ciò che è e ciò che deve essere” (Rovelli, 2009).

² trad. Damiana Conti

Una chiave di lettura delle mutilazioni genitali femminili è quella della divisione dei compiti tra i due sessi all'interno della vita dei popoli seminomadi, in ragione del fatto che l'infibulazione delle donne, responsabili del bestiame, limiterebbe episodi di aggressività tra gli animali, causati proprio dall'odore del sesso femminile. La riduzione dell'odore delle donne farebbe diminuire inoltre le possibilità di essere localizzati dai predatori (Del Missier, 2000b: 60).

Ulteriore e rilevante aspetto da tenere in considerazione se si vuole tentare di cogliere le diverse sfaccettature del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili è lo stretto legame che intercorre tra queste pratiche e il rito del matrimonio: basti pensare che in Sudan, presso la popolazione dei Berti, le nozze con soggetti non circoncisi sono ritenute invalide e le donne non possono essere deinfibulate fino a quando la famiglia dello sposo non abbia versato a quella della sposa il quantitativo di beni precedentemente pattuito (Ladislav, 1991).

“Alla cultura occidentale può apparire un controsenso «eliminare» fisicamente una parte del sesso femminile per poter permettere alla donna di essere veramente tale, ma, come ampiamente documentato dalle ricerche di antropologi e associazioni internazionali, la donna non escissa non corrisponde al suo stesso canone estetico, a ciò che lei reputa igienico e «giusto». È una donna che ha paura di fare del male al suo bambino se durante il parto le sfiora la clitoride, è una donna che «si sente addosso l'odore di cagna in calore», sporco, riprovevole, è una donna che nella sua società non ha nemmeno il diritto di chiamarsi tale, perché senza un rito di passaggio non è niente. È una donna che teme di restare sterile, una donna che non troverà mai marito, perché l'escissione è una condizione *sine qua non* per essere accettata dopo che un uomo ha pagato per lei il «prezzo della sposa», è una donna sola” (Rovelli, 2009b: 2).

Altre ragioni addotte per giustificare la pratica delle mutilazioni genitali femminili sono di ordine igienico. La donna non circoncisa viene anche chiamata *nigsa*, cioè sporca, in numerosi dialetti arabi. Il sangue mestruale in molte società di tradizione araba viene visto, infatti, come un tabù (Cassano, Patruno, 2003). Le mutilazioni servirebbero in altri termini a garantire una maggiore pulizia, oltre a ridurre l'istinto femminile, così da evitare il compimento di atti proibiti: tale riduzione faciliterebbe inoltre il matrimonio poligamico poiché la donna escissa risulterebbe meno esigente (Del Missier 2000c:1110).

Si evince come le mutilazioni genitali femminili costituiscano, nelle diverse tradizioni che le adottano, una salvaguardia per la conservazione delle virtù della donna che in molte culture rappresenta una concreta ricchezza per la famiglia di origine, quindi per tutta la società. Tuttavia:

“Rimuovere le ragioni della presenza delle mutilazioni genitali femminili giustificandole con l’idea di una sopravvivenza arcaica significa mettere in secondo piano il fatto che le mutilazioni genitali femminili sono invece 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 loro profondo radicamento è dovuto a una complessa costellazione di fattori che pur variando da un’etnia all’altra presentano alcuni tratti comuni. La correzione culturale che assegna ad ognuno il proprio ruolo nella società consiste nella privazione nella donna del suo elemento maschile (la clitoride) così come l’uomo con la circoncisione perde la sua parte femminile. La cicatrice diventa segno identitario, sigillo d’appartenenza sociale; è per questo che non è facile rinunciarvi, neanche in un contesto migratorio, perché «laddove non si riesce a sperimentare un’integrazione nelle comunità d’arrivo, la pratica escissoria consente di non tagliare i legami e di integrarsi in qualche modo con quella di provenienza»³ (Rovelli, 2009c: 2).

Si rende quanto mai necessario comprendere a fondo le motivazioni ed i significati che vengono attribuiti alle pratiche mutilatorie in seno alle culture di origine per poter intervenire in un’opera di sensibilizzazione che porti all’abbandono delle stesse, a cominciare dai territori che le ospitano e che non riconoscono nessun valore a tali pratiche considerandole al contrario una violazione dei diritti umani.

1.2 Rischi per la salute

Le immediate conseguenze delle mutilazioni genitali femminili sono le sofferenze fisiche e psicologiche delle donne che le subiscono e che non sono limitate al solo periodo in cui si svolge l’atto, ma si trascinano spesso lungo tutto l’arco della vita. Comunemente si annoverano tra le prime complicanze che sopraggiungono in seguito ad operazioni escissorie: emorragie, ulcere, forme gravissime d’infezione (tetano, cancrena, shock anafilattico) collegate all’utilizzo di strumenti non sterili, alle precarie condizioni igieniche ed al contatto dell’area genitale con feci ed urina; che talvolta portano rapidamente alla morte. Non sono rari i casi in cui si verificano fratture ossee, in particolare clavicole e femori, causate dalle trazioni esercitate sul corpo della donna sottoposta a muti-

³ Cit. Fusaschi Michela, (2003), *I Segni Sul Corpo, Per Una Antropologia Delle Modificazioni Dei Genitali Femminili*, Bollati Boringhieri, p.109

lazione, al fine di mantenerla nella corretta posizione, dalle persone preposte a tale scopo. Nel lungo periodo sopraggiungono difficoltà nella minzione, dismenorrea, cisti, cheloidi, disfunzioni sessuali, infertilità e in generale compromissione dell'apparato riproduttivo e urinario con possibile presenza di infezioni e dolore cronico (Braddy, Files, 2007:160-161). Circa il 50% delle donne che hanno subito mutilazioni del terzo tipo devono essere sottoposte in un secondo momento ad operazioni che limitino i danni provocati dall'infibulazione, spesso si rende necessario deinfibulare le pazienti per facilitarne i rapporti sessuali e per evitare complicanze gravi durante il parto. Talvolta inoltre, qualora venisse effettuata una seconda infibulazione (dopo un parto o in seguito ad un divorzio), si creerebbero le condizioni per dover ricorrere ad una nuova operazione di deinfibulazione.

L'OMS pone l'accento anche sui danni psicologici provocati dalle mutilazioni genitali femminili in coloro che le subiscono, danni che si manifestano nella paura di avere rapporti sessuali a causa del dolore fisico conseguente, in disordini da stress post-traumatico, ansia e depressione. Molti studi sostengono inoltre come il valore sociale (il cosiddetto beneficio secondario) che le culture praticanti questi riti vi attribuiscono non sia sufficiente a tutelare le donne che li subiscono dai disturbi psicologici che ne conseguono; tantomeno, naturalmente, da quelli fisici (Morris, 2006: S64). Inoltre, sebbene non vi siano molti studi empirici che comprovano la validità della tesi, è possibile sostenere come i fattori di rischio nella trasmissione del virus dell'Hiv aumentino esponenzialmente in presenza di mutilazioni genitali femminili, sia durante la fase mutilatoria in conseguenza delle scarse, se non inesistenti, condizioni igieniche in cui l'operazione viene eseguita, sia durante tutto l'arco della vita della donna mutilata, resa più vulnerabile alle infezioni. Le lame o i coltelli utilizzati in fase escissoria, laddove questa pratica avviene ancora nella forma tradizionale, non sono sterilizzati, e sono spesso sporchi di sangue quando il rito viene compiuto su più donne contemporaneamente. La distruzione dell'epitelio e i conseguenti sanguinamenti durante il coito, le abrasioni provocate dal membro maschile durante la penetrazione resa più difficoltosa, aumenterebbero sostanzialmente il rischio di trasmissione del virus (Kun, 1997:153-155).

Nella gran parte dei casi di donne sottoposte a mutilazioni genitali femminili si rendono in seguito necessarie cure mediche e ospedalizzazione della paziente, soprattutto al momento del parto. Diversi studi hanno dimostrato l'incremento di parti cesarei, emorragie post-parto, permanenza prolungata in ospedale, morte del neonato, tutto connesso alla presenza di mutilazioni genitali femminili. Nonostante le complicazioni legate alla gravidanza e al parto siano solo una piccola percentuale di quelle che sopraggiungono nel corso della vita delle donne mutilate, esse costituiscono un elevato costo imposto al sistema

sanitario, costo che si moltiplicherebbe qualora si dovessero tenere in considerazione le spese legate alla cura di tutti i possibili problemi di salute a cui la donna va incontro nell'arco della sua vita. Uno studio effettuato nel 2006 in sei stati africani su un campione di 28.393 donne mutilate in età compresa tra i 15 e i 45 anni di età, ha stimato l'incidenza dei costi, correlati all'ospedalizzazione durante il parto e in fase post-partum, sulla spesa sanitaria pubblica calcolata in dollari internazionali⁴ ed attualizzata al 2008. Lo stesso studio ha calcolato inoltre il tempo di vita perso da queste donne a causa delle cure cui vengono sottoposte. I risultati hanno evidenziato come il costo per la sanità pubblica legato ai problemi ostetrici causati dalle mutilazioni su un totale di 53 milioni di donne africane che vivono nei sei paesi presi in considerazione⁵, ammonta a 3,7 milioni di dollari internazionali e rappresenta dallo 0,1 all'1% della spesa sanitaria pubblica in un anno. Si è calcolato inoltre che il tempo perso dai 2,8 milioni di giovani donne di 15 anni sarà stato pari ad un totale di 130.000 anni, equivalenti a metà di un mese perso per ogni vita, in relazione alle complicanze causate dalle mutilazioni genitali femminili effettuate nei 12 mesi a venire (Adam et al., 2010).

A conclusione, si può affermare come la società civile trarrebbe benefici, anche di tipo economico, qualora riuscisse a circoscrivere, financo ad eliminare, le mutilazioni genitali femminili. L'eliminazione della pratica non solo segnerebbe quindi un importante risultato in merito al rispetto dei diritti dell'uomo per tutti, in questo caso specifico della componente femminile di queste comunità, ma andrebbe anche a diminuire notevolmente i costi per la sanità pubblica. Seppur in Italia le proporzioni si riducano enormemente rispetto a quelle calcolate dallo studio sopracitato in riferimento ai sei stati del continente africano, è da tenere in considerazione il fatto che una parte del budget della sanità pubblica è destinato alla risoluzione dei problemi causati dalla pratica mutilatoria alle donne che l'hanno subita.

1.3 La comunicazione

Rispetto al tema della comunicazione e sensibilizzazione, esistono molte iniziative e lavori che testimoniano la volontà di sradicare la pratica in tutto il mondo. Partiamo dall'Africa e in particolare dall'Egitto per poi verificare cosa succede nel mondo occidentale.

⁴ Il dollaro internazionale, noto anche come il dollaro Geary-Khamis, è un'unità di moneta ipotetica che ha lo stesso potere d'acquisto che il dollaro Usa aveva negli Stati Uniti, in un dato punto nel tempo. Gli anni 1990 o 2000 sono spesso utilizzati come anno di riferimento per i confronti temporali.

In un'analisi effettuata dall'Università del Cairo si registra che, nonostante il governo abbia vietato la pratica delle mutilazioni genitali femminili, l'Egitto è il paese con la più alta percentuale del mondo di donne mutilate: il 94%. L'età media in cui si effettua la pratica è 7 anni. I maggiori responsabili di tali abusi sono il fraintendimento e la distorsione dei dettami della religione islamica, ed il problema principale concerne l'ignoranza della popolazione. Una stima effettuata dall'OMS stabilisce che quasi il 93% delle donne egiziane favorevoli alla mutilazione sono analfabete e in prevalenza agiscono in nome dell'Islam. Molteplici e variopinte le ragioni addotte a posteriori per giustificare l'adozione di pratiche mutilatorie: igiene, incremento della fertilità, garanzia di castità fino al giorno del matrimonio. L'OMS propone linee guida per correggere/istruire l'opinione pubblica. L'Università del Cairo si è posta l'obiettivo di mettere a conoscenza dei rischi delle mutilazioni genitali femminili utilizzando campionature empiriche attraverso questionari. Gli intervistati sono stati uomini e donne con un livello medio di istruzione. Ne è emerso che il 72% di questi è a favore dell'abolizione della mutilazione. Il risultato dello studio conferma l'importanza della conoscenza, cultura ed istruzione. La sensibilizzazione dell'opinione pubblica è fattore indispensabile per ottenere risultati efficaci (Allam et al., 2001).

Il Women's International Network ha raccolto lettere sul tema delle mutilazioni genitali femminili provenienti da diversi paesi africani come Ghana, Mali, Etiopia, Guinea, Nigeria. Il problema che si evidenzia in questi paesi è la necessità di rieducare la maggior parte della popolazione alla vita sociale partecipata e attiva. La grandissima percentuale di analfabetismo della società è la principale causa di incapacità di ricevere informazioni. Un volume dal titolo *Childbirth picture*, destinato prevalentemente alla diffusione all'interno delle scuole, si è rivelato estremamente utile per educare attraverso le immagini, più facilmente comprensibili dalle diverse fasce (anagrafiche e culturali) della popolazione. Il testo cerca di istruire attraverso la percezione visiva. Questa modalità rende il contenuto che si vuole trasmettere immediatamente percepibile dalla popolazione (Women's International Network news, 2002).

Uno studio effettuato dalla University of Tecnology, Osogbo, Osun in Nigeria attraverso la somministrazione di pre-test e questionari strutturati su un campione di uomini e donne della città di Shao ha evidenziato dati importanti. La ricerca si è basata sull'identificazione dei fattori socio-culturali che sostengono ancora oggi le mutilazioni genitali femminili; sulla definizione del tipo di mutilazioni; sulla definizione di un programma educativo e infine sullo studio dei risultati del programma. Ne è emerso che la scarsa cultura/istruzione è il primo fattore responsabile della pratica: maggiore è il livello di cultura, minore è la propensione verso queste pratiche. Si è anche riscontrato che gli uomini

risultano essere maggiormente favorevoli a tali pratiche rispetto alle donne, che talvolta non lo sono. Si è ipotizzato che la dimostrazione reale e pratica dei benefici e vantaggi che conseguirebbero allo stop della pratica possa essere la principale strada di sensibilizzazione dell'opinione maschile; si sottolinea anche che l'appello a limitare la violazione dei diritti umani può essere efficace solo grazie a un programma di comunicazione strategica (Asekun-Olarinmoye, 2008).

