



# 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*

<b>Capitolo 1</b>	
<b>Mutilazioni genitali femminili</b>	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
<b>Capitolo 2</b>	
<b>Incontri con testimoni privilegiati, associazioni, enti e istituzioni nazionali e internazionali</b>	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
<b>Capitolo 3</b>	71
<b>Il corpo nelle diverse culture e tradizioni religiose</b>	
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
<b>Capitolo 4</b>	83
<b>Linee guida della comunicazione sulle MGF</b>	
Barbara Ghiringhelli	
4.1 Quale Comunicazione	83
4.2 La definizione delle linee guida	85
4.3 Linee guida "comunicazione e MGF"	86

---

<b>Capitolo 5</b>	93
<b>Analisi dei contenuti del Kit di comunicazione MGF</b> 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
<b>Appendice</b>	123
<b>Materiali di comunicazione</b>	
<b>VADEMECUM PER OPERATORI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SCOLASTICI</b> A cura di Anna Re	123
<b>SPOT DI SENSIBILIZZAZIONE SULLE MGF</b> Nicolò Stevanato	123
<b>DOCUMENTARIO CONFRONTO SUL CORPO. COMUNICAZIONE E PRATICHE E BROCHURE</b> Marco Chiappa e Anna Re	124
<b>Bibliografia</b>	135

## CAPITOLO 3

### Il corpo nelle diverse culture e tradizioni religiose

1978, Dichiarazione di Alma Ata di “Salute per tutti entro l’anno 2000” (OMS, 1978) e 1986, “Carta di Ottawa” (OMS, 1986), due “accordi” che segnalano uno spostamento dal “curare la malattia” quando si presenta, alla “prevenzione della malattia” e persino più fondamentalmente alla “promozione della salute”.

Con questo mutamento di obiettivi, si ebbe anche un mutamento nell’approccio, allontanandosi dalla strategia orientata esclusivamente verso l’alta tecnologia biologica per preferirne una che riconoscesse anche il potenziale ruolo delle scienze sociali e comportamentali nel settore della sanità. Una possibilità di guidare lo sviluppo di comportamenti sani o di modificare quelli malsani si vide nell’istruzione pubblica, nelle comunicazioni di massa e nelle modifiche di comportamento. In questo periodo si estese anche la definizione stessa di salute.

Nella Dichiarazione di Alma Ata viene definita come uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solamente l’assenza di malattia o infermità”. Nel Glossario elaborato nel 1988 e pubblicato nel 1998, l’OMS definisce la promozione della salute come “*il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute*”; e specifica che rappresenta un processo globale, sociale e politico, non comprende solo le azioni dirette a rinforzare le capacità degli individui, ma primariamente volta alle azioni che sono dirette a cambiare le condizioni sociali, economiche, ambientali, in modo tale che si riduca l’impatto sulla salute, pubblica e individuale, di tutto quanto è sfavorevole alla salute, e si incentivi quanto la incrementa.

#### 3.1. Un nuovo concetto di salute

A partire della fine degli anni Settanta le qualità di salute si estendono, quindi, oltre il campo fisico dell’individuo, per coinvolgere anche quello psicologico e sociale. E ancora la salute viene considerata come un elemento base per lo sviluppo umano e identificata come responsabilità di ciascuno, non solo come responsabilità professionale dei professionisti della sanità. Viene inoltre riconosciuto che il ruolo sociale e comportamentale della scienza non è limitato alla salute mentale bensì esteso anche alla salute fisica e sociale. Tanto che l’OMS (1982) afferma che i fattori psicosociali sono riconosciuti in modo crescente

come fattori chiave nel successo delle azioni sanitarie e sociali. Se tali azioni devono essere efficaci nella prevenzione delle malattie e nella promozione della salute e del benessere, si devono basare sulla comprensione di cultura, tradizione, credenze e modelli di interazione familiare. Dello stesso anno è il rapporto che l'OMS formulò e che stabiliva: - che i governi dovessero adottare una linea di condotta nazionale per abolire la pratica delle mutilazioni genitali femminili - che la circoncisione femminile non dovesse essere praticata da nessun operatore sanitario in alcun luogo compreso l'ospedale e - che si doveva attuare un programma di informazione e di educazione sulle complicità. Nel 1993 l'OMS stabilì che si dovevano prendere provvedimenti per la loro abolizione, nel 1994 l'UNICEF dichiara le mutilazioni "un rischio per la salute ed una violazione dei diritti delle bambine". Il Parlamento europeo con la Risoluzione sulle mutilazioni genitali femminili 2001/ 2035 INI invita tutti i paesi ad integrare nelle proprie norme e politiche il principio tolleranza zero nei confronti delle mutilazioni. Si sottolinea che non esiste nessun principio, credenza o tradizione che giustifichi tali procedure.

