

**/ MUTILAZIONI DEI GENITALI
FEMMINILI E DIRITTI UMANI NELLE
COMUNITÀ MICRANTI /**

**/ RAPPORTO DI RICERCA
NELLE REGIONI VENETO
E FRIULI VENEZIA GIULIA /**

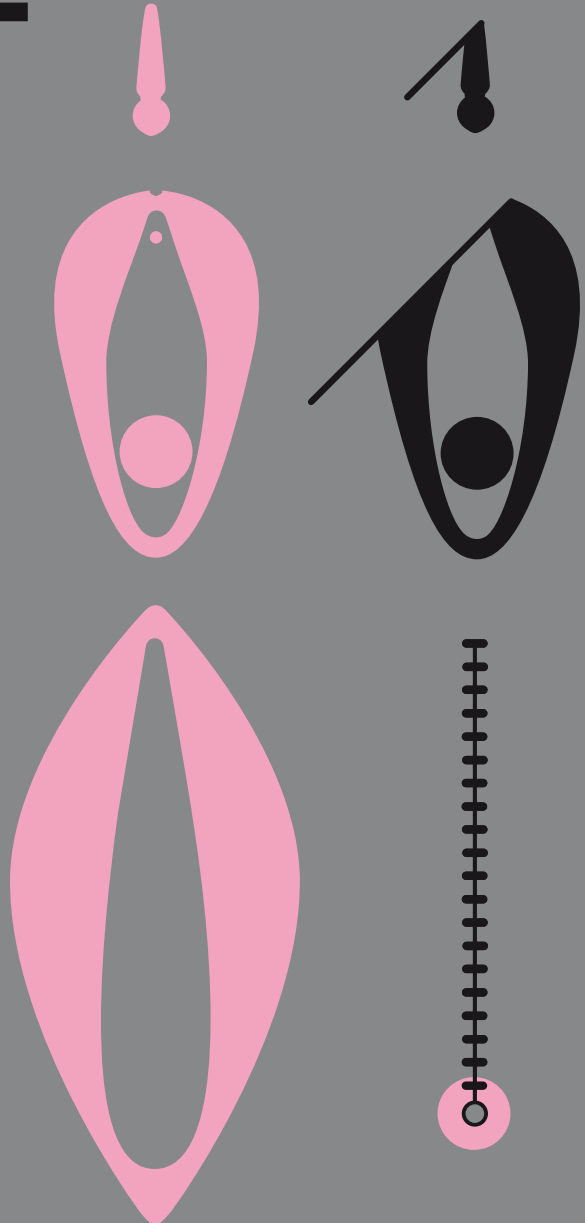
**/ A CURA DI
ADUSU E CULTURE APERTE /
/ IN COLLABORAZIONE
CON AIDOS /**

AIDOS
Associazione Italiana donne
per lo sviluppo

/ CULTURE APERTE /
associazione di
promozione sociale
composta da
mediatori culturali

**ASSOCIAZIONE
DIRITTI UMANI
SVILUPPO UMANO**

Università del Piemonte Orientale
Dipartimento di Psicologia



/ © 2009

/ AIDOS
ASSOCIAZIONE ITALIANA
DONNE PER LO SVILUPPO

/ ADUSU
ASSOCIAZIONE DIRITTI UMANI
SVILUPPO UMANO

/ CULTURE APERTE

/ PRIMA EDIZIONE, 2009
/ ISBN 9788890443503

/ MUTILAZIONI DEI GENITALI
FEMMINILI E DIRITTI UMANI NELLE
COMUNITÀ MIGRANTI /

/ RAPPORTO DI RICERCA
NELLE REGIONI VENETO
E FRIULI VENEZIA GIULIA

/ A CURA DI
// ADUSU, ASSOCIAZIONE DIRITTI
UMANI – SVILUPPO UMANO
PAOLA DECANI, PAOLO DE STEFANI
// CULTURE APERTE,
ORNELLA URPIŠ

/ IN COLLABORAZIONE CON
AIDOS – ASSOCIAZIONE ITALIANA
DONNE PER LO SVILUPPO /



PROGETTO MUTILAZIONI
DEI GENITALI FEMMINILI E
DIRITTI UMANI NELLE COMUNITÀ
MIGRANTI. PERCORSO INTEGRATO
DI RICERCA, FORMAZIONE E
SENSIBILIZZAZIONE PER LA
PREVENZIONE E IL CONTRASTO
DI UNA PRATICA TRADIZIONALE
DA ABBANDONARE FINANZIATO
DAL DIPARTIMENTO PER LE PARI
OPPORTUNITÀ NELL'AMBITO
DELLA LEGGE 7/2006



/ MUTILAZIONI DEI GENITALI FEMMINILI E DIRITTI UMANI NELLE COMUNITÀ MIGRANTI /

- 9 **Introduzione**
di Daniela Colombo / AIDOS,
Associazione italiana donne
per lo sviluppo
- 13 **Le parole per dirlo**
di Cristiana Scoppa / AIDOS
- 17 **Il progetto**
di Cristiana Scoppa

/ RAPPORTO DI RICERCA NELLA REGIONE VENETO

- a cura di Paola Degani
e Paolo De Stefani / ADUSU,
Associazione diritti umani -
Sviluppo umano - Padova
- 23 **Il disegno della ricerca**
di Annalisa Butticci
- 35 **La significatività dell'immigrazione africana in Veneto rispetto alle mutilazioni dei genitali femminili**
di Annalisa Butticci
- 51 **Diritti umani, diritti delle donne e mutilazione dei genitali femminili visti dalle donne africane in veneto**
di Annalisa Butticci
- 67 **Il ruolo della mediazione culturale e delle leadership della diaspora africana rispetto alle mutilazioni dei genitali femminili**
di Annalisa Butticci

- 87 **Le mutilazioni dei genitali femminili nell'esperienza dei servizi sanitari: interventi, conoscenza e condivisione di significati tra personale sanitario**
di Paola Degani
- 99 **L'approccio normativo alle mutilazioni dei genitali femminili: l'esperienza delle forze dell'ordine**
di Paola Degani
- 111 **Il confronto con l'associazionismo di promozione dei diritti umani rivolto alle donne immigrate**
di Annalisa Butticci
- 121 **Conclusioni**
di Annalisa Butticci,
Paola Degani, Paolo De Stefani
- 133 **Riferimenti bibliografici**

/ UNA RICERCA IN FRIULI VENEZIA GIULIA

- a cura di Ornella Urpis /
Culture aperte - Trieste
- 134 **Contributi e ringraziamenti**
- 137 **Le percezioni sociali del fenomeno**
di Ornella Urpis
- 147 **Comunità africane e mutilazioni dei genitali femminili**
di Irena Marceta
- 161 **Le mutilazioni dei genitali femminili fra tradizione e cambiamento: diritti, sessualità, identità**
di Ornella Urpis
- 205 **Gli operatori della mediazione culturale di fronte al fenomeno delle mutilazioni dei genitali femminili**
di Ornella Urpis

- 213 **Alcune riflessioni a partire dalle testimonianze raccolte nel settore socio-sanitario**
di Sara Crocco

- 225 **Riferimento bibliografici**

/ APPROFONDIMENTI

- 231 **Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani**
di Paola Degani
- 251 **Aspetti medico – legali della legge n. 7/2006 e dovere di segnalazione di reato all’Autorità giudiziaria**
di Anna Aprile e Giorgia Ducolin
- 259 **Tracce per le interviste**
- 267 **Bibliografia**
a cura di Giovanna Ermini –
Centro documentazione di AIDOS

/ RINGRAZIAMENTI

Il nostro più sincero grazie va a tutte le persone che hanno messo il proprio tempo e le proprie conoscenze a disposizione di questa ricerca, attraverso le interviste e i focus group, permettendoci di illuminare un po' più da vicino il cammino verso l'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili in Italia.

Un ringraziamento speciale va al fotografo Aldo Sodoma (www.aldosodoma.com) che ci ha donato le fotografie che illustrano il volume, tratte dal reportage "Portraits in black".

/ RICERCA

Coordinamento del progetto

Daniela Colombo – AIDOS

Coordinamento generale della ricerca

Paola Degani – ADUSU, Università degli Studi di Padova

Coordinamento della ricerca in Veneto

Paola Degani e Paolo De Stefani – ADUSU, Università degli Studi di Padova

Coordinamento della ricerca in Friuli Venezia Giulia

Ornella Urpis – Culture Aperte

Ricercatori e ricercatrici

Annalisa Butticci – ADUSU; Sara Crocco, Irena Marceta, Teresa Ngigi Wanjiku Secoli, Franca Riccardi – Culture Aperte

Rapporti con le comunità straniere

Théophile Nsabimana – ADUSU; Salama Billa, Gabriel Katambakana Tshimanga, Hermine Letonde Gbedo, Omer Coffi Gnamey, Koutou Mabilo – Culture Aperte

Segreteria

Lucia Barbera, Matteo Mascia – ADUSU; Fulvia Riccardi – Culture Aperte

Revisione e editing

Valentina Fanelli, Cristina Saggiaro e Cristiana Scoppa – AIDOS

Progetto grafico

Cristina Chiappini

Impaginazione

Daniela Verona

Fotografie

Aldo Sodoma

Immagine di copertina

Cristina Chiappini

Stampa

Litostampa 3B – Spoleto

/ PROGETTO

Coordinamento generale

AIDOS – Associazione italiana donne per lo sviluppo

in collaborazione conADUSU – Associazione diritti umani sviluppo umani (Padova)
Culture Aperte (Trieste)**Finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità** – Legge 7/2006 del 9 gennaio 2006

Partner in Veneto

Regione Veneto, Assessorato alle Politiche di Bilancio con delega alla Cooperazione allo sviluppo, ai diritti umani e alle pari opportunità - Direzione Regionale per le Relazioni internazionali ANOLF, Associazione nazionale Oltre le frontiere Struttura Alta Professionalità Immigrazione dell'Unità locale socio sanitaria (ULSS) 16 di Padova

Partner in Friuli Venezia Giulia
Regione Friuli Venezia, Assessorato alla Salute – Direzione centrale salute e protezione sociale
IRCCS Burlo Garofolo
ENFAP, Ente nazionale formazione addestramento professionale, sede regionale del Friuli Venezia Giulia

/ INTRODUZIONE /

/ A CURA DI
AIDOS – ASSOCIAZIONE ITALIANA
DONNE PER LO SVILUPPO /

PROGETTO MUTILAZIONI
DEI GENITALI FEMMINILI E
DIRITTI UMANI NELLE COMUNITÀ
MIGRANTI. PERCORSO INTEGRATO
DI RICERCA, FORMAZIONE E
SENSIBILIZZAZIONE PER LA
PREVENZIONE E IL CONTRASTO
DI UNA PRATICA TRADIZIONALE
DA ABBANDONARE FINANZIATO
DAL DIPARTIMENTO PER LE PARI
OPPORTUNITÀ NELL'AMBITO
DELLA LEGGE 7/2006



/ INTRODUZIONE /

DI DANIELA COLOMBO

Il rapporto di ricerca che tenete in mano nasce nell'ambito del progetto "Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti. Percorso integrato di ricerca, formazione e sensibilizzazione per la prevenzione e il contrasto di una pratica tradizionale da abbandonare", finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità in base alla legge n. 7/2006 sulla prevenzione e il contrasto delle pratiche di mutilazione dei genitali femminili in Italia, coordinato da AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, in collaborazione con ADUSU, Associazione diritti umani - sviluppo umano di Padova, e Culture aperte, associazione di promozione sociale di Trieste.

Il progetto vuole contribuire alla prevenzione e al contrasto delle mutilazioni dei genitali femminili presso le popolazioni migranti originarie di paesi dove tale pratica è diffusa, attraverso un coinvolgimento attivo di tutti gli attori in contatto diretto e indiretto con tali popolazioni, e attraverso la diffusione di una comprensione del fenomeno che faciliti il dialogo e il cambiamento dei comportamenti volto all'abbandono definitivo della pratica. Ha previsto

pertanto una componente di ricerca, che qui presentiamo, la produzione e l'utilizzo di materiale audio-visivo, tra cui il film Moolaadé del regista senegalese Ousmane Sembène e l'originale docu-fiction Vite in cammino, realizzata per AIDOS dalla regista Cristina Mecci, materiali corredati di guide al dibattito, e la realizzazione di un programma di formazione basato su una metodologia altamente partecipativa.

Negli ultimi anni il cambiamento dei comportamenti è diventato, nel gergo di chi lavora nel campo, quasi un sinonimo per abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili. Un cambiamento che riguarda innanzitutto le donne, che portano nel proprio corpo i segni della pratica e le sue conseguenze psico-fisiche e che sono viste come le principali, e a volte uniche, protagoniste della decisione di sottoporre una figlia all'escissione o all'infibulazione.

Ma l'esperienza di AIDOS e delle numerose organizzazioni africane e internazionali con le quali collabora da oltre vent'anni, suffragata dalle ricerche di antropologhe che a lungo hanno lavorato in diversi paesi africani o nel contesto della migrazione rispettivamente in paesi quali Svezia, Norvegia, Inghilterra, Francia, mostra come su tale decisione pesi in maniera significativa l'opinione e il ruolo degli uomini, della famiglia d'origine dei due coniugi, in particolare degli/lle anziani/e della famiglia, cui spetta il compito di veicolare e tutelare i valori culturali e le pratiche identitarie tradizionali e, in senso più ampio, l'opinione della comunità di riferimento.

Tale situazione si riproduce in forme particolari nel contesto della migrazione. Oggigiorno, sebbene molti paesi europei stiano lavorando nella direzione dell'abbandono della pratica, permane la percezione che la pratica sia una

tradizione da rispettare anche a causa delle comunicazioni con i familiari rimasti nel paese d'origine. E il rischio che le bambine siano sottoposte alla pratica, se non in Europa, quanto meno durante le vacanze nel paese d'origine, è particolarmente alto se l'esperienza della migrazione è vista come temporanea in previsione di un ritorno in patria con la famiglia, poiché tale decisione viene ancora affrontata più in base a concezioni e valori legati al percorso di socializzazione nel paese d'origine, dove il rispetto della tradizione è elemento fondante incontestabile, piuttosto che rispetto all'esperienza maturata nel percorso migratorio, dove le donne in particolare sperimentano significativi percorsi di emancipazione, come emerge anche dalla ricerca condotta in Veneto e Friuli Venezia Giulia.

Ma in tutti i paesi africani dove la pratica è diffusa sono in corso, da ormai quasi tre decenni, campagne volte a promuovere l'abbandono della pratica, che hanno portato ad esempio a una diminuzione delle forme più cruente di mutilazione a favore di pratiche meno invasive, e hanno inquadrato la pratica in un discorso pubblico volto a promuovere i diritti umani e l'uguaglianza di genere sollecitando l'impegno istituzionale e facendo crescere, come confermano le indagini Demographic and Health Survey (DHS), il numero delle donne e degli uomini che si dicono non intenzionati a sottoporre le proprie figlie alla mutilazione dei genitali, così come il numero delle organizzazioni di base che a diversi livelli sono impegnate attivamente per contrastare il fenomeno.

Alla luce di tali esperienze, è ormai convinzione condivisa, come sottolineato dall'Innocenti Digest "Cambiare una convenzione sociale dannosa: la pratica della escissione/mutilazione genitale femminile", pubblicato dall'Istituto di ricerca Innocenti dell'Unicef (Firenze,

2005), che le mutilazioni dei genitali femminili siano una convenzione sociale e, proprio in quanto tale, che l'abbandono della pratica non sia una decisione puramente individuale e razionale, ma una scelta nella quale entrano in campo dimensioni sociali, relazionali, psicologiche e affettive complesse.

Il percorso verso l'abbandono della pratica deve perciò necessariamente coinvolgere tutti gli attori di riferimento affinché tale decisione possa estrinsecarsi, consolidarsi, resistere e diventare duratura. Deve cioè essere costruito quello che viene definito *enabling environment*, cioè un ambiente socio-culturale complessivo che permetta il cambiamento.

Nel contesto della migrazione questo significa, tra l'altro, costruire ponti di conoscenze con il paese d'origine, che rassicurino i/mi migranti sul futuro delle proprie figlie anche senza che siano sottoposte a mutilazione dei genitali femminili, e che rivelino e confermino dall'interno i cambiamenti in atto. Significa inoltre costruire, intorno e in contatto con gli uomini e le donne migranti, una rete di attori significativi capaci di affrontare il tema nell'ottica dell'accoglienza e del dialogo, aprendo così la strada a un ripensamento dei valori di cui le mutilazioni dei genitali femminili sono il simbolo inciso nella carne e promuovendone l'abbandono.

Va sottolineato che le donne migranti originarie dei paesi dove la pratica è diffusa restano protagoniste del fenomeno. Esse si trovano ad affrontare direttamente la condizione di essere portatrici di mutilazione dei genitali femminili, ad esempio nei rapporti con le istituzioni sanitarie materno-infantili. Sono inoltre loro a dover sostenere, più di chiunque altro, le conseguenze della decisione di sottoporre come pure di non sottoporre le proprie figlie alla pratica, in particolare

rispetto all'applicazione della legge 7/2006. Altrettanto importante però è il coinvolgimento attivo degli uomini originari dei paesi dove sono diffuse le mutilazioni dei genitali femminili, che nel contesto della migrazione giocano un ruolo preponderante nella determinazione delle decisioni riguardanti la dimensione familiare e di coppia, nonché la dimensione della vita collettiva e pubblica.

L'esperienza di AIDOS e dei suoi partner in questo progetto, le tante e significative testimonianze di impegno da parte di donne e uomini di origine africana, rappresentanti delle istituzioni territoriali, medici e personale sanitario, mediatori e mediatrici culturali, incontrati e coinvolti a vario titolo nel progetto, lasciano intuire che, se il sostegno istituzionale non verrà meno, cioè se la legge 7/2006 verrà rifinanziata in modo da consentire il proseguimento di attività di prevenzione, informazione e sensibilizzazione sul territorio nazionale, anche in Italia il numero degli/lle africani/e favorevoli all'abbandono della pratica diventerà presto una massa critica tale da rendere la pratica, nel contesto della migrazione, solo un ricordo.



/ LE PAROLE PER DIRLO /

DI CRISTIANA SCOPPA

Circoncisione (femminile), sunna, clitoridectomia, escissione, infibulazione, mutilazioni e/o modificazioni dei genitali femminili, female genital mutilation/cutting. E poi gli acronimi MGF, FGM o anche FGM/C o ancora MGF/E per riunire le espressioni escissione e mutilazioni dei genitali femminili. Sono alcune delle espressioni che ricorrono quando si affronta questa pratica.

“Circoncisione femminile” era, ed è, la definizione usata tradizionalmente nelle comunità dove si pratica anche la circoncisione maschile. Un’equivalenza di cui le/gli studiose/i hanno presto smascherato l’iniquità: il termine “circoncisione femminile” è un’eufemistica descrizione per una varietà di pratiche che comportano l’incisione e asportazione di clitoride, piccole e anche grandi labbra, con vari livelli e forme di sutura, e per le quali l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha costruito una classificazione in quattro tipi principali.

La meno lesiva (I tipo), e l’unica per la quale possa essere stabilito un parallelo con la circoncisione maschile, è quella che viene comunemente chiamata sunna, parola araba che significa “tradizione” o

“dovere” e che comporta solo la resezione del prepuzio del clitoride. Questo in teoria, perché, come scrivono Nahid Toubia e Susan Izett, “nessun referto medico documenta l’esistenza della pratica in questa forma”.

Nella maggior parte dei casi, piuttosto, oltre al prepuzio viene tagliato in parte o interamente il clitoride (II tipo), pratica per la quale la definizione più comune è escissione (dal francese excision, molto usata in Africa occidentale, dove è questa forma a prevalere) o secondo la letteratura medica, clitoridectomia.

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

In Sudan, scrivono Bettina Shell-Duncan e Ylva Hernlund, “c’è una variazione nota come matwasat o ‘circoncisione intermedia’ che è una forma modificata di infibulazione in cui le parti tagliate sono le stesse, mentre si suturano insieme solo i due terzi anteriori delle grandi labbra, in modo da lasciare una apertura posteriore più grande. Si crede che tale forma di infibulazione sia stata la risposta delle praticanti tradizionali alle legge del 1946 che proibì l’infibulazione in Sudan, anche se in una recente indagine solo il 2 per cento delle donne sudanesi affermava di aver subito tale forma di MGF”. Un’altra forma di infibulazione parziale, diffusa prevalentemente in Africa

occidentale, è nota con l'espressione inglese *sealing*, sigillare, e consiste nella resezione di clitoride e piccole labbra che vengono poi fatte guarire lasciando che il sangue coaguli sulla ferita e la suturi, quasi a creare una sorta di ulteriore imene.

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

Sono tutti interventi che nella maggioranza dei casi vengono effettuati senza anestesia da praticanti tradizionali, e comportano un alto tasso di complicazioni sanitarie a breve e lungo termine, di disturbi psicologici e in taluni casi anche la morte. Per la clitoridectomia, che di fatto riguarda la grande maggioranza delle donne, e ancor più per la *sunna*, le conseguenze sul piano medico-sanitario non sono così rilevanti come per l'infibulazione.

Mutilazioni dei genitali femminili è invece una definizione abbastanza recente, affermata gradualmente alla fine degli anni Settanta, quando la pratica cominciò a essere conosciuta in Occidente. Come nota il recente *Innocenti Digest* dell'Unicef, "la parola 'mutilazione' non solo stabilisce una chiara distinzione linguistica rispetto alla circoncisione maschile, ma, con la sua forte connotazione negativa, sottolinea la gravità dell'atto. Nel 1990 questo termine fu adottato nella terza conferenza del Comitato interafricano sulle pratiche tradizionali che colpiscono la salute di

donne e bambini (Iac), tenutasi ad Addis Abeba. Nel 1991 l'OMS ha raccomandato alle Nazioni Unite di adottare questa terminologia, che di conseguenza è stata ampiamente utilizzata nei documenti dell'Onu. L'impiego del termine 'mutilazione' rafforza l'idea che questa sia una violazione dei diritti umani delle bambine e delle donne, e quindi aiuta a promuovere l'impegno nazionale e internazionale per il suo abbandono. Per le comunità interessate, tuttavia, l'uso di questo termine può essere problematico. Per descrivere la pratica le lingue locali in genere usano l'equivalente del termine 'escissione', che possiede una minore connotazione valutativa: comprensibilmente, i genitori rifiutano l'idea di stare 'mutilando' le proprie figlie".

Per questo ha cominciato ad affermarsi alla fine degli anni Novanta l'espressione *female genital cutting* (FGC, letteralmente taglio dei genitali femminili), che fa riferimento solo all'atto del tagliare, senza giudizi valutativi, e ha l'obiettivo di sottolineare il rispetto per le culture locali/tradizionali che comprendono tra le proprie forme espressive la pratica.

In Italia Michela Fusaschi ha invece proposto l'espressione "modificazioni dei genitali femminili", mentre durante i corsi di formazione realizzati nell'ambito del progetto "Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti" di cui questa ricerca fa parte, è stata proposta e discussa l'espressione "modificazioni dei genitali femminili nocive". Questa definizione accoglie le preoccupazioni descritte sopra, in particolare è priva del giudizio negativo che invece ha il termine "mutilazioni". Comprende - con il termine *modificazioni* - anche gli interventi sulla vulva che non costituiscono una mutilazione, come ad esempio la *sunna*, il taglio parziale del clitoride che non ne compromette completamente la funzione, o quelle

pratiche riunite dall'OMS nel IV tipo, che modificano l'aspetto della vulva quali ad esempio l'allungamento delle piccole labbra o del clitoride. L'aggettivo nocive descrive però – per il suo significato: *che provoca un danno di varia natura o entità, visibile o nascosto, a carico di un organismo o di una condizione* (Dizionario Devoto Oli della lingua italiana, ed. 2004/5, Le monnier) – l'impatto che la pratica ha sul corpo e sulla condizione delle donne e rispetta la preoccupazione di tante attiviste, non lasciando ambiguità rispetto al fatto che è una pratica da abbandonare.

Nelle lingue africane parlate dai gruppi etnici che praticano diverse forme di MGF, la pratica prende una varietà di nomi, che hanno significati letterali che fanno riferimento al rispetto, alla norma/regola da seguire, alla purezza, all'azione del tagliare e/o del chiudere/cucire, alla pulizia.

Molte attiviste, africane e non, hanno però ravvisato un rischio nella sparizione del riferimento alla mutilazione, come se venisse meno parte della motivazione all'abbandono della pratica, che sta appunto nel fatto che la pratica priva le donne di una parte funzionale del proprio corpo ed è espressione "di una disparità di genere profondamente radicata che assegna loro una posizione di subalternità nella società, e produce gravi conseguenze fisiche e sociali"¹.

Per "mantenere la valenza politica del termine 'mutilazione' e allo stesso tempo riconoscere l'importanza di usare una terminologia che non esprima un giudizio nei confronti delle comunità che la pratica"² l'Unicef e le altre agenzie

dell'Onu, come pure un crescente numero di organizzazioni non governative, ha scelto come mediazione possibile tra due istanze ritenute entrambe giuste, l'espressione femal genital mutilation/cutting (FGM/C), tradotta in italiano con mutilazione genitale femminile/escissione (MGF/E).

In questo testo abbiamo scelto di continuare a usare l'espressione mutilazioni dei genitali femminili e l'acronimo italiano MGF, più noto e diffuso, pur riconoscendo la valenza della nuova denominazione e condividendone i presupposti.

1 UNICEF. Centro di ricerca Innocenti (IRC), *Cambiare una convenzione sociale dannosa: la pratica della escissione/mutilazione genitale femminile*, Firenze, UNICEF. IRC, 2005

2 UNICEF, *Cambiare una convenzione*, op. cit.

Zero



MARZO

	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Il sapere di un'arte antica

MAGGIO

						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

GIUGNO

		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

/ IL PROGETTO /

DI CRISTIANA SCOPPA

/ **Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti** /

/ **Percorso integrato di ricerca, formazione e sensibilizzazione per la prevenzione e il contrasto di una pratica tradizionale da abbandonare** /

/ 1. Origini del progetto /

Il progetto è finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità attraverso un bando emesso in conformità con la legge 7/2006 **“Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”**.

/ 2. Partner /

La proposta di progetto è stata redatta congiuntamente da: **AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo**, organizzazione non governativa riconosciuta dal Ministero degli Affari Esteri con oltre 20 anni di esperienza nella prevenzione e contrasto delle mutilazioni dei genitali femminili in Africa e in Italia, con l'associazione di promozione sociale **ADUSU**, Associazione diritti umani -

sviluppo umano, con sede a Padova, l'associazione di promozione sociale **Culture Aperte**, con sede a Trieste, e in collaborazione con l'**ANOLF**, Associazione nazionale oltre le frontiere, sede del Veneto, la **Regione Veneto**, Assessorato alle Politiche di Bilancio con delega alla Cooperazione allo Sviluppo ai Diritti Umani e alle Pari Opportunità, Direzione Regionale per le Relazioni Internazionali, la **ULSS 16, Struttura Alta Professionalità Immigrazione** di Padova, la **Regione autonoma Friuli Venezia Giulia**, Direzione centrale salute e protezione sociale, l'**ENFAP**, Ente nazionale formazione addestramento professionale - sede regionale del Friuli Venezia Giulia, l'**Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) Burlo Garofolo** - European School for Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, di Trieste, centro di eccellenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Il progetto si attua nelle regioni del Veneto e del Friuli Venezia Giulia, e nel Lazio, in particolare a Roma, dove ha sede AIDOS.

/ 3. Obiettivi /

/ 1. / Mettere a disposizione di tutti gli attori in contatto diretto e indiretto con le popolazioni migranti di origine africana presenti sul territorio informazioni quantitative e qualitative atte a comprendere l'evoluzione di atteggiamenti e comportamenti relativi alla pratica delle mutilazioni dei genitali femminili nel contesto della migrazione e convivenza in Italia, attraverso una ricerca/azione pilota sul territorio del Veneto e del Friuli Venezia Giulia.

/ 2. / Contribuire all'appropriazione consapevole di un ruolo attivo di prevenzione e contrasto della pratica di mutilazione dei genitali femminili da parte di tutti gli attori locali a vario titolo in contatto con uomini, donne, minori,

famiglie migranti originarie dei paesi dove la pratica è diffusa, attraverso un'azione coerente e concertata di formazione, informazione e sensibilizzazione diretta e indiretta informata al paradigma dei diritti umani e all'eguaglianza di genere.

/ 3. / Rafforzare le capacità dei soggetti coinvolti nel progetto attraverso una metodologia di formazione partecipativa, affinché si facciano parte attiva nella prevenzione e nel contrasto della pratica delle mutilazioni dei genitali femminili.

/ 4. / Facilitare la circolazione di informazioni sui progressi relativi all'abbandono della pratica nei paesi d'origine, riducendo il rischio che la pratica venga eseguita durante soggiorni di vacanza e che siano combinati matrimoni forzati tra ragazze cresciute in Italia e uomini dei paesi d'origine.

/ 5. / Promuovere un approccio culturale alla pratica che ne affronti la complessità, facilitando la diffusione di informazioni e conoscenze attraverso l'informazione circolante sui media, in modo da evitare stereotipi e prevenire semplificazioni di stampo razzista.

/ 4. Attività /

Il progetto interviene in tutte e tre le macro aree di riferimento individuate dal bando

A - Ricerca/azione

B - Formazione

C - Informazione e sensibilizzazione

attraverso una serie di attività coordinate.

Il progetto si propone di costruire un ambiente socio-culturale che favorisca il cambiamento dei comportamenti dei/delle migranti di origine africana rispetto alla pratica attraverso una metodologia integrata, tra le diverse attività del progetto. In particolare:

- La costruzione di un ampio **Tavolo di coordinamento regionale** permette il coinvolgimento attivo dei rappresentanti delle istituzioni e organizzazioni che a vario titolo hanno contatto con le persone migranti, assicurando un'ampia condivisione dell'approccio del progetto nonché la condivisione delle priorità e delle esperienze delle singole istituzioni.
- La mappatura attraverso la ricerca-azione, utilizzando gli strumenti dell'intervista a testimoni privilegiati e a soggetti appartenenti alle comunità immigrate e del focus group, permette di osservare **il campo dei processi decisionali che circondano la pratica delle mutilazioni dei genitali femminili nell'esperienza della migrazione.** Saranno identificati tanto attori istituzionali e professionali, che a vario titolo hanno contatto con le persone migranti, dal personale sanitario ai/lle mediatori/trici culturali, dai rappresentanti di associazioni di immigrati e di donne, ai/lle funzionari/e di enti locali, dalle forze dell'ordine agli/lle insegnanti, ai media, quanto soggetti appartenenti alle comunità migranti provenienti dai paesi ove si praticano le mutilazioni dei genitali femminili. La mappatura mira inoltre a individuare **i valori culturali di riferimento** che sostengono la continuazione della pratica allo scopo di costruire percorsi alternativi nel rispetto delle culture delle comunità migranti. Infine la ricerca-azione contribuirà ad identificare i bisogni di formazione-informazione dei diversi destinatari del progetto, contribuendo a qualificare i contenuti delle successive attività.
- Le **attività di informazione e sensibilizzazione**, arricchite dalle indicazioni raccolte nel corso della ricerca-azione e dai contributi di tutti gli attori coinvolti nel Tavolo

di coordinamento regionale, sono orientate secondo la linea di una duplice azione, diretta e indiretta.

L'informazione e sensibilizzazione

prevede la realizzazione di strumenti atti a sollecitare il dibattito e una diversa percezione delle mutilazioni dei genitali femminili presso le comunità migranti come pure presso i professionisti in contatto con tali comunità, con l'uso mirato di materiale video, fiction e documentario – tra cui il film *Moolaadé* di Ousmane Sembène e la docu-fiction *Vite in cammino*, realizzata nell'ambito del progetto dalla regista Cristina Mecci, accompagnato da apposite guide per gli/le animatori/trici, che ne analizzano i contenuti e che facilitano la discussione aperta e consapevole.

- Le informazioni derivanti dalla ricerca-azione orienteranno i contenuti del manuale formativo e la programmazione dei corsi di **formazione**, che punteranno a dotare i partecipanti di una conoscenza critica delle mutilazioni dei genitali femminili come questione di identità di genere, di dinamiche di potere tra uomini e donne e tra individui e collettività, di diritti umani e di salute, nonché del quadro normativo e degli strumenti psico-relazionali per far emergere il tema nel contatto con le persone migranti, e affrontarlo in maniera da promuovere il cambiamento dei comportamenti.
- Le **Conferenze regionali conclusive** costituiranno un momento essenziale per la diffusione e la trasferibilità dei risultati del progetto. Completeranno il percorso realizzato attraverso il coinvolgimento di un pubblico esterno, cioè di rappresentanti degli enti locali, organizzazioni del terzo settore e del volontariato, organizzazioni di donne e di migranti, docenti e studenti,

personale socio-sanitario, che non hanno partecipato direttamente alle attività del progetto, ma che possono beneficiare dei risultati e dei materiali prodotti nell'ottica della costruzione di buone prassi.

/ A CURA DI
// ADUSU, ASSOCIAZIONE DIRITTI
UMANI – SVILUPPO UMANO
PAOLA DEGANI, PAOLO DE STEFANI
- PADOVA

/ RAPPORTO DI RICERCA
NELLA REGIONE VENETO

PROGETTO MUTILAZIONI
DEI GENITALI FEMMINILI E
DIRITTI UMANI NELLE COMUNITÀ
MIGRANTI. PERCORSO INTEGRATO
DI RICERCA, FORMAZIONE E
SENSIBILIZZAZIONE PER LA
PREVENZIONE E IL CONTRASTO
DI UNA PRATICA TRADIZIONALE
DA ABBANDONARE FINANZIATO
DAL DIPARTIMENTO PER LE PARI
OPPORTUNITÀ NELL'AMBITO
DELLA LEGGE 7/2006





/ IL DISEGNO DELLA RICERCA /

DI ANNALISA BUTTICCI

Il presente rapporto di ricerca illustra gli esiti dell'attività condotta dall'Associazione diritti umani – Sviluppo umano nell'ambito del progetto denominato "Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti. Percorso integrato di ricerca, formazione e sensibilizzazione per la prevenzione e il contrasto di una pratica tradizionale da abbandonare". Il progetto, finanziato dal Dipartimento per i Diritti e le Pari opportunità nel quadro dell'attuazione dell'art. 3, comma 2, della Legge 7 del 9 gennaio 2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", (Avviso pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 187 del 13 agosto 2007), è promosso da AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo e coinvolge le Regioni Veneto, Friuli Venezia Giulia e Lazio. Per il Veneto le attività progettuali sono coordinate dall'Associazione diritti umani – Sviluppo umano di Padova e realizzate in partenariato con l'Assessorato regionale alla Cooperazione allo sviluppo, Diritti umani e Pari opportunità – Direzione regionale per le relazioni internazionali, l'ULSS 16, l'Anolf-Cisl regionale. L'attività di ricerca azione a cui fa capo questo rapporto, svoltasi nel corso della seconda metà del 2008, ha preceduto e

in parte accompagnato la realizzazione di altri programmi e interventi di formazione e sensibilizzazione previsti nell'ambito del progetto (realizzazione di materiali e attuazione di iniziative sul campo).

Il progetto di ricerca sulle mutilazioni dei genitali femminili (MGF)³ nelle comunità africane presenti nel territorio della Regione Veneto è stato condotto utilizzando strumenti di rilevazione propri di un'indagine di tipo qualitativo. Una simile scelta metodologica è apparsa indispensabile in considerazione dell'obiettivo che la ricerca intendeva perseguire, soprattutto in considerazione della particolare realtà che si voleva indagare. Per introdurre la posizione metodologica ed epistemologica adottata ci sembra opportuno riportare una nota definizione di ricerca qualitativa:

La ricerca qualitativa è quel tipo di ricerca che adotta un approccio naturalistico verso il suo oggetto di studio, studiando i fenomeni nei loro contesti naturali, tentando di dare loro un senso, o di interpretarli, nei termini del significato che la gente dà ad essi. (Denzin e Lincoln 1994)

Parlare di posizione metodologica obbliga a definire che cosa si intende per metodologia e a questo proposito è bene evidenziare la differenza, a volte fonte di confusione, tra metodologia e metodo. Per metodologia si intende il procedimento attraverso il quale si produce conoscenza; in tale procedimento si riconoscono

3 L'intervento qui definito come MGF è denominato e percepito in vario modo nei diversi contesti antropologici e socioculturali. L'adozione di questa terminologia – che ricalca quella utilizzata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e presente nella recente legislazione italiana – non comporta una presa di posizione dei ricercatori circa la sua maggiore correttezza o opportunità rispetto ad altre formulazioni utilizzate nella letteratura scientifica o dalle diverse comunità africane in cui la pratica è diffusa. Il tema è discusso nell'Appendice al Rapporto: Mutilazioni genitali femminili e diritti umani.

alcuni assunti di base sulla natura e il significato delle idee, dell'esperienza e della realtà sociale, nonché sulle modalità attraverso le quali questi sono correlati. Il metodo invece si riferisce alle tecniche e alle procedure che si possono utilizzare per esplorare la realtà, produrre dati ed evidenze. È un metodo, quindi, quello dell'etnografia, delle interviste, dell'osservazione partecipante, del *focus group*, del questionario, dell'analisi dei testi e così via. Il metodo è strettamente legato al tipo di informazione che si intende ottenere.

Nel caso specifico, la scelta metodologica è stata imposta dall'oggetto della ricerca e si è coniugata all'utilizzo di metodi flessibili, in grado di illuminare l'eterogeneità dei diversi contesti in cui la pratica delle MGF si manifesta.

Questo progetto conoscitivo⁴ ha posto di fronte all'obiettivo, affascinante ma complicato, di cogliere le opposte tensioni verso il cambiamento e la conservazione che, mai come in questo caso, possono descrivere l'atteggiamento della diaspora africana nei confronti della pratica delle MGF. Le strategie di ricerca utilizzate sono state quelle più idonee a cogliere le complessità legate sia alla ricerca sul campo, sia all'accesso all'esperienza degli intervistati e delle intervistate.

/ Le interviste e i focus group /

Lo studio è stato condotto in larga parte attraverso la realizzazione di interviste semistrutturate e *focus group*. I destinatari sono stati 21 mediatori/mediatrici africani/e, rappresentanti di associazioni africane, 13 donne africane residenti nel territorio veneto con diverse esperienze rispetto alla pratica, 15 tra medici e operatori sanitari, alcuni rappresentanti delle forze dell'ordine e della magistratura, 9 tra rappresentanti delle Commissioni Pari opportunità regionale e provinciali e operatori di associazioni impegnate nella promozione dei diritti umani delle donne e degli immigrati. Tali soggetti sono stati raggiunti in tempi e con modalità diverse in base alla successione delle fasi della ricerca, tutti comunque nel periodo compreso tra giugno e ottobre 2008.

Quasi tutte le interviste sono state registrate e quindi deregistrate, salvo quelle per le quali la persona interessata non ha dato il consenso e quelle realizzate per approfondire specifici aspetti tra quelli contemplati nella traccia di intervista predisposta per le diverse tipologie di soggetti incontrati durante la ricerca. Anche i *focus group* sono stati interamente registrati. Nella scelta dei soggetti di origine africana da intervistare si è tenuto conto della corrispondenza tra presenza nel territorio regionale e rappresentatività della pratica nel paese d'origine⁵.

⁵ La letteratura e i manuali che trattano di ricerca qualitativa hanno dedicato molte pagine alla questione della scelta del campione e in particolare alla sua rappresentatività. Si vedano in proposito i lavori di Bovone (1984), Bertaux (1999), Cipriani (1997), Cavalli (1985), Corbin e Strauss (1990).

Alla luce di tali considerazioni, si ritiene di avere individuato un campione rappresentativo della popolazione oggetto di studio.

⁴ In merito alle questioni metodologiche rispetto al disegno della ricerca si veda Bichi (2003), Silvermann (2003), Bailey (1995).

Si è cioè scelto di intervistare uomini e donne non solo delle comunità africane, per quanto piccole, dove la pratica delle MGF è più diffusa in patria, ma anche esponenti delle comunità nazionali africane più numerose tra quelle presenti nelle diverse province del Veneto.

Le donne africane intervistate sono state individuate in base alla provenienza geografica e alla presunta conoscenza diretta della pratica. È opportuno sottolineare il carattere presunto di tale conoscenza perché in diversi casi le donne intervistate, seppur provenienti da paesi nei quali la pratica appare estremamente diffusa, non erano state sottoposte ad alcun tipo di MGF. Le 13 donne intervistate hanno un'età compresa tra i 28 e i 50 anni e provengono da Somalia, Nigeria, Eritrea, Mali, Burkina Faso, Sierra Leone ed Egitto.

I mediatori/mediatrici e rappresentanti di associazioni africane sono stati raggiunti sia attraverso le interviste semistrutturate, sia attraverso i *focus group*. In quest'ultimo caso abbiamo ritenuto opportuno realizzare due *focus group*, uno destinato a uomini, l'altro a donne. I soggetti individuati per i *focus group*, così come per le interviste semistrutturate, sono stati scelti in base ad alcune caratteristiche quali: l'essere mediatori/mediatrici e rappresentanti di associazioni, l'ampiezza e la rilevanza del ruolo svolto sul territorio del Veneto dalle rispettive strutture o gruppi di appartenenza, la provenienza da uno dei paesi africani dove la pratica è maggiormente diffusa.

Sono stati dunque intervistati singolarmente 21 tra mediatori/mediatrici culturali e rappresentanti di associazioni, provenienti da Somalia, Nigeria, Eritrea, Mali, Burkina Faso, Sierra Leone ed Egitto, mentre altri 10 uomini sono stati raggiunti tramite il *focus group*. Per il *focus group* delle donne le partecipanti sono state invece 4.

Gli intervistati e le intervistate provengono da Somalia, Mali, Nigeria, Camerun, Senegal, Egitto, Ghana, Burkina Faso e Guinea⁶.

⁶ Il criterio che si è inteso seguire con questa scelta campionatoria è stato quello della saturazione teorica ovvero il conseguimento dell'obiettivo conoscitivo della ricerca. Come suggerisce Bichi (2003), "la domanda più opportuna, dunque, non è: quante persone bisogna intervistare? Ma: è stato raggiunto l'obiettivo?".

Tavola 1. Partecipanti a *focus group* e workshop

Focus Group Rappresentanti associazioni e mediatori uomini 12.07.08

Associazione Ital - Som - Padova

Associazione Nazione Diaspora Africana (A.N.D.A.) - Padova

Egbe Omo Yoruba Veneto (2 persone) - Padova

ANOLF - Venezia

Associazione Camerunensi in Veneto - Moriago della Battaglia (TV)

Associazione degli Immigrati della Guinea Bissau in Italia - Verona

Associazione Maliana delle tre Venezie (A.MA.VE) - Padova

Associazione Socio Culturale dei Senegalesi (A.S.C.A.N.) - Padova

Edo Cultural Heritage Onlus - Padova

Focus Group Rappresentanti associazioni e mediatrici donne 23.08.08

Nigerian Women Association (2 persone) - Verona

Focus Group Rappresentanti Associazioni e mediatrici donne 23.08.08

Associazione Amici del Mali - Riese Pio X (TV)

Mediatrice culturale del Camerun

Workshop C.PP.00. 9.09.08

Commissione Pari Opportunità Regione Veneto

Commissione Pari Opportunità Provincia di Verona

Commissione Pari Opportunità Provincia di Rovigo

Centro Antiviolenza - Venezia

Cooperativa Iside - Venezia

Telefono Rosa - Verona

Unicaterra - Padova

Arcisolidarietà - Rovigo

Opere Riunite Buon Pastore - Venezia

L'obiettivo di ricerca ha inoltre richiesto la realizzazione di interviste con operatori socio-sanitari – medici, ginecologi, ostetriche e assistenti socio-sanitari - e con alcuni rappresentanti delle forze dell'ordine e della magistratura; sono stati intervistati agenti, funzionari e dirigenti della Polizia di Stato di alcune città venete ed è stata contattata e coinvolta nella ricerca la Procura della Repubblica di Verona, in quanto titolare di un'indagine su un episodio di cronaca avvenuto in epoca immediatamente successiva l'adozione della nuova normativa in materia di MGF. L'ultima tappa della ricerca sul campo ha coinvolto, attraverso la realizzazione di un *workshop*, rappresentanti delle Commissioni Pari opportunità, a livello provinciale e regionale, e delle associazioni impegnate nella promozione dei diritti umani delle donne e degli immigrati. L'incontro ha rilevato diversi elementi relativi ai rapporti con l'utenza straniera e la conoscenza della pratica delle MGF sia in termini di esperienza diretta attraverso le utenti, sia attraverso percorsi di formazione e sensibilizzazione.

La prima fase ha coinvolto il gruppo di ricerca nell'elaborazione delle tracce di interviste semi-strutturate, con le quali sono state individuate le aree tematiche su cui si è concentrata l'attenzione di ricerca. Per ogni tipologia di soggetto è stata elaborata una diversa traccia⁷.

Nello svolgimento della ricerca, in considerazione della peculiarità dell'oggetto di indagine, si è rilevata l'opportunità di utilizzare un metodo di conduzione di intervista improntato alla fluidità del discorso e alla libera narrazione. Nell'interazione con gli intervistati e le intervistate si è cercato di stabilire una relazione d'intervista

nella quale fosse possibile costruire congiuntamente una narrazione autentica, sincera, spassionata. Il successo di questa relazione flessibile e intesa a dissolvere le distanze, massimizzando la comunicazione e la comprensione dell'esperienza, ha contato molto sulla qualità dell'interazione.

Nelle interviste si è cercato di interagire con i soggetti coinvolti prevalentemente attraverso rilanci e consegne, ossia modi diretti di sollecitazione volti ad approfondire o spiegare alcune affermazioni o segmenti di racconto, attraverso i quali orientare il focus verso particolari ambiti di vita riconducibili all'esperienza e alla conoscenza in merito alle MGF.

In altre parole, si sono poste alcune domande comuni a tutti gli intervistati e intervistate, ma è stato dato anche ampio spazio alla narrazione e alla fluidità del dialogo. Questo ha permesso di cogliere le diverse posizioni, le contestazioni, le negoziazioni ed elaborazioni di significato intorno all'esperienza della diaspora e alla pratica delle MGF, alle relazioni di genere, ai diritti umani e ai diritti delle donne. La rimodulazione della direttività e la standardizzazione hanno quindi conferito alle interviste realizzate la caratteristica dell'intervista semistrutturata⁸. La diversità delle tracce ha seguito le peculiarità dell'esperienza degli intervistati rispetto alla pratica delle MGF. In questa ricerca tuttavia si è considerata la pratica nella sua contestualità in Italia e nel paese d'origine degli intervistati, nonché nella sua significatività all'interno delle diverse esperienze di vita e migratorie. Sono state quindi elaborate tracce di intervista che per i soggetti africani hanno esplorato

7 Vedi tracce di intervista in appendice.

8 Per un approfondimento sulle diverse tecniche di conduzione dell'intervista si veda Bichi [2007].

l'esperienza migratoria a partire dalla dimensione socio-economica e culturale del paese d'origine. Per ciò che concerne i mediatori/mediatrici e rappresentanti di associazioni, le tracce delle interviste hanno esplorato gli aspetti socio-economici e culturali che caratterizzano i diversi inserimenti nel contesto locale delle comunità africane presenti nel territorio; i concetti di parità, relazioni di genere, diritti umani, violenza di genere e rapporti familiari; comprensione, condivisione e differenza culturale nelle comunità africane; cono della pratica delle MGF; effetti, conseguenze e aspettative sulla legislazione contro le MGF; atteggiamenti e suggerimenti in merito a formazione, sensibilizzazione e prevenzione. La traccia di intervista alle donne si è invece concentrata su: esperienza migratoria e contesto di vita nel paese d'origine e in Italia; approccio personale rispetto a relazioni di genere, diritti umani e diritti delle donne sia nel contesto del paese d'origine, sia in Italia; lavoro, famiglia, vita quotidiana; esperienza nel paese d'origine e in Italia rispetto alle MGF. Anche alle donne è stato chiesto di esprimere il proprio parere sulla legislazione contro le MGF e in merito a progetti di formazione e prevenzione.

Le tracce di interviste al personale sanitario hanno rilevato le peculiarità dell'esperienza dei servizi con gli/le utenti stranieri/e sia in merito alla salute riproduttiva sia rispetto alla pratica delle MGF. Parte integrante dell'intervista sono state, anche in questo caso, le domande volte a esplorare la comprensione e la condivisione dell'approccio dei diritti umani e dei diritti delle donne, delle relazioni di genere sia in termini di opinione personale sia per quanto percepito nelle utenti straniere. Particolare attenzione è stata rivolta anche all'aspetto legislativo e alle implicazioni derivanti dall'applicazione della legge

italiana sulle MGF. Alle forze dell'ordine sono state poste domande volte a rilevare l'attività svolta in collegamento con il fenomeno delle MGF, la conoscenza, l'esperienza, la condivisione di significati e la loro percezione del ruolo delle comunità africane nella prevenzione e nel contrasto, l'opinione sulle nuove configurazioni legislative e pratiche della legislazione contro le MGF. Non sono mancate, nemmeno in questo caso, le domande relative ad una progettualità formativa e di prevenzione.

I *focus group*, svoltisi in tempi diversi e in sedi separate, hanno visto gli intervistati/e partecipare ad un confronto molto appassionato che ha messo in evidenza tutti gli elementi dialogici e conflittuali nonché le tensioni del "dibattito interafricano" sulle MGF, nella prospettiva sia dei diversi paesi d'origine, sia dei territori della diaspora, nel nostro caso il Veneto.

La realizzazione delle interviste ha comportato la messa in campo di diverse risorse, tra le quali il supporto di un "mediatore" nel campo di ricerca. Tale figura ha rappresentato un'indispensabile chiave di accesso nella realizzazione delle interviste e dei *focus group*. In particolare, l'esperienza di lavoro del mediatore e la profonda conoscenza del mondo associazionistico africano e dei suoi attori ha reso più fluido l'accesso alle comunità e la realizzazione delle interviste. Il mediatore ha svolto dunque tre fondamentali funzioni: la mappatura delle realtà associazionistiche più significative del contesto territoriale, la facilitazione nell'accesso al campo di ricerca e la riduzione dei livelli di interferenza del ricercatore⁹.

⁹ Per un approfondimento sul ruolo del mediatore nella ricerca biografica si veda Bichi (2003), Delcroix (1990), Cornelius (1982), Garcia (1982).

/ Il Tavolo di coordinamento e di approfondimento /

Parte integrante della strategia di ricerca è stata la costituzione di un Tavolo di lavoro e coordinamento presieduto dal dirigente della Direzione Relazioni internazionali, Diritti umani e Pari Opportunità del Veneto, composto da rappresentanti dei soggetti che si trovano a confrontarsi con il problema delle MGF, quali ULSS/ASL, aziende ospedaliere, organizzazioni di volontariato/immigrati/donne e Ong, consulte regionali e locali di immigrati, sindacati, prefetture, forze dell'ordine, magistrati, Commissioni Pari Opportunità provinciali e regionali, mediatori culturali, Anci, Upi, Caritas regionale, Ordine regionale dei giornalisti, istituzioni scolastiche, comuni ad alta concentrazione di migranti di origine africana (v. Tabella 2).

L'indagine aveva infatti tra i propri obiettivi anche quello di fornire al Tavolo regionale gli elementi di conoscenza necessari per programmare ulteriori interventi sul territorio. Questa finalità si coniuga peraltro con le attività di formazione e di sensibilizzazione che il progetto di ricerca e azione contempla e che vedono a loro volta un coinvolgimento dello stesso Tavolo, in particolare nell'individuazione dei bisogni formativi espressi sul territorio dai soggetti coinvolti. In questo senso, la ricerca presenta i caratteri della ricerca azione, proponendosi non solo di acquisire dati cognitivi utili a comprendere il fenomeno trattato, ma anche ad avviare – almeno a livello di riflessione – una prassi operativa volta a favorire l'abbandono della pratica delle MGF. L'opzione contraria alle MGF, considerate un disvalore che contraddice il paradigma dei diritti umani delle donne, è un aspetto fondamentale del complessivo progetto in cui la presente ricerca si inserisce. L'assunzione di tale

prospettiva etico-valoriale, che tuttavia non cancella la valenza scientifico-critica dell'indagine, ha evidentemente delle implicazioni epistemologiche, tra cui in primis la parziale funzionalizzazione della ricerca stessa alla migliore messa a punto degli interventi formativi e di sensibilizzazione previsti nel progetto complessivo. I momenti di incontro e di scambio con i numerosi soggetti coinvolti nel Tavolo regionale hanno rappresentato, inoltre, l'occasione per avviare un percorso di comune riflessione e di sensibilizzazione a sostegno dell'obiettivo di sradicare la pratica delle MGF sia nel territorio del Veneto, sia nei paesi africani dove continua ad essere praticata.

Nel quadro complessivo del Progetto, l'attività del Tavolo si concretizza in tre riunioni nell'arco dei 18 mesi. Il primo incontro (giugno 2008) è stato dedicato alla presentazione del Progetto relativamente alle sue diverse attività e ai materiali che saranno prodotti. Per quanto riguarda l'ambito del progetto complessivo riguardante la ricerca, in occasione del primo incontro del Tavolo sono state presentate le aree tematiche successivamente trattate nelle interviste.

Il secondo incontro (dicembre 2008) ha rappresentato l'occasione per presentare e discutere gli esiti dell'attività di ricerca, raccogliere i commenti e le proposte dei vari componenti del Tavolo rispetto sia alle implicazioni conoscitive della ricerca, sia alle sue ricadute istituzionali e organizzative, anche al di là dei limiti del progetto in cui la ricerca si colloca. Le riflessioni sviluppate alle riunioni del Tavolo sono in buona parte integrate nel presente Rapporto, naturalmente nella misura in cui riguardavano la fase del progetto legata alla ricerca.

Il terzo incontro (giugno 2009) sarà dedicato alla condivisione del rapporto

finale nella prospettiva di verificare la possibilità di dare continuità alle iniziative intraprese con il progetto.

Dopo il primo incontro del Tavolo regionale di coordinamento si è costituita, su sollecitazione dei rappresentanti delle strutture socio-sanitarie regionali, un'ulteriore articolazione di coordinamento che coinvolge le ULSS del Veneto. Tale azione, non prevista nel progetto originario, ha trovato immediato sostegno da parte di AIDOS e degli altri partner operanti nel Veneto.

Nel corso dell'estate 2008 sono quindi state identificate, nell'ambito di ciascuna azienda socio-sanitaria del Veneto, una o più strutture di contatto sul tema delle MGF (consultori familiari, strutture sanitarie dedicate agli immigrati, centri per la salute delle donne, ecc.), i cui esponenti si sono successivamente riuniti con i responsabili del progetto e, in particolare, con le persone incaricate della ricerca.

Le strutture delle Aziende socio-sanitarie del Veneto si sono pertanto proposte non solo come destinatari particolarmente interessati delle azioni di ricerca e formazione previste dal progetto, ma anche come ambiti privilegiati di iniziativa per elaborare le ricadute del progetto stesso, per quanto attiene alle dimensioni sanitaria, sociale e di prevenzione. In particolare, il gruppo rappresentativo delle ULSS si è proposto di approfondire l'esame e la verifica applicativa delle Linee guida ministeriali sulle MGF del 2007 destinate alle figure professionali del campo sanitario.

Tavola 2. Invitati al Tavolo di Coordinamento regionale MGF*

Istituzioni Pubbliche

Prefetto di

Belluno - Padova - Rovigo - Treviso -
Vicenza - Verona - Venezia

Questore di

Belluno - Padova - Rovigo - Treviso -
Vicenza - Verona - Venezia

Procuratore di

Bassano Del Grappa - Belluno -
Padova - Rovigo - Treviso - Vicenza -
Verona - Venezia

Regione Veneto

Presidente Commissione Pari Opportunità

Vice Presidente Consulta immigrazione

Dirigente Sicurezza Pubblica e
Flussi Migratori

Dirigente Segreteria Sanità e Sociale

Provincia di Belluno

Presidente Commissione Pari Opportunità

Dirigente Sett. Sviluppo Economico,
Sociale e Culturale

Provincia di Padova

Presidente Commissione Pari Opportunità

Dirigente Settore Immigrazione, Lavoro e
Formazione

Provincia di Rovigo

Presidente Commissione Pari Opportunità

Dirigente Area Servizi alla Persona

Provincia di Treviso

Presidente Commissione Pari Opportunità

Dirigente Settore Politiche Sociali

Provincia di Vicenza

Presidente Commissione Pari Opportunità

Dirigente Settore Socio-Culturale

Provincia di Verona

Presidente Commissione Pari Opportunità

Dirigente Area Funzionale Servizi alla Persona

Provincia di Venezia

Presidente Commissione Pari Opportunità

Dirigente Settore Politiche Sociali

Comune di Belluno

Dirigente Servizio Sociale, Scuole e Gioventù

Comune di Padova

Dirigente Unità di Progetto Accoglienza e Immigrazione

Comune di Rovigo

Dirigente Settore Servizi alla Persona

Comune di Treviso

Dirigente Settore Servizi alla Persona

Comune di Vicenza

Dirigente Settore Interventi Sociali

Comune di Verona

Dirigente Servizio Tutela Minori e Politiche per l'Accoglienza

Comune di Venezia

Dirigente Politiche Sociali, Partecipative e Accoglienza

Altri enti

**ULSS 16 - Dir. Gen.le e Dir. Struttura
Alta Immigrazione**

Presidente e Direttore ANCI Veneto

**Presidente U.R.P.V. Unione Reg.le Prov.
del Veneto**

Dirigente MIUR Veneto

**Presidente Ordine dei giornalisti
del Veneto**

Direttore Caritas Diocesana Triveneto

Associazionismo

Presidente e Responsabile Immigrazione
CISL Veneto
Presidente e Responsabile
Immigrazione UIL Veneto

Presidente e Responsabile Immigrazione
CGIL Veneto

Presidente Ass. Donne della Costa
D'Avorio (AFITP)

Presidente African Woman Heritage

Presidente Ass. Afroclub (ASCA)

Presidente Ass. Burkinabé

Presidente Ass. Colori di Donna

Presidente Ass. Culturale tra Italiani
e Stranieri

Presidente Ass. degli Immigrati dalla
Guinea Bissau in Italia

Presidente Ass. degli Ivoriani del Veneto

Presidente Ass. dei Cittadini Guineani nel
Veneto (ARGUIV)

Presidente Ass. dei Lavoratori Senegalesi
di Schio

Presidente Ass. della Comunità Somala
di Padova e Provincia

Presidente Ass. Donne Immigrate
"Solidaire" di Venezia

Presidente Ass. Donne Immigrate
in Veneto

Presidente Ass. Donne Senegalesi Veneto
"Ligguey Djem Kanam"

Presidente Ass. Ebene - Donne Africane
di Padova e Provincia

Presidente Ass. Maliana e amici nel Veneto
(AMAVE)

Presidente Ass. mediatori e mediatrici
"Terra dei Popoli"

Presidente Ass. Saadia - Donne
del Maghreb

Presidente Ass. Togolese di Treviso
e Provincia (ATTP)

Presidente CESTIM

Presidente CISM Veneto

Presidente Comunità Eritrea nel Veneto

Presidente Cooperativa Gea

Presidente Cooperativa Hope
di Mediatori Culturali

Presidente Cooperativa La Frontiera

Presidente Cooperativa Orizzonti

Presidente Cooperativa Servire

Presidente Cooperativa Una Casa
per l'Uomo

Presidente EDO Cultural Heritage Onlus

Presidente Egbe Omo Yoruba Veneto Italia

Presidente Ghanaian Nationals
Associations Vicentina

Presidente Ass. Fratelli Senegalesi Uniti
del Veneto

Presidente Nigerian Women Association

Presidente Ass. Camerunensi in Veneto

Rappresentante Opere Riunite
Buon Pastore - Venezia

Rappresentante Ass. Naz.le Diaspora
Africana (ANDA)



* Gli enti che hanno partecipato ai primi incontri del Tavolo di coordinamento Regionale MGF sono indicati in grassetto.



LA SIGNIFICATIVITÀ DELL'IMMIGRAZIONE AFRICANA IN VENETO RISPETTO ALLE MUTILAZIONI DEI GENITALI FEMMINILI /

DI ANNALISA BUTTICCI

Come sottolineano gli ultimi dati ufficiali sull'immigrazione in Italia¹⁰, al primo gennaio 2008 la popolazione residente ha raggiunto circa 3,5 milioni di persone (5,8% del totale dei residenti). Nell'ultimo anno diversi sono stati gli elementi di novità che hanno caratterizzato il contesto migratorio italiano; tra questi, la varietà dei paesi di provenienza degli immigrati e la progressiva stabilizzazione del numero di comunità immigrate, evidenziato dall'aumento dei nuclei familiari e dal tasso di natalità (nel 2006 i nati di cittadinanza straniera o da coppie miste sono il 14,3%¹¹). Molte delle caratteristiche che definiscono le diverse popolazioni straniere fanno riferimento alle specificità dei modelli migratori e ai diversi elementi che delineano le peculiarità dei contesti di partenza e di arrivo. Rispetto alle popolazioni africane si rileva, dal 2003 al 2007, un incremento medio annuo del 12,7%; in termini assoluti si è passati dalle 464.583 unità del 2003 alle 749.897 del 2007.

¹⁰ Istat, 2008. I dati utilizzati sono quelli che l'Istat ha reso disponibili nel proprio sito www.istat.it nel primo semestre 2008.

¹¹ Il tasso di natalità degli stranieri è passato dal 12,7 per mille residenti del 1995 al 20,6 del 2006.

L'immigrazione che ha caratterizzato la popolazione africana in Italia ha avuto da sempre una certa peculiarità che ha distinto la realtà italiana rispetto ad altri paesi europei. Diversamente da quanto accaduto in Francia, Belgio, Inghilterra (solo per citare alcune delle realtà più significative), la presenza africana non ha seguito gli assi coloniali, ma le rotte di progetti economici, politici e di formazione, questi ultimi prevalentemente di livello universitario. Tendenzialmente però, per la maggioranza degli immigrati africani, l'Italia ha rappresentato (e rappresenta ancora) la meta di una migrazione di tipo economico, alla quale fanno seguito i sempre più consistenti ricongiungimenti familiari.

In linea con le caratteristiche generali della popolazione migratoria italiana, anche la presenza africana si segnala per l'aumento dei paesi rappresentati e per i processi di stabilizzazione di alcuni gruppi, come ad esempio senegalesi, ghaniani e nigeriani. La diaspora africana in Italia è ormai indubbiamente significativa, soprattutto nei centri urbani, dove questa presenza assume i caratteri di ciò che Vertovec definisce "super-diversità":

*Il riconoscimento della portata e 14,3% della dinamica della super-diversità ha implicazioni radicali per comprendere e gestire le espressioni delle differenze e i modi in cui interagiscono, date le condizioni socioeconomiche e giuridiche con cui si misurano i membri della popolazione. (...) Scoprire e riconoscere la natura e l'estensione della diversità è un primo passo cruciale per lo sviluppo di politiche adeguate a livello nazionale e locale.*¹²

Nella maggioranza dei casi, la migrazione africana in Italia si è caratterizzata per una chiara connotazione di genere.

¹² Vertovec in Grillo, 2005.

Con qualche eccezione (vedi per esempio Capo Verde e Nigeria), il bilancio di genere risulta a favore della popolazione maschile, che tende prevalentemente a svolgere il ruolo di apripista e *breadwinner*. Un esempio emblematico di tale realtà è la tipologia di progetto migratorio portata avanti dalla popolazione senegalese. I senegalesi si caratterizzano per l'elevata presenza maschile sia rispetto alla popolazione residente, sia per i permessi di lavoro e permessi di lungo periodo¹³. Merita un commento la realtà attuale della popolazione nigeriana, che si distingue per un bilancio di genere a favore delle donne, le quali risultano essere in diversi casi le apripista e le *breadwinner*, come lo furono negli anni '80 le capoverdiane e le africane del Corno d'Africa.

La **tabella 1** evidenzia la presenza quantitativa dell'immigrazione africana in Italia così come rilevata al 31 dicembre 2006. In essa risulta la prevalenza di immigrati da alcuni paesi del Nord Africa, in particolare Marocco, Tunisia ed Egitto, seguiti da Senegal, Nigeria e Ghana.

Nello specifico della realtà veneta la popolazione africana rappresenta il 27% della popolazione straniera. Una delle caratteristiche di questa presenza è la spiccata dinamicità dei movimenti demografici e delle strutture anagrafiche. La popolazione africana è infatti mediamente molto giovane, presenta livelli di vecchiaia quasi nulli e soprattutto evidenzia una consistenza delle classi d'età più basse molto elevata. Una delle peculiarità della realtà in questione è inoltre l'alta presenza di minori, da attribuirsi ai ricongiungimenti familiari e a realtà di stabilizzazione nel territorio. In particolare, piuttosto

significativa è la percentuale degli africani di seconda generazione o afro-italiani, che costituiscono nella regione circa il 18% dei giovani di seconda generazione.

Il bilancio di genere si presenta tendenzialmente a favore dei maschi, anche se alcuni paesi si caratterizzano per un tipo di migrazione al femminile. Tale dato risulta evidentemente significativo per questa ricerca, sia per l'incidenza della pratica delle MGF, sia per le peculiarità che il genere assume a seconda dei progetti migratori. Ciò è particolarmente vero sia per i diversi progetti economici di migrazione sia per le diverse tendenze riproduttive.

Rispetto alla realtà veneta, si è ritenuto opportuno osservare più da vicino i dati riguardanti le popolazioni africane che nella presente ricerca assumono una certa significatività in quanto provenienti da paesi dove è diffusa la pratica delle MGF. Pertanto, si sono considerate prevalentemente le popolazioni dell'Africa sub-sahariana e dell'Egitto. Nella **tabella 2** sono riportati i dati della presenza nel territorio veneto con a fianco la stima dell'incidenza della pratica nel contesto africano in base alle indagini Demographic and Health Survey (DHS).

La tabella evidenzia come, nella Regione Veneto, i paesi africani maggiormente significativi per la ricerca siano alcuni stati dell'Africa dell'Est e sub-sahariana. Se le prime tre comunità più numerose risultano essere quelle ghaniane, nigeriane e senegalesi, dove la pratica appare piuttosto ridotta, l'ambito d'indagine si dovrà indirizzare nei confronti della popolazione africana proveniente da *Burkina Faso, Costa d'Avorio, Egitto, Guinea, Eritrea, Somalia e Mali*.

In realtà, come emergerà poi nel corso dell'indagine, l'esposizione ad esempio della comunità nigeriana alla pratica delle MGF muterà abbastanza il quadro

¹³ Istat, 2008.

¹⁴ Istat, 2008.

di partenza, così come l'assoluta irrilevanza della visibilità o del fenomeno tra la comunità somala.

Rispetto alle comunità identificate come qualitativamente e quantitativamente rilevanti per la ricerca, pare opportuno analizzare in modo più specifico, con il supporto delle tabelle, la peculiarità delle loro presenze nelle province del Veneto. La diversità delle dinamiche migratorie di questi paesi rende di certo difficile un discorso descrittivo di portata generale. Le popolazioni africane hanno infatti elaborato i propri percorsi di inserimento delineando specificità che si evidenziano nella pronunciata etnicizzazione e segmentazione nel mercato del lavoro, in piccole attività di imprenditoria e nella conseguente concentrazione abitativa in alcuni capoluoghi e centri urbani di media grandezza della regione. Emblematico è il caso del settore della ristorazione e del turismo, che vede una massiccia presenza di egiziani nell'area del veneziano o l'apertura di negozi al dettaglio di prodotti etnici da parte di nigeriani¹⁵. Altrettanto indicativa è la stabilizzazione di una significativa comunità ghaniana, che nel vicentino ha trovato un proprio asse di inserimento nel settore della lavorazione delle pelli.

Sono i network sociali che hanno costituito il canale privilegiato per la migrazione africana in Veneto (a differenza di ciò che è

avvenuto in altri paesi europei con passato coloniale). Tali network hanno infatti connesso le popolazioni africane in una sorta di complesso reticolo di ruoli e relazioni che hanno preso forma sia nel mercato del lavoro che in quello abitativo. Il legame si è strutturato in una doppia direzione: tra migranti e area d'origine e tra i migranti di più antico insediamento e i newcomers provenienti da tali aree. Questi legami hanno provveduto negli ultimi vent'anni a mantenere in vita la catena migratoria, convogliando in essa il passaggio di informazioni, servizi, beni, sostegno morale e materiale¹⁶.

In merito alla distribuzione degli immigrati africani nel territorio, si è osservato un progressivo processo di omogeneizzazione, con qualche peculiarità rispetto alla concentrazione di alcune comunità in determinate aree. Tutte le province hanno registrato significativi incrementi. Alla fine del 2006, ricalcando peraltro un processo già delineato in passato, le maggiori concentrazioni territoriali sono individuabili tuttavia nelle province di Treviso, Vicenza, Verona e Padova, nelle quali si addensa la maggioranza della popolazione africana. Di seguito, nelle **tabelle 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9**, sono riportati i dati relativi alle comunità africane residenti nelle diverse province venete.

Nella provincia di Verona (**tabella 3**) appare piuttosto rilevante la presenza di ghaniani, nigeriani, senegalesi, ivoriani ed egiziani. È anche la provincia con il maggior numero di guineani.

¹⁵ Accanto ai diversi processi di inserimento e di collocamento nel mercato del lavoro, che nella maggioranza dei casi determinano conseguentemente i processi di insediamento nel territorio, vi sono inoltre le peculiarità che determinano le diverse modalità di interazione e partecipazione nel contesto locale. Una di queste è la dinamicità associativa delle popolazioni africane. Interessante, anche se forse un po' penalizzante per questa ricerca, è la realtà della popolazione egiziana nel territorio, per la quale non si è individuata nessuna forma di associazionismo o aggregazione con obiettivi di welfaring, culturali, ricreativi o altro.

¹⁶ Merita un riferimento la peculiarità della migrazione nigeriana in Veneto, nella quale si sono evidenziate negli ultimi 10 anni delle forti commistioni con organizzazioni criminali dedite al traffico di droga e di essere umani, che si sono configurati tra i più efficienti network migratori tra l'Africa e il Nord Italia. In tema cfr: Koser K. 2008, IOM 2000, Liberti S. 2008, Ministero dell'Interno 2007, Monzini P. 2004 e 2008.

La provincia di Vicenza (**tabella 4**), oltre a risultare evidentemente indicativa dello storico insediamento di ghaniani (comunità più numerosa rispetto al dato delle altre province venete), senegalesi e nigeriani, è il territorio nel quale si trova la comunità più numerosa di cittadini del Burkina Faso (1036) e dell'Eritrea (150).

Nella provincia di Treviso (**tabella 5**) è presente la comunità più numerosa di senegalesi, seguiti da ghaniani e nigeriani. Anche qui, come a Vicenza, significativa è la presenza di burkinabé, ivoriani e guineani.

La provincia di Venezia (**tabella 6**) si segnala, rispetto alle altre province, per la forte presenza degli egiziani (274).

La provincia di Padova (**tabella 7**), insieme alla provincia di Verona, rappresenta una delle maggiori aree di residenza delle comunità nigeriane. In merito alla ricerca, particolarmente significativa è la presenza nel territorio provinciale di stranieri residenti del Burkina Faso e della Somalia (questi ultimi più numerosi che in altre province venete). Rispetto alla Somalia si sono rilevati negli ultimi anni dei significativi spostamenti di nuclei familiari che dal Veneto si sono diretti verso i paesi del Nord Europa e in particolare in Inghilterra e nei paesi scandinavi.

Gli ultimi dati riguardano le province di Belluno e Rovigo (**tabelle 8 e 9**).

Nella provincia di Rovigo appare di particolare rilievo la presenza nigeriana, che progressivamente incrementa il proprio insediamento nell'area.

La provincia di Belluno risulta invece la meno esposta all'immigrazione dalle provenienze considerate.

La realtà dell'immigrazione africana in Veneto si definisce, dunque, per una significativa presenza di popolazione proveniente dall'Africa occidentale.

I risultati della ricerca sul campo evidenziano peraltro la rilevanza della pratica tra queste popolazioni, che appaiono essere profondamente eterogenee al loro interno in considerazione della diversa provenienza etnica. L'osservazione dei dati statistici riportati può indurre a definire un panorama migratorio molto sommario, che manca dell'articolazione e della complessità legata alle differenze etniche che compongono la popolazione migrante proveniente dal medesimo paese¹⁷. Inutile sottolineare che simili diversità "etiche" attraversano tutte le popolazioni africane, la cui differenziazione, soprattutto rispetto alla pratica delle MGF, non appare sufficientemente rappresentata da dati statistici che si limitano a fornire le nazionalità. Appare inoltre utile ricordare che i dati statistici riportati non tengono conto delle presenze irregolari. Questo aspetto è particolarmente rilevante in quanto alcune delle popolazioni africane sulle quali si è concentrata l'attenzione della ricerca appaiono caratterizzate da una significativa quota di persone sprovviste di documenti regolari.

17 Emblematico è il caso della Nigeria, paese rilevatosi particolarmente esposto alla pratica, che nel territorio veneto è rappresentata da due sole etnie rispetto alla composizione nazionale, ossia gli Edo e gli Igbo.

Tabella 1. Popolazione africana residente in Italia al 31 Dicembre 2006

Paese	Maschi	Femmine	Totale
Marocco	205852	137376	343228
Tunisia	58294	30638	88932
Egitto	46791	18876	65667
Senegal	48984	10873	59857
Nigeria	15856	21877	37733
Ghana	20729	15811	36540
Algeria	15333	6186	21519
Costa d'Avorio	8420	7217	15637
Mauritius	4251	4960	9211
Eritrea	4015	4957	8972
Burkina	5648	2895	8543
Etiopia	2481	4175	6656
Somalia	2806	3608	6414
Camerun	3398	2851	6249
Capo Verde	1238	3235	4473
Congo	1621	1566	3187
Rep. Dem. Congo	1508	1472	2980
Togo	1734	961	2695
Guinea	1247	767	2014
Benin	1217	763	1980
Sudan	1321	315	1636
Angola	877	751	1628
Liberia	1383	203	1586
Libia	947	604	1551
Kenya	488	725	1213
Sierra Leone	628	441	1069
Madagascar	248	705	953
Niger	407	514	921
Mali	428	307	735
Tanzania	319	413	732
Gambia	491	185	676
Seychelles	192	450	642
Rep. Sudafricana	244	324	568

segue →

Mauritania	369	198	567
Ruanda	268	248	516
Burundi	201	291	492
Uganda	171	204	375
Guinea Bissau	177	141	318
Mozambico	112	155	267
Zambia	91	87	178
Gabon	93	83	176
Ciad	68	53	121
Rep. Centrafricana	61	48	109
Zimbabwe	47	55	102
Guinea Equatoriale	47	36	83
Malawi	23	25	48
Gibuti	25	16	41
Sao Tomée Principe	11	17	28
Swaziland	9	12	21
Namibia	7	13	20
Botswana	12	5	17
Lesotho	4	7	11
Comore	8	2	10

Totale	461200	288697	749897
---------------	---------------	---------------	---------------

Tabella 2. Popolazione africana proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle MGF residente in Veneto per sesso e cittadinanza al 31 Dicembre 2006, e tasso di prevalenza delle MGF nel paese d'origine

Paese	Maschi	Femmine	Totale	Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che hanno subito MGF nel paese d'origine	Anno del rilevamento nel paese d'origine
Ghana	6145	4500	10645	3,8	2006
Nigeria	4872	4608	9480	19	2003
Senegal	5674	1541	7215	28,2	2005
Burkina Faso	1592	708	2300	72,5	2005
Costa d'Avorio	1120	938	2058	36,4	2006
Camerun	631	451	1082	1,4	2004
Egitto	454	194	648	91,1	2008
Togo	318	210	528	5,8	2006
Guinea	257	143	400	95,6	2005
Congo	169	157	326	-	
Eritrea	146	155	301	88,7	2002
Liberia	246	21	267	45	2007
Somalia	131	135	266	97,9	2006
Benin	171	81	252	12,9	2006
Rep. Dem. Congo	137	110	247	-	
Etiopia	79	111	190	74,3	2005
Guinea Bissau	85	72	157	44,5	2005
Sudan	90	32	122	90	2000
Kenya	42	60	102	32,2	2003
Mauritania	80	15	95	71,3	2000/01
Sierra Leone	57	29	86	94	2006
Mali	56	29	85	85,2	2006
Gambia	49	24	73	78,3	2005/06
Niger	38	30	68	2,2	2006
Tanzania	26	25	51	14,6	2004/05
Uganda	16	7	23	0,6	2006
Ciad	10	9	19	44,9	2004
Rep. Centrafricana	1	1	2	35,9	2000
Gibuti	1	0	1	93,1	2006

Tabella 3. Popolazione africana proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle MGF residente nella provincia di Verona per sesso e cittadinanza al 31 Dicembre 2006

Paese	Maschi	Femmine	Totale
Ghana	1888	1474	3362
Nigeria	1303	1414	2717
Senegal	792	244	1036
Costa d'Avorio	250	249	499
Egitto	79	35	114
Togo	57	41	98
Guinea Bissau	50	47	97
Guinea	45	43	88
Rep. Dem. Congo	42	37	79
Camerun	39	36	75
Liberia	59	5	64
Eritrea	17	43	60
Congo	28	19	47
Etiopia	21	24	45
Burkina Faso	28	14	42
Somalia	22	20	42
Sudan	18	9	27
Benin	16	11	27
Kenya	7	13	20
Sierra Leone	9	9	18
Niger	4	5	9
Gambia	4	3	7
Uganda	4	1	5
Mali	1	0	1

Tabella 4. Popolazione africana proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle MGF residente nella provincia di Vicenza per sesso e cittadinanza al 31 Dicembre 2006

Paese	Maschi	Femmine	Totale
Ghana	2788	2042	4830
Senegal	1408	392	1800
Nigeria	606	668	1274
Burkina Faso	711	325	1036
Costa d'Avorio	363	287	650
Eritrea	91	59	150
Togo	95	44	139
Benin	93	34	127
Liberia	111	11	122
Egitto	61	17	78
Etiopia	28	40	68
Congo	34	26	60
Guinea	28	18	46
Sudan	32	9	41
Camerun	19	18	37
Sierra Leone	20	16	36
Kenya	19	17	36
Mali	19	12	31
Somalia	14	17	31
Rep. Dem. Congo	15	13	28
Niger	12	13	25
Guinea Bissau	12	7	19
Gambia	6	6	12
Uganda	4	2	6
Namibia	4	1	5
Ciad	1	1	2
Zambia	1	0	1
Rep. Centrafricana	1	0	1
Gabon	1	0	1

Tabella 5. Popolazione africana proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle MGF residente nella provincia di Treviso per sesso e cittadinanza al 31 Dicembre 2006

Paese	Maschi	Femmine	Totale
Senegal	2227	589	2816
Ghana	1107	751	1858
Nigeria	759	697	1456
Burkina Faso	548	230	778
Costa d'Avorio	415	318	733
Camerun	215	181	396
Guinea	120	47	167
Togo	57	54	111
Egitto	46	12	58
Gambia	36	15	51
Congo	24	22	46
Benin	26	17	43
Liberia	39	4	43
Rep. Dem. Congo	23	18	41
Guinea Bissau	14	15	29
Etiopia	4	22	26
Mali	15	7	22
Eritrea	6	13	19
Niger	11	7	18
Kenya	5	12	17
Somalia	11	6	17
Sierra Leone	15	1	16
Sudan	9	2	11
Gabon	4	1	5
Zambia	0	4	4
Uganda	2	1	3
Ciad	2	1	3

Tabella 6. Popolazione africana proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle MGF residente nella provincia di Venezia per sesso e cittadinanza al 31 Dicembre 2006

Paese	Maschi	Femmine	Totale
Nigeria	511	456	967
Senegal	603	132	735
Egitto	181	93	274
Camerun	58	46	104
Burkina Faso	61	28	89
Guinea	56	31	87
Ghana	40	31	71
Costa d'Avorio	23	12	35
Eritrea	15	14	29
Congo	11	17	28
Etiopia	15	10	25
Rep. Dem. Congo	10	12	22
Somalia	8	12	20
Ciad	7	7	14
Kenya	3	9	12
Sierra Leone	7	2	9
Togo	4	5	9
Sudan	6	0	6
Liberia	6	0	6
Niger	2	3	5
Uganda	3	2	5
Mali	2	2	4
Benin	2	0	2
Guinea Bissau	2	0	2
Rep. Centrafricana	0	1	1

Tabella 7. Popolazione africana proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle MGF residente nella provincia di Padova per sesso e cittadinanza al 31 Dicembre 2006

Paese	Maschi	Femmine	Totale
Nigeria	1403	1112	2515
Senegal	551	152	703
Ghana	303	185	488
Camerun	247	136	383
Burkina Faso	238	111	349
Togo	103	65	168
Somalia	76	78	154
Congo	55	66	121
Costa d'Avorio	57	61	118
Egitto	65	34	99
Rep. Dem. Congo	46	29	75
Benin	33	18	51
Eritrea	15	25	40
Sudan	24	12	36
Liberia	29	1	30
Mali	18	8	26
Kenya	7	9	16
Gabon	5	8	13
Guinea	8	3	11
Niger	9	2	11
Guinea Bissau	7	3	10
Etiopia	7	3	10
Sierra Leone	5	1	6
Zambia	1	3	4
Uganda	3	0	3
Gambia	2	0	2
Gibuti	1	0	1

Tabella 8. Popolazione africana proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle MGF residente nella provincia di Belluno per sesso e cittadinanza al 31 Dicembre 2006

Paese	Maschi	Femmine	Totale
Nigeria	41	31	72
Camerun	43	27	70
Senegal	40	13	53
Ghana	14	16	30
Costa d'Avorio	9	9	18
Egitto	15	1	16
Etiopia	3	10	13
Congo	11	2	13
Burkina Faso	5	0	5
Togo	1	1	2
Eritrea	1	1	2
Gambia	1	0	1
Liberia	1	0	1
Sierra Leone	1	0	1
Kenya	1	0	1
Somalia	0	1	1

Tabella 9. Popolazione africana proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle MGF residente nella provincia di Rovigo per sesso e cittadinanza al 31 Dicembre 2006

Paese	Maschi	Femmine	Totale
Nigeria	249	230	479
Senegal	53	19	72
Camerun	10	7	17
Congo	6	5	11
Egitto	7	2	9
Ghana	5	1	6
Costa d'Avorio	3	2	5
Etiopia	1	2	3
Benin	1	1	2
Rep. Dem. Congo	1	1	2
Sudan	1	0	1
Burkina Faso	1	0	1
Guinea	0	1	1
Liberia	1	0	1
Mali	1	0	1
Togo	1	0	1
Somalia	0	1	1
Uganda	0	1	1
Eritrea	1	0	1



**/ DIRITTI UMANI,
DIRITTI DELLE DONNE
E MUTILAZIONE
DEI GENITALI FEMMINILI
VISTI DALLE DONNE
AFRICANE IN VENETO /**

DI ANNALISA BUTTICCI

Dopo aver abbozzato lo scenario in cui si è collocata la ricerca, in questa prima parte del lavoro, relativa all'elaborazione dei risultati dell'indagine sul campo, rifletteremo su quanto rilevato in merito all'atteggiamento delle donne africane intervistate rispetto ai diritti umani, e in particolare ai diritti delle donne. L'obiettivo è stato quello di comprendere, attraverso le parole delle intervistate, quanto potesse essere condivisibile dalle stesse un approccio interpretativo e operativo che intende la pratica come una violazione dei diritti umani. In altre parole, si trattava di comprendere il livello di conoscenza e consapevolezza che le donne hanno di alcuni principi cardine di tutela dei loro diritti. In tal senso si è voluto riprendere il percorso di ricerca e di azione portato avanti nelle campagne internazionali anti-mutilazione dei genitali femminili, che hanno visto nella centralità dei diritti umani uno degli argomenti più significativi per elaborare programmi di azione e prevenzione.

Diverse ricerche, tra le quali quella condotta dall'Unicef nel 2005¹⁸, hanno evidenziato come la pratica sia in realtà

scarsamente percepita dalle donne africane come una violazione dei diritti umani. Tale risultato sembra corroborare la posizione di coloro che nel dibattito sulla tensione esistente tra diritti universali e diritti individuali, ovvero tra diritti e cultura, vedono nella pratica delle MGF non una violazione di diritti, ma al contrario l'esercizio del diritto alla propria cultura e alle proprie tradizioni.

Consapevoli della complessità del dibattito internazionale scaturito da queste diverse posizioni, abbiamo voluto rilevare le peculiarità del contesto da noi studiato e soprattutto la singolarità dell'esperienza delle donne africane intervistate in merito alla pratica, così come alla più ampia realtà delle relazioni e della violenza di genere. Di fatto, queste donne, attraverso i loro diversi percorsi migratori, hanno potuto sperimentare le tensioni legate allo sradicamento, alla frammentazione, alla ricostruzione di identità culturali e di tradizioni che nel processo diasporico si sono a volte radicalizzate, altre volte fuse e sfumate nel nuovo orizzonte sociale e culturale del contesto italiano e in particolare veneto.

Quanto rilevato non semplifica il panorama già disegnato da ricerche nazionali e internazionali relative alla pratica delle MGF. Tutt'altro. Emerge infatti una realtà italiana (in questo caso veneta) e africana estremamente differenziata, che lascia poco spazio all'utilizzo di interpretazioni onnicomprensive con le quali leggere l'eterogeneità e la continua trasformazione delle diverse culture nelle quali si colloca la pratica. È dunque un'impresa ardua rendere conto delle diversità e delle peculiarità che circondano la pratica delle MGF nei paesi di provenienza delle donne africane intervistate e, ancora di più, delle diverse esperienze e dei relativi atteggiamenti a queste collegati. In tal senso questa ricerca ha l'importante valore aggiunto di contribuire alla

18 UNICEF, 2005.

creazione di un discorso alternativo sull'Africa e sulle popolazioni africane, contestando lo stereotipo di staticità, omogeneità, passività, atemporalità, nel quale si trascurano o si ignorano le differenze di classe, religione, etniche, dei contesti urbani e di quelli rurali, dei diversi passati coloniali così come la condizione neo-coloniale degli africani che vivono nel continente oppure nella diaspora. La ricchezza delle interviste realizzate e le vibranti dinamiche comunicative dei *focus group*, nei quali si sono confrontati uomini e donne provenienti da diversi paesi africani, hanno arricchito la nostra riflessione, permettendoci di cogliere le diverse posizioni e le multidimensionalità delle strutture che condizionano tradizioni e culture che abbiamo rilevato in continuo movimento e trasformazione.

La prima riflessione non poteva non prendere le mosse dall'ottica interpretativa con la quale si è intrapresa l'indagine, ossia il significato e il valore attribuito ai diritti umani e ai diritti delle donne nei contesti africani dove la pratica delle MGF appare particolarmente estesa. Per far ciò abbiamo esplorato il mondo di alcune donne africane residenti in Veneto, che attraverso le loro storie e le loro idee hanno consentito di ricostruire l'immaginario e l'atteggiamento maturato nel percorso migratorio in merito ai diritti umani e ai diritti delle donne. È stato chiesto loro di raccontare della loro vita nei paesi d'origine, delle relazioni familiari, del lavoro, del progetto migratorio e delle traiettorie di vita sperimentate. La maggioranza delle donne protagoniste di questo capitolo hanno subito la pratica, e in vario modo hanno elaborato e rielaborato la propria esperienza e il proprio vissuto. I loro primi anni di vita e, nella maggior parte dei casi, l'intera adolescenza e giovane età adulta, li hanno trascorsi in Africa, sperimentando relazioni di genere molto contestuali che rispecchiano tradizioni e culture

nelle quali il ruolo della donna assume significati legati all'economia familiare. I contesti sociali dei paesi d'origine sono plasmati da un forte senso comunitario che vede i ruoli di genere direttamente funzionali alla riproduzione dell'ordine e dell'armonia dei nuclei familiari e di conseguenza delle comunità. Le donne intervistate hanno fatto parte di questi ordini, ma hanno anche sperimentato nuovi assetti sociali e di genere nella diaspora. È in questo ampio panorama che si collocano le riflessioni delle donne sui diritti umani riportate in questo capitolo.

La domanda che abbiamo posto a tutte è: *secondo te che cosa si intende per diritti umani?* Alcune di loro hanno espresso le loro convinzioni attraverso una chiara presa di posizione a favore dei diritti umani e delle donne. Altre, invece, si sono dimostrate un po' scettiche sulla possibilità di argomentare, nelle realtà africane di origine e della diaspora, l'importanza dei diritti umani o aspetti quali la violenza sulle donne. È dunque su queste due posizioni che svilupperemo la prima parte di questo capitolo. Per far ciò, riporteremo alcuni dei commenti più significativi delle donne intervistate che ci permettono di osservare le diverse posizioni espresse.

Le esperienze e le riflessioni riportate di seguito vanno nella prima direzione. La prima esperienza è quella di F.¹⁹, somala, in Italia da 20 anni. La storia di F. è quella di una donna che ha avuto sempre molto chiare le disparità esistenti nel suo paese d'origine tra uomo e donna. Ha cercato di difendersi da una posizione subordinata in famiglia conquistando, nonostante le difficoltà economiche, un titolo di studio che le ha permesso di trovare un lavoro impiegatizio. Il suo atteggiamento evidenzia l'esperienza

¹⁹ Le iniziali sono comunque riferite a nomi di fantasia.

della sofferenza dovuta alle pressioni sociali che hanno soffocato le sue aspirazioni. La sua idea di diritti umani richiama la totalità dell'esperienza umana e riflette un profondo desiderio di partecipazione, parità ed emancipazione, sia nell'ambito della vita privata che nella società. Queste le sue parole:

F.: L'esperienza che io ho avuto è quella di un paese che è così che vive, dove non è ancora conosciuta la parità tra uomo e donna. Cambierei tanto, della Somalia. Farei frequentare la scuola a tutti, maschi e femmine. Mettere al governo delle donne per renderle parte della vita del paese e per permettere loro di dimostrare quello che valgono.

Quali sono i diritti delle donne?