Diversa l'analisi che ha condotto Elena Jirovsky in Burkina Faso, dove, partendo dall'esame di una ricerca su donne africane "Plan d'Actions National (2008-2012) de Promotion de l'Abandon des Mutilations Genitales Feminines dans la Perspective de la Tolerance Zero" ha evidenziato che le credenze all'interno delle tribù non sono di carattere rituale, ma concernono l'ambito del comportamento dei soggetti all'interno della stessa società. L'essere accettati dalla propria tribù si definisce come un riconoscimento d'identità della persona e di rispetto di quest'ultima.

Matilda Aberese Ako e Patricia Akweongo hanno rivolto la loro attenzione allo Stato del Ghana constatando che, nonostante il governo del paese sia impegnato da molti anni contro la mutilazione genitale femminile, è tutt'oggi un fenomeno molto presente e ben radicato all'interno della società. Il reato di violenza domestica introdotto nel 1994 e la riforma del codice penale del 2003 non sono da soli sufficienti ad evitare che questa pratica non avvenga. Occorre necessariamente che vi sia una stretta collaborazione tra le istituzioni e gli operatori sociali poiché sono loro gli unici soggetti in grado di entrare realmente in contatto con le persone interessate direttamente dal problema. Le comunità dovranno necessariamente essere coinvolte in programmi finalizzati ad istruire, educare ed informare ogni donna e uomo sui rischi e sulle conseguenze della mutilazione genitale femminile.

Molto interessante è inoltre lo studio effettuato in Etiopia da Masho e Matthews, che hanno messo in relazione alcuni dati socio-demografici con la propensione a mettere in atto tale pratica.

Dai dati raccolti è emerso che minore è il grado di istruzione ed alfabetizzazione della popolazione, maggiore è la propensione verso la pratica della mutilazione genitale femminile. Le zone più rurali a maggioranza musulmana hanno una percentuale molto più alta non solo di donne che sostengono la necessità di tale pratica, ma anche di uomini che individuano in essa una virtù della donna stessa. La distanza dai centri urbani, l'assenza di contatto con l'informazione e con i mass media determinano una crescita esponenziale delle credenze, delle tradizioni e dei riti a cui tutte le comunità devono necessariamente rispondere.

Per quanto riguarda le ricerche implementate nei paesi occidentali, di particolare interesse in merito al tema della comunicazione è lo studio degli inglesi

White Horn, Ayonrinde, Maingay che evidenzia come per evitare l'inefficacia dei progetti finalizzati al contrasto della pratica, occorre istituire equipe di medici, ginecologi, pediatri, ostetriche, psicologi, sessuologi e operatori sociali pronti ad intervenire in ogni situazione di richiesta di aiuto, denunciando e segnalando qualsiasi abuso o violenza che riscontrano sulle donne (White Horn, Ayonrinde, Maingay, 2002).

Rimanendo nello stesso contesto, è da segnalare anche una ricerca effettuata dalla Thames Valley University di Londra che ha coinvolto un piccolo gruppo di donne somale rifugiate ad ovest di Londra che utilizzavano il servizio di assistenza medico sociale durante la gravidanza. Tale servizio consiste in una rete di informazione riguardo le prospettive di vita delle madri e dei loro figli. Il problema principale per la realizzazione di questo servizio è stata la difficoltà di instaurare una relazione interpersonale di fiducia: infatti, il livello di diffidenza e paura di queste donne, rifugiate politiche, era altissimo. La difficoltà di comunicazione è stata accentuata dalla lingua e per ovviare al problema la figura di un interprete specializzato è stata fondamentale. Lo studio ha evidenziato l'importanza della continuità del servizio al fine di non lasciare queste donne da sole. Potrebbero aver bisogno di aiuto in qualsiasi momento e pertanto potranno usufruirne sempre. Il servizio dovrebbe necessariamente rispondere a certe caratteristiche: nessuna barriera linguistica, planning, continuità, preparazione, istruzione ottimale degli operatori (Igwegbe, Egbuon, 2000).

Un altro studio effettuato dalla St. Thomas' School of Medicine di Londra si è posto l'obiettivo di identificare atteggiamenti, conoscenze e percezioni riguardo le mutilazioni genitali femminili in Kenya, con particolare riferimento a leggi e complicazioni per la salute della donna. Le intervistate sono state divise per generazioni: madri e figlie. Si è constatato un calo significativo della percezione dei rischi e pericoli delle madri rispetto alle figlie. Addirittura, meno della metà della "generazione figlie" (41,67%) è a conoscenza di programmi istruttivi/conoscitivi in materia di mutilazioni genitali femminili, mentre poco più della metà (56,67%) è consapevole delle conseguenze legali in cui si può incorrere effettuando questa pratica. Il 61,67 % del totale è invece a conoscenza delle complicazioni per la salute: la questione della salute è ad oggi il motivo più forte per cui queste donne sono contrarie alle mutilazioni. Grazie alla possibilità di ricevere istruzione e cultura, le nuove generazioni tendono a non essere propense alle pratiche mutilatorie sulle future figlie. I programmi di informazione e sensibilizzazione su rischi e complicità per la salute sembrano essere i mezzi più efficaci, diretti e in grado di essere percepiti dalla maggioranza della popolazione (Livermore, Monteiro, Rymer, 2007).

Un nuovo approccio nel trattare il problema messo a punto sempre in Kenya segna un passo avanti nella lotta a questa pratica. Tale metodo consiste in un rito

alternativo ribattezzato *Ntanira Na Mugambo*, o “circoncisione attraverso le parole”. Il rito alternativo si svolge nell’arco di una settimana durante la quale le giovani donne, isolate dalla comunità e dalla famiglia, frequentano dei corsi informativi e si confrontano con persone che forniscono loro supporto psicologico e che le formano sul tema della sessualità. La settimana si conclude con il giorno della “maturità”, durante il quale le ragazze che hanno portato a compimento il rituale vengono festeggiate con balli e musica, sancendo così il passaggio ufficiale all’età adulta. Da quando si è iniziato a praticare questo rito alternativo, in Kenya nel 1996, circa 300 donne hanno sostituito tale rituale alle più tradizionali ed invasive mutilazioni genitali femminili. Un aspetto da sottolineare del *Ntanira na mugambo* è la flessibilità con cui tale strumento può essere adattato ad ogni singola comunità alla quale viene proposto.

La chiave del successo consiste nel coinvolgimento non solo delle adolescenti che affrontano il rito cerimoniale, ma anche delle madri, dei padri, della famiglia allargata e di tutti i membri della comunità di cui queste ragazze fanno parte: il fatto stesso che il rito sia partecipato ne aumenta il valore e l’efficacia percepiti. Questo sistema, il cui obiettivo dichiarato è la progressiva eliminazione delle mutilazioni genitali femminili, comprende anche un programma educativo per i ragazzi finalizzato a sensibilizzare la componente maschile della società così da renderla consapevole dei rischi per la salute cui le donne incorrono nel subire mutilazioni. Alla fine del ciclo di incontri i ragazzi si ripromettono di non pretendere che le loro future mogli vengano mutilate. Le ragazze dal canto loro, nel corso della settimana di isolamento, assistono ad una serie di lezioni e incontri su anatomia e fisiologia di base, salute sessuale e riproduttiva, igiene, rispetto per gli adulti, autostima e su come affrontare la pressione da parte della società di appartenenza che, magari, le vorrebbe mutilate. Al termine della settimana le ragazze ricevono un attestato e vengono celebrate dall’intera comunità con doni e congratulazioni. Spesso sono le stesse madri delle ragazze a svolgere anche il ruolo di educatrici, riuscendo poi a coinvolgere anche la componente maschile della famiglia. Come afferma Asha Mohamud, membro del Program for appropriate technology in health (Path), di cui l’iniziativa *Ntanira Na Mugambo* fa parte, afferma: “le madri che sono state formate per essere a loro volta educatori sono la chiave di volta dell’intero programma”.⁶

Le mutilazioni genitali femminili, traslate nel rito del *Ntanira Na Mugambo*, divengono così simili a riti che sanciscono il passaggio all’età adulta in altre tradizioni religiose e culturali. I risultati che il rito alternativo della “circoncisione attraverso le parole” continua a sortire, tengono viva la speranza negli operato-

⁵ Burkina Faso, Senegal, Kenya, Ghana, Nigeria, Sudan.

⁶ trad. Damiana Conti

ri e in tutta la società civile che anela la fine delle sanguinose pratiche mutilatorie. Tra il 2007 ed il 2009, nel solo distretto di Tharaka in Kenya, sono state 345 le ragazze che hanno affrontato il *Ntanira Na Mugambo* piuttosto che incorrere nelle Mutilazioni genitali femminili (Maglio, Senghor, Kiriga, 2010:5).

Poiché il *Ntanira Na Mugambo* non cancella a priori il rito, quindi neanche ciò che le mutilazioni genitali femminili simboleggiano, si può credere in esso come in una valida alternativa a pratiche inutilmente cruente, con la speranza che possa diventare la strategia più efficace nella lotta allo sradicamento delle mutilazioni genitali femminili in tutto il mondo (Chelala, 1998:126).

Rispetto alla sensibilizzazione si segnalano anche due iniziative elvetiche. Lo studio Jaeder, Caflisch, Hohlfeld sottolinea come la popolazione africana immigrata sia molto spesso ostile ad abbandonare le proprie usanze e tradizioni, tra cui la pratica della mutilazione genitale femminile. Nonostante il divieto per legge, questa usanza viene portata avanti anche clandestinamente. In effetti, spesso, le norme da sole non sono sufficienti ad impedire che vengano commessi certi abusi. Un programma comunicativo, informativo, educativo è l'unico in grado di arrivare alle menti e ai cuori delle donne e degli uomini che, per qualche ragione, decidono di praticare le mutilazioni genitali femminili sulle proprie figlie. Quella del pediatra sembra essere una delle poche figure medico-sanitarie in grado di poter aprire un dialogo con i genitori e salvaguardare realmente la salute del bambino. La conoscenza dei rischi a cui vengono sottoposti i figli in caso di mutilazioni genitali femminili può determinare un cambiamento di scelta dei genitori. Occorre "smontare" (minimizzare le preoccupazioni?) la maggior parte delle credenze dei genitori, come per esempio l'impossibilità di maritare la propria figlia se non è mutilata. Il pediatra dovrà utilizzare un linguaggio semplice, chiaro e molto familiare impostando un colloquio di fiducia con la paziente (Jaeder, Caflisch Hohlfeld, 2009).

Sempre in riferimento al territorio svizzero, uno studio effettuato dall'Unicef rivela che circa 7000 bambine rischiano di essere sottoposte alla pratica della mutilazione genitale femminile. In particolare, nel cantone di Friburgo ci sono circa quattro casi ogni mese. Il Consiglio di Stato svizzero ha dichiarato ripetutamente di voler trovare una soluzione attraverso una campagna di prevenzione, e l'11 febbraio del 2007 è stato presentato il primo manuale didattico elaborato dall'Istituto internazionale per i diritti dell'infanzia. Questo manuale fornisce le informazioni sulle comunità a rischio, sui rischi legati alla salute fisica e psicologica e sulle conseguenze legali; tutto ciò è stato inoltre completato da un film documentario "Femmes mutilées, jamais plus!". Il manuale è stato tradotto in tedesco e spedito a tutte le istituzioni e scuole del paese coinvolte da questa problematica (Gaillet, 2007).

E ancora, uno studio spagnolo si pone l'obiettivo di investigare la percezio-

ne che le comunità di immigrati hanno nei confronti delle mutilazioni genitali femminili al fine di presentare un questionario utilizzabile da medici ed operatori sanitari, rinforzandoli anche sull'aspetto legale. Molti medici, ginecologi, ostetriche ecc. non avendo nessuno strumento o linea guida a disposizione, ignoravano quasi del tutto il problema legale della mutilazione.

Questa ricerca effettuata da 25 tra i principali centri medici nelle regioni di Barcellona e Girona, si è posta i seguenti obiettivi: conoscenza e conseguenze legali legate alle mutilazioni genitali femminili nell'ambito del mondo medico; conseguenze legali per chi pratica tali atti al di fuori degli ambiti professionali; rischi per la salute psico-fisica delle donne. Particolare attenzione è stata posta all'utilizzo del linguaggio di tipo informale più adatto a creare un rapporto diretto con gli interlocutori, ribadendo così la necessità di creare una comunicazione e un linguaggio ad hoc per trattare il tema con le potenziali pazienti che si caratterizza principalmente per la semplicità, la chiarezza, la familiarità e il coinvolgimento personale. Tecnicismi e intimidazioni sono da bandire da parte di coloro che vogliono ottenere un effetto corretto di comunicazione (Kaplan-Marcusan, et al. 2010).

In questa prospettiva è molto rilevante un esperimento effettuato dall'infermiera Mimi Ramsey di San Josè, California. La Ramsey, un'attivista promotrice della messa al bando delle mutilazioni genitali femminili, ha cercato di dissuadere le sue connazionali, immigrate di prima o seconda generazione, a sottoporre le loro figlie a mutilazioni, argomentando loro come le future giovani donne porteranno, a causa di ciò, solo odio per tutta la vita nei confronti delle loro madri.

Dalle statistiche a disposizione relative agli Stati Uniti, emerge inoltre un dato preoccupante relativo all'abitudine da parte delle famiglie immigrate di compiere i cosiddetti "viaggi dell'orrore". Molti immigrati ritornerebbero, infatti per brevissimi periodi, nel paese di origine al fine di sottoporre le proprie figlie alle mutilazioni pratiche mutilatorie. Molte donne africane negli Stati Uniti si stanno impegnando da tempo nell'informare, prevenire ed istruire sui rischi connessi all'impiego di queste pratiche. Una delle maggiori difficoltà consiste nel far superare la timidezza e la vergogna delle donne nell'affrontare questo argomento, molto spesso ritenuto un tabù. La produzione di un film da parte di Soraya Mire, una donna immigrata somala, ha provocato reazioni molto forti nell'opinione pubblica contribuendo allo sviluppo di un canale di comunicazione importantissimo negli Stati Uniti (Burstyn, 1995).

