

CRIMINOLOGIA

02

Barbara Gualco
Regina Rensi
Cristiano Barbieri

“ **LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI:
PROBLEMATICHE DEFINITORIE,
FATTORI CULTURALI E PSICOSOCIALI,
RICHIAMI NORMATIVI** ”

RASSEGNA ITALIANA DI
CRIMINOLOGIA
anno III - n. 2 - 2009

L'immigrazione di milioni di persone dalle aree meridionali del pianeta verso i paesi industrializzati ha determinato notevoli mutamenti sociali; inoltre, i flussi migratori hanno posto a confronto culture anche molto diverse tra loro, con valori e riferimenti etici spesso divergenti da quelli delle nazioni ospitanti.

Esemplificativa, al riguardo, risulta la diffusione, ormai di portata internazionale, del fenomeno delle *mutilazioni genitali femminili* (MGF), tema questo proposto all'attenzione della società dalle diverse organizzazioni umanitarie attraverso numerose campagne di sensibilizzazione a favore della tutela dei diritti umani.

La definizione data dall'OMS nel 1997 a tali pratiche è quella di "*mutilazione genitale femminile*" (MGF), comprensiva di "*tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altri interventi dannosi sugli organi genitali femminili tanto per ragioni culturali che per altre ragioni non terapeutiche*"¹.

Già nel 1991, però, in occasione della "Terza Conferenza sulle pratiche tradizionali rilevanti per la salute delle donne e dei bambini", organizzata dal Comitato Inter-africano ad Addis Ababa, era stata introdotta la dicitura "*mutilazione degli organi genitali*", che non viene accettata dalle popolazioni che le praticano per l'intrinseca connotazione negativa. Infatti, la definizione dell'OMS utilizza il termine "mutilazione", parola che da un lato esprime effettivamente la reale natura di tali pratiche, perché a livello anatomico vengono eseguite vere e proprie mutilazioni degli organi genitali femminili, mentre dall'altro attira le critiche di chi ritiene che tale vocabolo prescinda completamente dalla dimensione socio-culturale sottesa al fenomeno, a motivo di un pregiudizio c.d. etnocentrico.

A prescindere dalla maggiore o minore fondatezza scientifica di tale critica, al proposito deve comunque rilevarsi che sono le donne stesse che hanno subito MGF a criticare l'uso di tale vocabolo, dato che percepiscono e considerano queste pratiche in termini esclusivamente positivi, cioè come passaggi necessari e obbligati del percorso di crescita della loro persona, o addirittura come avvenimenti fondamentali della loro vita, o della vita della comunità di appartenenza², dimenticando le gravi e permanenti conse-

¹ WHO (1997): "Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement". *World Health Organisation*, Geneve.

² Il vocabolo "mutilazioni" sarebbe inadeguato a descrivere quelle trasformazioni che rispondono a canoni di bellezza e di perfezione del corpo femminile diversi da quelli occidentali (Cfr. PASQUINELLI C. (a cura di) (2000), *Antropologia delle mutilazioni genitali femminili*, AIDOS, Roma).

guenze a livello somatico e psichico che le MGF provocano sulle vittime (*Renteln*, 1990).

In proposito è stata proposta (*Fusaschi*, 2003) un'impostazione nella quale le MGF farebbero parte della macrocategoria di interventi di "modificazione" praticati in maniera definitiva e per scopi non terapeutici su tutto il corpo della donna.

Certamente, se è vero che il vocabolo "modificazione" appare più neutro rispetto a quello di "mutilazione" e quindi, apparentemente più rispettoso del contesto socio-culturale nel quale sono radicate le MGF, è altrettanto vero che le controversie terminologiche non possono occultare la drammatica realtà degli esiti psico-fisici altamente invalidanti per le vittime di siffatte pratiche.

D'altra parte, dato atto che l'espressione *mutilazione genitale femminile* resta quella maggiormente utilizzata e maggiormente ancorata all'impostazione scientifica dell'O.M.S., va rilevato che la classificazione delle diverse tipologie di MGF è appunto basata su tale impostazione. Al riguardo, si rimanda alla tabella 1, nella quale si riporta la classificazione attualmente in vigore, rammentando però che la distinzione fatta dalla W.H.O. può risultare, talora, poco chiara, per il concorso di vari fattori: innanzitutto i diversi tipi di MGF si differenziano in base non solo alla gravità delle conseguenze clinico-patologiche provocate, ma anche all'area geografica ed all'ambiente socio-culturale; inoltre, sono possibili forme intermedie; donne e bambine vengono sottoposte a tali operazioni durante un arco di tempo che va dalla nascita fino al momento antecedente al matrimonio, per cui la mancanza di un riferimento specifico all'età dipende sia dalle singole usanze della cultura alla quale l'individuo appartiene sia dalle difficoltà che spesso si incontrano nel voler mettere in pratica queste operazioni in un contesto migratorio.

Anche sul piano epidemiologico, le rilevazioni statistiche offrono dati non sempre uniformi, seppur assai indicativi della gravità della situazione; infatti, secondo i valori diffusi al Convegno Internazionale sulle MGF svolto a Nairobi nel settembre 2004, in base a ricerche DHS³, sarebbero 135

³ La principale fonte di dati e di analisi sui dati della E/MGF è costituita dalla Measure DHS (Demographic and Health Research), che assiste i paesi in via di sviluppo di tutto il mondo nella raccolta ed impiego di dati per monitorare e valutare i programmi demografici, sanitari e nutrizionali. Le indagini DHS producono dati a livello nazionale e subnazionale sulla pianificazione familiare, la salute delle madri e dei bambini, la sopravvivenza infantile, l'HIV/AIDS e le infezioni trasmesse per via sessuale, malattie infettive, salute riproduttiva e alimentazione.

Un modulo sulla E/MGF è stato incluso per la prima volta in una indagine nel Sudan settentrionale nel 1989-90; entro la fine del 2003, 17 paesi in tutto (16 in Africa

milioni le donne rimaste vittime di MGF, mentre secondo l'O.M.S., il numero oscillerebbe tra i 100 e i 140 milioni di donne adulte e ragazze minorenni e, ogni anno, circa tre milioni di minori rischierebbero di essere sottoposte a questa pratica⁴. Inoltre, in base alle conoscenze attuali, le MGF sarebbero praticate in 28 paesi africani, in alcuni paesi dell'Asia occidentale e in alcune comunità minoritarie di altri paesi asiatici, anche se sarebbero stati riscontrati casi di MGF all'interno di alcune comunità di immigrati in Europa, nord America, Australia e Nuova Zelanda⁵.

Relativamente all'Italia, nonostante le ricerche effettuate e quelle in corso (Grassivaro, 1998; Pasquinelli, 2000), le stime appaiono approssimative, dato l'elevato numero oscuro dei casi praticati, ma non denunciati, o osservati, al quale si aggiunge quello di donne immigrate ed attualmente viventi nel nostro paese, ma che ha subito MGF nelle nazioni di origine. Un aspetto estremamente significativo riguarda l'inserimento dell'Italia, a partire dal 1992, tra i paesi a rischio (Dorkenoo, Eiworthy, 2000), in considerazione dei seguenti dati: in Italia vivono alcune decine di migliaia di donne infibulate e, ogni anno, numerose bambine con genitori provenienti dall'Africa rischiano di essere mutilate; inoltre, da ricerche effettuate tra le donne immigrate, sarebbero oltre 40 mila nel nostro paese quelle che hanno subito mutilazioni sessuali e, ogni anno, almeno 6 mila bambine, di età compresa fra i 4 e i 12 anni, sarebbero sottoposte a tali pratiche.

più lo Yemen) avevano incorporato nelle loro indagini domande sulla E/MGF. Questo modulo rappresenta un importante strumento per standardizzare le informazioni, per monitorare i progressi e per fissare obiettivi nei paesi dove la E/MGF rimane un problema. Anche se col tempo la forma e l'enfasi delle domande poste nell'esecuzione delle indagini hanno subito un'evoluzione, in genere queste mirano a scoprire se una donna ha subito escissione o mutilazione genitale femminili e, se così, la sua età al momento dell'operazione, il tipo di intervento subito e da chi sia stato eseguito. Altre domande mirano invece a determinare se la figlia dell'intervistata abbia subito l'operazione e, di nuovo, le eventuali circostanze dell'evento. Un'ultima serie di domande, infine, è volta a registrare il punto di vista dell'intervistata nei confronti della pratica. Considerando che la popolazione oggetto dell'indagine sono le donne tra i 15 ed i 49 anni di età, nelle comunità in cui l'intervento è effettuato ad un'età molto precoce il quadro registrato dai dati DHS non riflette necessariamente la prevalenza attuale (i dati relativi ad una bambina escissa all'età di 5 anni, per esempio, sarebbero registrati solo 10 anni più tardi).

⁴ W.H.O., (2008) *Eliminating Female Genital Mutilation, An interagency statement OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, WHO*, Press, Geneva.

⁵ Queste informazioni sono contenute nel documento "The world's women 2000. Trends and statistics", a cura dell'Ufficio statistico delle Nazioni Unite, New York, 2000; la versione italiana è stata curata della Commissione nazionale per la parità e le pari opportunità.