F.: Tutti i diritti di un essere umano: quello a cui ha diritto un uomo, ha diritto anche una donna.

Cosa intendi per diritti umani?

F.: Qualsiasi diritto come respirare o quello di avere dei vestiti, il diritto di lavorare, di fare figli e sposarsi, il diritto che nessuno si faccia i fatti tuoi: secondo me la donna ha bisogno di questo. Se all'uomo tutto questo non viene impedito, non vedo perché debba essere impedito alla donna solo perché è donna. Io non sono contro gli uomini, ma non esiste che dai un calcio a me e tu continui a correre: corriamo almeno in parallelo. Altre cose da cambiare in Somalia sono ad esempio il fatto che, se all'interno della famiglia c'è una decisione da prendere, ha più valore il parere del padre o del figlio maschio. Il figlio maschio ha più valore della mamma e questo lo cambierei: mio figlio l'ho partorito io, non può essere superiore a me. Sono il marito e la moglie che devono sedersi, discutere e poi comunicare alla famiglia che hanno preso la loro decisione. Se si vogliono coinvolgere i figli nella discussione va bene, ma le decisioni spettano ai padroni di casa. (F., Somalia)

Non meno significative ci sono sembrate le parole di A. e K., rispettivamente della Somalia e del Burkina Faso. Entrambe sono in Italia da più di 10 anni. Sono sposate e hanno figli. A. fa la collaboratrice domestica e K. lavora in una struttura socio-sanitaria come operatrice. Interessante, a nostro avviso, la chiave comparativa di A. e la visione globale di K. rispetto alla condizione delle donne nel mondo. Ci è sembrato rilevante riportare le loro osservazioni in quanto evidenziano due importanti elementi: il primo è la consapevolezza delle strutture che, a prescindere dalle differenze geografiche, condizionano le esperienze delle donne sia nel contesto familiare che lavorativo; il secondo evidenzia, soprattutto per quanto riguarda A., il riconoscimento della legge come unico strumento per tutelare le donne dalla violenza.

A.: Da noi tante cose passano sotto la religione. Anche qui in Italia cinquanta o cento anni fa la donna doveva solo badare alla casa e ai figli e l'uomo comandava: da noi è ancora così, o comunque era così vent'anni fa. In quel periodo le donne non guidavano, non andavano a scuola, non si sognavano neanche di votare, era quasi impossibile trovare una donna che lavorasse in un ufficio: si occupavano solo della casa e l'uomo comandava. Adesso le cose stanno cambiando.

Secondo te che cos'è la parità tra uomo e donna?

A.: Innanzitutto il rispetto. Uomo e donna sono entrambi esseri umani, quindi uguali. Una famiglia è fatta di un padre e di una madre: l'uno senza l'altra non può stare perciò per avere la piena parità bisogna che entrambi abbiano voce in capitolo quando si tratta di decidere qualcosa che riguarda il lavoro, i figli, tutto. Non voglio che mi sia precluso qualcosa perché sono una donna: devo poter arrivare dove è arrivato lui.

Quali sono gli strumenti di una donna per difendersi dalla violenza?

A.: Le violenze comunque non finiscono mai ed è la legge che deve difenderle in maniera severa, non dando ad un assassino sedici anni di galera: sedici anni di galera non equivalgono a una vita spezzata.

Secondo te in Italia le donne sono tutelate?

A.: No, non penso.

E in Somalia?

A.: Meno. In Somalia un uomo può picchiare la propria donna, sai? Io credo che quando un uomo alza le mani contro sua moglie, lì è finita. Io lo lascerei per sempre.

Secondo te che cos'è la parità tra uomo e donna?

A.: Abbiamo parità in tutti i sensi, tranne che per i muscoli. Sia maschi che femmine vanno a scuola, spesso le femmine sono più brave dei maschi, lavorano entrambi. Mi sono stupita di una cosa qui: dall'Italia non me lo sarei mai aspettata, ma sento in televisione che le donne prendono stipendi più bassi rispetto all'uomo, pur avendo gli stessi incarichi. In Italia le donne sono condannate perché si sposano e fanno figli. In questo la Somalia è più avanzata rispetto a voi, perché lì uomini e donne con lo stesso incarico prendono gli stessi soldi e io faccio un passo avanti se sono più brava di lui. Qui le ragazze studiano, si costruiscono una carriera e comunque continuano a prendere meno degli uomini. (A., Somalia)

E secondo te che sono i diritti delle donne?

K.: Una bella cosa questa. La mia opinione personale sui diritti delle donne è non trattarle male. Una donna deve essere libera di esprimersi, di parlare, di dire ciò che vuole, di imporsi. In tutto il mondo una donna non è mai libera, questo te lo posso assicurare. Una donna dov'è libera? Noi diciamo che

siamo liberi, ma non siamo liberi. Dove vedi che una donna è libera? È vero! (K., Burkina Faso)

Altrettanto decise sono le parole di J., nigeriana, il cui percorso migratorio è segnato dall'esperienza del lavoro in strada. Lascia la Nigeria giovanissima dopo aver studiato e lavorato brevemente come sarta e stilista: aveva un piccolo laboratorio dove ideava e produceva abiti. Attraverso conoscenti arriva in Italia e dopo poche settimane si ritrova a lavorare come prostituta nelle strade del Veneto.

La sua storia purtroppo non è molto diversa da quella di altre ragazze vittime della tratta.

J.: Sai, è grazie a persone come voi che gli italiani conoscono sempre di più della cultura africana. Se non cominciamo a conoscerci l'un l'altro, resteremo sempre con i nostri pregiudizi e le nostre incomprensioni. Certa gente dice che i neri non sono esseri umani, sono animali. Noi non siamo animali, ma la società da cui veniamo non ci dà modo di farci valere. Se le leggi in Africa ci dessero diritti uguali, la Nigeria sarebbe un paese migliore. Se consentissero ad una donna di governare un paese, sarebbero sicuri che quel paese sarebbe il migliore, perché sono le madri che soffrono di più in Africa. Sono le donne a soffrire. (J., Nigeria)

J. è fermamente convinta dell'importanza della parità tra uomo e donna, nonché della necessità di dare a ogni individuo la possibilità di fare dignitosamente parte delle società. Lo stralcio di intervista di J., nella sua brevità, dice molto: parla di razzismo, pregiudizio, esclusione. Parla inoltre di pari opportunità, di accesso alla vita politica da parte delle donne, richiamando l'essenza materna dell'identità femminile.

Quanto riportato sinora esemplifica l'atteggiamento di coloro che hanno espresso una forte consapevolezza rispetto

ai diritti delle donne e all'importanza di portare avanti un discorso a favore dei diritti umani: parità tra uomo e donna, libertà dalla violenza e dalle costrizioni sociali sono assunti condivisi dalle donne intervistate. Anche l'importanza dello strumento giuridico è emersa con chiarezza. Tuttavia, è quando si entra nella specificità della pratica delle MGF che il pensiero circa i diritti umani si articola in modo più critico, evidenziando alcune resistenze circa l'assunto che tale pratica possa essere letta come una violazione dei diritti umani delle donne e una violenza.

La ricerca sul campo ha rivelato una realtà, rispetto alle MGF, profondamente eterogenea. Tale diversità è apparsa evidente nelle testimonianze delle donne intervistate, che hanno disegnato un mosaico di micro-contesti locali nei quali la pratica assume significati e espressioni molto diverse rispondendo ad imperativi di società nelle quali il corpo della donna è depositario di valori e tradizioni in grado di giustificare le MGF²⁰.

Nelle opinioni delle donne intervistate abbiamo rilevato due tendenze principali. La prima è di piena condanna della pratica, percepita come violazione di tutti i diritti, per la quale non si ammette nessun alibi di tipo culturale. La seconda, meno rappresentativa, ma pur sempre presente, non vede nella pratica la violazione di un diritto, e, in alcuni casi, nemmeno una forma di violenza. In qualche caso, pur considerandola una violenza, essa non appare più grave di altre forme di abuso o di ingiustizia nei confronti di esseri umani.

Nella prima direzione va la testimonianza che riportiamo di seguito. Si tratta

della storia di S., 55 anni, somala, in Italia da 15 anni, sposata con un conterraneo, con il quale ha avuto due figlie. Attualmente fa la collaboratrice domestica presso una famiglia italiana. Possiede una laurea e un passato di ricerca nel campo della demografia. Pensiamo che valga la pena riportare uno stralcio di racconto così lungo perché la sua esperienza ci è sembrata emblematica, in quanto racchiude tutto quanto da noi osservato nelle diverse storie raccolte. L'esperienza della pratica, le pressioni sociali e della tradizione, due gravidanze, una in Somalia e una fuori dal paese, la reiterazione della pratica alla figlia nata in Somalia, la migrazione, il distanziamento e il rifiuto di sottoporre la seconda figlia all'infibulazione. Tutto questo, insieme ad altri elementi importanti, ci condurranno ad una più profonda riflessione in merito alla pratica delle MGF e ai diritti umani visti dalle donne africane.

S.: Questa è una cosa che i somali considerano giusta, anche generazioni più giovani della mia lo pensano, e per loro è una cosa giusta perché pensano che sia una cosa della religione. Tagliano il clitoride e anche le labbra, quelle esterne. Quando lavoravo al Ministero della Sanità in Somalia hanno fatto un lavoro di ricerca per raccogliere dati per togliere questa mentalità. Lì ho saputo che ci sono tre tipi di pratica. Uno in cui tagliano il clitoride e poi chiudono le grandi labbra... ma questa qua è una pratica un po' vecchia... con degli aghi di pino, quelli lunghi. Tolgono il coperchio, puliscono e mettono da una parte ed esce dall'altra parte. Cuciono con quegli aghi, ma poi li lasciano lì. Poi per una settimana la ragazza deve stare stesa. Quando si alza in piedi si vede che è cucita... Anche da fuori si vede che è tutto cucito. E questo è un tipo. Poi c'è un secondo tipo di pratica: tagliano il clitoride, ma lasciano un po' aperto e cuciono come all'ospedale. Poi c'è un altro tipo che tagliano soltanto

²⁰ In questo contesto, non ci soffermeremo a fornire una visione puntuale della pratica così come viene realizzata nei paesi delle donne intervistate. Per avere una visione completa ed esaustiva in merito, si rinvia alla bibliografia generale in appendice al presente rapporto al sito di AIDOS www.aidos.it/.

il clitoride. E basta. E poi ce n'è un altro ancora che dicono sia solo un pizzicotto, tanto per accontentare chi vuole che la pratica avvenga. Esce solo un po' di sangue. Sono questi i diversi tipi. Questa tradizione viene dall'Egitto, dai tempi dei Faraoni. Dall'Egitto è passata in Sudan, in Etiopia fino in Somalia. Siccome anche la religione viene da là, pensano tutti che sia una cosa religiosa. Ma non lo è. Penso che sia una questione di gelosia. Magari uno la faceva fare a sua figlia per essere sicuro che non facesse niente. Per la figlia non è facile fare l'amore perché prova dolore. La ragazza ha due verginità: una esterna, fatta dall'uomo, e poi quella interna. Quindi penso che sia una pratica che è iniziata per gelosia e fino ad oggi molti non sono riusciti a toglierselo dalla testa. Ma a me non preoccupano quelli che stanno giù in Somalia, bensì quelli che sono all'estero che vanno giù per fare questo. Quelli che stanno lì, se anche la mamma non vuole, è la figlia che lo vuole. Io ho due figlie. A quella grande l'ho fatta fare, a quella piccola no. Quando quella piccola aveva cinque anni mi chiedeva: "Perché io non la faccio?", perché le sue coetanee l'avevano fatta tutte. E io le dicevo: "Ma sì, la farai anche tu". Ma io non la volevo fare. Sapevo che non era una cosa della religione. L'ho saputo dopo che era una cosa che non c'entrava con la religione. E poi ho imparato molto dai vecchi, perché erano molto intelligenti. Per esempio mio zio, quando l'hanno fatta a me, ha detto di farla poco, di non farla totale. Ha detto: "Fai il meno possibile" ed era sua cugina che me la stava per fare. Lui le ha detto che se lei avesse fatto più di quello che lui le aveva richiesto, non l'avrebbe mai perdonata.

Tu ti ricordi quel giorno?

S.: Non molto, però mi ricordo quella frase di mio zio. Mi ricordo anche che il giorno prima mi avevano portata a fare l'antitetanica, per evitare le infezioni. Del giorno in cui mi hanno fatto la pratica mi ricordo che c'erano donne, tutte donne, e mi hanno fatto sedere su uno sgabello alto, non tutta seduta, un

po' stesa. I polpacci erano fuori, dietro una donna mi teneva la schiena, altre due mi tenevano le gambe e la cugina di mio papà mi faceva la cosa. Non mi hanno cucita, mi hanno solo tagliato il clitoride. Dopo di che ti mettono una cosa tradizionale preparata, mi ricordo il sangue che mi scendeva nel sedere... Tanto sangue. Sì, perché quando tagli una persona e non la cucì, perde tanto sangue. Mi hanno tagliato con una lametta credo. E sono anche gente avanzata diciamo, più civile... perché mi hanno fatto anche l'antitetano. Sotto sotto noi ragazze vogliamo farlo, perché fanno festa, ricevi dei regali o dei soldi. Poi dopo che finiscono ti chiudono le due gambe e così devi stare per una settimana. Quando mia figlia aveva sei anni chiedeva in continuazione di farla, e mia madre voleva che gliela facessi fare. Noi non possiamo dire un no secco ai nostri genitori, bisogna accontentare i propri genitori. In quel periodo tra l'altro mia figlia stava con mia mamma. In più la bambina stessa mi chiedeva insistentemente di farla, piangeva perché tutti l'avevano fatta e lei no. Anche se i miei fratelli erano dalla mia parte e le dicevano che non era il caso di farla, lei insisteva. Allora alla fine un giorno sono andata da un infermiere, e i miei genitori non volevano che un maschio toccasse mia figlia, ma alla fine gliel'ha fatta lui.

L'ho fatto con un servizio sanitario, con il personale dell'ospedale che è venuto a casa mia. Non ho chiamato nessuno, non ho fatto nessuna festa. Mia mamma c'era, ma lei non aveva il coraggio di stare lì, non ne aveva il coraggio. Però è rimasta lì in casa. Io non ero nemmeno lì. Non volevo vedere che facevano male a mia figlia. Io ho detto: "Esco e torno dopo" perché sai, ho i buchi nelle orecchie e non potevo sentire mia figlia stare male. Mi faceva male fare questa cosa a mia figlia, ma cosa avrei dovuto fare? Le ho fatto fare l'antitetanica, l'antidolorifico, tutto quello che dovevo fare. Gli ho detto di tagliare e cucire. Le ho fatto tagliare solo un po' il clitoride e le labbra. È andato tutto bene. Lei era contenta... Sì, era contentissima!

Per questo prima ti dicevo che non ci sono problemi se uno vive in Somalia perché è il clima che comanda, non i genitori. Le altre bambine la prendono in giro finché non fa questa cosa. Dopo le è passato tutto facilmente. La prima sera aveva bruciore, sai, dove l'avevano tagliata, ma dopo era contenta. Adesso è lei che racconta in giro che non è giusto, dice che l'ha voluto lei.

La mia figlia più piccola è nata in Egitto e poi siamo venute a vivere in Italia. La Somalia l'ha vista una sola volta perché siamo andate lì in viaggio. Tra l'altro non le avevo mai parlato di queste pratiche, non aveva nessuna idea di cosa fossero. Comunque eravamo lì, ad una festa somala e lei avrà avuto circa cinque anni. Una signora somala mi è venuta incontro e mi ha detto: "Allora hai approfittato di questo viaggio in Somalia?" e io ho chiesto: "Per cosa?" e lei mi fa: "La Mariam?", e mia figlia era lì, sentiva. Quando ho capito cosa intendesse ho esclamato: "No! Io non la faccio fare a mia figlia!". Lei sconvolta ha detto: "Ma come? Non la fai? Guarda che rimane sporca così!" e io ho detto che mi dispiaceva, ma che rimanevo con le mie convinzioni. Questa signora era curiosa, è nonna e ha nipoti coetanee di mia figlia. E mi ha detto che lei ha portato le sue nipoti a farla. Allora mia figlia, che aveva sentito tutto, mi ha chiesto cosa fosse e quando gliel'ho detto era inorridita e aveva paura. Io allora l'ho tranquillizzata dicendole che non gliel'avrei mai fatta fare.

Secondo te, l'infibulazione è una forma di violenza?

S.: Certo! È una violenza. Ci hanno violentate mentalmente. Bisogna togliere questa cosa dalle teste delle persone. Togliarla dalle origini. Quando ero in Egitto c'era una donna in corso con me, più o meno della mia età e aveva un libro scritto da una donna somala che parlava di questa cosa. Lei e io dividevamo la stanza con una donna pakistana e un giorno la donna pakistana

mi ha chiesto: "A te l'hanno fatta?" e io ho risposto di sì, e lei mi fa: "Oh Signore! E com'è? L'hai fatta fare a tua figlia?" e io ho detto di sì e lei mi ha detto che ero una criminale per avergliela fatta. La donna egiziana era lì e io le ho chiesto: "A te non l'hanno fatta?" e lei mi ha detto di no. Io invece sapevo che questa pratica era venuta anche passando dall'Egitto, ero convinta che la facessero anche lì. (S., Somalia)

L'atteggiamento di S. è dunque un atteggiamento di condanna, che non manca però di contestualizzare la pratica e il suo significato. Inoltre, le ultime parole evidenziano uno degli elementi che sono emersi con maggiore forza nella nostra ricerca, ossia la scarsa conoscenza della pratica, della sua esistenza e delle diverse realtà nelle quali è attuata. A volte è emerso che anche donne provenienti dallo stesso paese africano, come ad esempio il Senegal, si siano trovate a discutere circa l'esistenza o meno della pratica e sulla tipologia dell'intervento. L'eterogeneità delle diverse realtà interne ad ogni singolo paese e il silenzio che avvolge la pratica contribuiscono quindi a sfumare le conoscenze, le percezioni e di conseguenza anche gli atteggiamenti in merito alle MGF. Tutte le donne intervistate hanno descritto contesti familiari e sociali nei quali la pratica non è fonte di discussione, se non in qualche raro caso, sollevato emblematicamente proprio dalle intervistate, così come ci racconta per esempio F..

F.: Due anni fa chiamavo a casa per dire alle mie sorelle: "Guai a voi se lo fate alle mie nipotine".

E sei riuscita a convincerle?

F.: Sì, sì, tra l'altro loro un giorno mi hanno detto che c'era una grossa manifestazione contro questa cosa qui e che stavano passando casa per casa per convincere la gente a non farlo. (F., Somalia)

Le donne fin qui intervistate hanno lasciato il loro paese e hanno maturato nella loro vita un nuovo atteggiamento in merito all'infibulazione. A., già titubante in Somalia, riesce a liberarsi delle costrizioni e delle pressioni sociali quando si allontana, così come F., la quale, una volta arrivata in Italia, sollecitata dalle informazioni e dalle campagne mediatiche, comincia a mettere profondamente in discussione la sua stessa esperienza e le ragioni che hanno giustificato quanto le è stato fatto da bambina.

Ma tu come ti senti quando senti parlare di questa cosa qui?

A.: Beh, all'inizio era una cosa normale, non mi faceva male. Adesso però leggendo a mia volta alcune cose, vedendo un documentario di non so dove in Africa, ho cambiato canale perché vedevo queste bambine che urlavano, piangevano, con altre donne che le tenevano forte. Mi ha fatto impressione.

E cos'è cambiato secondo te?

A.: È cambiato il fatto che se ne parla tanto e sembra che sia una cosa terribile, inimmaginabile. È diventata una cosa che fa schifo a tutti. Per noi significava diventare donne, adesso è diventata una cosa bruttissima per me. Io prima non mi ero mai sentita a disagio parlandone, né avevo mai provato vergogna. Fino all'altro giorno se mi chiedevano: "Tu l'hai fatta?" io rispondevo tranquillamente di sì, perché era una cosa normale. Ma ora mi accorgo dell'altra faccia della medaglia, che le cose si possono vedere da punti di vista diversi. Questo non mi toglie niente a me. Però oggi come oggi, se mi fossi trovata di fronte alla possibilità di farla, mi sarei fatta cinquemila domande: a cosa serve? Perché si fa? Cosa mi tolgono? Queste domande non me le facevo in Somalia. (A., Somalia)

Per K., del Burkina Faso, e per M., egiziana, questa consapevolezza è giunta prima della migrazione. Entrambe

esprimono con parole molto forti il loro atteggiamento contrario. Le loro storie evidenziano le peculiarità legate alla diversità della realizzazione della pratica: nel primo caso è stata effettuata quando K. era molto piccola, intorno ai 5 anni; nel secondo caso, M. era molto più grande e non sapeva quello che le avrebbero fatto il giorno in cui ha subito la pratica.

Quando è stata la prima volta che hai pensato che le MGF sono sbagliate?

K.: In Burkina. Ho pensato che era sbagliato perché c'era un'amica mia che era incinta ed è morta, perché quando hanno strappato, hanno toccato una cosa che non dovevano toccare. E lì ho detto no. È questa cosa che voi ci avete fatto. Poi alla persona che aveva fatto partorire ho detto: "Guarda se mi succede quella cosa io ti vengo ad uccidere. Da morta non ti lascio stare, starò sempre dietro di te".

E chi era questa signora? Era un medico?

K.: No, era una vecchia del villaggio. Non si fa tutto dai medici. Nei villaggi si fa da una vecchia signora, nelle case, usano una lama. Un giorno ho avuto la curiosità di andare a vedere come si fa. Poi mia mamma mi ha detto: "Tu non vedrai niente qua!". Io ero particolare, molto curiosa. Sì, io sono così. Non sopporto le ingiustizie.

E hai pensato che quella era un'ingiustizia.

K.: Sì, perché vedevo che c'era sofferenza. E quando vedo che c'è sofferenza in mezzo non l'accetto. Però bisogna tirarla fuori questa cosa. Bisogna fare qualcosa per fermare chi la fa ancora! (K., Burkina Faso)

M.: Questa cosa per me è brutta. Quando mi hanno fatto questa cosa è stata una cosa schifosa. Se avessi una bambina non glielo farei mai. Dicono che è una cosa che si fa per evitare che la donna faccia troppo l'amore. Oppure si fa per evitare che, se la donna non è sposata, si scaldi se un uomo le fa una carezza. Mi ricordo il giorno che

me l'hanno fatto. Siamo andate al Sud. Ma non sapevo che stavo andando per me. Sono andata a cercare mia nonna così per salutarla. Mi hanno solo detto: "Facciamo una cosa piccola". Io ho acconsentito alla puntura per addormentare: l'anestesia. Mia sorella sapeva di questa storia e ha detto di no. È riuscita a ribellarsi. Io invece ho detto che andava bene, ma non sapevo, e me l'hanno fatta. Poi sono stata male per tre o quattro giorni.

E questo si fa a tutte le donne?

M.: Credo di sì, che in Egitto si faccia a tutte le donne. Sia musulmane che copte. Tutte lo fanno.

Adesso si fa ancora questa cosa?

M.: Secondo me si fa, però di nascosto. Quelle del Sud la praticano di più. Perché al Sud non studiano e gli adulti dicono che è una cosa che bisogna fare per forza. Però se la polizia lo sa, arresta chi lo fa. Però secondo me lo fanno lo stesso. Anche adesso. Secondo me sì, ma di meno. Ne hanno parlato tanto dopo che è morta una donna. È uscito su tutti i giornali, era una notizia grossa, quindi secondo me adesso molti hanno paura di fare questa cosa. Le cose stanno cambiando per fortuna. (M., Egitto)

Le testimonianze osservate finora esprimono posizioni molto precise in merito alla pratica, condannata come un'ingiustizia, una violenza, una violazione di diritti. La stessa convinzione appartiene alle donne incontrate presso il centro di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati del comune di Venezia. Queste donne, in attesa del responso sulla loro richiesta di stato di rifugiate, sono scappate dai loro paesi proprio per difendersi da situazioni nelle quali la loro incolumità era minacciata per il fatto di non voler sottostare al volere delle famiglie, dei capi villaggio, di forze dell'ordine che imponevano loro l'applicazione di tradizioni e pratiche tra

le quali anche le MGF. Abbiamo incontrato C., una donna nigeriana, di etnia Yoruba, proveniente da un piccolo villaggio, fuggita perché in pericolo di vita per essersi rifiutata di sottoporsi alla pratica delle MGF.

C.: La mia vita in Nigeria non era più sicura. Sono scappata due volte. Una dal mio piccolo villaggio in Oyo State e la seconda volta da Lagos. Non ho voluto che mi tagliassero. Nessuno della mia famiglia voleva, ma il capo del villaggio ha insistito. Mio padre non ha voluto e nemmeno mia mamma. Venivano tutti i giorni. Una notte mio padre ha iniziato a vomitare sangue e dopo è morto. Ho visto tutto. Lo hanno avvelenato... Juju²¹ ...Io e mia mamma siamo scappate e siamo andate a Lagos. Stavamo bene ma dopo anche a Lagos ci hanno trovato e fatto problemi, tanti, troppi. (C., Nigeria)

L., della Sierra Leone, colpevole di essersi innamorata di un uomo di religione diversa dalla sua, è rimasta incinta prima del matrimonio.

L.: Mio padre è cristiano e non voleva che andassi in giro con i miei amici musulmani. In Sierra Leone si pensa che i musulmani non si mescolano ai cristiani. Così io non avevo scelta. Ero incinta e loro volevano cacciarmi di casa, è per questo che ho lasciato il mio paese. Ho la mia vita da vivere, nessuno può dirmi come vivere: devo fare le mie scelte, so io quello che mi piace, nessuno può ordinarmi quello che devo e non devo fare. (L., Sierra Leone)

E., dell'Eritrea, mai andata a scuola, non sa leggere né scrivere. Ancora oggi, non sa perché lei è stata l'unica della famiglia a non andare a scuola. Durante la guerra viene presa dall'esercito e torturata, perché erroneamente ritenuta

²¹ Juju è l'espressione usata in alcune zone del continente africano per descrivere le pratiche magiche.

al corrente di attività politiche sovversive contro il governo.

E.: Perché la mia famiglia è morta, io sono stata in carcere tre mesi. Mio fratello era scappato, tutti gli altri erano morti. Dormivo per terra, mangiavo pane duro con acqua. Volevano sapere dov'erano andati, ma io non lo sapevo perché stavo sempre con mia nonna. Dentro il carcere le tue mani sono così... legno. Per terra è sporco. Comunque tu non muori, ma devi andare in bagno e non lo trovi. Ti picchiano. Tu dici che è nel passato, ma è tanto difficile dimenticare. Per tutte le donne africane è difficile, molto difficile. Puoi anche morire presa a calci, non c'è nessuno che controlla. Donne, bambini, anche un anno, due anni, alcuni fanno fino a vent'anni in carcere. Non c'è nessuno che controlla. Mia nonna ha pagato qualcuno perché mi facessero uscire, ma se non hai soldi ci muori in carcere. Ha pagato qualcuno di notte, che a sua volta ha pagato qualcun altro e così via finché qualcuno mi ha mandata fuori.

Più o meno quanti anni avevi quando sei stata in prigione?

E.: Undici (E., Eritrea)

Per tutte queste donne, la consapevolezza della violazione dei loro diritti ha acquisito giorno dopo giorno la pregnanza di una persecuzione e le ha portate a fuggire. Abbiamo ritenuto importante riportare anche le esperienze di donne per le quali le MGF non sono state al centro del conflitto, perché le evidenze circa la connotazione di genere delle violenze subite può sicuramente fornire un'utile cornice nella quale collocare la pratica nei paesi di provenienza. Rispetto invece al caso di C. appare ineludibile la centralità della pratica quale motivo scatenante della stessa richiesta di asilo.

A tal proposito, è bene ricordare che le MGF sono state oggetto di un'articolata disputa sul fatto di costituire o meno una forma di violazione dei diritti umani.

In molti paesi la pratica è stata condannata e sanzionata con pene severe, ma i tentativi di protezione per le donne che rischiano di essere sottoposte alla pratica e ad altre forme di violenze di genere sono ancora troppo labili.

Le MGF, anche se sono state riconosciute come una violazione di diritti umani e un atto illegale sia nei paesi occidentali che nella maggioranza dei paesi africani²², sembrano rimanere nel limbo nel quale dimorano tutte le pratiche sulle quali si combatte la battaglia tra diritto e cultura.

In questa prospettiva si può leggere anche la posizione delle donne africane intervistate che hanno manifestato il loro disaccordo rispetto all'approccio che vede la pratica come una violazione dei diritti umani. Le ragioni sostenute indicano nei diritti umani una sorta di forzatura che, se esercitata nel contesto africano, potrebbe suscitare reazioni di opposizione che rischierebbero di ledere maggiormente i diritti delle donne. Di fronte a tali posizioni né l'approccio dei diritti umani, né quello della violenza e tanto meno le implicazioni per la salute riproduttiva sembrano essere sufficienti per sviluppare un atteggiamento fermo e deciso contro la pratica. Un simile atteggiamento è stato rilevato sia nelle interviste singole alle donne, sia nel *focus group* con le donne, di cui si discuterà nel prossimo capitolo, nel quale sono emerse posizioni variamente collocabili lungo la linea che va dalla disapprovazione alla parziale tolleranza.

Di seguito riportiamo uno stralcio di intervista con B., maliana, in Italia da 10 anni, sposata con un connazionale. È stata sottoposta alla pratica da bambina ed è stata familiarizzata ad una cultura nella quale la verginità della donna è

²² Una decisa condanna a livello regionale africano di tali pratiche è presente nel Protocollo di Maputo alla Carta africana sui diritti umani e dei popoli, adottato nel 2003 ed entrato in vigore nel 2007.

un valore molto importante, nel quale dimora l'onore delle famiglia. Il canone estetico si aggiunge a questo panorama esplicativo. In questa prospettiva, appare evidente come la giustificazione per questa pratica nasca dalla necessità di evitare che la donna ceda alla tentazione di avere rapporti sessuali prima del matrimonio. Alle domande circa la pratica e le eventuali argomentazioni per eliminarla B. risponde in questo modo:

Volevo chiederti la tua opinione sulla circoncisione femminile. Che cosa ne pensi?

B.: Io sento che loro dicono che questa cosa porta problemi anche nella coppia, con la sessualità. Lo dicevano l'altro giorno anche di una ragazza che aveva problemi di incontinenza e attribuivano la causa a questa circoncisione.

Dove l'hai visto?

B.: Alla televisione, anche in Mali. Ho anche visto una ragazza che piangeva per i problemi provocati dalla circoncisione femminile.

Tu non hai avuto problemi?

B.: No. Però può essere che questo dia problemi per alcune persone, dipende. Io so che in Africa le donne non vanno a fare la visita annuale dal ginecologo, né fanno le analisi del sangue periodicamente, vanno dai medici solo quando la cosa è già grave. Lì pensano che sia uno spreco di soldi fare troppi controlli.

In Mali perché si fa?

B.: Dicono che fa anche parte della bellezza di una donna, che trattiene la sessualità della donna, che evita di andare a sinistra e a destra in cerca di uomini.

Ma secondo te è giusto diminuire la sessualità di una donna?

B.: Non va bene, però, se lo dici, gli africani ti dicono che ti stanno entrando in testa le idee degli europei, ti dicono che non

capisci niente della cultura africana, che hai dimenticato le tue tradizioni. Alcune cose della tradizione sono buone secondo me, altre meno.

Secondo te questa cosa fa bene?

A.: Questa cosa è un po' sbagliata.

Se tu avessi una figlia e fossi sicura che non avrebbe mai nessun tipo di problema di salute o altro, gliela faresti?

B.: No, perché si cambia andando avanti. Se io capisco che queste cose non vanno più bene, lascio perdere. Adesso non è che tutti lo fanno. Bisogna sensibilizzare anche loro, far vedere loro che dietro a questa pratica ci sono in effetti molte possibili conseguenze gravi, ma sempre senza usare il termine "violenza" e nemmeno parlare di sesso e problemi di sessualità. E mio marito mi ha detto che è stato con donne non tagliate che non provavano piacere. Quindi dipende.

E parlare di diritti?

B.: No, perché per molte non si capisce che cosa sono. Molti uomini penserebbero che vuoi aprire gli occhi delle loro donne per metterle contro di loro. Poi gli uomini si arrabbiano. (B., Mali)

Molto più chiaro è il tenore della conversazione con due giovani donne nigeriane, provenienti dallo Stato del Delta. Entrambe sono state sottoposte alla pratica da bambine. Per una di loro, che chiameremo I., la pratica sembra essere stata particolarmente invasiva. I medici le hanno riferito che i problemi di salute sessuale e riproduttiva che ha (non riesce ad avere figli e non ha nessuna sensibilità nei genitali) sono da ricondurre alla pratica. L'altra giovane donna invece, che chiameremo G., non ha nessun tipo di disagio: vive una vita sessuale molto gratificante. Riportiamo uno stralcio di conversazione nel quale le due giovani discutono sulla pratica e sull'opportunità di reiterarla alle loro bambine. Nessuna delle due al momento

dell'intervista era incinta. La donna che non ha presentato problemi in seguito alla pratica sostiene di volerla fare anche a sua figlia, indicando come ragione un puro canone estetico. La donna che invece sta soffrendo delle conseguenze causate dalla pratica cerca di dissuaderla, ricordando all'amica la sua esperienza e i suoi gravi problemi.

E così, quando nascerà la tua bambina, magari il prossimo anno, la farai tagliare?

I.: No, no, non posso far tagliare la mia bambina. Se fosse un bambino, sì, ma se sarà una femmina, no.

G.: Non puoi, perché un sacco di gente ha problemi a causa di quella cosa.

I.: Adesso sei incinta e devi partorire tuo figlio; se avessi avuto il taglio avresti dei problemi grossi, soffriresti in ospedale, piangeresti, e se un bambino nasce normalmente in due ore, se sei tagliata ci impiega sei ore ad uscire. E quando esce, ti spacca in due. Le donne che non hanno avuto il taglio sentono dolore quando partoriscono la prima volta, ma poi, con gli altri figli, il dolore diminuisce. Invece le donne che sono tagliate sentono sempre lo stesso dolore ogni volta che partoriscono: è un dolore troppo forte per una donna.

Pensi che queste cose si continuino a fare in Africa?

I.: Sì, continuano. Quelli che sanno come si fa continuano a farlo.

Dove si trovano quelli che continuano a farlo?

I.: Lo fanno in segreto adesso. Il problema è che non hanno un'istruzione, non sanno che è un problema, che non è una bella cosa.

Quindi ci sono ancora delle bambine che lo fanno?

I.: Sì, e noi dovremmo fare qualcosa, andare laggiù e dire loro che queste cose non sono buone.

Hai parlato di queste cose con la tua famiglia?

I.: Sì, ma loro non credono che quello che io dico sia la miglior cosa da fare.

Pensi ci siano delle nigeriane che fanno questa cosa anche qui?

G.: No.

I.: No. Non ho mai sentito di nessuno qui. Una mia amica ha avuto una bambina cinque mesi fa e non l'ha fatto. Ma non so se qualcuna di nascosto porta la figlia a casa.

Come pensi che si possa convincere la gente che questa pratica è sbagliata?

I.: Per il momento lo fanno passare come una legge: non puoi tagliare tua figlia. Ma certi uomini dicono che preferiscono le donne tagliate a quelle che non lo sono, perché a loro non piace vedere quella cosa.

Perché?

I.: Dicono che non gli piace perché è disgustoso. Questo è il problema. Dicono che il clitoride è diventato grandissimo. Mio marito dice che non gli piace vederlo, ma io non taglierò mai mia figlia. In Nigeria, su cento persone, 95 sono circonci, quindi perché parlarne? Se dici loro che le cose possono essere diverse, loro ti dicono che devi stare sottomessa a tuo marito: se tu non vuoi, ma lui vuole, tu devi farlo.

Pensi che sia possibile far finire questa cosa?

I.: Sì, io voglio che finisca. Non mi piace, perché vuol dire dolore. Ricordo che quando avevo quattro o cinque anni, loro andarono a far tagliare mia sorella più piccola che era nata da sette giorni. E ricordo che piangeva e gridava. Soffrì molto, molto sangue... si perde un sacco di sangue. Se una è sfortunata può anche morire a causa della perdita di sangue, non mi piace.

E tu?

G.: Non mi piace così com'è...

Non mi piace come sono le donne bianche nelle parti intime.

Quindi tu farai tagliare tua figlia?

G.: No, non lo farò, per via della legge.

I.: Non per la legge, ma perché è incivile, per il dolore.

G.: Non voglio che mia figlia soffra.

I.: Ma se avessi l'opportunità di farlo, lo faresti

G.: Mmm... Ci sta pensando.

G.: Dipenderebbe da quel che pensa mio marito.

Che cosa pensi che potremmo dire alle persone che stanno pensando di farlo?

I.: Dobbiamo fermarli.

Dobbiamo far loro capire che non è giusto. Dobbiamo convincerli, fare in modo che sappiano, istruirli.

Cerca di convincere lei a non farlo a sua figlia.

I.: Non farlo a tua figlia, non è bene. Io oggi ne soffro, non sento il sesso.

G.: Se decido di farlo a mia figlia, la porto in Africa e lo faccio fare.

I.: Anche in Africa stanno fermando la pratica.

G.: Vado dagli indigeni, non all'ospedale. Gli indigeni lo fanno perfettamente.

Perché faresti questo a tua figlia? Solo perché non ti piace così com'è?

I.: Ma questo non significa nulla!

G.: Non mi piace.

I.: Mia madre è viva e io la rimprovero per tutte queste cose che mi ha fatto.

Vedi? Tua figlia penserebbe questo di te.

I.: Mia sorella più piccola, che ora ha 24 anni, ha avuto una bambina e glielo ha fatto. In Nigeria. Io non volevo che lo facesse, ma lei diceva che la madre di suo marito le ha detto che se non lo faceva lei non avrebbe nemmeno toccato la bambina. E suo marito ha detto che se non lo faceva, lui l'avrebbe cacciata di casa. È stata obbligata a farlo. Un grosso problema in Africa.

Non farlo.

I.: Io sono un esempio di tutti i problemi che possono derivarne. Lei invece è fortunata.

G.: Andrà tutto bene.

I.: Quando mi trovo a fare l'amore con mio marito non sento niente. Quindi, non fare questa cosa a tua figlia.

Vuoi davvero farlo a tua figlia?

G.: Non lo so. Quando nascerà la bambina lo saprò. (I. e G., Nigeria)

Lo stralcio di intervista riportato racconta una conversazione nella quale si scontrano due diverse posizioni. Peraltro, questa intervista è l'unica nella quale una delle intervistate si è espressa in modo così chiaro rispetto alla volontà di reiterare la pratica sulla bambina che spera di avere in futuro. Riteniamo tuttavia che una simile conversazione non sia troppo rara tra le donne appartenenti a determinati gruppi etnici, come, ad esempio, quelli della Nigeria sud-orientale.

Di fatto, la pratica è sottoposta, sia in Africa che nei territori italiani, in questo caso il Veneto, a diverse pressioni che non necessariamente vanno a favore dell'interruzione della tradizione.

Tuttavia, rispetto all'esperienza delle donne intervistate, è possibile affermare che anche di fronte alle perplessità di alcune circa l'opportunità di leggere la pratica come una violazione dei diritti umani, emerge un tendenziale atteggiamento critico nei confronti della sua reiterazione sulle bambine nate in Italia. La convinzione che una legge possa essere uno strumento efficace per fermare coloro che intendono proseguire la tradizione è soggetta tuttavia alla condizione di affiancare alla proibizione normativa delle attività di formazione e sensibilizzazione che sostengano le ragioni per fermare le MGF. I due stralci di interviste riportati di seguito mostrano questa argomentazione.

Tu lo sai che in Italia c'è una legge contro la chiusura e che è in vigore dal 2006?

A.: Sì, lo so.

Secondo te perché l'Italia ha fatto una legge contro questa pratica?

A.: Perché è un danno che si fa ai propri figli e molti genitori non sanno qual è il bene dei propri figli: bisogna che qualcuno glielo dica. Se in Italia hanno il potere di evitare questa cosa, secondo me è giusto usarlo. Se iniziassero a farlo anche qui, non riusciremmo mai a uscire da questa miseria. Se fosse legale si costruirebbe un edificio in cui farlo e ci sarebbe la fila fuori per portare i propri figli e non finirebbe mai. Bisogna vedere cosa succede anche negli altri paesi europei. Una mia amica mi ha raccontato che aveva una bambina, non l'aveva mai portata giù in Somalia. È andata un giorno a far fare una visita medica a sua figlia, si vede che aveva il clitoride piccolissimo, che non si vedeva bene e il medico le ha chiesto se gliel'avesse fatto fare. Lei ha detto di no, ma lui aveva il sospetto e ha chiamato altri medici per controllare. Alla fine era vero che non gliel'aveva fatta fare, ma se se ne accorgono, ti denunciano. Qui in Italia però non credo che controllino.

In Somalia c'è una legge che vieta questa pratica?

A.: No.

Perché secondo te?

A.: Prima di tutto bisogna fare una campagna per far conoscere la cosa, per far cambiare le idee alle persone. Bisogna fare prima una campagna, perché se anche fai la legge poi chi arresti? Chi lasci libero? Tutti sono colpevoli, anche i genitori. (A., Somalia)

Secondo te cosa si potrebbe fare per cambiare un po' la tradizione rispetto a questa cosa?

V.: È sbagliato andare da chi lo fa e ordinare loro di eliminare di punto in bianco questa pratica, perché penserebbero che è un attacco alla loro cultura, alla loro tradizione. Fa male anche agli anziani sentire queste cose. Però le tradizioni che non fanno bene vanno eliminate, è per questo che facciamo questi lavori.

Qui in Italia si potrebbe dire la stessa cosa?

V.: Sì, bisogna spiegare quali sono i problemi che possono avere le donne.

Secondo te la legge può servire?

V.: Secondo me in Africa tutte le cose che sono state imposte dalla dittatura sono fallite, quindi quello non è certo il modo. Le cose vanno fatte piano piano, devi capire come entrare nella loro mente, questo non è facile. Penso che innanzitutto vada fatta la sensibilizzazione e poi per le donne che la praticano bisogna trovare un lavoro alternativo, perché è inutile chiuderle in carcere per dieci anni: non serve a nulla. Chi lo fa come lavoro deve trovare un altro modo per mantenersi. Ho visto che in Mali sono riusciti a sensibilizzare e convincere una donna che lo faceva a non farlo più. E comunque gli italiani non devono accusare la cultura africana di essere violenta, altrimenti gli africani non inizieranno nemmeno ad ascoltare quello che avete da dire. (V., Mali)

In tal senso, la proposta delle donne è quella di confrontarsi anche con coloro che continuano a sostenere l'importanza della tradizione, mediando con i significati e portando alla luce le conseguenze della pratica per la salute delle bambine. L'educazione, l'informazione e lo strumento legislativo si sono rilevati dunque gli elementi sui quali insistere per i futuri progetti di prevenzione e azione contro le mutilazioni dei genitali femminili.



**/ IL RUOLO DELLA
MEDIAZIONE CULTURALE
E DELLE LEADERSHIP
DELLA DIASPORA
AFRICANA RISPETTO
ALLE MUTILAZIONI
DEI GENITALI FEMMINILI /**

DI ANNALISA BUTTICCI

Commenteremo ora quanto emerso dalle interviste e dai *focus group* realizzati con i mediatori e le mediatrici culturali e i/le rappresentanti di realtà associative della diaspora africana in Veneto. Anche in questo caso abbiamo voluto rilevare l'opinione degli/delle intervistati/e sull'accostamento dei diritti umani e dei diritti delle donne alle realtà africane e in particolare alla pratica delle MGF. Si è infatti ritenuto importante considerare l'orientamento di coloro che, vivendo in Italia da molti anni e partecipando attivamente sia alla realtà locale che alla vita delle diverse comunità africane, possono in qualche modo considerarsi contemporaneamente attori e spettatori in entrambi gli scenari. Questa doppia prospettiva consente ai mediatori e ai rappresentanti di comunità di godere di una posizione privilegiata e di un libero accesso agli universi simbolici e alle risorse sociali e culturali delle quali riteniamo avere bisogno per un efficace intervento volto a fermare la pratica delle MGF tra le comunità immigrate. La competenza acquisita in merito alle relazioni interetniche e interculturali, alla partecipazione e all'attivismo sociale, l'esperienza del percorso migratorio, sono infatti da ritenersi una risorsa

preziosa e indispensabile sia per la ricerca, sia per l'azione.

Il primo intento è stato quello di rilevare la loro posizione in merito all'approccio dei diritti umani nella realtà africana. Si è ritenuto infatti interessante osservare in che modo l'esperienza di vita in Africa e in Italia potesse interagire con i presupposti e le idee sottese alla promozione dei diritti umani e in particolare alla rappresentazione delle MGF come una violazione di tali diritti. Si sono quindi poste una serie di questioni esplorando inizialmente il significato dei diritti umani e dei diritti delle donne, per giungere successivamente alla questione centrale delle MGF.

Riteniamo importante iniziare la nostra riflessione riportando uno stralcio dell'interazione avvenuta nell'ambito del *focus group* condotto con le donne: emerge come il concetto stesso di diritti sia una realtà tendenzialmente astratta per il contesto africano, nel quale le relazioni di genere, le differenze tra i vari nord e sud dei diversi paesi, le tradizioni, i livelli di istruzione delineano panorami sociali molto differenti. Tuttavia è stato possibile rilevare anche un filo conduttore che corre trasversalmente lungo l'Africa dell'Est e subsahariana e che vede nell'eventuale pluralità di comprensioni e significati il prisma attraverso il quale argomentare l'approccio ai diritti umani. Emerge quindi una realtà nella quale la valenza dei diritti umani si scontra con peculiarità locali e resistenze culturali. Interessante a nostro avviso è il ricorso della parola *confusione*. Si osserva infatti quanto vi sia, anche da parte delle stesse donne, una certa familiarità nei confronti dei diritti, in particolare i diritti delle donne, che non trova però una chiara formulazione né nel contesto africano né in Italia. Le donne evidenziano le loro perplessità anche rispetto alla reale volontà delle donne africane di voler

godere dei diritti. La loro posizione rimane tuttavia a sostegno dei diritti umani e dei diritti delle donne, evidenziando soprattutto nel contesto familiare il nodo nel quale si articolano maggiormente le tensioni tra conservazione e cambiamento.

V.: Però la domanda che dobbiamo fare a noi stesse, che io mi sono sempre fatta e che faccio alle mie connazionali nigeriane che sono a Verona, è: "Noi donne vogliamo i diritti? Li cerchiamo?" La domanda fondamentale sarebbe questa. (V., Nigeria)

A.: Volevo dire a questo proposito che questa domanda me la sono posta anche io. Io sono del Nord del Mali, confiniamo con la Costa d'Avorio. Comunque la condizione della donna è uguale quasi dappertutto, l'uomo può picchiare la donna quando vuole e quando tu vai a casa dei tuoi e dici: "Mi hanno picchiato" devi stare attenta che non te le dia anche tuo papà perché probabilmente ti dice: "Torna lì". Lì i matrimoni non si fanno perché ci si ama, si fanno tra famiglie, la famiglia del ragazzo viene a chiedere la mano della figlia di un'altra coppia. Se il matrimonio va male poi.... In Mali è entrato in testa alle donne un certo concetto: se tu, donna, non rispetti tuo marito, i tuoi figli non saranno nessuno, non saranno benedetti. Loro hanno questa mentalità: devi obbedire a tuo marito come obbedisci a tuo padre. In Mali sei lì ad obbedire e subire. Lì quando l'uomo arriva a casa si siede, la donna gli porta l'acqua, gli porta tutto. Quando siamo andati in vacanza coi bambini e questi hanno rovesciato delle cose per terra, mio marito ha preso la scopa per raccogliere tutto: dovevi vedere i miei cugini che facevano.... Gli dicevano: "Ma cosa fai? Questa è una cosa che fanno le donne. Non venire mica qui a svegliare queste donne". Io dico, da noi siamo concentrati lì in Mali, non si parla di diritti perché non si sa, lì ti insegnano i doveri prima dei diritti. Io sono andata avanti tanto prima di capire i miei diritti. Poi, mi chiedo anche,

in Africa non conosciamo i nostri diritti o non li vogliamo riconoscere?
(A., Mali)

V.: Una donna sicuramente vuole i suoi diritti, ma giustamente bisogna vedere anche cosa aveva imparato da piccola. Parliamo delle donne africane in Europa che hanno gli stessi diritti delle donne europee, ma non li usano. La legge c'è. (V., Nigeria)

S.: Ma questo è perché noi, già da piccole, abbiamo in testa certi concetti.
(S., Camerun)

A.: Sì, a volte sei convinta di andare avanti, poi ti fermi e ti viene il dubbio: "Forse sto uscendo dai miei limiti qui". (A., Mali)

S.: In Camerun c'è troppa confusione. Tra sud e nord c'è troppa differenza: se io, che vengo dal sud, vado al nord, sono considerata una straniera perché mi vesto diversamente, lì le donne sono come le donne arabe. Dipende dal posto in cui ti trovi. Cerco di adeguarmi ad ogni contesto, ma non so alla fine cosa sia il diritto.
(S., Camerun)

A.: Secondo me il diritto è la libertà di vivere la propria vita come si vuole, non con qualcuno che te lo impone. Se partiamo proprio dalle cose di base, ad esempio il diritto di avere acqua potabile, lì in Africa non c'è neanche quella, non parliamo del resto! Non tutti i villaggi hanno l'acqua. Oppure il mangiare: il diritto di mangiare tre volte al giorno non c'è. Finché la gente continua a subire, finché i figli non possono nemmeno rispondere al padre: "Magari si potrebbe fare così..." e finché la moglie non può dire niente al marito, finché tutti subiscono, non ci sarà nessun diritto. Anche perché non li conoscono nemmeno i loro diritti. Sanno solo che devono obbedire.
(A., Mali)

S.: Ma non accetteranno mai di cambiare.
(S., Camerun)

A.: Sì, perché siamo cresciuti senza sapere i nostri diritti. Perché ti fanno crescere dicendoti che la donna deve essere sottomessa, che non serve che studi. In Mali, in alcune zone, le donne non vanno ancora a scuola. Lì ci sono cristiani, musulmani e anche gli animisti, lì i mariti possono ancora prendere fino a tre o quattro mogli. Adesso hanno iniziato, sulla televisione del Mali, a sensibilizzare le famiglie per passare il messaggio che la donna e l'uomo hanno entrambi uguali diritti, per far sì che le ragazze vengano mandate a scuola. Io sono andata a scuola quando avevo nove anni, non volevano mandarmi. Mandano i maschi perché loro dicono: "Quello che poi guadagna il maschio resta per la famiglia, invece la donna parte, va a costituire una nuova famiglia". (A., Mali)

V.: Sì perché hai imparato quei doveri da quando sei nata e quando sei diventata grande non riesci a uscirne fuori. In Africa, in Nigeria, lì c'è tanta confusione. (V., Nigeria)

Questo breve stralcio di interazione avvenuta nel *focus group* evidenzia quanto la globalità e l'universalità dei diritti umani possa trovare degli ostacoli nelle dimensioni locali dell'Africa. Appare importante sottolineare inoltre come tale eterogeneità si riproduca inevitabilmente nella diaspora, riproponendo anche nei contesti di arrivo, in questo caso il Veneto, una spiccata diversità tra le popolazioni africane pur provenienti dallo stesso Stato, come hanno sottolineato le donne nigeriana, camerunense e maliana. Tuttavia, le difficoltà legate alla scarsa effettività dei diritti umani e il profondo scetticismo sulla volontà degli uomini africani di voler cambiare e condividere i loro privilegi non impediscono alle donne intervistate di auspicare un cambiamento, da conseguire prima di tutto attraverso l'educazione e l'istruzione delle donne. Riportiamo ora quanto emerso nella prima

parte del *focus group*, al quale hanno partecipato i mediatori e i rappresentanti di associazioni africane. In questo caso ci riferiamo al *focus group* composto da soli uomini. Si osserva quanto l'approccio storico e il discorso anticoloniale sia uno dei nodi centrali della discussione. In questa prospettiva, la specificità dei diritti delle donne è infatti sfumata tra le innumerevoli alterazioni sociali, culturali e tradizionali causate dal colonialismo. I diritti delle donne, così come quelli di tutti gli africani schiacciati dalle strutture coloniali, non appaiono dunque sproporzionatamente violati rispetto agli altri diritti dei popoli africani. Diversi sono stati i commenti rispetto al cambiamento dell'Africa in seguito alla modernizzazione: "la modernizzazione, la secolarizzazione, la cultura sono arrivati anche da noi!", afferma con decisione A., somalo. Con molta fatica si è riusciti a portare il dibattito sulla specificità di genere. Inoltre, decisivi sono stati anche gli interventi tesi alla distinzione tra approccio occidentale e africano ai diritti e al ruolo delle donne. In particolare è emerso quanto nelle diverse realtà africane la donna abbia sempre avuto, secondo gli intervistati, un ruolo centrale che ha avuto la sua maggiore espressione nel contesto domestico e familiare. Non mancano tuttavia riferimenti al ruolo delle donne in politica, come nel caso dell'intervistato del Burkina Faso il quale cita il caso della Liberia che ha una donna come presidente²³. Uno degli aspetti interessanti rilevati in questa sequenza è la chiara opposizione all'approccio occidentale ai diritti delle donne, che nella versione degli intervistati, in particolare dell'intervistato maliano, vengono intesi come ruoli nei quali si deposita l'equilibrio e il benessere stesso delle donne. Evidente dunque la contrapposizione al pensiero occidentale

²³ Nel novembre 2005 Ellen Johnson-Sirleaf è stata eletta alla guida dello Stato della Liberia. È la prima donna presidente di uno stato africano.

che se erroneamente acquisito dalle donne diventa, a suo avviso, fallimentare. Inevitabile il confronto con le donne italiane che esercitano diverse professioni ma alle quali, in fondo, secondo gli intervistati, non viene riconosciuta la parità.

C.: Per quanto riguarda il fatto di non mandare le donne a scuola, cito l'esempio del mio paese dove il mio gruppo etnico è molto importante. Ad esempio mandare i figli di sangue blu era quasi un peccato, perché non dovevano essere sottoposti alla tortura degli insegnanti, perché loro sono sudditi. Non soltanto quindi le donne non andavano a scuola, ma anche questi qui. (C., Nigeria)

G.: Il diritto alla vita per l'Africa è sacrosanto. Tra l'altro il diritto alla vita è il diritto fondamentale dei diritti umani e prima della modernizzazione o dell'occidentalizzazione o della colonizzazione, l'Africa ha avuto la sua organizzazione sociale ben costruita, che rispettava la vita e le leggi, anche quelle non scritte. Vi era tutta un'organizzazione, direi perfetta. C'era il consenso che si riusciva a raggiungere di fronte ai problemi che si ponevano. Tutto cambia nel momento in cui in una civilizzazione si intromette il problema degli interessi. Purtroppo donne, bambini e anziani sono coloro che subiscono maggiormente gli effetti della guerra a causa della loro debolezza. (G., Costa d'Avorio)

M.: Quello che abbiamo visto nel filmato²⁴ fa parte del passato. Bisogna distinguere due tipi di Africa, quella di ieri e di oggi. L'Africa di ieri non ha acquisito un minimo di coscienza per poter uguagliare l'occidente, perché? Per esempio per la scuola, i nostri antenati non volevano mandare i bambini e le donne a scuola, per paura di perdere le tradizioni. (M., Burkina Faso)

Ma perché le donne non potevano andare a scuola?

M.: Perché secondo la loro filosofia il ruolo della donna è quello di fare da mangiare al marito, questo è lo scopo finale. Ieri l'occidente ci ha abbandonati, l'Africa all'Africa, la Francia alla Francia e l'Italia agli italiani. Invece nessun popolo moderno può essere felice da solo, ci vuole il confronto. Se quello che abbiamo visto esiste, è perché l'uomo bianco ne approfitta, perché per difendere i propri interessi ci manda le armi mettendoci l'uno contro l'altro. (M., Burkina Faso)

B.: Come lui diceva ci sono queste due scuole. L'Africa è divisa in classi e in ruoli. Quindi anche il ruolo tra uomo e donna era basato su questa cosa. L'occidentale è venuto, ci ha combattuto, schiavizzato, ha imposto delle sue regole, vietando tantissime cose della vita sociale tradizionale. Queste cose non bisogna dimenticarle. Gli occidentali sono arrivati da conquistatori e ci hanno sottomesso contro la nostra volontà. Sono venuti, hanno interrotto una cultura e hanno voluto impiantare una loro cultura. È ovvio che dopo questo aspetto, quando tutto è ufficialmente finito, ma non ufficiosamente, nell'africano è nata la volontà di non voler accettare la cultura dell'oppressore. Quindi non era solo la donna a non andare a scuola. Mi ricordo che da piccolo i coltivatori si rifiutavano di mandare i figli a scuola, in quanto scuola dei bianchi. Se la società era divisa in ruoli, bisogna capire anche il concetto della famiglia. Da noi la famiglia in riferimento ai matrimoni forzati non era basata sull'amore occidentale, tanto è vero che da noi ci si sposava a 13 anni. Sin dalla nascita c'era la prenotazione attraverso una collanina che ti mettono al collo. La società era basata su ruoli e la donna aveva dei ruoli ben precisi. La scuola tradizionale che la donna seguiva, così come anche tutti gli insegnamenti, era quella delle donne, e quella dei maschi era quella dei nonni. Avevano due scuole diverse,

²⁴ Nel focus group si è mostrato un filmato sulle campagne di promozione dei diritti umani in Sierra Leone. Il filmato mostrava una realtà molto povera nella quale l'accesso ai diritti umani è praticamente negato.

perché dovevano imparare due cose diverse, perché vivevano per quelle cose.

Anche rispetto al concetto di poligamia, era la donna che diceva all'uomo: "Guarda non ce la faccio più, prenditi un'altra, così dividiamo i lavori!". Questo perché le donne avevano tanto lavoro: occuparsi dei bambini, cucinare e lavorare nei campi. Qui si tratta di vedere l'impatto che l'Occidente vuole trapiantare in una tradizione che già, dove e ognuno rispettava il suo ruolo che ad ognuno andava bene. (B., Mali)

D.: È una realtà tra tante realtà.

Questo rappresenta soltanto un pezzettino dell'Africa. Se, poi, noi andiamo a vedere la società moderna, ad esempio parlo del Senegal che conosco meglio, ultimamente abbiamo avuto un capo del governo femmina, che neanche l'Italia ha ancora avuto. Quindi non è che le cose stanno così. Da noi quando c'è stato il processo di modernizzazione, donne e uomini andavano a votare, quindi non è la realtà, può essere parte della realtà nella società moderna. Poi quando si vogliono capire le cose, bisogna andare a capire come era impostata la società tradizionale prima che arrivasse l'occidentalizzazione e la mondializzazione, perché nelle società tradizionali dove c'era il re c'era anche la regina, che aveva la capacità di poter anche distruggere il re. Però nella società moderna attuale, le donne, dottoresse, avvocati, ministri, occupano tutti i ruoli che un uomo può occupare. Però quando vai a chiedere della parità ti rispondono che è un falso discorso, perché non è parità. Però si riconosce per ognuno il suo ruolo. (D., Senegal)

B.: La domanda che bisogna porsi forse è questa: parlare di pari opportunità nel senso occidentale come si intende. Va bene se con le pari opportunità porta a più litigi in famiglia, a più divorzi. È questo il problema, perché non si rientra più nel ruolo. Le donne africane al governo sono forse al 50 %, cosa che qui si verifica in Svezia, ma di fatto quando ritornano nella loro famiglia fanno

esattamente il ruolo di donna alla stregua di tutte le altre. (B., Mali)

F.: Per potersi confrontare bisogna distinguere tra occhi occidentali e occhi africani. Qual è il problema in questa discussione? Il problema è come l'Europa vede il ruolo delle donne e come, a sua volta, questo ruolo viene visto dall'Africa. Il problema sta negli occhi occidentali per i quali in Africa mancano i diritti umani. Ma affinché si esca da questa ottica, l'Africa deve confrontarsi, dobbiamo dire la nostra. La suddivisione dei ruoli tra uomo e donna sta nella cultura. Il ruolo è lo stesso di quello che hanno gli occidentali. Anzi, io posso dire che le donne africane votavano da anni, hanno incarichi molto importanti, nonostante in occidente le donne siano emancipate, hanno preso atto della realtà. Ma il problema esiste, perché io laureato nelle stesse discipline in cui tu sei laureato, e lavorando negli stessi posti, perché devo guadagnare meno di te? Dov'è il diritto? Non è un diritto. La fortuna dell'Europa sta nella base economica, politica, democratica. Se gli africani guardassero cosa vuol dire democrazia e quali sono i ruoli delle donne, essi sanno. Con l'occidentale, le nostre donne vogliono saltare la cultura di base e saltando la cultura di base, pensando occidentale, allora fallisci, diventi una cosa indefinibile. Per esempio, quando io avevo dieci anni andavo a lavorare. Non erano i nostri genitori a mandarci a lavorare. Noi andavamo a lavorare in un orto di canne da zucchero per essere indipendenti. Se in quel caso fosse venuto un occidentale, cosa avrebbe scritto? Lavoro forzato. L'impostazione della mentalità è completamente diversa. È importante allora che i nostri governi comincino a scrivere su cos'è la cultura africana, che è completamente diversa, bella e complicata. (F., Guinea Bissau)

M.: Sui diritti delle donne in Africa, scommetto che qui, ma anche in passato, non si può parlare di diritti delle donne.

La donna in Africa ha un solo ruolo: occuparsi del marito, dei figli e fare da mangiare al marito. Con il tempo, con la democrazia, adesso si può dire che la donna ha un posto, ha un ruolo nella società. Vediamo le donne che sono presidenti, come per esempio in Liberia. Prima non si poteva parlare di diritti della donna, essa aveva come ruolo quello di stare a casa, occuparsi dei bambini e del marito. Adesso con il tempo si può parlare di diritti delle donne perché la democrazia sta andando un po' verso l'Africa. (M., Burkina Faso)

G.: *Volevo soltanto rilevare una cosa. Nella mia tribù, la fondatrice, nonché la prima regina, è una donna. Da noi la donna è impegnata a un punto tale che nel sistema ereditario è la donna che eredita dalla famiglia. In Costa d'Avorio, il diritto della donna, sin dall'inizio dell'indipendenza, nel 1960, è stato tenuto in considerazione. Hanno diritto all'istruzione come i maschi, ad andare all'università, a partecipare a tutti i settori della vita attiva. Nel lavoro hanno un trattamento pari a quello degli uomini. Inoltre, in tema di infibulazione, c'è stata una legge per vietarla in tutto il territorio. (G., Costa d'Avorio)*

B.: *Anziché parlare di diritto preferisco parlare di ruolo: ruolo che si è allargato o ruolo che si è fermato. Quando poi si parla di diritti internazionali, ancora peggio, perché mi chiedo: "Che cosa sono i diritti internazionali?". Penso caso mai al diritto universale più che a quello internazionale. Il diritto universale è dettato proprio dalla natura, partiamo da quello e poi lo allarghiamo in politica. Nel senso che nella nostra società del Mali c'era un ruolo ben determinato non solo tra uomo e donna, ma anche tra uomini. Per esempio non tutti potevano cantare, lavorare il ferro, coltivare. Quindi ognuno aveva il suo ruolo che poi tramandava ai suoi discendenti. (B., Mali)*

Altrettanto critici rispetto all'approccio nei confronti dei diritti sono stati anche altri

rappresentanti intervistati singolarmente. Di fronte all'opportunità di accostare i diritti umani alla realtà africana e in particolare alle MGF si sono infatti rilevate diverse perplessità. Abbiamo ritenuto significativi i riferimenti ai diritti dei bambini elaborati da un rappresentante dell'associazione maliana e da un mediatore culturale senegalese. Entrambi evidenziano le disparità nel rispetto dei diritti dei bambini stranieri e dei bambini italiani. Uno fa riferimento al diritto di essere circonciso e l'altro al diritto di andare all'asilo. I casi sono evidentemente molto diversi, ma crediamo che siano uniti da un filo conduttore che guarda con sospetto non i diritti in quanto tali, ma la diversità con la quale questi diritti vengono applicati e fatti rispettare.

Quando dico diritti umani, cosa ti viene in mente?

B.: *Mi viene da ridere prima di tutto perché oggi come oggi, nel nuovo millennio, e parlo del territorio qui, occidentale, dove c'è democrazia, nel gran parlare che si fa di diritti umani non ci si accorge delle persone che non hanno nessun diritto. Innanzitutto bisogna pensare che ogni persona è un essere umano, quindi non si può parlare di immigrati o stranieri come una cosa che si può usare e buttare via. Io ad esempio vivo qui da vent'anni: oggi per avere il permesso di soggiorno o per avere un piccolo documento devo aspettare un anno la questura, o devo fare la fila fuori dalle tre di mattina a mezzogiorno per sentirmi dire delle cose allucinanti. È da ridere. Un'altra cosa è che quando sono stati dati i permessi per i ricongiungimenti familiari, gli immigrati hanno fatto figli che nascono e crescono qui. Poco tempo fa a Treviso c'è stato il caso di quell'uomo che ha circonciso suo figlio in casa e il bambino è morto. Dov'è la tutela dei bambini stranieri? Se ci fosse la possibilità per gli immigrati di pagare un ticket e portare i loro figli in ospedale per fare la circoncisione, questo non sarebbe successo. Eppure lo fanno per gli italiani:*

se tu hai un figlio e vai all'ospedale e dici: "Voglio fare questo", loro te lo fanno e paghi il ticket. Quasi tutti in Africa fanno la circoncisione, ma non sono tutti musulmani in Africa. I nostri bambini non sono tutelati al massimo. I diritti umani partono solo da alcuni punti di vista, ma da altri no. Vedo che vanno a casa degli immigrati, magari li maltrattano senza ragione, alcuni sono stati bastonati da italiani che hanno detto loro che non possono venire qui e praticare la loro religione. Io sono contro i musulmani che vengono qui e chiedono i luoghi di culto perché la religione parla chiaro: quando vai in casa d'altri, se vuoi pregare prima devi chiedere il permesso. Se loro ti dicono che non vogliono, tu devi rispettare questa decisione. Ma dove sono questi diritti? Quando alcune multinazionali attuano delle politiche che fanno morire delle persone, che senso ha parlare di diritti umani? Inoltre se tu vai in Africa e cominci a parlare di diritti umani, gli africani non capiranno di cosa stai parlando. Non capiscono neanche la parola se sono analfabeti. Bisogna fare una campagna che informi. È inutile dire che i diritti umani vietano l'infibulazione: questo per loro non ha nessun senso. Bisogna spiegare le conseguenze dell'infibulazione, le conseguenze sanitarie che si possono avere. (B., Senegal)

D.: Penso che sia giusto parlare di diritti dei bambini, delle donne, ma mi chiedo: valgono davvero per tutti? Se penso alla situazione degli immigrati in Italia ad esempio... i diritti dei bambini sono dei bambini, giusto? Ma non solo dei bambini italiani, anche dei bambini stranieri, e a volte non è così. Io ho dovuto lottare per iscrivere il bambino all'asilo. Mio figlio aveva il diritto di andare all'asilo. Sono riuscito ad iscrivere mio figlio, ma ho dovuto litigare con l'asilo. Inizialmente mi avevano detto che non ci sarebbero stati problemi per iscriverlo. L'asilo sarebbe cominciato a settembre, ma siccome ero in ferie, per precauzione, ho deciso di andare in agosto a vedere com'era la situazione. Mi presento lì e mi

dicono che mio figlio non è stato accettato. Ho chiesto perché e mi hanno risposto che c'erano stati dei reclami, allora hanno pensato che fosse meglio che mio figlio frequentasse un altro asilo. Io ho detto che perlomeno avrebbero dovuto informarmi di tutto questo! Lì allora è successo un casino. Alla fine poi ci siamo riusciti. Mi sono presentato lì e ho detto: "Se per caso avete sostituito mio figlio col figlio di un politico o di un importante imprenditore del quartiere, non mi interessa. Sono pronto a farmi arrestare, chiamate pure polizia, carabinieri, ma io da qui non mi muovo". Alla fine mi ha chiamato la direttrice e mi ha chiesto esattamente com'erano andate le cose. Si è scritta tutto e poi mi ha fatto firmare, però alla fine ha fatto iscrivere mio figlio. (D., Mali)

Altrettanto esplicativo rispetto all'idea dei diritti umani tra gli africani è il discorso di V., mediatrice culturale nigeriana che evidenzia come un diritto, in specie il diritto delle donne, possa essere inteso in diverso modo. In questo caso, V. sottolinea come la stessa condizione di donna sposata, dedita solo alla cura dei figli e della casa, possa essere un diritto; in altre parole, si contrappone il diritto all'istruzione al diritto ad essere mantenuta. Anche qui emerge una sorta di replica all'approccio ai diritti da un punto di vista non occidentale.

V.: Partiamo da cosa vuol dire "diritti umani" in Africa. Al nord della Nigeria, che è una zona che io a volte apprezzo e condivido, altre volte no, una donna dell'etnia Hausa ad esempio non ti direbbe mai che lei soffre o che è maltrattata, perché ha il diritto, riconosciuto da tutta quella etnia, di essere mantenuta. Fare i mestieri di casa e stare dietro ai figli è di per sé stesso un ruolo all'interno della società e all'interno della famiglia che la donna si è costruita. Allora lì i ruoli sono divisi. L'uomo ha il diritto di provvedere per la moglie e i figli. La donna dell'etnia Hausa non sta

li a mantenere la famiglia e inoltre a preoccuparsi di come sfamare la famiglia, quello spetta a lui. Questo suo diritto è più di quello che hanno altre donne nigeriane di altre etnie. Però non ha il diritto di studiare. Se ci spostiamo a sud-est della Nigeria, all'interno dell'etnia Ibo, è la stessa cosa: l'uomo deve lavorare e faticare tanto per avere tutto quello che serve per sposare una donna. Una volta che l'ha sposata, la deve mantenere e non farle mancare niente. Anche quello è un diritto. (V., Nigeria)

In questo senso, il confronto con i mediatori e le mediatrici ha evidenziato quanto la cultura dei diritti umani sia avvolta da poca chiarezza: è questa probabilmente una delle ragioni alla base dello sguardo sospettoso di coloro che intravedono nei diritti umani una sorta di intromissione ingiustificata e un attacco alla tradizione e alla cultura.

Tuttavia, è bene evidenziare come la familiarità dei mediatori e dei rappresentanti di comunità con le diverse popolazioni africane del territorio sia cruciale, in quanto il loro "essere parte" fornisce la possibilità di parlare un linguaggio che simbolicamente e praticamente diventa uno strumento fondamentale per veicolare un discorso sui diritti, sulla parità e sulle trasformazioni dei ruoli di genere nella diaspora.

In merito a questo ultimo aspetto, riteniamo utile riportare l'esperienza di un mediatore senegalese operante nel trevigiano.

B.: La donna voleva più libertà e partecipare di più alle attività della famiglia.

Voleva avere voce in capitolo, non essere quella che sta in cucina a fare le pulizie e basta. Vuole partecipare, lavorare, e invece lui non voleva, diceva che sua moglie non poteva pretendere di essere come una donna bianca solo perché si trovava in un paese di bianchi. Io gli ho detto: "Non è che le donne africane stanno cambiando, sei tu che devi

semplicemente rispettarla come donna". Alla fine ha capito i suoi sbagli anche se tuttora ci stiamo lavorando. L'idea per l'uomo africano è che quando il marito parla, la moglie deve tacere e rispettare la sua decisione. Non è che chiede dei consigli o dei pareri su quello che fa. Fa, e poi semplicemente informa la moglie. Noi uomini poi, vedendo che le donne accettano sempre per rispetto, abusiamo di questo nostro vantaggio. Anche perché se una donna non è incline ad accettare quello che dice il marito o brontola, ci sono sempre i parenti che intervengono dicendoti: "Non puoi fare così, è tuo marito, lo devi rispettare". Quindi quando gli africani vengono qui, si aspettano che questa cosa rimanga invariata e pensano di essere nel giusto. Questa donna aveva iniziato a farsi delle domande: "Perché sto sempre in casa? Perché mio marito esce? Perché tiene tutti i soldi e tutti i documenti in un cofano che chiude a chiave e poi si porta sempre dietro questa chiave? Perché non posso prendere decisioni insieme a lui? Io devo capire cosa fa, così posso gestire meglio la casa, voglio condividere le sue difficoltà". Lui invece la vedeva da un altro punto di vista, pensava che lei volesse sapere tutto per poterlo comandare. Quando abbiamo fatto delle sedute io gli ho portato degli esempi e dopo un po' ha cominciato a capire che era una mentalità sbagliata. (B., Senegal)

Quanto sinora riportato tuttavia non sta a significare che gli intervistati/e intendono sostenere la pratica e conservare culture e tradizioni che rappresentano una violazione dei diritti umani. In questo, uno degli intervistati è stato particolarmente chiaro:

O.: Quando le tradizioni di un popolo funzionano non ledendo i diritti di qualcuno, non prevaricando, per esempio, rispettando certi tipi di regole che ci sono e di cui a noi alcune possono apparire per certe forme ingiuste, a noi conviene. Una cultura antica, la tradizione, fa fatica a morire. Non parlo

dell'ingiustizia delle infibulazioni: quelle sono forme di ingiustizia barbariche, sono delle tradizioni sbagliate. (O., Somalia)

Tutti si sono espressi positivamente rispetto all'azione di prevenzione e ostacolo alla pratica, evidenziando tuttavia le difficoltà e i nodi critici di un simile progetto. Emblematica è la conversazione avvenuta nel focus group condotto con le donne, della quale riportiamo i passaggi più significativi. È evidente, nell'interazione tra queste donne, il diverso atteggiamento verso la pratica, in particolare verso la tipologia effettuata in Nigeria, che si presenta meno invasiva rispetto agli altri tipi diffusi in Somalia. Ricorrono nuovamente i riferimenti alla tradizione e alla forza delle aspettative sociali e, così come emerso in molte delle interviste, la comparazione con la circoncisione maschile. Le diverse posizioni delle donne che interagiscono tra di loro mostrano le tensioni e i nodi problematici che articolano intorno alla pratica diverse argomentazioni, le quali non sempre individuano nell'argomento dei diritti umani violati lo strumento decisivo per combattere la perpetuazione della pratica, né in Africa, né tantomeno in Italia. Le donne sono consapevoli delle difficoltà sottese alle diverse opinioni nei confronti della pratica, ma, come espresso dalla donna maliana, ciò non toglie la necessità di un atteggiamento deciso e argomentazioni in grado di eliminare una tradizione che si reputa sbagliata e ingiusta.

V.: Anche adesso non penso che sia una cosa grave, perché se lo fanno anche a un maschio! Quando ho parlato con quella della Somalia, perché collaboro con l'ostetrica e lei mi ha fatto vedere la donna somala, quella mi ha fatto venire la pelle d'oca, ma quando mi hanno chiamata dal tribunale di Verona per parlare della cultura nigeriana per poter condannare la signora di cui parlavamo prima, io ho detto la stessa cosa: "È la

tradizione. La signora è colpevole perché qui non ha una licenza, non è un'infermiera, non è un medico, bisognerebbe vedere se la sua famiglia nel paese d'origine è quella autorizzata a farle". Però il fatto che lei praticasse la circoncisione maschile e femminile è la tradizione nigeriana, se venisse praticata giù e lei provenisse da una delle famiglie autorizzate, nessuno l'avrebbe mai arrestata. Perché l'arrestiamo qui? Se la vogliamo arrestare, il capo d'accusa dev'essere che lei usava strumenti che non è in grado di usare perché non ha studiato per usarli. La tradizione a noi insegna che questo fa parte di noi e se non la rispetti non sei un'africana. Lì chi lo vede da fuori vede una violenza, un maltrattamento, una cattiveria, possiamo mettere tutti gli aggettivi che vogliamo per qualificare questa cosa. Però chi è all'interno non lo vede in questo modo. Io che non ho la cultura dell'infibulazione, di cucire la parte genitale femminile, lo vedo un po' meno bene di come lo vede un'altra africana, ad esempio di come lo vede una persona che viene dalla Somalia che l'ha sempre vissuto e visto. Lo vedo male anch'io, però fino ad un certo punto. Rispetto a come la vedi tu, donna italiana che la vede come una cosa veramente cattiva, io la vedo meno peggio. Questo perché una piccola parte l'ho vissuta anch'io. Io conosco la circoncisione, che non è così profonda come l'infibulazione, la vedo sì come una cosa dolorosa, ma è più leggera e non riesco a condannare al 100 per cento le persone che la praticano perché anch'io vengo da quella parte dell'Africa in cui abbiamo sempre imparato i doveri. Se anche noi in Nigeria avessimo adottato il sistema delle infibulazioni non avrei niente da dire nemmeno io. Quindi, parlando dei doveri, è una cosa di tutti i giorni: lo vedi fare a una, non succede niente, è accettata come pratica, lo vedi fare a un'altra, e ti abitui così. (V., Nigeria)

A.: Ma se lo fanno al maschio e tutto va bene non gli porterà nessun problema in futuro, ma invece quella della donna ti può creare problemi. (A., Mali)

V.: Comunque non è che quella maschile sia ben accettata in Italia, ma non si riesce a fare una legge contro questa perché c'è una patologia che la richiede. Altrimenti sarebbe fuorilegge anche quella maschile magari. (V., Nigeria)

S.: Però quello che dice lei è una cosa diversa. (S., Camerun)

A.: Da noi in Mali qualcuno ha fatto la stessa domanda, ma hanno detto che all'uomo non fa del male nell'arco della vita, invece per la donna non è una cosa positiva, anzi crea diverse conseguenze negative. (A., Mali)

V.: Allora noi dobbiamo riuscire a provare quali sono queste conseguenze negative per sensibilizzare le mamme che hanno ancora questa credenza. (V., Nigeria)

Sì, però lei ha tirato fuori un punto molto importante, cioè che la circoncisione maschile non provoca nessun danno.

V.: È igienico. (V., Nigeria)

A.: Là in Africa fa tanto caldo, e tra il caldo e la polvere che si appiccica alla pelle sudata, dove va a finire? Va sotto la pelle, ma se quella pelle viene tagliata, è tutto pulito. Dove vanno a toccare la donna è il clitoride: la bambina può morire dissanguata, o se anche non muore può diventare sterile, in più possono uscire gli gnocchetti, si ostruisce l'entrata, insomma porta solo danni. Noi dovremmo intervenire per migliorare la vita, non per peggiorarla. Se qualcuno mi dice che vuole circoncidere il suo bambino, sono d'accordo, ma se mi dice che lo vuole fare alla bambina, io sono categoricamente contraria. (A., Mali)

E.: Anch'io. (E., Nigeria)

V.: Però bisogna anche provare. Io sono molto attiva nelle cose che faccio e se credo nelle cose che faccio. Ho questa

grande potenzialità a Verona nella comunità nigeriana, proprio di intervenire, però andando lì dobbiamo avere la motivazione corretta per sensibilizzare le donne su questa cosa. (V., Nigeria)

A.: Sì, sì. (A., Mali)

V.: Lo strumento da usare è dire che qui è contro la legge. Se non vuoi finire in prigione è inutile mettere in atto una cosa che mette a rischio la vita di tua figlia e che per di più ti fa finire in carcere. Però riguardo al fatto che crea dei danni, io non sono un'esperta, non posso aggiungere questa parte. A meno che non me lo dica un medico. (V., Nigeria)

Beh, il fatto che si rischia di diventare sterile è una constatazione medica. Però vedere magari due bambine su 17 che muoiono...

V.: Beh, muoiono anche i maschietti. Sono morti due bambini in due mesi, uno a Bari. (V., Nigeria)

A.: Sì, ma quello che io dico sempre è che nell'uomo si va a togliere qualcosa che disturba, nella donna si va a togliere qualcosa che ti serve per tutta la vita. Non porta del bene, se ti hanno fatta così devi stare così, non è che il clitoride ti impedisce di partorire figli, né ti impedisce di fare altre cose. Oppure l'infibulazione, che va a tagliare le labbra, poi quando il bambino esce la pelle è già talmente elastica che poi non riescono nemmeno più a cucire. Ti porta solo danni. Se non riescono a ricucirla, una donna poi non riesce nemmeno più a contenere l'urina, diventa incontinente. Credimi, porta solo danni e io lo dico sempre a loro. Quando sono in Mali dico che il motivo per cui non dovrebbero farlo non è per timore della legge, ma per la salute della propria bambina. Dobbiamo trovare le risposte dentro di noi, bisogna pensare: "lo sto facendo questo a mia figlia e non lo sto facendo del bene. Se i danni non escono fuori oggi, magari usciranno domani". (A., Mali)

V.: Eh, ma per le donne nigeriane non so se questo basta a convincerle.
(V., Nigeria)

S.: Nel mio paese ti fanno anche passare per matta se provi a cambiare le idee della gente. A me a volte rispondono: "Ma che ne sai tu che sei più italiana che africana?".
(S., Camerun)

V.: Per le donne del Mali quello è un sistema efficace, ma per le nigeriane, soprattutto quelle dell'Edo che sono la maggioranza qui, devi trovare il modo giusto per convincerle, altrimenti si mettono contro di te.
(V., Nigeria)

S.: Ecco, quello che dicevo prima.
(S., Camerun)

A.: Sì, ma se tu dici loro: "Ragazze, perché lo fate?". (A., Mali)

V.: Infatti è quello che ho detto. Dobbiamo partire da loro, con un questionario, non andiamo noi con le nostre sapienze o come si dice. Partiamo con un questionario a loro, se attraverso questo questionario riusciamo a far capire loro che praticano una tradizione di cui magari non conoscono nemmeno l'importanza, allora da lì cominceranno a ragionare. (V., Nigeria)

A.: Ma il motivo per cui lo fanno è perché le nonne e le mamme l'hanno fatto. Perché porta onore alla famiglia. Ma ormai queste famiglie allargate non le abbiamo più, quindi ci porta solo danni. Quando vedo una ragazza che ha una bambina e che so che è stata fatta, mi chiedo: "È servita a qualcosa?" Anche quella maschile.
(A., Mali)

V.: Anche quella maschile, che si faccia o no è uguale. Gli italiani non la fanno e vivono bene lo stesso. (V., Nigeria)

A.: Io dico, lì se io taglio la pelle è solo il prepuzio. (A., Mali)

V.: Se non lo tagli l'uomo sta bene lo stesso.
(V., Nigeria)

A.: Sì, però se vedi che qui sta bene è una cosa, ma se sai che deve passare la vita in Africa al caldo allora gliela fai.
(A., Mali)

V.: È la stessa tradizione in Africa per l'uomo e per la donna in quelle etnie dove queste cose hanno importanza. Dobbiamo riuscire invece a entrare nella mente delle mamme che sono qui, perché loro devono prepararsi a giustificarsi quando torneranno in Africa coi bambini. Non è una cosa semplice da dire. (V., Nigeria)

A.: Però io sono ferma su un punto...
(A., Mali)

S.: È che le nigeriane sono di più qui...
(S., Camerun)

Qual è il punto su cui tu sei ferma?

A.: Io sono ferma nel dire che la circoncisione femminile non porta nessun vantaggio, porta solo danni, basta. Perché si fa? Per la tradizione. (A., Mali)

V.: Posso farti una domanda?
(V., Nigeria)

A.: Sì, fammi una domanda. (A., Mali)

V.: A prescindere dal fatto che sei sposata con un italiano e che quindi sei come me un po' "contaminata", mettiamo il caso che tu fossi stata sposata con un uomo del tuo paese, le decisioni sui vostri figli sarebbero venute da voi o dalla famiglia allargata giù?
(V., Nigeria)

A.: Se io fossi stata sposata con uno di giù le decisioni sarebbero venute da noi e poi le avremmo mandate giù in Mali per dirle alla famiglia. (A., Mali)

V.: Vedi che è tutto al contrario?
(V., Nigeria)

A.: Sì. (A., Mali)

V.: Allora può funzionare questo sistema? (V., Nigeria)

A.: Se dobbiamo far sposare nostra figlia diciamo a lei: "Va bene", ma poi la mandiamo giù in Mali nella famiglia allargata a fare tutte le tradizioni. Però se è in Mali è diverso. Una volta se volevi la bambina di una famiglia dovevi coltivare fino a quando la bambina non avesse avuto quattordici anni. Adesso non si fa più. Allora io dico, questa tradizione della circoncisione va abbandonata perché porta solo dei danni. L'ho detto anche a mia sorella che è in Mali. Le ho detto: "Non serve dire che è la legge che te lo vieta e quindi rischi di essere punita, devi pensare che non vuoi punire la tua bambina a vita, perché se gliela fai è una punizione". (A., Mali)

V.: Per ogni paese, per ogni etnia cambia, almeno per quanto mi riguarda. Però io sono anche prontissima a lavorare sull'argomento, a cercare di sensibilizzare, ma prima partendo da loro, sensibilizzare loro partendo da quello che sanno. (V., Nigeria)

Tu cosa ne pensi visto che comunque le donne dell'Edo fanno tanto questa cosa?

E.: Sono d'accordo con lei, non porta del bene alle femmine. Se non si fa non toglie nulla, la donna sta bene lo stesso, se la fa invece fa danni. (E., Nigeria)

S.: E poi oggi come oggi quelle che in Africa si sposano ancora vergini sono rare, forse nella giungla. (S., Camerun)

E.: Sì, infatti, non ce ne sono più. E la pratica porta danni. Chi se la sente, la faccia ai maschi, ma se riusciamo a convincerle a non praticarla sulle femmine è meglio. (E., Nigeria)

V.: E tu pensi che le donne dell'Edo...? (V., Nigeria)

E.: No, sarà durissima. (E., Nigeria)

Il ruolo dei mediatori e dei rappresentanti di comunità assume a questo punto una più chiara immagine. Di fronte alla sfida di cambiare un atteggiamento che ha radici profonde, che fa leva sulla forza di una cultura e una tradizione che si fa fatica a mettere in discussione, il ruolo dei mediatori è quello di mettere i soggetti di fronte ad una riflessione critica che possa guidare ad una diversa presa di posizione. Il mediatore ha infatti una *leadership* e un'autorità riconosciute, nonché la fiducia di coloro che intendono esprimere liberamente l'intenzione di continuare la tradizione. Il brano di intervista che riportiamo di seguito può fornirci importanti elementi di riflessione sia per ciò che concerne la pratica sul territorio sia per le circostanze e i diversi ruoli che i mediatori possono assumere. L'evento che ci riporta una delle mediatrici intervistate sollecita inoltre una riflessione sulla persistenza della reiterazione della pratica nel territorio, che evidentemente appare possibile cogliere solo se si è esposti alla vita delle comunità.

B.: Abbiamo una équipe con una ginecologa, un'ostetrica, io che faccio da mediatrice per la Nigeria e una mia collega che la fa per la Romania. È successo che lei era lì in stazione un giorno e stava aspettando le sue donne. Le si è avvicinata un'altra signora nigeriana che teneva una bambina per mano e le ha detto: "Io ti stavo cercando perché qualcuno mi ha detto che sei brava a fare la circoncisione alle bambine". S. l'ha guardata stupefatta e le ha detto: "Ma come? Non sai che in Italia questa cosa è contro la legge? Guarda che se la polizia ti prende, vai in prigione e ti tolgono anche la bambina. Questa è una cosa che dovete dimenticare, anche perché questa non è una cosa che fa bene alle vostre bambine" e così ha iniziato a fare un po' di sensibilizzazione, che secondo me è

quello che dobbiamo fare, perché tante di queste mamme non sanno che questa cosa non è accettata in Italia, non sanno che è contro la legge. Questo è il primo punto fondamentale. Inoltre bisogna sensibilizzare le donne spiegando loro che è una cosa che non ha più senso. Un conto era quando si faceva nei tempi antichi, ma adesso bisogna chiedere loro: "Ma secondo voi quali sono i vantaggi per le vostre bambine?". Quindi S. ha iniziato a parlare di questo, nel frattempo c'era un giornalista africano che era lì per caso e aveva sentito la conversazione, ed è rimasto lì ad ascoltare. Allora S. ha detto innanzitutto che lei non la praticava e che in Italia non era legale, le ha detto che se avesse voluto, l'avrebbe portata da qualcuno che le avrebbe spiegato bene la legge italiana. Le ha detto di lasciar stare sua figlia e anzi, di dire alle sue amiche di smettere di farlo alle loro figlie. Poi il giornalista ha avvicinato S. e le ha detto che era stata brava e che faceva bene a far passare la voce tra le nigeriane. Però chissà quella donna se è stata convinta oppure è andata a cercare qualcun altro che lo facesse a sua figlia. (B., Nigeria)

La gravità dell'evento riportato evidenzia dunque una realtà da non sottovalutare e soprattutto la significatività della presenza di mediatori e leader di comunità che possono interagire e collocarsi in un discorso dialogico con i gruppi che continuano a praticare le MGF seguendo la scia di una tradizione assunta senza alcuna criticità. Diversi sono stati infatti coloro che ci hanno riferito di essere stati interpellati da connazionali circa l'opportunità o meno di reiterare la pratica. Riportiamo, a tal proposito, il brano dell'intervista con un mediatore culturale senegalese.

S.: La tradizione si porta avanti di nascosto. Anzi, nel Sud del Senegal non lo fanno poi nemmeno tanto di nascosto perché è considerato un evento.

Quindi si celebra come evento?

S.: Come un grandissimo evento! Adesso non più perché lo Stato l'ha vietato, ma fino all'anno scorso o due anni fa si celebrava facendo festa, ballando e cantando. Adesso che lo Stato l'ha vietato, i medici vanno in quelle zone ad informare la popolazione. Comunque conosco alcune famiglie di quelle etnie che vivono qui e non lo fanno più.

Come mai? Cosa ha funzionato secondo te?