Infine in Italia Unicef in collaborazione con l'Istituto degli Innocenti di Firenze ha messo in luce alcuni punti chiave per capire come creare una rete internazionale che coinvolga un'azione globale della lotta alla mutilazione genitale femminile.

Dopo aver appurato che in gran parte dei paesi la mutilazione di una donna significa accettazione e rispetto da parte della comunità a cui appartiene, questo documento propone la metodologia di ricerca oltre i confini di un singolo stato.

Nello specifico le linee guida dovrebbero puntare a:

- individuare geograficamente la distribuzione della mutilazione genitale femminile su tutto il territorio globale;
- identificare i modi in cui ogni singola comunità, tribù o gruppo etnico pratica la mutilazione;
- determinare le conseguenze fisiche e psichiche dei diversi tipi di mutilazione;
- esaminare i fattori che contribuiscono alla trasmissione di tali pratiche; definire una strategia comune “a piramide” che parta dal coinvolgimento della singola comunità in loco fino all’organizzazione internazionale.

1.4 La situazione in Africa

Da quanto si rileva dalla recente letteratura l’Africa è tuttora il contesto in cui la pratica delle mutilazioni genitali femminili è più diffusa. Le principali ricerche propongono studi finalizzati a esaminare la situazione nei paesi dove tali pratiche sono ancora diffuse. La pratica è ancora molto diffusa in 28 paesi africani. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che oltre due milioni di donne subiscono una qualche forma di mutilazione genitale ogni anno.

La decisione di abbandonare questa pratica viene dalla comunità nel suo complesso e non dall’individuo.

Si tratta di una decisione e scelta collettiva che può essere accelerata con l’istruzione delle donne (e anche degli uomini) e degli operatori sanitari, rafforzati da azioni e inviti dei leader locali e nazionali e delle organizzazioni di donne (Martinelli, Ollé-Goig 2012).

La Nigeria, anche a causa della sua ampia popolazione, ha il più alto numero assoluto di mutilazioni in tutto il mondo, rappresentando circa un quarto dei 115-130 milioni di donne circoncise. Il tasso di prevalenza delle MGF è del 41% tra le donne adulte. Le prove che le MGF sono in declino abbondano. Tuttavia, non c’è una legge che vieta le MGF in Nigeria. È necessario un approccio multidisciplinare che coinvolga i legislatori, l’assistenza sanitaria, le organizzazioni professionali, e favorisca l’empowerment delle donne nella società, e l’educazione del pubblico in generale a tutti i livelli con l’accento sui pericoli e l’inopportunità delle MGF (Okeke, Anyachie, Ezenyeaku, 2012).

Anche la Sierra Leone ha uno dei più alti tassi di mutilazioni genitali femminili nel mondo, e tuttavia poco si sa circa le conseguenze sulla salute della pratica. Lo studio di Bjälkander *et al.* va ad esplorare le complicazioni di salute in Sierra Leone, e cerca di chiarire i comportamenti delle donne rispetto alle eventuali cure. Sono state intervistate 258 donne che avevano subito mutilazioni genitali femminili, la maggior parte tra i 10 e i 14 anni di età. Le complicanze sono state riportate da 218 intervistate (84,5%), le più comuni sono il sanguinamento eccessivo, ritardo o guarigione incompleta. Molte ragazze che hanno subito le mutilazioni prima dei 10 anni riferiscono di aver avuto la febbre dopo la pratica. Tra le ragazze che hanno riportato complicanze, 187 (85,8%) hanno cercato di farsi curare, con 89 di loro che si sono recate da un guaritore tradizionale, 75 da un Soweï (circoncisore tradizionale), e 16, un professionista sanitario.

Il tasso di prevalenza elevata di MGF e la percentuale di complicazioni mediche mostrano che le MGF sono una questione di preoccupazione per la salute pubblica in Sierra Leone. Le ragazze che subiscono mutilazioni genitali femminili prima dei 10 anni di età sembrano essere più vulnerabili a gravi complicazioni rispetto a quelle più grandi al momento della MGF. È importante che il personale sanitario sia a conoscenza delle pratiche, sappia come trattarle, e incoraggi le ragazze e le donne a cercare cure mediche per i loro problemi (Bjälkander, Bangura, Leigh B, *et al.*, 2012).

Un ulteriore studio interessante di Owolabi Bjälkander *et al.* (2013) mira ad identificare chi sono i decisori della pratica delle MGF sulle bambine e se avviene una seria medicalizzazione in Sierra Leone. Nel lavoro si descrivono le interviste strutturate svolte con il coinvolgimento di 310 ragazze selezionate in modo casuale tra i 10 e 20 anni a Bombali e nei Distretti di Port Loko nel nord della Sierra Leone. L'età media delle ragazze in questo campione era 14 anni, il 61% aveva subito MGF ad un'età media di 7,7 anni (range 1-18). In generale secondo questo lavoro le decisioni di eseguire le mutilazioni genitali femminili sono state prese da donne, ma il padre era citato come colui che ha deciso per il 28% delle intervistate. Gli escissori tradizionali (Soweis) hanno eseguito l'80% di tutte le operazioni, il 13% da professionisti della salute, e il 6% assistenti al parto tradizionali.

Gli uomini possono svolgere un ruolo più importante nel processo decisionale. Sarebbe importante lavorare di più sul loro ruolo nel processo decisionale, e tentare di coinvolgerli in future campagne contro le mutilazioni genitali. Le donne sono ancora tra gli attori dominanti a sostenere la pratica. Tuttavia, ulteriori studi sono necessari per comprendere il ruolo e l'influenza sul processo decisionale della comunità, degli altri membri della famiglia. Lo studio indica che ci potrebbe essere una crescente medicalizzazione della pratica, e ciò è un motivo di preoccupazione. Il personale sanitario trarrebbe beneficio da una for-

mazione specifica volta a evidenziare i danni provocati dalle MGF (Bjälkander, Leigh, Harman, *et al.*, 2012).

La mutilazione genitale femminile (MGF) è stata bandita nello stato di Bayelsa, Nigeria, ma ci sono prove vengano tuttora praticata da circoncisori tradizionali e operatori sanitari. Lo studio di Ibrahim *et al.* (2013) mira a determinare la conoscenza, l'atteggiamento e la pratica delle MGF tra medici e infermieri/ostetriche e negli ospedali a Bayelsa. È stato somministrato un questionario strutturato a 197 medici, infermieri e ostetriche negli ospedali. Tutti gli intervistati erano a conoscenza delle MGF. Una maggiore percentuale di infermiere/ostetriche rispetto ai medici avevano trattato pazienti con complicazioni di MGF. Più del 90% degli intervistati ha dichiarato che non è una buona pratica. Dei 70 intervistati di sesso femminile, 19 (27,1%) hanno dichiarato di essere circoncese. Solo un'infermiera/ostetrica ha ammesso di effettuare MGF ancora.

Lo studio ha rivelato un elevato livello di consapevolezza MGF tra medici e infermieri/ostetriche che lavorano in ospedali pubblici nello stato di Bayelsa. È inoltre emersa la loro avversione e la disposizione favorevole verso l'eliminazione di tale pratica dannosa. Gli operatori vanno continuamente informati con seminari e altri incontri. Questi professionisti formano un pool di agenti di cambiamento che può essere utilizzato per raggiungere le comunità (Ibrahim, Oyeyemi, Ekine, 2013).

Un altro studio (Abdel, 2012) svolto in Sudan (giugno-luglio 2012) ha coinvolto una selezione casuale di 154 ostetriche con l'obiettivo di valutare le conoscenze e gli atteggiamenti delle ostetriche nei confronti delle MGF in Sudan orientale. Più di due terzi di loro ha avuto a che fare con la pratica delle MGF più volte nella vita. Ma si evidenzia un basso livello di consapevolezza dei tipi di pratica MGF in quanto solo il 7% ha identificato i quattro tipi correttamente. 30 (19,1%) delle ostetriche ha sostenuto che tutti i tipi di MGF sono dannose, il 76,4% (120/157) erano del parere che alcune forme non sono nocive e 7 (4,5%) ha riferito che tutti i tipi di MGF non sono dannose. Allo stesso modo mentre il 74,5% (117/157) delle ostetriche intervistate ha detto che la MGF è una pratica legale, solo il 25,5% (40/117) erano del parere che la MGF fosse una pratica illegale. La stragrande maggioranza delle intervistate (64,3%, 101/157) riteneva che le MGF riducessero il piacere sessuale. Più della metà (53,5%, 84/157) dei partecipanti hanno affermato che le MGF non aumentano il rischio di trasmissione dell'HIV. Un'alta percentuale di intervistati è a conoscenza delle possibili complicanze (71,3%, 112/157). Dovrebbe essere fatto uno sforzo notevole per scoraggiare il proseguimento della pratica MGF tra le ostetriche in Sudan. Questo risultato si potrebbe ottenere migliorando la conoscenza e la consapevolezza tra le ostetriche e le comunità (Abdel, 2012).

La prevalenza delle MGF in Gambia è del 76,3%. L'obiettivo del paper di Kaplan *et al.* (2013) è stato quello di ottenere informazioni precise sulle conseguenze per la salute a lungo termine, nonché sull'impatto sul parto e sulla salute dei neonati.

I dati sono stati raccolti su 588 pazienti di sesso femminile in cura prima della gravidanza o per il parto in ospedali e centri sanitari. La prevalenza di pazienti che avevano subito MGF è stata del 75,6% (tipo I: 75,6%; tipo II: 24,4%). Le donne con diabete avevano una prevalenza significativamente più alta di problemi di salute a lungo termine (ad esempio, dismenorrea, dolore vulvare o vaginale), e problemi legati alla guarigione anomala (ad esempio, fibrosi, cheloidi, sinechie), e disfunzioni sessuali. Le donne con MGF avevano anche molte più probabilità di soffrire di complicazioni durante il parto (strappo perineale, travaglio, episiotomia, cesareo, nati morti) e le complicanze associate alla guarigione anomala. Allo stesso modo, i neonati avevano più probabilità di soffrire di complicazioni come sofferenza fetale e caput della testa fetale.

Questo studio dimostra che alle MGF è associata una varietà di conseguenze per la salute a lungo termine, che le donne con MGF hanno quattro volte più probabilità di soffrire di complicazioni durante il parto, e il neonato ha quattro volte più probabilità di avere complicazioni di salute se la partoriente ha subito MGF. Questi risultati evidenziano per la prima volta l'entità delle conseguenze durante il parto e per il neonato, associata a MGF in Gambia.

L'indagine mette in evidenza il fatto che le complicazioni durante il parto sono notevolmente aumentati per le donne con MGF rispetto alle donne che non le hanno subite, così come i tassi di nati morti e complicazioni di salute per i neonati. I dati sono stati raccolti dagli studenti di ostetricia in Gambia durante il loro praticantato al termine della specializzazione, contribuendo così a sensibilizzare e istruire gli studenti e i loro tutor sulle conseguenze delle MGF. I risultati, a prescindere dal loro valore scientifico intrinseco, sono anche molto utili per il trasferimento di conoscenze mediche per quanto riguarda la nocività delle MGF agli operatori sanitari del Gambia, e rafforzano la necessità di attuazione di un programma nazionale di formazione per gli operatori sanitari e studenti per quanto riguarda la questione, mettendo in evidenza le conseguenze sulla salute osservate in Gambia.

I risultati clinici hanno anche un alto valore sociale, come dimostrato nel 2011, quando sono stati presentati al Colloquium of West African Imams and Oulemas, in Mauritania, portando ad una risoluzione "Fatwa" che riconosce le MGF come una pratica dannosa e conferma l'impegno delle autorità musulmane per evitare la sua perpetuazione (Kaplan, Forbes, Bonhoure, *et al.*, 2013).

La Somalia è uno dei paesi dove la pratica è più diffusa. Un interessante studio ha esaminato gli atteggiamenti verso le MGF intervistando (attraverso un

questionario strutturato) 215 persone selezionate casualmente, tra cui uomini e donne, a Hargeisa, in Somalia, dal luglio al settembre del 2011.

I risultati mostrano che il 97% delle partecipanti allo studio sono state circonscise. Di queste, 81% sono state sottoposte al tipo 3, mentre il 16% è stato sottoposto al tipo 1 o 2 e il 3. Circa l'85% degli intervistati ha intenzione di circonscidere le proprie figlie, con il 13% che pianificano la forma più radicale. Tra gli uomini, il 96% ha preferito sposare donne circonscise, e nel complesso, il 90% degli intervistati sono favorevoli alla prosecuzione della pratica. La stragrande maggioranza degli intervistati dello studio ha una buona conoscenza degli effetti negativi sulla salute della circonscisione femminile. Alcuni ritengono che la circonscisione femminile (la forma Sunna) sia un requisito religioso e in questa forma non sia nociva. Di conseguenza, dal momento che la religione è un fattore significativo dietro l'atteggiamento positivo verso la pratica, interventi religiosi dovrebbero essere la priorità.

Si nota inoltre che le donne erano meno propense a sostenere la prosecuzione della pratica rispetto alle loro controparti maschili. Le campagne di sensibilizzazione dovrebbero essere anche destinate agli uomini, com'è ampiamente noto senza il coinvolgimento degli uomini in programmi di eradicazione, gli sforzi verso l'abolizione della pratica hanno poca possibilità di successo.

