

UNICEF
Centro di ricerca Innocenti

Digest Innocenti

**CAMBIARE UNA CONVENZIONE
SOCIALE DANNOSA:
LA PRATICA DELLA
ESCISSIONE/MUTILAZIONE
GENITALE FEMMINILE**

Per ogni bambino
Salute, Scuola, Uguaglianza, Protezione
FACCIAMO PROGREDIRE L'UMANITÀ

unicef 

**CAMBIARE
UNA CONVENZIONE SOCIALE DANNOSA:
LA PRATICA
DELL'ESCISIONE/MUTILAZIONE
GENITALE FEMMINILE**

Le opinioni espresse nel testo sono quelle degli autori e non riflettono necessariamente le politiche o le posizioni dell'UNICEF.

Curatore: Alexia Lewnes

Foto di copertina: UNICEF/MENA/2004/1301/Ellen Gruenbaum

Traduzione dall'originale inglese: Francesco Piccardi, Firenze

Impaginazione: Bernard & Co, Siena, Italia

Stampa: Giuntina, Firenze, Italia

© 2005 United Nations Children's Fund (UNICEF)

ISBN: 88-89129-29-8

Ringraziamenti

Il Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF è stato istituito nel 1988 con sede a Firenze per potenziare le capacità del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) nell'attività di ricerca e nella promozione di una nuova etica globale a favore dell'infanzia. Il Centro (formalmente noto con il nome di Centro internazionale per lo sviluppo del bambino - ICDC) contribuisce all'individuazione e all'approfondimento analitico delle aree di lavoro attuale e futuro dell'UNICEF. I suoi obiettivi primari sono migliorare la comprensione internazionale dei problemi relativi ai diritti dei bambini e incoraggiare l'efficace applicazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia, tanto nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. Gli *Innocenti Digest* sono compendi pubblicati dal Centro con l'intento di fornire strumenti d'informazione affidabile e accessibile su specifici problemi dei diritti dei minori.

Questo numero di *Innocenti Digest* è principalmente frutto del lavoro di ricerca di Michael Miller e di Francesca Moneti, con la contribuzione alla ricerca di Camilla Landini. È stato redatto sotto la guida del Direttore del Centro, Marta Santos Pais. Claire Akehurst si è occupata dell'assistenza amministrativa.

Un particolare ringraziamento a Samira Ahmed, Farida Ali, Daniela Colombo, Maria Gabriella De Vita, Malik Diagne, Neil Ford, Gerry Mackie, Molly Melching, Rada Noeva, Cristiana Scoppa, Mamadou Wane e Stan Yoder per il loro esperto contributo, sostegno e consigli nel corso di tutto il progetto.

Questa pubblicazione si è anche avvalsa del contributo dei partecipanti alla consultazione sulla E/MGF tenutasi presso il Centro di ricerca Innocenti dell'UNICEF nell'ottobre del 2004. Tra questi, Zewdie Abegaz, Heli Bathija, Nafissatou Diop, Amna Hassan, Khady Koita, Edilberto Loaiza, Diye Ndiaye, Eiman Sharief e Nadra Zaki. La ricerca è stata anche arricchita dal contributo dato dall'incontro tecnico sulla E/MGF organizzato dalla Sezione per la protezione dell'infanzia dell'UNICEF di New York e ospitato dal Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF a Firenze nell'ottobre del 2004.

Il Centro è inoltre grato ai Comitati nazionali per l'UNICEF olandese, spagnolo e svizzero per le informazioni da essi fornite, nonché agli uffici nazionali e regionali dell'UNICEF dell'Africa orientale e meridionale, del Medio Oriente e Africa settentrionale, e dell'Africa occidentale e centrale per il loro contributo e sostegno.

Il Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF ringrazia il Governo italiano per il sostegno finanziario fornitogli, anche appositamente destinato a questo progetto, nonché il Governo giapponese per il suo contributo finanziario.