S.: Lì ha funzionato l'informazione. Si sono resi conto che era una cosa sbagliata. Ha funzionato l'influenza dell'Italia, nel senso che, arrivati qui, molti si sono resi conto che in Italia si può parlare liberamente di qualsiasi cosa, mentre in Africa la stessa cosa è considerata un tabù. Comunque anche se qualcuno decide di non farlo, non cerca di convincere il resto della comunità: tutti sanno che magari una famiglia non l'ha fatta fare alla propria figlia, ma non è che questa famiglia poi dice al resto della comunità: "Sbagliate a portare avanti questa pratica", per evitare di creare conflitti. Addirittura, quando siamo arrivati qui negli anni '90, alcuni facevano la festa qui e non lì, perché mi è capitato di essere invitato ad una festa e quando ho chiesto quale fosse l'occasione da festeggiare mi hanno detto che era l'infibulazione delle bambine.

E tu quando eri in Africa ne avevi sentito parlare?

S.: Lo vedevo! Le vedevo che andavano a farlo. All'inizio, come ti dicevo prima, per me era normale, era una tradizione come un'altra. L'unica cosa che sapevo è che non era una cosa religiosa. È stato quando sono arrivato qui che ho visto che medicalmente era una pratica pericolosa, che andava contro i diritti umani e allora mi sono reso conto che è una cosa da combattere. (S., Senegal)

Altrettanto indicativa è l'esperienza di una delle mediatrici nigeriane intervistate, che ci ha raccontato del caso di un suo connazionale che le ha chiesto un parere sull'opportunità di circoncidere o no la bambina. Di fronte all'atteggiamento dell'uomo sia la mediatrice, nigeriana dello Stato di Anambra, che la sua anziana madre hanno consigliato all'uomo di non praticare la MGF alla bambina. Il nodo cruciale, secondo la mediatrice, rimane tuttavia l'educazione.

A.: Penso che sulla circoncisione delle bambine decida la moglie. Recentemente c'era un ragazzo nigeriano qui. È venuto a casa mia e mi ha detto che la sua bambina ha ormai due anni e mezzo e non riusciva a capire perché sua moglie non gli avesse ancora fatto la circoncisione.

L'uomo voleva?

A.: Sì, allora io e mia mamma gli abbiamo detto che non deve neanche pensarci!

Perché stava ancora pensando di farlo?

A.: Ma sì! Pensava che fosse proprio necessario.

Quindi è ancora un grosso problema...

A.: Sì.

Che cosa possiamo fare per fermarlo qui da noi?

A.: Dobbiamo rieducarli.

Pensi che sia possibile rieducare queste persone?

A.: Dobbiamo fare del nostro meglio. Dobbiamo dire loro che se lo fanno, le donne non godranno sessualmente e non proveranno desiderio verso i loro uomini. Se ci pensi, sei messa su una strada con dieci uomini, non ha senso.

Pensi che in Africa lo continuino a fare, anche se c'è una legge che lo proibisce?

A.: Sì. Lo fanno qui, dove c'è una legge; immagina che cosa fanno in Africa!

Ma chi lo fa, qui in Europa?

A.: Non lo so. Lo sanno che è illegale e quindi lo fanno illegalmente. Non possiamo saperlo. Io non sono stata circondata e nemmeno mia figlia e quindi la cosa non mi ha mai interessato.

Quindi pensi che lo facciano clandestinamente?

A.: Certo, lo fanno di nascosto. L'uomo che hanno preso oggi lo faceva forse apertamente?

Ma si trattava di circoncisione maschile.

A.: Lo so.

Pensi che forse loro portino le ragazze in Nigeria per farlo e poi ritornano qui?

A.: Potrebbero farlo. Se hanno i documenti e credono fermamente in queste cose, lo fanno.

Ma tu mi hai detto che lo fanno per controllare la sessualità delle donne.

A.: Certo, io penso di sì. È l'unica ragione che io conosca. (A., Nigeria)

Emblematico è anche quanto ci riferisce una mediatrice culturale e presidente di un'associazione di donne nigeriane. Nel suo racconto fa riferimento ad un evento accaduto in Veneto qualche tempo fa che ha coinvolto una donna nigeriana proveniente dallo Stato dell'Edo. In quella occasione è emerso quanto la popolazione Edo sia ancora legata alla pratica, al punto da difenderne la necessità anche nel contesto migratorio: parte della comunità nigeriana, compresa una chiesa pentecostale, si schierò a favore della donna, chiedendo sostegno anche alla nostra intervistata.

I.: Per le donne Edo il concetto è questo: la donna subisce tanto in quella parte lì della Nigeria e loro non si svegliano. Anche qui in Italia tu racconti loro delle cose, cerchi di far capire che non devono sempre subire, ma loro rimangono di quella mentalità di essere

sottomesse, e tali restano. Però bisogna fare la sensibilizzazione. E loro hanno paura della legge, però devono sapere che la legge c'è e cosa dice. Quando hanno arrestato quella signora nigeriana! Perché il tam-tam nella comunità nigeriana è molto forte. E lo è anche nei paesi d'origine. Non è che bisogna pubblicizzare il singolo fatto sul giornale o sul Tg. È una comunità che comunque riesce a far passare l'informazione col passaparola. Quella signora lì apparteneva a una chiesa pentecostale qua che l'ha anche sostenuta dopo il suo arresto. Io ho parlato con la moglie del pastore. Lei mi ha anche chiamata dicendomi di appoggiare questa donna nigeriana arrestata, ma io le ho detto che mi dispiaceva tanto, ma che non ero d'accordo con lei. Cosa dovevo fare? Prendere e difendere una che aveva fatto una cosa così? Se fosse stata almeno un membro dell'associazione. Io aiuto i membri dell'associazione a sapere tante cose sulla cultura italiana, sull'educazione dei figli, perché ci sono tante problematiche. Ad esempio picchiare i bambini, dargli le botte, picchiarli con la cintura, poi provoca la scuola che fa la segnalazione ai servizi sociali e loro perdono i figli. La moglie del pastore era a favore della circoncisione femminile. La maggioranza di quelle dell'Edo è così, sai. Nessuno si chiede se è una tradizione giusta o no. Loro pensano che la colpa non sia loro perché, dicono: "Non è una mia iniziativa, è una cosa che mi hanno passato". Allora loro non vedono nessun male, però possono capire che magari in Nigeria lo possono fare, ma qui no.

Ma anche in Nigeria c'è una legge contro queste cose.

I.: Mmm... Da noi le leggi esistono, ma non sono applicate. Quanti hanno messo in prigione in Nigeria per questo reato? In Nigeria gli stessi che fanno le leggi, poi le infrangono.

Quindi tu pensi che nella testa dei nigeriani, la legge italiana sia più rispettata che (quella) in Nigeria?

I.: Sì, qui sei obbligato a rispettarla. Se non la rispetti, paghi. La signora non ha rispettato la legge, non sapeva che era illegale. Sai le informazioni agli immigrati non passano. (*I., Nigeria*)

Quanto riportato racconta evidentemente di una realtà, quella veneta, nella quale si può presupporre una tendenza da parte di alcune comunità favorevole a perpetuare la pratica. Riteniamo che la natura della pratica e le modalità attraverso le quali le diverse popolazioni africane la reiterano rendano molto difficile la mappatura quantitativa del fenomeno. Quanto rilevato sembra delineare i contorni di un panorama nebbioso, nel quale è difficile scorgere i contorni della portata del fenomeno. Non abbiamo dubbi però sul fatto che le MGF facciano parte della circolazione di tradizioni che accompagna gli immigrati africani in Veneto, soprattutto in alcuni gruppi, come ad esempio le comunità nigeriane, più volte citate in questo lavoro.

Abbiamo chiesto ai mediatori e ai rappresentanti di comunità quale potrebbe essere il loro ruolo nel nostro progetto di azione e prevenzione. Quanto è stato suggerito appare estremamente importante. Le strategie nelle quali il ruolo di tali figure di mediazione diventa indispensabile includono la rilevazione dell'atteggiamento delle diverse comunità e il relativo intervento di prevenzione.

Rispetto alla realtà più specifica delle MGF in molti e molte hanno evidenziato l'importanza di raggiungere nel modo giusto le comunità. Le proposte sono state diverse, ma il filo conduttore è stato quello di evitare le forzature. Così si esprimono alcuni degli intervistati:

B.: È molto più importante che la persona si renda conto da sola dei propri errori, piuttosto che in seguito ad una forzatura. Se noi riusciamo a convincere le persone

qui a non fare l'infibulazione alla propria figlia in seguito ad una sensibilizzazione e a un'informazione accurata è positivo. Ma se decidono di non farla solo perché glielo imponiamo, ma non sono veramente convinti, quando arrivano a casa sicuramente l'idea di prima gli tornerà. Se invece la decisione è loro, è maturata dalle loro riflessioni, è più difficile che tornino sui loro passi. Bisogna evitare di forzare la campagna di informazione perché forzarla significa andare subito in conflitto con quella realtà. La campagna d'informazione si fa per prima con le donne, perché se si parte subito dagli uomini vuol dire che abbiamo fallito, perché arrivano a casa e fanno un casino che non puoi immaginare. Si parte dalle donne spiegando tutte le conseguenze mediche per dopo passare agli uomini. Quando una donna sa effettivamente i pericoli che può correre sua figlia, fa di tutto per proteggerla, anche denunciare suo marito. La campagna deve procedere per punti: prima le donne, poi gli uomini e poi sul luogo di provenienza. (B., Mali)

Più articolata è la proposta di una delle mediatrici nigeriane, la quale, prima dell'elaborazione di un intervento, propone una rilevazione dell'atteggiamento delle comunità attraverso la somministrazione di un breve questionario per sondare l'attitudine e le ragioni che a questa sottendono.

C.: *Dobbiamo renderci conto che ci sono ancora tante mamme che lo praticano sui loro figli e non sanno neanche quanto sia pericoloso. Sì, perché lo fanno per tradizione, non sanno neanche che è contro la legge, non sanno quanto male fa. Dal momento in cui inizi a uscire a fare questionari, vai nella nostra comunità, nelle nostre chiese, usiamo anche le mogli dei pastori che sono sempre a capo di tutte le donne della congregazione, che fanno le riunioni. Andiamo lì a fare un discorso aperto, dando loro la possibilità di rispondere, e da lì iniziamo a ragionare.*

Intanto ci avviciniamo in modo dolce. Poi ci sono tanti mediatori che conoscono i luoghi dove si possono trovare queste persone: nessun luogo va dato per scontato. Nel questionario si può anche chiedere: "Se tu non dovessi circoncidere tua figlia, questo cosa ti toglierebbe?", da lì dai a loro la possibilità di esprimersi. E possiamo capire se la famiglia di origine influenza tanto le loro decisioni. Stiamo parlando dell'Africa, e spesso i genitori africani non riescono a crescere i figli come vorrebbero, non sono loro i protagonisti, ma è la famiglia d'origine. Però se io devo andare, come V., a casa di una famiglia nigeriana a dire che fare la circoncisione femminile è sbagliato, mi cacciano fuori! Se sbaglio avremo chiuso il canale di comunicazione. Se tu, europeo, vai da loro, non sanno nemmeno di cosa parli, la comunicazione deve partire da noi africani. (C., Nigeria)

E.: *Non riusciremo mai a parlare con tutte queste mamme, magari un po' alla volta, quando hanno appena partorito, quello potrebbe essere il momento in cui parlare con loro e cercare di spiegare la situazione. Bisogna capire perché lo vogliono fare, chi davvero vuole questa pratica e perché. Bisogna cercare di avvicinarsi a loro, capire come le donne vivono qui, aiutarle. (C. ed E., Nigeria)*

L'aspetto della normativa si conferma come uno strumento da arricchire con un intervento formativo e informativo sia sul territorio che nei paesi d'origine, dai quali continua ad esercitarsi l'influenza delle famiglie e del contesto sociale, un'influenza che appare in alcuni casi decisiva. Nel focus group con i mediatori uomini è stato più volte ribadito il ruolo della mediazione come fondamentale per convogliare le informazioni relative alla legge presso le diverse comunità. Altre proposte sono emerse e hanno incluso la realizzazione di eventi culturali di promozione e il coinvolgimento dei

luoghi di aggregazione delle comunità, come ad esempio le chiese pentecostali cristiane africane.

Y.: Torno a dire che le leggi sono una strada, non dico l'ultima, si può arrivare anche attraverso altre strade, però una cosa è importante, ovvero tenere presente le culture, le motivazioni e poi arriviamo a coinvolgere questi soggetti che sono adulti, giovani e anziani, anche nel paese di origine. Gli anziani sono problematici, sono loro che danno difficoltà. Qualcuno porta il bambino dall'Italia in Nigeria, lo fa e torna qua. Va bene. Ma non bisogna farlo alle donne. I mediatori culturali formati possono essere uno strumento importante. Se noi dobbiamo fare altre cose importanti attraverso il teatro, i concerti... lo ho un gruppo, sono musicista e questo gruppo può fare qualcosa scrivendo contro. Non ho mai visto in Italia una manifestazione di messaggi contro l'infibulazione attraverso la musica. Queste sono cose a cui bisogna pensare. Io lanciao la proposta. (Y., Camerun)

B.: Tanti comunque vogliono rispettare la tradizione. Se per i maschi la cosa non è tanto grave, per la donna lo è. Ma il problema non è condannare la persona che permette questo. La questione è informare la persona dei danni che provoca. Quando dimostri l'incapacità di accedere a quelle persone, si fa una legge che vieta, ma chi lo dice che la legge deve essere applicata? (B., Mali)

F.: Non sono gli italiani che praticano queste cose, ma gli stranieri, allora noi che siamo qua, in qualità di responsabili, dovremmo essere anche i portavoce di questa legge, perché forse tanti non lo sanno. Come diceva B., queste pratiche vengono praticate normalmente dai musulmani e non da quelli della religione animista. Nella nostra religione animista queste pratiche non esistono. La preoccupazione è in Italia ed è gravissima. Dobbiamo essere noi portatori di questa realtà, cercando di convincere.

In Africa, se voglio un pezzo di terra prima vado a trattare dal capo villaggio e poi vado dallo Stato, e questo succede un po' in tutta l'Africa. Noi dobbiamo essere portavoce di questa realtà che è grave. Dal mio punto di vista le leggi vanno fatte con contrasto secondo le conseguenze. (F. Guinea Bissau)

G.: Per rispondere direttamente alla domanda, penso che i protagonisti sono: lo Stato italiano, i capi comunità, quando secondo le statistiche si sa orientativamente quali sono le comunità che praticano questa cosa. Allora bisogna sensibilizzare per tirare fuori questi elementi tradizionali che condizionano questa scelta dei genitori, perché qui non hanno la pressione della tradizione. In Italia c'è la sanzione che introduce la legge, però è importante la sensibilizzazione. Questa pratica va cancellata. (G., Costa d'Avorio)

C.: La risposta qui non può essere la risposta al problema. Bisogna coinvolgere coloro che sono qui in Veneto, tutti i responsabili delle associazioni presenti in Veneto e creare un momento di confronto, diffondere questa informazione, informazione che arriverà agli interessati nella sua globalità. Perché dire che vogliamo pubblicizzare tutto attraverso radio, tv e quant'altro non funziona, in quanto ci sono tante persone che non vedono la tv o che non ascoltano la radio. E poi se viene pubblicizzato con tv e quant'altro, l'informazione che arriverà agli interessati sarà molto residuale. Però almeno la maggior parte di loro frequentano le varie chiese per esempio, incontri periodici delle varie associazioni... Allora credo che rivolgendosi a questi luoghi, l'80% degli interessati verranno raggiunti. (C., Nigeria)

B.: Le feste delle comunità, come per esempio quelle Yoruba, sono dei momenti in cui si può dire: "per quest'anno noi vorremmo affrontare questo tipo di problema, vogliamo sentire cosa ne pensate!". Questo potrebbe essere un modo e così non si impone niente.

Si dice che c'è un problema che attualmente gira nel mondo, sappiamo per esempio che la mutilazione genitale, dal punto di vista medico e psicologico, può creare tantissimi problemi alla donna. Vorremmo sapere cosa le vostre famiglie ne pensano. Questo è un sasso che tu hai lanciato. E non obblighi nessuno su questo, però intanto inviti a riflettere. (B., Mali)

○.: Tutti noi sappiamo che quando noi, che siamo qui da tanti anni, ritorniamo nel nostro paese, se parliamo di certi argomenti con i nostri connazionali, loro ti considerano un matto, perché il tuo modo di ragionare non è uguale. Ma qui almeno bisogna informare sulle conseguenze, sul male che c'è dentro. (O., Nigeria)

Appare dunque evidente come, nonostante le titubanze e le perplessità circa i linguaggi e i discorsi intorno alle MGF, i mediatori coinvolti nella ricerca sono decisamente consapevoli dell'opportunità di fermare la reiterazione della pratica sia in Africa che nel territorio dove attualmente vivono.

Le loro riflessioni si articolano intorno alle difficoltà legate al cambiamento della tradizione e all'atteggiamento di coloro che dai paesi d'origine possono influire sulle vite e su relazioni di genere e familiari degli africani della diaspora.

Le proposte di intervento e prevenzione partono dunque dal presupposto che l'informazione, se fatta circolare attraverso i canali della mediazione, può essere un forte elemento propulsore verso il cambiamento. In tal senso, un discorso portato avanti dagli stessi mediatori sia nelle comunità che all'interno dei servizi dedicati agli immigrati rappresenta una delle chiavi di accesso alle comunità più legate alla pratica e ad assetti culturali che vedono le relazioni di genere alla base di ordini sociali nei quali la reiterazione della pratica trova un terreno fertile.



**/ LE MUTILAZIONI
DEI GENITALI FEMMINILI
NELL'ESPERIENZA
DEI SERVIZI SANITARI:
INTERVENTI, CONOSCENZA
E CONDIVISIONE
DI SIGNIFICATI TRA
PERSONALE SANITARIO /**

DI PAOLA DEGANI

Le interviste condotte con il personale sanitario, nello specifico medici e ginecologi di reparto e dei consultori dei maggiori centri urbani del Veneto, nonché ostetriche e assistenti sanitarie, hanno esplorato altri aspetti importanti ai fini della nostra ricerca, tra i quali: le peculiarità della relazione delle donne africane provenienti dai paesi individuati come significativi per la ricerca con i servizi socio-sanitari; le differenze geografiche, economiche e sociali che definiscono le dinamiche di interazione e il rapporto con le donne africane; le difficoltà rilevate nel rapporto che queste donne hanno con i servizi sanitari del territorio; la conoscenza, da parte degli operatori socio-sanitari, della cultura di provenienza delle donne africane e le rispettive configurazioni dei rapporti di genere; la conoscenza della pratica delle MGF tra il personale sanitario. A questi aspetti abbiamo inoltre aggiunto la rilevazione dell'opinione del personale sanitario intervistato rispetto all'intervento legislativo e ad eventuali progetti di formazione e prevenzione.

Il primo aspetto esplorato riguarda dunque le peculiarità delle utenti africane.

È emerso che la maggioranza della popolazione femminile africana che si rivolge ai consultori proviene da Nigeria, Ghana, Senegal e solo in minima parte dai paesi del Corno d'Africa.

Il dato rispecchia la composizione femminile della popolazione africana immigrata nella regione Veneto²⁵.

In base a quanto rilevato dalle interviste appare evidente come la provenienza geografica tenda a caratterizzare non solo il diverso rapporto con i servizi, ma anche la tipologia di intervento richiesto: emerge che la maggioranza delle utenti provenienti dall'Africa dell'Est, e in particolare dalla Nigeria, si rivolge ai servizi prevalentemente per problematiche legate alla gravidanza e al parto.

Le dottoresse intervistate ci hanno infatti riferito come difficilmente queste utenti partecipino o usufruiscano di interventi di prevenzione o più semplicemente dei diversi progetti di percorso nascita, attivi in tutti i consultori del territorio.

È quindi un'utenza sulla quale generalmente si lavora sull'emergenza, sulla patologia avanzata o in prospettiva del parto. In modo particolare per quanto concerne l'utenza nigeriana, vi è da segnalare la maggior fruizione da parte di questa comunità dei servizi socio-sanitari in alcune città (in specifico Verona e Venezia) anche in relazione all'esposizione piuttosto rilevante in Veneto che questo gruppo nazionale ha nelle attività istituzionali collegate alla tratta di persone. È indubbio che lo svolgimento di attività istituzionali presenta implicazioni sul piano della salute fisica che determinano un utilizzo anche frequente dei servizi sanitari, e in modo particolare di quelli collegati a prestazioni di tipo ostetrico-ginecologico.

²⁵ A tal proposito si veda il capitolo relativo alla popolazione immigrata in Veneto. Anche in questo caso faremo riferimento alla popolazione femminile africana concentrandoci sulle donne provenienti dai paesi africani considerati per la ricerca.

In linea generale, le caratteristiche anagrafiche e socio-culturali delle utenti appaiono determinanti nella definizione della relazione. Di fatto, quanto più basso è il livello di istruzione delle donne, tanto più difficile appare la relazione tra utente e operatore. Questo è quanto ci riferisce una delle intervistate:

Sono tutte giovani. Il loro livello culturale è basso, per le nigeriane bassissimo. Le ghanesi cominciano ad essere più regolari in Italia e hanno la licenza media, che è comunque più del livello delle nigeriane. Io qui vedo le Edo: o erano prostitute lì, o mandate qui allo sbaraglio, comunque non sanno scrivere.

E queste sono clitoridectomizzate?

Sì, hanno o la parziale o la totale. E comunque non sanno né leggere, né scrivere. Poi ci sono le nigeriane regolari che equivalgono più o meno alle ghaniane. Negli altri consultori chiedono il tuo aiuto quando sono in gravidanza, tantissimo anche quando non riescono ad avere una gravidanza. Per una donna straniera, soprattutto per le ragazze nigeriane e ghanesi che vedo io, non riuscire ad avere un bambino è una cosa molto grave. Poi c'è sempre la richiesta per le interruzioni di gravidanza. Per quanto riguarda la contraccezione e la visita ginecologica, la donna africana si preoccupa meno della regolarità del ciclo, si preoccupa meno delle infezioni, da me non vengono mai per infezioni del tratto genitale inferiore, io non ho donne che vengono per vaginiti. Eppure abbiamo dei percorsi in consultorio anche molto celeri, nel senso che quando all'appuntamento viene chiesta la motivazione, le mie segretarie e anche le ostetriche hanno un'agenda per cui su alcuni temi l'appuntamento viene preso immediatamente. Quindi se stanno male in gravidanza, se c'è una vaginite in una fase acuta, o necessità della pillola del giorno dopo, non ci sono liste di attesa, c'è l'accesso immediato. Io non ho mai

richieste in questo senso, quindi come ginecologia ho prestazioni molto, molto limitate, limitate prettamente all'area della sterilità.

Altre dottoresse ci hanno inoltre spiegato quanto per le donne africane, in particolare dell'Africa dell'Est, la maternità sia una questione centrale nei rapporti di genere. Questo appare particolarmente vero soprattutto su due aspetti: la sterilità e l'interruzione di gravidanza. In altre parole, molte delle tensioni che si sviluppano nelle relazioni di genere riguardano proprio i comportamenti riproduttivi. Riportiamo uno stralcio di intervista nel quale tale riflessione è particolarmente articolata.

Parlando per etnia, noi vediamo soprattutto le Edo: ci sono delle realtà in cui queste donne sono assoggettate a questa cultura maschilista, quindi c'è violenza nella loro relazione, ci sono donne picchiate. Si fa molta fatica. Se pensi solo a tutti gli aborti che ho io e che veramente mi fanno star male da morire, di donne che provano a rimanere incinta perché lui possa accettare loro col bambino. Quando lui dice no, non è che la donna desiste: insiste anche per tre, quattro volte. Sono coppie che magari non sono sposate in Africa, sono insieme qui anche da anni e la donna nigeriana se dopo una certa età non ha un figlio non si sente donna, così ci prova, ci prova finché lui dice di sì e nel frattempo continua ad abortire. Quindi questo maschio è un maschio che fa di loro un po' di tutto: dalla violenza perché le picchia, oppure il fatto di forzarla ad andare in strada, è violenza anche una donna che è costretta a continuare ad abortire finché il padre padrone non dice: "Ok adesso mi va bene avere un figlio". Oppure tutti gli aborti perché i maschi le abbandonano. Sono tutti rapporti molto violenti, questo è quello che vedo come ginecologa, poi se intervisti l'assistente sociale senti di tutte le violenze familiari, perché noi a tutte queste donne facciamo

fare counselling sociale, perché lavoriamo col Comune contro la tratta, siamo in rete con tutti. Poi lavoriamo con un'associazione che aiuta le donne picchiate, violentate, che fa anche da casa di accoglienza immediata, perché c'è tanta violenza. Se vai a intervistare qualcuno in Comune hanno tutta una serie di storie di bambini allontanati.

Lo stralcio di intervista riportato riflette una realtà nella quale i comportamenti riproduttivi e la salute sessuale tendono ad essere profondamente interconnessi al tipo di relazione di genere (in questo caso in maggioranza per l'etnia Edo, Nigeria). Tuttavia l'utenza, anche all'interno dello stesso gruppo etnico, può presentare delle diversità; soprattutto l'emancipazione economica delle donne rappresenta un nodo importante in termini di maggiore consapevolezza e tutela della salute nonché dei propri diritti. Questo è quanto ci riporta un'intervistata sollecitata da una domanda relativa alla parità tra uomo e donna.

Secondo lei il concetto che abbiamo noi di parità uomo-donna è lo stesso?

È diverso, è molto lontano, però quando la donna rimane in Italia per tanto tempo lo acquisisce, soprattutto quelle che lavorano ed escono un po' dal clan africano. Ci sono quelle che non escono mai da questi clan, ma quelle che iniziano a lavorare nelle cooperative si guardano intorno eccome! E iniziano a dire che il maschio italiano è diverso, e questo succede anche alle rumene o a quelle dell'area balcanica, dove c'è un rapporto molto forte, molto violento. Signore che sono qui da tanti anni e che hanno avuto con me una o due gravidanze iniziano a dirmi quanto sia diverso e migliore il maschio italiano. Ma noi troviamo tanto disagio tra quelle che sono al di fuori dei rapporti di coppia, che magari si sono separate. Sono ragazze che si vestono come noi, hanno dei seri problemi di identità perché non stanno né da una parte, né

dall'altra. Sono queste quelle che soffrono di più in questo momento, magari più della donna sempre accompagnata dall'uomo anche se decide sempre lui, però io vedo più sofferenza in quelle che in qualche modo si sono distaccate e non sono trahettate completamente nell'altra cultura.

Il panorama risulta ulteriormente articolato se si considerano inoltre i diversi progetti migratori, le condizioni e le situazioni di vita vissute dalle donne. Il riferimento va, per esempio, alla situazione delle donne somale ed etiopi che, arrivando da sole, sviluppano progetti migratori e reti relazionali alternative a quelle dei nuclei familiari.

Questo dipende soprattutto dalla provenienza della coppia. Posso dire che le donne della Somalia e dell'Etiopia sono donne che arrivano da sole e che quindi hanno un progetto migratorio completamente diverso, sono ospitate, quindi sono accompagnate dalle operatrici. La loro vita è tra di loro e tra loro c'è una buona relazione. Poi spostandoci nella realtà veneziana, ma restando tra le donne africane, perché da noi c'è una grandissima affluenza anche di donne dell'Est, delle Filippine e dello Sri Lanka - ci sono le donne tunisine che io vedo che sono autonome, accedono ai servizi da sole. I rapporti coi loro mariti sono sufficientemente alla pari direi, quindi non c'è questa dipendenza dal marito, non vengono accompagnate da loro, non sono "mediate" da loro. Le loro scelte rispetto alle loro azioni sono scelte autonome, sono donne che lavorano, quindi si pongono in una maniera direi sufficientemente paritaria.

La riflessione sopra riportata evidenzia ancora l'aspetto dell'emancipazione economica e di quanto risulti cruciale l'acquisizione di un'autonomia. Di fatto, l'accesso a un reddito e la conseguente assenza o rottura di dipendenza economica sembra favorire

una maggiore disponibilità e libertà di relazione anche nei confronti degli stessi servizi, che in simili circostanze riescono a erogare un servizio migliore.

Attraverso le interviste abbiamo potuto inoltre individuare tre elementi critici principali che caratterizzano il rapporto delle utenti con i servizi e viceversa.

Il primo fa riferimento alla sfera comunicativa, ossia alle difficoltà legate alla lingua. Il secondo fa riferimento alla scarsa conoscenza delle diverse culture africane da parte degli operatori e della cultura dei servizi italiani da parte delle africane. Il terzo alla sfiducia nei servizi da parte delle donne.

In questa direzione vanno le riflessioni di una delle intervistate.

È importante chi accoglie: se un servizio non ha una buona accoglienza, loro non si sentono a loro agio. Non vengono da te pensando che tu puoi fare grandi cose per loro, sono abbastanza diffidenti, questo me lo dice anche la mediatrice culturale. Mi riferisco in particolare all'area nigeriana.

È bene tuttavia evidenziare come l'utenza non si definisca solo in questi termini. Le intervistate hanno infatti esposto una realtà nella quale accanto ad una popolazione femminile profondamente limitata dallo scarso livello di istruzione e integrazione, segnata da rapporti di genere non paritari, tendenzialmente violenti, vi sia anche un'altra tipologia di utenza, che vede sia le donne che gli uomini africani in un continuo dialogo con la propria cultura e con il contesto culturale di arrivo. In altre parole, è viva la percezione della presenza di uomini che partecipano, che manifestano sensibilità e che appartengono a ceti che permettono una elaborazione del progetto migratorio orientata alla piena integrazione. Anche quando l'uomo è assente nel momento del contatto tra la donna e il

servizio sanitario, l'impressione è che laddove vi è integrazione, questa assenza non sia voluta, ma sia ad esempio imputabile al fatto che nelle comunità africane l'occupazione maschile è molto più radicata di quella femminile e perciò la donna si reca da sola al consultorio semplicemente perché il marito non può accompagnarla. Molto spesso le donne vengono a gruppetti di due, tre.

Se questo è dunque il panorama generale restituitoci dalla realtà dei servizi, vediamo ora quanto è emerso in merito alla specifica questione delle MGF.

Anche in questo caso, la diversità geografica delle utenti africane è decisiva, perché delinea la tipologia di mutilazione osservata dal personale sanitario.

Vi è da sottolineare peraltro che le testimonianze ricavate dalle interviste con il personale sanitario documentano la presenza nel nostro territorio di donne africane sottoposte a MGF in patria in giovanissima età. Si tratta sempre di persone adulte, sulle quali l'intervento mutilatorio è stato praticato parecchi anni addietro; le donne, al momento della visita, non dichiarano di averlo effettuato, probabilmente anche consapevoli del fatto che, in certi casi, la rilevazione può risultare difficile per la scarsità degli esiti registrabili sulla morfologia dei genitali esterni femminili. Le intervistate e gli intervistati hanno riferito le maggiori tipologie di mutilazione delle quali sono a conoscenza attraverso la loro attività. Emerge che le mutilazioni più comuni sono riconducibili a quelle praticate sulle donne del Corno d'Africa, il cui numero peraltro è in diminuzione, e le mutilazioni definite "minori" sono praticate sulle donne provenienti dall'Africa dell'Est. Rispetto a queste ultime, si sono rilevati alcuni elementi particolarmente critici sui quali occorre riflettere.

Di seguito riportiamo le osservazioni di una delle intervistate.

Anche per i ginecologi, a meno che non si tratti di una mutilazione maggiore che quindi è assolutamente ineludibile, quando si tratta di clitoridectomia, parziale ablazione delle labbra, i segni non sono così evidenti. Inoltre nelle persone giovani difficilmente si riscontrano dei processi patologici nei genitali esterni, ragion per cui non sono più di tanto oggetto dell'attenzione del ginecologo, che invece rivolge di più l'attenzione al collo dell'utero per la prevenzione dei tumori, l'utero stesso per controllare se ci sono dei fibromi, alle ovaie per le irregolarità mestruali. In ambito universitario, quando mi sono laureata io, non se ne parlava. Ho iniziato ad occuparmi di questa problematica quando ero in Parlamento: sono stata in parlamento per tre anni. C'era un gruppo di parlamentari che si occupavano di MGF all'interno del Ministero delle Pari opportunità e io ne ho fatto parte. Lì è cominciato un interesse "indotto", però a quel tempo (eravamo nell'89-'90), il problema della presenza degli stranieri, perlomeno in territorio veneziano, era molto relativo. Non era così a Roma e Torino però. Comunque all'epoca non era una cosa di cui si sentiva, non era una cosa che ci si trovava ad affrontare dal punto di vista professionale. Da allora però ci sono stati vari convegni e si è accentuata, per quello che riguarda il mio processo personale di apprendimento, un'attenzione maggiore proprio per vedere di riconoscerle e di poterne dar conto, in modo che emergesse e non rimanesse un fenomeno sommerso. Io di solito me ne accorgo perché ci sto attenta e normalmente nelle ragazze del Delta State è pratica frequente.

È pratica frequente la clitoridectomia?

Si.

O anche l'ablazione delle piccole labbra?

Tutt'e due. Non totale e in genere viene fatta in maniera artigianale, non è che si può affermare che sia un'operazione che viene fatta chissà quanto bene.

Che età hanno queste ragazze?

Beh, quelle che vedo io sono tutte molto giovani, tra i 20 e i 30 anni.

Si rileva dunque la non ovvietà dell'osservazione di una mutilazione. Contrariamente a quanto accade con l'infibulazione, una lieve mutilazione non lascia molte tracce e risulta pertanto difficile da individuare. In tal senso si esprime una delle dottoresse intervistate:

Intanto io credo che noi non ci rendiamo sempre conto di quando loro hanno avuto la mutilazione genitale, perché a volte le mutilazioni sono per così dire "minori", non sono devastanti, non cambiano l'anatomia in modo così evidente da darci certezza dell'avvenuta mutilazione. Sono solo alcune che subiscono quella mutilazione importante, in cui poi viene fatta una sutura, in cui in qualche modo vengono chiuse le labbra e avvicinate tanto da lasciare un piccolissimo pertugio. Quelle sono veramente poche. La maggior parte subisce delle mutilazioni (ci sono vari gradi di gravità delle mutilazioni) minori, per cui quando le vedi hai idea che ci possa essere stato qualcosa, ma non ne hai la certezza. Allora glielo chiedi. Quando ti rispondono "Sì", ok. Ma quando ti rispondono "No"? Non sempre è chiarissimo. La maggior parte di quelle che vedo io sono nigeriane e quindi per le nigeriane posso dirlo con una certa sicurezza, con una buona convinzione. Non ho un campione abbastanza numeroso per poter estendere il discorso ad altre etnie. La mia impressione è questa: che una donna che ha subito una mutilazione genitale sa che qui è una cosa poco accettata e quindi se la mutilazione non è così evidente, è possibile che la neghi per non dover discutere. Io ho avuto questa impressione.

Che tipo di mutilazione è quella minore?

Quando tagliano il cappuccio del clitoride o una parte del clitoride o tutto il clitoride, non è facile verificare se ci sia stata una

mutilazione o no. Ci sono delle volte che è chiuso, ma non è chiuso del tutto e tu ti dici: "Boh?". Non è sempre facile. Poi dipende molto dalla sensibilità delle persone e dalle occasioni, perché una donna si può visitare senza neanche guardare se ha subito una mutilazione genitale, come dicevo quelle minori possono passare via senza che neanche ci si accorga, ci si accorge di quelle chiuse.

La criticità delle mutilazioni minori, tecnicamente definite *Sunna*, sta dunque nella difficile rilevazione, resa ancora più improbabile dal fatto che molte volte è lo stesso operatore o operatrice sanitaria che non pone la verifica della pratica tra i possibili controlli da effettuare nella visita. Le MGF passano dunque inosservate e in tal modo sono difficilmente definibili anche in termini quantitativi. Va da sé che se non si ha una conoscenza specifica, come quella dimostrata da quelle intervistate che hanno avuto esperienze professionali in alcuni dei paesi africani ove la pratica ha una certa rilevanza, il fenomeno resta sommerso. In questa direzione va anche la seguente testimonianza.

Io sono stata in Africa da appena laureata e ho lavorato in due regioni diverse, cioè in Mali, dove ero in ginecologia e ho visto le grosse escissioni, e poi in Mozambico, dove comunque c'erano meno problemi di mutilazioni. Poi, in conseguenza del fatto che dagli anni '90 sono al consultorio e lavoro soprattutto con le donne straniere, ho visto le donne che sono qui in Italia. Qui in Italia non parlano del loro problema. Loro vengono qui come le donne normali.

Lei vede donne nigeriane e ghanesi?

Sì.

Con mutilazioni?

Sì. Però piccole. La maggior parte sono escissioni parziali del clitoride o escissione

del clitoride. Altro qui non si è mai visto. A Vicenza ho visto un caso o due di somale con escissioni totali.

Se dunque la verifica della pratica appare in alcuni casi difficile, altrettanto si presenta la possibile rilevazione della reiterazione sulle bambine. Ancora una volta, tra le questioni nodali c'è la difficoltà di accedere ad informazioni difficili da reperire. Alcune delle intervistate hanno infatti riportato le difficoltà incontrate nel tentativo di verificare attraverso domande all'utente l'esistenza o meno della pratica, nonché l'intenzione di reiterarla sulle bambine.

Quando la mutilazione è minore la mia sensazione è che le donne tante volte ti dicano: "Non mi hanno fatto niente". Io chiedo sempre: "Lei è stata operata da bambina, le è stato fatto qualcosa qui da bambina?". Loro mi dicono di sì quando è talmente evidente che non si può negare, e secondo me qualche volta mi dicono di no, anche se hanno subito una mutilazione. Perché quando la mutilazione è minore, loro si rendono conto che forse possono anche dire che non è successo niente, senza che io possa dire: "Eh no signora, lei non me la racconta!". Io comunque non lo farei perché non si può essere invadenti in questa area, se una preferisce tenersi le cose per sé. È che comunque il motivo per cui lo chiedo, soprattutto quando sono incinte, è capire che intenzione hanno in riferimento alle figlie. E quindi è lì che il discorso va sempre aperto. Certo, se loro non vogliono aprirlo non puoi mica obbligarle. Le donne sono diverse, molte ti dicono: "Sì, io ho subito questa cosa ma non la farò a mia figlia! Perché ci sono stata male, perché ci sto male ancora, perché non ci credo". Altre ti dicono "Non l'ho subita", per esempio quando è una cosa un po' più piccola e così con quello ti chiudono un po' la bocca. Altre ti dicono: "Sì" e quando tu apri il discorso sulle figlie, loro ti dicono: "No, io non farò niente", con un altro livello di convinzione però

rispetto a certe che ti dicono: "Non lo farò mai a mia figlia perché sono stata male". Ogni donna è diversa. Cioè, io non mi sento di dire che ci sia una tendenza delle donne a fare una cosa o un'altra. Tra quelle con cui io ho parlato sono più quelle che mi hanno detto che non lo faranno alle figlie, però non giurerei che quello che ti dicono sia poi sempre quello che pensano. Perché in fin dei conti loro possono anche pensare: "Sono fatti miei". Io credo che l'unico modo sia cercare di stabilire con loro un rapporto interpersonale di fiducia reciproca e allora te lo dicono, e ci vuole tempo. Le africane sono donne che comunicano molto, le donne dell'Africa nera, molto più che quelle del Nord dell'Africa, che sono molto più chiuse, molto più restie (non tutte però, un po' alla volta anche loro "mollano"). Diciamo che le donne dell'Africa nera sono molto più espansive, più estroverse. Hanno però comunque bisogno di tempo per fidarsi, perché un conto è essere espansive e un conto è fidarsi. Secondo me quando di una persona si fidano, poi dicono, parlano. Ma non c'è nessun modo per farselo dire, di sicuro, parlandoci una volta.

Allo stesso modo si esprime anche un'altra dottoressa.

Quando ne parliamo c'è molta negazione, probabilmente perché loro sanno che questa cosa qui in Italia non si può fare. Qui c'è una buona accoglienza ma non si fidano completamente di noi.

Tendenzialmente c'è dunque l'impressione che la pratica, nei servizi, si collochi in una dimensione di presunta assenza e che pertanto sia anche limitatamente oggetto di attenzione e problematizzazione. Di fatto, con l'eccezione degli operatori e delle operatrici con esperienze dirette e con particolari "sensibilità", si rileva uno stato di conoscenza tendenzialmente ridotto, soprattutto per ciò che riguarda il contesto locale nel quale si manifesta.

Tuttavia, tutti gli intervistati/e hanno manifestato grande interesse e curiosità per questo problema e in genere hanno espresso il bisogno di approfondire tutte le questioni di natura medica collegate alla presenza nel nostro territorio di comunità portatrici di specificità di natura sia culturale sia clinica.

La mia impressione è che questo sia un fenomeno sotterraneo, che non viene visionato, che passa inosservato anche dal ginecologo, perché l'incisione può poi guarire definitivamente e non lasciar segno. Bisognerebbe aumentare la comunicazione con queste donne affinché parlino perché io ricordo dei travagli in assoluto silenzio! Tu puoi comunicare anche senza parlare, con la mimica, ma erano donne completamente assenti, che rendevano pesante l'interazione, anche il solo accostarle e sostenerle. Mi viene da pensare che qui l'abbandonino: entrando nel nostro sistema culturale modificheranno un po' quello che può portare a patologie in futuro. Siccome io ritengo che le donne siano intelligenti, nel momento in cui capiscono che la metodica può far insorgere patologie di altro tipo, io credo che l'abbandonino. Però è un mio sentire.

Un discorso diverso meritano ovviamente i casi nei quali gli operatori sono di fronte all'infibulazione. In questa circostanza, le implicazioni derivanti da eventuali interventi di deinfibulazione e reinfibulazione possono porre alcuni dilemmi che interagiscono direttamente con la normativa italiana del 2006. Tuttavia, dalle interviste realizzate è emerso che gli interventi di reinfibulazione, soprattutto su richiesta delle utenti, sono pressoché assenti, soprattutto negli ultimi anni, anche perché collegati a mutilazioni che nel territorio del Veneto sembrano essere in remissione, stando alle indicazioni fornite dai medici. Vi è peraltro da considerare che quando la donna lascia la sala parto non è

materialmente nelle condizioni fisiche di poter chiedere un eventuale intervento reinfibulatorio, e perciò tale esigenza non viene comunque espressa al personale medico delle sale parto.

Di fatto comunque, le implicazioni e le complicazioni mediche che gli operatori sanitari hanno affrontato con le donne infibulate non sono di certo sottostimabili. Riportiamo una delle testimonianze di un medico somalo che lavora da anni nel servizio ospedaliero di una provincia del Veneto.

Quando sono arrivato in Italia ho dovuto aiutare nella deinfibulazione di queste ragazze. Avevano problemi di mestruazioni, problemi psicologici, sofferenze; una donna che non poteva avere rapporti con suo marito. Questa donna mi diceva che aveva male quando aveva rapporti col marito e per giunta era rimasta incinta. Allora l'ho portata da un dottore che aveva avuto un'esperienza in Somalia e lui l'ha deinfibulata.

Tuttavia, in considerazione della dinamicità dei flussi migratori, la presenza di infibulate è piuttosto limitata, e nei casi di intervento che ci sono stati riferiti gli esiti sono stati positivi.

L'aspetto dell'infibulazione ci proietta nelle considerazioni che gli operatori e le operatrici intervistate hanno elaborato rispetto alla legge 7/2006. Nelle interviste ci è sembrato infatti opportuno valutare il loro atteggiamento rispetto alla legge italiana contro le MGF e sondare quelle che secondo loro potrebbero essere le possibili azioni di intervento e prevenzione. Tutti gli operatori e le operatrici hanno manifestato l'opportunità dell'intervento legislativo, ma, come peraltro gli altri soggetti intervistati nel corso di questa ricerca, hanno anche espresso la necessità di affiancare all'azione repressiva non solo adeguati progetti

di informazione e prevenzione, ma un ruolo attivo e partecipativo di mediatori e mediatrici africane e dei/lle rappresentanti di associazioni e di comunità.

La legge dunque si rivela un importante elemento di un più complesso progetto di intervento che vede le principali linee di azione nell'appropriatezza del linguaggio, nella strategia di avvicinamento alle diverse comunità e nella stimolazione di un discorso teso a scoraggiare la pratica prima di tutto all'interno dei diversi gruppi. Gli operatori e le operatrici hanno infatti evidenziato come in diversi casi il solo fatto di rendere una pratica illegale non sia sufficiente come deterrente.

Ho l'impressione che soprattutto per le nigeriane, per il basso livello culturale che hanno, per il disagio economico e sociale che vivono, la sanità è forse l'unico collegamento. A parte quelle che lavorano nelle cooperative che hanno fatto passi avanti, hanno una chiusura pazzesca nei confronti della nostra società.

Che ruolo avrebbero i servizi sanitari nel divulgare la conoscenza di questa legge?

Per me sarebbe importante perché se parli di queste problematiche a livello sanitario riesci anche a spaventarle meno che se dici loro che è illegale e che rischiano il carcere. Le spaventi, si chiudono e siccome nella loro testa non cambia niente, continuano a farlo illegalmente. Invece se ne parlassero, non dico per forza con il sanitario ma anche con il socio-sanitario, con figure magari di scienze dell'educazione che sono molto affini a noi, si riuscirebbe a partire dal fatto della salute, di dare alle loro figlie una buona salute, piuttosto che dare un'informazione sempre in negativo, punitivo: "Se lo fai vai in galera". Secondo me non conoscono assolutamente questa legge.

Cioè sanno che è vietato, ma non conoscono la norma.

Sanno quello che è proibito, anche il citotec è proibito e ne assumevano in quantità dilaganti. Non è su questo che bisogna insistere, devi col tempo far capire loro che è una procedura di buona salute.

Tuttavia l'importanza delle legge non è stata in alcun modo messa in discussione e, come sottolinea uno degli intervistati, una posizione decisa, seppur maturata nelle perplessità, si rende sempre necessaria.

Cosa pensa della legge italiana contro le mutilazioni?

Che è fondamentale in un paese civile schierarsi contro queste cose. Poi capire è più difficile.

Interviene a proposito un altro intervistato.

Ma secondo lei il fatto che da noi e in altri paesi esiste un divieto formale contro le mutilazioni, che effetti provoca?

Io credo che possa avere un buon effetto, dipende da come viene impostata l'informazione e soprattutto il percorso dell'informazione, quindi non il divieto tout-court, perché l'informazione e la conoscenza portano ad una consapevolezza diversa del prendersi cura di sé. Come dicevamo prima non è il divieto in sé che va fatto, ma è importante come si struttura il percorso: serve l'intervento dei sanitari, andrebbe approfondita la conoscenza del corpo stesso, l'informazione in termini anche sanitari, bisognerebbe responsabilizzare le persone nel prendersi cura di sé, non solo come donna ma anche come coppia, quindi entrare nella sessualità, nelle relazioni uomo-donna. Non basta l'intervento di personale sanitario italiano, bisogna anche avvalersi della collaborazione di rappresentanti delle comunità presenti sul territorio.

Anche la mediazione culturale, come sottolinea un'altra intervistata, gioca un ruolo di rilievo:

È importante anche il ruolo degli stessi africani leader di comunità.

Un coinvolgimento più che un ruolo, un loro coinvolgimento nei luoghi di potere, insomma al tavolo delle trattative, perché solo così possono portare il seme nella comunità. Devono essere parte del progetto.

Il percorso interno alle singole comunità diventa dunque centrale.

Inoltre, è importante sottolineare come gli stessi operatori e operatrici abbiano visto nella legge una modalità attraverso la quale far emergere il fenomeno, così come accadde per la legge sull'aborto.

L'informazione, la divulgazione, la rottura del silenzio emergono dunque anche all'interno dei servizi sanitari come altre strategie da mettere in campo nella lotta contro le MGF.

In uno dei tanti convegni a cui ho partecipato sulle mutilazioni genitali femminili, mi era molto piaciuta una donna eritrea che aveva un certo ruolo all'interno della sua comunità, che diceva che queste leggi, quando noi le promulghiamo nei nostri paesi, sono estremamente importanti nei loro e poi è molto importante che nei loro paesi loro promulgano leggi simili alle nostre perché si fa la legge per far sapere che la pratica non è più consentita. Quindi anche la legge ha la sua funzione nel far modificare l'atteggiamento rispetto ad alcune cose, in positivo però. Così come per me la legge sull'aborto e sulla tutela della maternità permette che il fenomeno divenga emergente, che non ci sia più l'aborto clandestino, che la gente si confronti con questo e che si confronti finalmente con la contraccezione. Qui è lo stesso per certi versi, come meccanismo intendo dire. Poi ovviamente ci sono delle cose molto diverse, ma è importante che venga detto qualcosa ed è molto importante che la comunità straniera sappia entro quali limiti si può muovere. È giusto secondo me che uno sappia che qui non può avere dieci mogli, è giusto che uno sappia che qui non

può fare le mutilazioni genitali femminili perché qui non sono considerate degne di una donna. Quindi poi si deve confrontare all'interno della sua comunità, dev'esserci una discussione per permettere che queste pratiche vengano superate.

Altrettanto importante è la necessità della formazione a operatori e operatrici. Una formazione però che superi la sterile trasmissione di informazioni in merito alla pratica. Viene avanzata la necessità di un percorso di sensibilizzazione che riveda i presupposti e gli atteggiamenti stessi degli/le operatori/trici nella relazione con le utenti. In tal senso si esprime una delle ginecologhe intervistate.

In ambito sanitario credo che bisogna stimolare l'attenzione: mai superficialità, mai giudizi affrettati e ascoltare le persone, lasciarle parlare e guardarle. Molto spesso perché abbiamo tempi rapidi, perché abbiamo molte persone davanti, perché abbiamo chi ci aspetta fuori, tiriamo via veloci e finiamo la visita avendo saltato questi passaggi, che sono parlare, ascoltare e guardare, guardare in faccia, guardare se ha lividi (anche se è nera li vedi), guarda se ha cicatrici (anche se è nera le vedi), guardare i genitali, cercare di capire se sono uguali a quelli delle altre o se c'è qualcosa di diverso. Dopo che si è parlato per un po' con una persona, si sia cominciato a farsi accettare, perché la prima volta nessuna ti risponde - si può cominciare ad aprire il discorso anche sul tipo di vita che fa qui, sul tipo di famiglia in cui si trova, se ha subito mutilazioni da bambina. Allora sono domande che un po' alla volta si possono fare, ma la persona prima deve aver capito che sei disposta ad ascoltare. Tutto il resto viene dopo secondo me. Non lo so, perché è sempre molto violento proporre agli altri di cambiare, però ci possono essere delle cose che a loro piacciono, che le attraggono, che loro ritengono migliori di quelle a cui sono state abituate e quindi, visto che loro e i loro mariti hanno deciso di andar via dal posto in

cui stavano, potrebbero pian piano cercare di ottenerle, proprio perché sono andati in un paese diverso che gli ha proposto anche delle opportunità diverse. Non c'è solo il lavoro. Allora se il marito le ha portate qui per avere alcune opportunità, accorgersi che ne esistono altre e cominciare a chiedere.

Allo stesso modo, i servizi potrebbero diventare, secondo gli/le operatori/trici intervistati/e, un luogo privilegiato nel quale affrontare un discorso sulle MGF basato sull'aspetto medico e sanitario, che esuli da giudizi di valore su ciò che è giusto o sbagliato, un discorso che non scaturisca dalla constatazione di una sanzione ma da una conseguenza per la salute.

Intanto penso che bisognerebbe attivare una formazione per far capire a una cultura come quella italiana che esistono anche altre culture. Dire che questa è una cosa brutta e cattiva, dire che noi siamo il bene e loro sono il male non equivale a partire col piede giusto. Io posso non circondare il mio bambino maschio, ma per un'altra cultura può essere anche una buona procedura. Non vedo perché devo dire che è sbagliato visto che non c'è nessun effetto collaterale dal punto di vista medico. Quindi il personale andrebbe formato nel senso che non dobbiamo pensare che solo noi siamo depositari di cose giuste. Poi andrebbe attivato tutto quello che nel territorio c'è che è più vicino a questi stranieri, quindi le associazioni, le Consulte, le parrocchie, e andrebbero trovati dei mezzi informativi, quindi video perché bisogna ricordare che c'è gente istruita e non istruita, quindi non bisogna fare una informazione che preveda per forza un buon livello di istruzione.

In conclusione, nelle interviste con i sanitari è emerso che la maggioranza della popolazione femminile africana che si rivolge ai consultori proviene da Nigeria, Ghana, Senegal e solo in minima parte dai paesi del Corno d'Africa,

rispecchiando dunque la composizione femminile della popolazione africana immigrata nel Veneto. In base a quanto rilevato dalle interviste, appare evidente come la diversa provenienza geografica tenda a caratterizzare non solo il diverso rapporto con i servizi, ma anche la tipologia di intervento richiesto. Abbiamo inoltre rilevato che la maggioranza delle utenti provenienti dall'Africa dell'Est, e in particolare dalla Nigeria, si rivolge ai servizi prevalentemente per problematiche legate a gravidanza e parto. È quindi un'utenza per la quale si lavora generalmente nei casi di emergenza o di patologie avanzate, ovvero in prospettiva del parto. Le caratteristiche anagrafiche e socio-culturali delle utenti appaiono determinanti nella definizione della relazione. Ovviamente l'accesso a un reddito e la conseguente assenza o rottura di dipendenza economica sembra favorire una maggiore disponibilità e libertà di relazione delle donne anche nei confronti degli stessi servizi, che in simili circostanze riescono a erogare un servizio migliore.

Rispetto alle MGF, la diversità geografica delle utenti africane delinea evidentemente la tipologia di mutilazione osservata dal personale sanitario. Emerge come le mutilazioni più comuni siano riconducibili a quelle praticate sulle donne del Corno d'Africa, peraltro sempre meno presenti, e le mutilazioni definite "minori" siano proprie delle donne provenienti dall'Africa dell'Est. Piuttosto significativa è la non ovvietà della rilevazione della pratica anche quando la donna vi è stata sottoposta. Se dunque la verifica della pratica appare in alcuni casi difficile, altrettanto complicata è l'indagine sulla reiterazione alle bambine. Tendenzialmente, c'è quindi l'impressione che la pratica nei servizi si collochi in una dimensione di presunta assenza e che pertanto sia anche limitatamente oggetto

di attenzione e problematizzazione. In ogni caso non emerge una casistica che induca a pensare ad interventi di recente effettuazione su donne adulte o adolescenti. Tutti i casi testimoniati si riferiscono ad episodi avvenuti nei primi mesi o nei primi anni di vita della donna nei paesi di origine. È opinione diffusa tra il personale sanitario che, pur nella persistenza, il fenomeno delle MGF sia in qualche modo in via di ridimensionamento o che comunque non coinvolga le donne presenti nel nostro territorio in termini drammatici, soprattutto con riferimento alla volontà/necessità di intervenire sulle bambine sia portandole all'estero, sia effettuando qui l'intervento clandestinamente.

L'impressione generale è però che il personale sanitario non abbia una conoscenza adeguata della normativa in materia di MGF, come peraltro delle implicazioni esistenti sul piano legale rispetto all'obbligo di referto o di denuncia che può presentarsi in talune circostanze di fronte ad episodi di mutilazione o di fronte al rischio di mutilazione. La divulgazione di informazioni e la rottura del silenzio, unitamente al coinvolgimento delle comunità soprattutto attraverso i mediatori culturali, sembrano le strategie da mettere in campo per l'abbandono della pratica. Altrettanto importante è la formazione degli/lle operatori/trici sanitari/e: una formazione che superi la sterile trasmissione di informazioni e stimoli piuttosto la necessità di un percorso di sensibilizzazione che riveda i presupposti e gli atteggiamenti stessi degli/lle operatori/trici nella relazione con le utenti. Allo stesso modo, i servizi sanitari potrebbero diventare, su proposta degli/lle operatori/trici intervistati/e, un luogo privilegiato nel quale affrontare un discorso sulle MGF basato sull'aspetto medico e sanitario, che esuli da giudizi di valore su ciò che è giusto o sbagliato, lecito o illecito.



**/ L'APPROCCIO
NORMATIVO
ALLE MUTILAZIONI
DEI GENITALI FEMMINILI:
L'ESPERIENZA DELLE
FORZE DELL'ORDINE /**

DI PAOLA DEGANI

Le interviste effettuate con alcuni rappresentanti delle forze dell'ordine e con un rappresentante della magistratura sono state orientate a verificare la conoscenza sul piano professionale del fenomeno delle mutilazioni dei genitali femminili e l'impatto della nuova normativa nazionale, cioè dell'introduzione, con la Legge 7/2006, *Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazioni degli organi genitali femminili*, dell'art. 583-bis del Codice penale, che prevede al comma 1 il delitto di mutilazioni genitali e al comma 2 quello di lesioni genitali.

Nel dialogo con gli interlocutori si è tentato di mettere a fuoco alcuni aspetti del fenomeno delle mutilazioni, considerando soprattutto la scarsità della casistica esistente sotto il profilo investigativo e giudiziario, non solo successiva all'adozione della nuova legge, ma anche precedente, quando le condotte di mutilazioni genitali femminili rientravano nell'ambito del reato di lesioni personali, e perciò la loro repressione passava attraverso l'utilizzo degli artt. 582 e 583 del Codice penale.

Le interviste sono state effettuate in un periodo piuttosto particolare per i temi

oggetto del colloquio. Infatti, nell'arco di poche settimane, due fatti di cronaca avvenuti rispettivamente a Treviso e a Bari, dove si era verificato il decesso di due bambini di origine nigeriana in seguito ad interventi di circoncisione rituale maschile effettuati al di fuori di strutture ospedaliere e senza alcuna precauzione di tipo igienico-sanitario, avevano riportato all'attenzione l'esigenza di tutelare le fasce più deboli, soprattutto i più piccoli, da pratiche consuetudinarie e rituali condotte al di fuori di quei contesti di sicurezza che le rendono possibili anche nel nostro paese, quando non siano esplicitamente vietate.

La questione del ricorso a usanze e consuetudini dalle quali può scaturire un danno alla persona sul piano fisico, psicologico e sessuale è ovviamente connessa al fatto che negli ultimi anni sempre più famiglie di origine africana si sono stabilite in Italia. Via via che il loro numero cresceva e si registrava un aumento nell'utilizzo dei servizi pubblici, soprattutto di pediatria, ostetricia e ginecologia, oltre alla medicina di base e a quella di emergenza, nel nostro paese si è cominciato a parlare della presenza di donne e di bambine portatrici di interventi di escissione e infibulazione. Tale problema peraltro trovava un riscontro limitato sul piano della repressione di queste condotte quando realizzate in danno di minori o di donne residenti nel nostro territorio; tale esiguità era dovuta anche alla scarsa sensibilizzazione degli operatori sanitari e di tutti coloro i quali avrebbero il dovere di segnalare ai servizi sociali, alle forze di polizia e alla magistratura eventuali situazioni a rischio o i nominativi dei soggetti che possono essere stati sottoposti a MGF in tempi "sospetti".

In parallelo, si cominciava a registrare una casistica consistente circa la presenza di minori di sesso maschile appartenenti a comunità etniche e religiose dedite

alla circoncisione rituale, pratica che appartiene a molti popoli, sia dell'antico Oriente mediterraneo, sia dell'Africa nera, sia ancora dell'Australia prima della colonizzazione, ed è comunque antichissima. Con riferimento alla circoncisione rituale maschile, la questione che si è posta, anche in sede di Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) già nel 1998²⁶, è se tale pratica crei problemi bioetici e possa essere eseguita o meno come prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale italiano, anche in considerazione del fatto che, in una prospettiva più generale, una pratica che provoca modificazioni anatomiche irreversibili viene realizzata su soggetti di minore età, e perciò non in grado di prestare un valido consenso.

È proprio il Comitato nazionale di bioetica a riconoscere che la compatibilità con il nostro ordinamento giuridico di tale pratica appare oggi un dato assodato, soprattutto in considerazione del fatto che nelle culture che praticano la circoncisione, e segnatamente in base al diritto ebraico, questo adempimento costituisce un preciso obbligo personale posto a carico dei genitori del neonato o di chi ne fa le veci, e viene vissuto come atto devozionale e di culto. Assumendo per i fedeli tale caratterizzazione religiosa, la prassi della circoncisione può essere oggettivamente ricondotta alle forme di esercizio del culto, garantite dall'art. 19 Cost., che prevede piena libertà di espressione e di scelta in campo religioso, limitandosi a vietare soltanto eventuali pratiche rituali contrarie al "buon costume". Sotto questo specifico profilo, precisa il CNB, l'atto circoncisorio non pare contrastare con il parametro del "buon costume", ove quest'ultimo sia inteso secondo l'accezione ristretta

comunemente accolta in questa materia, ossia come complesso di principi inerenti alla sola sfera dell'onore, del pudore e del decoro in campo sessuale. Inoltre, sempre secondo il parere del CNB, tale prassi, di per sé stessa, non sembra essere lesiva di altri beni-valori pure costituzionalmente protetti e potenzialmente coinvolti, quali, ad esempio, quello della tutela dei minori o quello della loro salute; in effetti la pratica di sottoporre i figli maschi a circoncisione sembra rientrare in quei margini di "disponibilità" riconosciuti ai genitori dall'art. 30 Cost. in ambito educativo e, pur lasciando tracce indelebili e irreversibili, non produce, ove correttamente effettuata, menomazioni o alterazioni nella funzionalità sessuale e riproduttiva maschile.

Sulla base di questi presupposti si considera che l'operazione circoncisoria maschile non rientri fra gli atti di disposizione del corpo umano dannosi per la persona e, dunque, giuridicamente illeciti. Peraltro anche nel caso in cui subentrino problemi nella fase immediatamente successiva all'intervento, questi sono in linea generale di entità così lieve da provocare di norma una malattia inferiore ai 10 giorni.

Una volta accertata la non illiceità di questa pratica, rimane, soprattutto alla luce dei recenti episodi di cronaca, il problema delle modalità della sua effettuazione. Tale questione viene risolta nel senso di estendere la normativa che regola la pratica circoncisoria ebraica per analogia a tutte le altre confessioni religiose che praticano la circoncisione. Quanto alla conformità della pratica circoncisoria ebraica ai principi del nostro ordinamento giuridico, rilevano alcuni enunciati contenuti nella legge 8 marzo 1989, n. 101, che ha approvato l'intesa stipulata fra lo Stato italiano e l'Unione delle Comunità ebraiche italiane il 27 febbraio 1987.

²⁶ Comitato nazionale per la bioetica, I Pareri del Comitato, La circoncisione: Profili bioetici 25 settembre 1998, on line al sito web: <http://www.governo.it/bioetica/testi/250998.html>.

I decessi dei due bambini a seguito di intervento di circoncisione rituale hanno ovviamente sollecitato l'attenzione delle forze dell'ordine attorno al problema delle pratiche mutilatorie, soprattutto con riferimento alle donne e alle bambine, in virtù dello specifico divieto di legge introdotto dal nostro legislatore nel 2006.

Di fatto, nelle settimane in cui le drammatiche vicende legate ai due bambini deceduti a seguito della circoncisione sono state oggetto di cronaca, giornali e televisioni hanno riproposto con forza servizi sulle mutilazioni genitali femminili, anche sull'onda del riconoscimento avvenuto sul piano internazionale delle MGF quali forma di violenza contro la donna e i minori; si sono inoltre soffermati sulla Legge n. 7/2006, ponendo particolare attenzione alle due fattispecie penali introdotte con il nuovo art. 583-bis c.p., alle misure di carattere preventivo di vario genere e alla previsione nella norma dell'istituzione di un Numero Verde presso il Ministero dell'Interno. Più volte si è sottolineata la durezza della disciplina sanzionatoria sia penale che amministrativa.

Le interviste effettuate perciò hanno sicuramente risentito di questo momento "caldo". Tutti gli operatori di polizia e della magistratura coinvolti hanno manifestato grande sensibilità e curiosità, nonché conoscenza dei principali profili che connotano la questione delle mutilazioni genitali femminili, ma anche un grande interesse verso le pratiche circoncisorie maschili e il ricorso ad interventi posti in essere in ambienti e con strumenti non idonei, e perciò non ammessi dalla legge, con riferimento soprattutto alla comunità nigeriana.

Durante le interviste agli operatori è stato espressamente chiesto che conoscenza avessero delle MGF sul piano

professionale, se fosse loro mai capitato di dover indagare su fatti di questo tipo e eventualmente come si fossero svolte le situazioni oggetto di investigazione e di indagine giudiziaria.

Un'altra parte delle domande è stata dedicata alla nuova legge, e specificamente a comprendere se il corredo normativo messo a punto dal legislatore sia da ritenersi adeguato a contrastare e prevenire questo fenomeno. In altre parole, che idea avessero loro della scelta di introdurre una norma incriminatrice ad hoc per i delitti di mutilazioni genitali e di lesioni genitali (art. 583-bis c.p., commi 1 e 2) e se invece il ricorso agli artt 582 e 583 c.p. in tema di lesioni personali gravi e gravissime, previsto prima della promulgazione della Legge n. 7/2006, presentasse ambiti di criticità rispetto all'esigenza di fornire una risposta efficace sul piano repressivo al fenomeno delle MGF.

Tali domande sono state poste considerando l'esperienza maturata da altri paesi europei ed extraeuropei che da anni hanno adottato una normativa ispirata agli stessi criteri di quella attualmente vigente in Italia, la cui applicazione concreta però ha mostrato parecchi problemi. Infatti nelle comunità coinvolte dal fenomeno delle mutilazioni l'idea che l'adesione ai sistemi sociali di riferimento passi anche attraverso la reiterazione di queste pratiche è molto forte; perciò la percezione di commettere un delitto è decisamente debole, o comunque avvertita in modo non vincolante se rapportata al "dovere sociale" di marcare i corpi delle donne (ma anche dei bambini) con i segni tradizionali delle comunità di appartenenza.

Il colloquio ha cercato anche di esplorare la scarsa attenzione che in Italia ha ricevuto questo problema dal punto di vista degli organi di polizia e della magistratura.

In questo senso la visibilità assunta dalla comunità nigeriana rispetto al problema della circoncisione maschile, ma anche il coinvolgimento di questa nazionalità nelle pratiche mutilatorie femminili, come documentato nell'inchiesta di Verona e come confermano anche i risultati della presente indagine, soprattutto con riferimento alle testimonianze dei sanitari, richiama due considerazioni: da un lato la presenza sempre più significativa in forma stanziale di queste popolazioni nel nostro territorio, dall'altro la visibilità che i nigeriani hanno rispetto alla commissione di reati collegati allo sfruttamento della prostituzione e allo spaccio di sostanze stupefacenti e la conseguente possibilità che anche gli interventi di mutilazione vengano intercettati con maggior probabilità all'interno di questo gruppo piuttosto che in altri, in occasione di indagini su delitti di natura diversa. Un altro quesito ha riguardato il ruolo che le soggettività potenzialmente a contatto con le comunità coinvolte potrebbero assolvere rispetto ad iniziative di prevenzione e di repressione del fenomeno. Uno specifico quesito ha riguardato le risorse/informazioni/supporti necessari per contrastare questo tipo di condotte.

Alcune domande sono state formulate leggendo le MGF come forma di violenza contro la donna e i minori, e perciò toccando direttamente il tema dei diritti umani, soprattutto con riferimento alla necessità di intervenire con strumenti di tipo preventivo.

Un'attenzione particolare riveste l'indagine della Squadra Mobile e della Procura della Repubblica di Verona, trattandosi ad oggi dell'unico caso giunto alle cronache di ricorso alla Legge 7/2006. Ricostruiamo qui di seguito i fatti utilizzando la testimonianza degli investigatori relativa ad un'operazione di polizia realizzata pochi attimi prima

che iniziasse l'intervento mutilatorio e perciò in evidente flagranza di reato. Tale ricostruzione dà conto in modo esauriente della conoscenza puntuale che oggi le forze di polizia hanno circa le modalità con le quali si sviluppa il fenomeno delle MGF e della sensibilità con cui guardano a questo problema.

La domanda che apre al racconto era tesa a comprendere la conoscenza del fenomeno sul piano professionale e l'eventuale casistica relativa a episodi di MGF.

Sul piano professionale quando era appena entrata in vigore la legge del 9 gennaio 2006, la n. 7, stavamo svolgendo un'attività di indagine su un fenomeno prostitutivo nigeriano che era caratterizzato da una vera e propria tratta di giovani ragazze nigeriane, movimentate dalla Nigeria su una rotta aerea fino al Nord Europa, che poi venivano immesse sul mercato prostitutivo del Nord Italia, quindi Veneto, Lombardia, un po' tutto l'asse longitudinale dal Piemonte al Veneto. E investigando su questo filone, intorno al febbraio del 2006, anche grazie ad ausili di tipo tecnico, ci siamo imbattuti in una donna nigeriana residente qui a Verona con carta di soggiorno, quindi anche integrata dal punto di vista lavorativo, che praticava interventi su neonati appartenenti al suo stesso gruppo etnico nigeriano. Quindi abbiamo deciso di approfondire se realmente questa donna praticasse interventi di mutilazione dei genitali femminili attenendosi con presidi tecnologici questa donna, e abbiamo riscontrato che già aveva praticato delle circoncisioni maschili su richiesta degli stessi genitori. Questi erano sempre nigeriani, anche loro residenti sul territorio provinciale e regolarmente inseriti anche da un punto di vista lavorativo e sociale. Si tratta di famiglie che richiedevano questo tipo di intervento, di circoncisione maschile appunto, su neonati di pochi mesi. Fino a quando poi, invece, non ci siamo

imbattuti, proprio, con meraviglia e sorpresa, anche alla luce della legge che era stata appena promulgata, in una coppia di genitori che invece richiedevano l'intervento, questa volta per una femminuccia. Subito abbiamo capito che si trattava di una MGF e in questo caso, vista l'appartenenza dei soggetti coinvolti al Sud della Nigeria, della cosiddetta clitoridectomia. Ci siamo resi conto che questa donna si apprestava a porre in essere questo tipo di intervento di MGF e quindi abbiamo informato anche la Procura. Credo sia stato il primo caso e probabilmente ancora l'unico. Il procedimento penale, ancora in fieri, riguarda, come capo d'imputazione, il reato previsto dall'art. 583 bis comma 1 del c.p., così come introdotto dalla legge in argomento.

Quindi, subito dopo che i genitori hanno contattato la donna, abbiamo sviluppato degli accertamenti e verificato che la coppia, della provincia di Verona, già con un altro figlio, aveva avuto due settimane prima una bambina. Dalle conversazioni abbiamo sentito che era inequivocabile il tipo di intervento che la donna doveva effettuare. Addirittura essa dava dei consigli. Infatti, quando hanno cominciato a parlare di sofferenza, la donna ha detto: "Facciamo l'intervento lo stesso giorno in cui prima andrete a fare i fori al lobo degli orecchi, così la faremo soffrire una sola volta". Quindi si percepiva anche un certo pathos, peraltro anche da parte nostra, come investigatori. L'aspetto umano in primis colpisce ciascuno di noi. Dal discorso abbiamo percepito che la donna richiedeva anche di essere assistita: "La bambina deve essere tenuta assolutamente immobilizzata!". E mentre il padre rassicurava sul suo intervento di tener ferma la bambina, abbiamo sentito in sottofondo la madre che piangeva e si rifiutava. Forse questo è un aspetto che fa ben sperare affinché questo fenomeno emerga dalle persone stesse che praticano questo tipo di mutilazione. Da parte nostra,

quindi, anche la consapevolezza di non poter sbagliare i tempi di intervento.

Un intervento troppo precoce magari rischiava di trovarci nei cosiddetti atti prodromici e di non configurare il tentativo, con la impossibilità di poter instaurare il conseguente procedimento penale. In noi c'era anche la consapevolezza di non poter ritardare, perché ritardare di un minuto poteva significare che la neonata restasse mutilata per tutta la sua esistenza. Il tutto si è svolto sotto la regia del Procuratore capo e del sostituto procuratore, che hanno seguito e coordinato questo primo caso. In quest'attività d'indagine ci siamo adoperati come per gli altri casi di reati gravi, sotto tutti i punti di vista, ovvero dal punto di vista proprio delle energie, dell'ascolto continuativo, ecc. Fin quando non è stato fissato l'appuntamento il 31 marzo del 2006 alle ore 18. I fatti si sono svolti così: la donna con una borsa in pelle è uscita dalla sua abitazione, si è recata con la sua vettura qui in provincia, ha suonato, ed è stata ricevuta alla porta dall'uomo. Dopo neanche 30 secondi siamo entrati a nostra volta e praticamente siamo intervenuti nella flagranza. La bambina dormiva in camera da letto. La donna aveva già tirato fuori dalla propria borsa il materiale per operare: delle forbici, della lidocaina (un anestetizzante), antibiotici e delle bottigliette anonime, forse prodotti tipici dell'area nigeriana che vengono utilizzati durante questo tipo di pratiche. Tutto era ormai pronto, rientrando quindi nella fattispecie della flagranza prevista dall'art. 583 bis 1° comma. Subito, poi, abbiamo riscontrato anche che quel materiale non era asettico, sterile. Le forbici presentavano delle macchie di ruggine, con tracce ematiche, probabilmente di altri interventi. Questo per evidenziare i rischi che derivano oltre che dalla mutilazione, anche dall'operare in queste condizioni dal punto di vista sanitario. In questo caso siamo riusciti, quindi, a bloccare e a operare questo primo arresto in flagranza, che è stato poi convalidato dal GIP con il capo d'imputazione 583 bis

comma 1. Il procedimento è ancora in fieri, non essendo ancora stato definito dal punto di vista del giudicato penale.

Questo dunque il racconto dei fatti relativi all'indagine di Verona.

Per quanto concerne l'efficacia della nuova legge rispetto alla possibilità di emersione di questi fenomeni vi è da segnalare, a detta degli operatori delle forze dell'ordine, che sicuramente la configurazione autonoma di questo tipo di reato già prevista in altri Stati europei, e specificamente il richiamo ai documenti della Conferenza internazionale di Pechino del 1995 sulle donne e sul rispetto ai diritti inviolabili delle persone e delle donne, va nella giusta direzione. La previsione di una figura autonoma di reato sembra cioè potenzialmente aiutare il contrasto di questi fenomeni, anche perché c'è una previsione sanzionatoria per chi pratica materialmente l'intervento – personale medico o strutture sanitarie – con minimi edittali alti, che sicuramente possono risultare deterrenti rispetto a eventuali pratiche clandestine.

Inoltre la norma così come è prevista forse serve a stimolare la riflessione, anche all'interno delle comunità, sulla valenza e sulla retributività delle pratiche nel nostro contesto sociale. Interessante in proposito il passaggio sopra riportato in un'intervista in cui la Squadra Mobile di Verona intercetta la mamma che piangendo dice: "Io mi rifiuto di tenere ferma mia figlia". Questo tipo di atteggiamento può essere significativo di una frattura all'interno delle singole famiglie e forse delle comunità circa l'opportunità o meno di reiterare queste pratiche. Può essere un segnale che fa ben sperare.

La nuova normativa, secondo gli operatori di polizia, si pone poi in rapporto corretto anche rispetto al problema della prevenzione.

In questo senso c'è ancora molto da lavorare. La legge del 9 gennaio 2006 nei vari articoli prevede anche tutta una serie di informazioni attraverso i mediatori culturali, i presidi sanitari, tutti gli uffici presso i quali uno straniero appena entrato nel nostro territorio nazionale si rivolge per motivi di assistenza amministrativa, logistica, quindi tutta una serie di campagne informative; quanto più è capillare il reticolo dell'informazione, tanto più si può andare a sollecitare, a far da pungolo a quello spirito critico, affinché una coppia di genitori rifletta se è il caso o meno di sottoporre alla pratica della mutilazione la propria figlia o se forse è meglio per il bene della propria figlia rinunciarvi. Perché poi con queste pratiche di fatto la donna finisce con il rinunciare alla propria individualità in nome della immedesimazione e accettazione nel gruppo di appartenenza. Alcune persone dicono: "Noi non commettiamo alcun crimine, è soltanto la nostra cultura". Anche le stesse donne, più mature e anziane, esse dicono, per esempio: "Una bambina non escissa è una bambina della quale la famiglia non si è presa cura", e quindi è etichettata come una donna, una ragazzina, non buona, inaffidabile. Ci sono proprio aspetti del modo di vivere, di sentirsi di questi gruppi di queste aree su cui è necessario lavorare. Diventa allora importante il confronto affinché un genitore o una coppia di genitori decida di non rivolgersi più alla donna di turno per fare questo tipo di pratica.

Nelle interviste effettuate con le forze di polizia è emersa l'importanza del ruolo dei/lle mediatori/trici culturali, già ampiamente sperimentato in alcuni uffici sia amministrativi che di polizia giudiziaria nella relazione con le vittime di tratta, con i richiedenti asilo e altre forme di protezione umanitaria. Ma più in generale nelle interviste viene segnalata come una priorità l'esigenza di lavorare sulla sensibilizzazione. Facendo riferimento ancora all'esperienza veronese:

A parte i mediatori culturali, occorre coinvolgere anche il personale sanitario, i servizi socio-sociali, il mondo della scuola, perché sono tutti soggetti che in qualche modo possono intercettare o venire a contatto con queste persone. Si tratta di una vera e propria filiera o rete, tanto più efficace quanto più le maglie della rete sono strette, già partendo dalle scuole elementari, quindi nei presidi scolastici, nei consultori familiari, negli ambienti di lavoro, nelle fabbriche. Oltre ai mediatori culturali, che sono poi la figura principe. A volte ci si trova di fronte alla cosiddetta ignoranza legis, tanto che le persone contattate ci dicevano: "Ma noi non sapevamo che in Italia fosse reato!". Probabilmente lo sapevano. Però in alcuni casi possono esserci situazioni di reale non conoscenza della rilevanza penale di una condotta di mutilazione. In ogni caso le attività di sensibilizzazione e la formazione di materiali di sensibilizzazione da depositarsi presso gli uffici immigrazione delle questure e quindi presso le comunità migranti, potrebbe essere utile in qualche modo a comunicare un messaggio del tipo: "Guardate, da noi questa pratica è vietata, non aiuta, anzi rischiate pure!". Egualmente presso i comuni. La prima tappa di un immigrato è la questura per le procedure amministrative, l'ufficio nel capoluogo di provincia. Però poi, nella provincia, ogni singolo comune ha la sua percentuale di cittadini, residenti, migranti. Quindi quanto più è capillare sul territorio questo tipo di campagna e di informazione, tanto più contribuiremo a far sì che emergano e non rimanga questo l'unico caso, per far sì che ci sia una maggiore emersione del fenomeno visto che al momento non sembra esserci.

Quanto all'efficacia della norma penale licenziata dal legislatore nazionale nel 2006 per contrastare il fenomeno delle MGF, è interessante mettere in luce l'emergere tra gli operatori giudiziari di un parere più critico rispetto all'atteggiamento di generale favore

espresso dagli operatori di polizia. In particolare è in discussione la possibilità che l'esistenza di una fattispecie ad hoc di reato possa servire in qualche modo a far emergere più accuratamente la realtà.

Io sono scettico a questo proposito. Ritengo utile il fatto che "inventandosi" una norma che forse c'era già o si poteva ritenere già esistente, si è in qualche modo contribuito alla crescita di sensibilità rispetto a questo tipo di problema. Quindi sotto questo profilo è positiva l'introduzione della nuova norma. Però per mia cultura, abitudine ed esperienza personali, ho constatato che l'inasprimento delle pene e la configurazione di nuove ipotesi di reato, non sono mai riuscite a frenare fenomeni criminosi: "Se una persona vuole delinquere non si spaventa di questo". Quindi c'è un qualcosa di molto più profondo, grave e importante che è costituito dal fatto che chi fa ricorso a queste pratiche e anche chi le subisce, molto spesso lo fa perché per tradizione, per religione, per convinzione personale, ritiene che sia opportuno e giusto farle. Allora il dramma è che qui, noi, abbiamo sanzionato un comportamento che per la nostra cultura è assolutamente incivile, grave e compromettente la libertà, l'autodeterminazione della donna, un comportamento però che per altre etnie, per altre realtà, culture, religioni, invece, è un fatto giusto, forse sacrale e meritevole. Questo rende il fenomeno sicuramente molto più grave. Peraltro questo dato trova riscontro negli altri paesi, perché anche laddove la norma è in vigore da anni, in realtà poi alla condanna non solo non segue la pena, ma non c'è la prova del fatto che la previsione normativa di questi reati sia riuscita a funzionare in qualche modo da deterrente, a far ridurre il numero di reati. Non c'è questa prova, e d'altro canto le ragioni sono quelle che abbiamo detto prima.

Interessante è però rilevare la funzione simbolica che la nuova legge può giocare, piuttosto che intervenire in modo più

efficace sulla repressione del fenomeno. È difficile pensare che l'esistenza di una norma ad hoc, relativamente a questo tipo di condotte, renda più facile eventuali attività di contrasto, nel senso che non è possibile creare un collegamento diretto tra il fatto che le MGF non emergano e la non previsione di una fattispecie specifica per questo tipo di comportamento.

Diciamo che al di là della norma espressa ad hoc sulle mutilazioni genitali, per noi si trattava di ricorrere alle norme utilizzabili di fronte a lesioni gravi o gravissime, quindi bene o male per noi operatori di autorità giudiziaria, la norma è intervenuta semplicemente a specificare una condotta. Forse sul piano simbolico l'Italia ripudia questo tipo di attività e quindi va ad esprimere questo disvalore con una norma ad hoc che riguarda appunto le mutilazioni. Ma voglio dire che il nostro codice già prevedeva il reato di lesioni gravi e gravissime. Bisognerebbe lavorare forse più sulla comunità nigeriana o piuttosto africana, in quanto è lì che avviene questo tipo di attività invasiva e lesiva, allora forse lavorare più su di loro, che non a livello investigativo.

Diversamente un altro operatore riconosce che:

La legge sicuramente è stata importante perché ha portato alla luce questo fenomeno che la massa delle persone non conosceva, però forse bisogna intensificare l'attività di divulgazione, forse soprattutto di sensibilizzazione nel comparto sanitario.

La difficoltà ad applicare la norma e ad intervenire sul fenomeno potrebbe essere comprovata dall'esiguità della casistica giudiziaria.

Io penso che dipenda proprio dal fatto che queste manovre, appartenendo appunto alla sfera intima, sia di chi le riceve, sia della famiglia nella quale queste persone vivono e sia anche da parte di chi le pratica,

probabilmente sono fatti e comportamenti che queste persone preferiscono tenere riservati e quindi non vengono alla luce. Io capisco, non giustifico, ma comprendo quelli che per lunga tradizione, per cultura, pensano che sia giusto fare questo e lo fanno. Per cui se lo fanno nelle loro realtà, dove spesso vanno a praticarle tutto sommato il fatto non è criminalmente riprovevole, almeno per il nostro ordinamento giuridico. Quello che mi lascia molto perplesso, che mi turba, è il discorso che da parte dei responsabili di queste collettività, ovvero delle persone raziocinanti di queste collettività, delle donne che sono tantissime e che non condividono queste prassi, non ci siano iniziative per segnalare, per denunciare. Perché loro sanno benissimo chi è che pratica queste manovre, che le pratica a pagamento, con scarsissime tutele di carattere sanitario, che lo fa in maniera molto rischiosa. Tutto questo non viene a galla, non si conosce, non si sa. Questo secondo me è grave, perché significa che molta di questa gente non solo tollera, non solo vive queste situazioni quasi giustificandole, ma non fa assolutamente nulla per invertire l'ordine delle cose, non fa nulla per ridurre questo fenomeno. Questo non è un rimprovero, è una constatazione.

Le interviste fanno emergere un'aspettativa di collaborazione diversa, forse disattesa, soprattutto con il mondo sanitario. Lo esprimono bene le parole di un intervistato:

Il personale sanitario, purtroppo, a sua volta, è affetto da un altro problema, che è costituito dal fatto che da anni ormai c'è una sorta di "medicina difensiva". Nel senso che i medici sono molto spesso preoccupati delle rogne, dei problemi, nei quali sono costretti poi ad essere coinvolti se segnalano. Allora io ricordo spesso che il medico è un pubblico ufficiale e in quanto tale ha l'obbligo del referto. Non è un desiderio, un optional, è un obbligo. Hanno il dovere di segnalare queste cose, di fare il

referto. Il medico che non segnala, per me, è colpevole, è complice, è connivente. Allora bisognerebbe fare non solo opera di persuasione nei confronti dei responsabili di queste varie comunità, che vivono sul territorio italiano, ma anche fare opera di convincimento per la classe sanitaria, sempre col presupposto che si sia d'accordo sul fatto che questi fatti sono gravemente lesivi della libertà di una persona, quindi non tollerabili nel nostro Stato.

Anche sul collegamento possibile tra comunità coinvolte in questo tipo di pratiche e livelli di delittuosità di altro tipo da parte di queste ultime, le opinioni divergono tra i soggetti interessati dalle interviste. È evidente nelle parole di questo intervistato:

Non c'è un collegamento, credo. Il problema è trasversale e riguarda tutte quante le etnie. Perlomeno noi siamo abituati a seguire questi filoni, si combatte la droga e si combattono anche tutti quelli che gestiscono la droga, si combatte il fenomeno quindi, indipendentemente dal fatto che siano dell'una o dell'altra etnia. Il dramma è che, ripeto, queste condotte, che attengono poi alla sfera personale, non possono emergere se non ad opera di chi o le subisce o le fa. Naturalmente chi le fa non lo dice, chi le subisce non lo dice lo stesso, ed è difficile che emergano.

Ecco perché se c'è qualcuno - io continuo a battere il chiodo su questo punto - che è responsabile di una collettività, di una comunità, che risiede in Italia e che vuole vivere in Italia, nel rispetto delle leggi presenti in Italia, se queste persone si convincono obiettivamente del fatto che, indipendentemente dalle tradizioni, dalla cultura, il fatto è di per sé illecito, un reato, allora devono convincersi che devono cominciare a far qualcosa anche loro. Altrimenti poi non possono sperare in un'integrazione vera, perché un'integrazione vera, in Italia, non può avvenire se non rispettando le regole presenti.

In questo tipo di dichiarazioni è presente anche un maggiore scetticismo rispetto alla capacità delle azioni di sensibilizzazione di incidere sul fenomeno. Non tutti i soggetti contattati vedono come potenzialmente efficace rispetto alla conoscenza di questa pratica e al nostro modo di trattarla anche sul piano penale la distribuzione di materiali di sensibilizzazione, ad esempio agli sportelli immigrazione delle questure o nei centri di prima accoglienza, o ancora nei municipi e in qualche misura in tutti i luoghi che vengono toccati dai migranti.

Diversamente invece viene guardata l'azione diretta sui mediatori culturali e sui rappresentanti di comunità, che hanno un ruolo di trasmissione del sapere, ma anche di veicolazione delle condotte.

Entra nel discorso anche la proposta del "rito alternativo", vista come una soluzione di possibile mediazione, di compromesso,

dove il gesto simbolico, che sia simbolico, venga salvaguardato per salvaguardare le tradizioni delle culture, per mettere a posto le loro coscienze. Mentre il tutto non si configura poi in una limitazione della libertà sessuale.

Un altro profilo interessante emerso nel corso delle interviste riguarda la difficoltà di accertare eventuali interventi di MGF quando la lesione non è così evidente da poter essere qualificabile come certa. È un problema dichiarato anche dai sanitari, molti dei quali hanno messo in luce la difficoltà di riscontrare la presenza di MGF quando gli interventi si limitano all'asportazione parziale del clitoride.

Un caso due anni fa ha riguardato una minore senegalese su cui si aveva la presunzione che fosse stata mutilata ai genitali e quindi è stato aperto un procedimento penale, che però è stato archiviato, in quanto la visita medico-legale

non ha riscontrato alcun tipo di lesioni. O meglio, la visita medico-legale non ha dato certezza che quel tipo di conformazione patologica dell'organo genitale della bambina potesse essere riconducibile ad una mutilazione. Non so se si possa parlare di una grossa lacuna da parte del consulente tecnico nel fare una valutazione peritale adeguata su questo tipo di mutilazioni. Questa bambina era inserita nel nucleo familiare, quindi si portava dietro dei timori dovuti al fatto che le sue eventuali dichiarazioni potessero avere una ripercussione su se stessa una volta ritornata nel suo nucleo familiare di origine. Per cui vi è stata questa difficoltà che riscontriamo prevalentemente nei bambini. Non abbiamo avuto casi specifici tranne questo. Non abbiamo neanche riscontri oggettivi nei confronti di persone maggiorenni, pur essendo l'Ufficio collegato alla rete anti violenza del Comune che è una grossa realtà a livello regionale. Pur avendo noi, da parte del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, il monitoraggio della fenomenologia, sono avvenute segnalazioni da parte di donne adulte di eventuali mutilazioni genitali, ma perpetrate nel paese di origine. Quindi parliamo di donne senegalesi che sono uscite dal giro della prostituzione e nel contesto giudiziario oltre a denunciare gli sfruttatori e gli aguzzini, raccontavano anche di episodi di mutilazioni genitali, ma avvenuti in tenera età nel paese di origine. Noi abbiamo senegalesi o nigeriane che sono portate da organizzazioni criminali sul territorio, e quindi sulla strada, ma vengono portate qui che hanno già una certa età, nel senso che sono già maggiorenni o comunque a uno stadio di sviluppo fisico adeguato, e queste mutilazioni vengono riportate come avvenute in tenera età. Pertanto nella realtà della nostra provincia, al di là di questo caso, di cui l'indagine non ha avuto esito positivo e su cui rimarrà sempre un grosso dubbio, non abbiamo avuto altre segnalazioni.

La questione è letta come problema che chiama alla collaborazione di tutti i soggetti potenzialmente vicini a persone direttamente coinvolte nella pratica.