Emerge l'importanza nell'ambito del mondo socio-sanitario della conoscenza della pratica, della sua severità e dei rischi a cui sono sottoposte le bambine mutilate, così come l'importanza del conoscerne le motivazioni culturali e religiose in modo da poter attuare un approccio educativo per le bambine e per i genitori che richiedono tali procedure per le loro figlie, al fine di scoraggiare la loro esecuzione.

Tale ultimo aspetto appare determinante, in quanto non poche sono le situazioni e gli indicatori che hanno evidenziato quanto l'azione legislativa (seppur importante) da sola non sia efficace nel contrastare le pratiche quali quelle mutilatorie, e la conseguente necessità e importanza dell'attuazione di programmi di informazione e di sensibilizzazione.

È anche chiaro che il contrasto della pratiche mutilatorie chiede un impegno sinergico, di diversi attori e a diversi livelli. Viene identificato quale problema di sviluppo e di *governance*. Si riconosce inoltre che porre fine a queste pratiche è essenziale per realizzare gli obiettivi di sviluppo del millennio, soprattutto quelli relativi alla parità di genere, all'istruzione primaria universale, alla salute materna, alla riduzione della mortalità infantile e dell'Hiv/Aids. Un ambiente di sostegno a livello nazionale può accelerare il processo di cambiamento che deve andare oltre le singole comunità, assumendo una dimensione nazionale e attraversando i confini dei paesi. La Dichiarazione congiunta sull'eliminazione della mutilazione genitale femminile, firmata da 10 agenzie delle Nazioni Unite (2008) si rivolge ai governi, alle organizzazioni internazionali e nazionali, alla società civile e alle comunità, invitando a sviluppare, potenziare e sostenere azioni specifiche e concrete volte a porre fine alle pratiche mutilato-

rie. L'escissione/mutilazione genitale femminile non può essere affrontata isolatamente. Le iniziative devono coinvolgere i capi tradizionali, religiosi e di governo, compresi i parlamentari. Attraverso i media locali e nazionali e in collaborazione con alleati strategici nel governo e nella società civile, le attività devono anche servire a stimolare e sostenere il dialogo a livello globale (Unicef, "Piattaforma di azione. Verso l'abbandono dell'escissione/mutilazione genitale femminile").

### **3.2. Corpo e religione**

L'importanza di conoscere e comprendere il senso della pratica (MGF) e il richiamo al coinvolgimento delle comunità religiose e dei suoi rappresentanti in ordine all'azione di contrasto della stessa, sollecitano il contatto e l'ascolto delle considerazioni a riguardo di religiosi e capi comunità rappresentanti delle comunità religiose presenti sul territorio.

L'obiettivo è quello di andare ad acquisire elementi di base della relazione corpo-religione nelle religioni maggiormente rappresentate tra le comunità straniere presenti in Lombardia.

#### **3.2.1. Le interviste ai testimoni privilegiati**

Il rapporto con la corporeità è denso di implicazioni antropologiche, filosofiche e teologiche in tutte le religioni. Le società secolarizzate dell'Occidente hanno elaborato una cultura della corporeità che si è posta in netto contrasto con il messaggio religioso, fino a divenire spesso il principale pretesto di rifiuto della religione per grandi masse. Oggi la comprensione stessa della religione e la sua accettazione o negazione passano attraverso il significato e il valore che si attribuisce al corpo.

In ambito religioso il dibattito sul valore del corpo umano è sempre vivace e determinante per la vita morale e per il comportamento in genere. Nella visione della persona umana, nell'antropologia adottata da ogni religione, il senso, il valore, l'importanza del corpo umano è determinante.