Lo studio mostra che il sostegno verso la persistenza della pratica è profondamente alto in Somalia. Le persone sono consapevoli degli effetti della salute e dei diritti umani negati quando si praticano MGF, tuttavia sostengono il proseguimento della pratica. Pertanto, oltre 30 anni di campagne hanno prodotto progressi limitati e ciò richiede un approccio alternativo se si vuole raggiungere il traguardo dell'eliminazione della circonscisione femminile in Somalia. Tale approccio volto alla eradicazione delle MGF in Somalia dovrebbe nascere e crescere nella comunità locale, e la sua attuazione dovrebbe essere la loro responsabilità (Gele A. A., Bø B.P., Sundby J., 2013).

Infine, la letteratura riporta diversi lavori che indagano la questione delle MGF rispetto alle leggi e ai diritti umani. Si riscontra un diffondersi sempre più ampio in Africa e nei paesi dove la pratica è diffusa di leggi che la vietano e che la inquadrano come crimine che lede i diritti umani di base (Cfr. Magied, 2013, Mujuzi, 2012).

I media occidentali hanno ampiamente trattato il tema delle MGF in Africa, anche se spesso solo da una posizione unilaterale e parziale, legata al proprio punto di vista, presentando le MGF in modo uniforme e ignorando le complessità culturali che sottendono queste pratiche. Anche se concordiamo che debbano essere abbandonate, il dibattito sulla questione deve essere fondato su una migliore esposizione dei fatti.

Paradossalmente, l'effetto di alcune campagne anti-mutilazione in Africa è quello di dare un maggiore controllo sul corpo e la vita delle donne ai governi

locali, leader politici e ai religiosi, perlopiù maschi. Sarebbe auspicabile che le donne guidassero maggiormente i programmi di abbandono.

Lo studio del Public Policy Advisory Network on Female Genital Surgeries in Africa, (2012) illustra sette punti, che mettono in discussione molte convinzioni sulle MGF che si dovrebbero tenere presenti nel tentativo di mettere fine alla pratica MGF.

1. Ricerche condotte da ginecologi e altri ricercatori hanno dimostrato che una elevata percentuale di donne che hanno subito mutilazioni hanno una vita sessuale soddisfacente, conservano desiderio, eccitazione, orgasmo, la loro frequenza di attività sessuale non è ridotta.
2. È molto pubblicizzato il fatto che le MGF abbiano effetti gravi sulla salute riproduttiva e determinino complicanze mediche, ma si tratta di casi abbastanza rari in Africa che rappresentano l'eccezione piuttosto che la regola.
3. In molti centri medici in Africa le MGF sono viste come interventi estetici che migliorano il corpo e non nell'accezione negativa di mutilazioni.
4. La chirurgia ai genitali non è limitata alle donne.
5. Non c'è una vera associazione tra patriarcato e persistenza e volontà di praticare le MGF.
6. Le MGF sono tipicamente controllate e gestite dalle donne.
7. I risultati dello studio WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome e che non sono stati molto pubblicizzati non supportano la convinzione che le MGF siano causa di morte di madri e figli durante il parto. (Public Policy Advisory Network on Female Genital Surgeries in Africa, 2012)

Si tratta certo di una questione difficile da interpretare e che è alimentata da secoli di convinzioni errate e malintesi, ma come sempre è importante non criminalizzare e non forzare sensazionalismi.

1.4.1 Il cambiamento

Dal 2008, il “Joint programme” (UNFPA-UNICEF, (2012), *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting Updated Proposal August 2012 —from the original November 2007*) è stato lo strumento privilegiato delle Nazioni Unite per la promozione dell'abbandono delle MGF, sfruttando le dina-

miche sociali emergenti a livello comunitario, nazionale, livello regionale e globale, al fine di contribuire all'abbandono di questa pratica in una sola generazione. Il successo documentato del programma costituisce un risultato concreto di approccio culturalmente sensibile e olistico basato sui diritti umani e utilizzato per sostenere le comunità nel cambiare le norme sociali e per consentire ai governi di creare ambienti favorevoli ad un processo di cambiamento sociale che migliori la situazione delle ragazze attraverso il riconoscimento e il rispetto dei loro diritti.

Basandosi sui successi dei primi tre anni, è stato deciso dal Comitato Direttivo di prorogare il termine del programma di un anno fino al 31 dicembre 2013. Questo ha dato al programma più tempo per proseguire il programma di ridurre la prevalenza delle MGF. Il programma comune è oggi il più grande sforzo programmatico al mondo per promuovere l'abbandono delle MGF, e attualmente è attivo in 15 paesi.

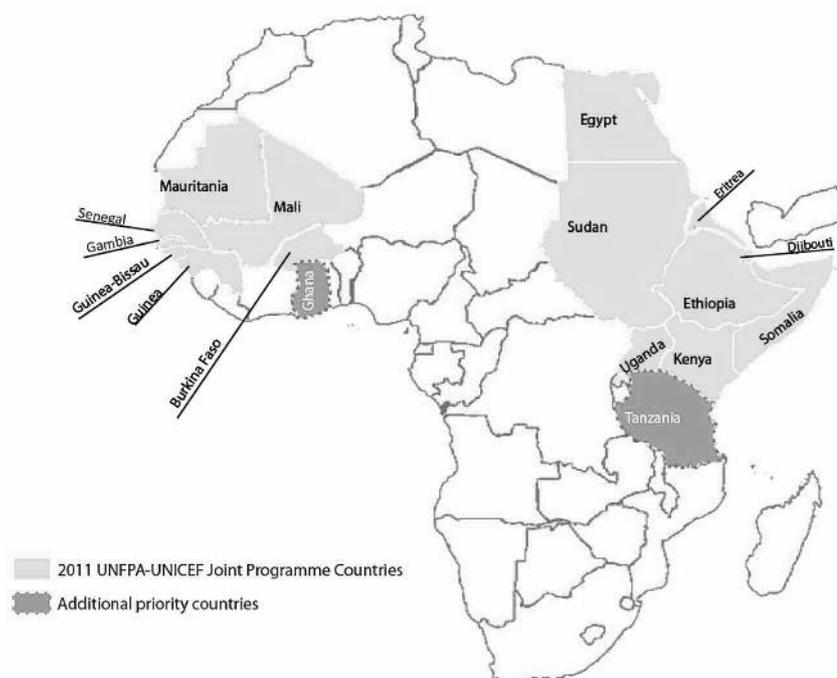
Tabella 2.1 - Paesi che sono entrati a far parte del Joint Programme

Country entry date in the FGM/C joint programme		
2008	2009	2011
1 - Djibouti	9 - Burkina Faso	13 - Eritrea
2 - Egypt	10 - Gambia	14 - Mali
3 - Ethiopia	11 - Uganda	15 - Mauritania
4 - Guinea	12 - Somalia	
5 - Guinea Bissau		
6 - Kenya		
7 - Senegal		
8 - Sudan		

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2011

Come parte di un approccio strategico innovativo, le due agenzie delle Nazioni Unite lavorano in sinergia con i governi nazionali, supportando attività community-based e nazionali. Il principale orientamento del programma è di sostenere e accelerare gli sforzi già intrapresi a livello nazionale e regionale. UNFPA e UNICEF continueranno a lavorare congiuntamente in collaborazione con i partner per contribuire all'abbandono della pratica. L'obiettivo della proposta congiunta è stato delineare le aree chiave su cui agire e redigere una valutazione finale congiunta del programma comune che ne sintetizzi i risultati, le lezioni apprese e le decisioni strategiche per il futuro.

Le valutazioni di sforzi passati hanno fornito la base per la formulazione di un

Figura 2.1 - I paesi del Joint Programme

modello di programma olistico che comporta una comprensione delle MGF come norma sociale e fornisce supporto agli interventi con più interlocutori su più livelli (locale, nazionale e globale). Basandosi su nuovi sviluppi nelle scienze sociali e da evidenze empiriche, l'approccio prende come riferimento e punto di partenza e arrivo i diritti umani ed è utilizzato per migliorare misure complementari, quali una legislazione efficace, l'impegno della comunità, il rafforzamento dei servizi per la salute riproduttiva e iniziative di educazione dei giovani.

L'approccio programmatico è in vigore dal 2008 con la Dichiarazione Interagency: Eliminazione della mutilazione genitale femminile, firmata da 10 agenzie delle Nazioni Unite ed è guidato dai seguenti principi:

- Le MGF sono un problema significativo per la salute sessuale e riproduttiva;
- Bisogna valorizzare le comunità, che devono essere in grado di fare delle scelte collettive;
- Dichiarazioni pubbliche di impegno ad abbandonare le MGF sono un potente mezzo di persuasione;
- È necessario coinvolgere i leader tradizionali e religiosi come agen-

- ti di cambiamento;
- È importante fermare la medicalizzazione delle MGF;
- Campagne mediatiche efficaci formano/modificano gli atteggiamenti;
- Un quadro giuridico basato sui diritti umani accelera l'abbandono.

Fin dall'inizio del programma, comunità e gruppi, in 14 dei 15 paesi hanno pubblicamente dichiarato la loro intenzione di abbandonare le MGF. Il numero di comunità coinvolte è aumentato da circa 3.200 nel 2008 a oltre 8.000 nel 2012, con un aumento del 30% all'anno. Questa è una forte indicazione del fatto che le norme sociali intorno alla pratica stanno cominciando a cambiare. A partire dal 2012, 12 dei 15 paesi del programma hanno promulgato leggi che vietano la pratica. L'impegno a lungo termine da parte dei governi africani è aumentato negli ultimi quattro anni e indica che gli interventi governativi continueranno (Cfr. UNFPA-UNICEF, 2012, *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting Updated Proposal August 2012 (from the original November 2007)*).

Tabella 2.2 - I sette goal stabiliti dal Joint Programme

GOAL ONE	Laws and Policies Against FGM/C
GOAL TWO	Local Commitment To FGM/C Abandonment
GOAL THREE	Media Campaigns and Other Forms of Communication
GOAL FOUR	Integration of Prevention and Care of FGM/C Into Reproductive Health Services
GOAL FIVE	New and Existing Partnerships with Religious and Traditional Leaders and other Institutions
GOAL SIX	Tracking of Programme Benchmarks
GOAL SEVEN	Strengthened Regional Dynamics for the Abandonment of FGM/C

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

Tabella 2.3 - Comunità che hanno annunciato il loro impegno

ad abbandonare le MGF

Nel 2008, il Sudan's National Council on Child Welfare (NCCW) e il

Country	Communities in 2011
Burkina Faso	104
Djibouti	99
Egypt	-
Ethiopia	200
Eritrea	4
Gambia	586
Guinea	160
Guinea-Bissau	-
Kenya	15
Mali	21
Mauritania	78
Senegal	760
Somalia	211
Sudan	470
Uganda	36
Total	2,744 Communities

These achievements are a result of combined funds provided by several donors to UNICEF, UNFPA and NGOs partners

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

Tabella 2.4 - Media coinvolti nel Joint Programme contro le MGF

Country	2011
Burkina Faso	840
Djibouti	40
Egypt	75
Ethiopia	104
Eritrea	12
Gambia	333
Guinea	1
Guinea-Bissau	90
Kenya	122
Mali	504
Mauritania	22
Senegal	773
Somalia	175
Sudan	336
Uganda	58
Total	3,485

These achievements are a result of combined funds provided by several donors to UNICEF, UNFPA and NGOs partners

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

Tabella 2.5 - Numero di giornalisti addestrati dal Joint Programme

Country	2011
Burkina Faso	32
Egypt	265
Eritrea	45
Guinea	30
Mali	80
Mauritania	30
Uganda	30
Total	512

These achievements are a result of combined funds provided by several donors to UNICEF, UNFPA and NGOs partners

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

National Strategic Planning Centre hanno approvato una strategia finalizzata a determinare l'abbandono delle MGF in tutto il paese in una generazione. La strategia si concentra sulla promozione del dialogo che stimola un cambiamento collettivo comportamentale all'interno della comunità. Si sono tenute consultazioni con attivisti, esperti di comunicazione, accademici, linguisti, poeti, studiosi, religiosi, membri delle comunità e il personale del Joint programme. La strategia che è emersa comporta la sostituzione ed eliminazione delle idee e parole negative come *Ghalfa* in riferimento alle ragazze non mutilate, con altre parole, che descrivono il fatto di non essere mutilate come uno stato desiderabile e naturale. Ma la campagna cerca anche di non screditare una tradizione di lunga data. Crea una nuova norma sociale che prenda il posto di quella antica e che celebra le ragazze che sono *Saleema* - nome di femminile arabo che significa tutto, intatto, sano nel corpo e nella mente, illeso, incontaminato, nella condizione in cui Dio ci ha creato, perfetto.

Ma frenare le MGF richiede più che cambiare un'etichetta. A partire dal 2008, gli attivisti locali e coloro che si occupano dei media in tutti i 15 stati del Sudan sono stati addestrati a spiegare le conseguenze delle reti comunitarie che sostengono le MGF e sono stati ingaggiati per realizzare la campagna nazionale, lanciata ufficialmente nel gennaio 2010. L'idea è quella di posizionare il messaggio *Saleema* nella cultura locale attraverso le canzoni (c'è una canzone della campagna), la poesia e la TV di animazione. Vengono utilizzati abiti con

colori tradizionali *Saleema* - soprattutto arancio, rosso, giallo e verde - e prodotti promozionali tra cui ceramiche, striscioni, tovaglie e manifesti contenenti cinque diversi messaggi. Ci sono quattro diversi script radio e un video animato.

Circa 640 comunità sudanesi sono coinvolte nella campagna *Saleema*, rispetto ai 450 nel 2009. Ogni comunità ha circa 30 reti attive - di giovani, donne, bambini, dirigenti, studiosi di religione, legislatori e rappresentanti dei media - che sono la chiave per diffondere il concetto *Saleema*. Il governo è impegnato sia a livello nazionale e statale, e attraverso il ministero del welfare. Si tratta di un programma ampio e importante che ha coinvolto diversi livelli della società promettendo ottimi risultati.

In questa prospettiva all'inizio del 2011 lo Stato di Khartoum e il Ministero

Figura 2.2 - Testo di propaganda della campagna Saleema

Text of Saleema Posters in Sudan

Because I am strong in my decisions.

Because I am not afraid of change.

Because what we are learning now is more than what we knew before.

Because our whole society is changing for the better.