Io fondamentalmente sono dell'idea che quando si lavora ad un progetto si mettono energie in termini di uomini, di personale, di impegno, quando il problema è sentito e esiste. In questo caso, purtroppo, noi delle forze dell'ordine non abbiamo dati che ci portano a far comprendere la fenomenologia. Quando noi diciamo che abbiamo avuto un caso due anni fa e che da dodici anni c'è l'Ufficio Minori, fa pensare a una statistica dello 0,000000 e x%. Mi allaccio anche ad altri uffici investigativi, per esempio penso alla Mobile. Dai lavori che hanno fatto sulla prostituzione sono venuti fuori dei casi, collegati alla fenomenologia dello sfruttamento, dove la ragazza dichiarava di essere stata infibulata in tenera età. Ma il problema - come tra l'altro la stampa ha riportato in sordina qualche settimana fa, su Treviso se non sbaglio perché è deceduto un bambino a causa di un intervento di circoncisione - non è sentito, forse perché avviene all'interno dello stretto cerchio delle comunità e quindi non viene dato ai più sapere che esiste, e non viene rilevato. Quindi come facciamo noi ad aprire un'attività investigativa? Non possiamo aprirla su questioni di questo genere se non abbiamo elementi sui quali lavorare. Abbiamo visto con quella bambina di due anni fa la reticenza da parte dei soggetti coinvolti e interessati, come mamme, donne che a loro volta hanno subito in tenera età la cosa, perché non solo tollerano ma sono anche le stesse che accompagnano probabilmente le bambine a fare questo, per un retaggio culturale, per la sudditanza psicologica nei confronti del maschio, o quant'altro. Non sta a noi valutare, ma sta di fatto che per noi è difficile aprire un'attività investigativa dove non abbiamo nessun tipo di riscontro, dove dovremo, dicendolo in "soldoni", fare uno screening a tutte le donne senegalesi o di altra comunità

che abbiamo nel territorio per vedere chi è stata oggetto di questo tipo di mutilazioni ma poi anche capire dove è stata fatta: "È stata fatta nel mio paese quando avevo 5 anni!". Abbiamo, cioè, questa grossa difficoltà, non abbiamo nessuno che ci viene a riferire. Quando ci troviamo di fronte all'episodio, ci troviamo di fronte ad un grosso problema per quanto riguarda l'aprire un'indagine investigativa vera e propria.

Il quadro complessivo emerso dai contatti avuti con operatori di polizia e magistratura mette in luce in modo inequivocabile difficoltà di tipo pratico-operativo, ma anche di altro genere, circa la possibilità di intervenire su un fenomeno che ha nella clandestinità e nella riservatezza dei circuiti comunitari entro il quale probabilmente si ripropone i fondamentali elementi di caratterizzazione e che verosimilmente nel nostro territorio riguarda fortunatamente donne adulte che hanno subito la pratica nei paesi di origine molti anni prima; così lontano nel tempo, di fatto, da ipotizzare che si è di fronte comunque a reati caduti in prescrizione.

Da parte degli intervistati è sembrato esserci quasi un senso di "impotenza" rispetto al trattare sul piano della repressione qualche cosa che si sa esistere, ma su cui ad oggi di fatto non si è intervenuti se non in via marginale, sia in chiave di prevenzione che di repressione. La scarsa collaborazione tra le soggettività interessate dal problema è forse una delle ragioni dell'inconsistenza sul piano investigativo e giudiziario, ad oggi, di questo fenomeno. Sui risvolti della legge in questo senso obiettivamente poco si può dire, vista l'esiguità della casistica.

L'idea che le MGF costituiscano una manifesta forma di violenza nei confronti delle donne e delle bambine è radicata in tutti gli operatori intervistati, che inoltre hanno unanimemente messo in luce

come in taluni contesti culturali ed etnici il ricorso a punizioni corporali e gravi restrizioni della libertà personale siano purtroppo frequenti. Tuttavia anche nelle situazioni di emersione di episodi rilevanti sul piano penale, ma magari perseguibili solo su querela, resta la sensazione della difficoltà, se non della impossibilità, di andare ad incidere in modo più efficace sul fronte della minaccia di sanzioni.

Sicuramente è un discorso dove la donna viene vista come soggetto che deve essere limitato in certe sue manifestazioni. C'è una funzione sociale di controllo in quanto mutilare la donna significa che la donna è obbligata quantomeno a non tradire. Questo il meccanismo mentale che scatta laddove si fa questo tipo di pratica, così come la donna non deve assolutamente provare piacere durante un rapporto sessuale. Nella forma più grave di mutilazione, cioè nell'infibulazione, la donna al momento del parto viene deinfibulata e subito dopo reinfibulata, con tutte le conseguenze che ne derivano, perché la donna non deve essere in grado di tradire, non deve provare piacere. Quindi è chiaro che sono tutti comportamenti che derivano da una situazione di soggezione della donna stessa. Non a caso anche la nostra Costituzione si ispira al dettato dell'art. 583. Infatti gli artt. 2, 3, 32 contengono i diritti inviolabili della persona come per esempio il diritto alla salute, ovvero diritti fondamentali propri di tutte le persone.

La conoscenza delle questioni rientranti nelle MGF è sembrata più che adeguata, sebbene la riflessione attorno a talune usanze diffuse in molte comunità fosse probabilmente riconducibile, nel periodo considerato, all'eco dei tragici episodi avvenuti a Treviso e a Bari, riguardanti peraltro interventi di circoncisione maschile.



**/ IL CONFRONTO
CON L'ASSOCIAZIONISMO
DI PROMOZIONE
DEI DIRITTI UMANI
RIVOLTO ALLE DONNE
IMMIGRATE /**

DI ANNALISA BUTTICCI

Nello svolgere la ricerca non abbiamo voluto ignorare l'importante ruolo svolto dal mondo associativo attraverso la realizzazione di servizi che si concretizzano in azioni, iniziative e interventi rivolti alla popolazione immigrata. Negli ultimi anni, il territorio della regione Veneto ha infatti potuto contare su un dinamico panorama associazionistico che ha reso il terzo settore particolarmente attivo ed efficiente. L'offerta di servizi sociali, sanitari e assistenziali, di sportelli e strutture di segretariato sociale, di progetti per la promozione della persona, della famiglia, della scolarizzazione hanno assunto un carattere sempre più specialistico, mirato alle persone migranti, e conseguentemente sempre più esperto delle peculiarità e delle diverse esigenze dei destinatari.

In questa prospettiva, la conoscenza di questi servizi e delle diverse strutture istituzionali impegnate nell'ambito dell'elaborazione di politiche e di azioni promozionali ci è apparsa particolarmente utile al fine di includere un ultimo anello nella catena di soggetti che, dalle donne ai mediatori, dai rappresentanti di comunità alle forze dell'ordine e ai

medici, costituisce il contesto locale e la rete che il progetto di ricerca ha voluto indagare.

Per questa ragione, si è ritenuto opportuno incontrare alcune delle realtà maggiormente significative del territorio per promuovere un confronto sulle questioni che sono risultate particolarmente significative nel percorso della ricerca. A tal fine è stato realizzato un *workshop* con le referenti di associazioni e istituzioni del territorio, le quali a partire dalle loro diverse professionalità e competenze di psicologhe, psicoterapeute, operatrici, componenti di commissioni pari opportunità, hanno condiviso le loro conoscenze ed esperienze professionali in merito alle mutilazioni dei genitali femminili, nonché il loro approccio personale nei confronti della pratica.

Ai fini della ricerca, si è proceduto in prima istanza a monitorare il livello di conoscenza della pratica, apparso direttamente collegato al tipo di utenza che i servizi incontrano nelle loro attività. Va da sé che i servizi coinvolti in prima persona con donne provenienti da paesi nei quali le MGF sono particolarmente significative hanno riferito di esperienze molto dirette. Al contrario l'azione di chi opera in istituzioni impegnate in attività prevalentemente promozionali ha evidenziato una conoscenza tendenzialmente più astratta, legata a campagne di sensibilizzazione o all'implementazione di progetti di intervento.

Diverse sono state le donne presenti che hanno raccontato la loro esperienza e la conoscenza della pratica; di seguito riportiamo quanto riferito da una delle psicologhe presente al *workshop* da anni impegnata nella realizzazione di attività e servizi per immigrati, con una particolare attenzione alla dimensione di genere e dunque alla realtà delle donne straniere residenti nel territorio.

Nella mia personale esperienza ho trattato questo problema soprattutto con la comunità somala, nel momento in cui la comunità somala era un forte perno all'interno dell'associazione e da un anno all'altro è sparita.

Proprio per questo abbiamo cercato di indagare e la cosa fondamentale era che le figlie delle donne somale non riuscivano a trovare un buon marito perché la comunità somala qui a Padova e nel Veneto si stava via via ridimensionando, per cui tutta la comunità è emigrata a Londra; ad oggi la comunità somala qui a Padova è formata da pochissime famiglie, che tra l'altro si conoscono e sono in un certo senso tra loro imparentate, devo dire che sono anche le famiglie che hanno uno standard sociale più alto, per cui sicuramente hanno già superato questo problema... I figli non hanno subito quello che le mamme hanno subito e nelle persone che collaborano con noi verifichiamo una sorta di ridimensionamento rispetto a queste pratiche lesive, questa è un po' la nostra esperienza. La comunità nigeriana è presente nell'associazione, ma ad oggi almeno in associazione a me non è stato segnalato un aiuto in questo versante. È vero che sicuramente la questione è importante ed è presente. Detta in poche parole e superficialmente è questa l'esperienza della nostra associazione. (M., Unica Terra, Padova)

Allo stesso modo, una delle operatrici di una cooperativa che si occupa di servizi di accoglienza per donne che hanno subito violenza, racconta la sua esperienza.

Quando lavoravo come operatrice in una casa di accoglienza abbiamo avuto una donna nigeriana e le abbiamo chiesto esplicitamente se aveva fatto la pratica a sua figlia e lei ci ha risposto di sì, con molta fierezza rispetto a questo, che voleva dire anche distanza, cioè "Non chiedermi più". (G., Cooperativa Iside e Centro Antiviolenza, Venezia)

Altrettanto significativa può essere la questione delle MGF per gli operatori che lavorano presso il servizio che si occupa di rifugiati politici e richiedenti asilo, dove sono state realizzate alcune delle interviste con donne adulte presentate in questo lavoro.

Voi sapete che ospitiamo molte donne somale ed eritree. Sono arrivate sette donne somale. Non hanno mai affrontato direttamente il problema della mutilazione, di conseguenza di come loro l'hanno vissuta, nei colloqui che hanno con noi. Tranne una donna nigeriana, che sosteneva di riuscire ad avere una sessualità migliore con il marito, dopo il parto della bambina. erò solitamente ho a che fare con persone richiedenti asilo, persone che vengono dalla prigionia, da sfruttamenti e da torture per cui non dovrei andare direttamente io nell'argomento, non è una cosa che si tratta... Pur sapendo che sono state quasi tutte sottoposte a questa pratica, anche perché poi è capitato che dovessero fare una serie esami, per cui si è potuto anche verificare... (N., Opere Riunite Buon Pastore, Venezia)

Sono tuttavia molto rari i casi in cui la pratica diventa motivo di confronto e discussione. Emerge inoltre come la difficoltà di accesso a simili ambiti e sfere della vita privata renda difficile un reale confronto tra le operatrici e le donne africane in merito alle MGF. Di fatto, appare evidente che la stretta vicinanza e il quotidiano rapporto non costituisce un assunto dal quale dedurre l'accessibilità e la confidenza necessaria per condividere l'esperienza e l'approccio personale. L'eloquenza delle parole della donna africana all'operatrice della comunità di accoglienza – "Non chiedermi di più" – mette in evidenza l'atteggiamento di chiusura che molte volte sembra riscontrarsi anche rispetto a questi servizi, che concentrano la loro attenzione proprio sull'accoglienza e il supporto

alle donne straniere. Confermano questo aspetto anche le parole di una psicologa operatrice in un servizio di Venezia e di un'operatrice di un servizio di Rovigo, le quali sottolineano quanto possa essere complesso raccogliere informazioni sulla pratica anche nell'ambito delle attività di servizi che tendono a rilevare quanto più possibile delle condizioni e delle situazioni di vita delle utenti.

Quello che a noi capita di riscontrare è che intanto è un tema difficilissimo da toccare, assolutamente le donne non ci parlano di questa cosa... Però ovviamente noi siamo disponibilissime a ragionare su questo tema perché ci interessa.

(G., Cooperativa Iside e Centro Antiviolenza, Venezia)

È l'esperienza che vivo tutti i giorni, in cui però non siamo mai entrati in contatto con le donne in questi tipo di temi, che sono un po' particolari. Quindi noi rileviamo i bisogni di tipo abitativo e lavorativo, com'è la situazione... Ma non altre cose.

(D., Arcisolidarietà, Rovigo)

L'aspetto dell'accessibilità ad un argomento come quello delle MGF ha inoltre stimolato una riflessione tra le donne presenti all'incontro sulle difficoltà legate alla più ampia questione della fruibilità dei servizi da parte delle donne straniere. Diversi sono stati gli scambi di opinione rispetto alle ragioni di questa distanza. In tal senso è apparso forse importante per le donne presenti interrogarsi prima su tale distanza per poi approfondire l'aspetto della condivisione dell'esperienza delle MGF con le utenti dei loro servizi. In questa direzione vanno le parole di un'operatrice di Venezia, la quale, nell'esprimere quanto rilevato in merito alle difficoltà delle donne africane ad "avvicinarsi", pone la questione dell'opportunità o meno di operare attraverso servizi dedicati prevalentemente alle donne straniere.

Quello che volevo dire è che abbiamo sì un bacino molto elevato di donne straniere che aumentano di anno in anno, ma sono soprattutto in percentuale molto elevata donne dell'Est o donne dell'Africa del Nord. Per cui le donne dell'Africa del Sud, che sono quelle che, a memoria, se non sbaglio sono più colpite, sono molto meno come bacino d'utenza.

Abbiamo qualche nigeriana che è arrivata, ma fanno molta fatica comunque ad avvicinarsi a noi. Il primo punto dell'approcciarsi delle donne straniere a servizi che sono sì per donne, ma che non sono differenziati. Noi all'interno del centro, quando cerchiamo comunque di avere dei momenti di riflessione sulle nostre pratiche, cerchiamo di farci questa domanda, ad esempio apriamo una nuova casa: l'accoglienza la facciamo solo per donne straniere? O il servizio è sia per donne italiane e sia per donne straniere?

Da una parte la nostra risposta è: non vogliamo fare distinzione o segregazione, per cui noi accogliamo in egual modo sia donne italiane sia donne straniere, di qualsiasi nazionalità, accogliamo anche transessuali, accogliamo qualsiasi situazione in cui ci sia violazione di genere, nella dimensione in cui la violenza di genere è sopraffazione dell'altro, con modalità che si possono inscrivere in una cultura che fino ad adesso è stata comunque, come dire, patriarcale, per cui anche i figli che si rivalgono sui genitori... In un certo modo adesso abbiamo anche questo tipo di utenze. E secondo noi fanno molta difficoltà perché comunque c'è proprio una, in qualche modo, "auto-segregazione" rispetto al concetto di accoglienza. Mentre altri servizi sono specificamente dedicati. Forse vengono percepiti come meno discriminanti, io mi faccio un po' quest'idea.

(A., Cooperativa Iside, Venezia)

E vedo anche nella pratica, io collaboro da poco più di un anno con Mimosa di Verona ed è difficile che si rivolgano donne straniere

– parlo di straniere in genere proprio, non italiane – tanto meno africane ecco. (S., Telefono Rosa, Verona)

Le ragioni che secondo le presenti possono essere alla base delle difficoltà di interazione delle donne straniere con i servizi locali aprono inoltre una riflessione sulla preparazione degli stessi operatori e operatrici. Come sottolineano alcune delle presenti, manca lo sforzo da parte dei servizi e delle strutture di incrementare i progetti di formazione e aggiornamento, il che limita di conseguenza gli strumenti conoscitivi a disposizione di coloro che quotidianamente si relazionano con le donne straniere. In tal senso si esprime la psicoterapeuta di un servizio dedicato a donne straniere.

Io vedo che il motivo per cui non usufruiscono di servizi pubblici, soprattutto per quelli psicologici, più che medicali, è appunto per la non-preparazione del personale. Io stessa ho fatto lezione in un corso per operatori dell'ASL e le donne che hanno partecipato hanno detto che soprattutto i primari degli ospedali non danno i permessi per fare questo tipo di corsi, perché loro li ritengono inutili. Manca la preparazione, ma anche per le banalità: a me è capitato di portare, in questo caso un uomo, ma è per farvi capire, e che quest'uomo dovesse parlare di suo figlio che doveva essere inserito in una comunità. Lui era consenziente perché non avendo qua la moglie non poteva andare a lavorare se questo bambino non lo teneva nessuno e la neuropsichiatra si è messa a compilare un foglio standard, tipo "Quando è nato il bambino? È nato a termine?" e cose così. Quest'uomo curdo-turco non ne sapeva una di risposte, perché la loro cultura non ha a che fare con queste situazioni qui, e in questo modo si è alzato pensando: "Adesso me lo portano via, penseranno che non sono un bravo papà". Quindi proprio dalla base dell'incontro mancano le informazioni, la formazione

ecco. Molte volte riesco a creare un rapporto con queste persone, più sul mio essere come donna che sulla mia professionalità.

Le donne africane molte volte mi si avvicinano sapendo che sono donna e che sono madre, dopo allora posso inserire la mia professionalità. Ho avuto una donna che ha avuto per un anno grossissimi problemi allo stomaco. Non c'era nessuna motivazione medica per quello che lei aveva.

Noi eravamo convinti che lei stesse male, ma lei diceva: "Non mi credete perché i risultati dicono che non sono malata". Sono stata io a spiegargli cos'è la malattia psicologica, psicosomatica. (N., Opere Riunite Buon Pastore, Venezia)

L'esigenza della formazione è dunque molto sentita da parte delle presenti, che evidenziano quanto però possa essere difficile far passare progettualità a lungo termine. Nella riflessione appena riportata, la psicoterapeuta fa presente la resistenza di alcuni medici, che non ritengono la formazione e l'aggiornamento una priorità. Allo stesso modo, la presidente della Commissione Pari Opportunità di Rovigo riporta la sua esperienza e il tentativo di elaborare una prospettiva di educazione e formazione nell'ambito della salute e dell'immigrazione, in particolare quella legata all'Africa, e delle MGF.

Quando proponemmo ai Presidenti della Camera e del Senato, in rete con altre persone, un documento perché la legge avesse un iter molto più veloce e fosse appoggiata in modo bipartisan, presentammo anche un questionario al quale i medici del nostro territorio avrebbero dovuto rispondere, sulla conoscenza da parte loro del fenomeno e di come proponevano di entrare in contatto con le donne che si fossero rivolte o al pronto soccorso o agli ambulatori ginecologici. Fu data inoltre, sempre in quell'occasione, anche grazie all'Assessore alle Pari Opportunità provinciale, l'opportunità di lavorare

*con le ASL del nostro territorio attraverso un progetto sulla formazione obbligatoria che poi non fu attuato.
(M., Commissione Pari Opportunità, Rovigo)*

Emerge dunque la necessità della formazione degli operatori socio-sanitari in merito all'utenza africana, in cui appare necessario includere la conoscenza della pratica delle MGF. A tal proposito, si evidenzia come la necessità della formazione venga intesa da alcune delle presenti anche come un percorso di sensibilizzazione che si realizzi prima di tutto nella volontà da parte dei medici di verificare se le MGF siano state praticate o meno²⁷.

*Forse, parallelamente alla formazione, anche mettere nella prospettiva, per esempio degli operatori socio sanitari di avere in testa che se hanno qualcuno davanti è possibile farsi un'idea sulla possibilità che questa persona possa aver anche subito queste pratiche.
La formazione degli operatori socio-sanitari vuol dire anche sensibilizzarli, avere nella testa che questa cosa può essere successa.
(M., Unica Terra, Padova)*

Come evidenziato poco sopra, dall'incontro è emersa una conoscenza delle MGF sommaria e frammentata, fatta eccezione per le operatrici che con fatica si sono confrontate con la pratica in modo diretto grazie al contatto con donne portatrici di questa esperienza. Molte delle presenti hanno espressamente dichiarato di saperne ben poco sulle MGF, di averne sentito solo parlare, di aver partecipato a qualche meeting e di essere dunque particolarmente contente di partecipare all'incontro proprio in considerazione delle informazioni che avrebbero acquisito.

In particolare, tra le amministratrici e le rappresentanti di commissioni pari opportunità invitate è emersa con forza la necessità di divulgare quante più informazioni possibili al fine di favorire interventi di integrazione di più ampia portata. Le riflessioni che riportiamo di seguito mettono in luce dunque un panorama istituzionale e non nel quale la conoscenza della pratica è limitata, ma la volontà di una più ampia informazione, di partecipazione e di collaborazione è molto pronunciata.

*Non avendo noi un'esperienza specifica in questo campo, con i dati che ho sentito oggi, con le esperienze e anche con le esigenze che ho sentito delle altre colleghe ritengo sarebbe utile portare avanti unitamente a tutte voi e insieme a noi, che siamo la presenza un po' istituzionale e politica su tutto il territorio regionale, dei programmi divulgativi, perché di questo fenomeno si conosce veramente poco. Io ne so qualcosa un po' perché faccio l'avvocato e un po' perché mi occupo di queste cose, però guardate che i più non sanno nulla, sanno dell'infibulazione, adesso anche tecnicamente si sa molto poco, non si sa da chi venga fatta, con che tecniche viene effettuata, cosa comporti...
(M., Commissione Pari Opportunità, Regione Veneto)*

Ecco, noi non abbiamo un'esperienza, se non indiretta di conoscenza diciamo così abbastanza "informale" di questo fenomeno, perché finora ci siamo occupati ovviamente sempre della questione di parità di genere. Noi non abbiamo mai approfondito (...). Non mi hanno parlato di esperienze anche dirette. Conosciamo associazioni che lavorano con le popolazioni migranti, i vari gruppi, però non abbiamo esperienza, noi come commissione, diretta su questo campo. Vogliamo cercare di collaborare, quanto meno raccogliendo dati. Stiamo raccogliendo dati prendendo spunto anche da voi, ma raccogliendo dati anche da tutti

²⁷ Vedi a tal proposito la parte sui servizi sanitari.

i nostri comuni con i quali siamo collegati, quindi non possiamo in questo momento offrire altro se non questa volontà ferma di occuparci in modo specifico di questo. (M., Commissione Pari Opportunità, Verona)

Ecco, posso dire che rispetto a questa problematica, io quest'estate ho avuto occasione di fare un piccolo seminario all'interno di un meeting anti-razzista a Cecina, dove ho potuto conoscere meglio, perché era tenuto da donne dell'Africa centrale, psicologhe, antropologhe, insomma esperte, alcune che avevano anche subito queste pratiche. Prima sapevo in maniera molto vaga. (D., Arcisolidarietà, Rovigo)

Lavoro per il Telefono Rosa di Verona, siamo un'associazione di volontarie, ci occupiamo di dare sostegno e un primo ascolto telefonico a donne di qualunque provenienza, vittime di violenza domestica o familiare, economica. Non siamo personalmente, anche a livello delle altre colleghe, particolarmente esperte dell'argomento, tanto è vero che sono venuta io, per capirne di più, per imparare qualcosa, saremmo interessate in effetti agli incontri pratici e formativi per saperne di più; ne so molto poco. (S., Telefono Rosa, Verona)

Singolare è invece la realtà di Rovigo, dove la Commissione Pari opportunità ha realizzato progetti specifici, incrociando la propria attività con quella dell'AIDOS.

AIDOS consigliò all'associazione femminile un percorso di sensibilizzazione e di conoscenza del fenomeno per noi, per la nostra realtà, anche perché Daniela Colombo, nostra concittadina, presagiva che l'immigrazione femminile sarebbe notevolmente aumentata nel nostro territorio. E così noi abbiamo cominciato un lavoro di conoscenza da parte nostra, di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, ma non soltanto,

anche dei rappresentanti delle istituzioni, dei rappresentanti e direttori delle ASL, ecc. E proseguendo in questo lavoro di sensibilizzazione abbiamo conosciuto anche l'iter della legge del 2006. Colombo ce la presentava come la legge più completa, nel senso che non si riscontrava in nessuna parte dell'Europa e anche negli altri paesi extra-europei, una legge che contenesse momenti di formazione, sensibilizzazione e informazione. E naturalmente in quel momento fummo stimolati a riflettere sul fatto che è comunque una violabilità del corpo femminile e in quel momento a Rovigo riuscimmo, parlo sempre dal punto di vista culturale, a coinvolgere il maggior numero di istituzioni in rete anche con i Comuni del territorio e la comunità nigeriana. (M., Commissione Pari Opportunità, Rovigo)

Vale la pena a nostro avviso sottolineare inoltre l'importanza di quanto scaturito nel confronto tra le operatrici che invece hanno avuto e hanno conoscenza diretta delle MGF. Anche in questo caso, così come emerso nei focus group realizzati con donne e uomini africani, si è riproposta la controversia sulla pratica come manifestazione di identità culturale e di appartenenza. Un simile assunto guarda naturalmente con sospetto ogni tipo di intervento volto all'eliminazione e alla reiterazione delle MGF.

L'analisi realizzata dalle donne presenti all'incontro esprime in alcuni casi una certa preoccupazione nei confronti di interventi che possono scaturire da posizioni giudicanti nei confronti di coloro che a tale pratica sono state sottoposte e che intendono reiterarla sulle loro bambine. Riportiamo in merito alcuni stralci di interventi.

Personalmente io non ne so moltissimo delle MGF, nel senso che non so tutta la casistica, non so esattamente quali siano tutte le nazionalità coinvolte, ecc. Però è vero che al Centro Antiviolenza abbiamo un bacino

enorme di donne, abbiamo tantissime donne che arrivavano vittime di violenza di ogni genere e tantissime, sempre di più, straniere. Però la nostra riflessione, che facevamo un po' insieme, è una riflessione anche un po' provocatoria, che ci facevamo anche su di noi. Nel senso che quando si ha a che fare con una donna immigrata, l'essere donna e immigrata significa avere tutta una serie di difficoltà, ed essere in un paese straniero spesso richiede anche che la persona riesca ad avere degli agganci rispetto alla propria comunità, mantenere un senso di appartenenza che richiede molti più sforzi, più sacrifici, e una pratica di questo tipo, nella nostra esperienza, è risultata come una cosa che in un certo senso garantisce una sorta di legame con le proprie origini. Quindi è un po' strano parlare di questa cosa dando per scontato che sia una cosa negativa, sono un po' "hard" dicendo questa cosa. Ovviamente io non penso che sia una cosa positiva, ci mancherebbe altro, però metto sul tavolo anche il fatto che questa pratica (ripeto che la mia esperienza è proprio poca) da donne sulle donne, che ha un forte significato, che in alcuni casi è accompagnata anche da una sorta di festeggiamento, è un momento importante. Per cui mi viene anche da metter sul tavolo che bisogna tenere presente che va rispettata questa cosa. Però ci sto anche a discutere su questo. Chiedere alle nostre donne di parlare di questo tema spesso diventa difficile, perché partono comunque dal presupposto che, nel momento in cui tu glielo chiedi, le metti nella posizione di essere sotto giudizio, ecco. E quindi vorrei che insieme cercassimo una modalità per approcciarci a queste donne in modo che non si sentano tali. A noi piace l'idea di fare una ricerca che indaghi un po' anche i luoghi d'origine, il significato nella tradizione e nella cultura di certi popoli, e credo sia un po' questa la chiave, partendo un po' dal rispetto e dalla conoscenza. (A., Cooperativa Iside, Venezia)

Riflettere su che approccio e strumento comunicativo mettere in atto per potersi avvicinare a persone che, appunto per il fatto di considerare la pratica come parte della propria appartenenza etnica all'interno di un paese straniero, la vivono proprio una questione di identità. Secondo me le madri che arrivano qua praticano questo sulle figlie in quanto è appunto una dimensione di appartenenza alla propria comunità di origine, è culturale. (G., Cooperativa Iside e Centro Antiviolenza, Venezia)

La questione identitaria legata alla pratica assume un'importanza centrale nell'atteggiamento delle operatrici. Altrettanto importante si rivela la questione della comunicazione e del linguaggio, inteso nella sua ampia accezione di portatore di valori e significati. Parole quali rispetto, comprensione, giudizio accompagnano dunque un'analisi che pone al centro della loro opinione personale l'esperienza delle donne straniere nella migrazione, il loro sradicamento e la necessità di ristabilire legami con la comunità.

Di certo, nessuna delle presenti ha avanzato l'opportunità di avallare la pratica, ma piuttosto di collocare il discorso e le eventuali iniziative in una prospettiva che vede le MGF correre lungo tutto il tragitto migratorio che va dalla comunità d'origine a quella di arrivo in Italia.

Io volevo riagganciarci alla questione dell'identità. Per me è solo una questione di identità. Io ho visto che per la maggior parte delle popolazioni africane è molto più forte l'identità culturale e sociale dell'identità. Loro esistono come identità culturali. È quello il motivo per cui è molto difficile. Bisognerebbe proprio trovare la modalità, quando entri, sapendo questo e sapendo come muoversi soprattutto su soggetti che già sono lontani dalle loro

culture. Sono venuti qua...

Si trovano con un piede da un parte e con uno dall'altra.

(N., Opere Riunite Buon Pastore, Venezia)

In merito alle progettualità da realizzare nelle comunità africane e soprattutto con le donne, ci è sembrata importante la riflessione di una delle psicologhe presenti, da anni attiva in una delle associazioni operanti nel territorio di Padova. La psicologa evidenzia l'importanza del livello di istruzione e dell'appartenenza di status delle donne. Si evince infatti che quanto più le donne appaiono sprovviste di istruzione, tanto più sentono il bisogno di aggrapparsi al supporto delle comunità di riferimento presenti nel territorio. In tal senso, la pratica e la sua reiterazione rappresentano un mezzo per ribadire la propria appartenenza.

Nella mia esperienza la discriminante la fa lo status sociale e culturale della persona, nel senso che abbiamo visto che le persone con meno competenze e meno abilità hanno nel loro paese di origine più problemi. E nel momento in cui poi cercano di affrontare questi problemi, c'è una rivalsa da parte o della comunità, del contesto familiare, o specificatamente del marito, che vede questo in una prospettiva di emancipazione, di usurpazione del ruolo, di esautorazione, rispetto al ruolo maschile, al ruolo di padre, al ruolo di maschio o di capo-famiglia.

Questo secondo me fa la differenza.

Ad oggi, ma anche all'epoca, le persone che avevano uno status sociale più avanzato, più alto, che quindi erano riuscite a fare le scuole superiori o anche l'università nel loro paese d'origine, sicuramente, nella mia esperienza, le persone che hanno affrontato questi problemi li hanno affrontati in maniera assolutamente diversa e ad oggi non gli passerebbe neanche per la mente di far fare alle loro figlie adesso adolescenti una pratica del genere.

(M., Unica Terra, Padova)

In sintesi, quanto emerso mostra un panorama di servizi rivolti alle donne straniere nei quali la conoscenza della pratica appare tendenzialmente poco approfondita.

Si è rilevato inoltre un atteggiamento che propende verso una profonda prudenza nei confronti di interventi di azione e prevenzione, i quali, secondo le operatrici, debbono necessariamente tenere conto dell'esperienza totalizzante di queste donne.

Si è rilevato inoltre un certo disagio da parte sia delle donne africane che delle stesse operatrici ad affrontare l'argomento della pratica nell'ambito delle attività dei servizi. In tal senso, occorre forse operare una riflessione sul fatto che tale timore rischia in qualche modo di sottovalutare l'importanza di un'attenzione che non deve necessariamente esprimersi attraverso comportamenti invasivi, ma che è fondamentale per rilevare l'esistenza della pratica e gli atteggiamenti che intorno a questa si sviluppano tra le donne africane del territorio.



/ CONCLUSIONI /

DI ANNALISA BUTTICCI,
PAOLA DEGANI,
PAOLO DE STEFANI

Questo lavoro riporta alcune delle tendenze della popolazione africana residente nella regione del Veneto rispetto alla pratica della mutilazione dei genitali femminili. È importante sottolineare come l'eterogeneità dal punto di vista etnico e culturale di queste popolazioni si sia riprodotta nella diaspora, rispecchiando anche nei contesti di arrivo, in questo caso il Veneto, una pronunciata diversità di situazioni che, rispetto alle MGF, si manifesta in un panorama di esperienze e atteggiamenti molto articolato. In tal senso, riteniamo che questa ricerca abbia contribuito all'elaborazione di un discorso sull'Africa e sulle popolazioni africane che contesta una certa visione della società africana che ne enfatizza la presunta staticità, omogeneità, passività, atemporalità e che trascura o ignora l'esistenza di differenze di classe, religione, etniche, di genere, la presenza di contesti urbani e rurali così come di passati coloniali diversi, che prendono forma nel continente e nella diaspora.

Vale la pena riportare in questa sede la riflessione di una delle intervistate, mediatrice culturale nigeriana, la quale descrive in questo modo l'Africa:

Quando si parla dell'Africa, generalmente viene minimizzata la dimensione perché si guarda ad essa quasi come fosse un solo paese, non come un continente, e si tende a vederla tutta uguale. Invece l'Africa è un mosaico di culture rispetto all'Europa o all'Asia e anche se non è scritta sui libri, ha una delle storie più antiche del mondo. Quando vado nelle scuole e faccio vedere ai ragazzi la Nigeria con i grattacieli, le barche, e vedono che ci sono anche cose architettoniche che non ci sono nemmeno qui in Italia, allora si rendono conto che non è un paese sperduto. Quello che viene messo in testa a loro fin da piccoli è che l'Africa, la Nigeria, è fatta di morti di fame, che lì le persone vivono sugli alberi, sanno solo suonare e ballare, stanno nudi, sanno cose solo negative, tra l'altro generalizzate. (B., Nigeria)

La ricerca sul campo ha rivelato dunque una realtà profondamente articolata. Tale complessità è apparsa evidente negli atteggiamenti degli intervistati e delle intervistate. In particolare, le donne hanno disegnato un mosaico di micro-contesti locali nei quali la pratica delle MGF assume significati e espressioni molto diverse, rispondendo ad imperativi di società nelle quali il corpo femminile è depositario di valori e tradizioni che tendono a volte a giustificare le MGF, sebbene vi sia un generale ripensamento e sicuramente un atteggiamento di progressivo abbandono e disconoscimento della loro utilità sociale.

Sia le donne intervistate che i/le mediatori/mediatrici culturali, i/le rappresentanti di comunità e di associazioni, evidenziano nelle loro argomentazioni delle tensioni e dei nodi problematici circa l'efficacia del discorso sui diritti umani violati quale deterrente reale per contrastare la perpetuazione della pratica, in Africa come in Italia. Lo stesso atteggiamento nei confronti dei diritti umani si è rivelato controverso. Simili posizioni si fondano su

una forte critica anticoloniale, nella quale la violazione dei diritti delle donne sfuma tra le innumerevoli alterazioni sociali, culturali e tradizionali causate dal dominio culturale occidentale.

I diritti delle donne, schiacciati dalle strutture coloniali, non appaiono dunque sproporzionatamente violati rispetto ai diritti umani di tutti gli africani. La questione peraltro può riguardare sia i diritti individuali che quelli dei popoli. È così che si può spiegare la visione di molti intervistati e intervistate che distinguono tra approccio occidentale e africano ai diritti e al ruolo delle donne.

In linea generale tuttavia si può dire che la condanna verso le MGF, seppur sganciata dal discorso dei diritti umani e della discriminazione nei confronti delle donne, è unanime. Ciò ovviamente non significa la totale dismissione della pratica, ma sicuramente è possibile parlare dell'esistenza di una tendenza a considerare il processo migratorio come un momento in cui l'adattamento al nuovo ambiente e l'integrazione verso modelli di famiglia e di rapporti di genere marcati, anche sul piano giuridico, in termini di diritti individuali e di maggiore parità, assumono una rilevanza tale da indurre di fatto ad un ripensamento di quegli usi e costumi che, nel contesto europeo, non possono ovviamente avere gli stessi significati rinvenibili nei paesi di origine. Quanto rilevato nella ricerca sembra comunque delineare un panorama nebbioso nel quale si possono scorgere solo indizi della portata del fenomeno. Le diverse realtà di ogni singolo paese africano e il silenzio che avvolge la pratica hanno contribuito a sfumare le coscienze, le percezioni e di conseguenza anche gli atteggiamenti degli africani e delle africane in merito alle MGF, pur riconoscendo nella tendenza all'abbandono un dato in via di affermazione.

In questa prospettiva tuttavia vanno evidenziati i limiti di un approccio "settoriale" al problema, inteso come risolutivo, si tratti dell'approccio diritti umani, così come di quello collegato alla violenza e alle implicazioni per la salute riproduttiva. Questi discorsi e dispositivi non sembrano essere sufficienti per sviluppare un atteggiamento fermo e deciso, da parte degli immigrati africani, contro la pratica.

Tale atteggiamento sembra invece richiedere, per affermarsi, un processo di acquisizione di consapevolezza più aderente alle connaturate trasformazioni di ogni sistema di valori di riferimento, così come ai mutamenti fisiologici dei diversi contesti socio-culturali.

La cultura è ed è sempre stata essenziale per lo sviluppo, in quanto rappresenta una dimensione fisiologica e fondamentale dell'esistenza. L'aver scelto di leggere il fenomeno delle MGF adottando la lente dei diritti umani non è in contrapposizione a tale assunto. Adottare la lente dei diritti umani delle donne implica infatti assumere la portata universale di questo paradigma e, nel contempo, considerare la rilevanza delle diverse sensibilità culturali entro le quali possono trovare attuazione le esperienze concrete di promozione dei diritti umani in generale, e dei diritti delle donne in particolare.

In questo senso è importante capire come interagiscono le varie culture e come operare attraverso di esse, tenendo conto della loro funzione nel disegnare l'insieme dei valori, delle credenze e dei costumi di cui le diverse comunità sono portatrici e attraverso i quali gli individui gestiscono la propria vita e interpretano la propria società, senza peraltro che ciò significhi o implichi uniformità di pensiero o di comportamento.

Intendere la cultura come un dato uniforme e immutabile significa ignorare l'influenza della globalizzazione e, in

particolare, il ruolo dei processi migratori nel presente, nonché trascurare le influenze del passato e della storia. Leggere invece le culture come dimensioni in continua evoluzione e in rapporto tra loro, e i diritti come creazioni storiche continuamente ridefinite a livello transnazionale, così come nelle dimensioni locali, permette di comprendere meglio l'impossibilità di separare in modo netto cultura e diritti o di concepire relativismo e universalismo come situazioni diametralmente opposte e incompatibili. È nel quadro di un approccio basato sulla sensibilità culturale e sul dialogo interculturale che va ad iscriversi l'ottica di genere.

L'analisi di genere, proprio per il suo intrinseco carattere relazionale, è fondamentale per comprendere l'esperienza dei diritti che le diverse categorie di uomini e donne, bambini e bambine sviluppano nel corso della loro esistenza. Un approccio ai diritti declinato in un'ottica di genere richiede una lettura action oriented, vale a dire un'interpretazione volta alla promozione dei diritti, in quanto strumento politico nelle strategie di progresso sociale. La prospettiva di genere nel quadro del paradigma diritti umani può rappresentare uno strumento per analizzare valori, comportamenti, azioni politiche e decisioni programmatiche e individuare come essi agiscano nel determinare l'esclusione o la discriminazione di alcune persone, o nel privilegiarne altre; permette inoltre di studiare le forme complesse, multiple o composte di differenziazione/discriminazione generate dall'effetto sommatorio o moltiplicatorio di tipologie diverse di "vulnerabilità" di matrice individuale e collettiva.

Un'analisi dei diritti in un'ottica di genere mette in luce, essenzialmente, le differenze individuali e di gruppo in

relazione alle diverse posizioni che i singoli occupano nella società in dipendenza dai loro ruoli e dalle risorse che detengono.

Le difficoltà ad interpretare il paradigma diritti umani come la chiave entro la quale proporre un discorso di cambiamento circa la pratica delle MGF sono state rilevate sia attraverso le interviste singole, sia nei *focus group* con gli uomini e le donne africane. Non si può infatti negare l'esistenza di uno spazio di tolleranza "culturale" nei confronti della pratica. Su questo margine di tolleranza bisognerebbe, a nostro avviso, operare delle riflessioni, in particolare sull'atteggiamento che, dietro un preteso relativismo culturale e una militanza nei confronti dei diritti della cultura, confonde la perpetrazione di una violenza con la libera espressione di una tradizione e di un'usanza. A questo proposito però è utile ricordare che anche dalle stesse interviste si può evincere l'importanza della dimensione temporale relativamente al processo di dismissione delle MGF e della necessità di intervenire utilizzando strumenti di comunicazione che siano efficaci e percepiti dai destinatari come tali da coinvolgere la dimensione di comunità. Va ricordato a questo proposito che già oggi sono in netta maggioranza coloro che, anche nei paesi africani, condannano la pratica, a sostegno della quale non vale pertanto alcun alibi di tipo culturale.

Non vi sono dubbi, comunque, sul fatto che le MGF facciano parte di quel nucleo di tradizioni che accompagna gli immigrati africani in Veneto, soprattutto in alcuni gruppi, come ad esempio le comunità nigeriane, per le quali si può supporre una certa tendenza a perpetuare interventi mutilatori, le cui conseguenze sul piano fisico peraltro sono risultate spesso così irrilevanti, nelle donne adulte portatrici, da poter essere difficilmente identificabili anche dagli stessi sanitari.

È proprio sulla base di questa osservazione che si ritiene importante sviluppare un intervento congiuntamente ai mediatori culturali.

L'indagine condotta ha svelato uno scenario di possibili azioni nelle quali il ruolo dei mediatori e dei rappresentanti di comunità è apparso fondamentale. È bene evidenziare infatti come la familiarità dei mediatori e dei rappresentanti di comunità con le diverse popolazioni africane del territorio fornisca loro la possibilità di parlare un linguaggio che simbolicamente e praticamente diventa uno strumento fondamentale per veicolare un discorso sui diritti, sulla parità e sulle trasformazioni dei ruoli di genere nella diaspora. In tal senso, il ruolo dei mediatori risulta essere quello di mettere i soggetti di fronte ad una riflessione critica che possa guidare ad una decisa presa di posizione rispetto all'abbandono della pratica.

L'incontro con i mediatori e le mediatrici ha ribadito però quanto la cultura dei diritti umani sia avvolta da poca chiarezza e sia percepita come estranea da queste comunità. Questa è probabilmente una delle chiavi interpretative con cui leggere lo sguardo sospettoso di coloro i quali intravedono nella proposta dei diritti umani una sorta di intromissione ingiustificata della cultura occidentale e un attacco alla tradizione. D'altro canto però vi è da registrare che la centralità della mediazione culturale nell'azione contro le MGF è emersa anche dalle interviste con gli operatori socio-sanitari e con le forze dell'ordine. Si tratta evidentemente di un dato maturato nel confronto con altre esperienze che hanno avuto come protagoniste le comunità migranti. Di fatto, l'intervento e il lavoro con i mediatori culturali appare essere di fondamentale importanza per veicolare tutta una serie di messaggi che diversamente non pare possibile trasmettere.

Questo tipo di atteggiamento, emerso peraltro anche in occasione del II incontro del Tavolo sulle MGF organizzato dalla Regione Veneto nel dicembre del 2008, apre indiscutibilmente a quesiti importanti circa la significatività del discorso dei diritti umani in questi contesti, soprattutto con riferimento alla loro universalità.

Proprio a partire da questo dato dovrebbe svilupparsi un percorso di azione che, prendendo le mosse da una riflessione specifica sul significato dei diritti umani rispetto alle MGF, permetta una riflessione complessiva sul significato valoriale del paradigma diritti umani.

Quanto rilevato suggerisce però la necessità di un passaggio preliminare. Occorre cioè sviluppare un nuovo orizzonte conoscitivo circa l'iscrizione di una serie di questioni al paradigma diritti umani e veicolare in maniera forte la valenza universale di questo paradigma per poter arrivare ad una comunicazione reale con le popolazioni africane. È evidente che la distanza che queste comunità avvertono rispetto ai diritti umani è anche il prodotto di integrazioni difficili se non mancate, o comunque il punto di vista di soggetti che si misurano con politiche migratorie che di fatto non riconoscono nei processi di accoglienza un passaggio fondamentale per una corretta e piena integrazione.

La necessità di dismettere la pratica delle MGF, pur se condivisa, rischia di essere interpretata come un'ingerenza di organismi e culture lontani, e assimilata a pratiche di colonizzazione, sebbene da parte delle donne la consapevolezza del bisogno di riappropriarsi del proprio corpo e di rivedere in chiave paritaria i rapporti uomo-donna sia avvertita con forza.

Nel 2005, secondo le stime dell'OIM (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni), il numero dei migranti internazionali aveva già oltrepassato la

soglia dei 190 milioni; di questi quasi la metà è costituita da donne. La migrazione è un'esperienza complessa, con importanti ricadute sia per le comunità e i paesi di origine sia per quelli d'accoglienza, oltre che per le soggettività direttamente coinvolte nei processi migratori. Nel corso del tempo, la migrazione favorisce lo sviluppo di cambiamenti anche radicali a livello culturale: i sistemi di valori e le norme comportamentali di riferimento, entrando in contatto con gli stili di vita dei paesi di accoglienza progressivamente si ibridano, permettendo lo sviluppo di approcci diversi anche ai diritti umani e all'uguaglianza di genere.

Le politiche migratorie dei paesi di destinazione possono promuovere l'integrazione, le strategie per la gestione delle diversità e lo sviluppo del dialogo interculturale. La società civile può dare il proprio contributo sfatando miti e non alimentando pregiudizi, fornendo ai migranti tutte le informazioni sui servizi cui possono accedere e invitandoli a partecipare al processo di integrazione. L'esigenza di lavorare dal basso per diffondere la cultura dei diritti umani e la dismissione delle pratiche di MGF è emersa con forza nel corso dei lavori del II Tavolo regionale. Proprio in quell'occasione, da parte dei rappresentanti di comunità sono arrivati alcuni suggerimenti sull'importanza della comunicazione e sul linguaggio da utilizzare per veicolare il valore della proposta dei diritti umani relativamente alla pratica delle MGF, a partire dalla necessità di non isolare questa pratica dal contesto entro la quale si iscrive.

Per quanto concerne l'indagine rivolta al mondo socio-sanitario, le interviste condotte con medici ginecologi di reparto e dei consultori dei maggiori centri urbani del Veneto, oltre che con ostetriche e assistenti socio-sanitarie, hanno esplorato alcuni degli aspetti che abbiamo ritenuto

importanti ai fini della nostra ricerca: le peculiarità che caratterizzano la relazione delle donne africane provenienti dai paesi da noi individuati come rappresentativi per la ricerca con i servizi socio-sanitari; le differenze che definiscono il rapporto con le donne africane secondo le diverse provenienze; le difficoltà rilevate nel rapporto che queste donne hanno con i servizi sanitari del territorio; la conoscenza della cultura di provenienza delle donne africane e le rispettive configurazioni dei rapporti di genere; la conoscenza della pratica delle MGF tra il personale sanitario.

È emerso che la maggioranza della popolazione femminile africana che si rivolge ai consultori proviene da Nigeria, Ghana, Senegal e solo in minima parte dai paesi del Corno d'Africa, rispecchiando dunque la composizione femminile della popolazione africana immigrata nel Veneto.

In base a quanto rilevato dalle interviste, appare evidente come la provenienza geografica tenda a caratterizzare non solo il diverso rapporto con i servizi, ma anche la tipologia di intervento richiesto. Dalle interviste emerge come la maggioranza delle utenti provenienti dall'Africa occidentale, e in particolare dalla Nigeria, si rivolga ai servizi prevalentemente per problematiche legate alla gravidanza e al parto. I medici intervistati ci hanno infatti riferito come difficilmente queste utenti partecipino o usufruiscano di interventi di prevenzione o più semplicemente dei diversi progetti di percorso nascita attivi in tutti i consultori del territorio. È quindi un'utenza con la quale generalmente si lavora sull'emergenza, sulla patologia avanzata o in prospettiva del parto.

Le caratteristiche anagrafiche e socio-culturali delle utenti appaiono determinanti nella definizione della

relazione. Di fatto, quanto più basso è il livello di istruzione delle donne, tanto più difficile e casuale appare la relazione tra utente e operatore. Dalle interviste è inoltre emerso che per le donne africane la maternità costituisce una questione centrale; questo fatto riflette una realtà nella quale i comportamenti riproduttivi e la salute sessuale tendono ad essere profondamente interconnessi a modalità relazionali con l'uomo caratterizzate da rapporti fortemente discriminanti, dove la capacità riproduttiva delle donne è vista soprattutto come capacità di poter stare con un uomo in ragione della propria fertilità. Tuttavia anche all'interno dello stesso gruppo etnico l'utenza può presentare delle diversità, che vedono nell'emancipazione economica e culturale delle donne un nodo importante in termini di maggiore consapevolezza e tutela della salute, nonché dei propri diritti.

Il panorama risulta ulteriormente articolato se si considerano i diversi progetti migratori, le condizioni e le situazioni di vita vissute dalle donne. Il riferimento va, per esempio, alla situazione delle donne somale ed etiopi che giungono in questo territorio sulla base di progetti migratori e reti relazionali alternative a quelle dei nuclei familiari. In più, l'accesso a un reddito e la conseguente assenza o rottura di dipendenza economica sembra favorire una maggiore disponibilità e libertà di relazione anche nei confronti degli stessi servizi che, in simili circostanze, possono erogare un servizio migliore e costruire con le utenti un rapporto non meramente occasionale.

Attraverso le interviste abbiamo potuto inoltre individuare tre maggiori elementi critici che caratterizzano il rapporto delle utenti con i servizi e viceversa. Il primo fa riferimento alla sfera comunicativa, ossia alle difficoltà legate

alla lingua. Il secondo fa riferimento ad un non adeguato livello di conoscenza delle diverse culture africane da parte degli operatori sanitari, sebbene l'utenza straniera costituisca oggi un target significativo rispetto al quale tutti i medici intervistati hanno dichiarato un grande interesse e messo in luce la necessità di approfondire le problematiche sanitarie e umane che derivano dalla frequentazione dei servizi da parte di queste nuove utenti. Peraltro anche la non conoscenza dei servizi presenti nei diversi territori o la non dimestichezza con questi da parte delle donne africane rende ovviamente difficile il loro rapporto con il personale medico. Il terzo elemento attiene ad una generale sfiducia nei confronti dei servizi da parte di molte di queste donne.

È bene tuttavia evidenziare come l'utenza non si definisca solo in questi termini. Le intervistate hanno infatti descritto una realtà nella quale, accanto ad una popolazione femminile profondamente limitata dallo scarso livello di istruzione e integrazione, segnata da rapporti di genere non paritari, tendenzialmente violenti, vi è anche un'altra tipologia di utenza che vede le donne e gli uomini africani in un continuo dialogo sia con la propria cultura, sia con il nuovo contesto culturale di arrivo. Un indicatore della volontà di instaurare anche con i servizi del territorio una relazione orientata all'integrazione è sicuramente rappresentato da un lato dalla frequentazione seppur non sistematica da parte delle donne africane di alcuni servizi in particolare, dall'altro dall'assenza spesso involontaria dell'uomo nel momento del contatto da parte delle donne con i servizi, assenza frequentemente riconducibile a ragioni collegate alla sovrapposizione tra orari di apertura al pubblico dei servizi stessi e attività lavorativa.

Rispetto alle MGF, la diversità geografica delle utenti africane delinea evidentemente la tipologia di mutilazione

osservata dal personale sanitario. Le intervistate e gli intervistati hanno riferito le maggiori tipologie di mutilazione delle quali sono a conoscenza, in quanto oggetto di studio o perché incontrate nei contatti con l'utenza. Emerge come le mutilazioni più comuni siano quelle praticate sulle donne del Corno d'Africa, peraltro sempre meno presenti e proprio per questo poco conosciute dai sanitari intervistati, e quelle definite "minori" delle donne provenienti dall'Africa Occidentale.

Piuttosto significativa è la non ovietà della rilevazione della pratica anche quando la donna vi è stata sottoposta. Ciò evidentemente in ragione delle deboli tracce che certe pratiche lasciano e della conseguente difficoltà a rilevarle nel corso delle visite. Contrariamente a quanto accade con l'infibulazione, tutti i sanitari concordano sul fatto che un lieve intervento non necessariamente lascia tracce evidenti, soprattutto se eseguito nei primissimi anni d'età. La criticità delle MGF minori, tecnicamente definite sunna, sta dunque nella difficile rilevazione, resa ancora più improbabile dal fatto che molte volte è lo stesso operatore o operatrice sanitaria a non verificare se effettivamente la pratica è stata effettuata, trattandosi di episodi che se sono accaduti risalgono al periodo dell'infanzia o ai primi mesi di vita e che comunque possono non comportare complicanze particolari dal punto di vista clinico. Le MGF possono pertanto passare inosservate e dunque sono difficilmente definibili anche in termini quantitativi.

Se la verifica delle MGF appare in alcuni casi difficile, altrettanto complicata è l'indagine sulla reiterazione della pratica sulle bambine. Ancora una volta, tra le questioni nodali c'è la difficoltà di accedere ad informazioni pragmaticamente e simbolicamente celate. Alcune delle intervistate hanno infatti espresso le difficoltà incontrate nel tentativo di

verificare attraverso domande all'utenza l'esistenza o meno della pratica nonché l'intenzione di reiterarla sulle bambine. Tenzialmente, si ricava dunque l'impressione che le MGF nei servizi sanitari si collochino in una dimensione di presunta assenza e che pertanto siano oggetto di un'attenzione e problematizzazione che tende ad essere limitata. Di fatto, con l'eccezione degli operatori e delle operatrici con esperienze dirette e con particolari "sensibilità", si rileva uno stato di conoscenza ridotto, complessivamente insufficiente a comprendere sia il fenomeno delle MGF nella sua generalità, sia la possibile dimensione quantitativa di queste pratiche nel nostro territorio regionale in relazione ai diversi gruppi nazionali ed etnici.

Un discorso diverso meritano ovviamente i casi nei quali gli operatori sono di fronte all'infibulazione. Infatti le implicazioni derivanti da eventuali interventi di deinfibulazione e reinfibulazione possono porre alcuni dilemmi che interagiscono direttamente con la normativa italiana del 2006. Tuttavia, dalle interviste realizzate è emerso come gli interventi di reinfibulazione, specificamente su richiesta delle utenti, siano pressoché assenti. Di fatto però, le implicazioni e le complicazioni mediche che gli operatori sanitari hanno affrontato con le donne infibulate non sono di certo sottostimabili, così come appaiono essere di una certa rilevanza gli atteggiamenti di paura che le donne in modo sommerso esprimono nel momento del parto, proprio nella consapevolezza di essere portatrici di una modificazione dei genitali del tutto estranea alla nostra cultura.

Le interviste effettuate con alcuni rappresentanti delle forze dell'ordine e con la Procura di Verona sono state orientate a verificare la conoscenza sul piano professionale del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili e l'impatto

della nuova normativa nazionale. Nei colloqui si è tentato di mettere a fuoco alcuni aspetti del fenomeno delle mutilazioni, considerando soprattutto la scarsità della casistica esistente sotto il profilo investigativo e giudiziario, non solo successivamente all'adozione della nuova legge, ma anche in precedenza, quando le condotte di mutilazioni genitali femminili rientravano nell'ambito applicativo del reato di lesioni personali, e perciò la loro repressione penale passava attraverso l'utilizzo degli artt. 582 e 583 c.p..

Il quadro complessivo emerso dai contatti avuti con operatori di polizia e magistratura mette in luce in modo inequivocabile difficoltà di tipo pratico e operativo, ma anche di altro genere, quanto alla possibilità di intervenire su un fenomeno che ha nella clandestinità e nella riservatezza dei circuiti comunitari entro il quale si può riproporre i fondamentali elementi di caratterizzazione.

Da parte degli intervistati è sembrato esserci quasi un senso di "impotenza" rispetto al trattare sul piano della repressione qualche cosa che si sa esistere, ma su cui ad oggi di fatto non si è intervenuto se non in via marginale, sia in termini di prevenzione che di repressione.

La scarsa collaborazione tra le soggettività interessate dal problema è forse una delle ragioni dell'inconsistenza sul piano investigativo e giudiziario di questo fenomeno. Sui risvolti della legge in questo senso si può dire obiettivamente poco, vista l'esiguità della casistica.

L'idea che le MGF costituiscano una manifesta forma di violenza nei confronti delle donne e della bambine è radicata in tutti gli operatori intervistati, che anzi hanno unanimemente sottolineato come in taluni contesti culturali ed etnici il ricorso a punizioni corporali e a restrizioni della libertà personale gravi, al di là

delle pratiche di MGF, siano purtroppo frequenti. Tuttavia anche nelle situazioni di emersione di episodi rilevanti sul piano penale, perseguibili per lo più solo su querela, resta il senso della difficoltà se non della impossibilità di andare ad incidere in modo più forte anche sul fronte delle eventuali sanzioni. La conoscenza delle questioni rientranti nelle MGF è sembrata più che adeguata, sebbene la riflessione attorno a talune usanze diffuse in molte comunità sia probabilmente riconducibile in questo momento proprio ai tragici episodi avvenuti nell'estate 2008 a Treviso e a Bari, a seguito di interventi di circoncisione maschile.

Le proposte di intervento e prevenzione partono dunque dal presupposto che l'informazione, se fatta circolare attraverso i canali della mediazione, può essere un forte elemento propulsore verso il cambiamento. In tal senso, un discorso portato avanti dagli stessi mediatori, sia nelle comunità che all'interno dei servizi dedicati agli immigrati, rappresenta una delle chiavi di accesso ai gruppi più legati alla pratica e ad assetti culturali che vedono le relazioni di genere alla base di ordini sociali nei quali la reiterazione delle MGF trova un terreno fertile.

La convinzione che una legge possa essere uno strumento efficace per fermare coloro che intendono proseguire la tradizione è sottoposta alla condizione di affiancare alla dimensione della repressione attività di formazione e sensibilizzazione che sostengano le ragioni per contrastare le MGF.

Anche rispetto al settore socio-sanitario, la divulgazione di informazioni e la rottura del silenzio appaiono essere le strategie centrali da mettere in campo per l'abbandono della pratica. Altrettanto importante è la necessità della formazione degli operatori sanitari. Una formazione però che superi la sterile trasmissione

di informazioni e stimoli invece un percorso di sensibilizzazione che riveda i presupposti e gli atteggiamenti stessi degli operatori nella relazione con le utenti. Allo stesso modo, i servizi sanitari potrebbero diventare, seguendo una proposta degli operatori intervistati, un luogo privilegiato nel quale affrontare un discorso sulle MGF basato sull'aspetto medico e sanitario, che esuli da giudizi di valore.

In conclusione, e nella prospettiva di formulare proposte per un'azione in campo istituzionale e sociale che promuova l'abbandono della pratica delle MGF sia in Italia, in linea con quanto dispone la legge 7/2006, sia nei paesi africani dove è più diffusa, la ricerca ha messo in evidenza i seguenti punti.

1. La prospettiva che interpreta l'azione sociale volta a porre fine alla pratica delle MGF si deve inquadrare in un più ampio contesto che eviti ogni parvenza di atteggiamento giudicante, paternalistico o "neo-coloniale" nel promuovere i diritti umani delle donne. Ciò può essere ottenuto non solo coinvolgendo opportunamente i mediatori culturali e i diversi esponenti delle comunità immigrate africane presenti sul territorio, ma anche operando coerentemente ed efficacemente per l'affermazione di tutti i diritti umani – in particolare dei diritti delle donne – di cui i singoli sono portatori. La stessa autorità che difende, anche con norme penali, il diritto delle donne alla dignità e all'integrità rispetto alla pratica tradizionale delle MGF non può essere quella che disconosce altri diritti civili, sociali, culturali, economici delle donne o degli uomini, dei bambini o delle bambine, migranti o meno, provenienti dall'Africa. In particolare, la sensibilizzazione che deve condurre le donne africane ad abbandonare la pratica delle MGF in nome dei diritti delle donne, dovrebbe

essere accompagnata da una efficace azione informativa, di sensibilizzazione e formativa rispetto ai diritti delle donne e delle bambine garantiti dal nostro ordinamento nei rapporti tra coniugi, nel rapporto di filiazione e, più in generale, nelle relazioni uomo-donna.

È l'intero corredo dei diritti fondamentali a costituire la posta in gioco in un'azione di promozione sociale che voglia evitare il rischio che la giusta repressione delle pratiche di MGF si tramuti in un'ulteriore stigmatizzazione della donna africana.

2. Come già più volte sottolineato, le figure dei "mediatori culturali" africani possono giocare in questo campo un ruolo chiave. Non si tratta tanto di investire tali operatori di nuove incombenze, in un quadro di crescente domanda di servizi e contrazione delle risorse disponibili, quanto di favorire il loro protagonismo e rendere il loro coinvolgimento condizione necessaria per l'avvio di qualunque azione sul territorio rivolta ai gruppi e alle famiglie di africani immigrati. Questo naturalmente implica una qualificazione adeguata di tali operatori sul piano conoscitivo, professionale, delle capacità di *networking*, che ne faccia soggetti attivi della promozione dei diritti umani, con la loro implicita componente di genere, tra gli immigrati e nelle comunità della diaspora africana. La loro azione dovrebbe in altri termini favorire l'appropriazione genuina (*ownership*), da parte degli immigrati africani – o in generale delle persone di origine africana presenti nel territorio – dei valori e del linguaggio legato ai diritti umani, usando le opportune forme e strumenti di mediazione culturale e di dialogo interculturale.

3. L'azione formativa mirata (verso gli africani immigrati, i mediatori culturali, gli operatori sociosanitari, le forze dell'ordine, ecc.) dovrebbe accompagnarsi ad un'azione di sensibilizzazione efficace,

che superi ogni approccio stereotipato al tema, e che leghi l'impegno per lo sradicamento delle MGF all'obiettivo più generale di promuovere una convivenza civile incentrata sul riconoscimento della dignità delle persone, la non-discriminazione e le pari opportunità.

In questo senso, la sensibilizzazione non dovrebbe avere come proprio target solo la popolazione immigrata di origine africana, ma dovrebbe coinvolgere la cittadinanza in generale. Ciò che va evitato, naturalmente, è sia lo sterile allarmismo, sia la tendenza a banalizzare ed edulcorare il problema, non riconoscendo la portata sociale e simbolica che gli è propria.

4. La prassi delle strutture sociosanitarie regionali dovrebbe essere adattata alla necessità di far emergere il fenomeno laddove esiste come dato clinico, eventualmente con le implicazioni legali di natura penale o civile che vi sono connesse, ma anche come dato simbolico, retaggio di una condizione di inferiorità che le donne e le bambine vivono nel contesto pubblico e/o familiare, più o meno profondamente introiettato a livello psicologico. Lo sforzo professionale (e quindi formativo) si colloca soprattutto sul versante della comunicazione.

È noto come un problema comune a molti servizi alla persona sia proprio, paradossalmente, la difficoltà di incontrare le persone che avrebbero maggiormente bisogno di quei servizi. Nel caso delle donne portatrici o potenziali perpetratrici, nella clandestinità, della pratica delle MGF, l'importanza di individuare opportunità, spazi, occasioni di "aggancio", è di particolare evidenza. La ricerca ha evidenziato la mancanza, ad oggi, di buone prassi adeguatamente testate, sul territorio regionale, e la necessità di elaborare e sperimentare urgentemente tecniche e modalità operative in una pluralità di ambiti del sistema sociosanitario: dagli ospedali (ginecologia, pediatria...) ai consultori, dai servizi

sociali a quelli di mediazione culturale e familiare. Un particolare settore in cui elaborare prassi e promuovere formazione dovrebbe essere quello della segnalazione e denuncia dei casi che dovessero presentarsi come evidenza di reato o situazioni di rischio per le bambine.

In questo ambito risulta cruciale l'esistenza di una attenta sinergia tra i vari attori coinvolti (il sanitario, il professionista dei servizi sociali, l'autorità giudiziaria minorile e ordinaria, eventualmente l'insegnante o l'educatore, ecc.), per operare in chiave di prevenzione piuttosto che di repressione e per garantire la costante considerazione del miglior interesse della bambina.

5. Infine, una politica di prevenzione delle pratiche di MGF in vista del loro abbandono può essere perseguita nei paesi di destinazione degli immigrati africani soltanto se strettamente legata a politiche analoghe portate avanti nei paesi di provenienza. Non solo

perché, come si è più volte osservato, è spesso in occasione dei momenti di rientro nel proprio paese che le MGF vengono eseguite, ma soprattutto perché il superamento di queste tradizioni potrà avvenire soltanto nel quadro di un dialogo e di un'osmosi "virtuosa" tra le componenti che storicamente strutturano molte popolazioni africane: le comunità rimaste in Africa e i gruppi della diaspora. In questo senso, potrebbe essere valorizzata la funzionalità ad obiettivi di promozione della dignità umana e dei diritti umani delle donne – tra i quali rientra senz'altro la lotta alle MGF – delle iniziative di cooperazione decentrata in cui sono impegnati numerosi enti locali e organismi non governativi veneti, nonché la stessa Regione Veneto.

La "voce" della società e delle istituzioni italiane e venete dovrebbe risuonare nei paesi africani, in tema di MGF, non solo come l'eco di una pur doverosa criminalizzazione specifica della pratica,

ma anche come veicolo di un patto che promuove lo sviluppo umano delle donne. Tale azione potrebbe inoltre essere favorita dal coinvolgimento di esponenti delle comunità africane presenti in Italia riconosciuti come autorevoli non solo da chi si trova in Italia, ma anche dalle comunità dei paesi di provenienza. Si deve insomma promuovere una continuità tra gli sforzi di sradicamento della prassi delle MGF compiuti in Europa e in Italia – e, nello specifico, nel Veneto – e quanto i governi e la società civile fa in Africa: anche per questo, il “comune denominatore” rappresentato dai diritti umani delle donne, pur con le necessarie precisazioni che abbiamo evidenziato, rappresenta uno strumento indispensabile per la prassi.





**/ RIFERIMENTI
BIBLIOGRAFICI /**

Bailey K. D., *Metodi della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino, 1991

Bertaux D., "L'approche biographique. Sa validité methodologique, ses potentialités", in *Cahiers Internationaux de Sociologie*, LXIX, luglio-dicembre, pp. 197-225, 1980

Bertaux D., *Biography and Society: the Life History Approach in the Social Sciences*, Londra, Sage, 1981

Bichi R. "Il campo biografico: lo sviluppo, le articolazioni, gli approcci e la tipologia", [1999], prefazione all'edizione italiana, in Bertaux D. – Bichi D. (a cura di), *Racconti di vita. La prospettiva etnosociologica*, Milano, Franco Angeli, 2008

Bichi R., "Campo biografico e intellegibilità longitudinale", in *Studi di Sociologia*, XXXVII, 1, 1999

Bichi R., *La società raccontata: metodi biografici e vite complesse*, Milano, Franco Angeli, 2000

Bichi R., *L'intervista biografica. Una proposta metodologica*, Milano, Vita e Pensiero, 2004

Blanchet A., *Dire et faire dire. L'entretien*, Parigi, Colin, 1997

Bovone L. (a cura di), *Storie di vita composita. Una ricerca sulle scelte*, 1984

Cardano M., "Un singolare dialogo. L'intervista nella ricerca sociale", in *Quaderni di Sociologia*, XLII, 19, pp. 147-155, 1999

Cipolla C. – De Lillo A. (a cura di), *Il sociologo e le sirene*, Milano, Franco Angeli, 1996

Corbetta P., *Metodologia e tecnica della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino, 1999

Corbin J. – Strauss A. L., *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory, Procedures and Technics*, Londra, Sage, 1990

Corradi C., "Notes on qualitative sociology in Italy", in *Qualitative sociology*, 11, 77-87, 1988

Cipriani R. (a cura di), *Sociologia e ricerca biografica*, in Maciotti M.I. (a cura di), *La ricerca qualitativa nelle scienze sociali*, Bologna, Monduzzi, 1997

Denzin N. – Lincon S., *The Handbook of qualitative research*, Londra, Sage Publications, 1994

Demazière D. – Dubar C., *Dentro le Storie. Analizzare le interviste biografiche*, Milano, Cortina, 2000

Ferrarotti F., *Storie e storie di vita*, Bari, Laterza, 1974

Nigris D., "Strategie di intervista e logiche della classificazione: il problema delle categorie cognitive dell'attore", in *Sociologia e ricerca sociale*, XXII, 2002

/ CONTRIBUTI E RINGRAZIAMENTI

Hanno contribuito a questo lavoro di ricerca: Sara Crocco, Irena Marceta, Teresa Ngigi Wanjiku Secoli, Franca Riccardi, in qualità di ricercatrici; Gabriel Katambakana Tshimanga, Hermine Letonde Gbedo, Omer Coffi Gnamey, in qualità di rappresentanti di comunità; Salama Billa, Fama Cissé, in qualità di mediatori culturali.

Un grande aiuto è stato offerto, inoltre, da Koutou Mabilo per le relazioni fra le comunità, da Fulvia Riccardi per la segreteria scientifica e le relazioni pubbliche, da Cristiana Scoppa di AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo per i preziosi suggerimenti.

Un ringraziamento speciale va inoltre al dott. Salvatore Alberico e al dott. Giorgio Tamburlini dell'IRCCS Burlo Garofolo (partner progetto); al dott. Maurizio Kragel dell'ENFAP (partner progetto); al dott. Giovanni Maria Leo della Prefettura di Trieste; alla dott.ssa Daniela Gerin dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 "Triestina"; al dott. Carlo Baffi e al dott. Leonardo Boido della Questura di Trieste; al prof. Paolo Pittaro e alla prof.ssa Natalina Folla dell'Università di Trieste; e al dott. Katepalli R. Sreenivasan, The Abdus Salam International Centre for Theoretical Physics (ICTP) di Trieste.

/ A CURA DI
// CULTURE APERTE,
ORNELLA URPIŠ

/ UNA RICERCA
IN FRIULI VENEZIA GIULIA

PROGETTO MUTILAZIONI
DEI GENITALI FEMMINILI E
DIRITTI UMANI NELLE COMUNITÀ
MIGRANTI. PERCORSO INTEGRATO
DI RICERCA, FORMAZIONE E
SENSIBILIZZAZIONE PER LA
PREVENZIONE E IL CONTRASTO
DI UNA PRATICA TRADIZIONALE
DA ABBANDONARE FINANZIATO
DAL DIPARTIMENTO PER LE PARI
OPPORTUNITÀ NELL'AMBITO
DELLA LEGGE 7/2006





/ LE PERCEZIONI SOCIALI DEL FENOMENO /

DI ORNELLA URPI S

La rilevazione del fenomeno delle mutilazioni dei genitali femminili (MGF) in Friuli Venezia Giulia è molto complessa e di difficile effettuazione. Il numero dei casi non è elevato e l'atteggiamento delle persone di origine africana incontrate in occasione di questa ricerca sembra, in generale, favorevole all'abbandono completo di tali pratiche. Ma le cose sono meno semplici di quanto appare. Infatti, da un lato vi è molta reticenza, pochi vogliono esporsi, i più preferiscono non parlarne, come dimostra il fatto che non tutte le persone contattate hanno accettato di farsi intervistare e partecipare alla ricerca, dall'altro lato, vi sono indizi che ci troviamo piuttosto di fronte a un fenomeno in espansione a seguito dell'aumento dei flussi migratori.

Le mutilazioni dei genitali femminili sono descritte universalmente come pratiche "tradizionali". La nozione centrale è dunque quella di tradizione. Infatti il diverso rapporto con la tradizione ci consente di individuare tre tipologie ben distinte di donne, caratterizzate da atteggiamenti diversi verso le MGF. Le prime sono le "tradizionali", per lo più analfabete o comunque dipendenti dall'ambiente e dal marito nell'organizzazione della loro quotidianità,

inglobate all'interno del gruppo culturale di appartenenza e prive di una spinta verso l'indipendenza e l'autorealizzazione. Queste donne mantengono acriticamente i modelli tradizionali, senza mettere in discussione i costumi e i valori della cultura dalla quale provengono. Esse si trovano a vivere "per caso" in una società alla quale non sembrano in nessun modo appartenere e rispetto alla quale manifestano disorientamento ed estraneità. Per loro le MGF sono una componente organica della tradizione, da accettare come un fatto "naturale".

Le seconde sono le "emancipate", più autonome e caratterizzate da una qualche spinta verso l'autodeterminazione, pronte a rompere il tessuto culturale e valoriale della loro appartenenza etnica e quindi a rifiutare, insieme a molti altri tratti tradizionali, vissuti come limitazioni o menomazioni della propria individualità, anche e necessariamente le MGF, che percepiscono come una "menomazione" vera e propria.

Le terze sono le "tradizionaliste". Esse condividono con le "emancipate" la spinta all'autodeterminazione ma, al contrario di queste, vedono nella tradizione e nel mantenimento della cultura etnica una fonte importante di dignità, una chiave per entrare nella società di immigrazione, vissuta in modo critico, senza perdere la propria identità.

La differenza tra le donne "tradizionali" e le donne "tradizionaliste" si approssima empiricamente, e quindi con minore nettezza, a quella che intercorre tra i tipi ideali della "tradizione" e del "tradizionalismo". La tradizione implica un tipo di comportamento prescrittivo (G. Germani, 1975) nel quale il criterio della scelta tra diverse alternative è bandito o ridotto alle componenti più strumentali. In quanto tale, la tradizione non è neppure avvertita come tradizione,

ossia come un modello di valori, norme e pratiche sedimentatesi nel tempo e corredate di potere coercitivo sugli individui, bensì come una parte della natura, cui ci si deve conformare come al variare delle stagioni o assoggettare come alle calamità. Come è stato detto, la tradizione parla con la voce della natura.

Il tradizionalismo invece è un atteggiamento modernizzato, e quindi elettivo: i soggetti non subiscono la tradizione, potrebbero rifiutarla, ne hanno gli strumenti, e invece la scelgono. Il mondo contemporaneo ci mostra mille manifestazioni di tradizionalismo, tra le quali forse la più recente e sicuramente la più importante è la ripresa di molti tratti normativi di tradizioni religiose in società ormai ampiamente modernizzate: naturalmente, questo non avviene senza conflitti. Il tradizionalismo è l'ideologia della tradizione e si nutre di un sentimento ambivalente e polemico verso la modernità.

Naturalmente questi sono quelli che possiamo definire "tipi puri". Non dobbiamo attenderci che le donne che abbiamo identificato come "tradizionali" siano davvero così inconsapevoli: dopo tutto vivono in un contesto moderno, con il quale si relazionano attivamente per tanti aspetti della vita: il lavoro, la scuola dei figli, la salute, i permessi di soggiorno, ecc. E neppure immaginare le donne che abbiamo definito "tradizionaliste" come persone in polemica aperta con le correnti culturali del mondo moderno. I due gruppi presentano anzi alcune caratteristiche simili.

Infatti, sia nel caso delle donne "tradizionali", tra le quali prevale un livello di scolarizzazione molto basso o addirittura una condizione di analfabetismo, e che affermano che le decisioni in famiglia sono e vanno

prese dal marito, sia in quello delle donne più consapevoli e determinate nell'affermazione di una propria identità diversa da quella occidentale, cioè le donne che abbiamo definito "tradizionaliste", l'emarginazione gioca un ruolo rilevante. In entrambi i casi queste donne vivono inglobate nel proprio gruppo culturale o all'interno di un contesto di riferimento ben definito, isolato o relativamente isolato dalla società di immigrazione. Alle prime l'isolamento sociale impedisce di sviluppare gli adattamenti identitari tipici di ogni forma di integrazione sociale in ambienti culturali diversi. Per le seconde l'integrazione nel gruppo di provenienza orienta l'affermazione della propria identità personale attraverso i segni dell'identità collettiva di provenienza: per lo più segni attinenti al corpo, quali un abito (scelta del velo) o una distinzione anatomica (MGF), e comunque tratti oggettivi e dunque inequivocabili. A volte questa identità viene utilizzata a scopi di promozione sociale per sé e per il proprio gruppo, senza che ciò comporti alcuna deviazione dagli standard tradizionali, anzi, tutto il contrario. La promozione è favorita anche dall'immaginario collettivo occidentale che – fino a un certo punto – riconosce e valorizza lo straniero in quanto portatore di differenze.

Questi ultimi soggetti, se portatori di MGF, sono probabilmente quelli più refrattari alle campagne che promuovono l'abbandono della pratica. A ben vedere, il loro modo di porsi nei confronti delle MGF presenta alcune componenti che entrano in relazione sinergica e rendono estremamente difficile ogni tipo di ripensamento. Innanzitutto, come abbiamo detto, esse vivono la pratica come una scelta, e ciò le rende orgogliose. Il fatto poi che la scelta non sia stata libera, vista la tenera età in cui di solito le bambine vengono sottoposte

alla pratica, non importa: anzi spinge verosimilmente a razionalizzare la violenza subita e a valorizzarla proprio in quanto manifestazione di una volontà consapevole. Di qui l'accentuazione dell'aspetto ideologico. In secondo luogo, l'adesione alle MGF è paradossalmente una scelta di non scegliere, giacché assume a contenuto la tradizione, dunque la continuità con il contesto di provenienza, impedendo una scelta di segno opposto. Terzo, la forza del modello culturale, già cospicua di per sé, si alimenta di una ambiguità valutativa verso la società occidentale che è tipica dei processi psicologici della migrazione, e spinge ad asserire con determinazione la propria specificità, spesso alimentata dalla percezione che proprio la differenza culturale può diventare uno strumento di promozione sociale. Tutto ciò fa delle donne "tradizionaliste" non solo delle roccaforti della tradizione, ma anche dei veicoli attivi di tali modelli culturali, propense coscientemente e ideologicamente a tramandare la pratica alle proprie figlie.

Secondo le testimonianze raccolte, la pratica sulle bambine viene effettuata all'estero. La modalità sembra essere un viaggio con una permanenza piuttosto lunga per la cicatrizzazione, e poi il rimpatrio. Nel proprio paese d'origine l'ambiente risulta ideale per diverse ragioni: la presenza della struttura familiare che fa da supporto all'evento; il rafforzamento dell'identità tradizionale dovuto alla re-immersione nel proprio milieu; la condivisione dell'emotività e dell'iniziazione della bambina con il gruppo delle coetanee, che rafforza la motivazione; e infine, ma non ultima per importanza, la convinzione dell'impunità giuridica. Nelle parole di una intervistata:

Questo significa il mantenimento di un forte aggancio con la propria cultura e un rientro nella tradizione e nei valori del paese

di origine. Si ritorna perché lì l'ambiente culturale è quello adeguato e così si ritorna alle vecchie abitudini, all'identità.

Può anche accadere che le bambine vengano mutilate all'insaputa e contro la volontà stessa dei genitori nei periodi di permanenza nel paese d'origine coincidenti con le vacanze estive. Il timore che ciò possa accadere è realistico, ed è stato manifestato da alcuni genitori che si battono fermamente per l'abbandono delle MGF. Una donna keniota afferma:

Ci sono le cosiddette curatrici esperte in questa cosa, ci sono anche ragazze che vanno a scuola e durante le vacanze tornano a casa, e lì scoprono che la comunità o il clan ha preparato la cerimonia e si fa sempre nell'ambito di una cornice tradizionale, questa benedetta tradizione.

Possiamo quindi affermare che il pericolo per le bambine proviene da diversi attori: da una parte le madri, quando giustificano le MGF in nome del rispetto della tradizione, dell'identità e dignità personale; dall'altro i parenti all'estero, in particolare i nonni, che, nel timore di perdere la continuità ontologica con i/le nipoti che passa attraverso la condivisione dei modelli più arcaici di comportamento, sottopongono le bambine alla pratica durante le vacanze nel paese d'origine e in tal maniera le restituiscono all'unico mondo che per loro ha un senso. Secondo una testimonianza, quando queste bambine tornano, ci si accorge che è avvenuto qualcosa di importante, a volte non parlano più o dimenticano l'italiano e non socializzano più come prima. Effettivamente, ora appartengono "a un altro mondo".

/ Aspetti metodologici della ricerca /

La complessità dell'oggetto studiato e le difficoltà nel coinvolgimento di soggetti interessati dalla pratica nella ricerca, per via del tabù che circonda l'argomento, hanno suggerito una tecnica di rilevazione di tipo qualitativo che permettesse di far affiorare i problemi relativi ai processi di immigrazione, al mantenimento/mutamento dei modelli tradizionali, alla sessualità e ai rapporti fra i sessi nel mutato contesto sociale, e infine alla conservazione o all'eventuale abbandono della pratica delle MGF.

Per la ricerca sono stati utilizzati metodi non intrusivi: metodi cioè con il cui impiego

non si verifica un'intrusione (percepita) da parte del ricercatore nella vita delle persone studiate o nel sistema dei loro rapporti sociali. L'azione sociale avviene o in maniera inconsapevole dell'atto di osservazione, oppure il ricercatore interviene solo successivamente, quando l'azione sociale si è già verificata e, a posteriori, la ricostruisce. (G. Delli Zotti, 1997, p.74)

Per questa ragione, fondamentalmente riconducibile a una questione di metodo, i primi sei mesi sono stati impegnati nell'attività dell'osservazione partecipante, che ha previsto anche l'utilizzo di informatori/trici. Solo successivamente si è passati alla fase dell'osservazione sistematica attraverso colloqui aperti con singoli o piccoli gruppi di africani/e residenti in Friuli Venezia Giulia. Infine, nell'ultima fase, si è proceduto, attraverso la tecnica dell'intervista semi strutturata, a una raccolta di informazioni più sistematica. Le interviste, le cui tracce (presenti nell'appendice del volume) sono state

diversificate in base agli oggetti di osservazione – donne africane, mediatori/trici linguistico-culturali, operatori/trici socio sanitari/e, polizia e forze dell'ordine – hanno permesso di evidenziare alcune importanti modalità di organizzazione e di svolgimento della vita degli immigrati di origine africana sul territorio del Friuli Venezia Giulia e di comprendere le motivazioni dei loro comportamenti e le trasformazioni da questi subite, in relazione alla pratica delle MGF.

L'analisi e l'interpretazione della dialettica mantenimento/mutamento degli atteggiamenti e dei comportamenti rispetto alla tradizione e alla pratica delle MGF nella regione Friuli Venezia Giulia costituisce uno dei primi studi sul campo di un fenomeno davvero complesso. Ciò che emerge è che anche in questa realtà sociale e territoriale esso si presenta con caratteristiche non molto dissimili da quelle già osservate in altri contesti culturali, confermando le indicazioni ricavabili dalla vasta letteratura sul tema.

È stato evidenziato inoltre, e in modo molto chiaro, che il perpetuarsi della pratica coinvolge, sia pure in misura ridotta, anche bambine di origine africana residenti in Friuli Venezia Giulia.

L'osservazione sul campo ha coinvolto direttamente più di cento persone di origine africana che, a titolo diverso, hanno offerto il loro contributo alla ricerca attraverso incontri, dibattiti, interviste, ecc. Sono state realizzate inoltre, come già detto, venticinque interviste in profondità a persone appartenenti a target differenziati:

- otto interviste a donne africane scelte fra il campione studiato in base alla nazionalità (Kenya, Nigeria, Benin, Camerun, Burundi) e alla residenza (tre a Trieste, due a Gorizia, due a Udine e una a Pordenone);

- quattro interviste a mediatori/trici culturali di origine africana iscritti all'Elenco regionale: una mediatrice egiziana che opera a Gorizia con i richiedenti asilo politico, una mediatrice congolese che lavora allo sportello dell'Associazione degli Immigrati di Pordenone, una mediatrice del Madagascar che lavora nei servizi sociali a Trieste, e un mediatore del Burkina Faso che è anche presidente dell'Associazione delle comunità burkinabé della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia con sede a Pordenone;
- sei interviste a medici e operatori/trici sanitari/e in contatto con la popolazione migrante, fra cui: il medico responsabile, l'infermiera e l'ostetrica dell'ambulatorio del The Abdus Salam International Centre for Theoretical Physics di Miramare, sede dell'International Atomic Energy Agency (IAEA) delle Nazioni Unite a Trieste, dove soggiornano moltissimi/e studiosi/e del Sud del mondo; due medici di origine africana dell'ospedale di Pordenone; un docente di Anatomia patologica dell'Università di Trieste e il primario di Anatomia patologica dell'ospedale di Monfalcone (Gorizia);
- infine sono state realizzate interviste in profondità a testimoni qualificati, quali esperti e membri delle forze dell'ordine, il presidente del Centro Culturale Islamico di Trieste e della Venezia Giulia, un assessore del Comune di Monfalcone di origine senegalese, due docenti di diritto penale dell'Università di Trieste, la presidente del Comitato per i diritti civili delle prostitute e due esponenti della polizia.

Sono stati realizzati inoltre tre *focus groups*:

- il primo, con un gruppo composto da quindici donne e uomini africane/i

di Udine, incentrato sui processi di migrazione/contatto/integrazione, il rapporto fra identità e mantenimento/mutamento delle tradizioni, la modificazione dei costumi e considerazioni sulle pratiche di mutilazione dei genitali femminili;

- il secondo, con medici dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, partner del progetto, e dell'ospedale di Cattinara, ha affrontato due importanti tematiche: l'esperienza professionale già acquisita (assistenza sanitaria a donne portatrici di mutilazioni dei genitali femminili, eventuali interventi di prevenzione nel caso di bambine pazienti delle medesime strutture) e il ruolo del personale medico nell'applicazione della legge 7/2006;
- il terzo, con presidenti di associazioni di migranti e mediatori/trici culturali presso la sede di Udine dell'UCAI, Unione delle Comunità e Associazioni di Immigrati del Friuli Venezia Giulia, volto ad approfondire le cause della persistenza delle MGF e le modalità di contrasto – diversificate, anche per la delicatezza del tema – adottate o da adottare da parte di chi è maggiormente in contatto con le famiglie.

Quanto poi ai risultati ottenuti dal punto di vista della comunicazione, sicuramente il conseguimento più importante è consistito nell'apertura di un confronto e di una discussione sul tema della sessualità tra persone immigrate di entrambi i sessi. Sulla sessualità non si era mai aperto un confronto pubblico fra gli/le immigrati/e di origine africana in Friuli Venezia Giulia e, probabilmente, nemmeno altrove. Ma è noto che al mantenimento della pratica contribuiscono una netta separazione fra i sessi, dal punto di vista della costruzione dei ruoli di genere, cioè dei comportamenti appropriati per un uomo o una donna, che impedisce anche

a marito e moglie di parlare apertamente tra loro di aspetti legati alla sessualità, e la carenza di conoscenze rispetto alla fisiologia e alle modalità della vita affettiva ed emotiva dell'uomo e della donna con le implicazioni che ciò ha proprio sulla sessualità. È stato molto utile parlare della funzione dell'orgasmo nella vita delle persone e del suo rilievo anche in una prospettiva di affermazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali. Se ne è parlato in maniera esplicita, potendo "chiamare le cose con il proprio nome" e superando le barriere culturali, religiose e di genere.

Nel corso della realizzazione della ricerca in Friuli Venezia Giulia è stata riscontrata una forte reticenza da parte di alcune delle donne africane di fronte all'utilizzo degli strumenti di registrazione. In alcuni casi si è pertanto dovuto procedere alla realizzazione delle interviste senza l'ausilio della registrazione, ma solo attraverso la stesura di appunti nel corso della conversazione, al fine di permettere al soggetto di aprirsi superando l'imbarazzo. Un'iniziale lentezza nel fissare gli appuntamenti per le interviste, in particolare con le donne e gli uomini immigrati, legata in parte anche ai loro tempi di lavoro che lasciavano uno spazio limitato per altre attività, è stata progressivamente superata attraverso il più attivo coinvolgimento dei rappresentanti di comunità e degli altri partner sul territorio. La partecipazione degli attori si è espressa principalmente attraverso: l'inserimento in un ruolo attivo nella ricerca (interviste); la stimolazione di discussioni nei luoghi delle associazioni; la promozione del progetto presso ulteriori soggetti, con un allargarsi delle relazioni sul territorio secondo la tipica modalità "a tela di ragno".

L'impatto del progetto, e in particolare della ricerca, sul contesto territoriale di riferimento è stato senz'altro positivo.

Tutte le persone intervistate hanno dimostrato interesse per l'argomento e, in molti casi, hanno visto rafforzate le proprie convinzioni circa l'opportunità dell'abbandono della pratica. Alcuni/e si sono offerti come volontari per il progetto in Friuli Venezia Giulia, altri/e hanno coinvolto le proprie associazioni – è il caso dell'Associazione delle comunità burkinabé della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia di Pordenone e dell'Associazione Bénin solidarietà e sviluppo di Udine – per tentare di aprire un dibattito anche nei propri paesi, altri/e ancora hanno richiesto documenti sulla diffusione del fenomeno manifestando l'intenzione di continuare l'azione dissuasiva autonomamente anche al termine del progetto.

Per quanto concerne i problemi incontrati, la difficoltà più grande è consistita nel raggiungere e coinvolgere le donne già mutilate, anche perché molte di coloro coinvolte dalle associazioni e dai referenti di comunità che operano per il progetto non parlano italiano o ne hanno una conoscenza molto elementare, alcune rivelando di essere completamente analfabete. Ciò ha reso molto difficile la comunicazione verbale e scritta, che ha dovuto usufruire della mediazione di altri soggetti, con possibili effetti di distorsione.

Tuttavia, in generale, non si sono presentati problemi insormontabili. La realizzazione delle interviste approfondite con le donne già mutilate è stato forse l'aspetto più complesso della ricerca, un po' per via del loro livello di istruzione (molto basso o nullo), a volte con sensibili difficoltà nell'utilizzo della lingua italiana, un po' per la vergogna di "esporre" simbolicamente il proprio corpo agli/le altri/e, in particolare nei focus group. La buona pratica adottata è stata quella di generare un dibattito, anche quando le persone coinvolte erano poche,

allargando il discorso alle varie dimensioni della convivenza e delle relazioni familiari per poi tornare a concentrarsi sulle mutilazioni dei genitali femminili quando già era stato costruito un clima di maggiore agio e apertura tra i/le partecipanti; oppure quella di realizzare dibattiti e incontri separati per donne e uomini, in modo da ricreare, in particolare per le donne, l'atmosfera di confidenza e reciprocità tipica, ad esempio, dei gruppi di autocoscienza attivi nei consultori, metodologia adottata da AIDOS nel primo progetto di prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili/escissione realizzato in Somalia in collaborazione con SWDO, Somalia Women's Democratic Organisation.