Le religioni mettono in luce la densità simbolica del corpo, che si situa tra biologia e cultura, tra l'aver corpo ed essere corpo.

Queste le domande sottoposte a 7 donne, individuate quali testimoni privilegiati/esperti, con incarichi ufficiali nell'ambito delle loro specifiche realtà religiose.

(1) Che tipo di valore viene conferito al corpo nella sua religione? Il corpo ha un valore terreno o soltanto simbolico?

- (2) Vi sono rituali di purità nella sua religione, quali sono e che senso hanno? Vi sono altri riti o pratiche relative al corpo?
- (3) Il corpo serve/non serve per la fede?
- (4) Il corpo dopo la morte?
- (5) Cosa pensa di pratiche quali le mutilazioni genitali femminili?

**Elena Lea Bartolini, dottore in Teologia Ecumenica e specializzata in ermeneutica rabbinica.**

**Daniela Di Veroli, Director of U.R.P. ( P.R.) and Director of Human resources presso Comunità Ebraica di Milano. Psicoterapeuta è vice presidente della Fondazione Movimento Bambino**

Il corpo, che nell'antropologia unitaria ebraica è inscindibile dallo spirito, ha un grande valore terreno in quanto creato da Dio. La stessa lingua ebraica, e in particolare l'ebraico biblico, esprime tale visione unitaria con il termine *nefesh* che designa la persona, l'essere creato ad "immagine di Dio" (cf. Gen 1,27) che ha in sé "l'alito di vita" (cf. Gen 2,7) inseparabile dal corpo. I numerosi precetti religiosi che riguardano il corpo, e in particolare quelli relativi all'alimentazione, sono un costante richiamo alla sua importanza come dono divino, e pertanto realtà positiva che va vissuta in tutta la sua pienezza secondo gli insegnamenti rivelati al Sinai. Significative al riguardo sono le norme relative al voto di nazireato che prevedeva l'astensione volontaria – per un periodo più o meno lungo – da una serie di cose, tra le quali il vino e i rapporti sessuali; lo scioglimento del voto prevedeva un sacrificio di espiazione, simile dunque a quelli per il peccato, da portare al Tempio. Secondo questa stessa dinamica, il Talmud – opera autorevole della tradizione rabbinica – insegna che, nell'aldilà, dovremo rendere conto a Dio non solo dei nostri peccati, ma anche dei sani piaceri dei quali ci siamo privati. Il corpo quindi non va mortificato, semmai va vissuto secondo l'insegnamento morale tradizionale che comunque ne ha una visione positiva, in quanto il suo valore terreno deriva dalla creazione stessa. Il corpo va rispettato, curato e conservato nel modo migliore, perché è attraverso il corpo che si realizza la propria umanità e si può dare lode a Dio attraverso tutte le sue potenzialità come insegna il Salmo 150.

Nella religione ebraica ci sono rituali di purità, che riguardano soprattutto la donna dopo il ciclo mestruale e il parto. Anticamente prevedevano sacrifici al Tempio mentre oggi prevedono il bagno rituale presso strutture abilitate a tale scopo (si trovano in genere presso le Sinagoghe). Il rituale di purità non riguarda un'impurità di tipo morale, non ha valenza etica bensì ontologica: chi è "impuro (o impura)" e si purifica lo fa perché è venuto (o venuta) a contatto con

la realtà divina, con il “sacro”, e questo è il caso della donna che porta in sé i segni della vita (ciclo mestruale) e la trasmette partorendo, situazioni che implicano il contatto con il sangue che è una realtà che appartiene a Dio. Come il Sommo sacerdote, che dopo essere venuto a contatto con Dio nel “Santo dei Santi” si purificava, così la donna che ciclicamente viene a contatto con la realtà divina del sangue compie un gesto analogo. Lo stesso vale per il contatto con un cadavere, che appartiene già alla dimensione ultraterrena che è di Dio. A differenza del peccato che si “espia”, il contatto con il “sacro” genera una situazione di “impurità” che richiede un rituale di purificazione, che non sottolinea quindi qualcosa di negativo bensì una situazione positiva, dove il corpo è protagonista in quanto realtà che è venuta a contatto con la sacralità di Dio. È un concetto non facile per la cultura occidentale che vede nell’impurità qualcosa di negativo, associabile al peccato. Anche in alcune situazioni di degenerazione della tradizione (come quelle denunciate nel film “Qadosh” di Gitai) c’è il rischio di associare all’impurità (in questo caso della donna) qualcosa di negativo, non è questa però la visione corretta, il rituale di purità non deve mortificare, ma ricordare a tutta la comunità la particolarità e la grandezza del “contatto” con la sacralità divina nella dimensione terrena.