A prescindere dall'esatta stima del fenomeno, che resta pur sempre di entità rilevante, sia la letteratura specialistica, sia quella divulgativa (Grassivaro Gallo, 1986; Grassivaro Gallo, Viviani, 1992; Salad Hassan, 1996; Mazzetti, 2000; Tola, Scassellati, Mancuso, 2001; Morrone, Vulpiani, 2005) evidenziano gli effetti dannosi delle mutilazioni genitali femminili sulla salute psico-fisica delle donne adulte, delle ragazze adolescenti e delle bambine appena nate. Infatti, sul piano sanitario, sono state riscontrate:

- *conseguenze organiche immediate*: l'intervento senza alcun tipo di anestesia comporta spesso la perdita di coscienza e il collasso cardiovascolare (shock) delle bambine, dovuto sia all'enorme dolore causato dalle lacerazioni dei genitali che all'emorragia che si accompagna alle ferite, specie nelle MGF tipo I-II-III; le bambine possono soffrire a tal punto che, per la paura, sviluppano ritenzione urinaria, con il rischio di infezioni dell'apparato urinario; inoltre, l'assenza di adeguate condizioni igieniche può causare gravi sepsi, con infezioni comuni, che possono evolvere in suppurazione e cangrena, tetano (per l'uso di strumenti non sterili), infezioni da HIV, epatite (a causa dell'utilizzo degli stessi strumenti su molte vittime, in zone dove tali malattie sono diffuse);
- *conseguenze organiche tardive*: da adulta, la donna potrà soffrire di molte complicanze tardive, tra le quali: P.I.D. (*Pelvic Inflammatory Disease*, o malattia infiammatoria pelvica, costituita da flogosi ed infezione del tratto genitale superiore, comprensiva, in varie combinazioni, di endometrite, salpingite, ascessi tubo-ovarici, peritonite pelvica, etc.); difficoltà ad urinare e cistiti; mestruazioni irregolari e dolorose; infezioni continue, croniche e recidivanti della vagina e degli organi interni della riproduzione, con conseguenti infertilità e sterilità⁶; cisti da ritenzione; cicatrici cheloidee a livello vulvare; disfunzioni sessuali, quali dispareunia, vaginismo e coitofobia. In gravidanza, nelle donne infibulate i controlli ginecologici sono molto difficoltosi e le infezioni uro-genitali possono compromettere l'andamento della gravidanza stessa, con aborti, rottura d'utero secondaria ad infezioni, rottura prematura del sacco amniotico e parto prematuro. Anche durante il parto sono possibili numerose complicanze ostetriche: se non si interviene tempestivamente (deinfibulazione intrapartum ed episiotomia), il prodotto del concepimento può arrestare la sua discesa nel-

⁶ Si richiama qui la differenza tra "infertilità" (impotentia gestanti), cioè incapacità di protrarre una gravidanza sino alla sopravvivenza del feto, e "sterilità" (mancanza di fecondità), cioè assenza non voluta di prole in una coppia, dopo un periodo da uno a due anni di rapporti non protetti; per la donna infertile, quindi, è possibile il concepimento, ma non la gravidanza ed il parto; per la donna sterile, non è possibile il concepimento per cause inerenti o la donna, o l'uomo, o ambedue (cfr. *Dizionario Pschyrembel di Ginecologia ed Ostetricia*, (1990) Walter de Gruyter, Berlino - New York).

l'ultimo tratto del canale vaginale e rischiare, per scarsa ossigenazione, danni cerebrali; la madre, può andare incontro a lacerazioni perineali, uretrali, rettali, oppure perforazioni e fistole genito-rettali;

- *conseguenze di carattere psichico e sessuale*: pur dando atto che le diagnosi psichiatriche sono state redatte facendo essenzialmente riferimento alle concezioni della malattia mentale presenti nel mondo Occidentale, con tutti i problemi di raffronto con quelle presenti in altre realtà socio-culturali (Tseng, 2003), nelle vittime di MGF sono stati descritti disturbi depressivi di varia entità (soprattutto depressione maggiore e distimia) e disturbi d'ansia (tra i quali spicca il disturbo post-traumatico da stress); in proposito, pur ribadendo che gli studi su questi disturbi sono stati condotti secondo parametri occidentali e, quindi, culturalmente diversi da quelli del contesto di origine delle MGF, dalle testimonianze di donne infibulate emerge che, ad una visione socialmente orientata che mira a sublimare la sofferenza mentale femminile nel senso di purezza e di accettazione da parte del gruppo sociale, se ne contrappone un'altra, nella quale l'evento è vissuto in modo comunque traumatico; non a caso, sono stati descritti casi di suicidio per l'incapacità di sopportare il dolore fisico, la frustrazione psicologica e le gravi difficoltà a livello sessuale, tra le quali si richiamano la frigidità o anorgasmia, il vaginismo e la dispareunia.

Vi sono poi tutta una serie di vissuti e complicanze psicologiche connessi alle Mutilazioni Genitali Femminili, in riferimento al vissuto corporeo. Interessante a tal proposito risulta lo studio condotto da un gruppo di ricercatori dell'Università di Palermo (Lo Baido, La Grutta, Profeta, Schiera, 2007) su un campione di 20 donne che hanno subito una MGF nel proprio paese d'origine, immigrate da più di cinque anni in Sicilia per ragioni di lavoro e/o ricongiungimento familiare, con età compresa tra i 33 e 39 anni. Di queste, dieci sono state sottoposte a MGF di I tipo (lieve) e dieci a MGF di III tipo (profondo). È stato somministrato il Somatic Inkblot Series (SIS), reattivo semiproiettivo ideato per misurare la percezione del proprio corpo e individuare eventuali zone particolarmente conflittuali o non mentalizzate. I risultati ottenuti hanno evidenziato che le donne con MGF del III tipo hanno ottenuto punteggi significativamente superiori rispetto alle donne con MGF di I tipo in ordine alle dimensioni PAS (anatomia patologica), ATR (ansia e minaccia), D (depressione) e Sex (sessualità) e significativamente inferiori nella scala di rimozione somatica (RS). Ciò che differenzia, quindi, le donne con MGF di I tipo da quelle con MGF di III tipo non sono parametri quali le prestazioni cognitive, l'ansia, la capacità di simbolizzare o il registro difensivo adoperato, bensì il rapporto con il proprio corpo. Quanto più è estesa la ferita sul corpo, tanto più è compromessa la relazione con esso e il senso di fiducia in sé e nel mondo. Le donne che hanno subito una Mutilazione Genitale Femminile del III tipo devono

fare i conti con un corpo ferito, indelebilmente deturpato e dolorante che rende complesse ed a volte impedisce del tutto le normali trasformazioni psichiche. Si tratta, ad esempio, dell'importante operazione di passaggio dal considerare il corpo come oggetto reale all'immaginarlo come oggetto pensato, con inevitabile ricadute sul piano dell'immagine di sé, se è vero che il primissimo senso dell'Io è quello dell'Io corporeo (*Freud, 1923*).

Nel mondo occidentale, tutto ciò ha suscitato reazioni di condanna, che si sono tradotte in campagne di informazione e di prevenzione, oltre che in provvedimenti legislativi come la c.d. Legge Consolo, poiché le MGF appaiono come un atto di violenza gratuita contro le donne, da abolirsi perché oggettivamente lesive dei diritti inalienabili dell'individuo. Nel 1959, invero, l'O.M.S., in risposta ad una richiesta avanzata l'anno precedente dal Consiglio Economico e Sociale⁷, aveva affermato che le operazioni rituali di mutilazione derivavano da concezioni sociali e culturali di quei paesi nei quali erano eseguite e, perciò, esulavano dalla propria competenza. Tuttavia, a partire dagli anni Ottanta, l'O.M.S. stessa ha iniziato a considerare le MGF come una pratica contraria ai diritti umani ed alla salute delle donne.

2 • Origini delle Mutilazioni Genitali Femminili

L'origine delle MGF è sconosciuta, perché non vi sono testimonianze che indichino in modo certo “come” e “quando” sia iniziata tale pratica ed “in che modo” si sia diffusa. Non vi è accordo, del resto, se il fenomeno sia sorto in un precipuo contesto per poi diffondersi, oppure se le MGF venissero praticate da differenti gruppi etnici in aree geografiche e periodi storici diversi. In proposito, esistono due teorie principali: una sostiene che l'usanza iniziò in un luogo (la penisola araba o l'Egitto) per poi propagarsi ad altri; l'altra afferma che tale ipotesi sia abbastanza improbabile, perché queste pratiche sono così diffuse che non possono aver avuto origini comuni, per cui esse si sarebbero sviluppate in maniera indipendente, in sedi diverse ed in epoche differenti (*Abdalla Raqiya, 1982*).

La più antica fonte conosciuta è Erodoto (484-424 a.C.), il quale afferma che la recisione era eseguita dai Fenici, dagli Ittiti, dagli Etiopi e dagli Egiziani (*Taba, 1979*). Attorno al 25 a.C., Strabone narra che gli Egiziani cir-

⁷ Nel 1958 il Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite, con la Risoluzione 680 (XXVI), invitò l'O.M.S., in collaborazione con la Commissione sulla condizione della donna (CSW), “ad intraprendere uno studio sulla persistenza dei costumi riguardanti pratiche rituali sulle ragazze” e ad adottare misure per porvi fine (Cfr. Nazioni Unite, 26° Sessione del Comitato Economico e Sociale, 10 luglio, 1958).

concedevano i ragazzi e praticavano la recisione alle ragazze (*Trimingham*, 1949), dato questo confermato dal fatto che segni di clitoridectomia sono stati rinvenuti sulle mummie egizie. In linea di massima, si conviene che la recisione fosse praticata soprattutto dalle classi governanti, poiché era un segno distintivo per le donne appartenenti alle famiglie reali e per la casta dei sacerdoti dell'Antico Egitto (*Abdalla Raqiya*, 1982); infatti, essendo ritenute le donne le sole detentrici dell'arte magica, le MGF rappresentavano il tentativo di tenere sotto controllo questo potere.