I numeri precedenti degli *Innocenti Digest* si sono occupati di:

- _ Il difensore civico per l'infanzia (*Ombudwork for Children*)
- _ Infanzia e violenza (*Children and Violence*)
- _ Giustizia minorile (*Juvenile Justice*)
- _ Adozione internazionale (*Intercountry Adoption*)
- _ Minori che lavorano in ambito familiare (*Child Domestic Work*)
- _ Violenza domestica contro le donne e le bambine (*Domestic Violence against Women and Girls*)
- _ Matrimonio precoce: le spose bambine (*Early Marriage: Child Spouses*)
- _ Istituzioni indipendenti che tutelano i diritti dei bambini (*Independent Institutions Protecting Children's Rights*)
- _ La registrazione delle nascite: sin dall'inizio (*Birth Registration: Right from the Start*)
- _ L'infanzia urbana tra povertà ed esclusione sociale (*Poverty and Exclusion among Urban Children*)
- _ Garantire i diritti dei bambini indigeni (*Ensuring the Rights of Indigenous Children*)

Per ulteriori informazioni e per prelevare in formato elettronico queste ed altre pubblicazioni, si prega di visitare il sito web: www.unicef-irc.org oppure, per ordinare le pubblicazioni: florenceorders@unicef.org

Le pubblicazioni del Centro contribuiscono al dibattito globale sui diritti dei minori ed accolgono una vasta gamma di opinioni. Per tale ragione, il Centro può produrre pubblicazioni che non riflettono necessariamente le politiche o la posizione dell'UNICEF su determinati argomenti. Le opinioni espresse in questa pubblicazione sono quelle degli autori e vengono pubblicate dall'UNICEF come stimolo al dibattito sui diritti dei bambini. Per qualsiasi incongruenza del testo, si prega di fare riferimento alla versione originale inglese.

Parti estratte da questa pubblicazione possono essere liberamente riprodotte, fatta salva la dovuta citazione della fonte e dell'UNICEF. Saremo lieti di ricevere qualsiasi commento sul contenuto e sulla presentazione del Digest, inclusi suggerimenti su come migliorarlo nella sua funzione di strumento informativo.

Si prega di indirizzare tutta la corrispondenza a:

UNICEF Centro di Ricerca Innocenti
Piazza SS. Annunziata, 12
50122 Firenze, Italia
Tel: (+39) 055 20 330
Fax: (+39) 055 2033 220
E-mail (informazioni generali): florence@unicef.org
Email (ordinazione di pubblicazioni): florenceorders@unicef.org
Sito web: www.unicef.org/irc – www.unicef-irc.org



Mona Omar, operatore sociale durante una sessione dedicata alla presa di coscienza delle conseguenze della E/MGF, mentre tiene in mano un manifesto che dice "dal punto di vista medico la E/MGF è la pratica più dannosa". Distretto Nazlet Ebeed in Menya, Alto Egitto alla Associazione Better Life UNICEF/Egypt/2005/838/Pirozzi

INDICE

Prefazione	7
1. Introduzione	9
Cos'è la E/MGF	9
2. Diffusione, valutazione e misurazione del fenomeno	11
Dove si pratica la E/MGF	11
Dati disaggregati	13
<i>Le circostanze della E/MGF</i>	14
L'evoluzione della E/MGF nel tempo	15
Standardizzare gli indicatori per l'analisi situazionale e per il monitoraggio dei progressi	16
3. Le dinamiche sociali della E/MGF	19
Meccanismi di rafforzamento della convenzione sociale	19
Cambiare la convenzione sociale: verso l'abbandono della E/MGF	20
Abbandonare la E/MGF: sei elementi fondamentali per il cambiamento	21
4. La E/MGF e i diritti umani	23
La E/MGF e i diritti dei bambini	23
<i>L'interesse superiore del bambino e il diritto del bambino al rispetto delle sue opinioni</i>	23
<i>Il diritto alla vita e quello al miglior stato di salute possibile</i>	24
<i>Libertà da violenza, oltraggi o brutalità fisiche o mentali</i>	25
Gli obblighi degli Stati	26
5. Iniziative nelle comunità	31
Cambiare la convenzione sociale: dalla teoria alla pratica	31
Agevolare il dialogo e la discussione senza giudicare	34
Riti di passaggio alternativi	34
Opportunità occupazionali alternative per i rescissori	34
Gli interventi presso la comunità di immigrati nei paesi industrializzati	35
6. La creazione di un ambiente favorevole al cambiamento	37
La legislazione nazionale	37
Standard regionali	38
Sensibilizzare e promuovere il dialogo	39
Integrare l'abbandono della E/MGF nei programmi dei governi	40
Il coordinamento degli interventi	40
7. Conclusione	43
Contatti	45