Il corpo serve per la fede. È solo con il corpo che l’uomo può dare lode a Dio e testimoniare nella storia la sua unicità e santità. Durante la preghiera, ad esempio, si compiono determinati gesti e si accompagna la cantillazione con un andamento cadenzato del corpo proprio per sottolineare la partecipazione di tutto l’essere umano al gesto liturgico. Nell’ebraismo non è pensabile una spiritualità “senza il corpo” proprio perché non è pensabile uno spirito senza il medesimo. Per questo, salvo rare eccezioni, non c’è tradizione di forme di asceti che mortifichino a livello fisico. La spiritualità ebraica “passa” per il corpo e deve esprimersi nella gioia che comprende il “benessere” fisico. Se il corpo soffre lo spirito ne risente e viceversa, proprio perché inseparabili. Anche la mistica ebraica, soprattutto nella corrente chassidica, sottolinea che mortificare il corpo è peccato, mentre prendersene cura aiuta la vita di fede e l’asceti.

Secondo la fede ebraica nell’aldilà, nel mondo avvenire, Dio ridarà la vita al corpo che non sarà più quello terreno. L’idea quindi è che con la morte del corpo viene meno anche lo spirito a lui strettamente connesso. La resurrezione in realtà è una “rivivificazione” da parte di Dio di corpo e spirito che vivranno in eterno. C’è inoltre nel Talmud una particolare immagine dell’aldilà, dove i “giusti” danzano in cerchio assieme a Dio, segno quindi di una gestualità che rimanda al corpo anche dopo la morte. Le pratiche quali le mutilazioni genitali femminili, sono in tale quadro da considerarsi contrarie alla dignità umana e in particolare a quella della donna. È importante quindi promuovere una sensibilizzazione e azione affinché non vengano più praticate.

**Rosangela Vegetti, segretaria del Consiglio delle Chiese Cristiane di Milano (CCCM).**

Il corpo nella tradizione cristiana è il luogo dell'incontro della realtà umana con Dio: Dio che ha voluto assumere la pienezza della vita umana nascendo da donna, crescendo come ogni figlio d'uomo, vivendo come uomo del suo tempo e nella terra di Palestina, conoscendo dolore e sofferenza fino alla morte tragica in croce. Ma qui non è finito perché Cristo è risorto e ha donato agli esseri umani la sua stessa vita nell'eternità: con la sua resurrezione ci ha portati oltre il limite della morte stessa del corpo, aprendoci ad una vita 'oltre' il tempo.

Se questo è il fondamento della tradizione e dell'insegnamento cristiano, il percorso di acquisizione di tali verità è stato, e continua ad esserlo, complesso e diversificato nei tempi storici e nelle culture. A partire dal rifiuto di violenze e guerre che distruggono vite umane e impongono morte, fino ad arrivare al riconoscimento di dignità e rispetto per ogni essere umano, qualunque sia la condizione del suo corpo, giovane o vecchio, sano o malato, nascente o morente. Senza per altro cadere in forme ossessive di salutismo a tutti i costi perché comunque la storia umana, di ogni persona, è nelle mani di Dio che ci indica il bene, la relazione fraterna e solidale con ogni persona umana e inserita nel creato e nella storia.

Il corpo è per il cristiano "tempio di Dio", strumento di incontro con il prossimo, di comunicazione, di identità, di relazione e di libertà; è attraverso il corpo, nella concretezza della vita, che si compie il bene oppure il male.

Il corpo è pure il nostro limite e ci porta il dolore, la fatica e la morte. Ma la resurrezione di Cristo ha portato Dio nel tempo e l'uomo nell'eternità.