Ebrei ed Arabi avrebbero acquisito le pratiche dell'infibulazione e della clitoridectomia in Egitto e gli stessi Arabi, durante la conquista del nord Africa, avrebbero accolto questi usi, per poi diffonderli in altre parti del mondo.

Un'altra testimonianza si trova nella letteratura medica antica. Soramus, medico greco nell'8 d.C. operante ad Alessandria d'Egitto ed a Roma, descrive dettagliatamente l'intervento e le tecniche usate, riferendo che esso era eseguito per diminuire il desiderio sessuale femminile (*Karim, Ammar*, 1965).

Anche Aetius e Paolo d'Egina, rispettivamente nel 500 e nel 700 d.C., riportano una descrizione analoga ed approvano l'intervento stesso, sostenendo che l'organo clitorideo dovesse essere necessariamente rimosso per evitare il coito lesbico.

Richiamando l'etimologia del termine "infibulazione", dal latino *fibula*, ossia spilla usata per tenere agganciata la toga, è stato altresì sostenuto che le origini di tale pratica siano romane: infatti, sarebbe stata usata dai Romani sia sulle mogli, per prevenire rapporti illeciti, che sugli schiavi e le schiave, per impedire ai primi di stancarsi nei rapporti sessuali e per prevenire alle seconde gravidanze che ne avrebbero ostacolato il lavoro.

L'unico dato certo, comunque, è che l'escissione era già conosciuta prima di Cristo e si sarebbe mantenuta anche dopo la conversione al Cristianesimo e all'Islam delle popolazioni che già la praticavano. Inoltre, a differenza di quanto comunemente si crede, le mutilazioni non hanno origine islamica: esse erano già presenti in Africa assai prima della loro diffusione. Il Corano non parla della circoncisione femminile, né vi si trovano allusioni, o riferimenti diretti e nei Paesi africani interessati la pratica è diffusa indistintamente dalla religione professata (musulmana, cristiana, ebraica).

In epoche più recenti, la prima fonte di un certo rilievo è un numero di *The Lancet* del 1882, nel quale si riporta il caso di un chirurgo tedesco, Graefe, che avrebbe curato con successo, tramite la clitoridectomia, una ragazza affetta da "masturbazione eccessiva e ninfomania". Questo tipo di mutilazione, detta *mutilazione terapeutica e preventiva*, del resto trova giustificazione nell'opinione abbastanza diffusa nel XIX sec., soprattutto in Inghilterra, secondo la quale la masturbazione sarebbe stata responsabile di disturbi funzionali del cervello e del sistema nervoso che andavano dall'epilessia alla fol-

lia, per cui l'intervento di clitoridectomia ne avrebbe permesso la guarigione. Non a caso, tra il 1860 ed il 1870, l'Inghilterra vittoriana praticava diffusamente le mutilazioni genitali, trasformando la questione morale della masturbazione in una condizione medica (Morrone, 2002).

Da allora in poi, soprattutto in Francia, Germania ed Inghilterra si è assistito ad una vera e propria diffusione della pratica della clitoridectomia, per curare sia condizioni come la ninfomania e la masturbazione eccessiva, sia disturbi mentali come l'isteria, l'epilessia, la catalessi, la melanconia e la follia. A conferma di questa impostazione, Isak Baker Brown, medico della Medical Society of London, nel 1865 affermava testualmente: "*la masturbazione causa eccitamento periferico del nervo pubico, che a sua volta causa malattia e morte nei seguenti otto stadi: isteria, irritazione spinale, crisi epilettoidi, crisi catalettiche, crisi epilettiche, idiozia, follia e morte*" (Kandela, 1999). Anche il civilizzato mondo occidentale, quindi, ha praticato le MGF.

3 • Fattori culturali e psico-sociali

Le mutilazioni genitali femminili sono praticate non solo in molte comunità, ma anche in contesti molto diversi. Tuttavia, esiste fra esse un denominatore comune rappresentato dalla patrilinearità e dalla patriarcalità. Infatti, le MGF sono sostenute ed effettuate da donne perché tale pratica viene considerata vitale per il mantenimento delle strutture sociali fondamentali, quali la struttura patrilineare della società, l'onore della famiglia e la posizione sociale. Le MGF sono eseguite nella convinzione che esse siano nell'interesse della donna, così da assicurare loro un futuro felice come moglie e come madre. Non praticarle, perciò, equivale ad esporre la donna ad un rischio enorme.

D'altra parte, si deve anche tener conto che ogni comunità ha una specifica concezione delle MGF e, all'interno della comunità, ogni individuo deve essere considerato come unico. Le donne, del resto, subiscono tali pratiche perché queste "*costituiscono l'elemento cardine di strutture cognitive complesse, di relazioni di potere che organizzano la percezione del mondo di coloro che le praticano e che a diversi livelli vengono coinvolti in questi riti*" (Pasquinelli, 2000).

A giustificazione del mantenimento delle mutilazioni genitali femminili, considerate normali pratiche nelle comunità rurali e indispensabili rituali nei luoghi di immigrazione per mantenere un legame con le proprie radici culturali, vengono invocati il "costume" e la "tradizione". Nel contesto migratorio di fatto, le donne sono sospese tra la spinta all'integrazione e la necessità di difendere le proprie radici. In tal senso le MGF assumono una valenza protettiva ma allo stesso tempo possono contribuire ad un'emarginazione delle donne nei paesi di accoglienza. La situazione è ulteriormente compli-

cata per le figlie di immigrati, che vivono questa diversità in un contesto carente di riferimenti culturali che danno un senso a queste pratiche.

Le motivazioni sottese a siffatte pratiche spaziano dal rispetto della tradizione al mantenimento della coesione sociale, dall'attribuzione sociale dei ruoli di genere alla gestione della sessualità, dalla strategia matrimoniale alle ragioni estetiche, igieniche e di religione.

3.1 *Tradizione*

La tradizione è una delle motivazioni più comuni per giustificare le MGF. Esse sono eseguite regolarmente perché parte integrante della conformità sociale ed in linea con l'identità della comunità (Taba, 1980). Per una famiglia tradizionale, è estremamente raro mettere in discussione l'essenza dell'usanza, sostenuta da una consuetudine profondamente radicata. La tradizione viene data per scontata; “*porta con sé la sua stessa validità e lo status quo non è mai messo in dubbio*” (Sanderson, 1981); è sostenuta dalla pressione sociale che tiene coesa una comunità.

Una donna, quindi, che non si adegua ad essa incorrerebbe nell'emarginazione, nella perdita del proprio ruolo sociale e di ogni appoggio da parte della famiglia e della comunità in generale.

3.2 *Coesione sociale*

La tradizione delle MGF è anche collegata all'importanza dell'onore familiare, una componente vitale della comunità e della sua coesione. L'onore viene gelosamente mantenuto in una famiglia, poiché può essere perso a causa della condotta di uno dei suoi membri, in particolare di quelli di sesso femminile (Hosken, 1993). Le MGF sono considerate come una normale precauzione per assicurare la morigeratezza delle ragazze e la conservazione della verginità (Lightfoot-Klein, 1989); si perpetuano perciò all'interno del sistema sociale, poiché la deviazione dalle norme implica immoralità e questo può causare la perdita dell'onore⁸.

L'assenza di MGF risulta dunque particolarmente dannosa per le donne, perché compromette la possibilità di sposarsi, spesso l'unica opportunità per assicurare un supporto economico e sociale alla famiglia d'origine.

⁸ In alcune comunità, esser “figlio di madre non circoncesa” rappresenta una delle offese più terribili.

3.3 Ruoli di genere e sessualità

Le MGF non solo si ricollegano strettamente ai concetti di castità, salvaguardia della purezza delle donne e controllo della sessualità femminile, ognuno dei quali può essere considerato come preconditione per essere in grado di sposarsi ed avere figli, ma rappresentano anche un rito di passaggio, che indica il cambiamento di status, di ruolo o di età del soggetto di sesso femminile.

Queste pratiche portano all'identificazione di genere attraverso una manipolazione fisica del corpo femminile, consistente nell'asportazione di parti anatomiche che sono considerate responsabili della confusione dei ruoli sessuali. Le MGF, del resto, sono state poste in relazione alla credenza faraonica della bisessualità degli dei, dalla quale discende l'altra credenza che ogni persona sia dotata di un'anima maschile e di una femminile. Laddove difatti si crede nella natura duale e androgina dei bambini, si pensa che la parte femminile della natura dei ragazzi risieda nel prepuzio del pene, mentre la parte maschile della natura delle ragazze risieda nel clitoride. Come parte del rito di passaggio nel mondo degli adulti, quindi, gli adolescenti devono perdere i segni della loro dualità sessuale, così da poter assumere il loro ruolo di adulti. La mutilazione genitale, quindi, realizza la definizione sociale del sesso di un bambino e l'affermazione dell'identità di genere (*Assad, 1980*).