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

della Salute, in collaborazione con il NCCW e l'UNICEF, hanno lanciato un programma chiamato *Born Saleema* per proteggere i neonati e le bambine.

Le donne che partoriscono bambine sono registrate e visitate da sanitari appo-

Figura 2.3 - Il giuramento Saleema

The Born Saleema Pledge

"I add my name to the growing number of those who pledge to protect their daughters by keeping them Saleema, the way God made them, and especially by keeping them safe from the lifelong harm caused by female genital mutilation/cutting."

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

sitamente formati che spiegano i vantaggi di *Saleema* ai genitori e membri della famiglia che è invitata ad aderire alla campagna. Le famiglie che aderiscono firmano un impegno.

Una volta che madre e bambino lasciano l'ospedale, ogni famiglia *Saleema* è monitorata attraverso visite a domicilio da parte di operatori sanitari. I servizi sanitari, comprese le vaccinazioni, cibo, consulenza sono forniti gratuitamente. Si prevede che il successo della campagna a Khartoum aprirà la strada per l'integrazione del programma in tutti i servizi per la salute riproduttiva del Sudan.

Una serie di importanti lezioni sono emerse dagli ultimi quattro anni di lavoro del programma comune di collaborazione con i governi, le ONG partner, gruppi della società civile e le comunità locali. È diventato sempre più chiaro che mentre le leggi nazionali contro la MGF sono importanti, al fine di essere efficaci nel bloccare la pratica devono essere sostenute da politiche nazionali che conferiscono competenze chiave agli attori governativi per fornire sostegno alle comunità e per porre fine alla pratica. I funzionari della giustizia hanno anche bisogno di essere accuratamente addestrati e formati per applicare la legge e la polizia dovrebbe essere istruita in materia di diritti umani; inoltre, le norme della legislazione nazionale contro le MGF devono essere tradotte e distribuite in tutte le lingue locali in una forma facile da capire per tutti.

Purtroppo, quando un paese passa una legge contro le MGF, a volte la pratica viene eseguita clandestinamente o in un altro paese dove è ancora legale. Anche se l'applicazione della legge può essere un deterrente, in ultima analisi, l'unica cosa che spazzerà via la pratica è una comprensione da parte delle comunità che le MGF non hanno alcuna utilità ed i loro effetti sono solo negativi. È importante che le persone capiscano perché dovrebbero rifiutare tutte le forme di MGF, anche le più blande. La ragione è che tutte le forme sono una violazione dei diritti delle donne, della loro integrità, autonomia e dignità. Maggiore attenzione dovrebbe essere prestata alla emancipazione delle donne attraverso una comprensione dei loro diritti.

Alcuni leader religiosi continuano a collegare le MGF con l'Islam: questo equivoco va corretto. I leader religiosi hanno la responsabilità di fornire una guida che promuova la salute, il benessere e la dignità di tutti i membri della loro comunità in tutti gli aspetti della vita, comprese le MGF. I leader religiosi e gli operatori sanitari possono creare reti e rendere le campagne di comunicazione ancora più efficaci. Il coinvolgimento di importanti capi tradizionali nella campagna di sensibilizzazione è anche una strategia efficace che può portare ad abbandonare la pratica, e la partecipazione dei comunicatori tradizionali rafforza e modifica anche la cultura locale. Utilizzando dei portavoce all'interno di una comunità si può meglio coinvolgere e ottenere il sostegno della stessa.

Sempre più i mezzi di comunicazione sono frequentati dai leader religiosi e

Tabella 2.6 - Una selezione di risultati chiave del Joint Programme 2011-2012

Output	Indicator	2010	2011
Output 1	1.2. Joint Programme Countries with laws (both national and regional) on FGM/C (out of 15)	9	11
	1.3. Enforcement of legislation relevant to FGM/C.	198	141
	2.3. Number of communities that made public declarations to abandon FGM/C. Number of families in Sudan and Egypt who abandoned the practice	596 16,095	2,744 3,602 (Egypt only)
Output 3	Number of Inter-Community Meetings Held.	239	
	Media events on FGM/C	2,784	3,485
Output 4		In 2010, the Joint Programme analyzed, disseminated and applied research conducted in 2009 in Egypt, Djibouti and Somalia. Nine country case studies and five articles on FGM/C programming were produced.	In 2011, the Joint Programme applied lessons learned from 2010-2011 programme evaluations in Somalia, and Djibouti while new evaluations were undertaken in Ethiopia and Eritrea (under finalization). The Joint Programme implemented a revised logical framework for the programme, as well as a standard database for tracking of key indicators.
Output 5	5.1. Existence of adequate health policies that address FGM/C.		11 out of 15 countries report that there is an adequate health policy in place to address FGM/C.
	Health facilities integrating the management of complications of FGM/C in 2010	484	10 out of 15 countries reported training health care providers in health facilities at local and national levels. According to country reports, at least 86,954 health care providers were trained in 2011, and at least 216 facilities had integrated FGM/C-related treatments into their services.
	Health care providers trained	1,429	
	Women and girls who received services for complications from FGM/C	41,121	55,183
	Religious leaders publicly declaring that FGM/C should be abandoned	6,356	4,107
Output 6	NGOs/government entities incorporating social norms approaches into policies and programmes	233	
	NGOs/CBOs/management committees trained	678	
Output 7		In 2010, the target countries received regular and on-going capacity building through staff visits and on line. The 2010 country work plan was reviewed during the annual consultation in mid-2010; examples of targets and indicators were provided and countries received assistance in introducing result-based indicators. The Joint Programme collaborated with the Program on International Health and Human Rights (PIHHR), Harvard School of Public Health, in developing more human rights-based, culturally sensitive monitoring, evaluation and reporting, indicators and tools to guide fieldwork and future analysis.	In 2011, the monitoring and reporting functions were supported with additional technical inputs from headquarters and regional offices. Annual workplanning benefitted from a revised worksheet that incorporated a tracking function. The revised programme indicators were circulated to country offices, accompanied by an Excel database and three trainings on its content (2 Webinars and 1 in-person training). Country offices reported that, by and large, the implementing partner reports were delivered in a timely manner, but with varying degrees of quality. All countries highlighted the need for increased capacity within all stakeholders (UNICEF, UNFPA, Government Agencies and implementing partners) to monitor, synthesize and report on programme outputs.
Output 8	Functioning sub-regional coalitions Sub-Regional Declarations	73	33
Output 9	Global advocacy events on FGM/C conducted	8	9
Output 10		In 2010, 11 academic experts were invited to the fourth Academic Consultation on Social Conventions and Social Norms, organized by UNICEF. The Joint Programme also collaborated with the Program on International Health and Human Rights (PIHHR), Harvard School of Public Health, developed a literature review, guidance for integrating human rights into the intervention (the theoretical and analytical framework) as well as country context summary reports.	The Joint Programme embarked on a new data analysis, led by UNICEF, of existing household survey data from DHS and MICS to analyse trends in FGM/C prevalence and practice over the past 20 years. The publication, which will be out in late 2012 (due to data availability considerations) will examine programmatic theories in relation to the data. In addition, 2011 marked the implementation of the revised logical framework developed by Harvard University's Programme on International Health and Human Rights, reported in 2010.

*These achievements are a result of funds provided by the Joint Programme as well as other donors to the UNFPA, UNICEF, Government and NGO partners.

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

dai rappresentanti delle comunità. Può essere molto efficace riprendere/proporre le voci degli stessi membri della comunità, che sono molto convincenti nel promuovere l'abbandono delle MGF tra i membri del proprio gruppo di appartenenza.

I giovani e gli uomini hanno bisogno di essere ancora più attivamente coinvolti. È importante dare vita ad un approccio partecipativo alla progettazione, e implementare i processi di valutazione dei risultati in modo da individuare le strategie migliori. I programmi dovrebbero estendersi per più anni in modo da poter garantire una continuità di contatto e presenza nelle comunità in grado di costruire relazioni di fiducia con le comunità a lungo termine.

La comprensione dei diritti e delle responsabilità umane è la chiave per la trasformazione sociale e può porre una base importante per tutte le attività di sviluppo. Al fine di non mostrarsi troppo giudicanti nei confronti di altre culture, bisogna valorizzare e supportare le tradizioni africane positive. Infine, vi è la necessità di istituire strutture e iniziative per fornire alle donne che hanno subito le mutilazioni un supporto legale, medico e psicologico.

La prevalenza delle mutilazioni genitali femminili (MGF) si sta riducendo in quasi tutti i paesi in cui la pratica è considerata una tradizione. Ci sono enormi differenze tra i paesi e le comunità, però, ci sono stati in generale molti abbandoni e in molti paesi e comunità la pratica è stata più che dimezzata da una generazione a quella successiva. Vari interventi attuati negli ultimi 30-40 anni sono stati fondamentali per stimolare questa riduzione, anche se nella maggior parte dei casi la diminuzione è stata lenta. Questo solleva interrogativi circa l'efficacia degli interventi per eliminare le mutilazioni genitali femminili e l'urgente necessità di incanalare le limitate risorse disponibili dove il terreno è più fecondo e l'abbandono più importante. Lo studio di Johansen *et al.* ha lo scopo di contribuire alla progettazione di interventi più efficaci per valutare meglio cosa funziona e cosa non funziona e discute alcuni degli approcci più comuni che sono stati valutati: rischio per la salute, conversione di escissori, formazione di professionisti della salute come agenti di cambiamento, riti alternativi, approcci di comunità, dichiarazioni pubbliche e misure legali.

Nel tentativo di favorire l'abbandono completo delle MGF è necessario mettere in atto un programma che fornisca un approccio olistico che si estenda su diversi livelli e attività, gli autori ritengono che è altrettanto importante una pianificazione e un adattamento locale degli interventi. Prima di mettere in atto qualsiasi intervento va valutata la situazione di partenza e creato un approccio adatto alla comunità a cui ci si rivolge. Questo produrrà una disponibilità della comunità a cambiare, e permetterà di comprendere alcuni fattori relativi alla MGF, processi decisionali, dinamiche di potere, significati attribuiti alle MGF, fondamentali per un approccio corretto al problema. Bisognerebbe inoltre inclu-

dere piani e procedure per il monitoraggio del processo. Ciò comporta una documentazione completa di ciascuna fase dell'intervento. Infine, un buon progetto dovrebbe includere la valutazione della produzione e risultati e confrontare la situazione prima e dopo e / o stabilire un luogo di confronto. Si deve tener conto che gli interventi richiedono tempo considerevole prima che possano provocare cambiamento effettivo. Il tempo necessario può variare notevolmente tra le comunità, a seconda di vari fattori locali e contestuali (Johansen, Diop, Laverack, *et al.*, 2013).

L'UNICEF e il Governo della Gran Bretagna hanno inoltre organizzato per il mese di luglio del 2014 il primo vertice, *Girl Summit 2014*, volto a mobilitare gli sforzi nazionali e internazionali per porre fine alla mutilazione genitale femminile e il matrimonio precoce e forzato (CEFM) nell'arco di una generazione.

Le ragazze e le donne hanno il diritto di vivere libere dalla violenza e dalla discriminazione e realizzare il loro potenziale, ma milioni non hanno potuto farlo a causa di pratiche dannose quali le MGF e CEFM, che sono illegali nel Regno Unito.

La buona notizia è che le cose stanno cambiando. Nel cuore delle comunità e delle famiglie nel Regno Unito e in tutta l'Africa, Asia meridionale, Medio Oriente e in Europa, sempre più persone stanno dicendo di no a queste pratiche. Il nostro ruolo è quello di andare oltre, sostenere e accelerare i loro sforzi per il loro fine.

Figura 2.4 - La pagina di presentazione del sito del vertice

GIRL SUMMIT 2014
GIRLS HAVE THE RIGHT TO REACH THEIR FULL POTENTIAL

PLEDGES
911

I want to help end FGM and child marriage in a generation

© STEPHANIE SINCLAIR / VII / TOOYOUNGTOWED.ORG

Child, early and forced marriage affects millions of girls every year. One in three girls in developing countries is married by the age of 18. Some are as young as eight. Girls who marry young have babies while still children, putting them at risk of death or suffering for the rest of their lives. They are more likely to be poor and stay poor.

In the UK, hundreds of girls risk being forced into marriage, violating their human rights. **Forced marriage** victims can suffer physical, psychological, emotional, financial and sexual abuse.

Female genital mutilation (FGM) removes a girl's right to have control over her own body. Traditionally considered

PLEDGE YOUR SUPPORT THROUGH FACEBOOK & TWITTER

f

🐦

Fonte: <http://www.girlsummitpledge.com/>

Figura 2.5 - Il vertice è pubblicizzato e promosso sui social network

UNICEF
Ti piace · 8 h

“There is this new movement that is trying to teach people about the dangers of cutting their daughters. It is good for us to be able to discuss these things in school.”

— Neshwa, 15, Sudan

#endFGM

Foto del diario Opzioni Condividi Invia

Non mi piace più · Commenta · Condividi

👍 Piace a te e altri 5.525 · Commenti più in vista -

📄 884 condivisioni

Tinashe Samuriwo its true its a terrible thing to do but when it comes to cultural traditions peoples beliefs are the hardest to break even when its made illegal or discouraged some people still do it behind closed doors and in silence the best way is to educate the ne... Altro...

Mi piace · Rispondi · 24 · 7 h

Unitedcitizens Uecou Uecou Lets all stand against this kind of violation to our girls!!

Mi piace · Rispondi · 20 · 7 h

Scrivi un commento...

UNICEF
Ti piace · 22 ore fa

We can end female genital mutilation (FGM) and child marriage within a generation – but only if we work together to say NO to these harmful practices. Let girls be girls: <http://uni.ct/GS14>

Mi piace · Commenta · Condividi

👍 Piace a 7.477 persone · Commenti più in vista -

📄 1.588 condivisioni

Where there is love there is life Growth is painful. Change is painful. But nothing is as painful as staying stuck somewhere you don't belong. - Mandy Hale.

Mi piace · Rispondi · 18 · 22 ore fa

Tilottama Dey Protect her like ur daughter...care for her like ur wife...respect her like ur mother!!!!