BOX

Box 1 - Classificazione dei tipi di E/MGF	10
Box 2 - Le indagini DHS e le indagini MICS	13
Box 3 - La E/MGF e la fasciatura dei piedi: un modo per sposarsi e per migliorare la posizione sociale ...	20
Box 4 - Dichiarazioni di capi religiosi della chiesa islamica e copta	21
Box 5 - La storia di una madre: le difficoltà incontrate da coloro che iniziano il processo di cambiamento ..	21
Box 6 - L'emergenza della E/MGF come problema dei diritti umani	24
Box 7 - La tendenza alla medicalizzazione e agli interventi "simbolici"	26
Box 8 - Alcune recenti osservazioni conclusive del Comitato sui diritti dell'infanzia in relazione alla E/MGF ..	27
Box 9 - L'inizio della diffusione organizzata in Senegal	32
Box 10 - La comunicazione per il cambiamento sociale	33
Box 11 - Nantoondiral: l'uso di film come stimolo al dibattito	35
Box 12 - Risposte giuridiche alla E/MGF in Europa occidentale	38
Box 13 - Campagne stampa della TAMWA in Tanzania	39
Box 14 - Il crescente impegno delle Nazioni Unite contro la E/MGF e le altre pratiche tradizionali dannose ...	41

MAPPE

Mappa 1 Paesi nei quali la E/MGF è praticata	12
Mappa 2 Repubblica Centrafricana, 2000	13

TABELLE

Tabella 1 - Prevalenza della E/MGF tra le donne di età tra 15 e 49 anni	12
Tabella 2 - Prevalenza (in percentuale) della E/MGF tra le figlie, secondo il grado di istruzione delle madri ...	14
Tabella 3 - Prevalenza della E/MGF nei paesi in cui sono state realizzate due indagini DHS	15

PREFAZIONE

Ogni anno, tre milioni di bambine e di donne sono sottoposte ad escissione o mutilazione genitale, una pratica pericolosa e potenzialmente fatale che provoca dolore e sofferenze indicibili. Questa pratica viola i diritti umani fondamentali delle bambine e delle donne, privandole dell'integrità mentale e fisica, del diritto alla libertà dalla violenza e dalla discriminazione e, in casi estremi, anche della vita stessa.

La escissione / mutilazione genitale femminile (E/MGF) è un problema di dimensione mondiale. È praticata non solo nelle comunità dell'Africa e del Medio Oriente, ma anche nelle comunità di immigrati nel mondo. Inoltre, recenti dati rivelano che la pratica è molto più diffusa di quanto ritenuto fino ad oggi. Continua ad essere una delle violazioni dei diritti umani più persistenti, diffuse e subite in silenzio.

Questo *Innocenti Digest* prende in esame le dinamiche sociali della E/MGF. Nelle comunità in cui è praticata, la E/MGF rappresenta una parte importante dell'identità culturale di genere delle bambine e delle donne. La pratica conferisce un senso di orgoglio, di raggiungimento dell'età adulta, e di appartenenza alla comunità. Inoltre, le bambine e le famiglie che non si conformano all'usanza subiscono la stigmatizzazione e l'isolamento perdendo il proprio status sociale. Questa convenzione sociale è profondamente radicata, tanto che i genitori sono disposti a far subire la pratica alle loro figlie perché desiderano dare loro il meglio e a causa della forte pressione sociale all'interno della loro comunità. Le aspettative sociali che circondano la E/MGF costituiscono un enorme ostacolo per quelle famiglie che altrimenti potrebbero voler abbandonare la pratica.