Esemplificativa risulta la situazione del Mali, nel quale i Bambara ed i Dogon credono che i bambini abbiano due anime; l'anima femminile del ragazzo risiederebbe nel prepuzio, mentre l'anima maschile della ragazza nel clitoride. I ragazzi e le ragazze, quindi, sono considerati "impuri" poiché possiedono elementi anatomici afferenti ad entrambi i generi sessuali; di conseguenza, la circoncisione maschile diventa necessaria per rimuovere l'aspetto femminile dell'anatomia del ragazzo, mentre la clitoridectomia elimina l'aspetto fallico dell'anatomia sessuale delle donne. Inoltre, il prepuzio ed il clitoride sono considerati la sede di una forza demoniaca del disordine, chiamata *Wanzo*, la quale impedisce la fertilità e l'accesso al mondo degli adulti. La circoncisione, dunque, ha il duplice effetto di definire l'identità del genere e di distruggere il potere malefico (*Epelboin, Ogunmodele, 1979*).

A ciò si aggiunga che la pratica delle mutilazioni femminili è stata interpretata in termini di "riti iniziatici", cioè come tappa obbligata del transito dalla pubertà all'età adulta: infatti, nella tradizione di molti gruppi etnici (i Kikuyu nel Kenya, i Toguana in Costa d'Avorio, i Bambara nel Mali), l'evento è accompagnato da una cerimonia elaborata, con rituali carichi di significati simbolici (canzoni, danze, abiti speciali e cibo).

Nel Sudan, poi, la ragazza che deve essere sottoposta all'operazione è chiamata *arusa*, che significa "giovane sposa", richiamo questo fortemente allusivo al futuro legame matrimoniale ed al ruolo sessuale di moglie. La ragazza è

vestita da sposa, indossa gioielli d'oro ed è truccata con l'*henna*⁹; le donne che partecipano alla cerimonia la incoraggiano con lo *zagarid* (ululato per un lieve evento); dopo la mutilazione, la ragazza viene distesa su un letto e adornata con fili rossi, una collana di perle e uno scarabeo, monili ritenuti capaci di accelerare il processo di guarigione e di proteggere dal male.

In altre aree, come la Somalia, il rituale è molto meno elaborato e la cerimonia include the, dolci e porridge con burro. Durante l'operazione, i parenti e le donne che seguono l'evento cantano e gridano, sia per coprire le urla della vittima, che per offrirle un sostegno emotivo; dopodiché la ragazza deve rimanere in casa per quaranta giorni, per salvaguardarsi da influenze malefiche che si ritiene possano scatenarsi a seguito di un evento importante (circoncisione, matrimonio, nascita, funerale).

In questa ottica, il dolore è considerato necessario e non può essere esternato. Per le donne, quindi, la sopportazione del dolore diventa un modo per rivaleggiare con gli uomini del gruppo, dimostrando che sono in grado di affrontare prove difficili in tutto l'arco della vita.

3.4 Religione

Le MGF sono diffuse e praticate sia fra le popolazioni di religione cristiana (cattolici, protestanti e copti), sia fra i musulmani, gli ebrei e gli atei (*Dorkenoo*, 1995) e spesso a siffatte pratiche viene attribuita una valenza religiosa. In realtà, queste non vengono contemplate in nessuna delle religioni professate. È lecito, quindi, ritenere che il collegamento tra il credo religioso e le MGF sia scaturito da un concorso di fattori intersecatisi e susseguitis sul piano storico, tra i quali spiccano insegnamenti inadeguati e comprensione errata dei testi religiosi.

L'islamismo resta comunque la religione che ha maggiormente abbracciato la pratica delle MGF, perché, sebbene l'origine non sia islamica, è proprio nelle tradizioni musulmane che risiede la sua forza. Infatti, con il sorgere di tradizioni islamiche come il velo e la clausura¹⁰, le pratiche di mu-

⁹ Una tinta rossastra ottenuta dalle foglie della pianta dell'henna è usata sui capelli e per le decorazioni della pelle.

¹⁰ L'uso del velo (*hijab*, *burqa* o *chador*) e la clausura (*pardah*, *harem*) sono altre istituzioni che fanno riferimento alla "modestia" delle donne richiesta dalla cultura islamica. Entrambi sono costumi assimilati dai persiani soggiogati e dalle società bizantine (dove erano abitudini diffuse tra l'aristocrazia dell'impero persiano nel primo sec. d.C.) e giudicati come la giusta espressione delle norme e dei valori del Corano. Lo scopo principale del velo e della clausura era la protezione dell'onore e la segregazione delle donne. Erano adottati dalle donne appartenenti alle classi ricche urbane che benefici-

tilazione hanno acquistato molta importanza, sia perché alcuni *hadith* sono a favore della clitoridectomia, sia perché l'islamismo, come altre religioni, considera la sessualità femminile come un istinto "lussurioso" da controllarsi, tenuto conto del rilievo assunto da qualità come la modestia e la castità delle donne.

In verità, la clitoridectomia e l'infibulazione non sono prescritte dal Corano, ma sono state associate ad esso; a sostegno di tali pratiche esistono alcuni *hadith*¹¹ dove si accenna alla circoncisione. Il detto che più frequentemente viene invocato a favore delle MGF fa riferimento ad un dialogo fra Maometto ed una "tagliatrice di clitoridi": infatti, in quell'occasione, il Profeta avrebbe consigliato alla donna: "*Taglia leggermente e non esagerare*"; poi "*La circoncisione è sunnah per gli uomini e makrumah¹² per le donne. Sfiorate e non sfibrate. Il viso diventerà più bello ed il marito resterà estasiato*". La lettura di questo racconto conduce a distinguere la regolamentazione della circoncisione maschile da quella femminile, permettendo di qualificare la seconda come un'azione meramente lecita, ma non necessaria. Naturalmente, questa conclusione non può considerarsi definitiva, dovendosi tener conto della possibilità che altre fonti del diritto, come il consenso della comunità, o la consuetudine, possano aver trasformato in regola giuridica quelle usanze che in determinati contesti geografici si rinnovano da secoli. È comunque accertato che, nei Paesi dove ancora oggi sono diffuse le pratiche in oggetto, que-

avano di una mobilità considerevole e dell'opportunità di partecipare alle attività sociali. Le contadine furono più lente nell'adottare queste pratiche, poiché interferivano con il lavoro nei campi. Così, durante il dominio di Abbasid nel VII secolo, fino all' XI, l'uso divenne un simbolo dello status delle classi più ricche e venne proibito a quelle più umili e agli schiavi. Anche per ciò che riguarda il velo, il Corano non esprime richieste specifiche, ma suggerisce semplicemente che le donne dovrebbero "vestire modestamente" e "rispettabilmente"; inoltre, "...dovrebbero abbassare lo sguardo e custodire la loro modestia; non dovrebbero ostentare la bellezza e il fascino ad eccezione di ciò che di loro appare normalmente; dovrebbero stendere il velo sui seni e mostrare la loro bellezza solamente ai mariti e ai padri" (24:31). Tuttavia, il Corano non ordina che le donne siano completamente coperte dal velo, o separate dagli uomini (ai membri che non appartengono alla famiglia); al contrario, tende ad enfatizzare la partecipazione e la responsabilità religiosa di entrambi gli uomini e le donne nella società (*El Sadawi*, 1982; *Esposito*, 1988).

¹¹ *Hadith* in arabo significa "racconto, narrazione", anche se ha un significato molto più importante, perché è parte costitutiva della cosiddetta *Sunna*, la seconda legge islamica dopo il Corano. *Sunna* è un termine arabo che significa "costume" o "codice di comportamento" e comprende solo gli atti o i detti del Profeta, i quali sono stati trasmessi negli *hadith*.

¹² Il termine *sunnah* qui significa «che è conforme alla tradizione di Maometto». *Makrumah* è una parola che, seppur ben lungi dall'essere chiara, si può tradurre in un "atto d'onore".

sto fenomeno debba essere ascritto al permanere di tradizioni ed usi già esistenti in epoca preislamica e che l'Islam ha semplicemente ereditato. L'assenza di precetti espliciti nelle sacre fonti a sostegno dei diversi tipi di infibulazione trova perciò conferma nella circostanza che i suoi sostenitori sono stati costretti a ricorrere a giustificazioni di tipo morale per presentarle come pratiche raccomandabili e vantaggiose.

La concezione secondo la quale la sessualità ha bisogno di essere controllata considera il sesso come una realtà vergognosa, da praticarsi esclusivamente all'interno della struttura di un matrimonio ufficiale ed esclusivamente a fini riproduttivi¹³. La purezza sessuale di una donna rappresenta l'onore della famiglia; qualsiasi trasgressione viene condannata sia dalla famiglia, che dalla società. Pertanto, la rimozione degli organi genitali femminili esterni è un atto volto a ridurre il desiderio sessuale, necessario per salvaguardare la verginità e l'onore della donna e per rafforzarne la fedeltà. Viene inoltre considerata necessaria per impedire la masturbazione, proibita dalla legge islamica (*El Saadwi*, 1980).

3.5 *Strategia matrimoniale*

Le MGF costituiscono un sistema complesso di strategie matrimoniali, che poggia le sue fondamenta nel *bride price*, ossia nel *prezzo della sposa*. Con questo termine, si intende il compenso che la famiglia del futuro marito versa alla famiglia della futura moglie in cambio di una donna illibata, requisito indispensabile pena il rinvio della malcapitata alla sua famiglia di origine. Ciò che viene trasferito dal gruppo natale alla famiglia dello sposo non è quindi la persona della donna, ma i diritti su di lei (sul suo lavoro, sulla sua sessualità, sulla sua fecondità) e sulla sua prole. Concluso l'“affare”, la madre o la sorella dello sposo esaminano la ragazza per saggiare l'integrità dell'infibulazione. Scopo delle MGF è dunque quello di esercitare uno stretto controllo sulla sessualità femminile, garantendo la purezza e preservando la castità e l'inviolabilità della futura sposa, indispensabile allo scambio matrimoniale che raramente è una libera scelta della coppia.