Oltre alle attività descritte, è stato organizzato anche un Tavolo di confronto fra le associazioni dei migranti e le istituzioni. Si sono tenute due riunioni:

- la prima è stata organizzata dalla Prefettura di Trieste, in collaborazione con AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo e Culture Aperte, nella stessa sede della Prefettura in Piazza Unità d'Italia. Il Prefetto ha invitato le istituzioni più interessate al fenomeno delle MGF e i membri del Consiglio Territoriale per l'Immigrazione della provincia di Trieste (Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Direzione Centrale Istruzione, Cultura, Sport e Pace, dott. Lucio Pellegrini; Direzione centrale salute e protezione sociale, dott.ssa Nora Coppola; Provincia di Trieste, Assessore dott.ssa Marina Guglielmi; Comune di Trieste, Assessore dott. Carlo Grilli; Questura di Trieste, dott. Carlo Baffi; Comando Provinciale dei Carabinieri di Trieste; Azienda per i Servizi Sanitari n.1 "Triestina", dott.ssa Daniela Gerin; IRCCS Burlo Garofolo, dott. Giorgio Tamburlini - dott. Salvatore Alberico; Università degli Studi di Trieste, prof. Paolo Pittaro; Ufficio Scolastico Regionale,

dott.ssa Barbara Gambellin; UN.IT.I. Unione Italiana degli Immigrati del Friuli Venezia Giulia, Tatjana Tomicic; Coordinamento delle Associazioni e delle Comunità degli Immigrati della Provincia di Trieste, ing. Nader Akkad; Associazione Interethnos, Fama Cissé)²⁸.

L'associazione Culture Aperte ha esteso l'invito al Tavolo ad alcune associazioni, le più rappresentative in regione, che operano nelle realtà dell'immigrazione, in particolare di quella africana: Circolo Aperto, Sagal - associazione italo-somala, Progetto Stella Polare, ICS - Consorzio Italiano di Solidarietà, UCAI Friuli Venezia Giulia - Unione delle Comunità e delle Associazioni di immigrati in Friuli Venezia Giulia, Associazione Mediatori di Comunità, Associazione delle comunità burkinabé della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia di Pordenone.

28 A mezzo FAX

Trieste, 15 dicembre 2008

OGGETTO: riunione in materia di mutilazioni genitali femminili e diritti umani nelle comunità di immigrati. Nell'ambito delle attività che il Consiglio Territoriale per l'Immigrazione svolge, a livello provinciale, al fine del coordinamento delle iniziative pubbliche e private in tema di ingresso e integrazione delle comunità di stranieri, si inserisce l'attenzione e la cooperazione che deve essere garantita nella prevenzione e contrasto della pratica, purtroppo ancora persistente nei nostri territori, delle mutilazioni genitali femminili subite da donne e bambine. Il fenomeno, dalle evidenti implicazioni socio-culturali, oltre che sanitarie, va innanzitutto monitorato, raccogliendo le necessarie informazioni nel confronto con le numerose associazioni coinvolte, in particolare quelle di immigrati africani. A tal fine, in questa Prefettura (Sala Verde), il giorno 19 dicembre 2008, alle ore 15.00, si terrà una riunione che prevede la partecipazione dei componenti del Consiglio per l'Immigrazione particolarmente interessati al problema e dell'AIDOS (Associazione italiana donne per lo sviluppo), che - con il supporto dell'Associazione Culture Aperte - sta conducendo nel Friuli Venezia Giulia un progetto, approvato e finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità, finalizzato all'abbandono di detta pratica. Quest'ultima associazione vorrà direttamente provvedere a comunicare la data della riunione agli ulteriori enti già individuati in base alle precorse intese.

IL PREFETTO (Balsamo)

In questa riunione, per la prima volta nella regione Friuli Venezia Giulia, il tema delle MGF è stato affrontato in un dibattito pubblico fra istituzioni e associazioni. La Prefettura ha voluto conoscere, in particolare, le azioni sinora intraprese dalle istituzioni per affrontare i problemi delle donne migranti portatrici di MGF. Due rappresentanti africane hanno denunciato il rischio che bambine nate in Italia da genitori africani vengano mutilate nei paesi di origine dei genitori durante le vacanze estive o altri periodi di permanenza.

La seconda riunione del Tavolo è stata organizzata dall'associazione Culture Aperte insieme all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 di Trieste nel comprensorio del ex-ospedale psichiatrico di San Giovanni.

La finalità di questa seconda riunione era quella di coinvolgere il numero maggiore di associazioni per creare un dibattito a livello regionale fra tutte le più importanti organizzazioni africane e di immigrati del territorio regionale.

Per l'occasione sono stati invitati i rappresentanti delle seguenti associazioni: A.S.C.A.T - Ass. Studenti Camerunensi Ateneo di Trieste, ACBFV - Associazione delle comunità burkinabé della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, ASEF - Associazione dei senegalesi di Trieste, Associazione italo-somala Sagal, Associazione Altra Metà, Associazione Barra del Mali, Associazione Camerun Connection, Associazione Circolo aperto, Associazione degli Etiopi, Associazione dei Nigeriani, Associazione Fulbé in Italia, Associazione Immigrati di Pordenone, Associazione Interethnos, Associazione Mediatori di Comunità, Associazione Mondo Tuareg, Associazione Montereale, Associazione Nuovi Cittadini, Associazione Pilgrim Christian Ministry Ghana, Associazione Progetto Stella Polare, Associazione Rehoboth Onlus,

Associazione Sacile mondo insieme, Associazione Udine Ivoriana, CACIT - Coordinamento delle associazioni e delle comunità degli immigrati della provincia di Trieste, Centro Culturale Islamico di Trieste e della Venezia Giulia, Centro Islamico friulano, Femmes Burkinabé di Pordenone, Ghana Association di Pordenone, ICS - Consorzio Italiano di Solidarietà, La Tenda della Luna, UCAI - Unione delle Comunità e Associazioni di Immigrati del Friuli Venezia Giulia.

Alla riunione erano presenti 46 persone fra cui rappresentanti della Direzione centrale Salute della Regione Friuli Venezia Giulia, dell'Azienda Sanitaria di Trieste e dell'Università di Trieste, un avvocato triestino e molte donne burkinabé.

Il gran numero di partecipanti africani/e, soprattutto di donne, ha fatto sì che nel corso del dibattito si sviluppasse un confronto serrato e articolato sui temi della famiglia, del matrimonio, delle motivazioni della persistenza della pratica e del suo abbandono.



/ COMUNITÀ AFRICANE E MUTILAZIONI DEI GENITALI FEMMINILI /

DI IRENA MARCETA

/ Consistenza numerica delle comunità africane nella regione /

Fare una stima della diffusione delle mutilazioni dei genitali femminili fra le donne e le bambine presenti sul territorio italiano è molto difficile, sia per la mancanza di dati precisi sull'immigrazione, sia, soprattutto, a causa del divario sempre presente fra la statistica e la realtà. Una stima è sempre un'approssimazione e le probabilità sulle quali basiamo le nostre stime spariscono e si annullano davanti ai destini delle persone reali. Inoltre, stimare l'incidenza del fenomeno MGF tra le comunità immigranti è di particolare difficoltà a causa della mancanza dei dati relativi al gruppo etnico di provenienza, allo status socio-economico, alla provenienza rurale/urbana, al livello di istruzione e all'età delle immigrate africane.

Tutti questi fattori influiscono fortemente sulla diffusione della pratica nel paese di origine, come dimostrano le ricerche DHS, Demographic and Health Surveys (Sondaggi demografici e sanitari) che hanno rilevato il tasso di prevalenza delle MGF in numerosi paesi africani, e come si

può vedere nel seguente esempio riferito alle donne ghanesi, fortemente presenti sul territorio italiano. Secondo le stime delle ricerche MICS, Multiple Cluster Indicator Surveys dell'Unicef, la percentuale di donne che ha subito una qualche forma di MGF in Ghana varia a seconda della provenienza da zone urbane (incidenza del 2%) o rurali (6%), con una stima nazionale del 3,8%. Assumendo che l'immigrazione ghanese rispecchi perfettamente la struttura socio-economica del paese, l'incidenza sul territorio del Friuli Venezia Giulia si dovrebbe calcolare in base alla stima dell'incidenza sull'intero territorio ghanese, portando a una stima di 65 donne ghanesi a rischio di MGF.

Supponendo che, però, provengano da zone urbane, tale numero verrebbe dimezzato (34 donne), mentre nel caso in cui le immigrate ghanesi provenissero principalmente dalle zone rurali, tale numero salirebbe quasi al doppio e conteremmo 102 donne potenzialmente a rischio.

L'appartenenza ad una particolare etnia è di ancor più grande impatto. In alcuni paesi ci sono dei gruppi etnici dove il fenomeno non è affatto presente e altri dove invece è largamente diffuso. Se le donne provenienti da un determinato paese appartenessero tutte a un'etnia che non pratica le MGF allora l'applicazione del tasso di prevalenza nazionale del paese falserebbe inequivocabilmente il dato per eccesso. O viceversa. L'appartenenza etnica è uno dei fattori più importanti per capire le norme comportamentali dei soggetti in merito alle MGF, e la carenza dei dati al riguardo rende impossibile una stima accurata dell'entità del fenomeno.

Inoltre, la stima del fenomeno basata solo sull'incidenza del fenomeno nel paese di origine non prenderebbe in considerazione l'impatto della socializzazione degli

immigrati. L'esposizione a una cultura diversa da quella di origine, dove le MGF non solo non sono praticate, ma sono anche considerate una violazione dei diritti umani, la penalizzazione legislativa della pratica, la difficoltà di accesso a strutture e/o persone disposte ad eseguire la pratica sulle bambine, tutti questi fenomeni possono contribuire a promuovere l'abbandono della pratica tra le/gli immigrate/i.

In mancanza dei dati necessari per stimare l'incidenza del fenomeno in Italia, in questa parte cercheremo di esaminare le statistiche sull'immigrazione dai paesi africani dove sono presenti le pratiche di MGF, per descrivere la comunità degli immigrati africani presenti nella regione.

Tre sono i tipi di dati utilizzati a tale scopo:

- le statistiche sull'immigrazione, in particolare: il paese d'origine, il sesso e la provincia di residenza in Italia,
- le statistiche sulla diffusione delle pratiche di MGF nel paese d'origine,
- le statistiche sul numero dei bambini provenienti dai paesi africani inclusi nell'analisi.

Quanto ai dati relativi all'immigrazione, abbiamo preso in considerazione i dati resi disponibili dall'ISTAT.

Tale scelta deriva dalla comparabilità per regioni e per singole province che lo strumento standardizzato della raccolta dati ISTAT offre. Il set più completo dei dati sull'immigrazione reso disponibile dall'ISTAT è quello sugli/lle stranieri/e residenti in Italia fino al dicembre 2006. Anche se i dati relativi al 2007 sono stati pubblicati, non possiamo riferirci ad essi poiché non abbiamo a disposizione la voce riguardante i paesi e le singole province del Friuli Venezia Giulia.

Il data set sugli/lle immigrati/e muniti/e di permesso di soggiorno nel 2007, per esempio, per quanto riporti i dati per

le varie regioni, non offre una statistica dettagliata sul paese d'origine (si riferisce soltanto ad alcuni paesi africani), né fornisce la distribuzione degli/lle immigrati/e nelle singole province di una regione.

È altrettanto interessante notare la discrepanza tra il numero degli immigrati degli/lle africani/e residenti in Friuli Venezia Giulia nel dicembre 2006 e il numero degli immigrati africani aventi il permesso di soggiorno nel gennaio 2007: mentre per tutte le altre comunità il numero degli stranieri residenti è di gran lunga inferiore al numero degli stranieri aventi il permesso di soggiorno, per la comunità africana tale rapporto è inverso: il numero degli africani residenti in Friuli Venezia Giulia supera di più di 3.000 unità il numero degli stranieri africani aventi il permesso di soggiorno.

Un trend simile si registra anche a livello nazionale, dove il numero degli africani residenti conta 200.000 individui in più rispetto al numero di africani con il permesso di soggiorno.

Al di là delle cause di questo fenomeno, che possono derivare da una particolarità dell'immigrazione africana, o da un errore nella raccolta dei dati, abbiamo deciso di utilizzare il data set nel quale il numero degli stranieri provenienti dall'Africa è maggiore. La scelta è stata guidata dai seguenti fattori:

1. I dati disponibili nei due data set: il data set relativo agli stranieri residenti nel dicembre 2006 era l'unico che recava sia le statistiche regionali sia quelle relative alle province, il paese di origine e la distinzione per sesso degli immigrati.
2. Nell'impossibilità di conoscere le cause della discrepanza dei dati sopradescritta, e nella mancanza di prove che mostrino un errore

nell'elaborazione dei dati, l'accuratezza dell'Istituto nazionale di statistica non può essere messa in discussione.

In ogni caso, bisogna tenere presente che i dati analizzati non si riferiscono all'immigrazione clandestina, il che rende le nostre stime inferiori a quella che è la vera diffusione del fenomeno.

Un'altra serie di dati utilizzati in questo rapporto riguarda il tasso di diffusione delle pratiche di MGF nel paese d'origine. L'incidenza del fenomeno MGF rappresenta una stima percentuale delle donne tra i 15 e i 49 anni portatrici di mutilazioni genitali.

Diverse organizzazioni internazionali hanno prodotto delle stime sulla diffusione del fenomeno nei paesi africani.

I dati utilizzati in questa ricerca sono quelli resi disponibili nell'ultimo rapporto pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e derivano principalmente da due fonti, entrambe considerate tra le più attendibili nel settore: le ricerche Demographic and Health Survey (DHS, pubblicate da Macro International) e le ricerche pubblicate dall'UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey (MICS). I dati utilizzati qui differiscono leggermente da quelli riportati dalle DHS (2004) e utilizzati da Yoder e Khan (2007), in quanto per alcuni paesi l'OMS ha prodotto stime più aggiornate derivanti dall'ultima ricerca effettuata dall'UNICEF (2006).

Vista la somiglianza del metodo utilizzato da DHS e MICS, le differenze al ribasso nelle stime sono probabilmente il prodotto del trend generale della diminuzione della diffusione di questo fenomeno (ad esempio in Ghana: 3,8, registrato nel 2005, invece di 5,4 nel 2003; Burkina Faso 72,5 nel 2005 al posto di 76,3 nel 2003; Repubblica Centro-Africana: 25,7 nel 2005 invece di 35,6 nel 2000).

Infine, quanto al numero delle bambine africane presenti sul territorio

del Friuli Venezia Giulia, utilizzeremo i dati resi disponibili dall'Ufficio Scolastico Regionale, il quale offre una precisa classificazione degli alunni stranieri che durante l'anno scolastico 2007-2008 hanno frequentato le scuole private e statali della regione. Anche se sarebbe preferibile utilizzare i dati che riguardano lo stesso campione dell'ISTAT, la mancanza di dati dettagliati sulle minorenni africane presenti nelle singole province ci ha costretto a rivolgerci a una fonte alternativa. Per tale motivo bisogna premettere alcune avvertenze sull'utilizzo e sulla lettura dei dati che offriremo. I dati dell'Ufficio Scolastico Regionale offrono un'analisi per stato di provenienza solo per gli/le alunni/e della scuola primaria di primo e secondo grado, lasciando invece fuori dalla statistica i bambini delle scuole d'infanzia. Questo significa che il dato sul numero delle bambine si riferisce alle bambine nella fascia di età compresa tra i 6 e i 18/19 anni, salvo variazioni dovute ad eventuali bocciature scolastiche, le quali possono comportare un aumento della fascia d'età. Inoltre esso non include le bambine che hanno interrotto gli studi dopo la conclusione della formazione obbligatoria. Alla fine, il dato relativo al numero delle alunne di origine africana, poiché include anche le figlie di extracomunitari/e clandestini/e, non può essere confrontato col numero degli stranieri residenti nel Friuli Venezia Giulia indicato dall'ISTAT.

La comunità africana residente sul suolo italiano secondo i dati ISTAT (dicembre 2006) conta un numero complessivo di 749.897 individui, tra cui 276.934 provenienti da paesi dove è presente la pratica delle MGF. Anche se principalmente composta da immigrati di sesso maschile, questa popolazione, con 103.219 donne, rappresenta una sostanziosa comunità nella quale il problema delle MGF è parte della vita quotidiana.

Nel Friuli Venezia Giulia la popolazione di origine africana constatava nello stesso periodo di 12.584 individui, tra i quali 7.887 provenienti da paesi nei quali è presente la pratica delle MGF. Come nel resto d'Italia, anche qui l'immigrazione da questi paesi si caratterizza per una forte prevalenza di individui di sesso maschile, un trend che nel tempo, però, tende a cambiare. Secondo i dati ISTAT, la percentuale delle donne immigrate africane rispetto al numero totale degli immigrati provenienti dall'Africa era intorno al 38,8% nel 2002, per salire leggermente nel 2006 a 39,8%. Le donne provenienti dai paesi nei quali sono presenti le MGF residenti sul territorio del Friuli Venezia Giulia sono 3.339 e rappresentano il 42% del numero totale degli/le immigrati/e provenienti da questi paesi.

Come si evince dalla Tabella 1, tra i paesi inclusi in questo studio, sul territorio regionale prevalgono ghanesi, nigeriani/e, senegalesi e burkinabé, che complessivamente costituiscono circa il 70% del nostro campione. Inoltre Costa d'Avorio, Congo, Camerun, Egitto, Togo, Etiopia, Angola e Liberia sono i paesi dai quali provengono più di 100 individui presenti sul territorio regionale, mentre gli altri paesi africani interessati dalla pratica delle MGF sono meno rappresentati nel Friuli Venezia Giulia.

Per una migliore comprensione del fenomeno e una descrizione della comunità africana residente in regione, bisogna osservare anche l'incidenza del fenomeno delle MGF nel paese d'origine. Come si rileva dalle stime dell'OMS, il fenomeno delle MGF non è ugualmente diffuso nei paesi africani e ci sono significative differenze tra i paesi inclusi in questa ricerca. La pratica delle mutilazioni dei genitali femminili è fortemente diffusa in paesi come la Somalia (il 97,9% delle donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni sono state oggetto di qualche tipo di MGF), Guinea

(95,6%), Egitto (95%), Sierra Leone (94%), Gibuti (93,1%), Mali (91,6%), Sudan (90%) Eritrea (88,7%), Gambia (78,3%), Etiopia (74,3%), Burkina Faso (72,5%), Mauritania (71,3%); mentre la più bassa incidenza si trova in paesi come Uganda (0,6%), Camerun (1,4%), Niger (2,2%), Ghana (3,8%) e Togo (5,8%).

L'abbandono progressivo delle MGF può avere un impatto positivo non solo nella prevenzione di tali pratiche in Italia, ma può anche, tramite i membri della diaspora come principali "esportatori" dei sistemi di valori, contribuire all'abbandono delle MGF nei paesi d'origine. In tale luce è importante sottolineare che sul territorio del Friuli Venezia Giulia ci sono più di 2.200 persone provenienti da paesi nei quali, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la pratica è molto o abbastanza diffusa. Nella **tabella 1** (pag. 152) si fornisce l'anno del rilevamento statistico (DHS o MICS) per ciascun paese, che non viene più riportato nelle tabelle successive.

/ Consistenza numerica delle comunità africane nelle province della regione /

Nella provincia di Udine (**tabella 2**), la popolazione delle/gli immigrate/i provenienti dai paesi nei quali è presente la pratica della MGF conta 2.585 persone, ovvero il 32% del campione regionale analizzato. La popolazione femminile qui è leggermente più numerosa rispetto al livello regionale del Friuli Venezia Giulia, rappresentando il 46% del campione analizzato. Inoltre, la provincia di Udine è la seconda provincia in regione per il numero di alunne provenienti dai paesi inclusi nell'analisi. Quasi il 33% delle bambine del campione regionale

analizzato frequenta la scuola privata o statale nella provincia di Udine (168 bambine).

Per quanto concerne le comunità della provincia di Udine dove le MGF sono presumibilmente maggiormente diffuse, si segnala una alta presenza di egiziani/e (3,7% del campione udinese) e di etiopi (3,2% del campione udinese), leggermente più presenti in questa provincia che non nel resto della regione (nel Friuli Venezia Giulia gli/le egiziani sono intorno al 2,2% e gli etiopi rappresentano l'1,7% del totale del campione).

Soltanto il 3% del nostro campione è collocato nella provincia di Gorizia (**tabella 3**). La percentuale delle donne in questa provincia (32% del campione regionale) è particolarmente bassa rispetto ad altre province della regione, una situazione dovuta a una più forte presenza di senegalesi. Su tutto il territorio italiano, l'immigrazione dal Senegal è caratterizzata da una prevalenza di immigrati di sesso maschile, quasi cinque volte più numerosi delle donne. Una prevalenza di senegalesi nel nostro campione per la provincia di Gorizia (più del 40%), significativamente maggiore che nelle comunità analizzate a livello regionale o a Udine e Pordenone (rispettivamente l'8%, il 6% e il 4% del campione), spiega lo sbilancio a favore degli uomini nella provincia di Gorizia. Quanto alla popolazione femminile, in questa provincia si contano 77 donne, tra cui 23 provenienti dalla Mauritania, il paese dove più del 70% delle donne ha subito questa pratica. L'alta concentrazione degli immigrati mauritani (su 56 cittadini provenienti dalla Mauritania, domiciliati nel Friuli Venezia Giulia, 54 vivono in provincia di Gorizia) si rispecchia anche nel numero delle alunne presenti nelle scuole di Gorizia. Tutte le sei bambine della Mauritania che vivono nella regione del Friuli Venezia Giulia frequentano una delle scuole

goriziane, rappresentando il 50% del numero complessivo per Gorizia delle alunne provenienti dai paesi analizzati.

Nella provincia di Trieste (**tabella 4**), la comunità da noi identificata conta 461 individui, di cui 144 donne. Similmente al trend registrato a Gorizia, anche qui la percentuale limitata delle donne nel gruppo è dovuta a una forte presenza di immigrati senegalesi. Di particolare importanza a Trieste è la comunità somala, principalmente concentrata in questa città (dei 62 componenti nel Friuli Venezia Giulia, 40 sono residenti in questa provincia), la quale si caratterizza da una parte per una forte diffusione delle pratiche di MGF (ben il 97,9% secondo gli indicatori OMS), e dall'altra da un'immigrazione femminile pari a quella maschile, se non più alta. Quanto al numero delle bambine di questi paesi che frequentano uno degli istituti scolastici triestini, si tratta di un numero molto basso: appena 7 bambine secondo i dati disponibili, provenienti da Nigeria (3), Senegal (1), Somalia (2) e Uganda (1).

La popolazione africana proveniente dalle zone ad alta incidenza di MGF residente in provincia di Pordenone (**tabella 5**) rappresenta la più grande porzione del nostro campione: con i suoi 4.604 membri rappresenta il 58% della comunità inclusa in questa analisi. Ghana, Burkina Faso, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo e Senegal sono i cinque paesi con la comunità più grande nel gruppo, rispecchiando, a grandi linee, quelle che sono le tendenze registrate a livello regionale. Anche l'immigrazione femminile in questa provincia rispecchia la situazione regionale, con una forte presenza delle donne provenienti dal Burkina Faso. Il numero di bambine in questa provincia è il più alto in regione, con 308 bambine: ben il 62% delle alunne di questi paesi presenti nel Friuli Venezia Giulia frequenta una delle scuole a Pordenone.

Tabella 1. Popolazione africana proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle MGF residente nel Friuli Venezia Giulia per sesso e cittadinanza al 31 dicembre 2006

Paese	M	F	Totale ²⁹	Alunne nelle scuole private o statali, primarie, di 1° o di 2° grado ³⁰	Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che hanno subito MGF nel paese d'origine ³¹	Anno del rilevamento nel paese d'origine
Angola	87	52	139	5	-	
Benin	60	34	94	5	12,9	2006
Burkina Faso	322	175	497	33	72,5	2005
Camerun	140	99	239	3	1,4	2004
Ciad	3	4	7	0	44,9	2004
Congo	41	42	83	25	-	
Costa d'Avorio	154	129	283	24	36,4	2006
Egitto	132	47	179	4	91,1	2008
Eritrea	23	35	58	2	88,7	2002
Etiopia	42	99	141	7	74,3	2005
Gambia	2	1	3	0	78,3	2005/06
Ghana	2183	1712	3895	305	3,8	2006
Gibuti	0	1	1	0	93,1	2006
Guinea	21	9	30	2	95,6	2005
Guinea Bissau	4	5	9	2	44,5	2005
Guinea Equatoriale	1	3	4	0	-	
Kenya	8	24	32	0	32,2	2003
Liberia	91	9	100	1	45 ³²	2007
Mali	20	15	35	0	85,2	2006
Mauritania	33	23	56	6	71,3	2000/01
Niger	33	28	61	8	2,2	2006
Nigeria	307	432	739	41	19	2003
Repubblica Centrafricana	2	0	2	0	35,9	2000
Repubblica Democratica del Congo	124	132	256	0	-	

segue →

Senegal	543	135	678	10	28,2	2005
Sierra Leone	16	2	18	1	94	2006
Somalia	29	33	62	3	97,9	2006
Sudan	29	6	35	0	90 ³³	2000
Tanzania	2	0	2	0	14,6	2004/05
Togo	93	49	142	8	5,8	2006
Uganda	3	4	7	1	0,6	2006
Totale	4.548	3.339	7.887	496		

29 Dati Istat, 2008.

30 Ufficio Scolastico della Regione Friuli Venezia Giulia, classificazione degli alunni stranieri per l'anno scolastico 2007-2008.

31 Fonte dei dati: Demographic and Health Surveys (DHS, Macro International); Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS, UNICEF).

32 La stima è stata elaborata sulla base di dati provenienti da indagini regionali svolte nel paese da P. Stanley Yoder e Shane Khan, *Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total* (in "DHS Working Papers", n. 39, USAID, 2008). Nella DHS realizzata nel 2007 in Liberia, dove la pratica è svolta prevalentemente all'interno di società segrete femminili denominate Sande, gli esperti di Macro International hanno preferito includere nel rilevamento la conoscenza e l'eventuale appartenenza a tali società segrete femminili. Ne risulta che l'88,6% delle donne è a conoscenza delle Sande, e il 65,7% ne fa parte. Poiché la mutilazione dei genitali, nella forma dell'escissione del clitoride, è una pratica imprescindibile per far parte di tali società segrete, è deducibile che la maggioranza se non tutte le donne che affermano di farne parte siano state sottoposte a MGF. L'indagine DHS rileva altresì un declino nell'appartenenza alle Sande nei contesti urbani, come pure con l'aumento dei livelli di reddito e istruzione e con l'abbandono dei culti tradizionali. Inoltre, ben il 45,2% delle donne tra i 15 e 49 anni intervistate ritiene che le Sande dovrebbero finire.

33 Il tasso di prevalenza si riferisce a un'indagine MICS condotta solo nel Nord del paese.

Tabella 2. Popolazione africana residente in provincia di Udine per sesso e cittadinanza al 31 dicembre 2006, proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle mutilazioni genitali femminili

Paese	M	F	Totale ³⁴	Alunne nelle scuole private o statali, primarie, di 1° o di 2° grado ³⁵	Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che hanno subito MGF nel paese d'origine ³⁶
Angola	14	13	27	0	-
Benin	42	28	70	3	12,9
Burkina Faso	2	4	6	2	72,5
Camerun	53	43	96	2	1,4
Ciad	3	2	5	0	44,9
Congo	4	2	6	4	-
Costa d'Avorio	53	55	108	13	36,4
Egitto	68	29	97	4	91,1
Eritrea	12	16	28	1	88,7
Etiopia	26	59	85	6	74,3
Gambia	1	0	1	0	78,3
Ghana	657	534	1191	100	3,8
Gibuti	0	1	1	0	93,1
Guinea	16	8	24	1	95,6
Guinea Equatoriale	0	1	1	0	
Kenya	6	12	18		32,2
Liberia	32	2	34	0	45
Mali	18	12	30	0	85,2
Mauritania	1	0	1	0	71,3
Niger	1	2	3	0	2,2
Nigeria	196	272	468	24	19
Repubblica democratica Congo	20	17	37	0	-
Senegal	124	54	178	6	28,2
Sierra Leone	5	2	7	0	94

segue →

Somalia	4	4	8	0	97,9
Sudan	14	2	16	0	90
Tanzania	2	0	2	0	14,6
Togo	27	10	37	2	5,8
Uganda	0	1	1	0	0,6
<hr/>					
Totale	1.401	1.185	2.586	168	

34 Dati Istat, 2008.

35 Ufficio Scolastico della Regione Friuli Venezia Giulia, classificazione degli alunni stranieri per l'anno scolastico 2007-2008.

36 Fonte dei dati: Demographic and Health Surveys (DHS, Macro International); Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS, UNICEF).

Tabella 3. Popolazione africana residente in provincia di Gorizia per sesso e cittadinanza al 31 dicembre 2006, proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle mutilazioni genitali femminili

Paese	M	F	Totale ³⁷	Alunne nelle scuole private o statali, primarie, di 1° o di 2° grado ³⁸	Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che hanno subito MGF nel paese d'origine ³⁹
Angola	0	1	1	0	-
Benin	2	0	2	0	12,9
Burkina Faso	2	0	2	0	72,5
Camerun	4	2	6	0	1,4
Costa d'Avorio	2	3	5	0	36,4
Egitto	10	1	11	0	91,1
Etiopia	4	9	13	0	88,7
Ghana	9	1	10	3	74,3
Guinea	1	1	2	1	95,6
Kenya	0	1	1	0	32,2
Liberia	2	0	2	1	45
Mauritania	31	23	54	6	71,3
Niger	1	0	1	0	2,2
Nigeria	6	9	15	2	19
Repubblica Centrafricana	2	0	2	0	35,9
Senegal	82	22	104	0	28,2
Somalia	1	2	3		97,9
Togo	0	2	2	0	5,8
Totale	159	77	236	13	

³⁷ Dati Istat, 2008.

³⁸ Ufficio Scolastico della Regione Friuli Venezia Giulia, classificazione degli alunni stranieri per l'anno scolastico 2007-2008.

³⁹ Fonte dei dati: Demographic and Health Surveys (DHS, Macro International); Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS, UNICEF).

Tabella 4. Popolazione africana residente in provincia di Trieste per sesso e cittadinanza al 31 dicembre 2006, proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle mutilazioni genitali femminili

Paese	M	F	Totale ⁴⁰	Alunne nelle scuole private o statali, primarie, di 1° o di 2° grado ⁴¹	Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che hanno subito MGF nel paese d'origine ⁴²
Angola	0	3	3	0	-
Benin	0	2	2	0	12,9
Camerun	58	32	90	0	1,4
Ciad	0	2	2	0	44,9
Costa d'Avorio	1	2	3	0	36,4
Egitto	15	4	19	0	91,1
Eritrea	3	10	13	0	88,7
Etiopia	2	8	10	0	74,3
Guinea Bissau	2	2	4	0	44,5
Guinea Equatoriale	1	2	3	0	-
Kenya	1	9	10	0	32,2
Liberia	0	4	4	0	45
Mauritania	1	0	1	0	71,3
Nigeria	13	23	36	3	19
Senegal	185	14	199	1	28,2
Somalia	21	19	40	2	97,9
Sudan	6	3	9	0	90
Togo	6	2	8	0	5,8
Uganda	2	3	5	1	0,6
Totale	317	144	461	7	

⁴⁰ Dati Istat, 2008.

⁴¹ Ufficio Scolastico della Regione Friuli Venezia Giulia, classificazione degli alunni stranieri per l'anno scolastico 2007-2008.

⁴² Fonte dei dati: Demographic and Health Surveys (DHS, Macro International); Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS, UNICEF).

Tabella 5. Popolazione africana residente in provincia di Pordenone per sesso e cittadinanza al 31 dicembre 2006, proveniente dai paesi nei quali è presente la pratica delle mutilazioni genitali femminili

Paese	M	F	Totale ⁴³	Alunne nelle scuole private o statali, primarie, di 1° o di 2° grado ⁴⁴	Percentuale di donne tra 15 e 49 anni che hanno subito MGF nel paese d'origine ⁴⁵
Angola	73	35	108	5	
Benin	16	4	20	2	12,9
Burkina Faso	318	171	489	31	72,5
Camerun	25	22	47	1	1,4
Congo	37	40	77	21	-
Costa d'Avorio	98	69	167	11	36,4
Egitto	39	13	52	0	91,1
Eritrea	8	9	17	1	88,7
Etiopia	10	23	33	1	74,3
Gambia	1	1	2	0	78,3
Ghana	1517	1177	2694	202	3,8
Guinea	4	0	4	0	95,6
Guinea Bissau	2	3	5	2	44,5
Kenya	1	2	3	0	32,2
Liberia	57	3	60	0	45
Mali	2	3	5	0	85,2
Niger	31	26	57	8	2,2
Nigeria	92	128	220	12	19
Repubblica Democratica Congo	104	115	219	0	-
Senegal	152	45	197	4	28,2
Sierra Leone	11	0	11	0	94
Somalia	3	8	11	1	97,9
Sudan	9	1	10	0	90
Togo	60	35	95	6	5,8
Uganda	1	0	1	0	0,6
Totale	2.671	1.933	4.604	308	

43 Dati Istat, 2008.

44 Ufficio Scolastico della Regione Friuli Venezia Giulia, classificazione degli alunni stranieri per l'anno scolastico 2007-2008.

45 Fonte dei dati: Demographic and Health Surveys (DHS, Macro International); Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS, UNICEF).



**/ LE MUTILAZIONI
DEI GENITALI FEMMINILI
FRA TRADIZIONE E
CAMBIAMENTO: DIRITTI,
SESSUALITÀ, IDENTITÀ /**

DI ORNELLA URPIŠ

/ Pratica e tabù /

La pratica delle mutilazioni dei genitali femminili è un tabù e come tale non può essere rivelato, nonostante il fatto che nei paesi d'origine ampie campagne d'informazione abbiano contribuito a dare visibilità nel discorso pubblico a tale tema. Ci sembra molto significativa al riguardo la testimonianza di Carla Corso⁴⁶ circa la sua esperienza con le donne africane. Queste hanno nei suoi confronti la massima considerazione, al punto da riferirsi a lei con il nome di "mamma" e da farla partecipe di tutti i loro problemi sessuali, di malattie, aborti, violenze e minacce di morte.

Eppure, nonostante questo intenso rapporto etico ed affettivo, non vogliono in nessun modo confidarle alcunché riguardo la loro situazione anatomica, che definiscono "normale".

Dice Carla Corso:

Io ho tentato molte volte di entrare nell'argomento. Tra l'altro la nostra mediatrice culturale aveva la stessa mutilazione, con lei eravamo, come dire, colleghe, e questo pensavo avrebbe reso possibile il parlarne con il suo aiuto. Invece innanzitutto negavano, negavano che fosse un problema, dicevano che era un problema solo nostro, dicevano che la cosa veniva praticata per ragioni igieniche perché così potevano lavarsi meglio ed erano più pulite, e quando sono entrata nel merito del piacere sessuale, proprio lì c'è stata una chiusura totale, perché loro dicevano che il rapporto sessuale era piacevole allo stesso modo.

In linea di massima, quando si cerca di coinvolgerle nel discorso, non rispondono, o glissano, come fossero impossibilitate a comunicare verbalmente questa esperienza. L'assenza di comunicazione è un fenomeno che riguarda persone provenienti da paesi o gruppi etnici diversi, ma anche il rapporto tra uomini e donne. Dice ancora Carla Corso:

Tutte le volte che ho provato a avviare un discorso su questo, specialmente con la mia collega, la mediatrice culturale, lei rimuoveva proprio il fatto, non voleva neanche entrare nel merito e parlarne, come se la pratica non avesse alcuna rilevanza nel rapporto con l'altro sesso. Su di lei mi sono interrogata diverse volte, perché aveva un compagno italiano e non credo che lei fosse stata la prima ed unica donna della sua vita: si sarà reso conto che c'era qualche differenza rispetto all'apparato genitale femminile di una donna italiana, eppure credo che lei non abbia mai discusso di questo con il suo compagno.

Gli stessi uomini intervistati affermano che questo aspetto della sessualità femminile non è un tema di discussione nemmeno fra marito e moglie, per due ragioni. La prima riguarda la struttura dei rapporti di genere all'interno della famiglia patriarcale, dove la distanza emotiva e di relazione

⁴⁶ Presidente del Comitato per i diritti civili delle prostitute, fondatrice insieme a Pia Covre del giornale Lucciola. Attualmente lavora in collaborazione con enti locali nel campo della prevenzione sanitaria per le prostitute come responsabile del Progetto Stella Polare.

affettiva è fondamentale, un vero elemento costitutivo. Il mondo è diviso in un universo maschile e in un universo femminile rigidamente separati e il pudore impedisce al maschio di varcare la soglia dell'intimità più profonda.

Quindi se le donne fanno queste cose, sono "cose di donne" e l'uomo non può e non vuole entrarci.

La seconda ragione riguarda, per certe realtà africane, la scarsa conoscenza dell'anatomia femminile e l'inadeguatezza dei criteri di confronto. Per esempio, la mutilazione dei genitali femminili è messa sullo stesso piano della circoncisione maschile: "È la stessa cosa, solo che è fatta sulle donne". Inoltre spesso gli uomini hanno rapporti sessuali solo con donne del loro gruppo etnico, dove la pratica può riguardare la totalità o quasi delle donne.

Un uomo senegalese illustra con molta chiarezza entrambe queste ragioni:

Diciamo che questa cosa è prettamente femminile: nel senso che in Africa, nelle comunità che lo fanno, gli uomini non c'entrano assolutamente niente, in linea di massima non è consentito loro dalla società parlare di questa cosa, per cui spesso ne sanno qualcosa solo quando hanno una figlia. Alcuni uomini, non avendo elementi di paragone, anche della loro stessa moglie non sanno se l'ha fatto o no. È un discorso di cui loro non sono in nessun modo partecipi, perché è una cosa totalmente femminile. La stessa cosa è per la circoncisione maschile, che viene gestita interamente dagli uomini. In questo caso c'è però sempre un interessamento delle donne, nel senso che sono le mamme comunque a prendersi cura dei bambini.

Dallo stralcio dell'intervista con un uomo burkinabé, padre di quattro figlie delle quali due (le più grandi) escisse,

che riportiamo di seguito, si vede quanto totale sia l'estraneità al tema e quanto disarmante l'ignoranza della sessualità femminile e delle conseguenze fisiche della pratica sul corpo delle donne.

D. E le femmine, vengono tagliate anche loro?

R. Sono le donne che si occupano di loro, perché in Africa le cose sono divise così: le donne si occupano delle femmine e i papà si occupano dei maschi. Si deve fare, non si deve fare... Per noi uomini se uno non lo fa si sente un po'... E allora lo deve fare. Però per le donne, noi immaginiamo sempre, se noi siamo così anche le donne sono così.

D. Ma non hai mai pensato che nel caso delle donne viene eliminato un organo con una precisa funzione, non solo la pelle, come nel caso della circoncisione maschile?

R. No, non ci pensiamo, perché se non sopraggiunge un problema uno non ci pensa, ci sono anche delle persone vecchie che non sanno queste differenze, per loro è una cosa che si fa da tanto tempo e allora anche le nuove generazioni la devono fare.

D. Ma le tue bambine in Africa?

R. Sì, loro sì, sono state fatte tagliare dalle loro mamme, sono già state fatte.

D. Tu allora eri contrario o non avevi nessuna posizione al riguardo?

R. No, non avevo nessuna posizione al riguardo: se tutti lo fanno e anche le stesse mamme sono state escisse, tocca anche alle figlie. Che cosa hanno visto per poter loro cambiare il proprio comportamento? Per cambiare bisogna ascoltare un altro che ha studiato, che ha scoperto delle cose. Allora possiamo dire: "Attenzione a quello che stiamo facendo, è uno sbaglio". Ma se non c'è questa informazione la gente continua, non è che lo fa per cattiveria.

Lo fanno per la loro dignità. Però crescendo, chi ha studiato, ci pensa due volte.

Anche chi ha viaggiato molto, perché da noi c'è un proverbio che dice che ci sono tre tipi di anziani: chi ha studiato molto anche se non è un vecchio, è come se lo fosse, perché ha capito tante cose; chi ha viaggiato molto, perché ha visto tante cose; e chi è molto vecchio. Ognuno ha studiato alla sua maniera. Ma ripeto, chi lo fa, non lo fa per cattiveria.

D. Dal punto di vista sessuale, una donna a cui è stato tagliato il clitoride ha una sessualità diversa da una a cui non è stato tagliato, o no?

R. Ho capito da una trasmissione in TV che chi è stata tagliata ha meno sensibilità, è meno sensibile.

D. È per questo che si chiama mutilazione...

R. Ah, ecco! Solo adesso scopro queste cose, perché finora non sapevo la differenza.

D. Cambia proprio la fisiologia.

R. Ah! Sì tolgono proprio qualcosa.

D. Tolgono proprio un organo legato alla sessualità!

R. Sì, l'organo ecco, però quelli che fanno queste cose, non è che sanno queste cose. Loro lo fanno per la dignità.

Secondo un'altra testimonianza, attendibile perché rilasciata da un medico africano, gli uomini in molti casi sono così ignari di come sono fatte le donne che a volte imparano a distinguere tra donne mutilate e non mutilate solo attraverso la visione di foto pornografiche che ritraggono le parti intime di donne bianche, o anche di donne africane, ma di diversi gruppi etnici.

In questo caso la pornografia sembra svolgere un ruolo importante di

conoscenza e offre anche un modello di paragone.

Come è già emerso, la consegna del silenzio sul tema delle MGF coinvolge non solo i rapporti tra uomini e donne, cosa riconducibile ai rapporti di genere in una particolare configurazione sociale e culturale, ma anche i rapporti tra donne. L'"impossibilità" di parlare della pratica con altre donne emerge da molti racconti. Il leit motiv è il seguente: la pratica, pur essendo una "cosa di donne", per essere condivisa deve essere esperita. In questa bella intervista, che riportiamo in parte, una mediatrice culturale congolese racconta di aver cercato di parlare delle MGF con una donna africana che assisteva, ma questa continuava a dire che lei non poteva capire:

R. C'è stata qualche donna che mi ha raccontato, ma non nello specifico, cosa aveva fatto. Cercava di farmi capire che ci sono delle cose da fare per poter essere..., lei era proprio una donna che si vantava.

D. Di che paese era?

R. Della Nigeria.

D. E cercava di farti capire che cosa?

R. Che ci sono certe cose da fare per potere essere più donna, cercava di spiegarmi, ma allora sfuggiva un po' con le parole. Cercavo di capire esattamente che cosa aveva fatto, perché parlava di sua figlia, e così ho colto l'occasione per chiederle direttamente: che cosa avete fatto, che cosa si fa? E allora lei esitava, eh, ma, sai, si deve, e non entrava nel dettaglio.

D. E allora lei ti ha fatto capire che bisogna fare qualche cosa?

R. Sì, c'è qualcosa che si fa, che si deve fare, che lei ha fatto.

D. Ma lei, secondo te, perché non te lo ha detto?

R. Penso per un problema di confidenza, perché conosco da poco questa persona, erano i primi contatti, forse più avanti, se continua la nostra relazione, allora credo che finirà per tirar fuori il segreto.

D. Ma forse non te lo diceva perché tu eri di un paese diverso dal suo o forse perché il fatto che tu fossi una mediatrice culturale le creava qualche problema nella comunicazione diretta?

R. Sì, c'era un problema di diffidenza.

D. Ma legata a che cosa?

R. Sicuramente al fatto che siamo di due paesi diversi e poi a lei sembrava strano che io non sapessi queste cose, che io non so nulla di queste cose qua. Perché lei mi ha detto tu non sai... e allora non ha voluto andare avanti.

Alla nigeriana sembrava strano che la congolese non avesse avuto l'esperienza delle MGF e non riusciva a parlare con qualcuno che non condividesse empaticamente lo stesso segreto.

Indubbiamente l'esperienza del taglio è vissuta con un forte impatto emotivo. A questo contribuisce probabilmente l'intensità emotiva legata al dolore che, vissuto simbolicamente in modo collettivo, va a definire l'identità e delimita i criteri di appartenenza al gruppo.

Il tabù è presente anche in persone che appartengono a classi sociali elevate e che, per mestiere e per cultura, vivono qui in contatto con molti immigrati. Per esempio, intervistando una mediatrice egiziana, veniamo a sapere che lei conosce la pratica, ma non sa definirla né in arabo né in italiano. Infatti, cerca di esprimersi attraverso strumenti visivi, vorrebbe

spiegarmelo attraverso un disegno, ma poi con difficoltà descrive a parole il tipo di intervento. Ciò è molto singolare, poiché dimostra una scarsa conoscenza della questione e uno scarso interesse ad approfondirla: si tratta di un argomento tabù, si sa che c'è, ma non se ne parla. La donna è una persona colta e questo è particolarmente stridente. Che in generale le MGF siano un argomento tabù anche nella classe colta lo si capisce dal fatto che in un certo momento dell'intervista, quando sotto la mia sollecitazione la mediatrice egiziana incomincia a parlare della conoscenza della pratica nel proprio nucleo familiare, emerge che la stessa madre è portatrice di MGF e che la sorella non ha sottoposto le figlie a MGF solo perché si era nel frattempo trasferita in Arabia Saudita, dove la pratica non viene richiesta dalla società, a ulteriore conferma che non si tratta di una pratica islamica, non essendo mai menzionata nel Corano. La sovrapposizione cultura - società, che sempre è presente nelle testimonianze, si incardina piuttosto nella prassi e nella tradizione religiosa, cioè nell'islamismo. Ma quando nella comunità statale islamica (come in Arabia Saudita) questa prassi non è contemplata, essa viene automaticamente abbandonata. Probabilmente ciò non avverrebbe, o perlomeno non in modo tanto automatico, se la comunità statale fosse considerata dagli immigrati come un altro da sé. Ma nel caso di un egiziano emigrato in Arabia Saudita, la continuità di usanze e costumi, dettata dalla lingua e dal credo religioso, porta a una immedesimazione diretta nella cultura e nella società del nuovo paese.

La mediatrice egiziana definisce "strano" il fatto che proprio in Arabia Saudita la pratica non esista, e questo ci fa capire come, nell'immaginario collettivo degli africani di religione musulmana, essa sia comunque collegata alla religione.

La non conoscenza della pratica ritorna nel discorso quando la mediatrice racconta l'episodio di una donna eritrea che, confidatasi con lei per alcuni problemi agli organi genitali, era stata inviata all'ospedale di Gorizia per un intervento chirurgico. Da quanto risulta dall'intervista, sembra che la giovane donna sia stata sottoposta a un intervento di de-infibulazione, ma la mediatrice non usa il termine e spiega che

ha subito quando era piccola questo taglio alle labbra ed è successo che le due parti delle labbra, dopo l'operazione, si sono legate e lei non poteva avere un rapporto sessuale perché era quasi chiusa e quando è venuta qua in Italia, come richiedente asilo, l'abbiamo aiutata ad andare in ospedale per aprire questa chiusura.

La natura di tabù delle MGF affiora quindi anche nella terminologia usata dagli intervistati. Nel discorso esse sovente non sono menzionate e risultano in modo allusivo e indiretto. Ci si riferisce a esse genericamente e vengono indicate dai più con il termine valutativamente ed emotivamente neutro di "pratica" o "cosa". Non viene mai usata l'espressione "mutilazione dei genitali femminili" (o l'acronimo MGF), anche perché alcuni non sono d'accordo su questa definizione.

Raramente nelle interviste gli/le africani/e (inclusi mediatori e mediatrici culturali) definiscono correttamente le MGF in base al tipo di intervento e alla tipologia convenzionale (classificazione dell'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità), cioè non usano quasi mai correttamente le definizioni di circoncisione, escissione o infibulazione, e sembra che non ne conoscano bene le differenze.

Un termine frequente è "operazione": "vengono fatte queste operazioni" oppure "una donna che ha fatto l'operazione e una che non l'ha fatta", o ancora "le ragazze che hanno subito queste operazioni non si

lamentavano, in verità".

Un'altra espressione usata è "taglio delle piccole labbra" o "la donna tagliata". Alcune donne intervistate utilizzano volentieri la forma implicita, omettendo di nominare la pratica: "Mia sorella non l'ha fatta ai suoi bambini", "le mie figlie sono state fatte". La MGF è sottintesa nel discorso e spesso si costruiscono le frasi in modo impersonale, omettendo il soggetto: "In Eritrea e in Somalia si pratica moltissimo".

Quando la mediatrice congolese, per esempio, parla delle MGF, anche citando altre donne, dice "cose da fare" o "queste cose". E quando parla di se stessa afferma di non sapere nulla di "queste cose qua", "nel mio paese, il Congo, questo non si faceva"; e nel dibattito seguito alla proiezione del film *Moolaadé* di Ousmane Sembène fa notare che le ragazze "non volevano farsi fare" o che "dovevano essere preparate". Nelle espressioni usate dalle persone provenienti da paesi africani si capisce come gli/le intervistati/e avevano una certa difficoltà a definire questa esperienza, cercando di volta in volta di parlarne in modo allusivo, quasi non appartenesse loro, almeno per il mondo esterno.

/ Modelli di cultura e società tradizionale /

La cultura è sempre chiamata in causa quale responsabile di ogni azione, anche di quelle palesemente contrarie ai diritti umani, come le MGF. Per una donna nigeriana la cultura è la legge da rispettare:

Per prima cosa in Nigeria non si usa il termine mutilazione, ma circoncisione. Con il termine mutilazione si intende che la

persona è indifesa, quello che noi facciamo è cultura, tradizione, religione e nessuno vuole andare contro la cultura, la tradizione, la famiglia o la religione.

Si noti l'identificazione tra cultura, religione e tradizione, tre nuclei prescrittivi potentissimi la cui sovrapposizione semantica fa sì che la prassi delle MGF sia assolutamente interiorizzata⁴⁷.

La maggioranza delle affermazioni degli intervistati rivela, infatti, un'aderenza automatica alle prescrizioni: "Perché è una cultura accettata da tutti" è un concetto ricorrente, che ritroviamo in varie formulazioni, ma sempre con lo stesso significato. Anche un'intervistata con un alto livello di istruzione e mediatrice culturale di professione, pur dichiarandosi contraria alle MGF e pur essendole stata risparmiata la mutilazione, sembra non essersi mai posta il problema in modo critico, o almeno non tanto da trasformare il proprio giudizio di valore in una azione di contrasto. Sembra essere anch'essa condizionata culturalmente, nonostante viva da tempo in Italia.

Il modello di cultura che emerge è comunque sempre quello patriarcale, dove tutto viene fatto in funzione del maschio, anche il matrimonio. Le donne "accettano", "subiscono" tutto nell'aspettativa di rispondere adeguatamente al ruolo prefissato per le donne, all'interno di un contesto nel quale il maschio è il centro:

Si intende che le donne accettano che alle bambine piccole vengano fatte queste operazioni, perché l'uomo desidera più la donna che ha subito queste operazioni che una che non le ha subite. Anche per quanto riguarda gli aspetti sessuali, la donna risponde meglio alle richieste dell'uomo, si

crea una sudditanza psicologica e le donne si sentono per sempre meno del maschio e al servizio del maschio.

Ciò suggella il dominio maschile sull'ambiente sociale, sulle donne e sui bambini: un modello che permette all'uomo, e non alla donna, la poligamia, a prescindere dall'appartenenza religiosa. Una donna camerunese racconta:

Il nostro problema è stata la poligamia, perché la convivenza di più donne nella stessa casa comporta tantissimi problemi. Uno dei motivi per cui mia mamma è qua, è proprio perché la convivenza era diventata difficile con le altre mogli e quindi con mio padre. I rapporti purtroppo non sono mai stati buoni e per me parlare della mia famiglia è sempre un problema. Mia madre è la prima moglie e quindi siamo più uniti tra di noi rispetto ai fratellastri. Comunque mio padre continua ancora a fare figli e ho un fratello che è più giovane di mia figlia.

Il modello culturale che emerge ancora dal racconto di altre intervistate, anche in relazione alla loro esperienza personale, è quello di un mondo dominato dalla tradizione, piuttosto chiuso e fortemente prescrittivo dove tutti devono "accettare queste usanze" e, in particolare, le donne "devono essere preparate", "devono essere costrette". Poiché il modello tradizionale è patriarcale, la divisione fra i sessi è sempre presente e le donne vengono socializzate da altre donne, soprattutto nel campo della vita sessuale e riproduttiva. L'educazione che ricevono in genere è improntata alla sottomissione al volere del marito e alla passività, cioè ad assumere comportamenti che violano il loro diritto a disporre liberamente della propria vita. Un ruolo fondamentale in questo senso è svolto dai membri della famiglia allargata. Sembra che le "vestali" delle tradizioni siano le zie. Esse svolgono un ruolo cruciale nella socializzazione delle bambine e sono loro che subentrano

⁴⁷ Sulle componenti della cultura e sulle proprietà distintive della cultura si veda, in particolare, il lavoro di Clyde Kluckhohn e Alfred L. Kroeber, *Il concetto di cultura*, Bologna, Il Mulino, 1963.

nel "lavoro sporco", ossia quando la madre non si sente di portare avanti certi discorsi sulla sessualità o certe pratiche, come le MGF:

Si, le zie premono molto perché la mamma può anche mollare, ma loro no, ci tengono. Sono anche le zie quelle che devono raccontare dei segreti e sono loro a insegnare la masturbazione alle bambine. (donna congolese)

La struttura patriarcale della famiglia costituisce ancor oggi il fondamento delle relazioni umane e dell'organizzazione della società africana. I rapporti fra i sessi, come ci vengono descritti dai/lle intervistati/e, sono di rigida separazione e improntati a una discrezione reciproca e a una distanza affettiva che corrispondono a strutturazioni ben consolidate di ruoli dominanti e di ruoli subordinati all'interno dell'ambiente familiare.

Nelle dichiarazioni di una donna beninese:

C'è sempre quasi una vergogna, se per esempio un uomo va in cucina a fare da mangiare, lavare i piatti, o se guarda i bambini. Non è comune. Ci sono quelli che lo fanno, non puoi dire che tutti gli uomini africani siano contrari, però sono una minoranza. E questi che lo fanno, sono comunque quelli che sono stati all'estero e quindi hanno visto che gli uomini possono fare queste cose senza perdere la loro dignità di uomo, hanno una veduta più ampia, sono più aperti. Però, per il vero uomo africano, al cento per cento, che ha sempre vissuto in Africa, è difficile che ci sia questa parità".

Uno degli intervistati afferma che qui, in Italia, aiuta in casa e si rapporta con la moglie in modo paritario, ma quando torna nel suo paese non osa avvicinarsi alla cucina o ai bambini, altrimenti verrebbe deriso da tutti.

Anche le manifestazioni di affetto fra moglie e marito sono, ancor oggi, molto contenute, e i rapporti restano improntati

a una certa formalità che, se non le esclude, certo le limita drasticamente: precisamente come avveniva tempo fa in certe campagne italiane, dove marito e moglie si davano del "voi" e la moglie definiva il marito "il padrone".

Questo dispositivo culturale, che rende rigidi, formali e distanti i ruoli familiari, risulta con evidenza dall'intervista rilasciata da una donna keniota:

R. Ho l'impressione che anche noi africani dimostriamo l'affetto fisicamente molto meno di quanto si faccia qua.

Qui la gente si bacia, si abbraccia, gli uomini con gli uomini, le donne con le donne, i bambini, ma anche gli adolescenti si interessano in prima persona a bambini piccoli, cosa che difficilmente si vedrebbe in Kenya: un ragazzo di 15 anni che si occupa di un bambino di 4, mai.

Qui in Italia, dove c'è, l'affetto in famiglia viene dimostrato continuamente, mentre da noi uno ha la sensazione che l'affetto c'è perché ci si incontra, ci si vede, si parla, si mangia insieme, però quando si tratta di toccarsi, di abbracciarsi, lo facciamo molto meno.

D. Dunque, secondo te gli italiani sono più espressivi nei loro rapporti familiari?

R. Certamente sì, verbalizzano l'affetto, ne parlano continuamente. Mentre i nostri genitori non ce lo dimostrano con le parole, ma in altro modo: lavorano tante ore per farci studiare, ci sgridano quando non studiamo bene. Si dimostra affetto con la ricercatezza dei cibi, ci si assicura che la ragazza li cucini in una certa maniera, che i vestiti dei figli siano puliti.

D. E quindi forse puoi dire che siamo più aperti qua, o non è la parola giusta?

R. Non so se gli italiani siano necessariamente più aperti. Quando sono cresciuta io i rapporti erano molto più formali.

In un'altra testimonianza addirittura lo scambio affettivo pubblico fra un uomo e una donna viene considerato come la dimostrazione dell'assenza di rispetto fra gli esseri umani nel mondo occidentale:

L'amore da noi non si manifesta così, alla luce del sole. Per la cultura africana, amareggiare in pubblico non è giusto anche per rispetto degli altri. Nella cultura africana le persone contano, mentre qui ognuno pensa solo agli affari suoi".

Nella struttura familiare patriarcale l'unico ruolo cui la donna può aspirare è quello di moglie e madre e "una donna, una volta che si è sposata e ha avuto dei figli, ha compiuto il suo unico scopo nella vita. È per questo che in Africa l'avvenenza è riservata solo alle nubili: "un bel corpo snello e scattante non è qualcosa da coltivare da parte di coloro che sono già sposate". Anche in queste parole di una donna nigeriana riconosciamo facilmente il nostro passato.

La netta divisione dei ruoli porta, molte volte, a situazioni di disagio sociale. Anche in queste circostanze, tuttavia, l'uomo tenta in ogni modo di mantenere il proprio dominio sulla donna:

I ruoli sono divisi e c'è un giudizio a priori su quello che una donna e quello che un uomo dovrebbero rispettivamente fare che condiziona le scelte e la vita della donna. Poi si trovano situazioni di povertà, dove le donne lavorano, lavorano, lavorano per mantenere la famiglia e gli uomini fanno poco, perché ci sono certe cose che gli uomini non fanno, ad esempio gli uomini non vanno a raccogliere l'acqua e in certe etnie le donne devono fare tutto, perché gli uomini devono fare solo i lavori da uomini e se questi lavori non ci sono, allora l'uomo sta a casa e si fa mantenere in qualche modo dalla moglie. (donna camerunense)

In base a diverse testimonianze, il concetto di tradizione a cui ci si appella

ogni volta che si vuole indicare qualcosa di giusto e di sacro, qualcosa a cui ci si aggancia per definire la propria identità, spesso ha il proprio centro proprio nella discriminazione della donna.

Nelle parole di un'intervistata kenota:

Si tende ad usare questa parola, 'tradizione', per obbligare le donne a restare in un certo contesto o comportarsi in una certa maniera: di fatto il mantenimento della tradizione implica che le donne continuino formalmente e praticamente ad essere cittadine di secondo grado per molte cose, purtroppo.

Naturalmente, la sua invocazione frequente sta a indicare di converso che la tradizione è in qualche misura indebolita, nel senso che può essere messa in discussione e deve anzi essere riaffermata per richiamare al suo rispetto coloro che se ne allontanano, o di cui si teme che se ne allontanino. Di qui il suo uso argomentativo e strumentale, finalizzato a difendere i privilegi acquisiti degli uomini e il mantenimento di uno status diseguale, che un tempo forse aveva una ragion d'essere, ma che attualmente appare privo di fondamento. Secondo una testimonianza:

La nostra società nasce da un sistema patriarcale in cui c'era l'uomo che era forte e doveva proteggere la famiglia. E i costumi basati sul criterio della forza fisica, sui privilegi di chi è il capo del gruppo, sulla rigida organizzazione della famiglia sono continuati, sono entrati nell'identità dell'essere umano anche quando si è persa la funzione di chi protegge, di chi porta da mangiare a casa. Chi è uomo viene identificato come un essere privilegiato e allora ci si dimentica che questi privilegi erano di qualcuno che faceva qualcosa per averli.

Sappiamo che la tradizione è donna nel senso che le donne sono chiamate a conservare il bene prezioso dell'identità

collettiva per tramandarlo ai figli mantenendo immutato un modello di organizzazione sociale consolidato nel tempo e infondendo un senso di sicurezza sociale. E la tradizione spesso si scrive sui loro corpi, passa attraverso i loro comportamenti, le loro emozioni, gli abiti che devono indossare. Si scrive anche con il sangue per cementare il gruppo in una comunità di affetti, e i corpi diventano lo spazio dove poter esprimere i contenuti dell'identità. Come scriveva Simone de Beauvoir, il compito della donna

consiste appunto nell'integrare la morte alla vita, alla società, al bene... Data l'influenza che la madre ha sui figli, è opportuno per la società farsela amica; per questa ragione la madre è circondata da tanti segni visibili di rispetto, additata a simbolo di virtù e oggetto di culto che è proibito infrangere sotto la pena di sacrilegio e di bestemmia; lei è custode della morale; e, serva dell'uomo, serva del potere, guiderà dolcemente i figli sulle vie stabilite, (S. De Beauvoir, 1949, p. 49).

La donna è forzata all'obbligo del rispetto della tradizione, dalla quale non può sfuggire pena la stigmatizzazione e l'esclusione sociale. In un mondo dove la sopravvivenza passa attraverso la struttura dell'istituto del matrimonio, una donna che ne viene esclusa rischia la propria vita.

/ Permanenza/mutamento del modello tradizionale nel processo di migrazione /

La struttura familiare che ancora appare dominante tra gli/le immigrati/e di origine africana è quella tipica della famiglia patriarcale, in cui le donne vengono rispettate, ma solo all'interno

della posizione sociale che viene loro assegnata. La disuguaglianza nei rapporti fra i sessi, tuttora diffusa nei paesi africani di provenienza, non si dissolve con tanta facilità a seguito, e in virtù, del processo di migrazione. Sembra che solo gli uomini che vivono in Europa da molti anni e che hanno studiato, per lo più all'università, riescano a modificare le proprie abitudini e le proprie convinzioni rispetto ai ruoli familiari e quindi alle dinamiche di potere fra i sessi. Gli altri continuano con il modello tradizionale che assicura loro sicurezza e rispetto, perlomeno all'interno del nucleo familiare. Addirittura, come ci rivela un'intervistata angolana, "assorbono il peggio di là e il peggio di qua", nel senso che rimangono autoritari e prepotenti con le donne, ma anche si liberano dalle regole sociali e si mettono a fare i "farfalloni" con tutte.

Quel percorso di mutamento, di modificazione e di espansione dell'identità che spesso viene associato alla migrazione è tutt'altro che automatico e scontato, e spesso per le donne la lealtà alla tradizione, la conformità ai valori e ai comportamenti ascritti, rimane immutata. Per alcune di loro l'impatto con il paese d'accoglienza è traumatico. Questo mondo le impaurisce e le disorienta. Una donna beninese dice:

Sono in un paese straniero. Al mio paese non c'era tanta gente e vedere in strada così tanta gente mi fa paura. Io sto sempre chiusa in casa. Anche la sera quando mio marito va al lavoro sono sempre chiusa dentro, da sola. Non ho amici qua, anche perché non so parlare italiano. Alla mattina accompagno mio marito alla stazione poi faccio un giro e ritorno, l'italiano l'ho imparato così, sulla strada.

In un'altra testimonianza:

Quando sono arrivata qui non mi piaceva per niente perché mio marito lavorava e io ero a casa tutto il giorno da sola. Nel nostro

paese non rimaniamo mai soli, ci sono amici, c'è gente. La prima volta che lui è andato a lavorare e io sono rimasta da sola, sono uscita dalla porta e non c'era nessuno e mi sono chiesta: ma che paese è questo? Ho detto a mio marito: non mi piace, che paese è questo, io torno indietro. E lui mi ha detto: piano, piano capirai com'è la vita qui.

I ricordi della vita passata, la nostalgia e la mancanza di punti di riferimento fanno sì che la tradizione, con tutte le sue implicazioni, diventi l'unico *ubi consistam* di queste persone.

Molte donne africane che entrano in Italia con il permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare e che hanno bambini piccoli non riescono in nessun modo ad aprirsi alla nuova società. Il carico di lavoro familiare è tutto sulle loro spalle, poiché i mariti, conformemente ai ruoli di genere tradizionali, non collaborano o, pur volendo collaborare, non possono farlo per via degli impegni pesanti di lavoro. La donna è sola, priva della rete di sostegno familiare. Una donna senegalese afferma:

Con la stessa fatica che faccio qui per seguire due bambini, in Africa potrei allevarne cinque. Da noi è la famiglia, tutta la comunità, che si occupa dei bambini. Qui io sono sola.

Questo aspetto della solitudine è presente in molte testimonianze. La donna che non lavora vivono molto isolate e tutte all'interno della propria famiglia ristretta. L'unico spazio di relazione sociale è costituito dai propri mariti e da altri/e africani/e residenti, non necessariamente provenienti dallo stesso paese.

Spesso si dice che la solitudine è il prezzo della libertà. Se questo è vero, non lo è certamente per le donne immigrate. L'isolamento e la frammentazione della rete familiare allargata cui erano abituate nei paesi di provenienza non indeboliscono

affatto le pressioni sociali alle quali le donne sono sottoposte. Sembra infatti che il ruolo di alfieri della morale e custodi della tradizione, in assenza dei genitori, dei mariti, dei fratelli, delle zie, del capo villaggio, ecc. venga assunto dai membri della nuova comunità di riferimento, connazionali o africani provenienti da altri paesi, che agiscono spietatamente contro ogni scollamento dalla tradizione controllando i comportamenti delle "loro" donne.

Molto eloquente è la testimonianza di una mediatrice culturale sul caso di una giovane eritrea che era stata de-infibulata:

Lei era un po' sconvolta, io l'ho vista anche dopo l'operazione, perché l'ha raccontata a qualche amica e queste sono andate a dirlo a tutti i ragazzi dell'Eritrea che vivono qui. Così ha subito una concentrazione di attenzione, per il fatto che una ragazza va a fare questa operazione non è ben vista, tutti domandano per quale motivo ha fatto questa operazione...

La de-infibulazione non è accettata, gli altri eritrei non l'hanno presa bene perché loro deducevano da questa notizia che questa ragazza, ora che è venuta in Italia ha cambiato costumi, invece doveva essere sempre la stessa e vivere come in Eritrea, sposando uno dell'Eritrea e solo al momento del matrimonio poteva fare questa operazione, cioè aprire questa chiusura.

La riprovazione sociale a cui era sottoposta la giovane donna era così forte che l'intervistata ha dovuto allontanare la ragazza dal gruppo e spostarla, in quanto rifugiata politica, in un'altra città per evitarle danni psichici:

La ragazza reagiva in modo nervoso, qualche volta non mangiava, non si sentiva a suo agio. Si sentiva osservata da tutti.

A volte invece lo scontro fra culture è così forte da produrre una sorta

di incapsulamento dell'identità, ovvero di appropriazione di segni distintivi tradizionali, o presunti tali, al fine di rafforzare la propria identità differenziata. È il caso di alcune donne "tradizionaliste", che di fronte al tema delle MGF rimarcano la loro autonomia e la loro dignità culturale, come hanno fatto ad esempio le donne nigeriane con le quali ha tentato di parlare delle MGF Carla Corso e di cui abbiamo riferito in apertura. Ma questo atteggiamento tradizionalista lo ritroviamo anche in donne che si appropriano di segni distintivi come simboli di libertà, ad esempio la scelta di indossare il velo islamico anche quando questo costume non corrisponde a quello del proprio paese di origine, né il velo era mai stato indossato prima. In questi casi assistiamo frequentemente al fenomeno della "invenzione della tradizione" messo in luce da Hobsbawm (1989).

In molte altre situazioni, tuttavia, il rapporto con il nuovo mondo stimola nelle donne un genuino processo di emancipazione. Ciò avviene, come è ovvio, soprattutto nel caso delle donne che lavorano. Queste iniziano, a volte per la prima volta nella loro vita, a gestire delle risorse autonomamente. Inoltre esse si espongono a un mondo diverso, con possibilità e opportunità di autorealizzazione che non pensavano esistessero. Nella testimonianza della mediatrice congolese, per esempio:

Ci sono donne che vogliono avere la loro libertà, donne che sono venute qua con il ricongiungimento familiare, poi non si trovano più con il marito, non gli piace più, hanno visto quanto valgono qua, si sono emancipate. Queste donne cercano di fare un'evoluzione e dicono: mi faccio da sola, voglio vivere da sola, voglio la mia libertà, voglio gestire da sola i miei soldi, voglio, voglio, voglio. Se si separa dal marito è libera e può fare quello che vuole.

Il primo passo verso l'emancipazione è spesso traumatico e, come si vede, va a influire direttamente sugli equilibri familiari, provocandone a volte il collasso. La rottura con la tradizione e il processo di emancipazione sembra portino, in mancanza di una parallela presa di coscienza dei diritti e dei doveri fra i coniugi, alla disgregazione della famiglia tradizionale. Emergono crisi familiari che non si sarebbero verificate se le donne avessero continuato a subire passivamente un rapporto di potere consolidato, senza metterlo in discussione proprio per la mancanza di proprie risorse economiche e sociali. Secondo la mediatrice, ancora, questi percorsi di emancipazione avvengono proprio qui, in Italia, perché

è tutta un'altra società: una donna lo capisce già per il fatto che può andare a lavorare, che può avere il proprio stipendio, mentre prima dipendeva da lui. Adesso qua può andare con il suo bancomat a prelevare i soldi, e quindi è tutto diverso, ci sono tante cose di cui occorre tenere conto, se non gestisce bene i suoi soldi, può perdere il controllo di sé e magari distruggere la sua famiglia.

La migrazione è vissuta come una crescita e, soprattutto, incide fortemente sulla costituzione di una nuova identità. Essa sgancia, in molti casi, le persone dalla comunità di appartenenza e ne favorisce la crescita individuale, con tutti i drammi connessi.

Le donne emancipate (le donne "con il bancomat") ovviamente si allontanano dalla tradizione e dai modelli di comportamento consolidati quali le MGF. Anche le emancipate "moderate", che riescono a mantenere alcune strutture dell'identità e a modificarne altre senza grossi traumi, si allontanano comunque dai modelli del passato. Nelle parole di una donna africana:

Qui non ha più senso continuare con queste tradizioni, ora il mondo è diverso e siamo tutti cambiati.

Sicuramente questo quadro vale per alcune donne. Tuttavia, come avevamo già anticipato, in molti casi è difficile dire quanto il cambiamento sia profondo e investa realmente i nuclei dell'identità.

Sugli aspetti di crisi dei rapporti coniugali basati *tout court* sulla tradizione e sugli inevitabili processi di mutamento dell'identità delle donne africane nei paesi occidentali è forse esemplare questa discussione raccolta nel corso di un focus group (con la lettera U si intende uomo e con la lettera D si intende donna.

I numeri corrispondono a risposte date da persone diverse):

D. Ma c'è qualcosa in questo percorso di migrazione che ti ha cambiato, sei diverso oppure sei rimasto sempre uguale? Sei migliorato, sei peggiorato? E se sei migliorato, in che cosa?

R - U1. È più vicino a sua moglie.

D. Adesso è meglio? Voi eravate già sposati quando eravate in Africa?

R - U2 e R - D3. Sì!

D. Siete venuti su insieme? O prima lui e poi tu lo hai raggiunto?

R - D3. Prima lui.

D. E tu quando sei arrivata lo hai visto diverso?

R - D3. È sempre uguale.

D. Ma ti aiutava di più rispetto a quando era in Africa? A casa, tu aiuti?

R - U2. Io sono il padrone di casa e allora il padrone cosa deve fare?

R - D3. Sì, aiuta un pochino, ma lui va a lavorare.

D. Ma voi (riferito alle donne) che lavorate fuori casa, come fate con i lavori domestici?

R - D1. Io qua vedo tanti uomini africani che sembra che sono obbligati ad aiutare in casa, perché in Africa un uomo non si metterebbe mai, ma proprio mai ad aiutarti a fare le pulizie della casa. Qua lo fanno senza che la moglie o la ragazza o la fidanzata glielo chiedano, spontaneamente, perciò è una cosa che gli uomini cambiano automaticamente.

D. Perché secondo te automaticamente?

R - D1. Non perché sono costretti, ma perché anche loro lavorano e vedono quanto è difficile, quanto è faticoso il lavoro fuori casa. Se hanno una moglie vicino è in base a quello che, secondo me, cambiano e la aiutano nelle faccende domestiche. E ne ho visti tanti che fanno così. Invece in Africa, anche quando torno a casa, nessuno aiuta in casa, non esiste proprio.

D. Allora quando tu sei qui aiuti tua moglie in casa e quando torni al tuo paese non lo fai più?

R - U2. È anche una roba di religione. Io sono musulmano.

D. E questo cosa c'entra?

R - U2. L'uomo deve combattere per la donna, andare a cercare fuori e portare a casa, il lavoro di casa lo deve fare la donna!

D. Invece un uomo di religione cristiana?

R - U1. È uguale! Da noi è vietato che a casa il marito faccia qualunque cosa. Qua in Europa noi vediamo che il marito prende il bambino... mamma mia! (risate)

D. Ti fa impressione?

R - U1. Io non tocco i bambini!

U2. Però scusate, mio padre aiutava.

R - D1. Lascia perdere, lui dice così, però a casa poi è diverso. Solo quando va giù non muove un dito, neanche per miracolo!

R - D2. Loro hanno la volontà di aiutare, però se per caso viene gente che li vede, dice "Cosa fai? Lavi i piatti per tua moglie?"

R - U1. Non è più un uomo degno di questo nome!

R - D1. Il problema è che in Africa le donne sono educate e crescono in base alla casa, da quando sei piccola devi saper cucinare, lavare i piatti, mettere a posto la casa. Invece un uomo là cresce senza tutto questo, un maschio là ha tutto il tempo libero per andare a giocare, non fa i lavori di casa. Hai mille punizioni, ti picchiano, non ti danno i soldi la mattina, perciò sei costrettissima a fare i lavori di casa, mentre i maschi sono liberi. Vorrei essere anch'io maschio, veramente!

D. La gestione dei soldi come funziona?

R - U2. Il marito mette i pantaloni, le donne non mettono i pantaloni.

D. E quindi la gestione dei soldi è tutta in mano al marito? Ma per esempio i conti bancari, voi avete un conto bancario, ovviamente, intestato a chi, a te, a tua moglie o a entrambi?

R - U2. Al marito!

D. (rivolgendosi a una delle donne intervenute di meno) Tu hai un conto bancario? A nome tuo o congiunto con tuo marito? A dire il vero, anche io ce l'ho congiunto con mio marito...

R - D3. Sì.

R - U4. Secondo me stiamo mischiando un po' le cose: in Africa questo ha senso, ma non è come qua.

Se noi viviamo a modo nostro, cioè come viviamo in Africa, il marito ha il conto perché è lui che dà i soldi alla moglie e se lei lavora i suoi soldi sono per lei, per i suoi figli, però il marito copre tutto. Se lei lavora può anche avere più soldi dell'uomo e lei se vuole aiuta, però il carico della famiglia ce l'ha l'uomo. Per quanto riguarda il conto bancario, qua lo facciamo e lo facciamo perché siamo venuti qua e subiamo le vostre regole, però giù in Africa avere un conto familiare non esiste o quasi.

D. Conoscete qualcuno del vostro paese d'origine o di qualche altro paese africano che si è separato o divorziato qui in Italia? Coppie che sono venute e poi si sono separate?

R - D1. Sì, lo fanno, lo fanno.

R - U4. Io prendo l'esempio di un nigeriano che conosco: il marito ha fatto venire sua moglie qui. Quello che lei pensava dell'Italia quando era in Africa, era quello che vedeva in TV, un'immaginazione, filmati di case bellissime, un sogno, e pensava che se fosse venuta qui avrebbe fatto la stessa vita. Poi quando è venuta, come hanno già detto loro, ha visto che stava a casa da sola tutto il giorno quando il marito andava fuori, un altro mondo...

D. Certo. E le persone di vostra conoscenza che si sono separate, sono tante?

R - U2. Sì, io so di un ghanese. È venuta prima la moglie e poi ha fatto venire suo marito e si è comportata da padrona, dava ordini a suo marito di fare le pulizie.

R - U4. Per dire che ha preso l'abitudine di qui.

D. E poi si sono separati?

R - U2. Sì, lui ha detto: "Ma come, nel mio paese non succedono queste robe!".

D. Perché ci sono separazioni che avvengono qua e invece giù no?

R - U4. Perché, quando arriva qua, trova il contrario rispetto a quello che pensava prima partire.

D. E cosa trova al contrario? Che differenze?

R - D1. Gli africani che divorziano qua dimenticano la tradizione, l'origine del proprio paese. Per questo arrivano al divorzio. Una donna dice: "Cucino io oggi, ma domani tocca a te, perché lavoriamo tutti e due". Invece, nella tradizione africana, anche se la donna lavora, in casa deve fare tutto lei. Certo, anche il marito ti aiuta, ma deve farlo con il cuore.

R - U1. Volontariamente, non un obbligo!

R - D1. Non è che adesso ti metti a fissare delle regole nuove: come siete abituati a fare voi qui è una cosa naturale e normale, per noi invece è fuori regola, è per questo che tanti divorziano qua.

D. Quindi divorziano, mi pare di capire, perché le donne impongono nuove regole ai mariti?

R - D1. Non è che impongono, loro vogliono che i loro mariti siano come gli europei, che i loro mariti vivano nel modo in cui si vive qui.

D. Quindi tu dici che la tradizione è più rispettata dagli uomini che dalle donne?

R - D1. Sì, perché gli uomini si avvantaggiano, hanno più diritti, la tradizione è più a loro favore.

Secondo alcuni/e intervistati/e, gli/le immigrati/e africani/e non cambiano

tanto quando sono qui. Il cambiamento è superficiale o fittizio, come sostiene una mediatrice culturale:

Non sembra esserci un dibattito all'interno delle comunità degli africani locali sul tema delle MGF, né su altro e comunque, secondo me, le persone non cambiano le loro abitudini e meno che mai quelle ancestrali: "si è sempre fatto così". Coloro che vivono l'esperienza della migrazione cambiano solo in apparenza, ma nel profondo rimangono come erano.

Della stessa opinione è anche un medico che ha lavorato in Africa e che conosce bene molti africani che da anni si sono trasferiti qui:

È tutta una finzione, la verità è che rimangono uguali a se stessi, non cambiano tanto, anche perché per molti probabilmente la migrazione è vissuta pensando sempre a un ritorno nella propria terra.

Nelle parole di un uomo beninese:

Quando torno al mio paese mi sento felice.

Non dobbiamo dimenticare che questo attaccamento alle tradizioni, tra le quali a volte figurano anche le MGF, è il risultato dello stesso percorso di migrazione. Un processo a volte doloroso. I percorsi di migrazione espongono infatti le persone a molte incertezze e a prove di vita molto severe. In molti casi non rimane più nulla dell'identità di partenza, o solo pochi elementi, qualche foto, qualche oggetto, qualche ricordo o un comportamento. Un uomo del Burkina Faso racconta così la sua esperienza in Italia:

R. Io ho vissuto tanti anni nella migrazione, diciamo che sono cresciuto nella migrazione. Anche in Africa ero un migrante. Sono nato in Burkina Faso, però da giovane ho vissuto in Costa d'Avorio per tanti anni. Lì sono

stato presidente di una grande associazione della mia comunità, cioè delle persone del Burkina Faso in Costa d'Avorio. Tanti anni, perché noi siamo vicini alla Costa d'Avorio e molti burkinabé emigravano. L'associazione si chiamava *Union fraternelle des jeunes burkinabé* in Costa d'Avorio. L'associazione era una cosa incredibile. L'ho lasciata nel 1992, proprio per venire in Italia. Ho lasciato questa associazione con grande difficoltà perché non ho potuto dire la verità alla mia gente, non potevo dire che venivo in Italia per tanto tempo, ed anche io non pensavo di fermarmi per tanti anni, però le cose sono andate così. Sono arrivato, il 4 dicembre 1992 nel ghetto di Villa Literno, in provincia di Napoli - hai mai sentito parlare del ghetto di Villa Literno? In quegli anni non era per niente facile per noi immigrati, soprattutto neri, perché gli italiani non erano abituati a questo colore. I primi tempi sono rimasto a Napoli, nel ghetto di Villa Literno. Sono arrivato a Roma e sono andato direttamente lì, perché in quel momento guidavano tutti i neri in questo posto perché c'era un piccolo villaggio di immigrati neri, tutti raggruppati lì e ti facevano lavorare nei campi.

D. E come sapevi che potevi andare lì?

R. Eravamo guidati dalla gente, da altri come noi che erano arrivati prima di noi. Quando arrivavi a Roma ti dicevano: "Prendi il treno e quando arrivi a Villa Literno scendi e troverai tanti altri africani".

D. Dove abitavano i braccianti agricoli lì?

R. C'erano una vecchia casa colonica e una cascina dove una volta allevavano il bestiame. Perché gli immigrati non trovano casa, noi non avevamo documenti. Quando siamo arrivati avevamo i documenti, siamo scesi dall'aereo come tutti, però poi non avevamo più il permesso. Siamo rimasti lì per tanto tempo, nel luglio del 1994 il ghetto è stato bruciato. Il ghetto dove abitavamo. Siamo rimasti fuori, senza casa per tanto tempo.

Questa cosa era un po' politica, anche se io non voglio entrare in queste cose, ma l'incendio era stato appiccato di giorno e non di notte, era stato appiccato da qualcuno che voleva toglierci da lì.

Abbiamo avuto poi aiuti da persone di buona volontà e da associazioni.

Ci hanno divisi nei centri di accoglienza a Napoli. È stata dura, ma da quando io sono venuto in Italia ho sempre lavorato, perché sono sarto e faccio abbigliamento per donne, uomini e bambini. A Napoli ci sono piccole fabbriche dove io ho sempre lavorato. Purtroppo tutto lavoro in nero, non c'era nessun contratto. Sono rimasto lì per sette anni, ho provato anche a far qualcosa di diverso, ma le aziende che mi davano il lavoro mi facevano lavorare tanto e poi non pagavano. Dopo sono venuto a Pordenone, ma per spostarsi dal Sud al Nord bisogna avere un posto per dormire. Avevo un mio amico qui e lui mi aveva promesso che mi poteva dare un posto per dormire, avevo già i documenti perché nel '95-'96 con il decreto Dini avevo avuto il permesso di soggiorno. Ecco perché mi sono trovato a Pordenone e quando sono arrivato ho subito lavorato perché io ho una famiglia.

Anche nelle testimonianze di un gruppo di africani/e (focus group) raccogliamo elementi che ci confermano la durezza e la violenza cui sono sottoposte molte persone di origine africana che vivono in Italia.

U1. Napoli è la base per tutti gli africani. Napoli è come l'Africa!

Anche senza documenti, oggi arrivi, domani vai in piazza e trovi un lavoro. Dopo aver ottenuto un documento, vai dove vuoi. Ora noi tutti lavoriamo.

D1. Io ho lavorato in fabbrica per nove anni. Molto duro, difficile. Ci tengono come schiavi soprattutto per il nostro colore, è dura. Ero considerata meno degli altri. Il rapporto con i colleghi era buono, ma dovevo fare più di loro perché ero nera. Il padrone non era mai

in fabbrica, ma c'era un altro che stava lì a controllare, non potevo muovermi neanche un secondo, neanche girare la testa. Gli altri potevano fare tutto, io no. Dovevo stare lì e andare sempre avanti. Ho lavorato così per nove anni.

D2. Da quando sono venuta qui, vado sempre in chiesa e se non ci vado sento che mi manca qualcosa. Ma in chiesa le persone italiane si sedevano lontano da me.

U2. Robe da razzisti!

/ Difformità di comportamenti e prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili /

In un mondo dominato da una cultura tradizionale e maschile, dove la pratica non sempre viene messa seriamente in discussione né dalle istituzioni politiche, né dalle istituzioni religiose e solo raramente dall'opinione pubblica, quasi sempre nell'ambito di campagne che beneficiano comunque di un sostegno economico estero e che quindi vengono percepite come "eterodirette" ed estranee alla cultura locale, i padri di famiglia possono essere i soggetti più indicati per definire un percorso diverso, ma all'interno dello stesso modello, che porti all'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili.

Sappiamo di diversi casi in cui questi, influenzati dalla modernità e dalle proprie conoscenze poiché più esposti al mondo, si oppongono, talvolta ferocemente, all'applicazione delle regole tradizionali nella propria famiglia. Anche i figli maggiori che hanno studiato o hanno avuto delle esperienze all'estero, possono svolgere un ruolo importante, come dimostra la testimonianza di uno degli intervistati:

Nella mia famiglia solo le mie sorelle più grandi hanno subito l'escissione. Le altre no, grazie alla mia battaglia personale assieme a mio fratello che ha studiato le materie scientifiche a scuola (uomo senegalese).

Sono questi uomini "illuminati" che, contro il parere diffuso, e a volte anche contro quello della propria moglie, salvano le figlie:

Io non sono stata circonscisa perché mio padre si era opposto alla pratica. Mia madre lo era, e avrebbe voluto continuare la tradizione, ma mio padre non voleva assolutamente. Spesso sono più contrari gli uomini delle donne. (donna egiziana)

Inoltre le donne, per il tipo di socializzazione che subiscono, sono più inclini degli uomini a rispondere passivamente alle condizioni esterne, e hanno quindi una propensione ad aderire acriticamente ai modelli prescritti di comportamento. Gli uomini sviluppano invece delle capacità di immaginazione e relazione con gli ambienti sociali superiori a quelle delle donne e ciò li favorisce nell'adattamento a luoghi e mondi differenziati. (M. Mead, 1989).

L'interiorizzazione dei modelli di comportamenti nelle donne è così forte che, più degli uomini, non ammettono scollature dalla tradizione, come dice una donna del Madagascar:

Io credo che sia la donna a peggiorare la situazione delle altre donne. Noi siamo molto intransigenti, severe verso le donne come noi. Cioè, noi siamo donne, però a volte pensiamo con una mentalità maschile e credo che la donna abbia anche tanto potere se vuole esercitarlo.

Quanto detto non intende minimamente sottovalutare l'importanza della politica e della legislazione. L'esperienza dimostra che nei paesi in cui la leadership

politica produce buone leggi e diffonde un messaggio culturale adeguato promuovendo campagne di informazione contro le MGF, i comportamenti tradizionali possono cambiare e stanno di fatto cambiando, come dimostra il tasso di prevalenza delle MGF, in declino progressivo nella stragrande maggioranza dei paesi africani dove sono state realizzate più campagne di sensibilizzazione. Molti si sono detti convinti che una buona legge ed efficaci azioni repressive possano ridurre drasticamente la portata del fenomeno, soprattutto nei paesi africani dove la pratica è diffusa.

Nella testimonianza raccolta in un'intervista con un uomo del Benin, in riferimento al proprio paese d'origine:

Le MGF venivano praticate nel passato poiché oggi c'è una legge che le vieta. Non è che oggi la pratica non si faccia più, ma è diminuita del 60%. La fanno di nascosto e se le autorità scoprono che lo fai ti mandano in galera e devi pagare una multa. È un reato, se ti scoprono vai in galera. Il governo ha fatto della pubblicità, offre ricompense in denaro a chi denuncia le persone che lo fanno e i loro complici e hanno mandato persone dappertutto, anche nelle campagne per fare pubblicità a questa legge.

Nei casi in cui la tradizione non trova ostacoli significativi né da parte delle istituzioni né da parte degli uomini di famiglia, le donne che escono dai percorsi stabiliti devono avere molto coraggio e molta forza, perché possono diventare causa di disonore e di vergogna per il gruppo. Il controllo sociale cui una donna è sottoposta non cessa nemmeno fuori dal suo paese e lontano dai propri familiari. Ne è un esempio la vicenda della giovane donna eritrea che, dopo essere stata de-infibulata a Gorizia, è stata presa di mira dal gruppo dei suoi compagni di viaggio, tutti richiedenti asilo politico.

Il coraggio richiesto è così grande che poche sono in grado di sfuggire alle regole sociali: "E quando cercano di fuggire, scappano anche dalle finestre... ma ci vuole coraggio a fuggire da quello che tua madre, tua nonna, tua zia, tutte le donne del tuo clan ti dicono che è una cosa da fare e che l'hanno fatta anche loro", sottolinea una donna del Kenya, dove si sono verificati diversi casi di gruppi di bambine fuggite letteralmente al coltello, cioè dal luogo della cerimonia di escissione, e che poi hanno trovato protezione presso centri gestiti da associazioni o istituzioni religiose. Significativo in questo senso il caso dell'avvocato keniota Ken Wafula, che tra il 2000 e il 2003 ha vinto 19 cause civili intentate da ragazze contro i propri genitori e parenti per essere risparmiate alla mutilazione dei genitali, in base al *Children's Act*, la legge che dal 2000 in Kenya proibisce le MGF fino a 18 anni⁴⁸.

In alcuni casi sono invece le donne che, entrando in un circuito di presa di coscienza collettiva attraverso il lavoro delle organizzazioni di donne, sono riuscite a farsi forza per combattere le MGF. I/le intervistati/e però non conoscono molto i movimenti di donne che da anni operano contro la diffusione della pratica delle MGF nei loro paesi e sostengono semmai che essi ancora non riescono ad affermarsi come fenomeno di massa.

La lotta nella società di immigrazione avviene ancora attraverso alcuni/e leader d'opinione, di solito investiti/e di qualche ruolo di autorità formale o informale, che diffondono messaggi di contrasto alla pratica. Nella nostra regione, particolarmente attivi sono, tra gli altri,

⁴⁸ Wafula, Ken, "Può la legge fermare la pratica delle MGF?", in *Norme legislative per la prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili, atti del Seminario afro-arabo di esperti tenutosi al Cairo, 21-23 giugno 2003, a cura di AIDOS e NPSG.*

un ex assessore di origine senegalese, che non perde l'occasione di far vedere il film *Moolaadé* di Ousmane Sembène per indurre i suoi concittadini all'abbandono della pratica e un responsabile di programmi di cooperazione a Udine, che combatte ancora contro i propri familiari e conoscenti per evitare che durante le vacanze estive possa capitare qualcosa alle bambine. A questi personaggi dobbiamo aggiungere le molte donne forti e impegnate socialmente che combattono con i mezzi della persuasione e della testimonianza. Queste donne, spesso impegnate nel settore della mediazione culturale, nel sindacato o nell'associazionismo, svolgono un ruolo cruciale nella formazione di una coscienza critica in molte cittadine africane, offrendo un modello di vita e di convivenza sociale accettabile sia dalla "tradizione" sia dalle leggi e dai costumi italiani.