Prendendo questa situazione come punto di par-

tenza, il *Digest* presenta alcune delle strategie più promettenti per aiutare le comunità ad abbandonare la E/MGF. Queste iniziative si fondano sulla consapevolezza che la decisione di abbandonare la pratica deve provenire dalle comunità stesse, e deve essere il risultato di una scelta collettiva, affermata pubblicamente e solidamente fondata sui diritti umani. Una migliore comprensione dei diritti umani fornisce alle comunità gli strumenti per avviare in prima persona la propria trasformazione sociale. La dimensione esplicitamente collettiva restituisce alle singole famiglie la libertà di decidere senza trovarsi davanti alla difficile scelta di andare contro la tradizione consolidata.

Questo *Innocenti Digest* intende essere un contributo al crescente movimento per abolire la pratica della E/MGF in tutto il mondo. Sin dal 1952, la Commissione delle Nazioni Unite sui diritti umani ha adottato una risoluzione sull'argomento. Nel 1979, la Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne è stata un passo importante per il riconoscimento delle implicazioni della E/MGF sul piano dei diritti umani. Nel 1989, con la Convenzione sui diritti dell'infanzia, la E/MGF è stata identificata come pratica tradizionale dannosa che compromette il diritto del bambino di godere del miglior stato di salute possibile, nonché come una forma di violenza. La questione è stata oggetto di un'attenzione costante da parte del Comitato sui diritti dell'infanzia e di altri organi facenti parte dei trattati e dei meccanismi dei diritti umani.

L'impegno internazionale nella lotta alla E/MGF continua a crescere. Gli Obiettivi di sviluppo del millennio hanno fissato traguardi misurabili e indicatori di sviluppo ai quali l'abolizione della E/MGF è direttamente riconducibile: promuovere la parità di genere

ed emancipare le donne, ridurre la mortalità infantile e migliorare la salute delle madri. *A World Fit for Children* [Un mondo a misura di bambino], il documento prodotto nel 2002 dalla Sessione straordinaria per l'infanzia dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite, invoca esplicitamente l'abolizione delle "pratiche tradizionali o consuetudinarie dannose, quali il matrimonio precoce e forzato e la mutilazione genitale femminile". Alcuni paesi potrebbero raggiungere questo obiettivo se saranno messe a loro disposizione le risorse adeguate, mentre altri sono in grado di compiere notevoli progressi in quella direzione. Gli attuali Studi delle Nazioni Unite sulla violenza contro i bambini e sulla violenza contro le donne offrono nuove ed importanti opportunità per richiamare l'at-

tenzione sul problema e stimolare azioni concrete volte a trasformare questo obiettivo in una realtà.

Mai in passato la comunità mondiale ha raggiunto un tale livello di comprensione dei motivi per i quali la E/MGF continua ad esistere, e non ci sono mai stati tanti segnali di incoraggiamento da innovativi programmi di intervento. Ci sono valide ragioni per ritenere con ottimismo che applicando queste conoscenze, la E/MGF possa diventare inaccettabile da qualunque punto di vista e in tutte le sue forme, e che la pratica possa essere eliminata nell'arco di una sola generazione.

Marta Santos Pais
Direttrice, UNICEF Centro di Ricerca Innocenti

1

INTRODUZIONE

Si stima che siano circa 130 milioni le bambine¹ e le donne oggi viventi i cui diritti umani siano stati violati a causa della escissione / mutilazione genitale femminile (E/MGF). Questa pratica dannosa colpisce non solo le bambine e le donne in Africa e in Medio Oriente, dove è una tradizione radicata, ma anche quelle delle comunità di immigrati nei paesi industrializzati. Anche se negli ultimi decenni una coordinata opera di mobilitazione ha creato un diffuso impegno per l'eliminazione della E/MGF, i successi sono stati limitati, con alcune significative eccezioni.

Questo *Innocenti Digest* risponde ad una pressante esigenza di fare un bilancio dei progressi realizzati fino ad oggi, individuare i problemi ancora da risolvere e mettere in luce le soluzioni più efficaci per porre fine alla E/MGF. Affrontando il problema dal punto di vista dei diritti umani, il *Digest* integra esperienze concrete sul terreno con teorie sviluppate nel mondo accademico, allo scopo di consentire alla comunità globale una migliore comprensione dei motivi della persistenza della E/MGF. Questa usanza è una convenzione sociale con radici profonde: praticarla conferisce status sociale e rispetto alle bambine e alle loro famiglie. Non effettuare la E/MGF, invece, è motivo di vergogna ed esclusione. Capire come e perché la E/MGF continui ad esistere è essenziale per impostare delle strategie che abbiano maggiori probabilità di condurre all'abbandono della pratica.