Spesso le MGF vengono giustificate come “propedeutiche rispetto al matrimonio”, in quanto favorirebbero i rapporti sessuali, aumenterebbero la fecondità della donna e le garantirebbero di partorire nelle migliori condi-

¹³ Secondo Abdalla (1982), l'enfasi sulla castità femminile non è dovuta solamente alla credenza nella natura aggressiva della sessualità delle donne, ma è anche da associarsi al mantenimento della proprietà, all'eredità dei diritti sulle donne e ad altre ricchezze. L'operazione è sorta come tale per giustificare i rapporti di possesso.

zioni possibili. Infatti, presso alcune comunità, quali i Mossi dell'Alto Volta, nonché i Dogon ed i Bambara del Mali, il clitoride è considerato “minaccioso” a tal punto che si pensa che il suo contatto sia dannoso per l'uomo durante l'atto sessuale e per il bambino durante il parto.

3.6 *Estetica ed igiene*

Ogni cultura possiede una propria nozione su come il corpo dovrebbe essere modellato, sulle sue dimensioni e sul suo ornamento. Le immagini di come dovrebbe essere un bel corpo sono molto varie.

Nei Paesi dell'Africa Orientale, dove i genitali femminili sono considerati “brutti” ed “impuri”, le MGF vengono viste come un modo per abbellirli, per farli diventare puri e puliti. Addirittura, si crede che il clitoride produca sostanze sgradevoli e/o maleodoranti, per cui tali pratiche vengono equiparate ad una forma di pulizia (*Lightfoot-Klein*, 1989). Non a caso, la parola araba *tahur*, che si riferisce alle MGF, letteralmente significa purezza e pulizia. Esistono persino comunità che credono che dal clitoride fuoriescano sostanze “inquinanti”, cioè pericolose per la salute del feto durante il parto.

Inoltre, le MGF vengono effettuate anche per motivi estetici. In alcune culture, del resto, esiste la convinzione secondo la quale i genitali femminili possono crescere, durante lo sviluppo puberale, come accade per quelli maschili, ma in modo smisurato. Per questo motivo, una zona anatomica piatta e liscia di pelle senza un ingombro di carne appare, in queste comunità, più attraente alla vista ed al tatto¹⁴.

4 • Normativa

4.1 *Normativa internazionale*

Nel contesto internazionale, la condanna delle MGF risulta finalizzata a tutelare sia i diritti umani in generale, sia quelli della donna e dei minori in particolare. Infatti, da quando tale fenomeno si è intensificato nei paesi industrializzati, non solo sono state promosse campagne di informazione e di prevenzione contro siffatte pratiche, ma sono state emanate specifiche normative volte a punirle. I seguenti atti internazionali si collocano perciò nell'ambito dell'azione di contrasto di pratiche comunque lesive per le donne ed i bambini.

¹⁴ In Mauritania la clitoridectomia è simbolo di bellezza e conosciuta come *tizian*, che significa “rendere più belli” e *gaad* che significa “tagliare e rendere uniformi”.

a) *Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (CEDAW)*

Questa convenzione, stipulata nel 1979, rappresenta uno degli strumenti giuridici più completi e particolareggiati in favore dell'uguaglianza femminile. Gli artt. 2 e 5, del resto, recitano rispettivamente: “*Gli Stati si impegnano a prendere ogni misura adeguata, comprese le disposizioni di legge, per modificare o abrogare ogni legge, disposizione, regolamento, consuetudine o pratica che costituisca discriminazione nei confronti della donna da parte di qualsivoglia persona, organizzazione o impresa*” e “*gli Stati devono adottare ogni misura adeguata al fine di modificare gli schemi ed i modelli di comportamento socioculturale degli uomini e delle donne, e di 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...*”

Chiaro dunque è il riferimento all'eliminazione di ogni forma di discriminazione verso le donne, imponendo agli Stati firmatari di adottare misure in grado di promuoverne i diritti delle donne attraverso l'abrogazione di leggi, costumi o pratiche discriminatorie basati sul concetto di superiorità di uno o dell'altro sesso.

Undici anni più tardi, la *Raccomandazione del Comitato di sorveglianza per la CEDAW* ha ribadito agli Stati parti di “*dotarsi di misure appropriate al fine di sradicare la pratica della circoncisione femminile*”.

b) *Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia (CRC)*

Adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1989 a New York e ratificata da 192 Paesi, questa convenzione fa specifico riferimento alle “*pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute del bambino*”, comprendendovi anche le MGF.

Considerando che tali pratiche riguardano soprattutto bambine, l'importanza della CRC consiste appunto nell'obiettivo di proteggerle da ogni forma di violenza fisica e mentale, da abusi e sfruttamento, imponendo agli Stati di adottare misure adeguate per abolire le predette pratiche.

c) *Carta africana dei diritti e del benessere del bambino (1990)*

L'art. 21 afferma che “*i Paesi che ratificano la presente Carta dovranno prendere tutte le misure appropriate per abolire le pratiche consuetudinarie dannose per il benessere, la crescita normale e lo sviluppo del bambino, i costumi e le pratiche discriminatorie per il bambino sulla base del sesso o di altro status*”.

Questo documento assume enorme rilievo, in quanto rappresenta un'evoluzione dei Paesi africani, i quali iniziano a capire che molti usi e costumi sono dannosi per le persone che li subiscono, al punto da far iniziare il divieto di tali pratiche fin dall'infanzia, dato che i bambini sono le vittime più numerose.

d) *Conferenza mondiale del Cairo su popolazione e sviluppo*

Con questa conferenza, da un lato, si giunge esplicitamente a vietare le MGF nei Paesi in cui vengono effettuate, mentre, da un altro, si dà un sostegno alle organizzazioni non governative ed alle istituzioni comunitarie e religiose che lottano per eliminare tali pratiche (Antighetchi, 1996).

L'art. 7.40 recita: “i governi e le comunità devono urgentemente fermare la pratica della mutilazione genitale femminile e proteggere le donne e le ragazze da simili pratiche non necessarie e pericolose...”

e) *Dichiarazione congiunta OMS, UNICEF e UNFPA*

Stipulato nel 1997 a Ginevra, è un altro documento che attacca direttamente le mutilazioni genitali femminili e le condanna come “violazione dei diritti umani fondamentali quali il diritto ad ottenere il più alto livello possibile di salute fisica e mentale e il diritto alla sicurezza della persona”.

f) *Campagna STOP MGF*

Si è svolta nel 2003 al Cairo con il supporto dell'Unione Europea, dei rappresentanti delle principali agenzie dell'ONU e di molti rappresentanti di 28 Paesi Africani. Con tale campagna, si è inteso aumentare la consapevolezza dell'opinione pubblica sulle MGF e rafforzare il coinvolgimento dei governi per la relativa prevenzione, individuando le azioni politiche e gli strumenti giuridici più efficaci.

4.2 *Normativa europea*

Il problema delle MGF è stato affrontato dai legislatori europei in tre diversi modi: con l'adozione ex novo di leggi specifiche per proibire la pratica; con la modifica di leggi esistenti per inserirvi un riferimento specifico alle mutilazioni genitali femminili; con la proibizione delle MGF mediante norme penali già esistenti e inerenti le lesioni fisiche ed i maltrattamenti dei minori. Gli interventi maggiormente significativi intrapresi dall'Unione Europea risultano i seguenti:

a) *Risoluzione del Parlamento Europeo UE sulle MGF in Egitto B4-0655,0672,0689/1997*

Condanna le MGF in tutte le sue forme e considera inaccettabile usare la religione e/o la consuetudine come cause di giustificazione di tali pratiche contro le donne. Pertanto, il Parlamento Europeo si rivolge agli Stati membri affinché puniscano chi clandestinamente esegue le MGF negli Stati membri e rafforzino le loro disposizioni legislative contro siffatte azioni.

b) *Risoluzione del parlamento UE sulle MGF 2001/2035*

Chiede agli Stati membri sia di considerare ogni tipo di MGF come reato, a prescindere dall'esistenza di un consenso da parte della vittima, sia di collaborare per armonizzare la legislazione esistente, sia di elaborarne una specifica qualora quella vigente non sia adeguata.

4.3 *Normativa italiana*

Il nostro legislatore, per far fronte al problema della diffusione delle MGF nel territorio nazionale, ha scelto di percorrere una duplice via: da una parte, quella della informazione e della prevenzione; dall'altra quella della repressione, configurando una fattispecie ad hoc ed irrigidendo il trattamento sanzionatorio.

Infatti, la Legge Consolo¹⁵, sul versante preventivo-informativo, prevede testualmente quanto segue:

- Art. 2. (Attività di promozione e coordinamento)

“1. La Presidenza del Consiglio dei ministri-Dipartimento per le pari opportunità promuove e sostiene, nell'ambito degli ordinari stanziamenti di bilancio, il coordinamento delle attività svolte dai Ministeri competenti dirette alla prevenzione, all'assistenza alle vittime e all'eliminazione delle pratiche di mutilazione genitale femminile.

2. Ai fini dello svolgimento delle attività di cui al comma 1, la Presidenza del Consiglio dei ministri-Dipartimento per le pari opportunità acquisisce 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”.