Sarebbe ingenuo pensare che i cambiamenti avvengano soltanto in conseguenza di scontri di idee o di conflitti familiari, sociali e istituzionali. Molto spesso un'abitudine, una pratica, una convinzione vengono cambiate per la stessa ragione per cui prima venivano mantenute: l'adeguamento all'ambiente. Basta una semplice accettazione della realtà, del mutamento di società, dei costumi, dei significati dell'esistenza in un mondo diverso, e ciò che prima era inimmaginabile diventa scontato. Questo banale meccanismo opera soprattutto nelle persone la cui volontà di integrazione è forte e che non riconoscono più il senso dei rituali di iniziazione, dell'organizzazione sociale patriarcale, dei rapporti diseguali fra i sessi, ecc. In loro si verifica spesso uno spontaneo quanto radicale rovesciamento nella gerarchia dei valori, come mostrano bene queste parole di un uomo beninese: "Ormai siamo qui e il mondo è diverso da quello in cui siamo cresciuti. Le cose importanti ora sono altre".

Concetti non diversi sono espressi da un uomo di origine senegalese, le cui asserzioni rivelano una profonda coscienza della logica del cambiamento:

Le tradizioni, in generale, le culture e le lingue sono fenomeni dinamici, non sono fenomeni statici, per cui così come cambia la lingua e il linguaggio, in generale, cambia il significato delle cose: una parola che una volta significava una cosa con il tempo è mutata, figurarsi l'introduzione di nuove parole, nuovi modi di pensare e via dicendo. Si tratta di fenomeni assolutamente dinamici, da sempre, perché una lingua statica, una cultura statica è destinata a morire di sicuro, non ci sono dubbi: se rimane ferma è destinata a scomparire. Eppure, nonostante questa evidenza, la gente ha la tendenza a difendere la cultura tradizionale soprattutto se si sente minacciata, come qualsiasi essere animale che si difende quando sente di essere minacciato. E noi dove ci sentiamo minacciati? Proprio nella cultura, perché è la cosa più profonda che abbiamo, e abbiamo paura di perderla. Ma bisogna riconoscere le difficoltà che ci sono soprattutto per alcuni, e che alimentano questo modo di pensare: sono persone che hanno paura che chi arriva da fuori finisca per snaturare il loro mondo, cioè la loro cultura. Ma non si tratta di snaturare, si tratta semplicemente di aggiungere note diverse a una cultura, perché la cultura è destinata sempre e comunque ad avere un'evoluzione. L'importante è essere nelle condizioni di governare questa evoluzione: se non si governa questa evoluzione, è ovvio che possono nascere dei problemi, la dinamicità non deve essere troppo forte, perché un cambiamento repentino nella cultura crea lacerazione. Tante donne che si oppongono all'abbandono della pratica hanno paura di questo, hanno paura di questa grandissima lacerazione, un'opposizione netta tra generazioni diverse. Una discussione sana, graduale, continua,

che porta a dei compromessi su alcune cose, che non crea lacerazione, è quello che dovrebbero portare progetti per la prevenzione delle MGF: perché quando parti con un'idea preconcepita e ti metti di fronte alla persona dicendo 'quello che stai facendo è sbagliato, devi mollare', quella persona subito si chiude in un guscio.

Se, invece, c'è un approccio in cui non si impone una cosa, ma la si fa capire tramite tutta una serie di argomentazioni, allora è diverso.

Un ultimo aspetto interessante riguarda la religione e i leader religiosi. Sebbene il rispetto della religione, come vedremo, sia sempre citato quale motivazione fondamentale della perpetuazione della pratica – “L'Islam lo impone. Dobbiamo farlo per la nostra religione” – esso non gioca un ruolo altrettanto importante nel suo abbandono. Probabilmente ciò avviene per il rimarchevole silenzio, sull'argomento, delle istituzioni religiose. Non ci sono testimonianze, infatti, di una qualche presa di posizione forte contro queste usanze né da parte della chiesa cattolica né da parte dei leader religiosi musulmani e le dichiarazioni scaturite da riunioni interconfessionali organizzate dall'IAC – Comitato inter-africano sulle pratiche tradizionali nocive per la salute di donne e bambine, o le dichiarazioni di leader islamici, quali ad esempio quelle dello Sheick Mohamed Sayed Tantawi, dell'Università Al-Alazar del Cairo, faticano a farsi strada verso la base dei fedeli.

Secondo il presidente del Centro Culturale Islamico di Trieste e della Venezia Giulia, la questione non è stata mai sollevata perché: “Tutti sanno che noi non la accettiamo e se praticano le MGF lo fanno fuori, di nascosto, non all'interno della comunità islamica”. Sembra quindi essere talmente scontata la non coerenza fra l'Islam e la pratica di MGF che non è necessario nemmeno parlarne, benché

il presidente sia consapevole della difficoltà di distinguere fra la religione e la tradizione. Un messaggio non corretto può essere utilizzato per altri fini:

Quello che sta succedendo in tante tribù è che i capi religiosi sfruttano la religione o utilizzano la religione per rafforzare il loro potere davanti alla tribù. Perché vivono nell'ignoranza.

L'ignoranza del vero messaggio dell'Islam è una delle cause della permanenza della pratica, che va ascritta alla tradizione e non è mai nominata nel Corano. In questo senso, la diffusione delle traduzioni del testo del Corano in altre lingue ha consentito una conoscenza precisa del testo e delle regole islamiche. Nella testimonianza di un uomo somalo:

Noi tutti pensavamo che l'infibulazione fosse prescritta dalla religione, ma quando nel 1984 è stato tradotto il Corano in lingua somala ci siamo accorti che nel testo non c'era nessuna prescrizione al riguardo.

Non sappiamo peraltro se, o quanto, questa conoscenza abbia inciso sui comportamenti effettivi.

/ Motivazioni e funzioni della pratica di mutilazione dei genitali femminili /

La distinzione tra motivazione e funzione, nelle scienze sociali, è notoriamente problematica, poiché sono entrambe “cause finali” e le spiegazioni che le invocano sono entrambe teleologiche. Senza voler sollevare una dibattutissima questione, ci limitiamo a osservare che, in linea di principio: 1) una motivazione è un'orientamento della volontà dell'individuo rivolto consapevolmente

a uno scopo, mentre una funzione è la conseguenza (positiva, ma non intenzionale, o non pienamente tale) che un comportamento o una pratica hanno sul gruppo cui l'individuo appartiene; 2) una motivazione può spiegare il venire in essere di una pratica, la funzione ne può spiegare la persistenza. Poiché tuttavia, come è stato osservato, il confine tra motivazione e funzione è labile, assumiamo come accettabile l'idea che la funzione sia una "motivazione istituzionalizzata", cioè una motivazione che viene normativamente incorporata in una prassi stabilmente accettata. In questo senso, quando le motivazioni si organizzano in schemi (*pattern*) stabili, possiamo riferirci a esse come a "funzioni". Inoltre, il concetto di motivazione è più osservativo di quello di funzione, che comporta un'operazione mentale aggiuntiva ed è dunque più astratto. Pertanto, considereremo motivazioni gli orientamenti della volontà discreti e inferibili direttamente; e funzioni le aggregazioni di motivazioni secondo criteri di omogeneità di senso.

La prima motivazione che viene addotta è quella igienica, esattamente come nel caso della circoncisione maschile. Ciò mostra con chiarezza come nell'immaginario collettivo la pratica maschile e quella femminile si sovrappongano senza tenere in alcun conto le grandi differenze che intercorrono tra le due, delle quali una è mutilante e l'altra no: ma, come sappiamo, nella dominante cultura maschile questo non è un tema di interesse generale. È significativo, e conferma la diffusione della lettura della tradizione in chiave religiosa, che le prescrizioni della religione islamica si estendano, implicitamente attraverso la motivazione sanitaria, anche alla pratica femminile.

Inoltre dalla testimonianza di Carla Corso, seppur limitata a una visione dell'universo

africano abbastanza settoriale (prostitute africane di origine nigeriana), veniamo a sapere quanto l'igiene delle parti intime conti per una donna africana, la pulizia sia una pratica consueta e fondamentale del corpo e le MGF percepite come una condizione che agevola una maggior pulizia del corpo. Racconta Carla Corso:

Io, parlando con le donne africane, avevo un livello di confidenza molto alto anche perché loro non hanno tutti i tabù che abbiamo noi, sono molto libere e quindi dicono che noi bianche puzziamo esattamente come noi diciamo che gli africani puzzano...

lo stereotipo, no? Le donne africane dicevano che noi bianche puzziamo nelle parti intime perché non ci laviamo a sufficienza dentro, loro hanno un livello igienico molto alto, che secondo i ginecologi non va bene, loro tutti i giorni praticano un lavaggio intra-vaginale interno con acqua, sapone, bagnoschioma, quello che hanno, trattano l'interno della vagina come qualsiasi altra parte del corpo. La lavano e se l'asciugano anche. Questo per i medici è eccessivo, però è vero che tra tutte le donne che abbiamo monitorato, e negli anni ne abbiamo monitorate veramente tante, le africane si sono rivelate le più sane, non avevano vaginiti, non avevano condilomi, ecc. Tra tutte le donne che accettavano di fare controlli sanitari con noi - per controllo sanitario io intendo un check up completo, non soltanto la vista ginecologica, ma anche esami del sangue, visita ginecologica, pap-test, mammografia e poi le vaccinazioni, e se d'accordo le introducevamo ad un programma di contraccezione - le africane erano le più sane. Io non sono un medico per cui posso ipotizzare che, oltre a un livello di pulizia altissimo, probabilmente hanno anche anticorpi molto forti.

La pratica è definita come un evento rituale importante che segna l'individuo nel suo percorso di crescita e di inclusione in un nuovo gruppo sociale (il gruppo degli adulti). Come spiega una donna keniota:

È un rito di passaggio dall'età della giovane verso l'età adulta. Quello che viene fatto in concreto dipende dalla cultura del singolo popolo. Perché i popoli della Somalia, dell'Etiopia, fanno tutto, tagliano e cuciono tutto. Mentre gli altri gruppi etnici tendono a tagliare solo il clitoride.

Il rituale, quale comportamento formale e prescritto per circostanze non abituali e facente riferimento a credenze in entità o poteri mistici, è ancor oggi molto diffuso in Africa. Una donna angolana racconta come nella sua etnia non ci sia il taglio del clitoride, ma il passaggio nel mondo degli adulti avvenga attraverso un rituale complesso, messo in atto nel momento della comparsa del menarca, che sancisce l'appartenenza a un'altra dimensione simbolizzata in modo da rendere pubblico ciò che è privato, sociale ciò che è personale (V. Turner, 1976).

La donna, grazie alla mutilazione, diventa adulta, ma anche (paradossalmente) integra, nel senso che la mutilazione dei genitali femminili, spiega una donna camerunense:

È anche un voler salvaguardare la donna perché sia integra per affrontare un nuovo rapporto, cioè il matrimonio. Mantenendosi integra acquisisce il rispetto della famiglia e dell'uomo con cui andrà a costruire il suo rapporto. Altrimenti ci saranno dei problemi per lei e per tutta la famiglia. Ci deve essere la prova del sangue: se il lenzuolo rimane bianco, la donna viene rimandata indietro. È una vergogna per la famiglia. In Africa è un orgoglio per la tribù che la gente sappia che la donna ha subito la circoncisione.

La motivazione morale è associata come abbiamo visto ai valori dell'integrità, dell'onore, della fedeltà:

Facendo questo la donna è più fedele al marito. Perché non ha più il desiderio per

i rapporti sessuali e di conseguenza non si guarda intorno. (donna beninese).

In altre dichiarazioni la pratica è riferita esplicitamente al controllo della sessualità femminile come modalità per essere "una vera donna". Per una donna nigeriana:

È una cosa buona: è tradizione, è una cultura, fa una donna più pura. La si fa per rendere una donna più donna e per non farla diventare una prostituta. Se lei ha fatto la circoncisione, è una donna che possono tenere: se lui dovrà fare qualche viaggio, lei sicuramente non andrà con altri uomini.

Tutta una serie di asserzioni che rimandano all'attenzione che molti africani hanno per la verginità della donna, che la mutilazione preserva fino al matrimonio, e per la fedeltà della propria moglie.

Un'altra motivazione è la maggior eccitazione sessuale che la pratica provocherebbe negli uomini: essa è funzionale alla sessualità maschile perché gli uomini "dicono che la donna è più sensibile e più interessante a letto", sostiene una donna egiziana. Il fatto di incontrare sessualmente una donna con MGF provocherebbe, secondo una mediatrice beninese:

Un maggior desiderio sessuale nell'uomo, perché la donna che ha subito MGF necessita di un tempo maggiore per raggiungere l'orgasmo, quindi l'atto diventa più interessante e la donna sembra essere più desiderosa.

Collegata a questo aspetto è probabilmente anche la motivazione legata all'orgoglio che un uomo manifesta se la propria donna è stata mutilata. Una donna camerunense afferma:

L'uomo è orgoglioso di avere una donna che ha subito la mutilazione, è come se la donna si fosse sacrificata per lui.

Un'ultima interessante motivazione che è emersa riguarda la forza della donna. Le MGF servono alle donne per sviluppare la forza necessaria per la futura vita, come spiega ancora la donna keniota:

Da noi credono che se una donna non è circonscisa non può sopportare la crudeltà della vita, perché non ha potuto sperimentare il doloroso processo della vita quando era giovane. Il dolore dovrebbe rafforzare, rendere forte il loro cuore e capace di sopportare le cose negative della vita.

Possiamo ricondurre, in estrema sintesi, queste motivazioni a due categorie. Definisco la prima costruzione sociale del genere, femminile e maschile, e la seconda dinamiche morali e relazionali dei gruppi umani. Nella prima categoria confluiscono tutte le asserzioni che riguardano i riti di passaggio, il dolore e l'igiene personale che, per vie diverse, contribuiscono a formare il concetto idealtipico della donna africana; e tutte le asserzioni riguardanti gli aspetti di sacrificio della donna nei confronti dell'uomo, di controllo della sessualità femminile e di eventuale preferenza sessuale dell'uomo per donne sottoposte a MGF, che vanno a costituire, nell'immaginario collettivo, il concetto idealtipico dell'uomo, della sua potenza legata alla superiorità e alla virilità. Nella seconda categoria entrano invece le asserzioni riguardanti l'onore, la purezza, l'integrità e la verginità, simboli depositari della tradizione, una sorta di memoria della società, e strumenti della conservazione e della continuità della stessa. In base a queste considerazioni, le corrispondenti funzioni riguarderebbero due aspetti fondamentali degli esseri umani. La prima categoria, che ho definito come costruzione sociale del genere, servirebbe a formare l'identità dell'individuo, femmina e maschio,

costruita attraverso un processo di socializzazione composto da molte prove e da pesanti sanzioni nel caso di trasgressione. Dal quadro che emerge grazie alle osservazioni delle persone intervistate, sembra che la socializzazione nel ruolo nella donna si compia attraverso azioni e simboli con ricadute negative sul suo corpo e sulla sua psiche, mentre la socializzazione nel ruolo maschile si componga di elementi che non intaccano il sistema della personalità, ma al contrario la gratificano e la rafforzano. La "circoncisione", proprio perché mutilante nella donna e non per l'uomo, viene vissuta in modo diverso. Secondo molte testimonianze, le bambine sanno che soffriranno molto e che ciò avrà delle conseguenze negative, in molti casi, per tutta la loro vita, visto che "si estirpa il clitoride negando alla donna il piacere sessuale, e non per sua scelta" (donna keniota) e "avranno difficoltà nei rapporti sessuali e causa di forte dolore e infezione" (donna nigeriana), "affinché l'atto sessuale sia solo per soddisfare l'uomo e per procreare" (donna keniota).

Indubbiamente l'atto sembra essere vissuto o come violenza o al massimo con sottomissione: "Quando possono fuggono perché non vogliono farsi fare", faceva notare una donna keniota. La manipolazione degli organi genitali, la nudità, il taglio degli organi genitali da parte di estranei, la manipolazione del proprio corpo per fini non chiari o ignoti produce nelle bambine delle lesioni psichiche che vanno a costituire il concetto di senso del proprio sé, come raccontato dalla psicologa francese Dominique Lutz-Fuchs a proposito della sua esperienza in Mali⁴⁹. Nelle parole di un'intervistata originaria del Benin:

⁴⁹ Lutz-Fuchs, Dominique, con Pierre Erny, *Psychothérapies de femmes africaines*, L'Harmattan, Parigi, 1994.

Ai miei bambini, visto che c'è il problema della pedofilia, dico: le parti intime sono tue, non te le deve toccare nessuno!

Ma i bambini hanno molto il concetto di privacy, anche in bagno non vogliono farsi vedere da nessuno che non sia la mamma: ti immagini quando a una bambina vengono tagliate le parti intime, che tutti possono guardare, toccare, figuriamoci!.

In un'altra dichiarazione il concetto si colora emotivamente:

Ci sarà vergogna, umiliazione, una sensazione di essere stata usata come un oggetto, di essere stata trattata in maniera... non so se si possa dire bestiale, perché gli animali hanno una finalità diversa per la crudeltà. Noi esseri umani siamo bravi a torturarci a vicenda. E poi la ragazza non ha nessuna scelta se lo decide la famiglia. (donna keniota)

Per questo oggi, come fa notare un uomo nigeriano:

Lo fanno prima, quando la bambina è piccola, se loro aspettano che la figlia diventi grande rischiano che si rifiuti o che li denunci.

Sembra quindi che le bambine vengano convinte con delle storie per intimorirle fino ad assoggettarle al volere del gruppo, come ricorda una donna senegalese:

Mia nonna mi diceva: "Lo devi fare! Lo devi fare! Perché vedi questa cosa pendente qui - il clitoride - se non si toglie, man mano che cresci, crescerà con te e non potrai più camminare". Ed io non volevo portarmi dietro questa cosa pendente.

L'atto della circoncisione maschile, al contrario, sembra essere un atto consapevole, quando avviene in età adulta o comunque adolescenziale,

e indubbiamente meno problematico. Così un uomo burkinabé ricorda il momento della sua circoncisione:

Per me, per l'uomo, è normale perché non sono stati i miei genitori che mi hanno portato a fare la circoncisione, sono andato da solo, ero grande ed ho preso la decisione assieme a un amico. Così un giorno sono andato a dire a mio papà: guarda che io voglio andare a fare la circoncisione. E lui era contento e mi ha detto: "Bene!". E mi ha dato un pollo. Anche al mio amico suo padre ha dato un pollo e così una mattina siamo andati, abbiamo fatto e siamo tornati a casa.

Oltre al minor danno fisico e al minor dolore fisico, nel racconto di quest'uomo emerge una chiara definizione di consapevolezza dell'atto dettata da un elemento di scelta. L'interiorizzazione di un modello, come quello maschile, meno problematico nei suoi effetti fisici indubbiamente produce una maggior consapevolezza negli individui e tende a un rafforzamento della personalità. Quello femminile, che sembra non essere mai così "indolore", è forse più difficile da interiorizzare se non dopo un processo di "addomesticazione", perpetrato anche con la violenza.

La costruzione del genere maschile prende forma anche indirettamente attraverso gli aspetti di inferiorità della donna provocati e sanciti dalla mutilazione dei genitali:

La pratica inflitta alle bambine è terribile, perché è una violenza inspiegabile, un marchio che rimane per tutta la vita: rimane come un segno inspiegabile. L'unica spiegazione che un essere umano può darsi è che le è stato fatto questo perché è una femmina. La sudditanza è assicurata: rimane per sempre inferiore all'uomo. (donna egiziana)

L'uomo così si rappporterà, per sempre, con un individuo che gli assicurerà il godimento della sua automatica superiorità e di ogni potere connesso, senza alcuna contestazione. Parte dell'identità maschile si costruisce dunque per riflesso: l'uomo diventa quello che è rispecchiandosi nella condizione femminile ed è tanto più uomo quanto più questa è dipendente da lui. Viceversa la mutilazione è per la donna la potente sanzione della propria inferiorità. Che diventa per converso, come ha messo in evidenza Nahid Toubia, dottoressa sudanese e fondatrice di Rainbo (organizzazione finalizzata alla prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili), uno strumento per negoziare ambiti di autonomia e di potere attraverso l'accesso al matrimonio⁵⁰. Ci sono inoltre altri elementi che indicano tutte una serie di gratificazioni per l'uomo. Egli, per esempio, gode dell'onore nell'essersi unito con una donna "pura"; o si vanta poiché "essa si è sacrificata per lui" (donna camerunese).

È proprio il corpo della donna il luogo attraverso il quale affiora la sua dignità e dove il suo potere si estrinseca:

Gli uomini africani non vogliono che le donne usino i contraccezionali per un senso di potere, forse, più che altro. Decido io come e quando. (donna beninese)

Oltre a formare il concetto di identità maschile e femminile, le MGF sembrano svolgere anche una fondamentale funzione socio-economica per la sopravvivenza della comunità. Il tema delle MGF ruota infatti tutto attorno all'istituzione del matrimonio e alla pretesa del marito di avere la certezza di essere lui il padre genetico

della prole. In tutte le dichiarazioni delle persone incontrate affiora sempre l'ossessione della gestione della sessualità femminile:

Se ha fatto la circoncisione è una donna che possono tenere: se lui dovrà fare qualche viaggio, lei sicuramente non andrà con altri uomini. (donna togolese)

Inoltre, essendo diffusa la poligamia ed essendoci la possibilità di avere più mogli, la mutilazione mitigherebbe i desideri e le richieste delle donne, lasciando inalterato il senso di potenza dell'uomo. Come dice un uomo senegalese:

Quando si toglie quella parte lì, la donna è meno sensibile, così se le donne sono meglio vogliose è anche più facile per il marito soddisfarle.

Il matrimonio è un'istituzione fondamentale per la struttura sociale e ha un valore economico rilevante nella circolazione dei beni, in modo particolare nei sistemi basati su economie di sussistenza. La dote che accompagna ogni contratto matrimoniale si basa sulle qualità della donna. Il prezzo della sposa è una risorsa fondamentale per la famiglia d'origine della ragazza e, grazie alla verginità, la donna diventa una fonte di sicurezza per la famiglia di acquisizione, perché garantisce la perpetuazione dei geni dello sposo. Le MGF danno la sicurezza che l'investimento economico darà i suoi frutti, come argomenta una donna kenota:

Probabilmente gli uomini della famiglia lo vedranno come un vanto, una questione d'onore per il fatto di avere una ragazza pura. La ragazza è una merce di scambio, è una valorizzazione dei loro beni.

Lo scambio economico implicato nel matrimonio è il motivo per il quale la socializzazione al ruolo femminile

⁵⁰ N. Toubia, *La legge come strumento per il cambiamento sociale e comportamentale*, in "Atti del Seminario Afro-Arabo di esperti sulle norme legislative per la prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili", Cairo 21-23 giugno 2003, a cura di AIDOS e NPSG.

si manifesta in modo così pesante, con premi e sanzioni che inducono le ragazze a un'interiorizzazione forzata di regole e sacrifici a cui gli uomini non sono sottoposti in modo tanto pressante. Anche il problema dei matrimoni precoci, come le MGF, sembra essere legato allo scambio fruttuoso di denaro nella "commercializzazione" della donna nell'istituto del matrimonio:

A volte queste ragazze vengono mutilate per poi farle sposare con persone anziane o benestanti che possono pagare con capre o con altre cose la famiglia. (donna beninese)

La donna, con la sua verginità, è una merce che si paga a un prezzo elevato e tanto più è giovane e tanto più è visibilmente "integra", cioè mutilata, tanto più frutta alla famiglia un buon ricavo. In società povere, dove l'economia è tendenzialmente autarchica e lo scambio di beni è necessario per la sopravvivenza della comunità, la donna nel momento del matrimonio funge da mezzo, o da canale, attraverso il quale si muovono le merci e il denaro necessari alla persistenza del gruppo.

/ Sessualità e mutilazioni dei genitali femminili /

Le MGF incidono sulla sessualità delle donne e degli uomini e limitano l'uso dei genitali da parte delle donne eliminandone o diminuendone la sensibilità o rendendo doloroso il rapporto sessuale. Esse limitano il desiderio sessuale e inibiscono la libera espressione della propria personalità. In molte interviste troviamo testimonianze di donne che sanno di "difficoltà ad avere rapporti sessuali a causa del forte dolore e a causa di infezioni", poiché si "estirpa

il clitoride, negando alla donna il piacere sessuale, e non per sua scelta. C'è anche un problema psicologico a causa del continuo dolore, e ti può anche cambiare la vita completamente, puoi diventare depressa". Nella testimonianza di una donna senegalese:

È un trauma che si portano dietro, anche se ormai fisicamente non provano più piacere la cosa più terribile è che hanno dei traumi psicologici per tutta la vita. A Udine ci sono molti casi. Hanno problemi nel momento del parto e quindi devono fare un cesareo, e poi hanno problemi anche per il loro matrimonio, che va in crisi perché la moglie non vuole subire i rapporti sessuali.

Del resto nella pratica dell'infibulazione, come osserva il responsabile dell'ambulatorio dell'International Centre for Theoretical Physics (ICTP) di Trieste:

I genitali praticamente non esistono più, esiste la cute e basta. Le grandi labbra non esistono più, esiste un piccolo foro d'uscita che permette appunto la fuoriuscita dell'urina e del flusso mestruale e basta. È difficile anche introdurre un dito.

In queste forme così deturpanti, la sessualità della donna viene molto limitata⁵¹, ma questo è un caso estremo poiché nelle altre pratiche di MGF l'intervento è molto più limitato e dalle testimonianze sembra che non incida in modo marcato né sul desiderio, né sull'esperienza sessuale. Una donna nigeriana afferma:

⁵¹ L'orgasmo è molto problematico nell'infibulazione anche se, come ha riferito una ricercatrice americana, H. Lighfoot-Klein, al primo Congresso Internazionale sull'Orgasmo di Nuova Delhi nel 1991, le donne profondamente mutilate nel sesso, dimostrano inequivocabilmente di saper godere del rapporto intimo e di ricercarlo con una forte intensità. Infatti il corpo profondamente mutilato nelle zone erogene primarie sviluppa in altre (collo, ventre, spalle) tutta la sensibilità di cui era stato privato (Lighfoot-Klein H., 1991).

Secondo loro, facendo questo la donna è più fedele al marito perché non ha più il desiderio per i rapporti sessuali e di conseguenza non si guarda più intorno, ma secondo me questo non serve a niente perché tante donne che sono state mutilate sono o prostitute o comunque infedeli.

Anche Carla Corso, quando parla delle prostitute che lei seguiva e che erano tutte escisse, dice:

Vorrei dirti che hanno dei problemi, ma non è così: innanzitutto hanno una grande promiscuità nei rapporti sessuali, le africane non sono legate come noi alla religione, ai sensi di colpa, al fatto che il sesso dev'essere per forza legato al rapporto d'amore per cui vivono molto più liberamente i loro rapporti sessuali, non c'è dubbio su questo. Dopo di che per loro il piacere esisteva. Non so dirti se questo piacere era uguale al mio, se il mio orgasmo era più intenso o diverso: non sono mai riuscita a chiarirlo, anche perché era difficile spiegare a una donna che cos'è un orgasmo, voglio dire, come glielo spieghi? Loro erano convinte di provare un piacere sessuale. Poi dipende, perché anche il transessuale che si è operato e che non ha più il pene, afferma di avere un piacere sessuale. Magari avrà un piacere spirituale, nel senso che è talmente forte il piacere di essere finalmente donna, per cui ogni volta che un uomo lo penetra riconferma il suo essere femmina. Credo che sia la stessa dinamica che le africane mettono in atto per mettere alla prova la loro fecondità: fanno contraccezione, poi la interrompono e rimangono incinte per mettere alla prova il loro corpo. Credo che leghino il fatto di essere seduttive, il fatto di avere un rapporto sessuale, al piacere e che sentano di rafforzare la loro identità femminile ogni volta che restano incinte e ogni volta che hanno un partner e un rapporto sessuale. Però non so dire quanto il piacere sia veramente legato alla genitalità o

a un'altro tipo di piacere, non sono riuscita a capirlo.

Dalle interviste emerge che le forme di mutilazione diverse dall'infibulazione possono non influire direttamente sull'attività sessuale e, soprattutto, non sembrano limitare il desiderio e forgiare un vincolo morale, contraddicendo nei fatti le stesse ragioni che vengono addotte per la loro esecuzione. Anzi, il fatto di essere state tagliate sembra portare molte donne a tematizzare il sesso e a concentrare la mente sui propri organi genitali in modo quasi ossessivo. Una donna senegalese dice:

Al mio paese avevo visto delle bambine con dello sterco sui genitali per rimarginare le ferite. Una mia amica era stata escissa e da allora non faceva altro che parlare di sesso e mostrava i suoi genitali. Ecco, vedi questa per me è stata la dimostrazione che la pratica non serve affatto per assicurare la verginità di una donna, anzi.

In questo senso abbiamo raccolto anche testimonianze di uomini sulle proprie esperienze sessuali con donne mutilate e con donne intatte. Da quanto risulta, pare che la ricerca del piacere sia più sviluppata in coloro che sono state mutilate piuttosto che in coloro che non lo sono state. In particolare un uomo beninese riferisce:

Prima di incontrare mia moglie ho avuto rapporti con donne di tutti i tipi e devo dire che quelle escisse erano quelle che a letto chiedevano sempre di più e non riuscivi mai a soddisfarle completamente, volevano sempre di più.

È molto probabile che in queste donne il sesso diventi un centro di attenzione e che, probabilmente a causa di una problematicità nel raggiungimento dell'orgasmo, il sesso sia praticato

con maggior ansietà e meccanicità in funzione di una ricerca di sensazioni mai completamente soddisfatta – così come avviene anche per le donne frigide. L'orgasmo è un tema difficile da trattare. Sembra comunque che esso non rivesta una grande importanza nella cultura tradizionale poiché la donna viene vista in funzione esclusivamente riproduttiva. Eloquente è l'osservazione fatta da una mediatrice culturale maliana durante un dibattito con altri mediatori:

Il rapporto sessuale non deve essere mica un piacere per una donna!

In molti casi probabilmente l'orgasmo non è affatto sconosciuto. Come afferma un uomo ivoriano:

Se una ragazza è stata tagliata prima del primo atto sessuale non saprà mai la differenza. Purtroppo ci sono quelle che hanno avuto rapporti sessuali prima di essere tagliate, e loro sì che si rendono conto di come era prima e di come è dopo.

L'orgasmo è, a causa delle MGF, un'esperienza mancata, anche se è probabile che nell'inconscio resti l'insoddisfazione per qualcosa che, non essendo mai stato vissuto, viene avvertito e rimpianto come una potenzialità non espressa. Inoltre nella cultura tradizionale è riconosciuta la liceità della pulsione maschile, ma mai quella femminile: quindi l'orgasmo per le donne resta sempre qualcosa di socialmente non desiderabile ed è questo che caratterizza fondamentalmente la differenziazione di genere:

Un punto non è mai stato messo in discussione: la liceità esclusiva della pulsione maschile, la sua necessità di esistere come componente legittima della natura delle cose, il suo diritto a esprimersi, tutti elementi rifiutati alla pulsione sessuale femminile, fino all'esistenza stessa. È l'elemento più

forte e assolutamente invariabile della valenza differenziale dei sessi: la pulsione sessuale maschile non è stata né impedita né contrastata; è legittimo che venga esercitata, tranne se accade in modo violento e brutale contro il diritto dichiarato di altri uomini. Essa è. [...] Bisogna indagare tale evidenza, apparentemente naturale, della legittimità della pulsione sessuale maschile, non per reprimerla totalmente, perché non avrebbe senso, ma per arrivare a un suo esercizio che riconosca la legittimità parallela della pulsione femminile ed evitare che l'espressione dell'una si traduca nell'annullamento dell'altra.
(F. Héritier, 2004, pp. 200-201)

/ Religione e mutilazioni dei genitali femminili /

Benché la pratica non sia nata da un qualche credo religioso, i rapporti con la religione sono molteplici e stretti. Nella percezione delle persone intervistate, la tradizione – cioè l'insieme dei modelli culturali ereditati – va di pari passo con i precetti religiosi e il sistema valoriale di ogni comunità sociale affonda le proprie radici nel sistema delle credenze religiose. Così nella percezione diffusa la cultura diventa tradizione e la tradizione diventa religione. La risposta automatica di molte persone sul perché si praticano le MGF è la seguente: "Perché è la nostra religione che ci dice di farlo, è la nostra tradizione"; e, per molti, essere buoni cristiani o buoni musulmani significa aderire alle leggi e alla morale, incardinata nella religione, della comunità di appartenenza. Per cui si confondono sempre il piano della prassi quotidiana, il piano della morale e quello della religione. Lo dimostra in modo esemplare questa intervista a una donna nigeriana:

D. Quindi la circoncisione si fa per tenere la donna a casa?

R. Sì all'inizio era così, questo è il pensiero base. Adesso nessuno pensa più così, si pensa come una nostra tradizione, una nostra cultura, la nostra religione.

D. Quindi anche la religione sostiene questa pratica?

R. Sì, perché nella nostra tribù è un patto che si fa con Dio.

D. Quindi è forse basato sulla Bibbia?

R. No, per le femmine no. Per i maschi invece sì.

D. Quindi è un patto con Dio?

R. Sì, ma non il Dio della Bibbia.

Una donna beninese argomenta:

È sbagliata non la pratica, ma il modo di farla senza strumenti giusti così che può causare anche la morte. Dovrebbe essere fatta in un ospedale e non nei villaggi e sulla strada. È contro la religione fare del male a una donna. Questa pratica deriva dalla religione, ma deve essere fatta secondo i crismi.

Sono particolarmente complessi i rapporti fra le MGF e la religione musulmana. Nessun testo sacro dell'Islam la prescrive e tuttavia la pratica è largamente diffusa in tutto il continente nelle aree islamiche. A mio avviso si tratta di una relazione indiretta, legata alla forza dell'istituzione del matrimonio che, nei paesi di religione islamica, è molto maggiore che non in quelli di tradizione cattolica: "I musulmani la praticano di più", fa notare una donna camerunese, "perché per loro il matrimonio è una cosa sacra per cui la donna va preservata vergine". Come abbiamo già avuto modo di dire precedentemente, il modello tradizionale

e il consolidamento della famiglia nella struttura sociale potenziano le pratiche di discriminazione delle donne e di mercificazione dei loro corpi. L'istituzione familiare nell'Islam è forte e le sanzioni cui i membri, particolarmente le donne, vanno incontro in caso di mancata osservanza delle rigide regole sono potenti e arrivano, in alcuni casi, addirittura all'omicidio.

Nel mondo cattolico la famiglia patriarcale è andata disgregandosi a vantaggio della libertà di scelta e dell'uguaglianza delle donne, con gli uomini in un modello di relazione molto diverso da quello tradizionale, perché la religione cattolica è stata storicamente più permeabile ai processi di secolarizzazione e, suo malgrado, ha risentito maggiormente dei cambiamenti della società moderna. Non dobbiamo dimenticare inoltre che l'Islam, più di altre religioni monoteistiche, ha dimostrato di essere flessibile e duttile rispetto a pratiche socio-religiose preesistenti: si è spesso sovrapposto ad esse senza assimilarle, lasciandole sopravvivere purché non venissero messi in discussione i suoi principi generali. La pratica delle MGF risultava confacente all'ordine simbolico dove la donna, con il suo corpo e la sua sessualità, si colloca in una posizione di ambivalenza: matrice della vita, perciò santuario vivente, e al tempo stesso espressione di una potenza negativa che va controllata, circoscritta, protetta e mai esibita o lasciata libera di espandersi, perché potenzialmente veicolo di impurità (E. Pace, 1991).

Da un'intervista a una donna del Burundi emerge la percezione che la pratica, nel suo paese, sia stata addirittura veicolata dall'Islam, una percezione che può essere legata alla diffusione delle MGF in maniera più marcata tra le popolazioni africane che hanno adottato la religione islamica, come confermato per diversi paesi dalle ricerche DHS:

In Burundi non si praticava. Poi gli arabi hanno voluto entrare in Burundi per colonizzare e hanno fatto una brutta figura perché i burundesi si sono difesi bene e li hanno cacciati via, così sono dovuti ritornare indietro. Sono stati cacciati con archi e frecce. Pochi arabi sono rimasti ed hanno portato la religione musulmana, abitano nei centri, nelle città, fanno del piccolo commercio. In Burundi nessuno fa quelle pratiche, eccetto quella piccola popolazione. Prima dell'arrivo dei musulmani nel mio paese non c'era l'infibulazione.

Attualmente, le posizioni assunte sull'argomento da parte dei religiosi sono variegata, a volte contrastanti, e lasciano all'interpretazione la possibile soluzione.

Il presidente del Centro Culturale Islamico di Trieste e della Venezia Giulia, Saleh Igarbia, ci illustra come la pratica della MGF sia incompatibile con i precetti fondamentali dell'Islam sia per quanto riguarda l'aspetto dell'integrità e del rispetto del corpo, sia per quanto riguarda l'aspetto del piacere e dell'affettività della donna. Riportiamo l'intervista concessa per questa ricerca:

D. Le MGF sono previste nel Corano oppure no?

R. Tutte le regole sono sempre da interpretare e da applicare, adeguandole al posto e al tempo, quando ci sono. Ma questa non esiste.

D. Non esiste?

R. Te lo confermo, come musulmano, nato e cresciuto in una famiglia musulmana e praticante da quando sono diventato un po' maturo, a nove, dieci anni, vissuto sempre con la comunità islamica, dove ho studiato con studiosi, Sheikh, Imam.

D. Dove hai studiato?

R. Ho studiato nella moschea, la miglior scuola, da piccolo. E si parlava di tutto. L'Islam parla di tutto. L'Islam è una norma di vita: parla del sistema economico, politico, sociale, dell'educazione, oltre che del culto che è la cosa più importante. Si parla della dignità dell'uomo. L'uomo è la creatura di Dio per eccellenza. Il luogotenente di Dio sulla terra è il Califà, che deve coltivare la terra. L'uomo è nato e creato libero. Ma è creato anche debole. Allora Dio gli dà sostegno. Ma Dio gli ha dato la libertà e la dignità. Guarda che noi il lavaggio della salma di una persona lo dobbiamo fare con acqua tiepida, non acqua fredda. Infatti a Trieste nel cimitero c'era un caminetto, perché in quei tempi non esisteva il gas per riscaldare l'acqua e la riscaldavano col caminetto.

D. Perché, a Trieste c'è un cimitero islamico?

R. Sì, c'è un cimitero islamico.

D. Da quando?

R. Dal 1848. Lì c'è un pozzo d'acqua e c'è il caminetto. Il caminetto serviva per riscaldare l'acqua, perché la salma deve essere lavata con acqua tiepida, perché noi crediamo che la persona ancora senta. Noi non lo sentiamo, ma lui, il morto, sente. Per questo non dobbiamo neanche spezzare le ossa del morto, per seppellirlo con tutta la dignità, con tutto il rispetto. C'è il rispetto assoluto. Per l'Islam l'uomo deve vivere bene sulla terra. Per questo la pratica delle mutilazioni dei genitali femminili, dal punto di vista islamico non esiste.

D. Quindi questa tradizione era precedente all'Islam?

R. Era precedente, come dice anche il nome: infatti si chiama circoncisione faraonica. Una pratica che si faceva ai tempi dei faraoni, da cui ha preso il nome. Certamente noi non abbiamo trovato nella

nostra letteratura, negli scritti dei nostri studiosi, una pratica del genere.

E poi, nella società islamica dove viene praticato l'Islam, si può dire, in maniera un po' più giusta - perché non viene praticato da nessuna parte al cento per cento in modo giusto, c'è sempre un po' di mentalità ancora tradizionale - che non esiste questa pratica.

Anzi, dobbiamo sempre pensare alla dignità e al rispetto della creazione.

Io sono stato creato da Dio: il mio corpo è un dono divino, e devo restituire a Dio questo corpo nel migliore dei modi.

Dio mi dice: "Sì, le gambe non sono tue. Gli occhi, il cervello, le mani, tutto.

Io ti ho dato questo e tu me lo devi restituire". Come anche gli alberi.

L'uomo fa parte della creazione.

Noi dobbiamo restituire a Dio tutto nel migliore dei modi.

D. Quindi anche il corpo delle donne, delle bambine, deve essere restituito nel migliore dei modi?

R. Nel migliore dei modi. Per questo la pratica è di non distruggere il corpo. Per questo la mutilazione dei genitali è contraria al nostro insegnamento. È vietata in modo assoluto, come anche l'alcol, la droga, qualsiasi cosa dannosa al corpo, introdurre o fare qualsiasi cosa che può essere dannoso al corpo. Dobbiamo lavorare, ma anche riposare, dormire, mangiare, avere la quantità di vita che serve e bere la quantità che serve, respirare un'aria pulita per portare il corpo sempre più avanti nel migliore dei modi. In uno stato sano. Sano in arabo vuol dire anche integro. Questo è molto importante. Sano è integro.

D. Dunque l'integrità del corpo è centrale.

R. L'integrità. Il corpo deve essere rispettato.

D. Quindi una mutilazione quale la circoncisione, l'escissione o l'infibulazione non corrisponde al precetto dell'integrità dell'Islam?

R. No, certamente. Dio ha anche creato il mondo in buona salute, il che vuol dire integro, cioè dove non manca niente.

Gli unici interventi sul corpo che possiamo fare sono quelli necessari per motivi di salute, cioè quando i medici lo stabiliscono.

Io non posso modificare nemmeno una parte del mio viso, perché è una creazione di Dio. Se dico: "Non mi piace questo", non lo posso modificare. È vietato.

Dio mi ha creato così. Se i medici stabiliscono che una certa parte non funziona bene e deve essere modificata per poter funzionare al meglio, allora in quel caso sì, si può intervenire. Ma non si può per motivi di bellezza, oppure per motivi di piacere. Questo non si può fare dal punto di vista islamico.

D. Nelle interviste che ho raccolto in questi mesi, ho notato che le persone fanno un parallelismo fra gli interventi sul corpo della donna e quelli sul corpo dell'uomo e dicono: "Come gli uomini fanno la circoncisione, anche le donne devono fare la circoncisione", come se le due cose fossero uguali e come se fossero entrambe previste dall'Islam.

R. No, questo ragionamento è sbagliato, perché all'uomo la circoncisione serve per un motivo, come abbiamo detto, di salute, alla donna no.

La circoncisione maschile serve per proteggere il corpo dell'uomo e anche della donna, perché così anch'essa sarà protetta da tutte le malattie. La donna non è un animale che partorisce bambini.

D. Qual è dunque la posizione dell'Islam rispetto al piacere sessuale delle donne? È una cosa negativa?

R. Ma no, assolutamente no. È un diritto della donna.

D. E invece con le pratiche di mutilazione si nega di fatto il piacere alla donna.

R. Guarda, se noi seguiamo il Profeta, quello che ha detto, troviamo la risposta. Nell'arco della sua vita, il Profeta ha insegnato ai musulmani le pratiche della vita in tutti i campi, e anche nella sessualità, nel rapporto tra uomo e donna. Ci sono tanti suoi insegnamenti riferiti alla sessualità. Lui ha detto: "Non saltate sulle vostre mogli come se fossero un animale. Lasciate tra di voi un mezzo". Un mezzo vuol dire la parola dolce, vuol dire la carezza, vuol dire il bacio. Cioè una preparazione psicologica e fisica. Altrimenti avrebbe detto: fate così e basta. Ma lui ha parlato di un mezzo. E non solo questo! Adesso ti do un esempio, perché noi musulmani di oggi facciamo poco: Lui è andato con sua moglie, a fare jogging. A correre! Per vedere chi era più veloce. Sai, tutte le questioni dei rapporti tra uomini e donne all'interno della famiglia... Lui era un marito, non solo il Profeta, ma anche il marito per eccellenza. L'esempio in tutti i campi della vita. Il Padre per eccellenza. Ma, se ci concentriamo su quell'aspetto, sul rapporto con sua moglie, dimmi tu quanti uomini, musulmani e non, adesso vanno a correre con le loro mogli, a dire: "Guarda chi è più veloce". Considera che Lui scherzava con lei, la portava a fare una gita, un giro, una passeggiata. E all'inizio era lei più veloce di Lui, dopo Lui è diventato più veloce di lei, perché lei è ingrassata. Nella vita familiare, il rapporto sessuale è una cosa molto importante. Nell'Islam se uno compie questo atto sperando di avere bambini, avrà un compenso. Se uno lo compie per provare piacere, anche in questo caso avrà un compenso.

D. È un compenso inferiore o uguale?

R. Questo lo valuta Dio. Perché fa parte di una pratica religiosa. Tutto quello che fa bene all'uomo, se viene fatto con intenzioni pure, diventa tutto una pratica religiosa. Anche andare a lavorare per mantenere la famiglia diventa una pratica religiosa. Il rapporto sessuale, come dicono tutti, dopo l'aria, l'acqua, il cibo, è il desiderio più forte che ha

l'uomo. Praticando questo, abbiamo praticato un dovere. Perché la creazione è questo, noi siamo stati creati così da Dio. Lui ha messo dentro di noi queste creazioni, l'Islam ha regolato le cose. Il rapporto sessuale fuori dal matrimonio invece è un peccato. Lo ha detto il Profeta. Ma se uno lo compie all'interno della famiglia, avrà un compenso. E la donna ha il diritto al piacere, come ho detto, fa parte della creazione.

D. Quindi le mutilazioni dei genitali femminili, mi sembra di capire, sono addirittura contro i precetti fondamentali dell'Islam?

R. Sì, sì, certamente. Gli uomini hanno continuato a seguire anche le tradizioni presenti prima dell'arrivo dell'Islam. Come abbiamo detto, nell'Islam c'è la libertà dell'uomo, la dignità, il benessere, la fratellanza.

D. E anche l'integrità del corpo, come dicevi prima.

R. In questo caso sì, per questo non si può.

D. Però la pratica delle MGF è presente in tantissimi paesi che sono di tradizione islamica: come mai non si è riusciti a sradicarla?

R. Adesso se ne parla, anche gli sheick, gli studiosi della università teologica Al-Azahr del Cairo, una istituzione islamica molto importante, hanno fatto una dichiarazione in tal senso, un decreto. Quando c'è un precetto religioso, allora c'è un limite. Adesso siamo nel mese del Ramadan, io devo fare il digiuno dall'alba fino al tramonto. Io non posso protrarre il digiuno oltre il tramonto, perché altrimenti farei del male al mio corpo e andrei contro le regole. Se invece devo seguire una tradizione, la tradizione la faccio come mi va, in modo libero, secondo quello che posso sopportare.

E la pratica della mutilazione dei genitali femminili, visto che è una tradizione di certi popoli, ha una dimensione alla fine che nessuno può controllare. Le donne festeggiano quando portano una bambina a soffrire, a subire dei danni per tutta la vita. Sai qual è il problema? Il problema è che c'è tanta ignoranza. Noi musulmani siamo colpevoli - parlo dei musulmani che si sono allontanati dalla religione vera, dalla pratica vera della religione. Ci siamo allontanati dalla religione e stiamo facendo tutti gli altri giochi, in nome della religione. Molti immigrati che arrivano in Europa vengono con un bagaglio culturale e pensano che è la religione. Invece no, è la tradizione!

D. Quindi l'importante è far capire la differenza tra quello che è religione e quello che è tradizione?

R. Sì. La religione per esempio dice: "Fai il digiuno", ma in certe condizioni, durante la giornata, se non ti senti di continuare, se ti senti male e stai per svenire, devi interrompere subito. Perché così salverai il tuo corpo. Il digiuno è un pilastro dell'Islam, è un dovere. Ma interromperlo subito in certe condizioni vuol dire salvare il corpo.

D. Chiaro.

R. Dio dice: "L'uomo è stato creato debole", perciò Dio non darà all'uomo un peso che non può sopportare. Allora perché dobbiamo farci del male da noi stessi e caricarci di un peso che non possiamo sopportare? Se si dimostra scientificamente che la mutilazione dei genitali femminili fa male al fisico, all'anima, al corpo, alla società, allora deve essere abolita, così dice la religione. Vale per tutte le pratiche: se fanno male, devono essere abolite. Non c'è contraddizione tra legge scientifica e religione. Quando il medico visita una persona e dice: "Tu non puoi fare il digiuno", l'uomo non deve fare il digiuno.

D. Però c'è un collegamento fortissimo fra la pratica della MGF e la religione: molte persone sostengono: "L'Islam lo impone. Dobbiamo farlo per la nostra religione". Questa frase spesso ricorre nelle testimonianze di chi la pratica, di chi l'ha subito e di chi la vuol far subire.

R. Vedi, Islam vuol dire obbedienza alle regole divine. Obbedienza alle regole divine vuol dire Islam e vuol dire anche pace, Islam vuol dire pace. Si dice che obbedendo alle regole divine puoi vivere in pace, con te stessa, con l'ambiente e con Dio. Cosa succede però? Succede che non posso prendere le regole divine e dare loro un'interpretazione sbagliata!

D. Cioè utilizzare l'obbedienza per altre cose?

R. Proprio questo! Quello che sta succedendo in tante tribù: i capi religiosi utilizzano la religione per rafforzare il loro potere. Questo avviene perché vivono nell'ignoranza.

D. Per ciò che riguarda la supremazia dell'uomo sulla donna?

R. Sì, sì, ma infatti, come sto dicendo, la dignità, il rispetto, la libertà sono valori importanti. L'uomo è stato creato da Dio libero. Quando il profeta dice: "Cercate la scienza dalla culla fino alla tomba", non lo dice solo per i maschi, lo dice per tutti. L'istruzione è importante, tutti devono andare a scuola, bambini e bambine. Non c'è distinzione tra maschi e femmine nell'Islam in queste cose. Cioè hanno tutti gli stessi doveri. Anche davanti a Dio.

D. Quali doveri?

R. L'istruzione, l'obbligo di studiare. Le donne non devono essere ignoranti. E il lavoro in certe condizioni è un dovere anche per le donne. Il Profeta stesso lavorava presso sua moglie, Khadija. Lei era commerciante e lui lavorava per lei.

Lei era imprenditrice, nella lingua moderna. Lui riceveva lo stipendio da lei. Lei aveva quaranta anni, lui venticinque. E lei aveva uno zio cristiano, è andata a parlare con lui: "Guarda, questo ragazzo mi piace, voglio sposarlo". Questo cosa vuol dire? Che la donna ha il diritto di scegliere suo marito.

D. Oggi cosa succede?

R. Oggi, dov'è la tradizione? Oggi, in molte parti, c'è il padre che impone alla figlia di sposare un uomo.

D. Il matrimonio è basato sull'uguaglianza?

R. Assolutamente sì. Il Profeta ha detto anche altre cose: "Il paradiso è sotto i piedi della madre". Perché la madre dà il proprio contributo affinché il figlio possa entrare in paradiso se è obbediente, se rispetta, se vuol bene... C'è poi la storia di un uomo che ha chiesto al Profeta: "Io ho portato mia madre sulle mie spalle a fare il pellegrinaggio. Ho fatto il mio dovere verso di lei?". E il profeta ha risposto: "No. Se tu servi tua madre tutta la tua vita, non le restituisci il dolore che lei ha avuto durante il parto". Allora un altro ha detto: "Chi è la persona che merita il mio aiuto, la mia solidarietà, la volontà di stargli vicino?". Il Profeta ha risposto: "Tua madre". "E dopo?", ha chiesto lui. "Tua madre". "E dopo?". "Tua madre". "E dopo?". "Tuo padre". Sotto i piedi della madre c'è il paradiso... Ma tutto questo oggi dov'è? Il valore della donna dov'è? Quando Lui ha detto: "Qualsiasi persona di voi, se avrà tre bambini e li fa educare e crescere bene andrà nel paradiso", hanno chiesto: "Anche due?". Ha risposto: "Anche due". E un altro ha chiesto: "E anche una?". "Anche una! Se hai una femmina e la fai educare e crescere bene, entrerai nel paradiso grazie a questa femmina", ha risposto.

D. Di questi argomenti parlate durante le preghiere, le riunioni?

R. Sì, parliamo sempre.

D. Ci sono persone che hanno domandato di fare la pratica della MGF? È mai capitato che qualcuno chiedesse cosa deve fare con la propria bambina, se deve fare la circoncisione o l'escissione ?

R. Noi predichiamo tutto quello che bisogna fare per i bambini. Noi diciamo: l'Islam dice di fare questo e questo. È consigliabile fare questo e questo. L'Islam è completo. Fate così. Scegliete il buon nome. Fate l'azan⁵² nelle orecchie dopo il parto. Dovete dare ai poveri il peso dei capelli in oro, che sono all'incirca tre-quattro grammi. Al settimo giorno potete fare un pranzo, una cena. Noi spieghiamo cosa dice l'Islam, per costruire un palazzo con le fondamenta forti. Noi diciamo quello che dice l'Islam. L'Islam non ha detto di aggiungere altre cose. Specialmente quando sono negative o fanno male.

D. Nessuno vi ha mai chiesto nulla riguardante la pratica sulle bambine?

R. Noi parliamo. Tanta gente invita la comunità a un pranzo, una celebrazione. E noi sappiamo che ha scelto un nome. Questa pratica dell'infibulazione, nessuno ne ha mai chiesto.

D. Nessuno mai ha chiesto qualcosa rispetto alla circoncisione femminile?

R. No, perché sanno che noi non la accettiamo.

D. Quindi secondo te quando lo fanno, lo fanno di nascosto?

R. Sì, di nascosto tra di loro, se hanno qualche conoscente, qualcuno del loro stesso paese. Questa cosa non viene fatta

⁵² È il richiamo alla preghiera: il padre recita delle frasi in lode a Dio all'orecchio del neonato.

all'interno della comunità islamica. Nel Corano è scritto che non devi fare del male.

D. Perciò non è scritto da nessuna parte che bisogna fare queste cose?

R. No. Non c'è scritto né nel Corano, né negli Hadith. Non esiste.

/ Il concetto di diritto e la percezione dei diritti /

Dalle testimonianze della maggioranza delle donne intervistate emerge molto chiaramente quanto esse abbiano una piena percezione dei propri diritti e quanto questi possano essere considerati tali solo se si realizzano delle condizioni favorevoli al loro riconoscimento e al loro godimento: istruzione, autosufficienza economica e, in generale, un contesto sociale che promuova la libertà e l'autonomia della persona. Invitate a esplicitare che cosa intendano per "diritti umani", molte donne rispondono con molta precisione delineando chiaramente le condizioni della loro effettività. Per esempio una donna del Madagascar afferma:

Il diritto ad esistere, quindi di conseguenza la casa, un lavoro dignitoso, l'istruzione, la possibilità di professare la propria religione. Anche un vita, sarei tentata di dire appagante, una vita dignitosa, salute in primis.

Secondo le intervistate che vivono da molto tempo in Italia e che hanno un'esperienza di relazioni sociali con italiani/e, la donna in Africa non è rispettata ed è alla mercé dell'uomo o della comunità. Esse dimostrano di sapere pienamente riconoscere le situazioni

nelle quali i diritti sono rispettati e quelle in cui, viceversa, i diritti sono negati o calpestati; e sono del tutto consapevoli anche del fatto che l'essere titolare di un diritto significa assumersi delle responsabilità. Infine sottolineano che nella società di immigrazione esistono un quadro normativo e un contesto sociale che favoriscono il rispetto verso gli altri e verso le donne, denunciando invece situazioni di violazione dei diritti umani e di abuso nei propri paesi d'origine. L'immagine che offrono dell'Africa sotto questo profilo è una immagine impietosa. Una donna camerunese afferma:

Il rapporto tra uomini e donne nel mio paese è di sottomissione da parte della donna in tutti i campi, anche i lavori attribuiti alle donne non comportano responsabilità. Per quanto riguarda i diritti, la donna cerca sempre di conquistarsi, però quando manca l'istruzione viene facilmente soggiogata perché non riesce nemmeno a conoscere quali sono i propri diritti. Sono tantissime le donne che vengono picchiate o maltrattate e continuano a restare sposate perché non hanno un tetto. La stessa cosa è successa a mia madre. Queste donne non hanno un appoggio o un luogo dove poter andare, quindi restano con il marito e con i figli che continuano a fare. Poi una donna in generale non è per niente rispettata. Qui in Italia c'è più rispetto, c'è molta più collaborazione fra i coniugi. Il fatto che la legge consenta anche alle donne di potersi difendere è già un aiuto. Se succede qualcosa, ci sono dei servizi che ti possono aiutare, ci sono moltissime strutture a disposizione delle persone maltrattate. Mentre da noi questo non esiste: o intraprendi una battaglia legale, senza avere la certezza di poterla vincere perché c'è molta corruzione, o subisci. La mutilazione dei genitali femminili è un'ulteriore prova della mancanza di rispetto dei diritti della donna, ma è anche una testimonianza di ignoranza.

Nelle altre interviste viene ribadita questa approvazione del sistema vigente nel nostro paese in materia di diritti, tutela e assistenza. Nell'insieme però notiamo in molte dichiarazioni un corto circuito fra il paese di provenienza e quello di immigrazione. Spesso vengono citate esperienze molto positive nel proprio paese nel campo degli affetti, delle amicizie e della solidarietà – tutte cose di cui la nostra società, più fredda e distaccata, sarebbe carente –, nonché un intenso attaccamento alla cultura e ai valori africani. Quando però il discorso si sposta sui diritti, allora emerge uno scollamento dell'appartenenza e una identificazione, forse strumentale, con il nostro sistema. Di fatto queste persone ammettono la superiorità di un modello organizzativo che si fonda su modelli culturali e valoriali in cui non si riconoscono pienamente, dimenticando che i diritti in Occidente sono emersi in una società che si fonda precisamente su quei valori e su quei modelli culturali che essi giudicano in modo negativo. Esemplificativa, al riguardo, è l'intervista a una donna keniota che in tutta la prima parte elogia la cultura africana e svaluta quella italiana ma poi, quando si tratta del diritto alla salute, all'assistenza medica, all'eguaglianza, alla libertà, sferra un duro colpo al proprio paese e riempie di elogi l'Italia:

D. Quando lei confronta l'Italia con il Kenya, come vede le relazioni tra le persone in Kenya e qui?

R. Qui sembra che alla gente non importi tanto di te.

D. Sono più individualisti?

R. Sono più individualisti, mentre in Kenya sono più uniti.

D. In che cosa lei percepisce questo individualismo in Italia?

R. Le persone non ti salutano, non sorridono nemmeno. Per esempio sull'autobus, capita di vedere una donna anziana in piedi e nessuno dei giovani che si alzi a darle il posto. Il modo in cui si vestono è terribile. Anche i giovani: piercing nelle orecchie, nel naso... non è proprio una bella immagine. Anche il tatuaggio è molto diffuso. L'Italia è un paese cristiano e credo che nella Bibbia Dio ci vieti di...

D. Di modificare il corpo.

R. Sì, visto che ciò è una pratica di culto, e anche il piercing su tutto il corpo è una pratica appartenente ad altre religioni. E Dio dice che non dobbiamo avere un altro Dio tranne lui. Loro hanno dimenticato il Creatore e questo non va bene per la vita morale.

D. Allora lei pensa che la religione in Italia non sia abbastanza seguita?

R. Sì. Specialmente se si pensa che l'Italia è un paese basato sul cristianesimo.

D. Lei considera gli italiani freddi?

R. Sì, in un certo senso.

D. E il Kenya? Come lo descriverebbe?

R. In Kenya la gente è timorata di Dio, sono calorosi e ti salutano sempre, specialmente se vedono che sei straniero. A parte la povertà e la crisi economica, il Kenya è un paese socievole, la gente è calorosa. Sfortunatamente, la disoccupazione causa insicurezza e quindi i giovani a volte cercano il guadagno veloce, anche con mezzi sbagliati.

D. Commettendo dei crimini?

R. Io credo che se la situazione economica fosse stabile, questi crimini cesserebbero.

D. Quindi lei percepisce il Kenya come un paese più caldo, con gente più accogliente anche verso gli stranieri, una cosa che lei qui in Italia non trova?

R. Sì.

D. Come la fa sentire tutto ciò?

R. Qui? All'inizio mi sentivo come un'estranea, non benvenuta, mi chiedevo se potevo mai farcela a rimanere qui, se era questa la cosa che volevo. Con il tempo sto recuperando, sto migliorando almeno in quelle caratteristiche che vorrei imparare da loro.

D. Come descriverebbe il modo di relazionarsi con il proprio corpo, qui in Italia e in Kenya? Ci sono delle differenze?

R. Con il proprio corpo?

D. Sì, quando menzionava ad esempio il modo di vestirsi: crede che qui in Italia il corpo venga esposto di più?

R. Non hanno la cultura. Qui non importa la tua età o il livello d'istruzione, il modo di vestirsi non c'entra. La gente si veste a seconda della stagione, che siano giovani o vecchi.

D. E in Kenya?

R. In Kenya sì, si rispettano gli anziani. E il modo di vestirsi è decente. Anche se nelle grandi città c'è un po' di ribellione giovanile, ma la percentuale è bassa. È diverso.

D. Allora secondo lei la gente in Kenya protegge di più il proprio corpo? La sessualità non è molto esposta?

R. Non lo è.

D. Come trova il sistema sanitario qui?

R. Ah! Molto buono.

D. Lo ha apprezzato allora?

R. Sì, sì.

D. E l'assistenza sociale? Ha ricevuto l'assistenza sociale che sentiva di meritare?

R. Sì. Fortunatamente sì.

D. Quindi ha un'opinione positiva sull'assistenza sociale qui?

R. Sì.

D. E la questura?

R. Sì, arrivi lì e c'è sempre un poliziotto e un interprete che parla l'inglese.

D. Quindi non ha avuto problemi? Come è stata trattata?

R. Bene.

D. L' hanno trattata con rispetto?

R. Sì.

D. E quanto alle relazioni tra uomini e donne in Kenya, che valutazione ne dà?

R. In Kenya il matrimonio e la famiglia sono per sempre, per la vita. Qui, non posso dire che sono come un contratto, però le relazioni qui sono... la gente... non so cosa dire...

D. Sono più instabili?

R. Sì, visto il numero di divorzi qui. Il numero è molto alto.

D. Quindi, secondo lei il senso della famiglia in Kenya è molto più forte che qui?

R. Sì, sì.

D. E i rapporti tra uomo e donna?

R. Uomo e donna, se li guardi qui, sembra che si amino molto di più che in Kenya, perché si baciano, si tengono per mano. Ma non lo so, forse è la cultura. Perché in Kenya non è così facile. L'espressione d'amore in Kenya non è così alla luce del sole, come dire. A causa della cultura africana.

D. Lei crede che ci sia qualche ragione per questo in Kenya?

R. Sì, c'è. La cultura africana. Amoreggiare in pubblico non è giusto.

D. Perché secondo lei?

R. Per la cultura africana. E anche per rispetto degli altri. Nella cultura africana le altre persone contano. Mentre qui ognuno pensa solo agli affari suoi, alla sua famiglia. Anche i parenti non contano.

D. Cosa pensa dell'eguaglianza tra uomo e donna in Kenya?

R. Non c'è eguaglianza tra i sessi.

D. Può spiegare un po'?

R. Prima di tutto, ci sono lavori che le donne non possono fare o che gli uomini non possono fare. Per esempio il lavoro fisico, le donne non lo possono fare, perché è un lavoro duro. E in ufficio, per esempio, nel caso di una promozione a livelli più alti, anche se una ha un livello alto d'istruzione, non è facile che ottenga la posizione, proprio per la disuguaglianza tra uomini e donne. Gli uomini sono più dominanti in quelle posizioni. La ragione principale è la cultura africana.

D. La relazione tra uomini e donne dunque non è paritaria?

R. Sì, esiste una rigida separazione.

D. La violenza sulle donne è diffusa?

R. Esiste, ed è molto diffusa.

D. Secondo lei, cosa provoca questa violenza?

R. Si tratta soprattutto di mancanza di informazione, di istruzione, ma anche del fatto che la cultura africana non consente alla donna di dire di no.

D. L'uomo è dominante?

R. Sì.

D. Mentre il posto della donna è in cucina...

R. Sì. E partorire i bambini. Non di contribuire a costruire la società.

D. Quindi la relazione non è paritaria.

R. No, non lo è.

D. Secondo lei questo fatto sta cambiando?

R. Sì, nelle grandi città sta cambiando.

D. E nelle zone rurali?

R. Nelle zone rurali l'uguaglianza fra uomini e donne quasi non esiste.

D. La donna è quindi ancora, come dire, sottomessa?

R. Sì, sì.

D. Come vede la situazione qui in Italia?

R. Oh! Qui, vedo che per esempio quella legge che hanno fatto per cui marito e moglie devono ugualmente contribuire alla famiglia, in funzione dell'importo dei loro salari e delle loro possibilità...

D. Dunque secondo lei c'è più eguaglianza in Italia?

R. Sì.

D. E quanto ai diritti umani, secondo lei sono rispettati in Kenya?

R. No.

D. Non sono rispettati?

R. No.

D. Per esempio?

R. Per esempio, se la donna è stata picchiata dal marito, anche se va dalle organizzazioni per la protezione dalla violenza domestica, non succede niente, in sostanza non viene considerato un problema. In Kenya la violenza è normale, e non è giusto.

D. Vuol dire che la violenza sulle donne è accettata?

R. Sì. Anche se nelle grandi città sta emergendo come un problema, perché la gente è più informata.

D. Qui in Italia ha notato qualche differenza?

R. Da quello che ho potuto sentire, qui viene considerata un'offesa.

D. C'è una legge che la vieta. In Kenya esiste una legge simile?

R. La chiamano "violenza domestica", ma non c'è una legge così.

D. Se la questione riguarda l'aspetto domestico, la legge non interviene?

R. No, infatti le faccende domestiche vengono risolte dagli anziani, dai "capi". Non vai dalle autorità per i problemi familiari. Non si va dalla polizia.

D. Non si denunciano queste cose. E le mutilazioni dei genitali in Kenya sono ancora praticate?

R. Sì, vengono ancora praticate. Particolarmente nelle zone rurali.

D. A che età vengono fatte?

R. Di solito verso i 12, 13 anni.

D. Le ragazze sono d'accordo?

R. Non hanno scelta. Gli fanno credere che si tratta di una parte della nostra cultura, e che per questo devono attraversare questo processo difficile.

D. Cioè viene loro imposto?

R. Sì.

D. E quale importanza viene data alla pratica?

R. Viene vista come essere riconosciuta come una donna.

D. Come un passaggio?

R. Sì, come il passaggio a donna adulta.

D. E come viene fatta?

R. Oh, è una pratica non igienica.

D. Cioè viene fatta in modo tradizionale?

R. Sì.

D. Le ragazze vanno all'ospedale per essere circoncese?

R. No, non ci vanno.

D. La chiamano circoncesione?

R. Sì, la chiamano così.

D. Quali diritti ha una ragazza in Kenya? Se non vuole subire questa pratica, può decidere di non farlo e cercare aiuto?

R. Non ha alcun diritto, ma se hai la possibilità di scappare, in alcune zone esistono le case per ragazze che sono sfuggite a questa pratica. Ma se scappano, vengono bandite, non vengono più considerate parte della famiglia.

D. E che tipo di aiuto cercano?

R. Cercano un aiuto in questi luoghi di rifugio.

D. Esistono delle organizzazioni che si occupano di questo problema?

R. Sì, ma sono sparse nel territorio.

D. Le ragazze vengono protette da queste organizzazioni?

R. Sì, vengono protette. Ma a volte non è facile entrare in queste case, perché non sono case grandi e quindi se ci sono tante ragazze hanno dei problemi a sistemarle tutte, a offrire loro cibo e istruzione.

Perché queste strutture non sono abbastanza aiutate economicamente dal governo o da altre organizzazioni e non hanno tanto aiuto estero.

D. Il governo non contribuisce a mantenere queste organizzazioni?

R. No.

D. Lei pensa che le persone che hanno subito questa mutilazione vengano rispettate qui in Italia?

R. Le persone che hanno subito la mutilazione? Sì, sono rispettate.

D. Il servizio sanitario è buono?

R. Sì.

D. Secondo lei gli immigranti che vivono qui potrebbero imparare qualcosa da questo paese?

R. Sì: che la donna può rimanere una donna anche se non è circoncesa.

E che la donna ha diritto di dire di no a qualsiasi violenza sociale. Che anche la donna ha voce. Che qui viene praticata l'uguaglianza.

D. Secondo lei sarebbe una cosa buona se la loro cultura, per quanto riguarda le relazioni fra uomo e donna, cambiasse?

R. Sì.

L'esperienza di vivere in una società di diritto e in un mondo dove è possibile fruire di diritti porta molte donne verso un percorso di emancipazione, un percorso di riconoscimento delle proprie potenzialità e della propria individualità.

La prima richiesta che emerge nel racconto di molte di queste storie di emancipazione è la richiesta di libertà da parte delle donne. Spesso infatti, secondo un uomo beninese:

Qua sono più gli uomini che le donne ad essere attaccati alla propria cultura che le donne. Le donne si allontanano poiché vedono che qua possono essere libere, mentre gli uomini perdono potere, è per questo che rivendicano la propria cultura.

La percezione dei diritti fondamentali è per alcuni un'esperienza dirompente: le donne iniziano a comprendere qual è il loro valore e questo le porta a volte a voler rompere qualsiasi schema, anche i propri vincoli familiari: "Se si separa dal marito è libera e fa quello che vuole", come già riportato nelle parole di una donna congolese. In Africa, invece, l'immagine dei diritti è opaca, e si presenta per lo più con situazioni di sopraffazione, corruzione e mancanza di servizi sociali diffusi. Una mediatrice culturale ci fa notare come sia impossibile godere di un diritto umano, quale la salute e l'istruzione, in una società tutta privatizzata e dominata da minoranze elitarie:

In Africa per avere diritti devi avere soldi, tante cose sono a pagamento. Sì, esiste una sanità, ma l'assistenza sanitaria pubblica non c'è. Se i genitori vogliono dare un'istruzione ai figli devono pagare.

E ancora:

I bambini devono essere sempre messi in situazioni di protezione, da africana so quanti abusi sono stati fatti nel mio paese sui bambini. In Africa non puoi andare a denunciare come qua, lì ci sono cose che uno non ha il coraggio di dire, non può dire, perché se uno va a denunciare un capo tribù, chi ti crede? Nessuno ti crede, dicono: "Non dire più queste cose, sta zitta che non lo puoi dire". (donna congolese)

Per le/gli africane/i che si trasferiscono in Europa, il passaggio fra il riconoscimento di un diritto, la percezione del suo significato e la sua effettiva acquisizione può essere anche molto lungo e in taluni casi, a causa della marginalizzazione sociale, del tutto assente. Per il Dirigente della Sezione Criminalità Organizzata per il Friuli Venezia Giulia, l'assenza di segnalazioni o di denunce di reati di violenza nell'ambito familiare fra gli stranieri è frutto dell'omertà e del non riconoscimento della violazione dei diritti delle donne e dei bambini, ma anche, in molti casi, dell'assenza di informazioni riguardo la presenza sul territorio di strutture adeguate di sostegno. Nel caso dei cittadini italiani, invece, il ricorso alla segnalazione è molto più facile e frequente: se una donna o un bambino subiscono dei maltrattamenti in famiglia, in molti casi chiamano, chiedono aiuto oppure denunciano il fatto alla polizia. La marginalizzazione sociale degli stranieri, in molti casi, fa sì che la struttura dei rapporti familiari continui a essere improntata alle rigide regole della modello tradizionale patriarcale; ed è abbastanza evidente che fino a quando non si sarà scardinata la struttura

dei rapporti basata sulla tradizione, i diritti degli individui resteranno sulla carta e non diventeranno un effettivo status giuridico. Cito al riguardo un interessante spezzone dell'intervista al Dirigente della Sezione Criminalità Organizzata per il Friuli Venezia Giulia:

D. Siete a conoscenza di casi di violenza all'interno delle famiglie di immigrati?

R. Di violenza fra uomo e donna? Pochissimi. Noi, operando sempre con le organizzazioni non governative, abbiamo quasi sempre lavorato sulla tratta degli esseri umani e lo sfruttamento della prostituzione e ovviamente sull'immigrazione clandestina. Anche perché tutti i casi che abbiamo trattato noi non riguardavano mai famiglie, bensì il singolo, il soggetto o persone che venivano inserite in questo circuito illegale, mentre difficilmente abbiamo trattato casi di violenza nelle famiglie.

D. Però arrivano in ospedale donne che hanno segni di violenza subita in ambito familiare.

R. Arrivano situazioni dalle quali però poi non si riesce a far emergere il reato, proprio perché l'omertà familiare è fortissima e quindi anche, la paura da parte della donna nei confronti dell'uomo o comunque del marito; quindi difficilmente emerge la violenza domestica all'interno della famiglia immigrata. Casi di italiani purtroppo ce ne sono, anche Trieste ha una casistica abbastanza elevata di violenze in ambito familiare.

D. Questo perché si denuncia di più? Come mai secondo lei c'è questa discrepanza?

R. Da una parte c'è un fortissimo senso civico, quindi noi abbiamo tante segnalazioni anche da parte di soggetti esterni all'ambiente familiare - parliamo della scuola, per quanto riguarda i bambini, dei vicini di casa, per quanto riguarda

le donne, o di strutture di assistenza che a Trieste sono abbastanza radicate e forti. Le segnalazioni che partono da queste istituzioni arrivano subito alla polizia. Abbiamo anche un Ufficio Minori che si occupa delle violenze su minori, ma a cui poi sono collegate anche le violenze sulle donne, quindi i maltrattamenti all'interno della famiglia. Per quanto riguarda gli italiani residenti a Trieste – le segnalazioni sono tante, i casi sono tanti, trattati anche dalla Procura dei minori proprio perché c'è l'immediata segnalazione. Difficilmente situazioni di maltrattamento arrivano a degenerare perché si interviene prima, perché c'è un tessuto sociale sano. Per quanto riguarda lo straniero, che non è inserito in questo tessuto sociale, specialmente per certe nazionalità, difficilmente arrivano a noi le segnalazioni. Dovrebbe essere la donna o il minore che subiscono i maltrattamenti a denunciare, il che è difficilissimo, se non è proprio un caso clamoroso. La discrepanza c'è per questo motivo.

D. Quindi mi pare di capire che gli/le immigrati/e non dispongono delle stesse strutture di tutela e protezione rispetto alla violenza domestica cui fanno riferimento gli/le italiani/e.

R. No, anche perché lo straniero dovrebbe e può accedere alle strutture previste per tutti, basta comunque essere residente o dimorare a Trieste, però lo straniero difficilmente vi si rivolge, proprio perché non ha questa cultura dell'assistenza o non sa che c'è un Ente, un Ufficio, un qualcuno che lo può aiutare. In più c'è anche la paura della violenza conseguente alla denuncia o comunque alla segnalazione.

D. Però la paura esiste anche per gli italiani, ovviamente. Come mai abbiamo maggiore richieste di aiuto?

R. Perché noi parliamo di immigrati o stranieri che vengono da realtà,

come dire, di ignoranza o non conoscenza dei propri diritti, vissuti da sempre in una sottocultura dove c'è la dominazione da parte del marito nei confronti della donna, all'interno del sistema familiare.

Questo sicuramente è un qualcosa che nelle famiglie italiane non esiste più e ciò fa sì che la donna e anche il minore, e parliamo a volte di minori di 10-12 anni, se sono sottoposti a violenze o a maltrattamenti o se sono esposti a situazioni difficili, percepiscono che vengono lesi i loro diritti e si rivolgono alle strutture, ai numeri telefonici dove risponde un operatore che li può aiutare e da lì comincia un percorso che porta fino a noi, alle strutture di assistenza o alla Procura dei minori.

D. Questo per gli/le immigrati/e non avviene?

R. Non avviene, non c'è questa spinta, un po' per la paura, un po' anche perché non sanno, non conoscono.

D. Non conoscono l'esistenza di queste strutture o non conoscono l'esistenza dei loro diritti?

R. Non conoscono i loro diritti, né l'esistenza delle strutture di protezione perché provengono da realtà dove tutto questo non esiste, e non esiste anche culturalmente. Non sono in grado neanche di percepire l'importanza di questo aspetto perché provengono da società dove tutto deve essere risolto all'interno dell'ambito familiare, dove il senso patriarcale è ancora molto forte e quindi c'è chi comanda e chi deve subire all'interno della famiglia e di veri diritti non si parla. Per questo le campagne informative sono sicuramente utili per gli stranieri, anche se forse ancora non vengono fatte in modo adeguato.

D. Vi è capitato forse di trovarvi in situazioni in cui il modello tradizionale-patriarcale inibiva le persone nell'espressione dei propri diritti?

R. Beh, indirettamente. Le dicevo che abbiamo trattato pochissimi casi di violenza all'interno di nuclei familiari di stranieri, però abbiamo visto quanto è importante nelle indagini l'aspetto familiare e patriarcale.

Per esempio abbiamo avuto con le donne nigeriane evidenti casi dove la famiglia riusciva a telecomandare a distanza di migliaia di chilometri la donna che era stata sradicata dal suo territorio di appartenenza con la minaccia di pratiche magiche e di riti vudù.

Gli abusi o i maltrattamenti in famiglia, se non arrivano sotto forma di segnalazioni agli enti preposti quali associazioni, sportelli del Comune, ecc., tanto meno danno luogo a vere denunce alla polizia. La polizia infatti, come ci fa notare il Dirigente dell'Ufficio Immigrazione della Questura di Trieste, è vista in modo molto negativo dagli stranieri e non gode in nessun modo della fiducia che spesso i cittadini italiani le accordano:

Noi qui in Italia abbiamo cercato da qualche anno di impostare un discorso sulla cosiddetta polizia di prossimità, quindi cerchiamo di far capire a coloro che risiedono in Italia che la sicurezza è un bene di tutti, è un bene partecipato. In realtà i cittadini extracomunitari, oserei dire nella quasi totalità dei casi, vengono da paesi e da esperienze che sono del tutto diverse da quelle che possiamo avere qui nell'Europa occidentale e, a casa loro, della polizia spesso si ha paura. Questo è il motivo per il quale, come dicevo prima, lo straniero si presenta qua assolutamente guardingo, presenta le sue carte per avere il permesso di soggiorno, quando è tutto regolare il suo ultimo pensiero è quello di segnalare l'esistenza di un possibile problema alla polizia. Questo effettivamente è un grave problema con il quale ci scontriamo quotidianamente.

Nel caso della mutilazione dei genitali delle bambine le segnalazioni e le denunce non arrivano mai perché, a quanto dicono gli intervistati, bisogna agire sui genitori, parlare con loro e spiegare la nocività della pratica. Tutti, compresi i mediatori culturali, sono convinti di poter agire efficacemente con la persuasione e quasi nessuno pensa all'utilità della denuncia penale, che appare troppo lesiva nei confronti della famiglia.

/ La conoscenza della legge sulle mutilazioni dei genitali femminili nelle comunità migranti /

Da quanto risulta dalle interviste e dai *focus group*, le persone sono a conoscenza del fatto che in Italia le MGF sono punite dal codice penale, ma nessuno sa che, in base alla recente legge, il reato è punibile anche se commesso all'estero.

La maggioranza degli africani, secondo le persone intervistate, ritiene infatti che portare le bambine nel proprio paese d'origine e farle mutilare li escluda la perseguibilità del reato; ed è per questo che la permanenza temporanea e ad hoc delle bambine all'estero sembra essere il modo per aggirare la legge italiana. Se questo aspetto della legge fosse maggiormente conosciuto, è ipotizzabile una drastica riduzione della pratica nel contesto della migrazione africana in Italia. Molti infatti sono attenti alla legislazione italiana e non vogliono incorrere in problemi legali che potrebbero portarli all'espulsione o alla perdita del lavoro, o anche alla semplice stigmatizzazione da parte della società o della stessa comunità africana di riferimento, che in molti casi è contraria alle MGF: "Gli africani hanno paura delle leggi italiane", sintetizza una donna beninese.

Un grande deterrente è infine la certezza dell'illegalità della pratica anche nel proprio paese. Molti/e africani/e intervistati/e mostrano orgoglio nell'affermare che nel proprio paese le MGF sono vietate, poiché, anche per chi vive all'estero da tanti anni, il luogo di riferimento ideale rimane sempre il paese di origine.



**/ GLI OPERATORI
DELLA MEDIAZIONE
CULTURALE DI FRONTE
AL FENOMENO
DELLE MUTILAZIONI
DEI GENITALI FEMMINILI /**

DI ORNELLA URPIŠ

In Italia la mediazione culturale fece la sua comparsa agli inizi degli anni Novanta, quando nel nostro paese si passò dalla fase di inserimento di singoli/e immigrati/e all'accoglienza, stabilizzazione ed integrazione dei nuclei familiari.

La mediazione culturale prese avvio, prima in modo circoscritto e poi in modo sempre più diffuso, con una certa prevalenza nelle regioni del Nord del paese. Furono proprio i centri del Nord a sperimentare l'utilizzo di questa nuova figura di operatore sociale: il/la mediatore/trice culturale. Era una partenza che aveva tutte le connotazioni della novità, della sporadicità e della casualità nella scelta dei contesti di avvio dell'esperienza. Rapidamente, però, presero forma iniziative di formazione finalizzate a un utilizzo più ampio ed esteso di questa nuova figura professionale. Ciononostante, ancora oggi non esiste una codificazione normativa e il conseguente profilo professionale della figura del del/la mediatore/trice culturale è ancora incerto.

La legge 40/98, nell'art. 36 "Istruzione degli stranieri – Educazione interculturale" e nell'art. 40 "Misure di integrazione sociale", nonché la legge 285/97

dal titolo "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza", fanno riferimento ai/le mediatori/trici culturali/interculturali qualificati/e, quali operatori sempre più richiesti nei servizi di welfare.

Nonostante tale conferma e legittimazione, il/la mediatore/trice è un operatore non ancora riconosciuto/a e il dibattito sul suo profilo, percorso formativo e ruolo è in una fase di confronto ancora molto aperta.

Riguardo al profilo e il ruolo del/la mediatore/trice, esistono non poche divergenze di opinioni. I soggetti che da anni lavorano nel settore della mediazione culturale hanno, comunque, cercato di concordare alcuni tratti distintivi di questa figura professionale. Il/la mediatore/trice culturale dovrebbe essere un agente attivo nel processo di integrazione degli individui e delle comunità nella società ospitante. Si pone come figura "ponte" fra gli/le stranieri/e e le istituzioni, i servizi pubblici e le strutture private, senza sostituirsi né agli uni né alle altre, per favorire invece il raccordo fra soggetti di culture diverse come interprete delle esigenze e delle necessità degli stranieri, contribuendo a favorire le condizioni per l'integrazione sociale, nonché valorizzando le risorse di culture e valori diversi dei cittadini immigrati per promuovere e valorizzare il ruolo degli/lle stranieri/e come risorsa del tessuto sociale ed economico (L. Luatti, 2006).

/ Conoscenza del fenomeno /

Gli/le operatori/trici della mediazione culturale, nei commenti delle persone avvicinate, sanno poco e in alcuni casi quasi nulla della pratica delle mutilazioni dei genitali femminili. Come riferisce una mediatrice egiziana:

Nella mediazione non si sa nulla, non c'è conoscenza. Poi spesso i mediatori assunti sono molto ignoranti. Per soddisfare le esigenze di appalto, l'ente gestore mette persone non qualificate, sono ignoranti su tutti gli aspetti".

Sembra quindi che, oltre a conoscere poco o nulla delle MGF, in generale gli/le operatori/trici non siano preparati/e sufficientemente ad affrontare il delicato compito della mediazione fra culture diverse.

In Friuli Venezia Giulia si è tentato di ovviare al problema della mancanza di professionalità e di formazione dei/le mediatori/trici culturali istituendo un Elenco regionale, ma in seguito all'annullamento della legge sull'Immigrazione, anche l'Elenco è sparito e la mediazione continua ad essere un settore gestito da associazioni e cooperative che non sempre garantiscono un'adeguata professionalità.

Dalle informazioni fornite dai mediatori culturali intervistati e raccolte negli incontri con esponenti del settore, si è potuto osservare quanto il fenomeno sia complesso da trattare e quanto scarse siano le risorse a disposizione degli operatori. Abbiamo già detto che spesso i mediatori culturali conoscono poco il fenomeno. Addirittura, se sono uomini, non vogliono neppure toccare questi temi, perché "sono cose da donne", come sottolinea un mediatore del Burkina Faso. Inoltre, quand'anche volessero impegnarsi, spesso non avrebbero il sostegno sufficiente per portare avanti efficacemente le loro iniziative. Spesso infatti sono lasciati/e soli e impotenti dalle comunità che non li riconoscono più come interlocutori/trici efficaci cui affidarsi. Il rapporto con la propria comunità può essere molto problematico poiché i/le mediatori/trici, se da una parte facilitano il rapporto fra gli individui e le istituzioni, dall'altro possono

essere considerati/e dei diversi poiché "ormai" troppo occidentali e troppo lontani dai "propri" modelli culturali.

Come ha raccontato una donna burkinabé, rappresentante dei/le mediatori/trici culturali di Pordenone al Tavolo regionale organizzato presso la Prefettura di Trieste:

Io sono mediatrice, però quelli della mia comunità mi conoscono molto bene e dovendo sempre parlare da sola con loro non riesco a convincerli. Dicono: "Ma è sempre lei che parla di queste cose". Ci sono delle donne che non vorrebbero farlo più, ma ce ne sono altre che ancora sostengono questa pratica. Chiedo il vostro aiuto, sono felice che mi avete invitato per questa riunione e ho fatto di tutto per esserci, perché è un'esperienza bruttissima, io l'ho vissuta sulla mia pelle ed ho avuto molti problemi per il parto, ma non vorrei entrare in questi dettagli qui. Vi chiedo di aiutarmi per poter parlare con le comunità perché sentano altre voci oltre alla mia.

Spesso infatti le comunità culturali sono chiuse, non permettono a nessuno di entrare, né consentono che altre idee possano mettere in discussione i nuclei valoriali costitutivi grazie ai quali esse si autorappresentano. Secondo una donna del Ciad:

Le comunità sono delle rocce e non lasciano entrare nessuno. E nessuno può modificare i comportamenti del gruppo che si basano sulla tradizione.

I/le mediatori/trici culturali sono molto preziosi quali punti di contatto con le comunità, poiché ne conoscono tutti i membri e, spesso, anche i loro problemi e molti dei loro segreti. In molti casi riescono a intervenire efficacemente nella promozione dei diritti umani, se interiorizzano il sistema di valori occidentale e le norme vigenti nel nostro paese. Quando ciò non accade,

il rischio è che si trasformino in alfieri dei diritti "collettivi" del proprio gruppo di riferimento contro i "soprusi" degli italiani e delle istituzioni italiane.

Questi soggetti, pur vivendo da molto tempo in Italia, continuano a vedere nella società ospitante un "contro sé", se non un nemico, e si ergono a guida del proprio gruppo grazie alle conoscenze della realtà italiana (legislazione, percorsi istituzionali, ecc.). Essi, tipicamente, propugnano le specificità e le differenze, anche quando queste possono isolare, o mantenere isolate, le comunità: il che, come è ovvio, rafforza l'orgoglio culturale dei propri rappresentati nel momento stesso in cui li priva delle risorse di integrazione indispensabili a promuovere autonomamente i propri interessi. Per questo devono rivolgersi sempre ai/lle mediatori/trici, il cui ruolo risulta così rafforzato o almeno protetto dalla tentazione, che qualcuno potrebbe coltivare, di scavalcarli e di fare da sé.

/ Approccio professionale /

Vediamo ora, a titolo di esempio, alcuni degli approcci più frequentemente adottati dai/lle mediatori/trici culturali di fronte al problema delle MGF.

Una mediatrice congolese interpreta il proprio ruolo in modo molto complesso. Da una parte dimostra di offrire in modo oggettivo informazioni agli/lle utenti, dall'altro usa queste informazioni per favorirne la responsabilizzazione, per farli/e pensare e ragionare sulle soluzioni che possono dare ai loro problemi. La sua idea del rapporto che il mediatore deve avere con l'utente è contemporaneamente di fiducia personale e di rispetto per le leggi e per le istituzioni. Questo atteggiamento provoca non pochi

problemi al/la mediatore/trice quando questi si trova davanti a una violenza, o a un sopruso, o a un caso di MGF. Il/la mediatore/trice non può permettersi di perdere la fiducia, costruita con tanto lavoro, dei suoi concittadini o degli immigrati, da cui è riconosciuto/a come esponente di rilievo; tuttavia, davanti a reati, dovrebbe sempre denunciare, ma questo è molto difficile. La persuasione sembra essere la strada indicata:

Cercherei di farle capire, di farla ragionare, cercando di spiegare perché ci sono tante informazioni false, sbagliate. Le direi che deve valutare, quando le fanno delle cose.

L'operatrice inoltre è molto sensibile ai diritti dei bambini e porta avanti un programma di cooperazione internazionale per aiutare i bambini vittime di violenza in Congo. Essendo una donna combattiva e certo non disposta a tollerare una violazione all'integrità fisica e psichica di una bambina, afferma:

Lì mi oppongo, e forse ci sarà il rischio di una denuncia perché: giù le mani dai bambini! I bambini vanno protetti, i bambini devono essere messi in situazione di protezione. Da africana so quanti abusi sono stati fatti sui bambini.

La sua conoscenza delle leggi è vaga. Per lo più si basa sulle sue conoscenze della legislazione francese. Sa però che la pratica è illegale anche in Italia e ricorre a questo argomento per dissuadere le donne dall'eseguirle sulle proprie figlie. Non si ferma a questo, ma usa tutti gli strumenti necessari, e anche la sua *négritude*, per avvicinarsi alle persone e scoraggiarle:

Da mediatrice e soprattutto da africana, da sorella, cercherò proprio in tutti i modi di far vedere alla mamma, alla persona che non è così. Poi c'è anche il rischio della legge: facendo questo tu rischi questo, questo e questo.

Diverso è il caso di una mediatrice di origine egiziana. Risulta dall'intervista che questa conosce in qualche modo la pratica, ma non sa qualificarla appropriatamente né in arabo né in italiano, cerca di esprimersi attraverso strumenti visivi, e solo con grande difficoltà definisce a parole il tipo di intervento. È come se fosse un argomento tabù: si sa che c'è, ma non se ne parla. La donna è una persona con un alto livello di istruzione, per cui la difficoltà a parlare di MGF risulta particolarmente stridente. Che in generale le MGF siano un argomento tabù anche nella classe più colta è confermato dal fatto che solo in risposta a una domanda circa la conoscenza della pratica nel proprio nucleo familiare emerge che la stessa madre è portatrice di MGF.