**Intervista a Roberta Passerini, membro della comunità buddista milanese**

Il corpo dell'essere umano ha molto valore perché, quando un individuo ha interesse per la crescita spirituale o l'evoluzione interiore, esso permette di seguire il sentiero verso la Realizzazione finale. Non a caso si parla di "preziosa rinascita umana" quale migliore occasione per raggiungere il Risveglio, cioè lo stato di Buddha.

Il corpo e la mente sono strettamente legati e, dal momento che anche le malattie fisiche derivano dalle cosiddette affezioni mentali (come ignoranza, attaccamento, ira, avarizia e paura, per citarne solo le cinque principali), tutte le pratiche di purificazione effettuate attraverso la meditazione sono di conseguenza pratiche di purificazione fisica (ad esempio, l'Autoguarigione Tantrica NgalSo non sostituisce eventuali trattamenti medici ma favorisce i processi di cura e il benessere psicofisico in generale).

Pensando invece al “valore” del corpo relativamente alla fede, occorre precisare che il buddismo non è una fede in quanto non ha dogmi ma “crede” soltanto al sorgere interdipendente dei fenomeni, cioè alla legge di causa ed effetto che determina il karma collettivo e individuale.

Il corpo del defunto, dopo la dissoluzione degli elementi grossolani e sottili non viene toccato per tre giorni, e soprattutto nelle prime ore, in modo da lasciare indisturbata la mente sottile (detta anche *continuum mentale*) durante il suo percorso di allontanamento dal corpo e di entrata nello stadio intermedio del *Bardo* che, tradizionalmente, dura quarantanove giorni terrestri, percepiti dalla coscienza come soli sette giorni. Attraversato il *Bardo*, la mente sottile prende dimora in un nuovo corpo in uno dei sei livelli di esistenza (*deva, asura*, umani, *preta*, animali ed esseri infernali) in base alle proprie accumulazioni karmiche.

Quanto alle mutilazioni genitali femminili, è da ritenere che qualsiasi pratica di mortificazione del corpo sia da considerarsi inappropriata ed è un’azione moralmente riprovevole.

### **Intervista a Marina Canova, dal 1996 allieva del ven. Lama Paljin Tulku Rinpoce, responsabile dei corsi e seminari di meditazione base presso il Centro Mandala di Milano e Mandala Samten Ling di Graglia Santuario**

Il Buddhismo parla esplicitamente della “preziosa rinascita umana”, così definita perché, fra l’altro, se comparata con l’esistenza di altri esseri viventi, il corpo è lo strumento prezioso grazie al quale l’essere umano ha la fortuna di poter fare le esperienze in cui sviluppare sempre più la consapevolezza ed i mezzi abili, e quindi liberarsi dalla sofferenza e orientare positivamente le sue scelte nel modo più equilibrato ed armonico possibile per il beneficio proprio e altrui. Il valore del corpo non è solo simbolico; questo veicolo psico-fisico, con i suoi 6 sensi (*oltre ai 5 sensi conosciuti in occidente, anche la mente nel Buddhismo è considerata un organo di senso, e pertanto relata all’esistenza del corpo*) è il mezzo per compiere le azioni di corpo, parola e mente. E poiché ad ogni azione corrisponde una conseguenza da essa generata (*ciò che nel buddhismo si chiama karma*), ognuno di noi è responsabile della qualità di ciò che compie e delle conseguenze che da qui nascono: ecco perché è utile oltre che necessario usare bene il nostro corpo, finalizzandone i comportamenti ad uno sviluppo equilibrato della persona.

La visione buddhista basata sull’azione esalta tutti i valori morali che tendono alla positività, cui si può giungere con un adeguato training di pratica, ricerca e purificazione. L’esperienza d’elezione per questi tre aspetti è la meditazione: i vari aspetti della corporeità qui si fondono secondo precise metodologie