Questo *Innocenti Digest* intende servire da strumento pratico per stimolare un cambiamento positivo per le bambine e le donne:

- analizza i dati più recenti per illustrare la distribuzione geografica della E/MGF e ne descrive le tendenze fondamentali;
- individua i modi principali in cui la E/MGF viola i

diritti umani di una bambina o una donna, non tralasciando le gravi implicazioni fisiche, psicologiche e sociali che la pratica porta con sé;

- prende in esame i fattori che contribuiscono alla persistenza dell'usanza; e
- fornisce indicazioni di massima per interventi efficaci e complementari sia presso le comunità sia a livello nazionale ed internazionale, volti a sostenere l'abbandono dell'E/MGF.

Dalle analisi compiute risultano valide ragioni per essere ottimisti e per ritenere che molte delle comunità che la praticano, se adeguatamente sostenute, potranno abbandonare la E/MGF nell'arco di una sola generazione.

Cos'è la E/MGF?

La escissione / mutilazione genitale femminile comprende "una serie di pratiche che prevedono la totale o parziale rimozione oppure la modificazione dei genitali esterni per ragioni di ordine non medico"². La procedura può essere effettuata con strumenti non sterilizzati, di fortuna o rudimentali.

La terminologia relativa a questa pratica ha subito una serie di importanti evoluzioni. Quando per la prima volta si venne a conoscenza della E/MGF al di fuori delle società in cui era usanza tradizionale, la pratica veniva in genere chiamata "circoncisione femminile". Questo termine, tuttavia, stabilisce un parallelo diretto con la circoncisione maschile, creando confusione tra due pratiche che in realtà sono molto diverse tra di loro. Nel caso delle bambine e delle donne, il fenomeno 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.³ Ciò non avviene invece nel caso della circoncisione maschile, che può aiutare a prevenire la diffusione dell'HIV/AIDS.⁴

L'espressione "mutilazione genitale femminile" (MGF) si è gradualmente affermata alla fine degli anni settanta. 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 delle donne e dei bambini (IAC), tenutosi a Addis Abeba.⁵ Nel 1991, l'OMS ha raccomandato alle Nazioni Unite di adottare questa terminologia, che di conseguenza è stata ampiamente impiegata nei documenti dell'ONU.

L'impiego del termine "mutilazione" rafforza l'idea che questa pratica sia una violazione dei diritti umani delle bambine e delle donne, e quindi aiuta a pro-

muovere 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 il termine "escissione", che possiede una minore connotazione valutativa: comprensibilmente, i genitori rifiutano l'idea di stare "mutilando" le proprie figlie. Tenendo conto di ciò, nel 1999 il Relatore speciale delle Nazioni Unite sulle pratiche tradizionali ha raccomandato tatto e pazienza per le attività in questo campo, richiamando l'attenzione sul rischio di "demonizzare" alcune culture, religioni e comunità.⁶ Di conseguenza, il termine "escissione" è stato sempre più utilizzato per evitare di porsi in contrapposizione alle comunità.

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 praticano, nel testo di questo *Digest* si impiega l'espressione "escissione / mutilazione genitale femminile" (E/MGF).

Box 1 - Classificazione dei tipi di E/MGF

La specifica forma assunta dalla E/MGF può variare notevolmente da una comunità all'altra. L'OMS ha attualmente in corso una revisione della sua classificazione del 1997⁷ dei tipi di E/MGF in collaborazione con l'UNICEF, il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) e il Fondo di sviluppo delle Nazioni Unite per le donne (UNIFEM). La nuova versione identifica cinque diversi tipi di E/MGF:⁸

Qualunque tipo di classificazione presenta notevoli difficoltà. Le bambine e le donne non sono sempre sicure del tipo di operazione che hanno subito. Nei casi in cui l'intervento sia avvenuto in età molto precoce, le bambine possono non ricordarsi di avere subito una E/MGF nei primi anni di vita. Inoltre, ci possono essere significative variazioni nell'estensione dell'escissione, poiché l'intervento è frequentemente effettuato senza anestesia in condizioni di insufficiente illuminazione e su bambine che spesso lottano per opporre resistenza.