La difficoltà a parlare della pratica si riconferma nel racconto dell'assistenza prestata a una donna eritrea che, confidatasi con lei per alcuni problemi agli organi genitali, era stata inviata all'ospedale di Gorizia per un intervento di de-infibulazione. La forza del tabù affiora nella terminologia usata, poiché la pratica non è mai menzionata e risulta in modo allusivo e indiretto. La mediatrice spiega che la donna:

Ha subito quando era piccola questo taglio alle labbra ed è successo che le due parti delle labbra, dopo l'operazione, si sono legate e lei non poteva avere un rapporto perché era quasi chiusa e quando è venuta qua in Italia, come richiedente asilo, l'abbiamo aiutata a andare in ospedale ad aprire questa chiusura.

Questo però non le impedisce di affrontare direttamente la cosa e di aiutare e sostenere la donna eritrea: quando capisce che è soggetta a molte pressioni psicologiche da parte dei suoi connazionali si adopera per cercarle un rifugio in un'altra casa, in una località diversa,

al fine di proteggerla. Un mediatore del Burkina Faso, invece, non conosce le differenze fra i tipi di MGF, ma sa benissimo che nel suo paese si pratica l'escissione alle bambine e la circoncisione ai bambini. Non sa e non si era mai posto il problema di che cosa facciano esattamente alle bambine, sa solo che "tolgono qualcosa alla donna come anche agli uomini". C'è dunque un parallelismo nel rituale che segna l'avvio alla fase adulta della vita. Questi argomenti non sono mai stati trattati nella sua attività di mediazione perché sono "cose di donne". Ma anche altre mediatrici, provenienti dal Senegal, dal Burkina Faso, dal Benin e dal Marocco riferiscono che il loro lavoro è così complesso che temi così "personali" non emergono tanto facilmente.

Si imbattono piuttosto nei problemi che sono sentiti con grande forza dagli/lle immigrati/e quali le pratiche dei permessi di soggiorno, la burocrazia, la casa, il lavoro, la scuola, ecc, e quindi non resta molto spazio per sviluppare, nel rapporto di mediazione, argomenti che riguardano la salute sessuale e l'intimità delle donne, a meno che non ci siano dei problemi specifici. È questo infatti uno dei limiti del lavoro di mediazione culturale secondo un senegalese, presidente di un'associazione. Secondo lui i/le mediatori/trici dovrebbero impegnarsi di più nell'affrontare questi discorsi, anche se non sono pagati per questo:

Il mediatore si limita alle ore di lavoro concordate. Credo, invece, che dovrebbe fare anche un po' di volontariato su questi temi. Io, come senegalese, ne ho parlato con quelli della mia comunità e con quelli di etnia Peul.

Il tratto che accomuna tutti gli approcci, pure diversi, è comunque la netta avversione a ricorrere alla denuncia o alla segnalazione alle istituzioni e la spiccata propensione a tentare in ogni caso la via della persuasione, alla quale

però si accompagna frequentemente un atteggiamento di rassegnazione. Solo i/le mediatori/trici italiani/e presenti nel *focus group* sembrano più propensi/e a percorrere senza eccessivi indugi la strada della denuncia ai servizi socio-assistenziali.

L'atteggiamento ricorrente sembra essere quello sintetizzato da una mediatrice etiope:

Parlerei con i genitori per fargli capire che è sbagliato, che ci sono delle conseguenze penali e soprattutto delle gravi conseguenze fisiche per la salute della bambina e cercherei di capire perché lo hanno fatto, per trovare un punto di incontro tra il loro e il mio punto di vista. Ma se la bambina è già stata mutilata purtroppo non si può fare più niente. Cercherei di parlare con i genitori affinché non lo facciano più in futuro.

La mediazione, se svolta bene, potrebbe contribuire efficacemente all'abbandono della pratica. I/le mediatori/trici competenti e convinti/e della nocività delle MGF potrebbero "diffondere una cultura contraria, con testimonianze di persone che hanno vissuto questo con dolore, perché ci sono persone che hanno problemi". I/le mediatori/trici si trovano sempre in contatto con molte persone provenienti da paesi dove si praticano le MGF e alcune di loro provengono da esperienze molto difficili. Per esempio, le nigeriane che arrivano al Centro di Prima Accoglienza, secondo la testimonianza della mediatrice egiziana:

Non si confidano molto con gli operatori e non parlano mai della loro intimità perché prima di arrivare in Italia hanno subito anni di esperienza di prostituzione in Libia e quindi hanno alle spalle dei percorsi di grande sofferenza. Sono donne che difficilmente si confidano e bisogna avere gli strumenti necessari per entrare in rapporto con loro.

Nel caso della donna eritrea citata in precedenza, la mediatrice è riuscita, con l'aiuto dello staff del Centro di Prima Accoglienza, ad aiutarla prima portandola in ospedale per l'operazione di de-infibulazione e poi allontanandola dal gruppo di eritrei che la condannavano moralmente. Questa è stata indubbiamente un'importante azione di mediazione e un esempio di come si possano aiutare le donne portatrici di MGF in situazioni di particolare fragilità esistenziale.

Ma in altri casi, come in quello riferito dalla mediatrice etiope, è invece palese la difficoltà estrema, che sconfinava nell'impotenza, ad avviare un discorso su questi temi con le persone assistite:

L'anno scorso c'erano delle ragazze arrivate dalla zona del Tigray che erano state infibulate e le abbiamo portate in ospedale. Ma non abbiamo affrontato l'argomento per timidezza e per paura da parte loro. Non si può affrontare questo tipo di argomento.

Dall'intervista alla mediatrice congolese risulta comunque evidente quanto la figura del/della mediatore/trice sia fondamentale nella lotta alle MGF. Solo donne sensibili, preparate e motivate possono entrare in contatto con le madri africane ancora immerse nella comunità culturale di appartenenza, dalla quale dipendono materialmente o psicologicamente e della quale tendono a seguire le norme, implicite o esplicite, e accompagnare queste persone verso una trasformazione dei propri comportamenti.

Il rapporto di confidenza che il/la mediatore/trice riesce a instaurare con l'utente è la chiave che, se bene manovrata, può fare emergere i problemi e i fatti culturali rilevanti legati al tema delle MGF; ma anche la consapevolezza dei diritti umani e, in particolare, dei diritti dei bambini costituisce un

grande elemento di forza in ogni azione di mediazione su questo tema.

Affinché la mediazione sia efficace per l'abbandono di pratiche contrassegnate dalla violenza sono quindi importanti due fattori, che devono operare in modo congiunto e complementare: la vicinanza del/della mediatore/trice all'utente e il pieno riconoscimento del suo ruolo; e la convinta e consapevole adesione del/della mediatore/trice a un'etica universalistica fondata sui diritti umani, indipendentemente dalla propria appartenenza e cultura.

dell'uomo, con la sua autorità. La volontà della donna, da sola, non è sufficiente per l'abbandono della pratica.

In questo settore servirebbe però fondamentalmente un intervento legislativo nazionale che inquadri la figura del/della mediatore/trice culturale fra le professioni riconosciute, istituzionalizzata attraverso un albo nazionale o un Elenco regionale, cui accedere solo con requisiti specifici.

/ Interventi da attuare nel settore della mediazione culturale /

Gli interventi che servono nel settore della mediazione riguardano fondamentalmente la preparazione degli/lle operatori/trici attraverso una formazione culturale adeguata anche sugli aspetti della salute sessuale e riproduttiva, in particolare per gli uomini che svolgono questo lavoro affinché possano intervenire su altri uomini. Inoltre viene segnalata la necessità di stimolare un dibattito sia all'interno delle famiglie sia a livello pubblico sui temi delle MGF e della sessualità. Un senegalese, presidente di un'associazione afferma:

Occorre interloquire con le famiglie attraverso incontri, discorsi privati e poi bisognerebbe parlare con i mediatori di comunità che lavorano in ambito sanitario. Sul tema delle MGF credo che bisognerebbe lavorare con le comunità, favorire dibattiti, incontri per informare e sensibilizzare. Tenendo sempre presente che in pubblico i musulmani non parlano di sessualità. La legge c'è, ma non sarà la legge a eliminare il fenomeno, bensì la presa di coscienza. Ed è essenziale il ruolo



**/ ALCUNE RIFLESSIONI
A PARTIRE
DALLE TESTIMONIANZE
RACCOLTE NEL SETTORE
SOCIO-SANITARIO /**

DI SARA CROCCO

Le testimonianze raccolte nel settore socio-sanitario provengono da alcuni/e professionisti/e, medici e infermieri/e, della regione Friuli Venezia Giulia, che lavorano presso strutture sanitarie diverse per tipologia - alcune sono pubbliche, altre private - e per utenza. I/le professionisti/e intervistati/e lavorano presso strutture ospedaliere e ambulatoriali che comprendono l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico materno-infantile Burlo Garofolo di Trieste, l'Ospedale Santa Maria degli Angeli di Pordenone, l'ambulatorio medico dell'International Centre for Theoretical Physics (Centro Internazionale di Fisica Teorica, ICTP) di Trieste, l'Ospedale Cattinara di Trieste, l'Ospedale di Monfalcone (Go) e l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

Alla luce delle testimonianze raccolte si può affermare che la casistica sanitaria delle mutilazioni genitali femminili in queste strutture non è molto rilevante. Gli/le intervistati/e, infatti, fanno riferimento a un numero esiguo di casi e qualcuno di loro non ha mai avuto, sul territorio regionale, un'esperienza diretta delle mutilazioni dei genitali femminili. Questo non significa che i sanitari intervistati abbiano una ridotta conoscenza

del fenomeno ma che, come vedremo più avanti, l'esiguo numero di pazienti con MGF ha in parte determinato la mancanza di una formazione specifica degli/le operatori/trici sul tema e l'assenza di un protocollo sanitario per l'approccio e la gestione dei casi, lasciando il tutto alla sensibilità del/la singolo/a professionista. Inoltre, la bassa incidenza di casi in ambito sanitario sembra non corrispondere al dato numerico di 3.339 donne africane immigrate nella regione Friuli Venezia Giulia provenienti da paesi in cui è presente la pratica delle MGF. Questa discrepanza potrebbe essere dovuta al fatto che tali donne seguono altri percorsi di cura, che la ricerca non ha potuto esplorare.

Nelle interviste e nel *focus group* il tema delle MGF è stato affrontato nella sua complessità di fenomeno trasversale che riguarda sia la sfera privata, sia quella sociale e collettiva; infatti, oltre che dal punto di vista prettamente sanitario delle complicanze e delle conseguenze sullo stato di salute della donna o della bambina mutilata, questo argomento è stato discusso anche dal punto di vista sociale e culturale, con riferimento ad aspetti legali ed etici.

Infine, la ricerca ha riguardato anche gli interventi attuabili nel settore socio-sanitario, la necessità di una formazione specifica sul tema MGF per gli/le stessi/e operatori/trici sanitari/e e le modalità con cui il personale sanitario può contribuire alla prevenzione della pratica attraverso opere di sensibilizzazione e informazione a partire dagli ospedali e dagli ambulatori.

/ Conoscenza del fenomeno /

Nelle testimonianze dei/le professionisti/e avvicinati/e gli aggettivi "sconvolgente" e

“scioccante” sono molto ricorrenti rispetto alle proprie esperienze dirette con le MGF; un medico dell’ambulatorio dell’ICTP ad esempio racconta:

Ne ho vista una in particolare ed è stata una cosa veramente sconvolgente, una giovane signora di 35 anni, mamma di due figli tra l’altro, infibulata. Aveva avuto delle perdite ematiche perciò si era rivolta al servizio medico del Centro di fisica. In quell’occasione ho tentato di visitarla, ma è una cosa praticamente impossibile, se non per via rettale. I genitali in pratica non esistono, esiste la cute e basta. Le grandi labbra non esistono più, esiste un piccolo foro d’uscita che permette appunto la fuoriuscita dell’urina e del flusso mestruale e basta. Cioè, è difficile anche introdurre un dito.

L’infermiera dell’ICPT davanti allo stesso caso ha raccontato di aver avuto una reazione quasi paralizzante:

Non riconoscevo l’anatomia, non avendo mai visto niente di simile, sono rimasta così scioccata che non ho nemmeno capito cos’era successo. Non riuscivo a trasferire le informazioni sulla persona che avevo davanti, per me è stato scioccante! Sono rimasta ferma, rigida, non avevo neanche il coraggio di muovermi.

Al di là di queste significative reazioni personali, dalle testimonianze raccolte è emerso che gli/le operatori/trici sanitari/e hanno avuto poche esperienze dirette con donne mutilate; la testimonianza del medico legale dell’Ospedale Cattinara di Trieste sembra confermare questo dato:

Esistono delle normative molto recenti su questo fenomeno, ma da un controllo al registro generale della Procura della Repubblica di Trieste, non risulta iscritto alcun reato 583 bis come previsto dalla nuova normativa: cioè nella provincia di Trieste non è mai stato segnalato un caso per cui l’autorità giudiziaria deve

procedere. Né sono stati segnalati casi di questo tipo al servizio di medicina legale.

Le motivazioni di questa scarsa incidenza in ambito sanitario possono essere di varia natura, ma si possono ugualmente fare alcune ipotesi sulla base delle testimonianze raccolte.

Innanzitutto, l’accesso ai servizi sanitari per molte donne immigrate non è sempre semplice e diretto: alcune non hanno mai fatto una visita ginecologica e in certi casi partoriscono in casa.

La spiegazione risiede in diversi fattori: cultura di appartenenza, grado di istruzione, livello di integrazione e status socio-economico. Inoltre, le donne che hanno subito una qualche forma di MGF sembrano restie ad esporsi e a raccontare una cosa così intima, sia perché nelle culture di provenienza non è cosa di cui si parla in pubblico, sia perché sanno che la pratica non è diffusa in Italia e temono le reazioni, emotive o di curiosità, che potrebbe suscitare la vista dei loro genitali.

Un’altra motivazione risiede nella tipologia delle visite mediche: infatti, come testimoniano gli/le operatori/trici sanitari/e dell’ICTP, sembra che sia più facile che queste donne accedano ad ambulatori privati piuttosto che al servizio sanitario pubblico poiché in alcuni casi, in assenza di una ginecologa presso tali strutture, le donne che rifiutano la visita di un professionista uomo vengono indirizzate, dagli stessi operatori, verso ambulatori privati di ginecologhe. Infine, alcuni medici intervistati hanno ammesso che esiste una scarsa preparazione degli/le operatori/trici sanitari/e sul tema e che loro stessi sono a conoscenza di casi in cui alcune pazienti con MGF non hanno ricevuto un’accoglienza adeguata nelle strutture cui si sono rivolte.

Come è emerso dalle testimonianze di alcuni/e operatori/trici dell’Azienda Sanitaria di Trieste durante il Tavolo

di coordinamento del progetto nell'ambito del quale questa ricerca è stata realizzata, organizzato presso la Prefettura di Trieste, un'altra ipotesi che concorrerebbe alla spiegazione del numero ridotto di casi di MGF di cui vengono a conoscenza i servizi sanitari in regione è che alcuni tipi di mutilazione, quelle meno cruente, sarebbero di difficile individuazione: talvolta, un "occhio poco allenato" potrebbe non essere in grado di diagnosticare alcune forme di mutilazione genitale. La sensazione che si ricava davanti a queste ipotesi è che esistono percorsi di cura diversi dal servizio sanitario e dove "tutto è coperto molto bene perché il tutto viene fatto evidentemente a livello sommerso", come sospetta l'anatomo-patologo triestino. Non sono però solo gli aspetti relativi alla salute che interessano il personale sanitario intervistato, quanto una comprensione della pratica nella sua complessità di fenomeno socio-culturale, legato alla tradizione e alla religione, che vada oltre gli stereotipi più comuni circa le sue origini e la sua diffusione.

In particolare, nelle testimonianze raccolte viene sottolineata la volontà di smentire gli stereotipi diffusi in Occidente che vedono le MGF come una pratica dettata dalla religione islamica, perpetuata esclusivamente nelle zone rurali e legata per lo più alle classi sociali più povere e con un grado di istruzione poco elevato. Per quanto riguarda la religione, una medica dell'IRCCS Burlo Garofolo ha ricordato quanto affermato dall'Unicef, e cioè che la pratica si riscontra tra persone che praticano tutte le religioni, aggiungendo che "anzi in alcuni paesi africani lo fanno più i cristiani che i musulmani".

L'appartenenza religiosa, d'altra parte, risulta essere un elemento molto importante nell'accesso al servizio sanitario, infatti le donne di fede

islamica generalmente chiedono di essere visitate da medici di sesso femminile:

Ovviamente ci vuole molta gentilezza come con qualsiasi persona. Se abbiamo davanti una quarantenne bianca che ha già effettuato un certo numero di visite ginecologiche, il problema è relativo. Sappiamo, invece, che se ci si trova di fronte a una ventenne vergine e musulmana occorre muoversi con molta cautela; però siamo sempre riuscite a convincerla a farsi visitare, magari non da un uomo. Se riusciamo a farlo fare dal nostro ginecologo, preferiamo, perché così noi stesse possiamo aiutare in tutta la gestione. Se la paziente insiste nel volere che la visita sia fatta da una donna, rispettiamo la sua scelta e organizziamo per lei una visita in città con una ginecologa. (infermiera ICPT)

Pur non essendo in possesso di dati precisi circa l'incidenza della pratica nei paesi di provenienza, i medici intervistati sembrano consapevoli che non si tratta di un fenomeno che riguarda solo persone provenienti da zone rurali e dalle classi sociali meno abbienti e meno istruite. Talvolta tale percezione è frutto dell'esperienza personale, come nel caso di un anatomo-patologo triestino che negli anni Ottanta ha lavorato in Somalia:

Mi è capitata la figlia di un personaggio molto importante, un medico somalo che sosteneva che l'infibulazione doveva prevedere almeno quattro punti di sutura, altrimenti sua figlia non l'avrebbero sposata.

Oppure una medica dell'IRCCS Burlo Garofolo, secondo la quale:

L'idea che noi abbiamo in Occidente è che questa sia una pratica di aree rurali, di persone di basso livello culturale, invece conosco due paesi nei quali il posto dove è meno frequente la pratica è la zona

rurale e più povera, mentre va aumentando l'incidenza più si va avanti nel livello socio-economico e culturale: parlo della Nigeria e dell'Etiopia.

Come confermato anche dalle ricerche DHS, Demographic and Health Surveys (Sondaggi demografici e sanitari) condotte in numerosi paesi africani da Macro International, il grado di istruzione non influenza ovunque l'incidenza della pratica, seppure si noti una certa flessione della prevalenza con l'innalzamento del livello di istruzione. Questo spiega il fatto che nei casi conosciuti dal Centro di Fisica Teorica siamo di fronte a donne mutilate con un grado di istruzione molto elevato: si tratta infatti di fisiche e matematiche o mogli di scienziati che provengono da paesi africani dove le MGF vengono più o meno largamente praticate.

Il livello di istruzione, però, diventa un fattore molto rilevante rispetto al mantenimento o all'abbandono della pratica nel processo migratorio. Le donne con un livello di istruzione più alto sono tendenzialmente quelle che, una volta stabilitesi in Italia, richiedono l'intervento della ricostruzione dell'organo genitale, stando alla testimonianza di una ginecologa dell'IRCCS Burlo Garofolo:

Nella mia esperienza, a chiedere la ricostruzione del clitoride o per lo meno la riapertura delle piccole labbra, sono in genere donne sposate, di alto livello culturale, che vengono con il marito.

Il grado di istruzione non è l'unico fattore che determina questo tipo di richiesta: anche l'appoggio del marito e della famiglia sono elementi che giocano un ruolo fondamentale nel processo di maturazione della scelta della deinfibulazione, come la stessa ginecologa afferma:

Tutte quelle che noi abbiamo operato sono venute con il marito: se il marito è d'accordo,

anche il resto della famiglia approva la decisione. Ma se la donna prende questa decisione da sola, rischia una frattura con la famiglia, un isolamento tremendo, che alla fine finisce per bloccarla.

/ Approccio professionale /

Il *focus group* con il personale sanitario ha affrontato anche l'applicazione della legge n. 7 del 9 gennaio 2006 facendo scaturire alcune riflessioni in materia di bioetica.

A proposito di questa legge, il medico legale dell'Ospedale Cattinara di Trieste ha ricordato:

In Italia c'è sì la normativa specifica, ma ancora prima c'è l'articolo 32 della Costituzione che garantisce il diritto alla salute e il Codice deontologico medico che prevede chiaramente all'articolo 52 che non debba essere fatta dal medico alcuna forma di mutilazione o menomazione o comunque alcun trattamento che non abbia fini diagnostici o terapeutici.

In effetti, il punto clou della normativa vigente, che ha inserito nel Codice penale l'articolo 583 bis, è proprio quello di aver stabilito che le mutilazioni dei genitali femminili sono un vero delitto, perché sono punite molto severamente: si arriva fino a 12 anni di carcere.

Non ci devono essere ovviamente esigenze terapeutiche, perché se in ipotesi ci fosse un'esigenza terapeutica non sussisterebbe il reato. Secondo la nuova normativa, le mutilazioni dei genitali femminili sono inserite tra le lesioni gravi e gravissime. Per gli operatori sanitari che praticano MGF è prevista la pena accessoria dell'interdizione dall'esercizio della professione da 3 a 10 anni, ed è inoltre prevista anche la sanzione per la struttura ove sia accaduto, o possa in ipotesi avvenire, uno di questi episodi,

cui viene tolto l'accreditamento, per cui la struttura chiude.

Il *focus group* ha poi discusso delle diverse implicazioni, in termini legali e sanitari, della circoncisione maschile e di quella femminile. Riportiamo alcuni stralci del dibattito:

D. E questo si riferisce anche ai maschi?

R1. No, questo è solo per le mutilazioni dei genitali femminili, per i maschi è un problema completamente diverso anche perché la circoncisione è prevista da certi usi, da certe religioni.

R2. Anche quella femminile è prevista da certi usi.

R1. Sì, però c'è una differenza, la circoncisione maschile non cagiona una permanente menomazione dell'integrità fisica, nel soggetto circonciso funziona tutto.

R2. Gli episodi acuti che abbiamo avuto sono stati di quei due bambini.

R3. Fatti in casa!

R1. Di quello parla, infatti, anche una sentenza del tribunale di Padova che ha affrontato uno di questi casi di neonati in cui però c'era un problema di esercizio abusivo di professione sanitaria, (...) la sentenza dice che la circoncisione non cagiona diminuzione permanente dell'integrità fisica, la ritiene una pratica sanitaria da effettuare da un sanitario con le dovute precauzioni per evitare emorragie, infezioni, eccetera, ma non dice che non si può fare. Mentre per le mutilazioni dei genitali femminili la norma è categorica: non si fa punto e basta".

A livello giuridico la circoncisione maschile e quella femminile assumono significati diversi: la prima è concepita come un rituale religioso che non cagiona una vera e propria menomazione, la seconda

invece è considerata come una pratica deturpante, una lesione gravissima per il corpo e la mente, che va vietata e contrastata ricorrendo a sanzioni e pene molto aspre.

Nella percezione dei partecipanti al *focus group*, la circoncisione maschile sembra essere più "tollerata" e compatibile con l'ordinamento giuridico italiano e, per quanto riguarda la sua pratica, non sembrano esserci prescrizioni giuridiche chiare. Il problema semmai è se la circoncisione rituale debba essere eseguita o meno come prestazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale italiano.

Infatti, in ambito sanitario ci sono pareri discordanti sulla possibilità che le strutture medico-ospedaliere effettuino la circoncisione maschile al fine di ridurre le eventuali complicazioni derivanti da circoncisioni "fatte in casa" e rendere la pratica più sicura. Effettivamente, si sono registrati diversi casi di minori arrivati al pronto soccorso per problemi, anche molto gravi, derivanti da circoncisioni "domestiche" e rudimentali.

Nel 2004 aveva suscitato notevole clamore la proposta di un ginecologo somalo, Omar Abdul Kader, impiegato presso l'Ospedale di Careggi (Firenze) di effettuare quella che la stampa aveva ribattezzato "infibulazione soft" o "punturina", e cioè un taglio con una lancetta da insulina sul clitoride, al fine di farne uscire alcune gocce di sangue, certificando poi l'esecuzione del "rito". Questo con l'idea di rispettare la cultura d'origine delle famiglie africane immigrate in Italia ed evitare che le bambine fossero sottoposte a forme tradizionali di MGF più nocive per la salute. Tale proposta era stata avversata da numerose associazioni di donne migranti, organizzazioni di cooperazione allo sviluppo attive nella prevenzione delle MGF in Africa, tra cui AIDOS, studiose e attiviste, convinte che

l'introduzione di tale procedura avrebbe legittimato una visione della sessualità femminile come qualcosa di impuro, da limitare, seppure simbolicamente e con un'ferita lieve; e che per le famiglie, e le nonne in particolare, rimaste in patria e che accolgono le bambine durante le vacanze estive e organizzano le MGF, il certificato della struttura sanitaria italiana non avrebbe avuto molto significato, se constatavano che i genitali delle bimbe erano sostanzialmente intatti.

Infine, generava grande preoccupazione il fatto che nella proposta si prevedeva l'esecuzione della procedura anche presso strutture mediche private, dove diventava più difficile verificare se, su richiesta dei genitori e dietro compenso, non fosse stata eseguita una procedura più invasiva, vale a dire una vera escissione o infibulazione. L'approvazione della legge 7/2006 ha di fatto reso inapplicabile la proposta. Ciononostante, le opinioni dei medici restano divise, come è emerso anche nel corso del *focus group* e delle interviste con il personale sanitario realizzate per questa ricerca, anche perché la proposta non aveva mancato di trovare sostenitori in particolare tra antropologi/ghe interessati/e alla difesa e valorizzazione della diversità culturale e persone convinte che tale operazione avrebbe comportato una "riduzione del danno" derivante dalle MGF.

Riportiamo perciò alcune battute tratte dal *focus group* che mettono in evidenza come la "punturina", il "male minore", la "lesione lievissima" che non provoca complicazioni, continui a rappresentare per alcuni un compromesso accettabile rispetto alle pratiche di MGF, mentre per altri sia una proposta assolutamente inaccettabile, e questo indipendentemente dal fatto che la normativa vigente l'abbia resa impraticabile.

R1. Per quanto riguarda il problema delle mutilazioni dei genitali femminili c'è chi, un medico credo somalo, ha fatto la proposta...

R3. La proposta della puntura!

R2. Sai che io invece non la trovo così terrificante? Se si tratta di compiere il rito...

R1. Su questo il comitato di bioetica ha dato parere favorevole. (...) Sostanzialmente questa proposta tende ad evitare la mutilazione che è ben più seria di una circoncisione, la "punturina" è simbolica però evitiamo complicanze a breve, lungo e medio termine.

R3. Sì però...

R2. Tu cosa dici? Mi interessa.

R3. A me la cosa che sembra grave è proprio il simbolismo della violazione del corpo femminile. Sono una epidemiologa e sono in genere per la riduzione del danno, però questo entra in una sfera molto più olistica, più ampia. A me sembra terribile soprattutto in un paese come l'Italia, dove sono in vigore leggi contro qualunque cosa che provochi un danno, anche simbolicamente. Non solo: penso che la proposta della "puntura" in parte rinforza l'idea che il corpo femminile deve essere purificato in qualche modo, un'idea atavica.

Un'altra riflessione etica, scaturita dall'analisi del testo legislativo, riguarda l'asperità delle pene che possono essere comminate ai genitori della minore sottoposta a mutilazione e delle conseguenze di queste condanne sul suo stato di salute psichica. In effetti, se da un lato esiste la necessità di prendere posizione contro le MGF e contrastarne la pratica, dall'altro si pone il problema della tutela della minore all'interno della sua famiglia. Fino a che punto i genitori di una bambina

che subisce una mutilazione dei genitali possono essere considerati "colpevoli" o "complici" di un reato e quindi penalmente perseguibili? La tutela della minore, in questo caso, può essere assicurata attraverso l'allontanamento dal nucleo familiare? Sono gli interrogativi che si è posta una ginecologa dell'IRCCS Burlo Garofolo, quando si è trovata davanti il caso di una bambina somala, così riferito nel colloquio:

D. Dottoressa, lei ha seguito pazienti con MGF nella sua esperienza professionale?

R. Sì, donne sì, ma non ho mai visto una bambina. Anche se una volta in una classe, durante un intervento che aveva per tema l'anatomia sessuale e la procreazione, ho notato una bambina di colore che mi seguiva con le lacrime agli occhi e ho avuto l'idea di parlare delle MGF, cercando di sdrammatizzare per rassicurarla nel caso le fosse successo. Ho spiegato che era una pratica presente in alcune culture. Parlando con la bambina, successivamente, mi ha detto che lei aveva avuto questa cosa. Poi l'abbiamo affidata all'operatore sanitario del Consultorio, era una bambina somala.

D. E poi cos'è successo?

R. È stata affidata agli operatori del consultorio; queste pratiche, per quel che ne so io dai racconti, non avvengono in Italia. Le bambine vanno in vacanza dalla nonna qualche volta anche senza i genitori e quando sono lì le fanno questa cosa.

D. Quanti anni aveva la bambina?

R. Era in quarta elementare. La sua famiglia, peso le parole, ma se devo giudicarla, una famiglia premurosa e affettuosa verso i figli e io non so, una volta avvenuto questo episodio, se sia meglio allontanare la bambina dalla sua famiglia. Credo assolutamente di no, perché intanto è più rassicurante sapere che tua madre

ha avuto la tua stessa esperienza; ormai l'hai avuta ed è vissuta tutto sommato, tra virgolette, bene, può esserti vicina in questa cosa. Inoltre c'è tutta una relazione familiare che per tutte le altre cose tiene, funziona benissimo. Quindi quando voi parlavate delle pene nei confronti dei genitori, io pensavo a cosa sia meglio nella pratica. (...) Si peggiora la situazione psichica della bambina, invece di aiutarla e di farle vedere che sua mamma alla fine è vissuta, che si possono trovare delle soluzioni e che la vita è fatta così e va avanti, no?"

A fronte di questa sensibilità, come già accennato, nelle testimonianze raccolte si registra l'assenza di protocolli socio-sanitari specifici e di pratiche comuni di approccio ai casi di MGF; una delle spiegazioni di questa assenza risiede, probabilmente, nella casistica poco rilevante sul territorio regionale. Come ricorda un'infermiera dell'ICTP:

I protocolli nascono dall'uso perché quando ci si trova di fronte ad una cosa che si ripropone in continuazione la prima cosa che si fa, almeno per noi, è quella di cercare un riscontro legale.

Quali sono allora gli approcci "ipotetici" degli/lle operatori/trici sanitari/e davanti a casi di donne o bambine mutilate? A questa domanda alcuni/e dottori/esse hanno risposto evidenziando le mancanze del sistema sanitario in questo ambito:

D. Nel caso in futuro aveste delle donne in gravidanza che hanno qualche forma di mutilazione, voi entrereste anche nel percorso di allontanamento da queste pratiche?

R1. Guardi, questa è una cosa che in realtà noi come gruppo non abbiamo per niente maturato e quindi dipende molto da che medico questa signora si troverà davanti.

Noi abbiamo un comportamento diverso, approcci alle persone completamente diversi, legati ognuno alla sua storia, alla sua sensibilità, al suo livello culturale rispetto all'argomento.

D. Quindi non c'è un protocollo?

R1. No, non c'è un protocollo di gruppo.

R2. A me sembra un vuoto molto grosso nel Servizio Sanitario perché restringe le possibilità; io penso che basterebbe un corso, perché se dipende dalla persona sensibile la difficoltà è grande; è un servizio nazionale pagato per tutti, pubblico, che dovrebbe dare queste risposte, soprattutto perché il problema è più diffuso di quanto pensiamo, è un problema sommerso.

D. Se adesso volgessimo lo sguardo un attimo ai bambini, in Pronto Soccorso, se dovesse arrivare una bambina con qualche forma di mutilazione cosa succede?

R3 (pediatra del Burlo). Finora non ho memoria che sia mai successo e quindi penso che verrebbe costruito sul momento, è una cosa della quale noi non abbiamo mai discusso; quindi non so darti una risposta. A occhio, anche là noi siamo diversi, come diceva la dottoressa, abbiamo sensibilità diverse, mi verrebbe da pensare che la prima cosa che farebbero alcuni sarebbe farla vedere da un ginecologo e l'approccio alla famiglia potrebbe essere quello di un atteggiamento puramente sanzionatorio. Io penso che gran parte dei colleghi lo vedrebbero come un maltrattamento e quindi scatterebbe il protocollo; però, ripeto, non abbiamo mai fatto una discussione su questo anche perché statisticamente per noi è difficile da riscontrare, non vediamo tante bambine somale.

R1. Perché non c'è una grossissima comunità.

R3. Non c'è una grossissima comunità; magari stanno bene, inoltre, non è che se

un bambino ha mal d'orecchio gli visiti i genitali! Storicamente la cosa si restringe moltissimo, però penso che un minimo di linee guida su questo potrebbero servire.

Dalla testimonianza dell'infermiera e dell'ostetrica dell'ICTP emerge la volontà di affrontare i casi in équipe medica, innanzitutto, e di richiedere anche consulenze esterne a mediatori/trici e professionisti/e che possano aver avuto esperienze in tal senso. Inoltre, viene sottolineato il rispetto della privacy e la necessità di un approccio estremamente delicato:

La prima cosa che faremmo sicuramente è quella di riunirci, perché una delle cose che probabilmente ha permesso a questo gruppo di andare avanti bene per tutti questi anni è il fatto che ci confrontiamo in continuazione. Abbiamo capito che tutto quello che riguarda la sfera genitale o anche affettiva e familiare di una persona va trattato con estrema cautela e cura. Diciamo che l'ultima cosa che uscirebbe da questo ambulatorio, da questo gruppo, è il nome e la possibilità di rintracciare questa persona.

Un'altro tipo di approccio riscontrato è quello ipotizzato da una Pediatra dell'Ospedale di Pordenone, la quale alla domanda "Cosa farebbe se un domani le capitasse una bambina che ha subito una qualche forma di mutilazione?" ha risposto:

Bella domanda... Non saprei! Sicuramente mi allarmerei. Al di là del discorso prettamente ginecologico, penso che attiverei i servizi territoriali, il consultorio, qualcuno che segua poi direttamente il bambino a domicilio".

Le difformità che emergono riguardo alle tipologie di approccio e l'assenza di una procedura e di una prassi comune, allargano la riflessione alla necessità di attuare interventi "in-formativi" nel settore socio-sanitario.

/ Interventi da attuare nel settore socio-sanitario /

In tutte le interviste e all'interno del *focus group*, gli/le operatori/trici sanitari/e denunciano una scarsa formazione e preparazione sul tema delle MGF; inoltre, la mancanza di procedure più o meno comuni o di protocolli sanitari ha generato una non uniformità nell'approccio professionale determinando sensibilità, atteggiamenti e soluzioni diverse.

Emerge quindi la necessità di una formazione approfondita sul tema che insista sulla diagnosi, sulla prevenzione e sulla cura delle complicazioni, come suggerisce una dottoressa:

Ho l'impressione che gli operatori sanitari non sono preparati, non sanno diagnosticare il tipo, non sanno cosa fare, perché non abbiamo studiato nelle nostre Facoltà questi casi. Ed è lì la mia preoccupazione: la prevenzione di questi casi. Quelle che sono già mutilate hanno infezioni urinarie a ripetizione, complicazioni intra parto e finiscono tutte in taglio cesareo potendo, invece, fare altre cose.

L'opinione di una ginecologa del Burlo, in merito alla necessità di una formazione degli/le operatori/trici sanitari/e, appare molto interessante poiché è concepita all'interno di un bisogno formativo più ampio, quello incentrato sulla relazione medico - paziente e sul lavoro di équipe:

Tutti gli interventi vanno fatti in un contesto culturale e in una realtà dove ci sono problemi. Se io dovessi fare un intervento sugli operatori rispetto a questo, personalmente non focalizzerei l'intervento solo sul problema delle mutilazioni genitali. Credo invece che il gruppo dovrebbe elaborare di più la qualità della relazione tra l'operatore e l'utente, affinando la

sensibilità e la disponibilità a, come dico io, mettersi nelle braghe dell'altro. Un'empatia professionale, questo deve essere, perché se noi facciamo un corso qui che focalizzi l'attenzione solo sulle mutilazioni sessuali secondo me i tecnici non vengono, perché dicono che in realtà loro questo problema non ce l'hanno tanto. In effetti, abbiamo qualche caso ogni tanto, probabilmente aumenteranno, però, con tutti i problemi pazzeschi che abbiamo questo qui da noi è il minore, mentre se vai in Eritrea invece è il maggiore: lì il parto dell'infibulata in genere si risolve con sfondamento del retto, con la fistola che è il problema più grosso.

In questi paesi africani i nostri colleghi vedono le donne che diventano emarginate sociali perché sono incontinenti di feci e di urine, ma noi tutto questo non lo vediamo.

Oltre alla proposta di una formazione sul tema MGF rivolta agli/le operatori/trici socio-sanitari/e, dalle interviste effettuate emerge, inoltre, una volontà da parte degli/le stessi/e sanitari/e di contrastare questa pratica proprio a partire dai "luoghi della salute".

Il momento della visita ginecologica, per esempio, se vissuto in maniera serena, potrebbe essere, secondo il dottore dell'ambulatorio medico dell'ICTP, un momento di confronto e un primo approccio al tema. Inoltre, per quanto riguarda la prevenzione, lo stesso dottore indica, tra le modalità di sensibilizzazione, la distribuzione, all'interno degli ambulatori, di depliant illustrativi che affrontino "il problema dal punto di vista medico, in primis, considerando quelle che possono essere le complicanze ma nel rispetto delle convinzioni della persona".

La prevenzione nell'ambito degli interventi volti a contrastare la pratica delle MGF, risulta essere un elemento cruciale nella sensibilizzazione, che bisognerebbe strutturare in maniera efficace

coinvolgendo la struttura ospedaliera e altre figure come, ad esempio, il/la pediatra di famiglia e altri/e operatori/trici sociali. A questo proposito è importante riportare il dibattito con una pediatra di Pordenone:

D. Non potreste fare la sensibilizzazione anche qui in ospedale? Quando nascono i bambini potreste, ad esempio, pensare ad un programma nel quale avvertire i genitori della illegalità della pratica, anche se fatta all'estero?

R. Non so. Bisognerebbe pensare a come strutturarlo. Perché io ho sempre paura che metterli in allerta in questa maniera provoca l'effetto contrario, come quando vanno a farsi circoncidere dal primo che gli capita per strada. Non so se la nascita è il momento adeguato.

D. Però il momento della nascita è importante perché è il momento in cui si pensa a queste cose, per cui, forse, è il momento più facile per fare una campagna di informazione.

R. Sì, loro ci pensano, però è una cosa che io credo avvenga molto più in là, quando diventano più grandi, non quando nascono. Perché se tu glielo dici quando nasce, a dieci anni è una cosa che già si sono scordati. Bisogna, a quel punto, lavorare sui pediatri di famiglia perché sono loro che poi alla fine se ne occupano.

D. Non fate ispezioni ginecologiche, ovviamente, a meno che non abbiano qualche problema?

R. No, a meno che non abbiano un problema ginecologico, esatto. Questo lo potrebbe fare il pediatra di famiglia nel momento in cui va a fare il suo bilancio di salute, o nell'ambito di una visita generale.

Nonostante la casistica poco rilevante, si è visto che la conoscenza del fenomeno

MGF, da parte degli/lle operatori/trici sanitari/e intervistati/e, abbraccia aspetti diversi: infatti, oltre che da un punto di vista prettamente medico, il tema è stato affrontato anche tenendo conto dei fattori culturali, degli stereotipi, delle prescrizioni di legge e delle implicazioni etiche.

Sono state evidenziate le criticità del sistema sanitario rispetto alla gestione dei casi: una scarsa o inesistente formazione specifica sul tema, l'assenza di protocolli comuni e una conseguente difformità degli approcci.

Concludendo, si può affermare che se da un lato le testimonianze raccolte nel settore socio-sanitario hanno evidenziato criticità e mancanze dei servizi sanitari, dall'altro hanno messo in luce l'interesse e la disponibilità degli/lle operatori/trici e delle istituzioni sanitarie ad essere coinvolti e a farsi loro stessi promotori di attività di sensibilizzazione e prevenzione.





**/ RIFERIMENTI
BIBLIOGRAFICI /**

- Aa. Vv., *Donne, migrazione, diversità*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2002
- Allport G., *La natura del pregiudizio*, Firenze, La Nuova Italia, 1976
- Badinter E., *L'identità maschile*, Milano, Longanesi, 1993
- Barbieri L., *Amore negato. Società multi-etnica e mutilazioni genitali femminili*, Torino, Ananke Edizioni, 2005
- Beauvoir S. De., *Il secondo sesso*, Milano, Il Saggiatore, 1961
- Belpiede A. (a cura di), *Mediazione culturale. Esperienze e percorsi formativi*, Torino, UTET, 2002
- Bertaux D., *Histoires de vies ou récits de pratiques? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*, Parigi, Cordes, 1976
- Bourdieu P., "I riti come atti di istituzione", in AA. VV., *Il ritorno delle differenze*, Milano, Franco Angeli, 1992
- Bourdieu P., *Il dominio maschile*, Milano, Feltrinelli, 1998
- Dal Lago A. (a cura di), *Lo straniero e il nemico*, Genova, Costa e Nolan, 1997
- Delli Zotti G., *Introduzione alla ricerca sociale*, Milano, Franco Angeli, 1997
- Duden B., *Il corpo della donna come luogo pubblico*, Torino, Boringhieri, 1992
- Fainzang S., "Circoncision, excision et rapports de domination", in *Anthropologie et Sociétés*, n. 9, 1985
- Germani G., *Urbanizzazione e modernizzazione*, Bologna, Il Mulino, 1975
- Héritier F., *Dissolvere la gerarchia. Maschile/femminile II*, Milano, Cortina, 2004
- Hobsbawn E., Ranger T., *L'invenzione della tradizione*, Torino, Einaudi, 1989
- Kluckhohn C., Kroeber A.L., *Il concetto di cultura*, Bologna, Il Mulino, 1963
- Levy R., *The Social Structure of Islam*, Cambridge, Cambridge Univ. Press, 1957
- Lightfoot-Klein H., "Orgasm in ritually circumcised african women", in Kothari P. e Patel R. (a cura di) *Proceedings of the 1st International Conferente on Orgasm* (atti della prima Conferenza internazionale sull'orgasmo), Bombay (attuale Mumbai), VRP Publishers 1991
- Luatti L. (a cura di), *Atlante della mediazione linguistico culturale. Nuove mappe per la professione di mediatore*, Milano, Franco Angeli, 2006
- Mead M., *Maschio e femmina*, Milano, Il Saggiatore, 1972

Mead M., *Sesso e temperamento*, Milano, Mondadori, 1989

Ortner S., Withehead H. (a cura di), *Sesso e genere: l'identità maschile e femminile*, Palermo, Salterio, 2000

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

Patel P. "Discriminazione razziale e discriminazione di genere", in Ingrao C. – Scoppa C. (a cura di), *Donne, migrazione, diversità*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2002

Pierrot M., *Il senso delle appartenenze: le trasformazioni del corpo femminile*, Milano, Longanesi, 1994

Romito P., *Violenze alle donne e risposta delle istituzioni. Prospettive internazionali*, Milano, Angeli, 2000

Rubin G., "The traffic in women. Notes on the 'political economy' of sex", in Reiter R. R. (a cura di), *Toward an Anthropology of Women*, New York-London, Monthly Review Press, 1975

Rusconi G.E., "Multiculturalismo e cittadinanza democratica", in *Teoria Politica*, n. 3, 1996

Sayad A., *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Cortina, 2002

Taguieff P. A., *La forza del pregiudizio. Saggio sul razzismo e sull'antisemitismo*, Bologna, Il Mulino, 1994

Turner V., *La foresta dei simboli*, Brescia, Morcelliana, 1976

Thiam A., *La parola alle donne africane*, Torino, Eurostudio, 1989

Urpis O., "Le pratiche di mutilazione dei genitali femminili e la formazione di una identità negata", in *Il Reo e il Folle*, VII, Firenze, 1998

Urpis O., "Violenza e società multietnica, le mutilazioni dei genitali femminili e la ridefinizione dell'identità collettiva", in Del Giudice G., Barbara G., Adami C. (a cura di), *I generi della violenza. Tipologie di violenza contro donne e minori e politiche di contrasto*, Milano, Franco Angeli, 2001

Urpis O., "Genere e ruoli sociali, due modelli interpretativi a confronto: Talcott Parsons e Margaret Mead", in G. Paolin, T. Tonchia (a cura di), *Donne Politica e Istituzioni*, Quaderno 2008, Trieste, EUT, 2008

Yoder P.S. – Khan S., *Numbers of Women Circumcised in Africa: The production of a Total*, Calverton, Macro International Inc., 2007

Veca S., *Cittadinanza: riflessioni filosofiche sull'idea di emancipazione*, Milano, Feltrinelli, 1990

/ APPROFONDIMENTI /

/ A CURA DI
ADUSU, ASSOCIAZIONE DIRITTI
UMANI - SVILUPPO UMANO E
AIDOS, ASSOCIAZIONE ITALIANA
DONNE PER LO SVILUPPO /

PROGETTO MUTILAZIONI
DEI GENITALI FEMMINILI E
DIRITTI UMANI NELLE COMUNITÀ
MIGRANTI. PERCORSO INTEGRATO
DI RICERCA, FORMAZIONE E
SENSIBILIZZAZIONE PER LA
PREVENZIONE E IL CONTRASTO
DI UNA PRATICA TRADIZIONALE
DA ABBANDONARE FINANZIATO
DAL DIPARTIMENTO PER LE PARI
OPPORTUNITÀ NELL'AMBITO
DELLA LEGGE 7/2006



/ MUTILAZIONI DEI GENITALI FEMMINILI E DIRITTI UMANI /

DI PAOLA DEGANI

L'intervento di modificazione e mutilazione effettuato sui genitali esterni femminili (MGF) costituisce una manifestazione rituale profondamente radicata nella tradizione e nel contesto socio-culturale di molte popolazioni, soprattutto africane.

Per le modalità con cui vengono eseguite e per le ricadute e i significati simbolici e materiali attribuibili, le mutilazioni genitali femminili costituiscono un insieme di pratiche drammaticamente violente nei confronti delle donne e delle bambine, a cui possono seguire conseguenze più o meno gravi sul piano della salute fisica e implicazioni pesanti sul piano psicologico. Secondo quanto precisato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella definizione fornita nel 1996, con l'espressione "mutilazioni genitali femminili" (MGF nell'acronimo italiano, FGM nell'acronimo inglese) si intende indicare tutta una serie di pratiche diffuse in molti paesi, che mirano ad "alterare la conformazione degli organi genitali femminili esterni con finalità culturali, religiose o per altre ragioni comunque non terapeutiche" e che possono essere individuate in quattro tipologie distinte sulla base della gravità del pregiudizio arrecato ai genitali femminili.

MGF è perciò la denominazione generalistica con la quale si identificano diverse pratiche tradizionali che comportano il taglio o l'incisione o altre manipolazioni dei genitali femminili effettuati a scopo rituale. La mutilazione è comunemente effettuata su ragazze di età compresa tra i quattro e i dodici anni e costituisce un rito di passaggio. In alcune culture è praticata nei giorni immediatamente successivi la nascita e al più tardi appena prima del matrimonio o dopo la prima gravidanza.

La MGF è generalmente eseguita da donne che tradizionalmente si dedicano a questa attività, ed è molto spesso collegata a forme di sapere che si tramandano di generazione in generazione; la ripetizione nel tempo di queste pratiche ha anche una matrice economica ben precisa. Tenendo presente che forme intermedie sono comunque presenti e diffuse, le mutilazioni si distinguono in quattro tipi:

Tipo 1: escissione del prepuzio con/senza escissione di parte o di tutto il clitoride. È la forma di mutilazione meno cruenta e viene più comunemente definita "sunna". Tale tipologia di mutilazione a volte è limitata ad una piccola escoriazione dalla quale far stillare del sangue; in altri casi invece può accompagnarsi oltre che all'ablazione del prepuzio anche a quella di parte del clitoride.

Tipo 2: escissione del prepuzio e del clitoride con parziale o totale escissione delle labbra minori. È una mutilazione più drastica e cruenta delle precedenti ed è generalmente praticata in quegli stati nei quali l'infibulazione è stata dichiarata fuori legge, come per esempio in Sudan. Questo tipo di mutilazione è comunemente identificata con il termine clitoridectomia.

Tipo 3: escissione di parte o di tutti i genitali esterni con restringimento o chiusura dell'apertura vaginale (*infibulazione*). Questa tipologia prevede

la cruentazione delle piccole labbra, che vengono fatte aderire in modo da cicatrizzare unite, ricoprendo meato uretrale e introito vaginale.

È la forma più drastica e distruttiva di mutilazione che, a causa della sua invasività, comporta drammatiche conseguenze per la salute psichica e fisica della donna ed è più comunemente conosciuta come infibulazione;

Tipo 4: in questa tipologia sono comprese diverse pratiche lesive dell'apparato genitale femminile che prevedono la lacerazione delle grandi labbra a scopo medico rituale, ad esempio per curare la sterilità, o che prevedono l'esecuzione di punture, perforazioni o incisioni sul clitoride, grandi e piccole labbra; altre forme prevedono incisioni longitudinali della vagina allo scopo di farla retrarre (*gishiri*, praticato ad esempio in preparazione di un nuovo matrimonio), oppure consistono nella cauterizzazione del clitoride e dei tessuti circostanti o nel raschiamento dell'orifizio vaginale (*angurya*). Tra le varie forme considerate in questa quarta tipologia sono comprese anche l'introcisione, praticata da una tribù australiana e consistente nella dilatazione traumatica della vagina in preparazione alla prima notte di nozze, nonché l'introduzione in vagina di sostanze vegetali corrosive aventi lo scopo di restringerla o di chiuderla.

Inoltre va fatta menzione di altre due pratiche che avvengono a seguito delle precedenti: la defibulazione e la reinfibulazione.

Il termine "mutilazioni genitali femminili" ha trovato una specifica legittimazione nel corso della terza Conferenza del Comitato Inter-Africano sulle pratiche tradizionali rilevanti per la salute di donne e bambine/i, svoltasi ad Addis Abeba nel 1990, ma non ha ricevuto un riconoscimento pieno tra le popolazioni

interessate direttamente dalle pratiche mutilatorie, che per anni ne hanno contestato la forte connotazione negativa.

La denominazione più comune e maggiormente diffusa fra la maggior parte delle popolazioni che praticano le MGF è "circoncisione femminile".

L'uso di tale termine è però oggi fortemente in discussione per la sovrapposizione terminologica con la circoncisione maschile, pratica decisamente meno drastica, meno cruenta e soprattutto priva di tutta una serie di valenze negative, simboliche e materiali, rispetto a quella che si realizza sulle donne.

Altri termini vengono generalmente usati per indicare la mutilazione genitale femminile, per esempio quello di sunna, di escissione e di infibulazione o di "circoncisione faraonica", ma si tratta di interventi connotati l'uno rispetto all'altro in modo diverso.

Ci sono quattro ragioni che si ricollegano nella letteratura alla pratica delle MGF. La prima rimanda a motivazioni di tipo culturale, ove viene ad essere interessato anzitutto il problema dell'identità delle comunità in cui si praticano le MGF e di rimando la necessità di preservare usanze e tradizioni di un popolo.

La seconda rinvia a questioni inerenti la sessualità della donna e i tentativi di esercitare su di essa un controllo di tipo sociale mediante la reiterazione di usanze che di fatto possono implicare gravi disagi fisici e psicologici. La terza richiama le pratiche religiose e il loro mescolarsi ad elementi culturali. L'ultima ragione infine concerne la pressione sociale che una comunità esercita affinché si mantenga in vita una pratica che costituisce un requisito per l'integrazione nella vita di comunità, soprattutto laddove la maggior parte delle donne risultano di fatto essere mutilate.

Nel mondo si calcola che siano circa tra i 100 e i 140 milioni le bambine e le donne che hanno subito le MGF. La stessa valutazione, trasposta su base annuale, si traduce in tre milioni di donne "a rischio" di subire una qualche forma di intervento mutilatorio di tipo rituale⁵³.

Le proporzioni di questo fenomeno rendono perciò evidente l'urgenza di trovare degli approcci al problema che, in un'ottica di rispetto della dignità e della libertà femminile, permettano l'adozione di politiche che favoriscano i processi di abbandono e accrescano la sensibilità nei confronti dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne. Tale ricerca peraltro non può prescindere da una lettura complessiva del fenomeno discriminatorio femminile e più in generale da una attenta analisi dei rapporti di genere, poiché tali pratiche si inseriscono in contesti socio-culturali definiti da meccanismi relazionali e dinamiche di potere tra i sessi fortemente pregiudicanti il riconoscimento e l'effettività dei diritti umani delle donne.

Storicamente, le prime iniziative per contrastare le MGF risalgono all'inizio del secolo scorso, e precisamente al periodo delle colonizzazioni, quando si è assistito a tentativi, peraltro abbastanza isolati, di porre fine a queste pratiche, soprattutto in quei contesti dove i missionari riuscivano meglio ad integrarsi con la popolazione autoctona. Tuttavia, la battaglia per l'eliminazione delle MGF non fu sviluppata con impegno sistematico da parte dei governi coloniali, non essendo le pratiche mutilatorie confliggenti con gli interessi dei governi stranieri. I tentativi effettuati non hanno peraltro riscosso successo, tanto che in questi paesi di fatto la diffusione del fenomeno non ha subito modificazioni sensibili.

Le prime norme concernenti il divieto di effettuazione delle MGF risalgono agli anni '40 e '50, quando il Sudan e l'Egitto adottarono provvedimenti in questo senso che rimasero però del tutto disattesi, trattandosi di misure che non erano accompagnate da iniziative volte alla prevenzione e sensibilizzazione rispetto a tali pratiche.

Tra il 1960 e il 1970 l'emergere di gruppi di donne che in molti paesi lavoravano per sensibilizzare le popolazioni su questo problema ha portato ad un incremento delle campagne circa gli effetti delle MGF sulla salute. Contemporaneamente, andava crescendo tra gli/le operatori/trici sanitari/e di molti paesi interessati da questo fenomeno, tra cui Sudan, Somalia e Nigeria, il bisogno di considerare e studiare con un diverso approccio le complicazioni cliniche collegate alle MGF, impegno che ha trovato poi riscontro anche nelle prime pubblicazioni nelle riviste mediche.

Sul piano internazionale, nel 1959⁵⁴ l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sulla base di una richiesta avanzata l'anno precedente dal Consiglio economico e sociale (Ecosoc) delle Nazioni Unite, affermò che le operazioni mutilatorie rituali dovevano ritenersi il risultato di concezioni sociali e culturali dei paesi in cui venivano eseguite e pertanto non rientranti nella sfera di competenza dell'OMS⁵⁵.

Durante gli anni sessanta in più occasioni si discusse dell'opportunità o meno di inserire la questione delle MGF nell'agenda politica degli organismi della comunità internazionale.

⁵⁴ Nel 1952 la Commissione delle Nazioni Unite sui diritti umani affronta per la prima volta il problema della pratica mutilatoria.

⁵⁵ OMS, 12ª Assemblée Mondiale per la Sanità, 11ª sessione plenaria, 28 maggio 1959.

⁵³ Dati Unicef, 2005.

Tuttavia, le difficoltà che questo fenomeno incontrava rispetto ad una sua considerazione da parte degli organismi preposti alla tutela dei diritti umani, indicavano che non vi era di fatto la volontà di riconoscere la discriminazione contro la donna come l'ambito privilegiato entro il quale cominciare a trattare sul piano politico e normativo le MGF; soprattutto, continuava a pesare molto l'idea che spettava ai singoli paesi l'eventuale adozione di provvedimenti, nel più pieno rispetto del principio della *domestic jurisdiction*.

Nel 1960, all'interno di un *meeting* organizzato dalle Nazioni Unite ad Addis Abeba, il problema delle MGF venne discusso pubblicamente; nei risultati conclusivi del Seminario si sollecitava l'OMS ad adottare una dichiarazione di condanna di tutte le forme di medicalizzazione delle pratiche mutilatorie, allo scopo di evitarne qualsiasi forma di istituzionalizzazione e di legittimazione.

Nel 1962 l'Ecosoc invitò nuovamente l'OMS ad esaminare le conseguenze medico-sanitarie provocate dalle MGF, ma solo nel 1976 l'Ufficio regionale per il Mediterraneo Orientale della stessa Organizzazione Mondiale della Sanità mise a punto un programma di attività a cui seguì la pubblicazione del lavoro di ricerca di Fran P. Hosken, *The Hosken Report* (1977), che per la prima volta stimava il fenomeno e dava conto della drammaticità delle situazioni ad esso collegabili.

Due anni dopo, nel 1979, a Khartoum, in Sudan, si tenne il primo seminario dedicato al tema delle MGF, organizzato dall'Ufficio regionale dell'OMS per il Mediterraneo Orientale. In tale circostanza per la prima volta si assistette ad un confronto sul tema tra rappresentanti di alcuni paesi africani e l'Unicef, da cui derivò la presa d'atto pubblica che le MGF

non erano semplicemente il prodotto di alcune culture, ma costituivano, in primo luogo, un problema di salute pubblica. Il seminario di Khartoum segnò un passo importante e un'occasione senza precedenti per condannare in modo esplicito tutte le possibili tipologie attraverso le quali si attuano le MGF, comprese quelle compiute nelle strutture ospedaliere.

A partire da questa prima presa di posizione anche istituzionale sul tema furono organizzate altre iniziative di carattere internazionale in paesi differenti.

Di estrema importanza il secondo Seminario sulle pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute di donne e bambine, del 1984, nel quale l'OMS e altre organizzazioni internazionali riuscirono a portare a Dakar, in Senegal, i rappresentanti di venti paesi coinvolti dal fenomeno. Fu durante questo *meeting*, organizzato in collaborazione con l'Unicef e l'Unfpa, che venne istituito, ad opera del *Working Group* sulle pratiche tradizionali dannose della Sottocommissione per la protezione e la promozione dei diritti umani, dell'Unesco e dell'Oms, l'Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children (IAC nell'acronimo inglese).

In questa fase perciò, per la prima volta, si può riconoscere l'avvio di quel processo di orientamento della trattazione delle questioni collegate alle MGF nell'ambito del sistema dei diritti umani delle Nazioni Unite, che ha portato in un primo tempo all'identificazione e al riconoscimento delle molteplici violazioni dei diritti umani di donne e bambine che la pratica delle MGF implica, per giungere oggi ad un loro più specifico inquadramento nel novero delle condotte identificabili come manifestazioni di violenza contro la donna.

Nella seconda metà degli anni Novanta, sulla base delle diverse classificazioni proposte, l'OMS procedette, oltre che alla definizione e classificazione definitiva del fenomeno che ora tutti conosciamo come "mutilazione genitale femminile", a sviluppare prese di posizione ufficiali contro le mutilazioni genitali femminili in seno alla Commissione dei diritti umani dell'ONU, raccomandando specifiche politiche nazionali al fine di contrastarne la diffusione e invitando i medici a non realizzare interventi di questo tipo in qualunque situazione, né negli ospedali né in qualsivoglia altro centro specializzato.

Attualmente, le MGF sono praticate in 28 paesi, per lo più africani, con prevalenza di diffusione nell'Africa sub-sahariana e nelle regioni del Nord Africa, ma con un'incidenza molto diversa nei singoli contesti nazionali. A questo proposito basti fare riferimento alle differenze che intercorrono tra la diffusione della pratica nell'Africa settentrionale e orientale, con tassi di diffusione che arrivano a toccare il 97% in Egitto e l'80% in Etiopia, nell'Africa occidentale, il 99% in Guinea, il 71% in Mauritania, il 17% in Benin e il 5% in Niger, rispetto al Sud-Est, in cui si registra il 32% del Kenya e il 18% della Tanzania⁵⁶.

Il dato che oggi maggiormente rileva, anche per l'attenzione che si dedica a questo problema, è rappresentato tuttavia dalla diffusione delle MGF in contesti prima non coinvolti, ma sempre più interessati in via diretta dal fenomeno a seguito dei processi di internazionalizzazione e, in particolare, dalle migrazioni.

/ Diritti umani e mutilazioni dei genitali femminili: implicazioni e orientamenti /

La pratica delle mutilazioni genitali femminili ha ricevuto molta attenzione negli ultimi anni, sia a livello nazionale, nei paesi dove è tradizionalmente diffusa e in quelli di immigrazione, sia sul piano internazionale.

Una delle questioni più dibattute concerne il ruolo che dovrebbe svolgere il diritto nel favorire il progressivo venir meno delle MGF e nel sanzionare coloro i quali, nonostante i divieti esistenti in molti paesi, continuano a permettere il ricorso a questa pratica o vi sono direttamente coinvolti, agevolandone la reiterazione.

Se una serie di evidenze storiche suggerisce inequivocabilmente che la legge da sola non può cambiare una condotta che sul piano sociale risulta essere così diffusa come il ricorso a forme diversificate di MGF, la recente adozione in molti paesi di norme penali ad hoc ha tuttavia dato spazio ad un processo di istituzionalizzazione e forte legittimazione dell'idea che attraverso il divieto si possa favorire la dismissione del ricorso a queste pratiche, anche con l'obiettivo di favorire il processo di integrazione sociale delle comunità tradizionalmente interessate dal problema nei paesi di immigrazione.

Un'altra questione di rilievo concerne l'inquadramento delle MGF fra le violazioni dei diritti umani di cui sono vittime le donne e le bambine.

Tale lettura, pur essendo oggi accettata da tutti i soggetti istituzionali che ne sono investiti a diversi livelli, non riceve un consenso unanime, sebbene sia evidente il collegamento tra MGF e discriminazioni di genere, peraltro messo in luce,

56 Fonte Unicef, 2005.

negli ultimi anni, in tutti i documenti sul tema, sia di carattere internazionale che regionale. Ne deriva che l'essere le MGF pratiche consuetudinarie profondamente radicate in taluni gruppi etnici e nazionali non può costituire un'attenuante rispetto al fatto che esse sono la manifestazione più conclamata della disuguaglianza sociale di cui è vittima la donna ancora oggi. Tale disuguaglianza, con le MGF, si spinge infatti fino alla necessità di marcare i corpi femminili con interventi che possono risultare anche assai invasivi; questi interventi sono inoltre attuati senza particolari attenzioni rispetto alla necessità di ridurre le conseguenze in termini di dolore e di funzionalità delle parti anatomiche interessate, oltre che senza un'adeguata attenzione alle situazioni traumatiche sul piano psicologico che comportano, soprattutto quando il decorso post-operatorio presenti problemi di varia natura che provocano una maggiore sofferenza per la donna e un tempo maggiore di adattamento del corpo alle modificazioni collegate all'intervento.

L'ottica diritti umani rispetto alle MGF oggi non si ferma al dato internazionale o regionale, ma investe direttamente le scelte dei legislatori nazionali. In questo senso va anche la nostra attuale normativa: la Legge 9 gennaio 2006 n. 7, recante Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile, si richiama espressamente, oltre agli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione, a quanto sancito nella Dichiarazione e nel Programma di azione adottati a Pechino il 15 settembre 1995 nella quarta Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sulle donne, introducendo misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile, in quanto considera queste ultime quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e

alla salute delle donne e delle bambine. Tale orientamento si pone in linea con gli obblighi derivanti dall'adozione di una serie di trattati internazionali in materia di diritti umani e risponde all'impegno che i governi sottoscrivono con l'atto di ratifica degli stessi.

La pratica delle mutilazioni genitali femminili costituisce infatti una vera e propria forma di ingiustizia sociale, attraverso la quale si viene di fatto a negare alle donne in quanto persone dignità e autonomia. Per questo, inquadrare il problema delle mutilazioni genitali femminili nella prospettiva diritti umani significa misurarsi con la dipendenza economica-sociale e l'assoluta mancanza di potere delle donne in molti paesi del mondo, nonostante si registrino negli ultimi due decenni sensibili modificazioni delle condotte sociali orientate ad una diversa considerazione dei soggetti femminili sul piano giuridico, culturale e anche sociale.

In questo senso l'interdipendenza e l'indivisibilità dei diritti politici e civili e di quelli economici, sociali e culturali, solennemente sancite dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, costituiscono il necessario punto di partenza per dare evidenza alle molteplici violazioni dei diritti umani che si realizzano con le MGF e alla complessità delle questioni che la reiterazione di queste condotte sottende e implica.

Un ruolo importante nello sviluppo di una sensibilità orientata ai diritti umani a riguardo delle MGF è stato giocato in questi anni da molte Organizzazioni non governative (Ong) presenti nei paesi di origine come in quelli occidentali, che continuano a svolgere anche oggi, rispetto al processo di progressivo abbandono della pratica, attività di promozione e diffusione dei diritti umani e di cooperazione orientata

all'empowerment delle donne. Queste iniziative, sviluppate spesso con il sostegno delle Organizzazioni intergovernative, hanno favorito la presa di consapevolezza da parte dei governi dei paesi interessati della drammaticità di questo problema, denunciando le responsabilità dei governi, che devono prevenire e vietare questa pratica, e la loro inerzia o le loro negligenze rispetto alla realizzazione di strategie e azioni tese a modificare talune condotte sociali funzionali alla reiterazione di comportamenti discriminatori.

Nella letteratura sulle MGF l'interesse per la pratica si è concentrato principalmente sul danno fisico e psicologico che deriva dall'effettuazione di questi interventi sui corpi delle donne e delle bambine.

Ciò però non deve portare a porre in secondo piano l'essenza stessa dell'atto mutilatorio, vale a dire la violazione dell'integrità fisica della donna, a cui si collegano numerose altre violazioni di diritti fondamentali posti a tutela dei principi di dignità e libertà della persona umana e riconosciuti oggi come meritevoli di protezione sul piano del diritto interno e internazionale. Le MGF non vanno perciò lette, anche sul piano giuridico, solo come un problema di natura medica e perciò esclusivamente come un danno di tipo fisico e psicologico, bensì come una questione che investe direttamente l'affermazione del principio di eguaglianza tra uomini e donne, il divieto di discriminazione su base sessuale e, in genere, la salvaguardia della libertà e della dignità delle donne e delle bambine.

Già si è accennato al fatto che la comunità internazionale ha iniziato ad occuparsi del problema delle MGF all'interno della prospettiva diritti umani con incredibile e imperdonabile ritardo. Saranno gli anni '90 a consacrare alla politica tale questione che, letta nel novero delle plurali manifestazioni della violenza

contro la donna, diverrà ad un certo punto centrale nel dibattito sui diritti umani delle donne, anche per le implicazioni rispetto al paradigma universalista e, nei paesi di immigrazione, al problema della tutela dei diritti delle minoranze con riguardo soprattutto alla libertà di espressione religiosa. La Conferenza di Vienna sui diritti umani del 1993 ha rappresentato in questo senso un passaggio fondamentale. Nella seconda metà degli anni '90 le MGF rientrano a pieno titolo tra le *issue* presenti nell'agenda politica degli organismi del sistema diritti umani della comunità internazionale; la Dichiarazione congiunta del febbraio 1996 sottoscritta dall'Unfpa, dall'OMS e dall'Unicef è esemplificativa dell'orientamento con cui si andava sviluppando il dibattito:

(...) La comunità internazionale non può rimanere inerme di fronte a cotanta violenza in nome di una distorta visione del multiculturalismo. La cultura, infatti, non è statica ma in continua evoluzione e i popoli devono mutare le loro abitudini e i loro comportamenti di fronte ai pericoli e all'inutilità di certe pratiche tradizionali, senza che questo significhi rinunciare all'identità e all'integrità della propria cultura.

Sebbene non manchino voci di dissenso, con la Conferenza mondiale sui diritti umani di Vienna del 1993, la Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD) del Cairo del 1994 e la Quarta Conferenza mondiale sulle donne (Conferenza di Pechino) del 1995 si realizza sul piano formale il riconoscimento pieno delle MGF quali manifestazione della violenza contro la donna; viene pertanto indicata la necessità che gli Stati contrastino queste pratiche attraverso la previsione di interventi orientati alla loro prevenzione e criminalizzazione, oltre che alla protezione e alla reintegrazione sociale delle vittime.

Se la Conferenza di Vienna ha dato nuovo slancio alla campagna internazionale di protezione e promozione dei diritti umani delle donne iniziata nei primi anni Settanta con la I Conferenza internazionale sulle donne di Città del Messico, focalizzando l'attenzione soprattutto sul problema della violenza, quella del Cairo ha richiamato l'obbligo di eliminare tutte le forme di discriminazione sessuale, anche con l'obiettivo di smantellare tutti gli atti immorali o disumani, tra cui le MGF, considerati lesivi dei diritti umani fondamentali ed estremamente rischiosi per la vita, la salute e il benessere di donne e bambine (paragrafo 7.35 del Programma d'azione della Conferenza del Cairo su Popolazione e sviluppo, 1994).

Le argomentazioni della Conferenza di Vienna sui diritti umani sono state riprese durante la Quarta Conferenza Mondiale delle donne svoltasi a Pechino nel 1995. Si tratta di una Conferenza la cui valenza sul piano del dibattito internazionale segna un momento di ridefinizione complessivo delle problematiche di genere. Il principale risultato della Conferenza di Pechino è stato quello di ripensare l'impegno globale in favore dell'attribuzione di potere e responsabilità alle donne del mondo intero, sollecitando un'attenzione internazionale senza precedenti nei confronti di tutta una serie di temi, primo fra tutti quello della violenza, che a partire dalla conferenza di Vienna ha costituito uno degli ambiti di maggior impegno politico per la promozione dei diritti umani delle donne da parte della comunità internazionale.

Nel corso della Conferenza di Pechino venne ribadito il carattere universale dei diritti umani delle donne per cui, come era già stato dibattuto e sancito proprio a Vienna nel 1993, nessuna cultura, fede, religione o qualsivoglia tipo di appartenenza poteva in alcun modo

giustificarne la violazione.

Nel corso dell'assise internazionale maturò la consapevolezza che l'uguaglianza tra i due sessi non doveva essere intesa come un fine, ma come un mezzo indispensabile per ottenere la pace e uno sviluppo più equo. In questo senso si riconosceva perciò che il problema delle discriminazioni tra uomini e donne doveva essere ricondotto alle questioni inerenti la giustizia sociale quale ambito entro il quale inscrivere anche la problematica della detenzione delle risorse come veicolo per l'acquisizione di quegli elementi di potere che proprio la mancanza di autonomia economica non rendono possibili sul piano sociale.

/ Pratiche di mutilazioni dei genitali femminili e paradigma dei diritti umani /

Lo sviluppo del paradigma dei diritti umani si deve soprattutto all'adozione di un numero crescente di trattati internazionali successivi alla Seconda guerra mondiale ad una cospicua produzione di documenti non vincolanti sul piano giuridico ma decisamente rilevanti sotto il profilo dell'indirizzo politico.

In generale, gli accordi di natura giuridica hanno cercato di stabilire *standard* universali riconoscendo una serie di diritti fondamentali e richiedendo ai governi di impegnarsi affinché questi diritti venissero riconosciuti, resi effettivi e protetti all'interno dei singoli ordinamenti.

Il riconoscimento sul piano del diritto interno di queste norme internazionali rappresenta un momento chiave per lo sviluppo stesso dei diritti umani e per la loro piena affermazione, soprattutto quando vi è la necessità di interventi complessi sul piano della loro traduzione

in policies, come può essere per le MGF, oggi anche nei paesi di destinazione dei migranti.

La maggiore attenzione al problema delle MGF come questione che investe l'effettività dei diritti umani delle donne ha favorito lo sviluppo di un impegno sempre più forte da parte sia dell'associazionismo non governativo che delle istituzioni, e ha portato allo sviluppo di un corredo di atti vincolanti e non, di carattere sia internazionale che regionale, a cui oggi ci si può richiamare.

Le norme di riferimento più citate quando si parla di MGF e diritti umani sono quelle contenute nella Dichiarazione universale dei diritti umani⁵⁷, nel Patto internazionale sui diritti civili e politici⁵⁸ e nel Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali⁵⁹ relative alla dignità della persona, al principio di non discriminazione su base di genere, al diritto alla libertà personale, alla protezione dai trattamenti inumani, al diritto alla salute. Un riferimento più diretto alle MGF si ritrova nella Convenzione delle Nazioni unite per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne (CEDAW)⁶⁰ e nella Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia⁶¹. Questi trattati internazionali sono stati completati da norme adottate a livello

regionale, compresa la Carta africana sui diritti dell'uomo e dei popoli⁶², e specificamente nel Protocollo sui diritti delle donne⁶³. Rileva inoltre, a livello europeo, la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali⁶⁴, che contiene disposizioni che tutelano i diritti delle donne attraverso il divieto di discriminazione, l'affermazione del diritto alla vita, il divieto di tortura, ecc. Vi è però da dire che di questi trattati risultano essere Stati parte molti paesi ove si praticano le MGF.

Altre fonti inerenti i diritti umani che, pur non essendo vincolanti sul piano giuridico, rilevano a livello internazionale come impegni di natura politica per la lotta alle MGF sono la Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne⁶⁵, che è stata adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 1993, e una serie di altri documenti redatti a conclusione delle Conferenze Mondiali sopra richiamate, come il Programma d'Azione della Conferenza su popolazione e sviluppo del Cairo, la Dichiarazione di Pechino e la Piattaforma d'Azione, tutti atti nei quali si chiede ai governi di adottare misure adeguate relativamente al problema delle MGF e di cui si è fatto cenno sopra. È importante ricordare che la maggior parte dei diritti umani protetti a livello internazionale e contenuti anche in numerosi strumenti regionali trovano

57 Adottata e proclamata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con risoluzione 217A (III) del 10 dicembre 1948.

58 Adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 16 dicembre 1966. Entrato in vigore il 23 marzo 1976.

59 Adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 16 dicembre 1966. Entrato in vigore il 3 gennaio 1976.

60 Adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 18 dicembre 1979. Entrata in vigore il 3 settembre 1981.

61 Adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con Risoluzione 44/25 del 20 novembre 1989. Entrata in vigore il 2 settembre 1990.

62 Adottata a Nairobi il 28 giugno 1981 dalla Conferenza dei Capi di Stato e di Governo dell'Organizzazione dell'Unità Africana. Entrata in vigore il 21 ottobre 1986.

63 Adottato a Maputo, Mozambico, l'11 luglio 2003, 2° sessione ordinaria dell'Assemblea dell'Unione Africana. Entrato in vigore l'11 novembre 2005.

64 Adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 4 novembre 1950. Entrata in vigore il 3 settembre 1953.

65 Risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite 48/104.

riconoscimento a livello nazionale negli strumenti giuridici interni. Ciò dovrebbe tradursi nella possibilità per le donne di accedere a sedi di giustiziabilità dei loro diritti umani violati nei paesi che sono parte delle Convenzioni internazionali. Il problema della giustiziabilità dei diritti umani violati rappresenta oggi, per lo sviluppo dell'empowerment delle donne e del mainstreaming di genere, un passaggio fondamentale; infatti a fronte di un riconoscimento sul piano formale del principio di non discriminazione su base sessuale e dei diritti che ne discendono, oramai maturo e consolidato nelle fonti, sembra essere ancora aperto il problema dell'accesso delle donne ai meccanismi della giustizia, e forse ancora in fieri quella presa di

consapevolezza di talune condizioni che connotano l'esistenza delle donne e che rappresentano vere e proprie situazioni di vittimizzazione.

Se si esaminano con più attenzione le implicazioni sul piano dei diritti delle MGF, bisogna considerare che la responsabilità degli Stati di garantire il godimento dei diritti umani all'interno delle giurisdizioni nazionali investe ambiti diversi.

Dal 1980, il progressivo inquadramento delle pratiche mutilatorie all'interno della questione delle discriminazioni su base sessuale e segnatamente della violenza contro la donna, ha fatto sì che si mettessero in luce numerosi ambiti di criticità sul piano dei diritti umani che sono intrinseci alle MGF.

Sottoponendo ragazze e donne non consenzienti alle pratiche di mutilazione, le violazioni rinvenibili sul piano del diritto internazionale riguardano diritti di natura diversa:

- il diritto a non subire discriminazioni;
- il diritto alla vita e all'integrità fisica;
- il diritto alla salute;

- il diritto a non subire tortura o trattamenti inumani, crudeli e degradanti;
- il diritto dei bambini a forme di protezione particolari informate dal principio del miglior interesse del fanciullo.

A questa lista vanno poi aggiunti i diritti riproduttivi e sessuali, vale a dire:

- il diritto alla salute riproduttiva e alla pianificazione familiare;
- il diritto di decidere il numero e lo spazio di tempo tra un figlio e l'altro;
- il diritto ad acconsentire al matrimonio;
- il diritto alla privacy;
- il diritto a modificare tradizioni e costumi che violano i diritti umani delle donne;
- il diritto di vivere libere dalla violenza sessuale;
- il diritto di godere del progresso scientifico e di prendere parte a sperimentazioni solo con il proprio consenso libero e informato.

Per quanto concerne il principio di non discriminazione, la norma di riferimento fondamentale quando si parla di MGF è la Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne (CEDAW), sebbene questo principio sia previsto anche dagli strumenti generalisti inerenti i diritti umani, sia internazionali che regionali.

L'articolo 1 della CEDAW definisce la discriminazione nei confronti delle donne in modo ampio come:

Ogni distinzione, esclusione o limitazione basata sul sesso che abbia come conseguenza, o come scopo, di compromettere o distruggere il riconoscimento, il godimento o l'esercizio da parte delle donne, quale che sia il loro stato matrimoniale, dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico,

economico, sociale, culturale e civile o in ogni altro campo, su base di parità tra l'uomo e la donna.

Tale Convenzione è rilevante rispetto al problema delle mutilazioni anche agli artt. 5 e 12. Più specificamente l'art. 5 si riferisce all'obbligo degli Stati parte di adottare misure idonee a:

Modificare gli schemi e i modelli di comportamento socio-culturale degli uomini e delle donne e giungere ad una eliminazione dei pregiudizi e delle pratiche consuetudinarie o di altro genere, che siano basate sulla convinzione dell'inferiorità o della superiorità dell'uno o dell'altro sesso o sull'idea di ruoli stereotipati degli uomini e delle donne, e finalizzate a far sì che l'educazione familiare contribuisca alla comprensione che la maternità è una funzione sociale e che uomini e donne hanno responsabilità comuni nella cura di allevare i figli e di assicurare il loro sviluppo, restando inteso che l'interesse dei figli è in ogni caso la considerazione principale.

L'art. 12 riguarda invece la protezione dalla discriminazione per le donne nel campo delle cure sanitarie, al fine di garantire, in condizione di parità, i mezzi per accedere ai servizi sanitari, compresi quelli che si riferiscono alla pianificazione familiare. Gli Stati parte si obbligano inoltre a fornire alle donne, durante la gravidanza, al momento del parto e dopo il parto, i servizi appropriati e, se necessario, gratuiti, e una alimentazione adeguata sia durante la gravidanza che durante l'allattamento.

Il Comitato per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne (CEDAW), organo di origine pattizia che assolve alla funzione di controllare l'attuazione della omonima Convenzione, è più volte intervenuto con riferimento alle pratiche consuetudinarie lesive dei diritti delle donne, qualificandole come

pratiche di discriminazione, oltre che nelle *Concluding Observations* redatte in occasione della presentazione dei rapporti periodici di Stati investiti dal problema, anche in più *General Recommendations*. Tra queste la più significativa è la n. 14, dedicata alla circoncisione femminile⁶⁶; rilevanti in tema di MGF sono però anche la n. 19, sul problema della violenza⁶⁷, e la n. 24⁶⁸, dedicata al rapporto donna e salute, nella quale il Comitato ha raccomandato che i governi elaborino politiche sanitarie che tengano conto delle esigenze delle bambine e delle adolescenti appartenenti a gruppi vulnerabili rispetto alle pratiche tradizionali come le MGF.

Le MGF sul piano culturale rispondono anzitutto all'esigenza di controllare la sessualità delle donne con l'obiettivo di mantenere inalterata la condizione di subordinazione e dipendenza rispetto al marito, attraverso un marcatore identitario, la mutilazione, che può divenire elemento di riconoscimento sociale dell'appartenenza ad una determinata comunità, ma anche vettore di esclusione e stigmatizzazione nel caso in cui una donna non sia mutilata, o ancora di allontanamento dai processi di integrazione sociale nei paesi di immigrazione. Perciò ogni qual volta una donna viene mutilata si è di fronte ad un atto di discriminazione su base sessuale estremamente grave per le conseguenze che ne derivano, non solo sul piano della salute e della vita riproduttiva, ma anche sotto altri profili che investono complessivamente la libertà e la dignità della persona anche oltre la sfera della soggettività individuale, interessando

⁶⁶ Cedaw, *General Recommendation 14*, 9a sessione 1990, UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001).

⁶⁷ Cedaw, *General Recommendation 19*, 11a sessione 1992, UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001).

⁶⁸ Cedaw, *General Recommendation 24*, 20a sessione 1999, UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001).

l'ambito del riconoscimento del suo ruolo sociale.

Il problema rimane ovviamente quello della debolezza della donna proprio sul piano sociale in molti contesti, della scarsa capacità di negoziazione del soggetto femminile all'interno della famiglia in tema di gestione delle risorse e della comunità, in quanto soggetto sostanzialmente dipendente, anche al di fuori dei circuiti dell'economia di mercato, dall'uomo o dai meccanismi della globalizzazione e dal progressivo impoverimento che questi hanno creato in molte zone del mondo, *in primis* l'Africa.

Le MGF pongono inequivocabilmente a pregiudizio la vita e l'integrità fisica. Si tratta di beni protetti dagli ordinamenti interni di tutti i paesi e generalmente ritenuti indisponibili, vale a dire che anche nel caso in cui le MGF riguardino donne adulte consenzienti, in linea di massima si tratta di un consenso non ammesso, poiché dall'atto mutilatorio derivano danni permanenti e gravi. I diritti alla vita e all'integrità fisica sono considerati fondamentali nel codice dei diritti umani e in certa misura indisponibili.

Il diritto alla vita così come il divieto di tortura e di trattamenti inumani, crudeli e degradanti sono enunciati in numerosi trattati sui diritti umani, tra cui il Patto sui diritti civili e politici rispettivamente agli artt. 6 e 7.

Il Comitato diritti umani, l'organismo che controlla l'attuazione del Patto attraverso il sistema di *reporting* e mediante la realizzazione di *General Comments* prodotti anche sulla base delle segnalazioni che gli pervengono attraverso il meccanismo delle comunicazioni individuali, ha esplicitamente riconosciuto che l'obbligo per i governi derivante dalla ratifica al Patto stesso relativamente al diritto alla vita implica l'adozione di misure idonee a preservarla.

Le MGF possono configurare una violazione del diritto alla vita nei casi in cui la realizzazione della pratica mutilatoria provochi la morte. Il diritto all'integrità fisica, spesso associato al diritto di non subire tortura o trattamenti inumani, crudeli o degradanti, tocca un numero più ampio di principi inerenti i diritti umani, tra cui quello dell'intrinseca dignità della persona, e perciò il diritto alla libertà e alla sicurezza e il diritto alla *privacy*.

Atti di violenza che possono rappresentare una minaccia per la sicurezza delle donne e delle bambine, come le MGF, si realizzano nell'ambito di violazioni del diritto all'integrità fisica.

Collegato al diritto all'integrità fisica è anche il diritto di assumere delle decisioni in modo indipendente su questioni che concernono la propria esistenza.

Le MGF di fatto sono un atto che prescinde dalla volontà dei soggetti che ne sono coinvolti, per le modalità con cui si realizzano e per il significato sociale che assumono soprattutto in certi paesi. È evidente infatti come la realizzazione delle pratiche mutilatorie si traduca, anche sul piano materiale, in un atto di coercizione fisica e di disprezzo morale del corpo della donna che senza dubbio implica un livello di violenza definibile come atto di tortura.

Per questo il Comitato diritti umani si è espresso in merito alle MGF in più occasioni rilevando la necessità che gli Stati riconoscano il rischio di subire queste pratiche come condizione idonea al riconoscimento dello status di rifugiato⁶⁹.

Per quanto concerne il diritto alla salute, è necessario far riferimento all'art. 12 del Patto sui diritti economici, sociali e culturali, ove si stabilisce che gli individui hanno il diritto di godere del massimo livello raggiungibile di standard di salute

⁶⁹ UN. DOC. CCPR/CO/72/NET, 20 luglio 2001.

fisica e mentale. Tale articolo è rilevante anche al 2° comma, laddove si chiede agli Stati di provvedere allo sviluppo della salute del minore.

Le complicazioni associate alle MGF spesso hanno gravi conseguenze sulla salute fisica e mentale di chi ne è vittima. Vi è inoltre da considerare che le pratiche mutilatorie dei genitali femminili, realizzandosi al di fuori di indicazioni mediche di tipo terapeutico, comportano sempre una lesione del diritto alla salute.

Se si considera che sono i soggetti di minore età quelli più esposti al rischio di subire le MGF, è evidente che la salvaguardia dei loro diritti alla vita, all'integrità fisica, alla sicurezza e alla salute possono richiedere forme speciali di protezione in contesti dove vi è un particolare rischio di subire le MGF.

La Convenzione internazionale per i diritti dell'infanzia definisce all'art. 1 il minore come una persona di età inferiore ai 18 anni, salvo nel caso in cui abbia raggiunto prima la maturità in virtù della legislazione applicabile. Di particolare rilevanza risulta essere in questo trattato l'art. 3, che introduce il "principio del miglior interesse del minore". È evidente l'incompatibilità esistente tra la salvaguardia di questo principio e le pratiche mutilatorie, per i danni che esse producono sul piano fisico e psicologico e per la lesione dei diritti fondamentali che esse implicano.

La comunità internazionale ha generalmente riconosciuto le MGF come una violazione dei diritti del minore, in quanto generalmente effettuate su soggetti di età inferiore ai 12 anni, ritenuti incapaci di esprimere un libero consenso. Ma il corredo di norme della Convenzione del 1989 che possono entrare in gioco rispetto al fenomeno delle MGF è molto più esteso. L'art. 24 chiede ai governi di

riconoscere il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione.

Questo obbligo si integra con la previsione di misure atte a garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi. Al comma 3 lo stesso articolo prevede espressamente che gli Stati Parti adottino ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori e si impegnino a favorire e a incoraggiare la cooperazione internazionale per realizzare gradualmente una completa attuazione del diritto riconosciuto in tale articolo. A tal fine saranno tenute in particolare considerazione le necessità dei paesi in via di sviluppo (art. 24.4). La Convenzione prevede inoltre l'obbligo di protezione dei minori da ogni forma di abuso, sfruttamento e di tortura. Misure analoghe sono peraltro contenute anche nella Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo, che è stata adottata dall'Unione Africana nel 1990⁷⁰.

Quando si affronta il problema delle MGF in relazione ai diritti umani è necessario considerare la dimensione etnica di questo fenomeno. Per questo anche la Convenzione contro la discriminazione razziale può costituire uno strumento di riferimento⁷¹. In particolare l'art. 5(b) stabilisce, sulla base degli obblighi previsti all'art. 2 della stessa Convenzione, l'impegno per gli Stati contraenti di vietare ed eliminare la discriminazione razziale in tutte le sue forme e garantire a ciascuno il diritto all'eguaglianza dinanzi alla

⁷⁰ African Charter on the Rights and Welfare of the Child, OAU Doc. CAB/LEG/24.9/49 (1990), entrata in vigore il 29 novembre 1999. Riferimenti nella parte successiva del testo.

⁷¹ Adottata dall'Assemblea Generale il 21 dicembre 1965. Entrata in vigore il 4 gennaio 1969.

legge senza distinzione di razza, colore od origine nazionale o etnica e a godere di una serie di diritti esplicitamente menzionati nello stesso articolo, tra cui il diritto alla sicurezza personale e alla protezione dello Stato contro le violenze o le sevizie da parte sia di funzionari governativi, sia di ogni individuo, gruppo o istituzione e il diritto alla sanità, alle cure mediche, alla previdenza sociale e ai servizi sociali.

Il Comitato istituito dalla Convenzione ha considerato la dimensione di genere collegata alla discriminazione razziale nella *General Recommendation n. 25*⁷². Si tratta di un documento molto importante che ha introdotto il dibattito sulle discriminazioni multiple negli organismi di origine pattizia delle Nazioni Unite, segnalando l'urgenza di considerare sempre i profili di genere dei fenomeni discriminatori e il loro impatto sulla condizione femminile nelle diverse materie di cui si occupano le singole istituzioni.

/ Gli sviluppi più recenti nella promozione e protezione dei diritti umani delle donne: le pratiche consuetudinarie nel Protocollo sulle donne alla Carta africana sui diritti umani e dei popoli /

Il Protocollo sulle donne alla Carta africana sui diritti umani e dei popoli adottato a Maputo l'11 luglio 2003 nel corso della 2ª sessione ordinaria dell'Assemblea dell'Unione Africana introduce misure ad hoc in materia di discriminazione femminile, riprendendo l'art. 2 della Carta africana sui diritti

dell'uomo e dei popoli che sancisce il principio di eguaglianza a prescindere da ogni differenza basata su razza, appartenenza etnica, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica o altra, origine nazionale e sociale, fortuna, nascita o altra condizione. L'art. 18 della Carta africana rivolge inoltre un preciso appello agli Stati Parti affinché eliminino ogni discriminazione contro le donne e garantiscano la protezione dei loro diritti come stabiliti nelle Dichiarazioni e Convenzioni internazionali.

Il Protocollo risponde complessivamente alla necessità di riconoscere un'attenzione specifica ai diritti delle donne alla luce degli strumenti internazionali sui diritti umani rivolti alla tutela e alla promozione della condizione femminile, declinando però nel contempo il principio di non discriminazione nel quadro della specificità del contesto e delle culture africane. E questo è sicuramente l'elemento più significativo di questo interessante accordo, il cui testo sembra ben conciliare inclinazioni di stampo universalistico con esigenze di tipo particolaristico.