yogiche a creare passaggi tradizionali in cui postura fisica, respirazione, percorso analitico, recita di formule sacre, rilassamento, concentrazione e contemplazione portano il praticante a sperimentare uno stato di coscienza privo delle usuali costrizioni del pensiero e delle emozioni e pertanto fanno emergere una sensazione psicofisica complessiva di grande benessere e serenità. Questa è proprio la caratteristica dello yoga, parola che in sanscrito significa unione: unificazione delle varie energie spirituali, reintegrazione dell'individuale nell'universale, ma anche unione dello spirito con il corpo per giungere all'unità, all'essere primordiale che costituisce la nostra essenza. Da duemilacinquecento anni il Buddismo afferma che gli aspetti fisici e spirituali hanno un'origine comune, sono due manifestazioni della stessa realtà. Il percorso di liberazione non può, pertanto, non coinvolgere il corpo, in esso esprimendosi sia vincoli e limiti sia l'appartenenza alla Realtà ultima. Lo stesso Buddha dice al proposito: "Amico, io dico che senza raggiungere la fine del mondo non si può porre termine al dolore; ma in questo corpo, amico, della misura di un braccio [di lunghezza], fornito di percezione e di mente, io indico il mondo, l'origine del mondo, la dissoluzione del mondo e la via che conduce alla dissoluzione del mondo (Samyutta Nikaya, I, 2, 3, 6, 9).

La purificazione costituisce un'importante parte nelle pratiche preliminari ad ogni cerimonia o pratica. Il più delle volte è agita simbolicamente, attraverso gesti, recita di preghiere, canti, prostrazioni. Possono anche darsi riti di abluzione, aspersione o simili. Tutto ciò non è mai disgiunto dalla consapevolezza del corpo, intendendo con questo l'attenzione concentrata ora sul corpo (respiro, postura, parti e azioni del corpo), ora sulle sensazioni, o sulla mente e gli oggetti mentali, al fine di riconoscere nei vari aspetti ciò che in noi va purificato in quanto contaminato dai pensieri o dalle emozioni negative. Poiché nel Buddismo fondamentali sono la gentilezza amorevole e l'altruismo, ciò che noi compiamo per purificarci ha lo scopo di portarci alla dedizione e alla benevolenza verso gli altri. A questo proposito esistono pratiche molto elaborate il cui scopo è simbolicamente "fare a pezzi" se stessi (*il Chod, in cui si elimina e si offre il proprio ego e quindi l'egoismo ad esso relato*) e quindi ancora una volta il corpo viene ad essere l'elemento attraverso cui possiamo fare male (*e perciò lo si fa a pezzi*) ma anche bene (*offrendolo per il beneficio di tutti gli esseri*).

Riflettendo sul rapporto tra corpo e fede, come già accennato, senza il prezioso corpo non potremmo fare alcuna esperienza. E poiché proprio questo insegna il Buddha, che è l'esperienza individuale quella che dobbiamo intraprendere con ponderazione ma anche desiderio di conoscenza, non lasciandoci influenzare in questo nostro percorso da niente e da nessuno in modo aprioristico (*il Buddismo non ha dogmi*), per poter scoprire la via più adatta a noi, da un punto di vista mondano ma anche spirituale, l'esperienza va fatta, quindi il corpo (*inteso come unità*

*che fa l'esperienza) serve per la fede ( fede che nel buddhismo è da intendersi come la fiducia che si dà alle parole e agli insegnamenti dei Maestri e dello stesso Buddha, ma che come detto sopra va sperimentata e testata, non creduta ciecamente. Lo stesso Buddha disse: "Non credere a nessuna cosa, semplicemente per sentito dire, non importa dove l'hai letta o chi l'ha detta, neppure se l'ho detta io, a meno che non sia affine alla tua ragione e al tuo buon senso. Ma se dopo l'osservazione e l'analisi personale, scopri che è d'accordo con la ragione, ed è favorevole al bene e beneficio di tutti, allora accettala e vivi per essa.")*

Alla morte i vari elementi costitutivi del corpo (*spazio, aria, terra, fuoco e aria*) si trasformano e l'energia che anima la forma fisica si trasferisce altrove. Questo è un processo che richiede del tempo dopo l'ultimo respiro e l'ultimo battito del cuore o l'ultimo segnale elettroencefalografico. Infatti, si sta parlando di elementi di un'energia sottile che, secondo ciò che da millenni viene sperimentato ed osservato in altre regioni del mondo (*in Oriente, ad esempio*), si esaurisce all'interno del fisico entro 2-3 giorni dopo il momento del decesso, così come esso viene constatato dalla medicina occidentale. Quindi questo processo richiede tempi e modi diversi di trattamento della salma, rispetto a ciò che avviene normalmente in Occidente. Per quello che riguarda l'aspetto più generale, dopo la morte l'energia della coscienza continua ad esistere, altrove e in altra forma. Essa è come l'acqua di un torrente che giunge nel nostro terreno (*il prezioso corpo che acquisiamo alla nascita nell'esistenza umana*), scorre nel nostro terreno (*è il tempo della nostra vita, in cui possiamo ripulire l'acqua o inquinarla con le nostre azioni, a seconda di come agiamo*) e poi quando esce dal nostro terreno seguita a scorrere, ma in altro territorio, e non è più nostra.