Mi piace · Rispondi · 29 · 22 ore fa

Brijesh Singh very nice comment

Mi piace · 3 h

Scrivi una risposta...

Ng Hing Keung NHK : it's time to let girls...be girls...not mothers...not brides...not sex slaves~...We support UNICEF wholeheartedly in

Scrivi un commento...

when girls are allowed to be girls, we all do better.

#GirlSummit unicef

Fonte: <http://www.girlsummitpledge.com/>

Il rapporto dell'Unicef *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change* (2013) è una panoramica statistica completa delle mutilazioni genitali femminili nei 29 paesi dove la pratica è concentrata. L'analisi dei dati riflette la situazione attuale e informa sulle ultime iniziative politiche. Lo scopo della relazione è di realizzare una compren-

sione approfondita delle MGF che può servire allo sviluppo di politiche e programmi, con l'obiettivo finale di eliminare la pratica.

Tabella 2.7 - Paesi dove la pratica persiste

Benin	DHS 2001, DHS 2006
Burkina Faso	DHS 1998-1999, DHS 2003, MICS 2006, DHS/MICS 2010
Cameroon	DHS 2004
Central African Republic	DHS 1994-1995, MICS 2000, MICS 2006, MICS 2010
Chad	MICS 2000, DHS 2004, MICS 2010
Côte d'Ivoire	DHS 1994, DHS 1998-1999, MICS 2006, DHS 2012
Djibouti	MICS 2006
Egypt	DHS 1995, DHS 2000, DHS 2003, DHS 2005, DHS 2008
Eritrea	DHS 1995, DHS 2002
Ethiopia	DHS 2000, DHS 2005
Gambia	MICS 2005-2006, MICS 2010
Ghana	DHS 2003, MICS 2006, MICS 2011
Guinea	DHS 1999, DHS 2005
Guinea-Bissau	MICS 2006, MICS/Reproductive Health Survey (RHS) 2010
Iraq	MICS 2011
Kenya	DHS 1998, DHS 2003, DHS 2008-2009
Liberia	DHS 2007
Mali	DHS 1995-1996, DHS 2001, DHS 2006, MICS 2010
Mauritania	DHS 2000-2001, MICS 2007, MICS 2011
Niger	DHS 1998, DHS/MICS 2006
Nigeria	DHS 1999, DHS 2003, MICS 2007, DHS 2008, MICS 2011
Senegal	DHS 2005, DHS/MICS 2010-2011
Sierra Leone	MICS 2005, DHS 2008, MICS 2010
Somalia	MICS 2006
Sudan	DHS 1989-1990, MICS 2000, Sudan Household Health Survey (SHHS) 2006, SHHS 2010
Togo	MICS 2006, MICS 2010
Uganda	DHS 2006, DHS 2011
United Republic of Tanzania	DHS 1996, DHS 2004-2005, DHS 2010
Yemen	DHS 1997

Fonte: Unicef: Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change (2013)

Tabella 2.7 - 24 dei 29 paesi in cui la pratica è presente hanno emanato una legge contro le MGF

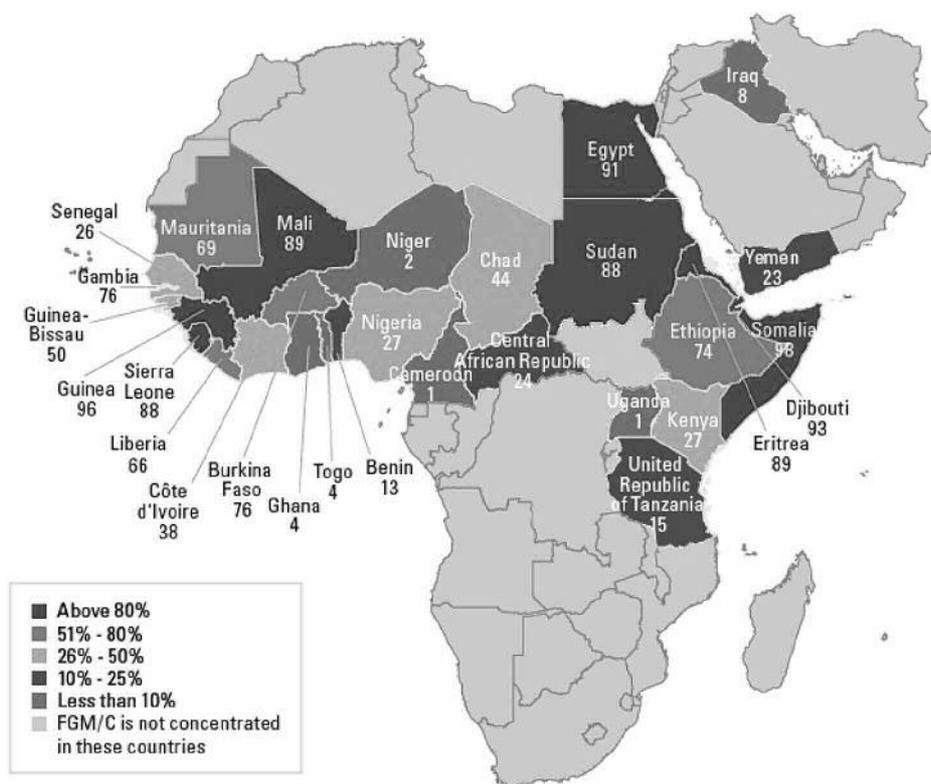
Benin	2003
Burkina Faso	1996
Central African Republic	1966, 1996*
Chad	2003
Côte d'Ivoire	1998
Djibouti	1995, 2009*
Egypt	2008
Eritrea	2007
Ethiopia	2004
Ghana	1994, 2007*
Guinea	1965, 2000*
Guinea-Bissau	2011
Iraq (Kurdistan region)	2011
Kenya	2001, 2011*
Mauritania	2005
Niger	2003
Nigeria (some states)	1999-2006
Senegal	1999
Somalia	2012
Sudan (some states)	2008-2009
Togo	1998
Uganda	2010
United Republic of Tanzania	1998
Yemen	2001

Fonte: Unicef: Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change (2013)

Nei paesi in cui le MGF sono concentrate, gli atteggiamenti che portano alla pratica possono essere sfruttati per promuovere la sua eliminazione. Per farlo, è essenziale esplorare ciò che la gente pensa della pratica.

◇ Il sostegno offerto varia tra i gruppi con differenti background sociali ed economici?

Figura 2.8 - Percentuali di ragazze e donne tra i 15 e i 49 anni che hanno subito MGF in base al paese di provenienza



Fonte: Unicef: *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change* (2013)

- ◇ Donne e uomini condividono le stesse opinioni?
- ◇ Quali sono i vantaggi percepiti delle MGF?
- ◇ Quali sono le ragioni per cui le donne e gli uomini credono di dover continuare?

Nella programmazione bisogna quindi...

Tenere conto delle differenze tra gruppi di popolazione e tra i confini nazionali. Cercare di condurre al cambiamento di atteggiamenti individuali sulle MGF, ma affrontare anche le aspettative che circondano la pratica all'interno del gruppo sociale più ampio.

- ◇ Trovare modi per mettere in luce gli atteggiamenti nascosti favorendo l'abbandono della pratica.
- ◇ Aumentare l'impegno di ragazzi e uomini sulle MGF e responsabilizzare le ragazze.
- ◇ Aumentare i contatti con i gruppi che non praticano le MGF.
- ◇ Promuovere l'abbandono delle MGF e insieme migliorare le condizioni e le opportunità per le ragazze, e non sostenere le forme più lievi della pratica.

1.5 La situazione in Europa

Quasi cinque anni fa, dieci organizzazioni di varie dimensioni e approcci, che parlano lingue africane ed europee, si sono riunite a Bruxelles con la speranza di portare l'attenzione nei confronti di molte donne e ragazze che vivono o arrivano in Europa e rimangono invisibili. Il problema delle MGF è riconosciuto nelle dichiarazioni politiche chiave e in documenti politici del Parlamento europeo, della Commissione europea e del Consiglio europeo.

Ci sono sei commissari europei impegnati a dare priorità alla prevenzione delle MGF e che hanno lanciato una consultazione pubblica per elaborare misure comunitarie di lotta contro la MGF in Europa e oltre.

Il primo studio di mappatura sulle MGF in Europa redatto dall' European Institute of Gender Equality stabilisce la situazione in Europa, mette in evidenza le buone pratiche e offre raccomandazioni per colmare le lacune nelle conoscenze, nella politica e nelle azioni.

Esiste inoltre una direttiva sui diritti della vittima che offre meccanismi concreti di protezione e l'accesso alla giustizia e servizi di supporto alle donne e bambine sottoposte a MGF. Le direttive di asilo descrivono le MGF come una persecuzione basata sul genere e richiedono il supporto sanitario specifico per i richiedenti asilo perché vittime di MGF.

Ogni anno, circa 180.000 ragazze e donne in Europa sono a rischio di MGF. Posticipare la protezione di queste donne e ragazze significa limitare il loro futuro.

Il 27 febbraio 2013, la Campagna europea END FGM ha organizzato una giornata di mobilitazione a Bruxelles. La campagna offre uno spazio per le donne e le ragazze vittime di MGF per parlare direttamente con l'Unione europea. Le loro esperienze e le competenze delle nostre organizzazioni partner definiscono e guidano le richieste di azione politica europea per eliminare le MGF. Dopo oltre quattro anni di campagne, la questione delle mutilazioni genitali femminili è riconosciuta come un elemento di preoccupazione per l'Europa. Tutte le istituzioni dell'UE pubblicamente affermano che le MGF sono una vio-

lazione dei diritti umani e che le donne e le ragazze in Europa hanno il diritto di essere libere da questa violenza.

Il Parlamento Europeo ha emanato una risoluzione contro le MGF

Risoluzione (14 giugno 2012):

“Esorta la Commissione a prestare un’attenzione particolare alle mutilazioni genitali femminili come parte di una strategia globale di lotta alla violenza contro le donne, compresa un’azione comune contro le mutilazioni genitali femminili”.

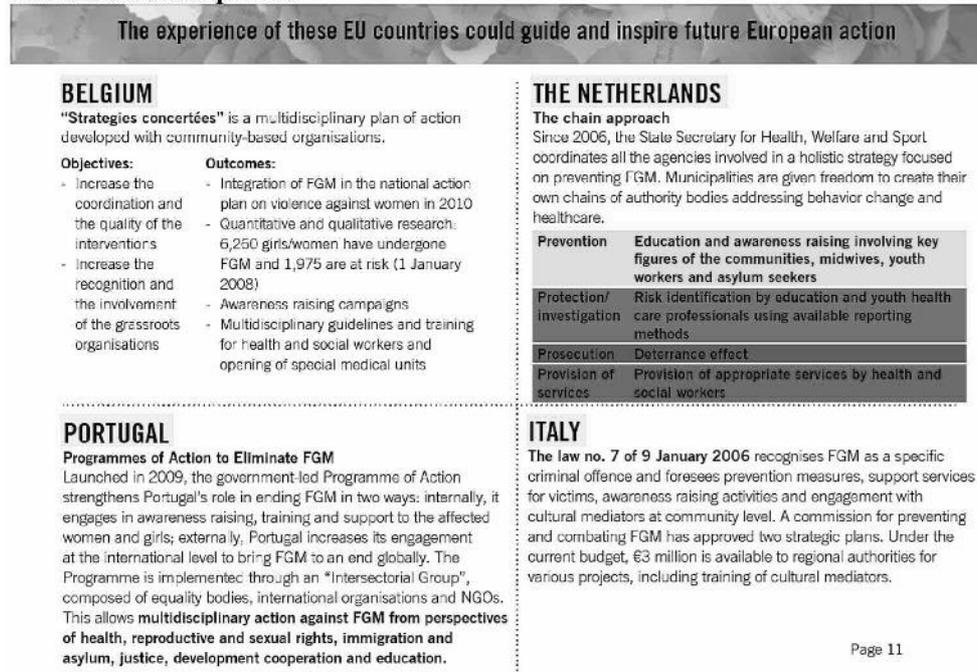
Tutti i paesi dell’UE hanno leggi o specifiche o generali volte alla criminalizzazione delle MGF, ma non bastano sempre per sradicare una norma sociale, profondamente radicata. 8 paesi hanno piani d’azione nazionali specifici per MGF, anche se non tutti sono stati sostenuti dai governi.

Figura 2.9 - La situazione in Europa



Fonte: END FGM European Campaign, 2013

Figura 2.10 - Quattro paesi, tra cui l'Italia, hanno dei piani molto dettagliati e finanziamenti specifici



Fonte: END FGM European Campaign, 2013

Non esistono molti studi recenti sulla dimensione del problema in Europa. Un articolo interessante proviene dalla Norvegia. Il processo di cambiamento attitudinale è stato analizzato su 46 persone (una rete di attivisti e un gruppo di donne del Gambia) che hanno descritto il loro cambiamento di atteggiamento nei confronti delle MGF. Si è dimostrato che interiorizzare un pacchetto di informazioni da adulti, che contraddice un vecchio schema di conoscenza interiorizzata come bambini, può essere un'esperienza molto dolorosa, ma anche positiva se percepita come un ampliamento della mente e uno stimolo al cambiamento. Gli attivisti in Norvegia che hanno cambiato il loro atteggiamento verso le MGF hanno ottenuto informazioni da diverse istituzioni educative, dai seminari e conferenze, dal lavoro come interpreti negli ospedali, e dalle discussioni tra le famiglie e gli amici.

Le informazioni, interiorizzate a livello superficiale dopo essere state ricevute e ascoltate, possono essere scartate. Di conseguenza al fine di progettare campagne che favoriscano l'abbandono delle MGF, l'importanza del processo di interiorizzazione che porta al cambiamento deve essere compreso, seguito e aiutato. Il cambiamento attitudinale può avvenire lentamente o in un istante.