- Art. 3. (Campagne informative)

“1. Allo scopo di prevenire e contrastare le pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale, il Ministro per le pari opportunità, d'intesa con i Ministri della salute, dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del lavoro e delle politiche sociali, degli affari esteri e dell'interno e con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, predisporre appositi programmi diretti a:

a) predisporre campagne informative rivolte agli immigrati dai Paesi in cui sono effettuate le pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale, al momento della concessione del visto presso i consolati italiani e del loro arrivo alle frontiere italiane, dirette a diffondere la conoscenza dei diritti fondamentali della persona, in

¹⁵ Legge 9.1.2006, n.7 c.d. “Legge Consolo” dal nome del senatore, Giuseppe Consolo, che ha presentato il disegno di legge al Senato della Repubblica.

- particolare delle donne e delle bambine, e del divieto vigente in Italia delle pratiche di mutilazione genitale femminile;*
- b) *promuovere iniziative di sensibilizzazione, con la partecipazione delle organizzazioni di volontariato, delle organizzazioni no profit, delle strutture sanitarie, in particolare dei centri riconosciuti di eccellenza dall'Organizzazione mondiale della sanità, e con le 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, in particolare delle donne e delle bambine;*
- c) *organizzare corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza, finalizzati ad una corretta preparazione al parto;*
- d) *promuovere appositi programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo, anche avvalendosi di figure di riconosciuta esperienza nel campo della mediazione culturale, per aiutarli a prevenire le mutilazioni genitali femminili, con il coinvolgimento dei genitori delle bambine e dei bambini immigrati, e per diffondere in classe la conoscenza dei diritti delle donne e delle bambine;*
- e) *promuovere presso le strutture sanitarie e i servizi sociali il monitoraggio dei casi pregressi già noti e rilevati localmente....”.*
- Art. 4. (Formazione del personale sanitario)
- “1. Il Ministro della salute, sentiti i Ministri dell'istruzione, dell'università e della ricerca e per le pari opportunità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche....”.*
- Art. 5. (Istituzione di un numero verde)
- “1. È istituito, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso il Ministero dell'interno, un numero verde finalizzato a ricevere segnalazioni da parte di chiunque venga a conoscenza della effettuazione, sul territorio italiano, delle pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale, nonché a fornire informazioni sulle organizzazioni di volontariato e sulle strutture sanitarie che operano presso le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate tali pratiche....”.*
- D'altro canto, in un'ottica punitiva - repressiva, la predetta legge prevede quanto segue:
- Art. 6. (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili)
- “1. Dopo l'articolo 583 del codice penale sono inseriti i seguenti:*
- «Art. 583-bis – (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili) – Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli or-*

gani genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni. Ai fini del presente articolo, si intendono come pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo. Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità. La pena è aumentata di un terzo quando le pratiche di cui al primo e al secondo comma sono commesse a danno di un minore ovvero se il fatto è commesso per fini di lucro. Le disposizioni del presente articolo si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. In tal caso, il colpevole è punito a richiesta del Ministro della giustizia”.

Art. 583-ter – (Pena accessoria) – La condanna contro l'esercente una professione sanitaria per taluno dei delitti previsti dall'articolo 583-bis importa la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni. Della sentenza di condanna è data comunicazione all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri»...”.

La Legge 9 gennaio 2006 n. 7, quindi, per un verso, si qualifica come provvedimento repressivo dell'illegalità e della violenza contro i diritti umani di ogni donna, mentre, per un altro, si configura come strumento formativo, con lo scopo di informare il più possibile le famiglie e le donne immigrate nel nostro paese; infatti, informandole delle gravi conseguenze provocate dalle MGF, è possibile che le vittime possano superare l'ignoranza dei propri diritti, che sta appunto all'origine della legittimazione e dell'accettazione di tali pratiche.

5 • Alcune iniziative nelle comunità

Diversi programmi che operano a livello delle comunità stanno proteggendo le bambine dalla E/MGF. Quelli che hanno prodotto i migliori risultati hanno un carattere partecipatorio e in generale assistono le comunità a definire in prima persona i problemi e le soluzioni. Fanno un uso costruttivo delle tradizioni positive dei villaggi per incoraggiare la gente a parlare e impegnarsi nel dibattito. Forniscono alle famiglie una conoscenza dei diritti umani e delle loro responsabilità.

In Senegal, una ONG internazionale specializzata nella istruzione non formale, Tostan, ha messo a punto un metodo che si fonda sulla promozione dei diritti umani. Questo comprende gli elementi fondamentali per cambiare la convenzione sociale nella comunità, quali un'azione collettiva, una dichiarazione pubblica e una diffusione organizzata.

Il programma di educazione Tostan in genere forma in ogni comunità due classi, una composta da 25 adulti ed un'altra da 25 adolescenti, principalmente bambine e donne. I moduli del programma trattano di argomenti come la democrazia e i diritti umani, la soluzione di problemi, igiene e salute, alfabetizzazione, matematica e capacità di gestione. L'insegnamento di queste materie si avvale dell'uso di libri di testo interattivi di alfabetizzazione.

Le informazioni e le lezioni apprese sono condivise con la famiglia, gli amici, i parenti e le altre comunità, grazie ad un processo di diffusione organizzata. Seguendo una pratica diffusa nella società Wolof, i partecipanti alle classi adottano un amico o un familiare col quale condividono le informazioni ricevute. I villaggi contattano i villaggi vicini, in uno sforzo di coinvolgimento delle comunità in un cambiamento su larga scala¹⁶.

Nelle comunità in cui è stato messo in atto, il programma Tostan ha ottenuto notevoli risultati: ha fatto incrementare la scolarizzazione delle bambine, ha reso sistematica la registrazione delle nascite ed ha stimolato un significativo aumento del tasso di vaccinazione. Ma il risultato più significativo è stato quello della creazione di un movimento di base per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili, che si sta diffondendo in tutto il Senegal.

L'ampia risonanza data dalla stampa alle dichiarazioni pubbliche delle comunità coinvolte nel programma, contribuisce a far conoscere l'alternativa dell'abbandono della E/MGF presso le comunità che ancora la praticano ed aiuta anche a creare a livello nazionale un ambiente favorevole al

¹⁶ Quando le donne di Malicounda Bambara (villaggio del Senegal) il 31 Luglio 1997 dichiararono di voler abbandonare la E/MGF, la notizia richiamò l'interesse di molti villaggi vicini. Demba Diawara, un capo religioso di 70 anni del vicino villaggio Keur Simbara e partecipante al programma Tostan, si rese conto che sarebbe stato impossibile per il suo villaggio abbandonare da solo la pratica delle mutilazioni genitali femminili perché i suoi abitanti erano soliti contrarre matrimoni con i membri di dodici altre comunità vicine. Visto che tutte le comunità consideravano la E/MGF necessaria per dare alle loro figlie accettabilità, rispettabilità e possibilità di matrimonio, Diawara decise di organizzare colloqui familiari tra comunità e comunità per raggiungere un consenso sulla questione.

Dopo diversi mesi di scambio di informazioni e intensi dibattiti in tutti i tredici villaggi della zona, i membri del gruppo all'interno del quale si contraevano i matrimoni decisero di fare una dichiarazione pubblica per annunciare la decisione di abolire la E/MGF come un'unica grande famiglia allargata alla quale stava a cuore la salute ed il benessere delle proprie figlie e donne.

La Dichiarazione fu di ispirazione per altri partecipanti ai programmi Tostan, spingendoli ad organizzare dichiarazioni pubbliche congiunte tra più comunità come mezzo per porre fine alle mutilazioni genitali femminili. La copertura stampa generata da questi eventi stimolò per la prima volta un dibattito aperto su scala nazionale su questo argomento, che prima era un vero tabù.

cambiamento. Dal 1997, il programma ha coinvolto più di 700.000 persone e continua ad espandersi.

Anche le attività svolte dalla CEOSS (Organizzazione Evangelica Coperta per i Servizi Sociali) in Egitto sono una indicazione dell'efficacia di un approccio olistico, basato sui diritti umani che consente alle comunità di discutere e in conseguenza di ciò di abbandonare la pratica delle MGF.

Le strategie del CEOSS attribuiscono particolare importanza al miglioramento della posizione sociale delle donne e all'individuazione di schemi di efficace collaborazione con i capi maschili e femminili delle comunità. Molteplici progetti di sviluppo con attività a livello del singolo villaggio mirano all'emancipazione delle comunità e dei loro membri in tutti gli aspetti della vita come l'istruzione, la salute, la produzione di reddito ecc.

Al fine di favorire l'abbandono delle MGF ci sono attività di sensibilizzazione sulle pratiche tradizionali dannose; attività di formazione dei membri delle comunità locali, degli insegnanti, degli operatori sanitari; visite a domicilio presso le famiglie con figlie individuate a rischio di subire l'intervento; la creazione di comitati locali delle donne; la promozione della creazione di ONG locali in modo da garantire sia la rilevanza delle loro attività sia un senso di appartenenza alla comunità¹⁷.

L'esperienza del villaggio di Deir el Barsha, nell'Alto Egitto, dimostra che il cambiamento è possibile. Una valutazione esterna condotta nel 1997-1998 (*Hadi*, 1998) ha registrato nel villaggio un chiaro cambiamento nella mentalità e nei comportamenti riguardo alla E/MGF, con una proporzione di bambine non escisse che ha raggiunto il 50% (dalla DHS risulta che la prevalenza nazionale in Egitto era del 97%). Secondo questa valutazione, a tale risultato hanno contribuito vari fattori tra cui attività di sviluppo basate sul genere e realizzate nel villaggio nel corso di più di venti anni, l'emigrazione temporanea maschile all'estero che ha permesso alle donne di aumentare il loro peso nei processi decisionali della comunità¹⁸, il ruolo svol-

¹⁷ I membri del comitato delle donne effettuano frequenti visite alle famiglie che hanno figlie ritenute a rischio di E/MGF o di matrimonio precoce, fino a quando le bambine hanno superato l'età critica. In particolare, i loro sforzi sono rivolti alle madri in modo da sensibilizzarle alle conseguenze della pratica. Nel corso del periodo successivo, altri comitati insieme a leader informali e a religiosi, operano per modificare la posizione degli altri membri della famiglia, soprattutto degli uomini.