Pensando a pratiche quali le mutilazioni genitali femminili, sono pratiche di un'altra cultura e di altri tempi, espressione di valori in cui il Buddhismo ovviamente non si riconosce. La prima Nobile Realtà enunciata dal Buddha ci dice che la sofferenza esiste, ma il percorso che il Risvegliato propone all'umanità è quella di liberarsi da essa, e certamente non di creare occasioni in cui fare volutamente soffrire un altro essere. È compito della società esprimere leggi rispettose della persona e di tutti i suoi aspetti, in cui qualsiasi tradizione religiosa possa ritrovare espressi i principi di tale condiviso amore all'essere umano.

**Intervista a Jolanda Guardì, Co-encadreur à l'étranger de thèses de Doctorat d'Etat – Université de Khénchela (DZ), professore a contratto di Lingua Araba e Traduzione Specialistica Arabo, Facoltà di Scienze Politiche, Università degli Studi di Milano**

Il corpo nell'Islam è composto di una parte spirituale e di una materiale, nes-

suna delle quali deve venir negata. Il corpo materiale ha “diritto” a essere goduto e godere, ovviamente all’interno di regole precise, volte in parte a dominare la dicotomia tra *ruh* (lo spirito) e *giasad/nafs*. Del resto nel Corano Adamo ed Eva vengono creati dalla stessa *nafs*, non dallo stesso corpo materiale (la donna non è una derivazione dell’uomo). I due aspetti quindi sono complementari.

Nella mia religione, vi sono rituali di purità: l’abluzione ha lo scopo di preparare il corpo a farsi “luogo” della preghiera. Un *hadith* afferma “tutto il mondo è una moschea” ma così anche il corpo, che diventa vettore d’espressione del sacro.

Altri riti relativi al corpo sono quelli del rito funerario e la circoncisione. Esistono altre pratiche come il primo taglio di capelli o simili ma il confine tra Islam e Islam popolare è in questi casi molto sottile.

Il corpo serve per la fede, ma non martoriato né negato, ciò è profondamente contrario all’Islam.

Mentre non esiste un culto del corpo dopo la morte. In ogni caso il corpo materiale è in affido al credente, che lo deve conservare nel miglior modo possibile senza alterarlo. Alla morte, infatti, esso torna a Dio.

Pratiche come le mutilazioni genitali femminili non sono da considerarsi pertinenti al discorso sul corpo nell’Islam.

### **Intervista Sumaya Abdel Kader, tra i fondatori dell’associazione GMI (Giovani Musulmani d’Italia) della quale ha ricoperto la carica di Segretario Generale e Vice Presidente.**

Il corpo nella tradizione islamica ha un valore importante. È il mezzo attraverso il quale lo spirito vive la vita terrena e si prepara per quella dopo, principalmente attraverso l’adorazione di Dio. Un’adorazione che appunto si esprime attraverso il corpo, ma non solo.

Ci sono rituali di purità ed hanno il significato simbolico di preparare il corpo all’adorazione di Dio. Consistono principalmente nelle abluzioni, attraverso il quale il corpo viene lavato. Certo per adorare Dio non ci sarebbe bisogno dell’atto di purificazione ma la ritualità del lavaggio permette alla persona di prepararsi all’incontro con Dio. Infatti, le abluzioni sono obbligatorie per poter compiere la preghiera. Compiere l’abluzione significa anche confermare la propria devozione a Dio in quanto ad Egli si obbedisce e ci si sforza per presentarsi nel miglior modo: puliti in corpo e pronti mentalmente.

Le principali abluzioni si effettuano prima delle preghiere, dopo un rapporto sessuale, dopo il ciclo mestruale, dopo aver perso sangue. Anche i morti si lavano, come ultimo atto di preparazione all’incontro con Dio.