Note

- 1 Il termine bambini/bambine nel testo viene utilizzato nell'accezione indicata dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia all'articolo 1. "Ai sensi della presente Convenzione si intende per bambino ogni essere umano avente un'età inferiore a 18 anni, salvo se abbia raggiunto la maturità in virtù della legislazione applicabile".
- 2 Shell-Duncan, Bettina e Ylva Hernlund, a cura di, (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londra. Anche l'OMS offre una definizione della E/MGF, che però è attualmente in corso di revisione. Vedere WHO/UNFPA/UNICEF (1997), *Female genital mutilation. A Joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra.
- 3 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim e Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, Rapporti comparativi DHS, numero 7, settembre 2004, ORC Macro.
- 4 Reynolds SJ, Sheperd ME, Risbud AR, Gangakhedkar RR, Brookmeyer RS, Divekar AD, Mehendale SM, Bollinger RC (2004) "Male circumcision and risk of HIV-1 and other sexually transmitted infections in India", *The Lancet*, 27 marzo, 2004; 363(9414): 1039-40.
- 5 Shell-Duncan, Bettina e Ylva Hernlund, a cura di, (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londra.
- 6 "Third report on the situation regarding the elimination of traditional practices affecting the health of women and the

- girl child, produced by Mrs. Halima Embarek Warzazi pursuant to Sub-Commission resolution 1998/16"; Commissione sui diritti umani, Sotto-commissione sulla prevenzione della discriminazione e sulla protezione delle minoranze, E/CN.4/Sub.2/1999/14, 9 luglio 1999.
- 7 WHO/UNFPA/UNICEF (1997), *Female genital mutilation. A Joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- 8 Nell'attuale versione, ancora allo stadio di bozza, il Tipo I si riferisce all'escissione del prepuzio con parziale o totale rimozione della clitoride (clitoridectomia); il Tipo II si riferisce alla parziale o totale escissione delle piccole labbra, inclusa la loro cucitura o chiusura, con o senza rimozione di una parte o di tutta la clitoride; il Tipo III indica l'escissione di parte o della maggioranza dei genitali esterni e la cucitura, restringimento o chiusura delle grandi labbra, spesso chiamata "infibulazione"; il Tipo IV fa specifico riferimento ad una serie di pratiche di vario tipo o non classificate, tra le quali lo stiramento del clitoride e/o delle labbra, la cauterizzazione tramite bruciatura della clitoride e dei tessuti circostanti, il raschiamento (tagli *angurya*) dell'orifizio vaginale o il taglio (tagli *gishiri*) della vagina, con introduzione di sostanze corrosive oppure di erbe nella vagina al fine di provocare il sanguinamento, il restringimento o la riduzione delle dimensioni; il Tipo V si riferisce a pratiche simboliche che comportano l'incisione o la foratura della clitoride per fare uscire alcune gocce di sangue.

2

DIFFUSIONE, VALUTAZIONE E MISURAZIONE DEL FENOMENO

Secondo una stima dell'OMS, tra 100 e 140 milioni di donne e bambine in tutto il mondo hanno subito una qualche forma di E/MGF.¹ Anche se è difficile effettuare una stima delle cifre globali, è evidente l'enorme dimensione di questa violazione dei diritti umani. La E/MGF colpisce molte più donne di quanto si pensasse in passato. Da analisi recenti risulta che ogni anno circa tre milioni di bambine sono sottoposte all'operazione nel continente africano (Africa subsahariana, Egitto e Sudan).² Circa la metà di queste bambine si trova in due paesi: Egitto ed Etiopia. Notevolmente superiore alla precedente stima di due milioni, questa cifra non corrisponde ad un aumento dell'incidenza ma costituisce invece un calcolo più accurato, reso possibile dalla maggiore disponibilità di dati. Uno sforzo efficace contro questa pratica richiede un quadro più dettagliato della situazione.

Dove si pratica la E/MGF?