Figura 2.11 - L'approccio raccomandato dalla UE deve essere multidisciplinare e agire su più fronti

**A SAFE FUTURE FOR ALL
WHAT CAN THE EU AND MEMBER STATES DO?**

The Campaign recommends a multi-tiered approach for an effective and decisive end to the practice of female genital mutilation.

- Data collection**
A shared methodology for data collection is needed to build policies and compare progress within Europe
- Health**
Doctors and health professionals require tools, knowledge and training to deal with the consequences of FGM
- FGM and violence against women and girls**
While FGM is a particular form of harmful practice, it must be addressed through integrated policies on violence against women and children
- International Protection**
Women and girl asylum seekers living with or at risk of FGM are yet to be assured protection by the Common European Asylum System
- External Relations of the EU**
As a global actor, the EU should raise the issue of FGM in its relations with the rest of the world

EU action plan on FGM
In response to the consultation with stakeholders, the European Commission should develop an action plan on FGM incorporating these five key areas while ensuring the engagement of affected communities.

EU strategy on violence against women
There is yet to be comprehensive EU response to the various forms of violence against women in Europe. The European Commission must deliver on its promise to develop an EU strategy on violence against women.

Council of Europe Convention on violence against women and domestic violence
EU and member states should sign and ratify the Council of Europe Convention. It is a comprehensive legal instrument that would address not only FGM but all other forms of gender-based violence.

Page 15

Fonte: END FGM European Campaign, 2013

Figura 2.12 - Alcuni strumenti forniti dalla UE

NEW TOOLS BROUGHT TO YOU BY THE END FGM EUROPEAN CAMPAIGN

"UNITED TO END FGM": FREE E-LEARNING TOOL FOR ASYLUM AND HEALTH PROFESSIONALS
The UFGM course aims to improve knowledge about FGM amongst health professionals, asylum officers and social workers in Europe. This project is funded by the END FGM European Campaign and is supported by UNHCR. Register now at uefgm.org.

RESOURCES ON ENDFGM.EU
Gather information and expertise on FGM and violence against women on this free and public space. It compiles hundreds of summarized and downloadable documents relating to international and regional standards, promising practices, guidelines for professionals encountering the practice and political commitments at European and international level.

You can also access studies mentioned in this publication and expert presentations from the END FGM seminar.

FIND US ONLINE: WWW.ENDFGM.EU

CONTACT US: ENDFGM@AMNESTY.EU

Fonte: END FGM European Campaign, 2013

Processi psicologici interni e processi sociali sono interconnessi attraverso il flusso di informazioni. A livello sociale, è importante per il ricevitore di un messaggio accettare e rispettare il portatore del messaggio. La teoria della interiorizzazione deve quindi tener conto dei processi sociali nel contesto sociale di riferimento delle persone quando vi è un desiderio di raggiungere un pubblico più vasto e garantire che nuovi gruppi al di fuori della cerchia sociale di riferimento vengano ascoltati. La strategia più efficace per il cambiamento sembra essere quella di trasmettere le informazioni attraverso una persona di fiducia con autorità. A base comunitaria, le campagne di informazione sembrano essere utili soprattutto se vi è la possibilità di discutere e condividere le informazioni con altre persone.

I risultati di questo studio rendono difficile sostenere che il cambiamento attitudinale avverrà automaticamente come una semplice conseguenza del vivere in un ambiente dove le MGF non sono praticate, in cui la procedura è illegale e ha una bassa considerazione tra la maggioranza della popolazione. Bisogna fare campagne mirate, in genere la maggior parte della popolazione è contro la MGF, ma ci sono minoranze che continuano la pratica, come il Bohras in Pakistan, la comunità Mandinga in Gambia. Il comunicatore, colui che è incaricato di relazionarsi con la comunità, deve essere considerato credibile e affidabile, e le informazioni devono essere considerate rilevanti.

Non solo informazioni verbali aiutano l'abbandono, ma anche altre forme di comunicazione come canzoni, diapositive e film che affrontano una vasta varietà di argomenti relativi alla procedura sono strumenti efficaci per raggiungere un livello più profondo di interiorizzazione, dove la motivazione a cambiare il comportamento sarà la più forte (Lien, Schultz, 2013).

Sempre dalla Norvegia un altro studio interessante che vuole promuovere la parità di genere anche attraverso l'abbandono delle MGF. Come molti altri paesi occidentali, la Norvegia ospita una grande percentuale di immigrati provenienti da paesi in cui la pratica è diffusa, anche se principalmente dalla Somalia, che è il paese con la più alta prevalenza di mutilazioni nel mondo. Un cambiamento comportamentale da parte delle comunità offre le migliori possibilità di eliminare con successo e in modo definitivo questa pratica. Tuttavia, i programmi di prevenzione richiedono una sorveglianza sui comportamenti. Dallo studio di Gele *et al.* (214 intervistati, questionari strutturati) emerge che gli atteggiamenti degli immigrati somali verso la pratica sono migliorati a favore del suo abbandono.

I risultati mostrano che il 70% dei somali a Oslo sostiene l'interruzione di tutte le forme di mutilazione rispetto al 30% che sostengono la sua continuazione, e che sono principalmente gli immigrati appena arrivati. Ciò richiede un intervento mirato nella fase di arrivo degli immigrati.

Sebbene lo studio mostri risultati promettenti verso un cambiamento di atteggiamenti e verso l'abbandono della pratica tra gli immigrati somali a Oslo, è necessario un intervento rivolto al 30% delle persone che sono ancora in sintonia con il proseguimento della pratica. Di conseguenza, poiché la religione è stata un significativo fattore a sostegno di un atteggiamento positivo verso la pratica, un intervento religioso dovrebbe avere la priorità. Gli uomini hanno più probabilità di avere un atteggiamento positivo verso la pratica rispetto alle donne; quindi, le campagne di sensibilizzazione dovrebbero essere ugualmente destinate agli uomini. Come è ampiamente noto senza il coinvolgimento degli uomini in programmi di eradicazione, gli sforzi verso l'abolizione della pratica possono avere poche possibilità di successo. Gli sforzi a livello delle comunità hanno una fondamentale importanza per la definitiva eliminazione delle MGF. Le persone che hanno cambiato il loro comportamento e non mutilato le bambine dovrebbero essere aiutate e supportate in modo che reclutino altre persone, tra cui i loro connazionali a Oslo, così come i loro familiari e le reti in Somalia, per aiutare ad abbandonare questa pratica (Gele., Johansen, Sundby, *et al.*, 2012).

BIBLIOGRAFIA

- Abdel Aziem A. (2012), "Knowledge and attitudes of female genital mutilation among midwives in Eastern Sudan", *Reproductive Health*, 9, 23, 1-4.
- Abusharaf R.M. (2000), "Female circumcision goes beyond feminism", *Anthropology News*, 41:17-18.
- Adam T. et al, (2010), "Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries", *Bull World Health Organ*, 88: 281-28.
- Adinma J.I.B., Agbdi A.O. (1999), "Practice and perception of female genital mutilation among Nigerian Igbo Woman", *Journal of obstetrics and Gynecology*, vol.19 n. 01: 44-48.
- Allam M.F., et al. (2001), "Factors associated with condoning of female genital mutilation among university student", *Public Health*, 115: 350-355, www.nature.com/ph
- Amnesty International (2010), "Amnesty international call on Europe to end female genital mutilation", www.amnestyinternational.org
- Anderson Mary Ann, *Nursing Leadership, management, and Professional Practice for the LPN/LVN, 3rd edition*, Chapter 11 – Considering Culture, F.A. Davis Company, Philadelphia, 2005.
- Ahern GL, Schwartz GE. Differential lateralization for positive and negative emotion in the human brain: EEG spectralanalysis. *Neuropsychologia* 1985; 23: 745-755.
- Angelini A., *Il futuro di Gaia* (2008), Edizioni Armando.
- Angelini A., *Migrazioni e differenze di genere* (2013), (a cura di), Edizioni Aracne, Roma.
- Announcements. COMPUTATIONAL INTELLIGENCE AND NEUROSCIENCE, vol. 12; p. 234-245, ISSN: 1687-5265, doi: 10.1155/2010/985867.
- Antoszewski B. et al. (2010), "Tattooing and body piercing – What motivates you to do it?", *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 56, Issue 5, pp. 471-479.
- Asekun-Olarinmoye E.O., Amusan O.A. (2008), "The impact of health education on attitudes towards female genital mutilation in a rural Nigerian community", *The European Journal of contraception and reproductive health care*, September 13(3): 289-297.

- Ashencaen Crabtree Sara, Husain Fatima, Spalek Basia (2010), *Lavorare con gli utenti musulmani. Manuale per gli operatori dei servizi sociali e sanitari*, Erikson, Trento.
- Banks, M. (2001), *Visual Methods in Social Research*, Sage, London.
- Barstrow D. G. (1999), "Female Genital Mutilation: the penultimate gender abuse", *Child Abuse & Neglect*, Vol. 23, No. 5: 501-510.
- Bayer K. (2005), "Cosmetic Surgery and Cosmetics: Redefining the Appearance of Age", *Generations*, Vol. 29, Issue 3, pp.13-18.
- Berry W.B. et al. (1994), "La ricerca dei problemi nelle diverse culture", *Psicologia transculturale. Teoria, ricerca, applicazioni*, Guerini Studio, Milano.
- Bertolini R., Bombardi S., Manfredini M. (2009), *Assistenza Infermieristica e Ostetrica Transculturale. Teoria, metodologia, applicazioni*, Hoepli, Milano.
- Bikoo M. (2007), "Female genital mutilation: classification and management", *Nursing Standard*, N° 415.
- Bjälkander O., Bangura L., Leigh B., et al. (2012), "Health complications of female genital mutilation in Sierra Leone", *International Journal of Women's Health*, 4, 321-331.
- Bjälkander O., Leigh B., Harman G., et al. (2012), "Female Genital Mutilation in Sierra Leone: who are the decision makers?", *African Journal of Reproductive Health*, 16, 4, 119, December, 120-131
- Bless, H., Bohner, G., Schwartz, N., Strack, F. (1990), "Mood and persuasion: A cognitive response analysis", *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 331-345.
- Boddy J. (1997), "Womb as oasis: The symbolic context of pharaonic circumcision in rural northern Sudan", *The Gender/Sexuality Reader*, (a cura di) Lancaster R., De Leonardo M., Routledge, New York.
- Borel F. (1994), "The Decorated Body Detail", in *Parabola: The Magazine of Myth and Tradition*, 19 (3), pp. 74-77.
- Brenneis D., Macaulay R. (a cura di) (1996), *The matrix of language: Contemporary linguistic anthropology*, Westview Press, Boulder.
- Butler E.A., Wilhelm F.H., Gross J.J. (2006), "Respiratory sinus arrhythmia, emotion, and emotion regulation during social interaction", *Psychophysiology*, 43:612-622.
- Burstyn L. (1995), "Female circumcision comes to America. Performed by new immigrants, veiled in defense to a cultural tradition of the developing world, female circumcision is becoming an American problem", *The Atlantic Monthly*, October 1995: 28-35.
- Byrne B. (2004), Qualitative interviewing in C. Seale (Ed.), *Researching society and culture*, seconda edizione, Sage, London.

- Carabini Claudia, De Rosa Dina, Zaremba Cristina (a cura di), (2011) *Voci di donne migranti*, Ediesse, Roma.
- Cassano G., Patruno F. (2003), "Mutilazioni genitali, circoncisioni e ordinamento giuridico italiano", *Diritto e giustizia*, 9: 91.
- Castiglioni Marta (a cura di) (2011), *Identità e corpo migrante. Marchi sessuali*, Guerini e Associati, Milano.
- Chelala C. (1998), "Egypt takes decisive stance against female genital mutilation", *The Lancet*, Vol 351, January 10.
- Chivers M.L., Seto M.C., Lalumiere M.L., Laan E., & Grimbos Y. (2010), "Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal among men and women: A recta-analysis", *Archives of Sexual Behavior*, 39, pp. 5-56.
- Cito G., Petraglia F. (2007), "Perché le donne accettano le Mutilazioni genitali femminili", *Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia*, Vol. LXXXIII, 83° Congresso Nazionale, SIGO - Napoli, 14 - 17 ottobre.
- Colombo A. et al. (2009), "Indagine sulla presenza nel territorio lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili", *IReR*, 2009 B061
- Crockett R.J., Pruzinsky T., Persing J.A., "The influence of plastic surgery 'reality TV' on cosmetic surgery patient expectations and decision making", in *Plastic And Reconstructive Surgery*, Vol. 120 (1), pp. 316-24.
- Dandash K.F., Amany, Refaat A. H., Eyada M. (2001), "Female genital mutilation. A Descriptive Study", *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27:453-458.
- Davidson R.J., Ekman P., Saron C., et al. (1990), "Emotional expression and brain physiology: approach/withdrawal and cerebral asymmetry", *Journal of Personality and Social Psychology*, 58: 330-341.
- Davidson R.J. (1992), "Emotion and affective style: hemispheric substrates", *Psychological Science*, 3:39-43.
- Del Missier G. (2000), "Le mutilazioni genitali femminili", *Medicina e morale*, 6: 1098-1100.
- Del Vecchio Good M.J., Good B., (2000), Clinical Narratives and the Study of Contemporary Doctor-Patient Relationships, in G. L. Albrecht et. Al., *The Handbook of Social Studies of Health and Medicine*, Sage, London.
- Dillard, J.P., Peck, E. (1998). "Affect and persuasion: Emotional responses to public service announcements". Paper presented at the meeting of the *National Communication Association*, New York.
- Di Santo p., Cavallo T., Di Cesare S. (Studio Come s.r.l.), *Healthy Inclusion – Abstract Ricerca , Progetto Europeo Healthy Inclusion – Sviluppo di buone prassi per l'integrazione socio-culturale negli interventi e nei servizi di promozione alla salute. La valorizzazione delle differenze per l'inclusione dei cittadini migranti: verso servizi socio-sanitari competenti e accoglienti*, maggio 2010.