Il corpo è, inoltre, mezzo attraverso il quale si può esprimere la spiritualità e quindi anche la fede.

Il corpo dopo la morte non c'è più, almeno non come lo concepiamo nella vita terrena. C'è sicuramente l'anima. Però alcuni detti del Profeta e passi del Corano possono farci pensare che il corpo riprenda forma, ma come sopra, non sappiamo quale forma esatta.

Le mutilazioni genitali femminili non rientrano nelle pratiche dell'Islam.

### 3.3. Islam e mutilazioni genitali femminili

Si ritiene opportuno integrare il tema delle mutilazioni genitali femminili in ambito islamico poiché, sulla base dei dati emersi dalla ricerca IRER *Indagine sulla presenza nel territorio lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili (cod. IReR 2009B061)*, alcuni paesi islamici – primo fra tutti l'Egitto – rappresentano le comunità in migrazione che più sollecitano l'attenzione, in termini di rischio della pratica.

Delle diverse modalità nelle quali la mutilazione è praticabile, si riscontra che nell'ambito dei paesi islamici la più tollerata e giustificata è l'ablazione del prepuzio clitorideo, che si giustifica nell'ambito della *sunna* e con la qualifica di azione nobile ma non obbligatoria (*makruma*).

È storicamente provato che nessuna delle forme previste dalla pratica mutilatoria sia un'istituzione congenita con l'Islam, il Corano non ne parla, esse derivano da un costume corrente nella penisola araba nel periodo pre-islamico e da alcune popolazioni conquistate all'Islam dopo Muhammad (Egitto, Sudan, Somalia). Come sottolinea Rizzardi, rimane il problema di carattere storico-critico in merito ad alcuni *hadith* del profeta nei quali si consiglierebbe la pratica come “meritoria” ma non “obbligatoria”. “Di conseguenza il diritto islamico, basandosi su pochi elementi “fontali” disponibili, esprime opinioni diverse nelle diverse scuole, come atti lodevoli (*hanifita, malikita*), come atto obbligatorio la circoncisione maschile e come atto raccomandabile quella femminile (*hanbalita*), come obbligatorie l'una e l'altra (*shafi'ita*).....A noi interessa in particolare il dibattito moderno e le ragioni del perdurare della pratica anche nella forma dell'infibulazione; due schieramenti si contrappongono, l'uno a favore e l'altro contrario” (Rizzardi 2007:93). L'autore continua sottolineando le ragioni dei favorevoli, principalmente etiche, quali la riduzione dell'istinto sessuale della donna e quindi la tutela della sua moralità, mentre le ragioni dell'opinione contraria si basano sia sull'inconsistenza del sostegno istituzionale religioso – non solo il Corano non ne parla ma il Corano proibisce qualsiasi manipolazione corporea, se non a scopo terapeutico, da questo si deduce che la pratica non può essere richiesta come obbligatoria. Su un altro piano si chiamano in causa

---

ragioni di carattere medico-sanitario, le gravi conseguenze psicologiche e fisiche che tale pratica genera. Oggi le ragioni del perdurare della pratica sono identificabili in quelle storiche (igienico-sanitario, moralità) ma anche ragioni sociali (educazione familiare, assicurare il matrimonio, ecc.). E ancora “il fatto sconcertante di fronte al fenomeno ed alle sue ragioni è di credere di volere difendere una finalità di carattere morale mediante un atto strutturalmente immorale; questo si giustifica come frutto di una cultura storica di imposizione di costume cui è mancata una formazione culturale etica” (Rizzardi 2007:94)

## 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](http://www.nature.com/ph)
- Amnesty International (2010), "Amnesty international call on Europe to end female genital mutilation", [www.amnestyinternational.org](http://www.amnestyinternational.org)
- Anderson Mary Ann, *Nursing Leadership, management, and Professional Practice for the LPN/LVN, 3<sup>rd</sup> 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-tesifient”, *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., Cafilisch 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 32<sup>nd</sup> 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](http://www.europa.ue), [www.pariopportunita.gov.it](http://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](http://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](http://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](http://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 Borengieri, Torino.

*Qanat*  
Editoria & Arti visive

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

[www.qanat.it](http://www.qanat.it)