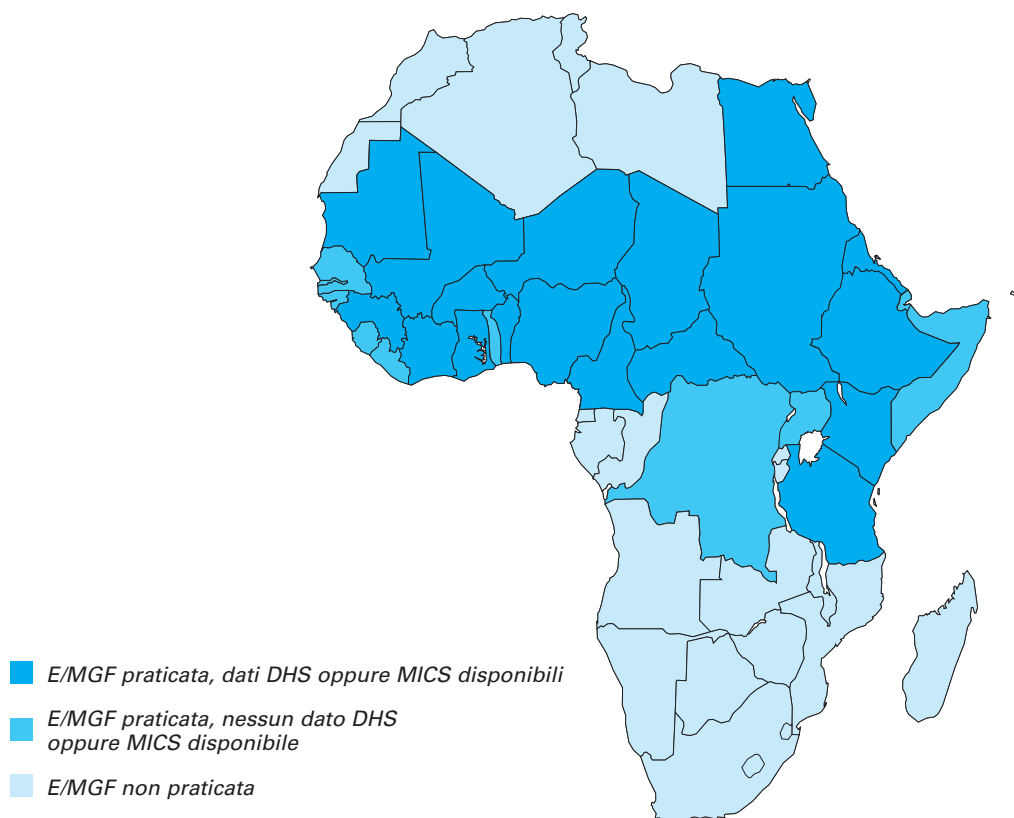
La maggioranza delle bambine e delle donne che corrono il rischio di essere sottoposte alla E/MGF vive in 28 paesi dell'Africa e del Medio Oriente (vedere Mappa 1). In Africa, questi paesi formano un'ampia fascia dal Senegal ad ovest fino alla Somalia ad est. Anche alcune comunità sulla costa yemenita del Mar Rosso sono risapute praticare la E/MGF, e ci sono informazioni, ma non chiare evidenze, di una limitata incidenza in Giordania, Oman, Territori palestinesi occupati (Gaza) e in alcune comunità curde dell'Iraq. La presenza della pratica è stata riferita anche presso alcune popolazioni dell'India, dell'Indonesia e della Malesia.³

I dati più affidabili ed esaurienti sulla prevalenza e la natura della E/MGF sono forniti dalle Indagini DHS (Demographics and Health Surveys) e dalle Indagini

MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) (vedere Box 2). La prevalenza è definita come la percentuale di donne di età tra 15 e 49 anni che hanno subito una qualche forma di E/MGF. La raccolta di dati sulla prevalenza della E/MGF tra le bambine al di sotto dei 15 anni di età pone una serie di difficoltà metodologiche, non ultima quella di verificare se e come l'operazione sia stata effettuata.