¹⁸ La valutazione ha rilevato una minore percentuale di E/MGF tra le figlie degli uomini che erano emigrati all'estero rispetto alle figlie degli uomini rimasti a casa. Da approfondite interviste è risultato che l'emigrazione maschile all'estero aveva avuto un'influenza importante sulla posizione sociale delle donne nel villaggio di Deir el Barsha, attribuendo loro maggiori responsabilità e opportunità decisionali al di là dei limiti tradizionali.

to dai sacerdoti nel fornire informazioni sulle E/MGF e nel mobilitare le persone contro tale pratica.

Nel 1991, dopo quasi un decennio di attività della CEOSS contro le E/MGF, i praticanti tradizionali come i barbieri e le levatrici, hanno pubblicamente firmato un documento col quale si sono impegnati ad abbandonare la pratica.

Sempre in Egitto, l'esperienza del CEDPA illustra l'importanza di fornire sostegno ai membri della comunità che hanno già deciso di abbandonare al pratica della E/MGF.

Il CEDPA lavora dal 1988 alla promozione dell'abbandono della E/MGF, utilizzando il "Metodo della devianza positiva". Il suo Programma di **rinuncia ad ogni forma di mutilazione genitale femminile** si basa sulla mobilitazione partecipatoria della comunità, sfrutta le conoscenze locali e mira a fare uso delle soluzioni già esistenti nella comunità. Individua i membri della comunità che hanno scelto di opporsi alla pratica della E/MGF, sostenendoli nello sforzo di convincere altri. Alcune valutazioni interne hanno indicato che questa strategia può dare buoni risultati ed hanno incoraggiato il CEDPA a procedere con un sistematico potenziamento del programma¹⁹. Tuttavia gli effetti a lungo termine del metodo nel promuovere il cambiamento dei comportamenti devono ancora essere valutati.

• Conclusioni

Per molto tempo, quello delle mutilazioni genitali femminili è stato un tema ignoto, o ignorato. Con il fenomeno migratorio dai paesi in via di sviluppo a quelli industrializzati, il problema è diventato di portata mondiale.

La pratica ha suscitato in occidente una reazione pressoché unanime di condanna, tenuto conto delle conseguenze prodotte dalle MGF nelle vittime e della violazione dei diritti umani fondamentali intrinseca a tali pratiche.

¹⁹ Il programma di rinuncia alla E/MGF si articola in cinque fasi: 1. Attività di orientamento e di identificazione di persone definite "devianti positivi"; 2. Mobilitazione della comunità tramite attività di sensibilizzazione per stimolare la diffusione di conoscenze, l'impegno dei leader e la creazione di sostegno nella comunità in favore dell'abbandono della pratica; 3. Formazione di un gruppo promotore dell'abbandono della E/MGF nella comunità; 4. Contatto diretto con le famiglie. Ogni due settimane il gruppo visita le famiglie con una figlia considerata a rischio di E/MGF, fino a che la famiglia non manifesta pubblicamente la sua ferma intenzione di non sottoporre la figlia alla pratica; 5. Attività di accompagnamento e di valutazione. Le visite a domicilio proseguono con minore frequenza fino a che la figlia si sposa e non è più considerata soggetta al rischio di E/MGF.

Tra le popolazioni che praticano ancora le MGF, questo viene rifiutato in nome di valori e di codici culturali che porta le vittime a preferire la sofferenza psichica e fisica all'ostracismo sociale.

Diverse nazioni hanno varato leggi specifiche con l'intento di contrastare tali interventi e in Italia, nel 2006, è stata promulgata una legge ad hoc che ha tentato di coniugare finalità di ordine preventivo con finalità di ordine repressivo.

Tuttavia, sul piano sia medico-legale, che criminologico, il discorso resta aperto. Infatti, pur prendendo atto dei significativi contributi sul tema (*Henrion*, 2003; *La Monaca, Ausania, Scassellati, Sforzolini*, 2004; *Paganelli, Ventura*, 2004; *Turillazzi, Neri*, 2006; *Zoia*, 2006), i prodromi e le dinamiche di una condotta come quella della MGF, configurata a titolo di reato dalle Legge Consolo, sembrano chiamare in causa una percezione ed un utilizzo del corpo femminile che alimentano conflitti di ordine culturale.

Di tutto questo, però, ci occuperemo in un altro contributo.

TABELLA I

Classificazione delle Mutilazioni Genitali Femminili secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità²⁰

1° TIPO: Clitoridectomia (ideata da ostetriche sudanesi e vista come un compromesso quando la legislazione britannica proibì le operazioni più gravi, consiste nell'escissione del prepuzio, o cappuccio, del clitoride, con parziale o totale rimozione del clitoride stesso; nei paesi musulmani è nota come *Sunna* (Tradizione) ed è l'unica pratica equiparabile alla circoncisione maschile; nella tecnica più comune la clitoride viene tenuta tra il pollice e l'indice, tirata ed amputata con un oggetto tagliente; l'emorragia viene bloccata tamponando la ferita con garze, o altri mezzi, e applicando un bendaggio compressivo; gli operatori più esperti applicano alcuni punti di sutura vicino all'arteria clitoridea).

2° TIPO: Escissione (è una mutilazione più drastica della precedente ed è generalmente praticata negli stati in cui l'infibulazione, ossia il terzo tipo di mutilazione spiegato di seguito, è stata dichiarata fuori legge, come per esempio in Sudan; questa tipologia prevede l'amputazione della clitoride, come descritto prima, e la totale o parziale asportazione delle piccole labbra; l'emorragia viene arrestata con impacchi e bendaggi e/o con alcuni punti di sutura circolari che possono coprire l'uretra e parte dell'orifizio vaginale).

3° TIPO: Infibulazione²¹ o Circoncisione faraonica (consiste nell'escissione del prepuzio, del clitoride, delle piccole labbra e di almeno i 2/3 anteriori - ma

²⁰ W.H.O., (1998) *Female genital mutilation, an overview*, WHO, Ginevra.

²¹ Dal latino "Fibula" termine usato per indicare la spilla con cui veniva chiusa la toga romana.

spesso dell'intera sezione mediale - delle grandi labbra, con cucitura, tramite suture di seta o spine di acacia, e restringimento dell'introito vaginale fino a ridurlo ad un ostio di pochi millimetri per il passaggio dell'urina e del sangue mestruale; per facilitare la cicatrizzazione vengono impiegate sostanze adesive come il malmal - mistura di pasta composta da zucchero e gomma -, tuorlo d'uovo e zucchero, succo di limone o miscugli di erbe; dopo l'operazione, le gambe della ragazza vengono legate ed ella viene così immobilizzata per diverse settimane, finché la ferita della vulva non guarisce; la prima notte di nozze la cicatrice dei genitali deve essere defibulata²² per consentire al penetrazione; generalmente, dopo ogni parto, viene praticata la re infibulazione²³ per restituire al corpo della donna la sua "condizione prematrimoniale").

4° TIPO: comprende tutte le altre varie pratiche di mutilazioni che vanno dalla punzecchiatura della clitoride, in modo da farne uscire qualche goccia di sangue, ad un'ampia casistica di manipolazioni e interventi come: trafittura o incisione della clitoride e delle labbra, oppure cauterizzazione della clitoride e dei tessuti circostanti.

A tali tecniche si aggiungano:

- il raschiamento del tessuto circostante l'orifizio vaginale (*angurya*), o l'incisione della vagina (*gishiri*); sono incisioni posteriori della vagina, nel perineo, come tentativo di aumentare lo sbocco vaginale per rimuovere l'ostacolo al parto; spesso provocano vescica-vaginali e danni allo sfintere anale;
- l'introduzione di sostanze corrosive, o erbe, nella vagina, per causare emorragia e conseguente cicatrizzazione e restringimento della stessa;
- il longinifismo, molto diffuso in Malawi, consistente in una manipolazione al fine di allungare le piccole labbra, completata dall'introduzione di erbe in vagina (per ridurne le dimensioni, o come anestetico per il primo rapporto sessuale), o dall'introduzione di prodotti vari, come pietre macinate o stoffe, per eliminare la fisiologica lubrificazione;
- l'introcisione, che consiste nella dilatazione traumatica della vagina in preparazione della prima notte di nozze, e l'introduzione di sostanze vegetali corrosive aventi lo scopo di restringerla o di chiuderla.

²² La defibulazione è la procedura attuata per allargare l'orifizio lasciato al momento dell'infibulazione e consiste in un'incisione nella cicatrice dell'infibulazione, creando un'apertura, con la successiva rimarginazione delle rimanenti labbra.