- Dossier “All’incrocio delle culture” in *Rivista per le Medical Humanities*, numero 17, anno 5, gennaio-marzo 2011 (Trimestrale edito dall’Ente Ospedaliero Cantonale del Canton Ticino).
- Duranti A. (1994), *From grammar to politics*, University of California Press, Berkley.
- Favali L. (2002), “Le mutilazioni del corpo: tra relativismo e universalismo. Oltre i diritti fondamentali?”, *Rivista critica del diritto privato*, 1: 106.
- Fusaschi Michela, *Quando il corpo è delle altre. Retoriche della pietà e umanitarismo-spettacolo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2011.
- Gaillet C.A. (2007), “Le moyennes pour lutter contre l’excision en Suisse s’in-tensifient”, *Childs right*, rassegna stampa svizzera.
- Gele A. A., Bø B.P., Sundby J. (2013), “Have we made progress in Somalia after 30 years of interventions? Attitudes toward female circumcision among people in the Hargeisa district”, *BMC Research Notes*, 6, 122, 1-9.
- Gele A. A., Johansen E- B., Sundby J., *et al.* (2012), “When female circumci-sion comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo”, *BMC Public Health*, 12, 697,1-10.
- Giacalone Fiorella (2006), *Bismillah. Saperi e pratiche del corpo nella tradizio-ne marocchina*, Gramma Edizioni, Perugia.
- Good Byron J., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente* (2006), Einaudi, Torino.
- Grognard C. (2006), “Tatouage, piercing: décoration? Décorporation? Dénaturation du corps ou retour au primitif ?”, *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*, Vol. 34, Issue 1, 41-43.
- Hill J., Irvine J. (a cura di) (1992), *Responsibility and Evidence in Oral Discourse*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Hofstede G. (1980), *Culture’s Consequences: International Differences in work-related values*, Sage, Beverly Hills, California.
- Hohlfeld P., Thierfelder C., Jäger F. (2005), “Mutilations génitales féminines. Recommandations suisses à l’intention des professionnels de la santé”, in *Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri*, 86, 16, 961-969.
- Ibrahim I.A., Oyeyemi A.S., Ekine A.A., (2013), “Knowledge, attitude and practice of female genital mutilation among doctors and nurses in Bayelsa state, Niger-Delta of Nigeria”, *International Journal of Medicine and Biomedical Research*, 2, 1, January – April, 40-47.
- Igwegbe A.O., Egbuon I. (2000), “The prevalence and practice of female genital mutilation in Nnewi, Nigeria. The impact of female education”, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 20, No. 5: 520-522.
- Jaeder F., Caflisch M., Hohlfeld P. (2009), “Female genital mutilation and its

- prevention: a challenge for paediatricians”, *Eur j Pediatr*, 168: 27-33
- Jaeger F., Calflish M., Hoeder (2007), “Female genital mutilation: origins, beliefs, prevalence and implications for health care workers in Australia”, *Contemporary Nurse*, 25: 22-30.
- Johansen R.E.B. (2006), “Care for infibulated women giving birth in Norway” in *An anthropological analysis of health workers’ management of a medically and culturally unfamiliar issue*, *Medical Anthropology Quarterly* 20(4): 516-44.
- Johansen R.E.B., Diop N.J., Laverack G., et al. (2013), “What Works and What Does Not: A Discussion of Popular Approaches for the Abandonment of Female Genital Mutilation”, *Obstetrics and Gynecology International*, Volume 2013, 1-0.
- Kane J. (2005), “Pratiche tradizionali nocive”, *Gli opuscoli di Daphne: tematiche ed esperienze della lotta alla violenza contro i bambini, giovani e donne*.
- Kaplan-Marcusan A. et al. (2010), “Female genital mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of migrants families”, *BMC Public Health*, 10: 193: 1-9.
- Kaplan A., Forbes M., Bonhoure I., et al. (2013), “Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn”, *International Journal of Women’s Health*, 5, 323–331.
- Kristof N.D. (2008), “Terrorism That’s Personal”, *New York Times*, 11/30, p.10
- Kun K.E. (1997), “Female genital mutilation: the potential for increased risk of HIV infection”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59,153-155.
- Ladislav H. (1991), *Religion and custom in a Muslim society: the Berty of Sudan*, Cambridge, 167.
- Lang P.J. (1995), “The emotion probe. Studies of motivation and attention”, *American Psychologist*, 50:372-385.
- Larsen J.T., Norris C.J., Cacioppo J.T. (2003), “Effects of positive and negative affect on electromyographic activity over zygomaticus major and corrugator supercilii”, *Psychophysiology*, 40:776-785.
- LeDoux, J., Phelps, E. (2008), “Emotional networks in the brain”, in M. Lewis, J. Haviland-Jones e L. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 159- 179), Guilford Press, New York, NY.
- Leye E. et al. (2007), “Analysis of the implementation of laws with regards genital mutilation in Europe”, *Crime, Law and Social Change*, Volume 47, Number 1: 1-31.
- Leye E., Sabbe A. (2009), “Overview of legislation in the European Union to address female genital mutilation: challenges and recommendation for the

- implementation of laws”, Expert Group Meeting on good practices in legislation to address harmful practices against women United Nations Conference Centre Addis Ababa, Ethiopia.
- Livermore L., Monteiro R., Rymer J. (2007), “Attitudes and awareness of female genital mutilation. A questionnaire-based study in a Kenyan Hospital”, *Journal of obstetrics & gynecology*, November, 27(8): 816-818.
- Lofty A. (2009), “Body Painting”, *PSA Journal*, Vol. 75, Issue 7, pp. 26-29.
- Maglio A., Senghor A., Kiriga A. (2010), “Gender quality in rural education: Best Practices and Lessons Learned” from Senegal and Kenya, paper N° 04 del convegno *The E4 Engendering Empowerment: Education and Equality conferences, United Nations Girls’ Education Initiative (UNGEI)*, Dakar, Senegal, 17-20 May 2010.
- Magagnin V., Mauri M., Cipresso P., et al. (2010), “Heart Rate Variability and respiratory sinus arrhythmia assessment of affective states by bivariate autoregressive spectral analysis”, *Computing in Cardiology Conference Proceedings*, 37: 145-148.
- Magied A. A., (2013), “Female Genital Mutilation in the Sudan -A Human Rights issue”, *The Ahfad Jbumat*, 30, 1, June, 2-8.
- Manuel L., Sheehan E.P. (2007), “Getting inked: tattoos and college students”, in *College Student Journal*, Part B, Vol. 41, Issue 4, 1089-1097.
- Martinelli M., Ollé-Goig J.E. (2012), “Female genital mutilation in Djibouti”, *African Health Sciences*, 12, 4, December, 412-415.
- Mauri M., Magagnin V., Cipresso P., Mainardi L., et al. (2010), “Psychophysiological signals associated with affective states”. *Proceeding of 32nd Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, Buenos Aires, 3563-3566.
- Ministero pari opportunità (2010), “Statement of the Italian ministero of equal opportunities at the UN”, www.europa.ue, www.pariopportunita.gov.it
- Monterosso R. (1971), “Musica”, *Enciclopedia Dantesca*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma, vol. III, p. 1061.
- Morris K. (2006), “Feature Issues on female genital mutilation/cutting, progress and parallels”, *The Lancet*; 368: S64-S66.
- Mosley P.E. (2009), “Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia”, *European Eating Disorders Review*, Vol. 17, Issue 3, pp. 191-198.
- Mujuzi J. D. (2012), “Female Genital Mutilation in Uganda: A Glimpse at the Abolition Process”, *Journal of African Law*, 56, 1, 139-150.
- Mura Gaspare, Cipriani Roberto (a cura di), *Corpo e religione*, Città Nuova, Roma, 2009.
- Muscardini C. (2009), “Stop alle mutilazioni genitali femminili”, www.stopfgm.it

- Noaks L. e Wincup E. (2004), *Criminological research: Understanding qualitative method*, Sage, London.
- Parlamento italiano (2006), “Disposizione concernente la prevenzione e il divieto della pratica di mutilazioni genitali femminile”, *Gazzetta Ufficiale*, n.14 del 18 gennaio.
- Rainville P., Bechara A., Naqvi N., et al. (2006), “Basic emotions are associated with distinct patterns of cardiorespiratory activity”, *International Journal of Psychophysiology*, 61:5-18.
- Reding V., “European gender equality strategy must actively engage women” (2007), Amnesty international Ireland, End FGM European Campaign 2007.
- Richardson N. (2008), “Flex-rated! Female bodybuilding: feminist resistance or erotic spectacle?”, *Journal of Gender Studies*, Vol. 17, Issue 4, pp. 289-301.
- Rizzardi G. (2007), L’islam: il linguaggio della morale e della spiritualità. Edizioni Glossa, Milano
- Rovelli N. (2009), “Le ferite simboliche sul corpo femminile. Le mutilazioni genitali femminili (MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI) vs l’episiotomia”, in *Siryo*, rivista on-line di ricerca, formazione, informazione della disciplina ostetrica, 2009, anno III, vol. IV.
- Russo V. (a cura di) (2015), *Neuromarketing, comunicazione e comportamenti di consumo. Principi, strumenti e applicazioni nel food and wine*, Milano, Franco Angeli.
- Sala R., Manara D. (2001), “Nurses and request for female genital mutilation: cultural rights versus human rights” *Nursing ethics*, 8 (3): 247-258.
- Sayed G.H. et al. (1996), “The practice of female genital mutilation in Upper Egypt”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 55: 285-291.
- Schultz E.A., Lavanda R.H. (2010), *Antropologia culturale*, Zanichelli, Bologna.
- Scotti S., Mauri M., Barbieri R., Jawad B., et al. (2006), “Automatic quantitative evaluation of emotions in E-Learning applications”, *Proceeding of 28th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, New York, pp. 1359-1362.
- Sequeira H., Hot P., Silvert L., et al. (2009), “Electrical autonomic correlates of emotion”, *International Journal of Psychophysiology*, 71:50-56.
- Sheehan E.A. (1997), “Victorian clitoridectomy: Isaac Baker Brown and his harmless operative procedure” in *The Gender/Sexuality reader*, (a cura di) Lancaster R., De Leonardo M., Routledge, New York.
- “Skin Deep” (2005), *Herizons*, Vol. 19, Issue 2, pp. 24-27.
- Silvermann D. (2008), *Manuale di ricerca sociale e qualitativa*, Carocci, Roma.
- Sinha R., Lovallo W.R., Parsons O.A. (1992), “Cardiovascular differentiation of emotions”, *Psychosomatic Medicine* 54:422-435.
- Sirad S. Hassan, *Sette gocce di sangue. Due donne somale*, La Luna Edizioni, Palermo, 1997.

- Soon, C., Brass, M., Heinze, H. Haynes, J. (2008). "Unconscious determinant of free decisions in the human brain", *Nature Neuroscience*, 11, (5),543-545.
- Sperry S. et al. (2009), "Cosmetic surgery reality TV viewership: relations with cosmetic surgery attitudes, body image, and disordered eating" , *Annals Of Plastic Surgery*, Vol. 62 (1), 7-11.
- Studd J., Schwenkhagen A. (2009), "The historical response to female sexuality", *Maturitas* 63: 107-111.
- Schwartz G.E., Weinberger D.A., Singer J.A., (1981), "Cardiovascular differentiation of happiness, sadness, anger, and fear following imagery and exercise", *Psychosomatic Medicine*, 43: 343-364.
- Szymanski T. (2004), "Fighting Forced Marriages", in *World Press Review*, Vol. 51, Issue 1, 31-31.
- Taylor V. (2003), "Female genital mutilation: cultural practice or child abuse?", *Ethics and laws*, vol. 15 n.1 February: 31-33
- Tortolici Beatrice C., Stievano Alessandro (2006), *Antropologia e nursing. Due mondi che si incontrano*, Carocci, Roma.
- Touzenis K. (2005), "Female genital mutilation. A case of showing how socio-cultural obstacles hinder the enforcement of women's right", *Jura Gentium. Journal of Philosophy of International Law and Global Politics*, Vol.1.
- UNFPA (2008), *Rapporto sullo stato della popolazione nel mondo, 2008*.
- Unicef, "Piattaforma di azione. Verso l'abbandono dell'escissione/mutilazione genitale femminile", www.unicef.it
- Van Dijk T.A. (1998), *Ideology*, Sage, London.
- Van Dijk T.A. (2003), *Ideologia y discurso*, Ariel, Barcelona.
- Van Gennep A. (1960), *The rites of passage*, University of Chicago Press, Chicago.
- Vecchiato G., Astolfi L., Tabarrini A., Salinari S., Mattia D., Cincotti F, Bianchi L., Sorrentino D, Aloise F, Soranzo R., Babiloni F. (2010), EEG Analysis of the Brain Activity during the Observation of Commercial, Political, or Public Service service announcements, *Comput Intell Neurosci*.
- Villano Paola, Riccio Bruno, *Culture e mediazioni*, Il Mulino, Bologna, 2008.
- White Horn J., Ayonrinde O., Maingay S. (2002), "Female genital mutilation: cultural and psychological implications", *Sexual and Relationship therapy*, vol.17 n.2: 161-170 .
- Widstrand C. G. (1965), "Female Infibulation", *Studia Ethnographica Upsaliensia*, XX.
- Witvliet C.V., Vrana S.R., (1995), "Psychophysiological responses as indices of affective dimensions", *Psychophysiology* 32: 436-443.
- Women's International network news (2002), "Genital and sexual mutilation of female. Progress Report 2002: CBPC education campaign in Africa. Letters from Childbirth picture book user in Africa", www.europa.eu

- Zaffaroni M., Livio M., Controllo I. (2005), "Mutilazioni genitali Femminili", in *Il bambino immigrato. Attualità e prospettive*, Editeam Gruppo Editoriale, Cento (FE), vol. II.
- Zani B. (1998), "La comunicazione interpersonale", in Emiliani F. e Zani B. (a cura di), *Elementi di psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna, 185-231.
- Zuanelli Sonino E. (1981), *La competenza comunicativa*, Bollati Boringhieri, Torino.

Qanat
Editoria & Arti visive

Finito di stampare nel 2015
per Qanat • Editoria e Arti Visive
(Palermo)

www.qanat.it