L'intero testo normativo è perciò sostanzialmente caratterizzato dalla tensione verso i valori universali e dalla necessità di trattare la condizione della donna africana come una condizione unica, che richiede forti correzioni sotto il profilo dei diritti umani e un'adeguata attenzione alla salvaguardia del proprio patrimonio culturale e sociale. Come la Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo, il Protocollo sulle donne è volto anzitutto ad enunciare una serie di diritti umani in un'ottica antidiscriminatoria.

Nel testo si richiamano non solo il codice internazionale dei diritti umani e le convenzioni ad hoc previste per le donne, ma anche quelle risoluzioni e dichiarazioni che in questi ultimissimi anni hanno sostanzialmente tradotto in termini politici

⁷² *General Recommendation n. 25, Gender related dimension of racial discrimination, (56a session, 2000).*

e di *soft law* alcuni elementi del dibattito più recente sulla condizione femminile. Trovano perciò menzione i Piani d'Azione delle Nazioni Unite su ambiente e sviluppo (1992), sui diritti umani (1993), su popolazione e sviluppo (1994) e sullo sviluppo sociale (1995), la Risoluzione 1325 (2000) del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite sul ruolo delle donne nella promozione della pace e della sicurezza, il principio della promozione dell'uguaglianza di genere contenuto nell'Atto costitutivo dell'Unione Africana così come nella Nuova partnership per lo sviluppo dell'Africa, la Piattaforma d'Azione africana e la Dichiarazione di Dakar del 1994, nonché la Piattaforma d'Azione di Pechino del 1995.

Nel Preambolo vi è un esplicito riferimento al tema della violenza contro la donna e alla centralità della funzione che le donne rivestono nel preservare i valori africani, fondati sui principi di uguaglianza, pace, libertà, dignità, giustizia, solidarietà e democrazia. L'esigenza di eguaglianza assume in questa parte del testo toni quasi pedagogici laddove si riconosce che ogni pratica che impedisce o danneggia la normalità della crescita e colpisce lo sviluppo fisico e psicologico delle donne e delle bambine dovrebbe essere condannata ed eliminata.

È questa una materia assai delicata nel panorama culturale africano, essendo molteplici le pratiche sociali di carattere consuetudinario lesive, proprio ai sensi del diritto internazionale dei diritti umani, dei diritti fondamentali della donna e della bambina.

Il Protocollo si sviluppa in 32 articoli che regolano materie molto delicate e rilevanti per la condizione femminile. Si tratta di norme estremamente interessanti, oltre che per i contenuti concernenti una molteplicità di situazioni del tutto meritevoli di attenzione sul piano della promozione e della protezione dei diritti

della donna africana, anche per la specificità con cui vengono trattate dal legislatore⁷³.

Nell'articolato un'attenzione particolare viene riservata sia al problema delle mutilazioni genitali femminili che all'istituto del matrimonio, che come è noto, molto spesso ha ancora natura poligamica.

All'art. 5, gli Stati Parti proibiscono e condannano ogni forma di pratiche pregiudizievoli che si ripercuotono negativamente sui diritti umani delle donne e contrari agli standard internazionalmente riconosciuti. Gli Stati Parti sono inoltre tenuti ad adottare ogni misura legislativa o di altro tipo per eliminare tali pratiche, comprese le seguenti:

/ A / sensibilizzazione in tutti i settori sociali in tema di pratiche pregiudizievoli attraverso l'informazione, l'educazione formale e informale e programmi di recupero;

⁷³ Articolo 2 Eliminazione della discriminazione contro le donne; Articolo 3 Diritto alla dignità; Articolo 4 Diritti alla vita, all'integrità e alla sicurezza della persona; Articolo 5 Eliminazione delle pratiche pregiudizievoli; Articolo 6 Matrimonio; Articolo 7 Separazione, divorzio e annullamento del matrimonio; Articolo 8 Accesso alla giustizia e pari protezione davanti alla legge; Articolo 9 Diritto di partecipare ai processi politici e decisionali; Articolo 10 Diritto alla pace; Articolo 11 Protezione delle donne nei conflitti armati; Articolo 12 Diritto all'educazione e alla formazione; Articolo 13 Diritti di cittadinanza sociale ed economica; Articolo 14 Diritti in materia di salute e salute riproduttiva; Articolo 15 Diritto alla sicurezza alimentare; Articolo 16 Diritto ad un alloggio adeguato; Articolo 17 Diritto ad un contesto culturale positivo; Articolo 18 Diritto ad un ambiente sano e sostenibile; Articolo 19 Diritto ad uno sviluppo sostenibile; Articolo 20 Diritti delle vedove; Articolo 21 Diritto ad ereditare; Articolo 23 Protezione speciale delle donne con disabilità; Articolo 24 Protezione speciale per le donne in stato di bisogno; Articolo 25 Garanzie; Articolo 26 Applicazione e vigilanza; Articolo 27 Interpretazione; Articolo 28 Firma, ratifica e accessioni; Articolo 29 Entrata in vigore; Articolo 30 Emendamenti e revisione; Articolo 31 Valore del Protocollo; Articolo 32 Norme transitorie.

/ B / proibizione, anche attraverso provvedimenti legislativi forniti di adeguata sanzione, di tutte le forme di mutilazioni genitali femminili, scarificazioni, trattamento medico o paramedico delle mutilazioni genitali femminili e ogni altra pratica, al fine di sradicarle;

/ C / previsione delle forme necessarie di sostegno alle vittime delle pratiche pregiudizievoli attraverso servizi essenziali quali servizi medici, legali, sostegno giudiziario, assistenza emotiva e psicologica, nonché formazione professionale al fine di rendere le donne capaci di sostenersi reciprocamente;

/ D / protezione delle donne che corrono il rischio di essere sottoposte a pratiche pregiudizievoli o ad ogni altra forma di violenza, abuso e intolleranza.

L'art. 14 concerne i diritti in materia di salute e salute riproduttiva, comprendenti:

/ A / il diritto al controllo sulla propria fertilità;

/ B / il diritto di decidere se avere o non avere figli, il numero di figli e la distanza tra una gravidanza e l'altra;

/ C / il diritto di scegliere l'uno o l'altro mezzo di contraccezione;

/ D / il diritto di tutelarsi e di essere tutelate in relazione alle infezioni sessualmente trasmissibili, compreso l'HIV/AIDS;

/ E / il diritto di ogni donna ad essere informata in merito al proprio stato di salute e allo stato di salute del proprio partner, in particolare nel caso sia affetto da infezione sessualmente trasmissibile, compreso l'HIV/AIDS, nel rispetto degli standard e delle migliori pratiche internazionalmente riconosciuti;

/ G / il diritto all'educazione, alla pianificazione familiare.

Gli Stati Parti assumono misure adeguate al fine di:

/ A / fornire servizi sanitari adeguati, a buon prezzo e accessibili, compresi programmi di informazione, di educazione e di comunicazione per le donne, in particolare le donne in aree rurali;

/ B / istituire e rafforzare i servizi sanitari e nutrizionali per il parto e le fasi pre e post-parto e prenatali già esistenti per le donne durante la gravidanza e l'allattamento al seno;

/ C / proteggere i diritti riproduttivi delle donne autorizzando l'aborto terapeutico nei casi di violenza sessuale, stupro, incesto e quando portare avanti la gravidanza comprometterebbe la salute mentale e fisica della donna o la vita della donna o del feto.

La nozione di discriminazione adottata dal Protocollo è contenuta all'art. 1 e ricalca quella prevista dalla Convenzione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne. Al punto f) questo articolo specifica che:

Discriminazione contro le donne significa ogni distinzione, esclusione o restrizione o qualsiasi trattamento differenziale basato sul sesso il cui scopo o il suo effetto sia compromettere o distruggere il riconoscimento, il godimento o l'esercizio da parte delle donne, indipendentemente dalla loro condizione maritale, dei diritti umani e delle libertà fondamentali in qualunque sfera della vita.

Si tratta di una norma che rispetto a quella corrispondente proposta nella CEDAW, oltre a specificare la questione della condizione maritale, fa esplicito riferimento ai diritti umani senza

distinguere tra diritti di natura civile e politica e diritti economici, sociali e culturali, ma che sostanzialmente ne riprende l'impianto.

Per ciò che concerne il sistema delle garanzie vi è da segnalare che con l'adozione del Protocollo gli Stati Parti si impegnano a fornire appropriati rimedi legali a vantaggio di qualunque donna i cui diritti e libertà riconosciuti in questo accordo siano stati violati, nonché ad assicurare che tali rimedi siano decisi dalle competenti autorità giudiziarie, amministrative o legislative (art. 25). Il meccanismo di applicazione e vigilanza è regolato all'art. 26, che espressamente sancisce l'obbligo per gli Stati di indicare nei rapporti periodici presentati ai sensi dell'art. 62 della Carta africana le misure legislative e di altro tipo intraprese per la piena realizzazione dei diritti qui riconosciuti. Gli Stati Parti si impegnano inoltre ad adottare ogni misura necessaria per la piena ed effettiva attuazione dei diritti riconosciuti in questo strumento.

/ La responsabilità degli Stati rispetto alle mutilazioni dei genitali femminili /

Anche con riferimento al codice dei diritti umani sono state proposte argomentazioni in qualche modo a giustificazione se non a sostegno delle MGF. In particolare il riferimento ai diritti culturali, a quelli delle minoranze e alla libertà di espressione religiosa ha sollevato una serie di polemiche sul ruolo che le donne hanno all'interno dei gruppi etnici o nazionali che praticano le MGF. In questo senso il conflitto investe il problema del bilanciamento tra diritti individuali e diritti dei gruppi. Ma sembra davvero difficile poter in qualche modo

accreditare talune forme di relativismo culturale che si spingono fino alla rivendicazione di pratiche consuetudinarie così in evidente conflitto con il rispetto della dignità della persona umana e con l'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne.

Tale questione è oggi oggetto di dibattito in molti paesi occidentali poiché, a seguito dei processi migratori, il problema della compatibilità di una serie di costumi e pratiche con il sistema normativo dei paesi di accoglienza si presenta con sempre maggior insistenza, soprattutto con riferimento alla poligamia.

Appare comunque del tutto scollegata dal paradigma diritti umani quell'interpretazione per la quale taluni diritti delle minoranze, ad esempio quello a veder salvaguardata la libertà di espressione della propria cultura e della religione, non debbono in nessun modo essere regolati dall'intervento dei governi. Ciò assume un rilievo particolare alla luce degli obblighi che il diritto internazionale dei diritti umani crea rispetto al problema della violenza contro la donna. In questo senso è utile fare riferimento allo studio del Segretario Generale delle Nazioni Unite del 2006⁷⁴. Si tratta di un documento che, oltre a sistematizzare questa materia alla luce del paradigma diritti umani, pone in evidenza le ricadute per gli ordinamenti interni degli obblighi derivanti dalla ratifica di trattati internazionali e regionali che rilevano rispetto al tema della violenza e perciò anche delle MGF. È evidente che di fronte a pratiche che pregiudicano potenzialmente la vita delle donne e delle bambine, la loro sicurezza, la loro integrità psico-fisica e

⁷⁴ General Assembly, *In depth study on all forms of violence against women, Report of the Secretary General, A/61/122/Add.1*, 6 luglio 2006.

la loro salute, esiste un preciso obbligo di prevenire questi atti, di proteggere le vittime e di perseguire coloro i quali si rendono responsabili di tali violazioni. Spetta perciò ai governi decidere in che modo contrastare le MGF e dare effettività a tutta una serie di norme derivanti dal diritto internazionale e dai trattati regionali, pur nel rispetto dei diritti delle minoranze e dei diritti culturali di cui ogni popolo è portatore.

Un approccio incentrato sui diritti umani guarda al problema delle MGF come ad una questione di giustizia sociale e di tutela complessiva dei diritti delle donne. Ma quale è la misura del dovere dei governi nazionali di garantire alle donne e alle bambine l'esercizio dei loro diritti, e perciò anche l'accesso alle sedi di giustizia, rispetto alla volontà di sottrarsi alle pratiche mutilatorie?

Bisogna partire dal presupposto che la messa a punto di norme e di politiche orientate a favorire l'abbandono di queste pratiche costituisce un obbligo per gli Stati membri delle Convenzioni internazionali sui diritti umani e un diritto delle persone a rischio di subire le mutilazioni. Più specificamente, occorre tenere conto del fatto che è ormai stabilito ai sensi del diritto internazionale che la violenza contro le donne è una forma di discriminazione e una violazione dei diritti umani. Da questo riconoscimento deriva il dovere per gli Stati di rispettare, proteggere e promuovere i diritti delle donne. Tale assunto si declina rispetto alla violenza come attribuzione di responsabilità di prevenire, indagare e perseguire tutte le forme di violenza e proteggere le donne da tali atti, anche mediante la perseguibilità penale e il riconoscimento della colpevolezza degli autori. Gli Stati membri sono responsabili in base al diritto internazionale delle violazioni dei diritti umani e degli atti di violenza perpetrati contro le donne da parte dello Stato o da uno dei suoi agenti. Tale responsabilità

è collegata non solo alle azioni poste in essere da agenti statali, ma anche alle omissioni e alla scarsa effettività delle misure adottate per la protezione e promozione dei diritti umani. Gli Stati membri perciò non solo devono astenersi dal commettere violazioni dei diritti umani attraverso i propri agenti, ma hanno anche il dovere di impedire che i privati pongano in essere tali violazioni, così come hanno una precisa responsabilità a riguardo delle indagini e della previsione di norme penali adeguate a sanzionare i colpevoli e a risarcire le vittime. Perciò la responsabilità statale in materia di MGF implica per gli Stati membri l'applicazione del principio della diligenza dovuta nella prevenzione, investigazione, punizione di tali atti e risarcimento per le vittime.

A conclusione di queste brevi osservazioni va ricordato che il dovere di garantire un ordine sociale in grado di garantire i diritti umani universalmente riconosciuti è rinvenibile già nella Dichiarazione universale, laddove si riconosce che:

Ogni persona ha diritto a un contesto sociale e ad ordine internazionale in cui i diritti e le libertà enunciate in questa Dichiarazione possano essere pienamente realizzati.

Tale disposizione implica che i governi hanno il dovere di identificare gli ambiti di intervento sociale ed economico che possono aiutare l'implementazione e l'effettività dei diritti per quei gruppi che presentano particolari situazioni di vulnerabilità. L'abbandono delle MGF sarà possibile solo attraverso la costruzione di livelli diversi di consapevolezza, da parte delle comunità circa i danni che esse comportano per la salute femminile, e da parte delle donne attraverso l'adozione di misure che riconoscano la loro dignità sul piano sociale a partire dai diritti riconosciuti oggi a livello internazionale. In questo senso l'empowerment delle donne, come processo di ricerca di nuovi

livelli di autonomia a livello personale e riconoscimento del ruolo sociale rappresenta probabilmente la strada da percorrere per contrastare la reiterazione di condotte che non solo non sembrano conoscere un ridimensionamento sul piano quantitativo così sensibile da indurre a pensare ad un progressivo abbandono, ma che al contrario si diffondono in contesti sociali estranei, provocando un allargamento delle fratture già esistenti tra donne mutilate e non.

- Convenzione contro la tortura e altri trattamenti o punizioni inumani, crudeli e degradanti, adottata e aperta alla firma, ratifica e accessione il 10 Dicembre 2004 (G.A. Res. 39/46, entrata in vigore il 26 giugno 1987).
- Convenzione sui diritti del fanciullo, adottata il 20 novembre 1989 (G.A., Res. 44/25. UN GAOR 44th Session, Supp.No. 49. UN Doc. A/44/49, entrata in vigore il 2 settembre 1990).

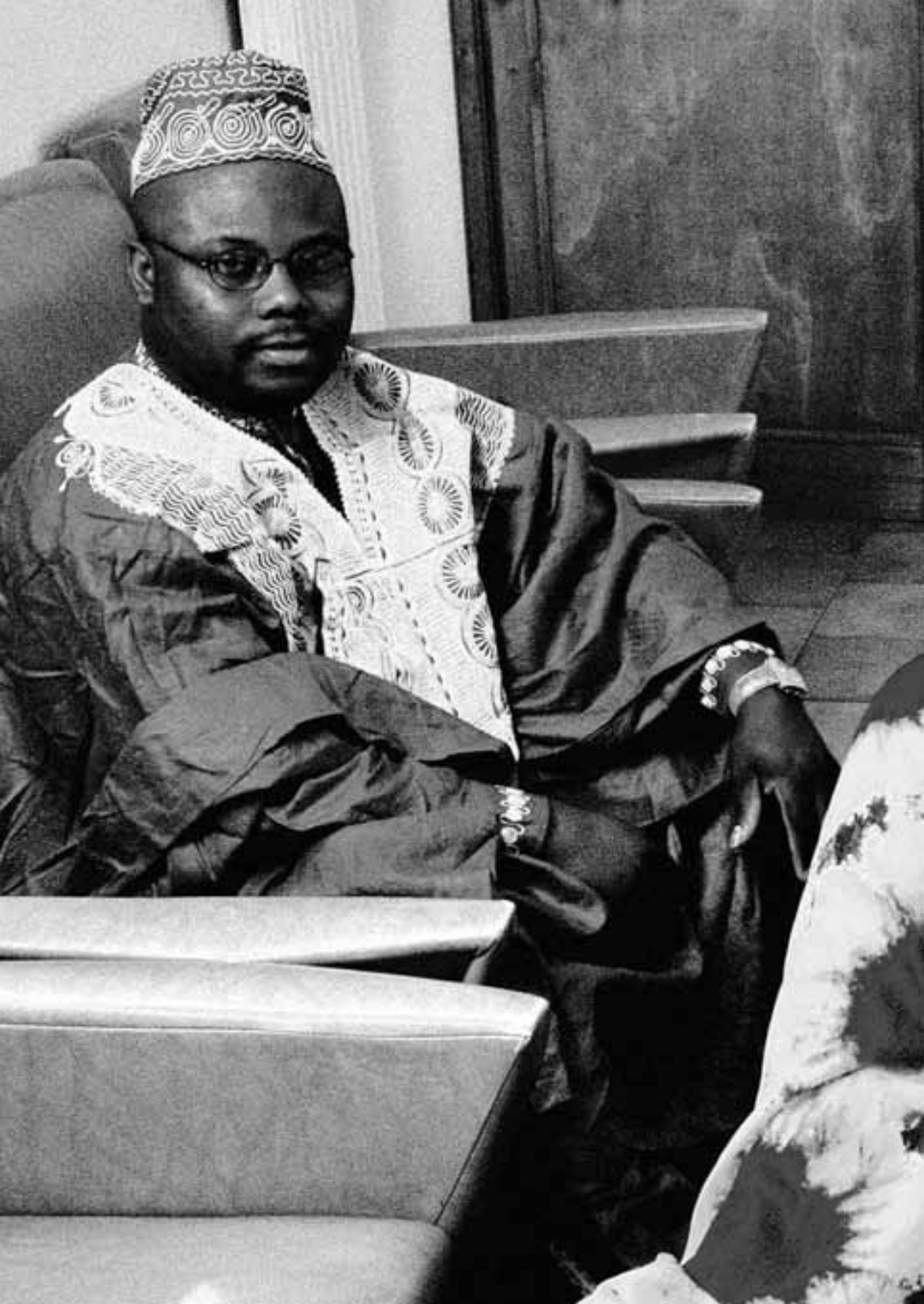
Trattati regionali

- Convenzione europea per la protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali, adottata il 4 Novembre 1950 dal Consiglio d'Europa (entrata in vigore il 3 settembre 1953).
- Convenzione americana sui diritti umani (entrata in vigore il 18 luglio 1978).
- Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli (Banjul Charter), adottata il 27 Giugno 1981. (Organizzazione dell'Unità Africana, Doc. CAB/LEG/67/3/Rev. 5 (1981), entrata in vigore il 21 ottobre 1986).
- Carta Africana sui diritti e il benessere del minore, adottata l'11 Luglio 1990. (Organizzazione dell'Unità Africana. Doc. CAB/LEG/24.9/49, entrata in vigore il 29 novembre 1999).
- Protocollo alla Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti delle donne, adottato l'11 Luglio 2003 dall'Assemblea dell'Unione Africana (entrato in vigore il 25 novembre 2005).

/ Trattati internazionali e regionali sui diritti umani rilevanti in materia di mutilazioni dei genitali femminili /

Trattati internazionali

- Dichiarazione universale dei diritti umani, adottata il 10 Dicembre 1948 (G.A., Res. 217. UN Doc. A/810).
- Convenzione relativa allo status di rifugiato, adottata il 28 Luglio 1951 (entrata in vigore il 22 aprile 1954).
- Protocollo relativo allo status di rifugiato, adottato il 31 Gennaio 1967 (entrato in vigore il 4 ottobre 1967).
- Patto internazionale sui diritti civili e politici, adottato il 16 dicembre 1966 (entrato in vigore il 23 marzo 1976).
- Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, adottato il 16 Dicembre 1966 (entrato in vigore il 3 gennaio 1976).
- Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne, adottata il 18 Dicembre 1979 (entrata in vigore il 3 settembre 1981).



**/ ASPETTI MEDICO –
LEGALI DELLA LEGGE
N. 7/2006 E DOVERE
DI SEGNALAZIONE
DI REATO ALL'AUTORITÀ
GIUDIZIARIA /**

DI ANNA APRILE*
E GIORGIA DUCOLIN**

La legge 9 gennaio 2006, n. 7, *Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile, si prefigge, tra i suoi scopi, di attuare misure finalizzate a prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione dei genitali femminili.*

Tali misure si realizzano, secondo il dettato normativo, attraverso la sensibilizzazione nelle comunità a rischio, la formazione dei professionisti della salute, l'informazione del personale scolastico, al fine di garantire la prevenzione, il monitoraggio del fenomeno e la diffusione di una cultura che contrasti e reprima tali pratiche nel territorio italiano e all'estero – in tal caso, qualora si tratti di fatto commesso da cittadini italiani o stranieri residenti in Italia – all'interno di un programma coordinato a livello internazionale. La stessa legge sancisce in modo specifico l'illegittimità di tali pratiche.

Di seguito, dopo una breve disamina della legge⁷⁵, si propongono alcune considerazioni in riferimento ai doveri di segnalazione del professionista della salute all'autorità giudiziaria che discendono dall'introduzione dell'art. 583-*bis* previsto all'art. 6.

L'art. 1 di suddetta legge richiama i fondamenti costituzionali sui quali si fondano i presupposti di tutela di donne e bambine, ovvero i principi secondo i quali la Repubblica si pone a garanzia della tutela dei "diritti inviolabili dell'uomo", della "pari dignità sociale" e della "salute come fondamentale diritto dell'uomo ed interesse della collettività", come sancito rispettivamente dagli artt. 2, 3 e 32 della Costituzione italiana⁷⁶.

Vengono affidate al Dipartimento per le pari opportunità funzioni di promozione e coordinamento delle attività finalizzate alla prevenzione, assistenza alle vittime,

75 Per un esame degli aspetti medico-legali della norma in questione rinviamo anche a Rodriguez D., Arseni A., Aprile A., "Riflessioni minime sulla legge 7/2006 volta a prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile", in *Rivista di diritto delle professioni sanitarie*, 8, 146-152, 2005 e a Gentiluomo A., Piga A., Kustermann A., "Mutilazioni genitali femminili: la risposta giudiziaria", in *Rivista italiana di medicina legale*, 21, 1124-3376, 2008.

76 Art. 2. Cost. La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Art. 3. Cost. Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese.

Art. 32 Cost. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

* Dipartimento di Medicina ambientale e sanità pubblica – Sede di Medicina Legale Università degli Studi di Padova

** Medicina Legale – ULSS 16 Padova

eliminazione delle pratiche di mutilazione genitale femminile. A tale dipartimento viene attribuita anche l'attività di acquisizione di dati e informazioni, a livello nazionale e internazionale, sull'attività svolta per la prevenzione e la repressione e sulle strategie di contrasto programmate o realizzate da altri Stati.

L'art. 3 specifica l'attività informativa affidata al Ministro per le pari opportunità, suddivisa in:

/ A / campagne informative rivolte agli immigrati provenienti dai paesi in cui sono effettuate le pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale, finalizzate a diffondere la conoscenza dei diritti fondamentali della persona, in particolare delle donne e delle bambine, e della normativa vigente in Italia che sancisce l'illegittimità delle pratiche di mutilazione genitale femminile;

/ B / iniziative di sensibilizzazione, che coinvolgono organizzazioni di volontariato, organizzazioni no profit, strutture sanitarie, comunità di immigrati provenienti dai paesi dove sono praticate le mutilazioni genitali femminili, per sviluppare l'integrazione socio-culturale nel rispetto dei diritti fondamentali della persona;

/ C / corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza, finalizzati ad una corretta preparazione al parto;

/ D / programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo, che attraverso il coinvolgimento dei genitori delle bambine e dei bambini immigrati consenta di prevenire le mutilazioni genitali femminili attraverso la diffusione di una cultura che riconosca i diritti delle donne e delle bambine;

/ E / monitoraggio dei casi pregressi già noti e rilevati localmente presso le strutture sanitarie e i servizi sociali.

La formazione del personale sanitario viene demandata al Ministero della Salute, attraverso l'emanazione di linee guida destinate alle figure professionali sanitarie che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi in cui si praticano mutilazioni genitali femminili per garantire attività di prevenzione ma anche assistenza e riabilitazione a donne e bambine sottoposte a tali pratiche.

L'art. 5 prevede inoltre l'istituzione presso il Ministero dell'Interno di un numero verde che raccolga le segnalazioni provenienti da chiunque venga a conoscenza dell'attuazione sul territorio italiano di pratiche di mutilazioni genitali femminili e fornisca informazioni su organizzazioni di volontariato e strutture sanitarie che operano nel territorio per contrastare, prevenire e informare le comunità di immigrati provenienti da paesi in cui le mutilazioni genitali femminili vengono ancora praticate.

Questa segnalazione, che coinvolge anche il professionista della salute, ha una funzione di monitoraggio del fenomeno, diversamente dall'obbligo di segnalazione che incombe sui professionisti sanitari in relazione alle ipotesi di reato sottese dal successivo articolo 6.

L'articolo 6, infatti, introduce una modifica del codice penale, inserendo, dopo l'articolo 583 che, ricordiamo, è l'articolo che indica le circostanze aggravanti del reato di lesione personale⁷⁷, il reato 583-bis

77 Art. 582 c.p. Lesione personale. Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n. 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa.

Art. 583 c.p. Circostanze aggravanti. La lesione personale è grave, e si applica la reclusione da tre a sette anni: 1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore →

(Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili).

Tale articolo opera una definizione delle pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili al di fuori di esigenze terapeutiche, introducendo due distinte fattispecie delittuose a seconda che si tratti di mutilazioni ovvero di lesioni.

Il primo comma dell'articolo 583-*bis* prevede la pena della reclusione da quattro a dodici anni per chi cagioni mutilazioni degli organi genitali femminili.

Queste vengono distinte in quattro diverse tipologie:

- clitoridectomia
- escissione
- infibulazione
- qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo.

Il secondo comma dell'articolo 583-*bis* prevede la pena della reclusione da tre a sette anni per chi cagioni lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al punto precedente, dalle quali derivi una malattia nel corpo o nella mente, che siano finalizzate a menomare le funzioni sessuali.

Tale suddivisione può essere considerata sovrapponibile alla classificazione in IV classi dell'OMS se il termine *mutilazione* a cui fa riferimento il primo comma dell'art. 583-*bis* viene considerato comprensivo sia delle perdite anatomiche propriamente dette (clitoridectomia, escissione e infibulazione qualora

questa preveda l'escissione parziale/totale dei genitali esterni e la sutura/riduzione dell'orifizio vaginale) sia delle compromissioni permanenti di una delle funzioni, riproduttiva o sessuale, dell'organo genitale femminile (infibulazione con sutura/riduzione dell'orifizio vaginale, allungamento della clitoride e/o delle labbra, introduzione di sostanze corrosive o di particolari erbe nella vagina con conseguente restringimento della stessa).

Per quanto riguarda il secondo comma dell'art. 583-*bis*, questo prevede il reato di lesioni agli organi genitali femminili. Tale ipotesi delittuosa si verrebbe a configurare quindi anche qualora non si verificasse una menomazione ma quando la lesione sia "semplicemente" connotata da una finalità menomante.

Da questa interpretazione deriva una suddivisione delle fattispecie di delitto previste all'art. 583-*bis* in:

/ A / mutilazioni degli organi genitali femminili (comma 1), nel contesto delle quali verrebbero ad essere comprese tutte le condotte che comportano tanto una menomazione funzionale (sessuale e riproduttiva) quanto una perdita anatomica;

/ B / lesioni agli organi genitali femminili (comma 2), nel contesto delle quali verrebbero ad essere comprese tutte le lesioni, appunto, provocate al fine di menomare i genitali femminili ma senza che tale menomazione si produca poiché, in tale evenienza, si verrebbe a ricadere nell'ipotesi delittuosa prevista dal comma 1.

In altri termini il comma 2 verrebbe a descrivere una condotta lesiva finalizzata a menomare, ma non latrice di menomazioni bensì di malattia nel corpo e nella mente.

ai quaranta giorni; 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo. La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva: 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2) la perdita di un senso; 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso.

Da tale lettura discende anche una ulteriore considerazione rispetto alla previsione, contenuta anch'essa nel comma 2, di una pena ridotta in caso di lesione di lieve entità. La lieve entità di cui al 583-bis potrebbe rendere questa ipotesi sovrapponibile alla fattispecie di cui all'articolo 582 del codice penale. La sovrapposizione con l'articolo 583 (aggravanti biologiche) andrebbe circoscritta all'ipotesi della aggravante prevista dalla durata della malattia qualora, a seguito della lesione cagionata con finalità mutilanti, derivasse una malattia di durata superiore a quaranta giorni; un'ulteriore sovrapposizione verrebbe a realizzarsi nel caso in cui dalla lesione degli organi genitali condotta con finalità mutilante derivasse un'infezione o un'emorragia profusa in grado di comportare un pericolo per la vita della donna. In tale evenienza si tratterebbe di *malattia* conseguente alle lesioni di cui al secondo comma dell'articolo 583-bis, in sostanziale sovrapposizione con l'aggravante del 583 c.p. (malattia che metta in pericolo la vita). Non sussiste invece la sovrapposizione con le altre aggravanti dell'articolo 583 c.p. (indebolimento permanente, perdita o mutilazione di un senso e/o di un organo o della capacità di procreare) che trovano precisa collocazione nel primo comma dell'articolo 583-bis.

In base alla durata della malattia andrebbe definita anche la gravità della lesione responsabile di un eventuale danno psichico conseguito alla pratica subita.

L'interpretazione esposta appare a nostro avviso la sola condivisibile, in quanto considerare i postumi menomanti quali aggravanti biologiche che, insieme alla durata della malattia del corpo e della mente, consentono di operare una distinzione della gravità delle lesioni, spoglierebbe le ipotesi più gravi del primo comma dell'articolo 583-bis della componente menomante che

necessariamente deriva dal carattere mutilante di tali pratiche. La pena prevista all'art. 583-bis è aumentata quando le pratiche mutilanti/lesive sono commesse a danno di un minore ovvero se il fatto è commesso per fini di lucro.

Una ulteriore aggravante prevista dall'art. 583-bis riguarda il caso in cui tali pratiche siano effettuate da parte di personale sanitario, con interdizione della professione da tre a dieci anni. Solo per i medici, ma tale scelta legislativa appare poco condivisibile, visto che diverse sono le figure sanitarie che possono essere coinvolte nelle previsioni di delitto sopra discusse, è prevista la segnalazione all'Ordine.

Infine l'art. 8 stabilisce pene anche per le strutture coinvolte nella pratica delle mutilazioni genitali femminili.

/ Il dovere di segnalazione /

Il nostro ordinamento prevede l'obbligatorietà della segnalazione dei delitti/reati procedibili d'ufficio all'autorità giudiziaria. Tale obbligatorietà per il professionista sanitario viene sancita da tre diversi articoli del codice penale, a seconda della veste giuridica del professionista stesso: l'art. 361 e 362 c.p. trattano dell'omessa denuncia da parte di un pubblico ufficiale e di incaricato di pubblico servizio, mentre l'art. 365 tratta dell'omissione di referto da parte di persona esercente di una professione sanitaria⁷⁸. Ricordiamo che i professionisti

⁷⁸ Art. 361 c.p. Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale. Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferire, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da lire sessantamila a un milione. La pena è della reclusione →

che operano all'interno delle strutture e dei servizi del Servizio sanitario nazionale, sia come dipendenti sia come personale in convenzione, rivestono la qualifica pubblica, mentre per coloro che operano in regime libero professionale la veste giuridica è quella dell'esercente una professione sanitaria.

L'obbligo di referto sussiste qualora l'esercente una professione sanitaria presti assistenza od opera in un caso che può presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

L'obbligo di denuncia si realizza qualora il pubblico ufficiale/l'incaricato di pubblico servizio abbia avuto notizia di un reato perseguibile d'ufficio nell'esercizio o a causa delle sue funzioni/del suo servizio.

Nel caso del referto il dovere della segnalazione deriva anche dal solo sospetto (ovviamente motivato) del delitto, nel caso della denuncia il professionista sanitario è tenuto a circostanziare la notizia di reato con le fonti di prova già note.

Differenza sostanziale tra l'obbligatorietà della denuncia rispetto al referto è

fino a un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto.

Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

Art. 362 c. p. Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio. L'incaricato di un pubblico servizio, che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del suo servizio, è punito con la multa fino a lire duecentomila.

Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa.

Art. 365 c.p. Omissione di referto. Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto pel quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a lire un milione. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

che per quest'ultimo è prevista la facoltà di omissione quando il referto potrebbe esporre la persona assistita a procedimento penale. Ai sensi dell'art. 384 c.p.⁷⁹ viene esclusa la punibilità per omessa denuncia/referto qualora l'omissione derivi dalla "necessità di salvare se medesimo o un prossimo congiunto da un grave e inevitabile nocumento della libertà o dell'onore".

Denuncia e referto si differenziano anche per il contenuto e la modalità di presentazione (rispettivamente art. 331, 332, 334, c.p.⁸⁰).

79 Art. 384 c.p. Casi di non punibilità Nei casi previsti dagli articoli 361, 362, 363, 364, 365, 366, 369, 371 bis, 372, 373, 374 e 378, non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se medesimo o un prossimo congiunto da un grave e inevitabile nocumento nella libertà e nell'onore. Nei casi previsti dagli articoli 371 bis, 372 e 373, la punibilità è esclusa se il fatto è commesso da chi per legge non avrebbe dovuto essere richiesto di fornire informazioni ai fini delle indagini o assunto come testimone, perito, consulente tecnico o interprete ovvero avrebbe dovuto essere avvertito della facoltà di astenersi dal rendere informazioni, testimonianza, perizia, consulenza o interpretazione.

80 Art. 331 c.p.p. Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio. 1. Salvo quanto stabilito dall'art. 347, i pubblici ufficiali (357 c.p.) e gli incaricati di un pubblico servizio (358 c.p.) che nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. 2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero (51) o a un ufficiale (57) di polizia giudiziaria. 3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto. 4. Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emerge un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile di ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero (106 att.).

Art. 332 c.p.p. Contenuto della denuncia. 1. La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti.

Art. 334 c.p.p. Referto. 1. Chi ha l'obbligo del referto (365 c.p.) deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo immediatamente al pubblico →

Il referto deve giungere entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente. Esso indica:

La persona alla quale è stata prestata assistenza e, ove possibile, le sue generalità, il luogo ove si trova attualmente e quanto altro valga ad identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con il quale è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare". Inoltre se più professionisti della salute hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutti obbligati al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

La denuncia, per la quale è prevista la forma scritta, deve essere inoltrata non appena sia formata la notizia di reato e:

Contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia, nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti.

Le fattispecie delittuose di cui all'art. 583-bis introdotto dalla normativa del 2006 costituiscono delitti procedibili

ministero [51] o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria [57] del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. 2. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare. 3. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

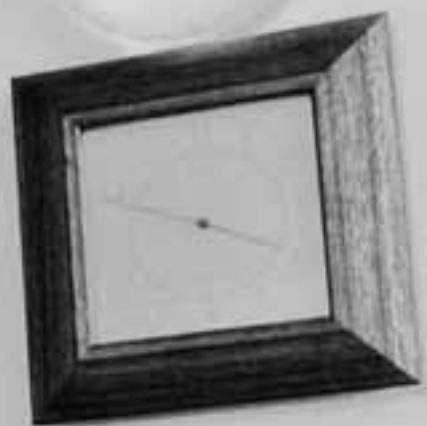
d'ufficio da cui deriva per il professionista sanitario, in linea generale, l'obbligo di segnalazione all'autorità giudiziaria come regolamentata dalle norme sopra citate.

Devono pertanto essere segnalate all'autorità giudiziaria sia le mutilazioni responsabili di perdita anatomica o compromissione della funzione sessuale/riproduttiva sia le altre lesioni genitali femminili responsabili di una malattia del corpo e della mente.

Sulla scorta di suddetta classificazione rimarrebbero escluse dal dovere della segnalazione lesioni di scarso rilievo (puntura del clitoride o circoncisione) qualora si potesse affermare che tali pratiche sono state realizzate senza provocare alcuna alterazione idonea a configurare la sussistenza di una malattia del corpo o della mente. Una interpretazione maggiormente "repressiva" della norma, considerando indistintamente tutte le azioni che determinino lesioni ai genitali femminili connotate dall'intenzionalità di menomare le funzioni sessuali delitti perseguibili d'ufficio, renderebbe invece obbligatoria la segnalazione anche di lesioni di scarsa entità, ma con rilevante connotazione culturale, in quanto la legge è finalizzata a reprimere tutte le pratiche che contrastino con i principi sanciti dagli art. 2, 3 e 32 della Costituzione.

Un altro aspetto che riveste un certo interesse riguarda il dovere di segnalazione di soggetti adulti che hanno subito in giovane età tali pratiche. Il pieno rispetto degli articoli che obbligano alla segnalazione all'autorità giudiziaria dei reati procedibili d'ufficio suggerisce anche la segnalazione di circostanze di questo tipo, in quanto la finalità dell'obbligo è quella che all'autorità giudiziaria giunga l'informazione indipendentemente dalla punibilità del reato. Va comunque

considerato che il trascorrere di un lungo periodo di tempo tra la data in cui è stato commesso il reato di cui all'art. 583-*bis* e l'osservazione della lesione e/o dei suoi esiti potrebbe far scattare la prescrizione del reato stesso.



/ TRACCIA PER LE INTERVISTE /

/ A / Traccia di intervista a donne africane /

Sezione I. Contesto di vita nel paese d'origine

Mi racconti com'era la tua vita nel tuo paese d'origine?

- Paese di provenienza: contesto urbano/rurale
- Famiglia d'origine: rapporto con genitori, fratelli/sorelle, parenti, vicini (comunità)
- Ruoli e rapporti sociali all'interno della famiglia
- Figure di riferimento e principi di autorità
- Condizioni socio-economiche/classe sociale
- Scuola/lavoro
- Relazioni affettive e amicali
- Religione
- Valori più importanti

Sezione II. Migrazione, arrivo e inserimento in Italia

Mi racconti come è cominciata la tua esperienza migratoria?

- Ragioni della scelta migratoria
- Percorso migratorio
- Primo impatto con la realtà italiana
- Condizioni abitative e lavorative
- Sostegno, amicizie (connazionali-italiani)
- Relazioni affettive, familiari e amicali
- Relazioni con il paese d'origine
- Acquisizione e perdite nell'esperienza migratoria

Sezione III. Trasformazioni nella migrazione

Come è cambiata la tua vita dopo aver lasciato il tuo paese d'origine?

- In rapporto ai ruoli sociali, lavoro, aspirazioni
- In rapporto alla situazione economica
- In rapporto ai ruoli familiari e nei confronti dell'uomo
- In rapporto alla quotidianità
- In rapporto alle relazioni sociali
- In rapporto alla sessualità (numero dei figli, contraccezione)
- In rapporto con il proprio corpo
- In rapporti ai valori

Sezione IV. Relazioni con le istituzioni locali e figure istituzionali

Mi puoi raccontare quali sono state le istituzioni e le figure istituzionali alle quali ti sei rivolta da quando sei arrivata in Italia?

- Accesso ai servizi/istituzioni
- Informazione su diritti/tutela/accolgenza rispetto a:
 - Salute
 - Lavoro/istruzione/formazione
 - Scuola
 - Assistenza sociale
 - Questura/forze dell'ordine
 - Associazioni
 - Istituzioni religiose

Sezione V. Relazioni di genere, parità, violenza di genere e diritti umani: contesto nel paese d'origine e in Italia

Quali sono, secondo te, le differenze esistenti nei rapporti tra uomo e donna nel tuo paese d'origine e in Italia?

- Rapporti uomo donna: differenze e similitudini in africa (paese di provenienza) e in Italia
- Ruolo e intervento dell'uomo nell'ambito familiare, sociale, religioso
- Concetto di parità tra uomo e donna: comprensione e condivisione in Africa (paese specifico di provenienza) e in Italia
- Violenza sulle donne: comprensione e condivisione in Africa (paese specifico di provenienza) e in Italia
- Diritti umani: comprensione e condivisione in africa (paese specifico di provenienza) e in Italia

Sezione VI. MGF: contesto d'origine

Nel tuo paese d'origine esiste l'infibulazione/escissione/circoncisione dei genitali femminili: che cosa ne pensi tu di questa pratica?

- Significato attribuito alla pratica nel paese d'origine
- Atteggiamento della persona sottoposta a MGF
- Atteggiamento di familiari e amici
- Atteggiamento degli uomini
- Persistenze e mutamenti nel paese d'origine
- Problemi di salute sessuale e riproduttiva

Sezione VII. MGF: contesto italiano

Secondo te, in Italia, che cosa si conosce di questa pratica?

- Atteggiamento degli italiani rispetto alla pratica: esperienze di confronto
- Significato della pratica attribuito dai/ dalle connazionali in Italia: mutamento

dei significati attribuiti alla pratica o mantenimento degli stessi

- Seconde generazioni: condivisione e confronto rispetto alla pratica
 - Ruolo delle figure familiari (uomo, donna) e parentali (famiglia allargata in Africa e in Italia) in merito alla pratica
 - Condivisioni culturali e prospettive per il futuro

Sezione VIII. MGF, servizi sanitari e salute riproduttiva

Ti è mai capitato di rivolgerti ai servizi sanitari per problemi ginecologici, gravidanza/parto?

- Accesso ai servizi
- Relazione con gli operatori
- Conoscenza della pratica
- Confronto e condivisione di significati
- Esperienza della gravidanza e parto in Italia e in Africa

Sezione IX. MGF e legislazione

Sei a conoscenza della legge italiana contro le MGF promulgata nel gennaio 2006?

- Significato, effettività, conseguenze e aspettative rispetto alla legge in Italia e in Africa
- Conoscenza della legislazione nel paese d'origine contro le MGF
- Conoscenza della realtà dell'attivismo delle donne e della società civile rispetto alle MGF

Sezione X. Formazione e prevenzione

Quali sono secondo te gli strumenti da utilizzare per formare le istituzioni, sensibilizzare e prevenire questa pratica?

- Soggetti istituzionali da coinvolgere
- Ruolo degli africani nel territorio e in Africa
- Temi da affrontare
- Strumenti da utilizzare

- Risorse nel territorio
- Scambi di risorse culturali
- Bisogni di conservazione e/o cambiamento culturale

/ B / Traccia di intervista per mediatori culturali/rappresentanti di comunità /

Sezione I. Introduzione alla figura del mediatore/mediatrice

Mi può raccontare del suo percorso migratorio e professionale?

- Paese d'origine
- Arrivo in Italia
- Contatto con la realtà italiana
- Interazioni sociali con connazionali e italiani
- Inserimento lavorativo

Sezione II. Introduzione al servizio/ associazione

Quali sono le attività svolte dal servizio/ associazione?

- Relazione con istituzioni locali e associazioni di immigrati
- Interventi erogati: domanda, risposta, punti di forza e debolezza nell'erogazione del servizio
- Utenti stranieri: diversità, caratteristiche e necessità delle diverse comunità africane
- Differenza di genere nella richiesta d'intervento
- Comprensione di significati rispetto alla mediazione

Sezione III. Mediazione culturale, parità, relazioni di genere, diritti umani e violenza di genere

Secondo lei, che cosa si intende per parità tra uomo e donna? Che cosa sono, secondo lei, i diritti umani?

- Comprensione e condivisione tra le comunità africane del concetto di parità tra uomo e donna, diritti umani, violenza di genere/sulle donne
- Rapporti tra uomo e donna nelle comunità africane: poligamia, diritto di famiglia, ruoli di genere
- Interventi in ambito familiare: implicazioni derivanti da ruoli di genere, tradizioni, religione e cultura del paese d'origine
- Esperienza e condizioni di vita delle donne africane delle diverse comunità presenti nel territorio
- Seconde generazioni: tensioni, continuità e cambiamento culturale

Sezione IV. Mediazione culturale e MGF

Nella sua professione ed esperienza le è capitato di imbattersi in casi di MGF?

- Ruolo della mediazione
- Persone e istituzioni coinvolte nei casi incontrati: collaborazioni e conflitti
- Significati attribuiti alla pratica nel paese d'origine e in Italia
- Incidenza della pratica nel paese d'origine e in Italia
- Atteggiamento degli italiani rispetto alla pratica: esperienze di confronto
- Significato della pratica attribuito dai/dalle connazionali in Italia: mutamento dei significati attribuiti alla pratica o mantenimento degli stessi
- Ruolo delle figure familiari (uomo, donna) e parentali (famiglia allargata in Africa e in Italia) in merito alla pratica
- Condivisione di informazioni e saperi tra le comunità africane rispetto alle MGF

Sezione V. MGF e legislazione

Cosa pensa della legge italiana sulle MGF del 2006?

- Conoscenza della legge italiana e delle leggi africane da parte delle comunità africane
- Ruolo della mediazione nella divulgazione della conoscenza della legge italiana
- Effetti, conseguenze e aspettative dell'intervento legislativo in Italia e in Africa
- Conoscenza della realtà dell'attivismo delle donne e della società civile rispetto alle MGF

Sezione VI. Formazione e prevenzione

Quali sono secondo lei gli strumenti da utilizzare per formare le istituzioni, sensibilizzare e prevenire questa pratica?

- Esperienze personali di formazione e prevenzione
- Competenze da incrementare
- Soggetti istituzionali da coinvolgere
- Ruolo della mediazione
- Sinergie da attivare
- Ruolo degli africani nel territorio e in Africa
- Temi da affrontare e argomentazioni da sostenere contro le MGF
- Strumenti da utilizzare
- Risorse nel territorio
- Scambi di risorse culturali
- Bisogni di conservazione e/o cambiamento culturale

/ C / Traccia di intervista per operatori sanitari /

Sezione I. Servizi sanitari e utenti africane

Quali sono gli ambiti per i quali si richiede l'intervento del suo servizio da parte delle donne africane?

- Differenze che caratterizzano il rapporto con le diverse donne africane
- Difficoltà rilevate nella relazione con le donne africane nel rapporto con i servizi sanitari del territorio
- Collaborazioni con figure istituzionali e sanitarie negli interventi con le donne africane

Sezione II. Intervento socio-sanitario, parità, relazioni di genere, diritti umani e violenza di genere

Secondo lei, che cosa si intende per parità tra uomo e donna? Che cosa sono, secondo lei, i diritti umani?

- Comprensione e condivisione tra le comunità africane del concetto di parità tra uomo e donna, diritti umani, violenza di genere/sulle donne
- Esperienze personali di osservazione delle caratteristiche dei rapporti tra uomo e donna, violazione di diritti e violenza nei confronti delle donne africane

Sezione II. Servizi socio-sanitari e MGF

Qual è la sua conoscenza rispetto alle MGF?

- Paesi in cui si pratica, differenze nella pratica delle MGF, ragioni e significati legati alla pratica
- Incidenza delle MGF nelle comunità presenti in questo territorio
- Condivisione di conoscenza ed esperienza tra colleghi
- Possibile attuazione della pratica nel territorio italiano: soggetti coinvolti

Sezione III. MGF, implicazioni mediche e parto

Nella sua attività ha avuto modo di confrontarsi con questa realtà?

- Intervento richiesto
- Caratteristiche della donna (età, nazionalità, stato civile, livello culturale, tipologia di MGF)
- Prime impressioni, attitudine personale e professionale nei confronti delle MGF
- Condivisione con colleghi, mediatori culturali o altre figure istituzionali
- Differenze che distinguono, da un punto di vista medico, le donne sottoposte a MGF
- Differenze che distinguono il parto di una donna sottoposta a MGF: intervento praticato prima, durante e dopo il parto
- Eventuali richieste di deinfibulazione e reinfibulazione

Sezione IV. MGF e legislazione

Cosa pensa della legge italiana sulle MGF del 2006?

- Conoscenza della legge italiana e delle leggi africane da parte delle comunità africane
- Ruolo dei servizi sanitari nella divulgazione della conoscenza della legge italiana
- Effetti, conseguenze e aspettative dell'intervento legislativo in Italia e in Africa
- Conoscenza della realtà dell'attivismo delle donne e della società civile rispetto alle MGF

Sezione V. Formazione e prevenzione

Quali sono secondo lei gli strumenti da utilizzare per formare le istituzioni, sensibilizzare e prevenire questa pratica?

- Esperienze personali di formazione e prevenzione
- Competenze da incrementare
- Soggetti istituzionali da coinvolgere

- Ruolo dei servizi sanitari
- Sinergie da attivare
- Ruolo degli africani nel territorio e in Africa
- Temi da affrontare e argomentazioni da sostenere contro le MGF
- Strumenti da utilizzare
- Risorse nel territorio
- Scambi di risorse culturali
- Bisogni di conservazione e/o cambiamento culturale

/ D / Traccia di intervista a rappresentanti di polizia/ magistratura /

Introduzione all'intervista

Negli ultimi anni sempre più donne di origine africana si sono stabilite nel nostro paese. Via via che il loro numero cresceva e loro cominciarono a utilizzare i servizi pubblici in Italia, si è cominciato a parlare anche qui di escissione e infibulazione.

Sono stati i medici per primi a rendersene conto, quando le donne si rivolgevano per esempio a un/a ginecologo/a per una gravidanza o altro, ma segnalazioni circa l'esistenza di questo fenomeno sono arrivate in questi anni anche dai servizi sociali. La casistica giudiziaria è comunque irrisoria, poiché gli interventi della magistratura noti al pubblico si contano di fatto sulla dita di una mano. I giornali e la tv hanno comunque cominciato a parlarne, e sull'onda del riconoscimento avvenuto sul piano internazionale delle MGF quali forma di violenza contro la donna e i minori, nonché sull'incremento della presenza straniera nel nostro territorio nazionale, anche di quelle comunità che di fatto praticano le MGF, il nostro Parlamento ha approvato la Legge n. 7/2006 *Disposizioni concernenti*

la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili, che introduce due fattispecie penali al nuovo art. 583-bis c.p.: il delitto di mutilazioni genitali (comma 1) e quello di lesioni genitali (comma 2), unitamente a misure di carattere preventivo di vario genere e all'istituzione presso il Ministero dell'Interno di un numero verde.

La disciplina sanzionatoria sia penale che amministrativa è assai pesante. Non vi è dubbio comunque che la novità principale sia rappresentata da queste due nuove fattispecie che di fatto vanno ad occupare l'ambito applicativo del reato di lesioni personali, considerando che fino all'introduzione di questa nuova norma la repressione penale passava per gli artt. 582 e 583 c.p..

La Legge n. 7/2006 mette in luce comunque la consapevolezza del legislatore di dover intervenire su questo fenomeno con strumenti di tipo diverso, soprattutto con la finalità di prevenire la reiterazione di queste pratiche nel nostro territorio.

/ Traccia intervista /

Che conoscenza ha lei di questo fenomeno sul piano professionale?

Le è mai capitato di dover indagare su fatti di questo tipo?

Se sì, mi racconta come si sono svolti i fatti oggetto di indagine?

Lei crede che il nuovo corredo normativo messo a punto dal nostro legislatore sia adeguato a contrastare e prevenire questo fenomeno?

In altre parole, che cosa pensa della scelta del legislatore di introdurre una norma incriminatrice ad hoc per i delitti di mutilazioni genitali e di lesioni genitali (583 bis c.p. 1 e 2 comma)?

Ritiene che il ricorso prima di questa legge agli artt 582 e 583 c.p. in tema di lesioni personali (gravi e gravissime) fosse inadeguato rispetto al fornire una risposta efficace sul piano repressivo al fenomeno delle MGF?

Nei paesi che da più anni hanno adottato una normativa simile alla nostra si riscontrano parecchi problemi applicativi poiché in queste comunità l'idea che l'adesione ai sistemi sociali di riferimento passi anche attraverso la reiterazione di queste pratiche è molto forte.

Lei pensa che in Italia questo fenomeno meriterebbe maggior attenzione di quella che di fatto riceve dall'istituzione che lei rappresenta?

Come mai la casistica è così povera?

Crede che questa situazione sia da ricollegarsi al tipo di comunità coinvolte?

Chi secondo lei dovrebbe collaborare con voi per far emergere queste situazioni?

Lei pensa che vi sia un nesso tra queste condotte e altri comportamenti illeciti? In altre parole lei crede che chi in Italia esegue le MGF possa essere coinvolto anche in altre situazioni che per noi configurano un comportamento illecito di altro tipo?

Di quali risorse/informazioni/supporti ritiene di avere bisogno per poter intervenire su questo tipo di condotte?

- maggiori informazioni sulla pratica, le sue cause, le ragioni per cui si continua a praticare?
- maggiori informazioni sugli altri aspetti culturali dei paesi di provenienza?

- maggiori informazioni sui profili sanitari che si collegano a queste pratiche?
- maggiore utilizzo di mediatori culturali?

Al di là del divieto posto dal legislatore e della disciplina penale assai pesante sul piano punitivo, lei ritiene che le MGF siano una forma di violenza contro la donna e i minori?

Che idea si è fatto lei dei rapporti di genere relativamente a queste comunità?

Secondo lei quali strumenti dovrebbero essere utilizzati per prevenire queste situazioni che rappresentano sotto profili diversi una grave violazioni dei diritti umani?

Lei ritiene che la distribuzione di materiali di sensibilizzazione dove sono presenti le comunità migranti interessate da questo fenomeno possa essere utile a prevenire questa pratica?

Pensa che questo nostro colloquio sia stato utile?



/ BIBLIOGRAFIA /

A CURA DI
GIOVANNA ERMINI,
CENTRO DOCUMENTAZIONE
DI AIDOS

Fin dalla sua creazione, il Centro documentazione di AIDOS, Associazione italiana donne per lo sviluppo, ha curato la raccolta e classificazione bibliografica di ricerche e saggi sulle mutilazioni dei genitali femminili. Moltissimo materiale è oggi disponibile *online*, e quindi questa bibliografia non è assolutamente da considerarsi esaustiva. In particolare, non sono stati riportati che alcuni dei numerosi saggi e rapporti di ricerca sulla pratica delle MGF in specifiche località e paesi africani, perché ritenuti oltre lo scopo della presente bibliografia, per quanto invece utili per avere una migliore comprensione del "bagaglio culturale" riguardo alla pratica con cui molti/e africani/e arrivano nel nostro paese. I saggi e volumi in elenco sono stati scelti con riferimento alle tematiche affrontate dal progetto "Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti", di cui la presente ricerca è parte integrante. Alcuni testi, che contengono una varietà di saggi, sono riportati solo in una delle sezioni, anche se i contenuti riflettono anche le altre tematiche in cui è stata suddivisa la bibliografia.

Altri testi, che non contengono riferimenti specifici alla pratica delle mutilazioni dei genitali femminili, sono stati riportati

perché riferiti più in generale al quadro di riferimento adottato. Questo vale in particolare per la sezione relativa al concetto di genere, poiché la pratica delle MGF è funzionale alla costruzione dell'identità di genere, alla definizione dei ruoli di genere ed entra in gioco nelle dinamiche di potere tra uomini e donne. Sono riportate in elenco anche numerose tesi di laurea, non pubblicate e realizzate in buona parte anche con il contributo del Centro documentazione dell'AIDOS, a testimonianza del crescente interesse, nella comunità scientifica italiana, verso le mutilazioni dei genitali femminili.

AIDOS cura inoltre l'aggiornamento periodico della bibliografia sulle mutilazioni dei genitali femminili contenuta nel portale web www.stopfgmc.org, in lingua inglese, dove è presente anche una ampia rassegna stampa internazionale avente per oggetto la pratica, testimonianza del rilievo che comincia ad assumere questo tema sia nei media africani, che in quelli dei paesi di immigrazione.

/ Aspetti antropologici e sociali /

Amselle, Jean-Loup, *Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*, Parigi, Payot, 1990

Askew, Ian, "Methodological issues in measuring the impact of interventions against female genital cutting", in *Culture, Health, Sexuality*, 7(5): 463-477, Routledge, settembre-ottobre 2005

Bogalech, Alemu - Mengistu, Asnake, *Women's empowerment in Ethiopia: new solutions to ancient problems*, Addis Ababa (Ethiopia), Pathfinder International, 2007

- Busoni, Mila e Laurenzi, Elena (a cura di), *Il corpo dei simboli. Nodi teorici e politici di un dibattito sulle mutilazioni dei genitali femminili*, Firenze, SEID Edizioni, 2005
- Colombo, Daniela - Scoppa, Cristiana (a cura di), *Moolaadé: la forza delle donne*, Milano, Feltrinelli, 2006. Volume allegato al DVD del film *Moolaadé* del regista Ousmane Sembène
- Denniston, George C. - Mansfield Hodges, Frederick - Fayre Milos, Marilyn (a cura di), *Flesh and blood: perspectives on the problem of circumcision in contemporary society*, New York (USA), Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), *Good governance and female genital mutilation: a political framework for social change*, Eschborn (Germany), GTZ, 2007
- Fusaschi, Michela, *I segni sul corpo: per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Torino, Bollati Boringhieri, 2003
- Gruenbaum, Ellen, *The female circumcision controversy: an anthropological perspective*, Philadelphia (USA), University of Pennsylvania Press, 2001
- Gunning, Isabelle R., "Arrogant perception, world travelling and multicultural feminism: the case of female genital surgeries", in *Columbia Human Rights Law Review*, Vol. 23:189 (1991-92)
- Hannerz, Ulf, *La diversità culturale*, Bologna, Il Mulino, 2001
- Heger Boyle, Elizabeth, *Femal Genital Cutting. Cultural Conflict in the Global Community*, Baltimore (USA), The Johns Hopkins University Press, 2002
- Izett, Susan - Toubia, Nahid, *Learning about social change: a research and evaluation guidebook using female circumcision as a case study*, New York (USA), Rainbo, 1999
- Lightfoot Klein, Hanny, *Prisoners of ritual: an odyssey into female genital circumcision in Africa*, New York (USA), Haworth Press, 1989.
- Mackie, Gerry, *Ending female genital cutting*. Saggio per la riunione di esperti organizzata dall'Unicef - Istituto degli Innocenti, Firenze, ottobre 2004
- Masocco, Valentina, *Antropologia delle modificazioni dei genitali femminili: il corpo delle donne nei processi di cambiamento culturale* (tesi non pubblicata), 2005
- Morrone, Aldo - Vulpiani, Pietro, *Corpi e simboli: immigrazione, sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa*, Roma, Armando Editore, 2004
- Nnaemeka, Obioma (a cura di), *Femal circumcision and the Politics of Knowledge. African Women in the Imperialist Discourses*, Westport (USA), Praeger, 2005
- Nussbaum, Martha C., "Judging other cultures: the case of genital mutilation", in Nussbaum, M.C., *Sex and social justice*, Oxford (UK), Oxford University Press, 1999
- Pasini, Nicola (a cura di), *Mutilazioni genitali femminili: riflessioni teoriche e pratiche: il caso della regione Lombardia*, Milano (Italia), Fondazione ISMU, 2007
- Pasquinelli, Carla, *Infibulazione*, Roma, Meltemi, 2007
- Pasquinelli, Carla (a cura di), con la collaborazione di Cenci, Cristina - Manganelli, Silvia - Guelfi, Valeria, *Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili: una ricerca in Italia*, Roma, AIDOS, 2000

Petit, Véronique e Carillon séverine, *Société, familles et individus face à une "questions des femmes". Déconstruire et analyser les décisions relatives à la pratique des mutilations génitales féminines à Djibouti*, Parigi (Francia), Populations et interdisciplinarité, Université René Descartes Paris 5, 2007

Population Council, *Using operations research to strengthen programmes for encouraging abandonment of female genital cutting*. Report of the Consultative Meeting on methodological issues for FGC research, April 9-11 2002, Nairobi, Kenya, Population Council. - Washington (USA), Population Council, 2002

Shell-Duncan, Bettina - Hernlund, Ylva, "Are there "stages of change" in the practice of female genital cutting?: qualitative research findings from Senegal and the Gambia", in *African Journal of Reproductive Health*, Vol.10, no.2 (2006)

Shell-Duncan, Bettina - Hernlund, Ylva, (a cura di), *Female "Circumcision" in Africa: culture, controversy and change*, Londra, Lynne Rienner Publishers, 2001

Singleton, M., *Ethique des enjeux: développement, population, environnement. Essai de considérations éthiques sur l'excision*, 2000

Toubia, Nahid - Sharief, E.H., "Female genital mutilation: have we made progress?", in *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 82, no.3 (2003)

UNFPA, *Global consultation on female genital mutilation/cutting: technical report*, New York (USA), UNFPA, 2008

UNICEF, *Innocenti Digest "Cambiare una convenzione sociale dannosa. la pratica*

della escissione/mutilazione genitale femminile, Firenze, UNICEF Innocenti Research Centre, 2005

UNICEF, *Technical note. Coordinated strategy to abandon female genital mutilation/cutting in one generation: a human rights-based approach to programming. Leveraging social dynamics for collective change*, New York (USA), UNICEF, 2007

/ Diritti umani e applicazione delle misure legali /

Abusharaf, Rogaia Mustafa - Abdel Halim, Asma Mohamed, "Questioning the tradition: female genital mutilation", in Meredith Turshen (a cura di), *African women's health*, Trenton (USA), Africa World Press, 2000

AIDOS - COMITE INTER AFRICAIN (CI-AF), Centre International de Formation (ILO), *Mutilations génitales féminines une question de relations entre hommes et femmes, droits humains et santé: un manuel de formation*, Roma, AIDOS, 2000

AIDOS, *La legge giusta: il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili*, saggio introduttivo di Tamar Pitch, Roma, AIDOS, 2000

AIDOS - NPWJ - ESPHP, *Norme legislative per la prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili*, atti del Seminario Afro -arabo di esperti organizzato al Cairo (21-23 giugno 2003) nell'ambito della Campagna internazionale "STOP FGM", Roma, AIDOS (Associazione italiana donne per lo sviluppo), NPWJ (No Peace Without Justice); ESPHP (Egyptian Society for the Prevention of Harmful Practices), 2004

- Barbieri, Luca, *Amore negato: società multi-etnica e mutilazioni genitali femminili*, Torino, Ananke, 2006
- Barbieri, Luca, *Aspetti penali delle mutilazioni genitali femminili: profili comparatistici e prospettive italiane*, tesi di laurea (non pubblicata), 2002
- Basile, Fabio, *Il delitto di "pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili" (art. 583 bis c.p.) quale reato culturalmente orientato*, 2006
- Berti, Daniela, *Le mutilazioni genitali femminili: aspetti penali*. Tesi di laurea in diritto penale (non pubblicata), 2004
- Caldera, Clara, *Le mutilazioni genitali femminili e la tutela della donna nel diritto internazionale*. Tesi di laurea in diritto internazionale (non pubblicata), 2001
- Center for Reproductive Rights (CRR), *Female genital mutilation: a matter of human rights. An advocate's guide to action*, New York (USA), CRR, 2006
- Centre pour le droit et les politiques en matière de santé et de reproduction (CRLP), *Les droits de la personne: un outil pour combattre les mutilations génitales féminines: guide pratique au service des militants*, New York (USA), CRLP, 2000
- Commissione regionale pari opportunità donna-uomo della Toscana, *Protocollo della Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli relativo ai diritti delle donne*, a cura di Diye Ndiaye e Cristina Trugli, Firenze, Commissione Regionale Pari Opportunità, 2007
- Cook, Rebecca J. - Dickens, Bernard M. - Fathalla, Mahmoud F., *Santé de la reproduction et droits humains: intégrer la médecine, l'éthique et le droit*, Issy-les-Moulineaux (Francia), Masson, 2005
- Di Pietro, Francesco, "Le norme sul divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", in *Diritto & Diritti*, rivista giuridica online, reperibile all'indirizzo web <http://www.crtinterculturalc.it/documentazione/Mutilazioni%20femminili.pdf>
- Esposito, Ornella, *Donne spezzate: le mutilazioni genitali femminili*. Tesi di laurea in etnologia delle culture mediterranee (non pubblicata), 2005
- Facchi, Alessandra, "L'escissione rituale femminile: da consuetudine a crimine", in A. Facchi, *I diritti nell'Europa multiculturale: pluralismo normativo e immigrazione*, Bari, Laterza, 2001
- Facchi, Alessandra, "Modificazioni genitali e intervento pubblico: alcuni rilievi nella prospettiva di genere", in *Jura Gentium. Rivista di filosofia del diritto e della politica globale*, 1(2005), 1
- Fluehr-Lobban, Carolyn, "Cultural relativism and universal human rights", in *AnthroNotes*, Vol. 20, no. 2 (inverno 1998)
- Fratepietro, Carmela, *Abolizione delle pratiche tradizionali nocive: MGF tra prevenzione e diritto*, Tesi di laurea (non pubblicata), 2003
- Freedman, Jane - Valluy, Jérôme (a cura di), *Persécutions des femmes: savoirs, mobilisations et protections*, Broissieux (Francia), Editions du Croquant, 2007
- Gillette-Faye, Isabelle, *La juridiciarisation de l'excision: historique*, Parigi (Francia), GAMS, 2000
- Gunning, Isabelle R., "Arrogant perception, world travelling and multicultural feminism: the case of female genital surgeries", in *Columbia Human Rights Law Review*, Vol. 23:189 (1991-92)

- Karim, Mahamoud, *Female genital mutilation (circumcision), historical, social, religious, sexual and legal aspects illustrated*, Cairo (Egitto), National Population Council of Egypt, n.d.
- Laurenzi, Elena (a cura di), *Profilo informativo del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili: conoscerle per prevenirle*. Documento preparato nell'ambito del progetto della ASL 3 di Pistoia in collaborazione con l'associazione Nosotras, S. Giovanni Val D'Arno (AR), 2006
- Legal and Human Rights Centre (LHRC), *The legal process, can it save girls from FGM? "A case of three Masaai girls in Morogoro"*, a cura di Kaleh Lameck Gamaya, con Helen Kijo-Bisimba e Jodie Hierlmeier, Dar-Es-Salaam (Tanzania), LHRC –Equality Now, 2004
- Leye, Els - Deblonde, Jessika, A *comparative analysis of the different legal approaches towards female genital mutilation in the 15 EU member States, and the respective judicial outcomes in Belgium, France, Spain, Sweden and the United Kingdom*, Gand (Belgium), International Centre for Reproductive Health, 2004 (disponibile anche in francese)
- Leye, Els - Deblonde, Jessika - Garcia-Anon, José...[et al.], "An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe", in *Crime, Law and Social Change*, Vol. 47 (2007)
- Mancinelli, Federica, "La 'Legge Consolo' per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", in www.osservatoriominori.org/webgiornale.htm, anno I, n. 2, Luglio-Agosto 2006
- Marchesi, Francesca, *Le mutilazioni genitali femminili nel diritto internazionale*. Tesi di laurea in diritto internazionale (non pubblicata), 2006
- Moller Okin, Susan, *Diritti delle donne e multiculturalismo*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2007
- Monducci, Alessandra, *Genesi e contenuti della legge italiana sulle mutilazioni genitali: una lettura al femminile*. Tesi di laurea per Diploma universitario in servizio sociale (non pubblicata), 2007
- Niggli, M.A. - Berkemeier, Anne, *La question de la punissabilité de la mutilation génitale féminine des types I et IV: expertise juridique*, Zurigo (Svizzera), Comité suisse pour l'UNICEF, 2007
- Nnaemeka, Obioma e Ngozi Ezeilo Joy (a cura di), *Engendering Human Rights. Cultural and socio-economic realities in Africa. Comparative Feminist Studies*, New York, Palgrave MacMillan, 2005
- Olivieri Maccarone, Sabrina, *I diritti umani al femminile: la "circoncisione" femminile quale violazione dei diritti della donna*. Tesi di laurea (non pubblicata), 2002
- Packer, Corinne A.A., *Using Human Rights to Change Tradition. Traditional Practices Harmful to Women's Reproductive Health in sub-Saharan Africa*, Utrecht (Olanda), School of Human Rights Research, Intersentia, 2002
- Pitch, Tamar, *I diritti fondamentali: differenze culturali, disuguaglianze sociali, differenza sessuale*, Torino, Giappichelli Editore, 2004
- Rahman, Anika - Toubia, Nahid (a cura di), *Female genital mutilation: a guide to laws and policies worldwide*, Londra (Regno Unito), Zed Books, 2000
- Ricci, Maria Rosaria, "Le mutilazioni genitali femminili", in *Archivio giuridico*, vol. CCXXIII, fascicolo 4 (2003)

Skaine, Rosemarie, *Female genital mutilation: legal, cultural and medical issues*, Londra (Regno Unito), McFarland, 2005

Spalletta, Alessandra, "Le mutilazioni genitali femminili nel mondo islamico", in *Diritto e Libertà: rivista di politica transnazionale e di iniziativa radicale*, Anno III, no. 5 (gennaio/giugno 2002)

UNHCR, *Guidance Note on Refugee Claims relating to Female Genital Mutilation*, Ginevra (Svizzera), UNHCR – Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati, 2009

Verrecchia, Simona, *Le "mutilazioni genitali" fra istanze etnico religiose e diritto*. Tesi di laurea in diritto ecclesiastico (non pubblicata), 2001

Villani, Michela, *Le corps féminin du biologique au culturel: la problématisation des mutilations génitales féminines*. Tesi de master (non pubblicata), 2006

Weil-CurieL, Linda, "Female genital mutilation in France: a crime punishable by law", in Perry S. e G. Schenk (a cura di), *Eye to eye. Women practicing development across cultures*, Londra (Regno Unito), Zed Books, 2000

Welchman, Lynn (a cura di), *Women's Rights & Islamic Law. Perspectives on reform*, Londra Zed Books, 2004

Zanotti, Elisa, *Le mutilazioni genitali femminili nell'ordinamento giuridico italiano*. Tesi in diritto ecclesiastico (non pubblicata), 2007

Zuhur, Sherifa - Ilkcaracan, Pinar - Clark, Megan (a cura di), *Gender, sexuality and the criminal laws in the Middle East and North Africa: a comparative study*, Istanbul (Turchia), WWHR- NEW WAYS, 2005

/ Le MGF nell'incontro tra culture /

Baron, Erika M. - Denmark, Florence L., "An exploration of female genital mutilation", in *Annals*, New York Academy of Science, vol. 1087, 2006

Canavacci, Laura, "Le mutilazioni genitali femminili: il ruolo del multiculturalismo nella riflessione liberale sul problema delle donne", in Prodromo R. (a cura di), *Medicina e multiculturalismo: dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie*, Bologna, Aperia, 2000

Del Missier, Giovanni, "Le mutilazioni genitali femminili", in *Medicina e Morale: rivista di Bioetica e Deontologia Medica*, fascicolo 2000/6, Roma (Italia), Università Cattolica del Sacro Cuore, 2000

Enwereuzor, Udo, "Culture, differenze e diritti della persona", in Busoni M. e Laurenzi E. (a cura di), *Il corpo dei simboli: nodi teorici e politici di un dibattito sulle mutilazioni genitali femminili*, Firenze, SEID Editori, 2005

Favali, Lyda - Pateman, Roy, "Female genital mutilation: symbol, tradition or survival?", in *Blood, land and sex: legal and political pluralism in Eritrea*, Bloomington (USA), Indiana University Press, 2003

Fluehr-Lobban, Carolyn, "Cultural relativism and universal human rights", in *AnthroNotes*, Vol.20, no.2 (Winter 1998)

Grez, Emmanuel, "L'intolérable alibi culturel: l'excision et ses bonnes excuses", in *Quasimodo. Fictions de l'étranger*, no. 6., www.revue-quasimodo.org

Gunning, Isabelle R., "Arrogant perception, world travelling and multicultural

feminism: the case of female genital surgeries”, in *Columbia Human Rights Law Review*, Vol. 23:189 (1991-92)

Hernlund, Ylva - Shell-Duncan, Bettina, [a cura di], *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*, New Brunswick (USA), Rutgers University Press, 2007

Shweder, Richard A., “What about FGM? And why understanding culture matters in the first place”, in *Daedalus*, Vol. 129 (2000)

Sozio, Maurizio, *La protezione dei diritti delle donne tra universalismo e multiculturalismo*, Catania, Centro Studi TCRS, 2005

Touzenis, Kristina, “Female genital mutilation: a case for showing how social-cultural obstacles hinder the enforcement of women’s human rights”, in *Jura Gentium. Journal of Philosophy of International Law and Global Politics*, Vol.1, 2005

/ Prendersi cura delle donne che hanno subito MGF /

Adams, Karen E., “What’s ‘normal’: female genital mutilation, psychology, and body image”, in *Journal of the American Medical Women’s Association*, Vol. 59, 2004

Baron, Erika M. - Denmark, Florence L., “An exploration of female genital mutilation”, in *Annals*, New York, New York Academy of Science, vol. 1087, 2006

Behrendt, Alice - Moritz, Steffen, “Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation”, in *American Journal Psychiatry*, no. 162 (May 2005)

Catania, Lucrezia - Baldaro-Verde, Jole - Sirigatti, Saulo... (et al.), “Indagine preliminare sulla sessualità in un gruppo di donne con Mutilazione dei Genitali femminili (MGF) in assenza di complicità a distanza”, in *Rivista di Sessuologia*, vol. 28, no. 1, gennaio-marzo 2004

Johansen, R. Elise B., *Care for infibulated women giving birth in Norway*, tesi di dottorato di ricerca in corso di pubblicazione, Università di Oslo, Norvegia, n.d.

Johansen, R. Elise B., “Pain as a Counterpoint to Culture: Toward an Analysis of Pain Associated with Infibulation among Somali Immigrants in Norway”, in *Medical Anthropology Quarterly*, Università di Oslo, Norvegia, 2002

Hassan, Amna A.R., *Female genital mutilation (FGM) historical background, views in Islamic Shari’a and recent research’s findings on FGM*, Karthoum, (Sudan), SNCTP, 2000

Helman, Cecil, *Culture, Health and Illness: an Introduction for Health Professionals*, Oxford, Butterworth Heinemann, 1994

Leye, Els, *Female genital mutilation: a study of health services and legislation in some countries of the European Union*, monografia dell’International Centre for Reproductive Health, Università di Gand (Belgio), ICRH, 2008

Leye, Els, Powell, Richard A., Nienhuis, Gerda... (et al.), “Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation”, in *Health Care for Women International* 27:362-378, Routledge, Taylor Francis Group, 2006

Lo Baido, Rosa - La Grutta, Sabina - Bressi, Cinzia...(et al.), “Il fenomeno

delle Mutilazioni Genitali Femminili MGF), studio clinico e psicopatologico su un gruppo di immigrate in Sicilia", in *Rivista di Psichiatria*, vol. 39, no. 4 (luglio-agosto 2004)

Lutz-Fuchs, Dominique, avec la collaboration de Pierre Erny , *Psychothérapies de femmes africaines (Mali)*, Paris (France), L'Harmattan, 1994

Ministero della Salute, Commissione per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile (D.M. 6 settembre 2006), Rapporto al Ministro della salute, *Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano nella comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche*, Roma, Ministero della Salute, 9 marzo 2007

Mazzetti, Marco (a cura di), *Senza le ali: le mutilazioni genitali femminili*, Milano, Franco Angeli, 2000

Moro, M.R. - De la Noe, Q. - Mouchenik, Y. (a cura di), *Manuel de psychiatrie transculturelle: travail clinique, travail social*, Parigi, La Pensée Sauvage, 2006

Mwangaza Action, *Rapport de l'étude sur les causes de persistance des MGF, les conséquences psychologiques sur la sexualité, la typologie et la qualité des soins traditionnel* (rapporto non pubblicato), Mwangaza Action, 2008

Sheldon Sally - Wilkinson, Stephen, "Female Genital Mutilation and Cosmetic Surgery : Regulating Non-Therapeutic Body Modifications", in *Bioethics*, Vol. 12, n° 4, 1998

Toubia, Nahid, *Caring for Women with Circumcision. A Technical Manual for Health Care Providers*, Londra (Regno Unito), Rainbo, 1999

WHO, *Femal Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery. A Teacher's Guide*, Ginevra (Svizzera), WHO, 2001

WHO, *Femal Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery. A Student's Manual*, Ginevra (Svizzera), WHO, 2001

WHO, *Femal genital Mutilation. Policy Guidelines for nurses and midwives*, Ginevra (Svizzera), WHO, 2001

/ Esperienze di vita e testimonianze /

Ali Farah, Cristina, *Madre piccola*, Milano, Frassinelli, 2007

Barnes, Virginia L. - Boddy, Janice, *Aman: the story of a Somali girl by Aman as told to Virginia Lee Barnes and Janice Boddy*, Londra (Regno Unito), Bloomsbury Publishing, 1994

Catania, Lucrezia - Abdulcadir, Omar Hussen, *Ferite per sempre: le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito alternativo*, Roma (Italia), Derive Approdi, 2005

Diallo, Khadidiatou, *Mon jardin dévasté*, Bruxelles, GAMS, n.d.

Dirie, Waris con Corinna Milborn, *Desert children*, Londra (Regno Unito), Virago Press, 2005

Dirie, Waris con Cathleen Miller, *Fiore del deserto: storia di una donna*, Milano, Garzanti, 1998

Dirie, Waris, *Figlie del dolore*, Milano, Garzanti, 2006

Henry, Natacha - Weil-Curiel, Linda, *Exciseuse: entretien avec Hawa Gréou*, Parigi (Francia), City Editions, 2007

Kassindja, Fauziya, con Layly Miller Bashir, *Do they hear you when you cry*, New York (USA), Delacorte Press, 1998

Khady con la collaborazione di Marie-Thérèse Cuny, *Mutilata: vittima di un rituale crudele*, Milano, Cairo editore, 2006

Sestero, Ottavio, *Il sacrificio del settimo anno*, Torino, Edizioni Missioni Consolata, s.d.

Thiam, Awa, *La parole aux négresses*, Parigi, Denoel/Gonthier, 1978

Unali, Lina, *Regina d'Africa: incanto dell'infanzia nomadica. Infibulazione, matrimonio, guerra civile nelle boscaglie della Somalia*, Roma, Edizioni Associate, 1993

Zabus, Chantal, *Between rites and rights: excision in women's experiential texts and human contexts*, Stanford (USA), Stanford University Press, 2007

Ravenna (Italia), Unità Operativa Linee Editoriali, 2002

Creel, Liz - Ashford, Lori - Carr, Dara ... (et al.), *Abandoning female genital cutting: prevalence, attitudes, and efforts to end the practice*, Washington (USA), PRB (Population Reference Bureau), 2001

Feldman-Jacobs, Charlotte - Clifton, Donna, *Female genital mutilation/Cutting: data and trends*, Washington (USA), Population Reference Bureau, 2008

Gallo, Raffaella, *Dalla parte delle bambine immigrate. Mutilazioni genitali femminili: conoscenza del fenomeno e analisi della realtà torinese*, Tesi di laurea (non pubblicata), 2000

Gori, Gianfranco, *Le mutilazioni genitali femminili nella popolazione immigrata in Emilia-Romagna: 1) Attitudini dei professionisti al riconoscimento ed al trattamento delle problematiche legate alle MGF indagine condotta sui professionisti del Sistema sanitario regionale in Emilia Romagna; 2) Attitudini delle immigrate somale in Emilia Romagna rispetto alle mutilazioni genitali femminili* - coordinatore ricerca Gianfranco Gori. Saggio presentato in occasione del Seminario "Dalla Conferenza del Cairo alle iniziative regionali e nazionali" nell'ambito della Campagna Stop FGM! coordinata da AIDOS in collaborazione con NPWJ, Bologna, 27-28-ottobre 2003

Loaiza, Edilberto, *FGM/C: indicators, survey data and results* (PowerPoint presentation) presentato in occasione dell'UNICEF Global Consultation on FGM and early marriage indicators, New York, 11-13 novembre 2003

Loaiza, Edilberto - Cappa, Claudia - Jones, Gareth, *Gender statistics and some existing evidence*, Firenze, UNICEF, Innocenti Research Centre, 2006

/ Statistiche /

Azienda USL di Forlì, *Le mutilazioni genitali femminili (MGF) nella popolazione immigrata (dicembre 2000-febbraio 2001), risultati dell'indagine regionale* - AUSL Ravenna; AUSL Forlì; relazione finale curata da Gianfranco Gori e Enzo Esposito,

UNICEF, *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration*, New York, UNICEF, 2005

UNICEF, *FGM/C: indicators, survey data, and results (Sources: UNICEF Multiple Indicator Cluster Survey; Macro International Demographic and health Surveys)*, New York, UNICEF, 2003

Yoder, Stanley P. - Abderrahim, Noureddine - Zhuzhuni, Arlinda, *Female genital cutting in the Demographic and Health Surveys: a critical and comparative analysis*, Calverton (USA), Macro International, 2004

Yoder, Stanley P. - Khan, Shane, *Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total*, Calverton (USA), Macro International, 2008

Favali, Lyda - Pateman, Roy, "The virgin, the wife, the spinster and the concubine: gender roles and gender relations" in Favali L. - Pateman R., *Blood, land and sex: legal and political pluralism in Eritrea*, Bloomington (USA), Indiana University Press, 2003

Forni, S. - Pennacini, C. - Pussetti, C., *Antropologia, genere, riproduzione: la costruzione culturale della femminilità*, Roma, Carocci, 2006

Goetz, Anne Marie, "A review of gender equality dimensions of all eight MDGs", in Goetz A.M., *Progress of the world's women 2008/2009: who answers to women? Gender accountability*, New York (USA), UNIFEM, 2008

Henshall Momsen, Janet, *Gender and development*, Londra (Regno Unito), Routledge, 2004

Héritier, Françoise, *Maschile e femminile: il pensiero della differenza*, Bari, Laterza, 2002

Jolly, Susie, *Gender and cultural change: overview report*, Brighton (Regno Unito), IDS, 2002

Kabeer, Naila, *Reversed realities: gender hierarchies in development thought*, Londra (Regno Unito), Verso, 1994

Meyer, Mary K. - Prugl, Elisabeth (a cura di), *Gender politics in global governance*, Lanham (USA), Rowman Littlefield Publishers Inc., 1999

Miller, Carol - Razavi, Shahra (a cura di), *Missionaries and mandarines: feminist engagement with development institutions*, Londra (Regno Unito), Intermediate Technology Publications, 1998

Parpart, Jane L. - Rai, Shirin M. - Staudt, Kathleen (a cura di), *Rethinking*

/ Il concetto di genere /

Bhasin, Kamla, *Understanding gender*, New Delhi (India), Kali for Women, 2000

Bimbi, Franca (a cura di), *Differenze e diseguaglianze: prospettive per gli studi di genere in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2003

Busoni, Mila, *Genere, sesso e cultura, uno sguardo antropologico*, Roma, Carocci, 2000

Connel, Robert W., *Questioni di genere*, Bologna, Il Mulino, 2006

De Lauretis, Teresa, *Sui generis: scritti di teoria femminista*, Milano, Feltrinelli, 1996

El-Bushra, Judy, "Rethinking gender and development practice for the twenty-first century", in *Gender and development* vol. 8, no.1, marzo 2000

- empowerment: gender and development in a global/local world*, Londra (Regno Unito), Routledge, 2002
- Piccone Stella, Simonetta - Saraceno, Chiara (a cura di), *Genere: la costruzione sociale del femminile e del maschile*, Bologna, Il Mulino, 1996
- Reeves, Hazel - Baden, Sally, *Gender and development: concepts and definitions*, Brighton (Regno Unito), BRIDGE, 2000
- Ruspini, Elisabetta, *Le identità di genere*, Roma, Carocci, 2003
- Donato, Maria Clara (a cura di), *Femminismi e culture. Oltre l'Europa, Roma, in Genesis. Rivista della Società italiana delle Storiche*, no. 2, Viella, 2005
- Sweetman, Caroline (a cura di), *Gender in the 21st century*, Oxford (Regno Unito), Oxfam, 2000
- The World Bank, *Engendering development: through gender equality in rights, resources and voice*, New York (USA), Oxford University Press, 2001
- The World Bank, *Global Monitoring Report 2007: Millennium Development Goals: Confronting the challenges of gender equality and fragile states*, Washington (USA), World Bank, 2007
- UNFPA, *Lo stato della popolazione nel mondo 2005: la promessa dell'uguaglianza: equità di genere, salute riproduttiva e Obiettivi di sviluppo del Millennio*. Edizione italiana a cura di AIDOS, Roma, AIDOS, 2005
- UNFPA, *Lo stato della popolazione nel mondo 2008: punti di convergenza: cultura, genere e diritti umani*, edizione italiana a cura di AIDOS, Roma, AIDOS, 2008
- Urpis, Ornella, "Genere e ruoli sociali, due modelli interpretativi a confronto: Talcott Parsons e Margaret Mead", in *Donne, politica e istituzioni: quaderno 2008* - Trieste, Edizioni Università di Trieste, 2008
- Verschuur, Christine (a cura di), *Quel genre d'homme? Construction sociale de la masculinité, relations de genre et développement*, Ginevra (Svizzera), IUED, 2000
- Visvanathan, Nalini - Duggan, Lynn - Nisonoff, Laurie - Wieggersma, Nan (a cura di), *The women, gender and development reader*, Londra, Zed Books, 1997

Ricerca a cura di



ASSOCIAZIONE
DIRITTI UMANI
SVILUPPO UMANO



/ CULTURE
APERTE /

associazione di promozione
sociale composta
da mediatori culturali

In collaborazione con



Associazione Italiana donne
per lo sviluppo

Progetto finanziato da



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità

/ Ricerca realizzata nell'ambito del progetto **Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti** finanziato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri attraverso la Legge 7/2006.

Negli ultimi anni l'immigrazione italiana ha cominciato a stabilizzarsi. Ora sono intere famiglie, nate a Sud del Sahara, nel Corno d'Africa, lungo le rive del maestoso Nilo, ad aver scelto l'Italia per costruire il proprio futuro.

Portano con sé culture diverse, e tradizioni che affondano le proprie radici in complesse dinamiche socio-culturali. Tra queste, le mutilazioni dei genitali femminili. Una pratica cui sono state sottoposte già 130 milioni di donne nel mondo, prevalentemente in Africa, che costituisce una grave violazione dei loro diritti umani e che, dopo quasi trent'anni di mobilitazione da parte di associazioni e organizzazioni comunitarie, governi, organizzazioni non governative e organizzazioni internazionali, sembra oggi finalmente avviata a scomparire.

Ma non è facile, per chi è cresciuto in un mondo in cui le mutilazioni dei genitali femminili fanno parte del "normale" percorso di costruzione dell'identità femminile e di strutturazione delle relazioni tra i sessi, per chi proviene da paesi dove questa è una tradizione da rispettare e un norma sociale che fonda le relazioni familiari e comunitarie, decidere di collocarsi al di fuori della propria cultura d'origine abbandonando la pratica.

Per questo le mutilazioni dei genitali femminili resistono, magari cambiando forma, diventando meno invasive e cruento. E migrano. Per cui in Occidente, in Italia, si corre il rischio che le bambine di origine africana vi siano sottoposte.

Nel rispetto del mandato della legge 7/2006 che prevede la realizzazione di misure di prevenzione delle mutilazioni dei genitali femminili in Italia, questa ricerca ha voluto tracciare una prima fotografia della percezione della pratica tra le persone di origine africana che vivono nel Veneto e in Friuli Venezia Giulia, e tra chi opera a contatto con loro, nelle istituzioni, nelle strutture sanitarie, sociali, giudiziarie, attraverso la mediazione culturale e nell'associazionismo.

Sotto la lente è finito il campo dei processi decisionali che circondano la pratica nell'esperienza della migrazione, le motivazioni alla base della sua persistenza, le relazioni di genere e familiari, i rapporti sociali, i percorsi che sono già stati avviati sul territorio per promuoverne l'abbandono, l'impatto che l'introduzione del reato di mutilazione dei genitali femminili in Italia attraverso la legge 7/2006 potrebbe avere.

Per trarne proposte e suggerimenti per chi lavora sul campo, ma anche per noi tutti che oggi viviamo insieme a persone di origine africana, spesso ingiustamente viste come rigidamente legate alle proprie tradizioni, quando invece sono già – come emerge dalla ricerca – avviate sulla strada del cambiamento.

La ricerca è stata realizzata nell'ambito del progetto "Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti", finanziato dal Dipartimento per le pari opportunità nell'ambito Legge 7/2006, coordinato da AIDOS – Associazione italiana donne per lo sviluppo, in collaborazione con ADUSU, Associazione diritti umani – sviluppo umano di Padova e Culture Aperte di Trieste. Il progetto è patrocinato dalla Regione Veneto – Assessorato alle Politiche di bilancio, ai diritti umani, alla cooperazione allo sviluppo e alle pari opportunità – Direzione Regionale Relazioni Internazionali, e dalla Regione Friuli Venezia Giulia – Direzione centrale salute e protezione sociale, ed è realizzato con la partecipazione dell'ANOLF – CISL, Associazione nazionale Oltre le frontiere, della Struttura Alta Professionalità Immigrazione dell'Unità locale socio sanitaria (ULSS) 16 di Padova, dell'IRCCS Burlo Carofolo di Trieste e dell'ENFAP, Ente nazionale formazione addestramento professionale – sede regionale del Friuli Venezia Giulia.