²³ La reinfibulazione è la procedura con cui si ricuciono insieme le grandi labbra dopo il parto. A volte è chiesta dal marito o dalla donna stessa in quanto comporta un restringimento dell'apertura al fine di dare l'illusione della verginità, (non si dà importanza all'integrità dell'imene in quanto difficile da visualizzare)

APPENDICE: NUMERO DI RAGAZZE TRA I 10 E I 14 ANNI CIRCONCISE NEI PAESI AFRICANI²⁴

Country	Year	FGC Prevalence	Number of girls	Number of girls with FGC
North East Africa				
Egypt ¹	2005	96.4	3,959,380	3,816,842
Eritrea	2002	78.3	275,449	215,677
Northern Sudan ²	1990	86.8	1,265,063	1,098,075
Ethiopia	2005	62.1	4,661,094	2,894,539
West Africa, northern				
Guinea	2005	89.3	577,263	515,496
Mali	2001	91.2	641,617	585,155
Burkina Faso	2003	65.0	814,901	529,686
Mauritania	2001	65.9	174,770	115,173
Senegal	2005	24.8	707,853	175,548
West Africa, southern				
Côte d'Ivoire (AIS)	2005	39.6	1,073,988	425,299
Chad	2004	43.4	582,771	252,923
Central African Republic (MICS)	2000	27.2	252,805	68,763
Nigeria	2003	12.9	7,347,923	947,882
Benin	2001	12.1	444,903	53,833
Ghana	2003	3.3	1,331,237	43,931
Niger	2006	1.9	763,956	14,515
Cameroon	2004	0.4	1,040,747	4,163
East Africa				
Kenya	2003	20.3	2,038,593	413,834
Tanzania	2004	9.1	2,412,435	219,532
Uganda	2006	0.5	2,026,944	10,135
Total				12,401,000
¹ Sample is ever-married women. Never-married women are assumed to have the same prevalence as ever-married women.				
² Northern Sudan: Estimates assume survey covered 80% of population				

²⁴ STANLEY YODER P., KHAN S. (2008): "Numbers of women circumcised in Africa: The Production of a Total", *Dhs Working Papers*, March, n° 39.

• Bibliografia

- AA.VV. (2007), *Cuori di pietra*, Mondadori, Milano.
- AA.VV. (2008), *Facce di bronzo*, Mondadori, Milano.
- ABDALLA RAQIYA H. D. (1982): *Sisters in Affliction: Circumcision and Infibulation of Women in Africa*, Zed Press, London.
- ANTIGHETCHI D. (1996): *La legge islamica e il corpo delle donne*, Il Mulino, Bologna.
- ASSAAD M. (1980), "Female Circumcision in Egypt: Social Implications, Current Research and Prospects for Change", *Studies in Family Planning* 11, n. 1: pp. 3-16.
- Campagna STOP MGF, www.stopmgf-e.org
- Carta Africana dei diritti e del benessere del bambino (1989), Assemblea Generale delle Nazioni Unite.
- CEOSS (2003): *Empowerment; From theory into practice*, Ceopress, Cairo.
- Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (1990), *Female Circumcision*, General Recommendation, n° 14, Ninth Session, A/45/38.
- Conferenza mondiale del Cairo su popolazione e sviluppo, 1994, www.europarl.europa.eu.
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1979), opened signature December 18, 1249 UNTS 14 (entered into force September 3, 1981)
- Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia (1989), Assemblea Generale della Nazioni Unite.
- Convention on the Rights of the Child, opened for signature November 20, 1989, GA Resolution 44/25.
- DIGEST INNOCENTI (2005): *Cambiare una convenzione sociale dannosa: la pratica dell'escissione/mutilazione genitale femminile*, (UNICEF)
- DORKENOO E. (1995): *Cutting the rose: Female genital mutilation, the practice and its prevention*. Minority Rights Publication, London.
- DORKENOO E., EIWORTHY S. (1992): *Quaderno 1. Rapporto del Minority Rights Group*, Aidos.
- EL SAADAWI N. (1980): *The Hidden Face of Eve. Women in the Arab World*, Zed Press, London.
- EPELBOIN S., EPELBOIN A., OGUNMODELE E. (1979): "Female Circumcision", *People*, 6, n. 1 : pp. 24-29.
- FIORITA N. (2006): *L'Islam spiegato ai miei studenti. Otto lezioni sul diritto islamico*, University Press, Firenze.
- FREUD S. (2000): "L'Io e l'Es", in Id., *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, Torino. Vol. IX, pp. 475-520.
- FUSASCHI M. (2003): *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Bollati Boringhieri, Torino.
- GRASSIVARO GALLO P. (1998): *Figlie d'Africa Mutilate. Indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*, L'Harmattan, Padova.
- GRASSIVARO GALLO P. (1986): *La circoncisione femminile in Somalia*, FrancoAngeli, Milano.
- GRASSIVARO GALLO P., VIVIANI F. (1992): *Le "mutilazioni sessuali" femminili*, Unipress, Padova.
- HADI A.A. (1998): *We are decided. Struggle of an Egyptian village to eradicate female circumcisiun*, Istituto del Cairo per gli Studi sui Diritti Umani, Cairo.
- HENRION R. (2003): "Mutilations genitales féminines, mariages forces et grossesses précoces", *Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine*, 187, 6, pp. 1051-1066.

- HOSKEN F. (1993): "The Hosken report: Genital and sexual mutilation of females", *Womens' International Network News*, Lexington, Fourth revised edition.
- Inter-African Committee on traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, Addis Ababa Declaration, Addis Ababa, Ethiopia.
- KANDELA P. (1999): "Sketches from The Lancet. Clitoridectomy", *Lancet*, 353 (9162): 1453.
- KARIM M., AMMAR R. (1965): "Female Circumcision and Sexual Desire", *Cairo: Ains Shams University Press*.
- LA MONACA G., AUSANIA F., SCASSELLATI G. (2004): "Le mutilazioni genitali femminili. Aspetti socio-antropologici, giuridici e medico-legali e contributo casistica", *Rivista Italiana di Medicina Legale*, XXVI, 3-4, pp. 641-670.
- LEGGE 9.1.2006, N. 7, in *Famiglia, Persone e Successioni*, UTET Giuridica, 7, 2007.
- LIGHTFOOT-KLEIN H. (1989): "Rites of purification and their effects: Some psychological aspect of female genital circumcision and infibulation (Pharaonic Circumcision) in Afro-Arab Islamic society (Sudan)", *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2(2): 79-91.
- LIGHTFOOT-KLEIN H. (1989): "The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan", *The Journal of Sex Research*, 26 (3): pp. 375- 392
- LO BAIDO R., LA GRUTTA S., PROFETA E., SCHIERA G. (2007): "Mutilazioni Genitali Femminili (MGF): echi nella mente di cicatrici sul corpo. Studio clinico e psicopatologico su un gruppo di donne immigrate in Sicilia", *Rivista di psichiatria*, 42, 3.
- MAZZETTI M. (2000): *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, FrancoAngeli, Milano.
- MORRONE A. (2002): "La speranza ferita: la mutilazione genitale femminile", Relazione Presentata al XL Congresso Nazionale A.D.O.I. , 22-28 Settembre, Alghero.
- MORRONE A., VULPIANI P. (2005): *Corpi e simboli. Immigrazione, sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa*, Armando, Roma.
- PAGANELLI M., VENTURA F. (2004): "Una nuova fattispecie delittuosa: le mutilazioni genitali Femminili", *Rassegna Italiana di Criminologia*, vol. XV, Giuffrè, Milano.
- PASQUINELLI C. (2000): *Antropologia delle mutilazioni genitali*, AIDOS, Associazione italiana donne e sviluppo
- RENTELN A. (1990): *International Human Rights: Universalism Versus Relativism*, Newbury Park, CA: Sage Publications, London.
- Risoluzione del Parlamento Europeo UE sulle MGF in Egitto B4-0655,0672,0689/1997
- Risoluzione del parlamento UE sulle MGF 2001/2035
- SALAD HASSAN S. (1996): *La donna mutilata*, La Loggia de' Lanzi, Firenze.
- SANDERSON L. (1981): *Against the Mutilation of Women: the Struggle to End Unnecessary Suffering*, Ithaca Press, London.
- STANLEY YODER P., KHANE S. (2008): "Numbers of women circumcised in Africa: The Production of a Total", *DHS Working Papers*, March, n° 39.
- TABA A. H. (1979): "Female Circumcision", *World Health*, pp. 8-13
- TABA A.H. (1980): "Female Circumcision." *Tropical Doctor* 10, n. 1, pp. 21-23.
- TOLA V., SCASSELLATI G., MANCUSO S. (2001): *Mutilazioni genitali femminili. Dimensioni culturali e problematiche socio-assistenziali*, Poletto Editore, Milano.
- TSENG W.S. (2003): *Manuale di psichiatria culturale*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- TRIMINGHAM J. SPENCER (1949): *Islam in the Sudan*, Oxford University Press, London, pp. 127-128.
- TURILLAZZI E., NERI M. (2006): "Luci ed ombre nella legge in tema di mutilazioni genitali femminili: una visione d'insieme medico-legale", *Rivista Italiana di Medicina Legale*, XXVIII, 2, pp. 287-304.

- WHO (1997): "Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement". *World Health Organisation*, Geneve.
- WHO (1999): "Female Genital Mutilation - Programmes to date: What works and what doesn't - A review", *World Health Organisation*, Geneve.
- WHO (2001): "A systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth", *World Health Organisation*, Geneve.
- WHO (2008): "Eliminating Female Genital Mutilation, An interagency statement *OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*", *WHO Press*, Geneve.
- ZOJA R. (2006): "Lesioni personali, mutilazioni genitali femminili: note medico-legali sulla nuova norma penale", *Archivio di Medicina Legale*, 28, 1, pp. 13-14.