Attualmente i dati DHS e MICS sulla prevalenza della E/MGF sono disponibili per 18 paesi (vedere Mappa 1). I dati più attuali da queste fonti, sintetizzati nella Tabella 1, indicano che la prevalenza della E/MGF varia significativamente da un paese all'altro: da un minimo del 5 per cento in Niger ad un massimo del 99 per cento in Guinea.⁴ I paesi nei quali la E/MGF è praticata, ma per i quali non esistono ancora dati DHS o MICS sono il Camerun⁵, la Repubblica democratica del Congo, Gibuti, il Gambia, la Guinea Bissau, la Liberia, il Senegal, la Sierra Leone, la Somalia, il Togo e l'Uganda. Anche in questi paesi la gamma dei tassi di prevalenza è molto ampia: si ritiene che nella Repubblica democratica del Congo la prevalenza sia inferiore al 5 per cento, mentre si stima che sia a Gibuti sia in Somalia il tasso di prevalenza sia intorno o superiore al 90 per cento.

Quando si aggregano i paesi per regioni, emergono delle costanti nella prevalenza della E/MGF. Per esempio, nei paesi dell'Africa del nord est (Egitto, Eritrea, Etiopia e Sudan), la prevalenza varia dall'80 al 97 per cento, mentre nell'Africa orientale (Kenya e Tanzania) è notevolmente inferiore e varia dal 18 al 23 per cento⁶. Tuttavia è necessaria cautela nell'interpretare queste cifre, poiché rappresentano delle medie nazionali e non riflettono le variazioni spesso significative esistenti tra le varie zone di uno stesso paese. Per esempio, in Nigeria, il tasso di prevalenza



- E/MGF praticata, dati DHS oppure MICS disponibili
- E/MGF praticata, nessun dato DHS oppure MICS disponibile
- E/MGF non praticata

Tabella 1 - Prevalenza della E/MGF tra le donne di età tra 15 e 49 anni⁷

Paese	Tipo e data dell'indagine	Tasso di prevalenza nazionale della E/MGF (%)
Benin	DHS 2001	17
Burkina Faso	DHS 2003	77
Ciad (provvisorio)	DHS 2004	45
Costa d'Avorio	DHS 1998-9	45
Egitto*	DHS 2003	97
Eritrea	DHS 2002	89
Etiopia	DHS 2000	80
Ghana	DHS 2003	5
Guinea	DHS 1999	99
Kenya	DHS 2003	32
Mali	DHS 2001	92
Mauritania	DHS 2000-1	71
Niger	DHS 1998	5
Nigeria	DHS 2003	19
Repubblica Centrafricana	MICS 2000	36
Sudan* +	MICS 2000	90
Tanzania	DHS 1996	18
Yemen*	DHS 1997	23

* Il campione è composto di donne che sono state sposate.
 + Le indagini sono state condotte nel Sudan settentrionale.

nazionale è pari al 19 per cento, ma nelle regioni del sud del paese la prevalenza raggiunge quasi il 60 per cento, mentre nel nord è tra lo zero ed il 2 per cento.

La pratica della E/MGF non è più limitata ai paesi dove rappresenta un'usanza tradizionale consolidata. L'emigrazione dall'Africa verso i paesi industrializzati è stata una costante caratteristica del periodo successivo alla Seconda guerra mondiale, e molti dei migranti provengono da paesi che praticano la E/MGF. A parte i fattori economici, i flussi migratori hanno spesso rispecchiato le relazioni tra paesi stabilitesi nel passato coloniale. Per esempio, i cittadini del Benin, Ciad, Guinea, Mali, Niger e Senegal hanno spesso scelto la Francia come paese di destinazione, mentre molti cittadini del Kenya, Nigeria e Uganda sono invece emigrati verso il Regno Unito.

Negli anni settanta, le guerre, i disordini civili e la siccità in vari paesi africani, tra cui Eritrea, Etiopia e Somalia, hanno prodotto un flusso di profughi verso l'Europa occidentale, dove alcuni paesi come la Norvegia e la Svezia erano rimasti relativamente indenni dall'immigrazione fino allora. Al di là dell'Europa occidentale, anche il Canada e gli Stati Uniti in America settentrionale, e l'Australia e la Nuova Zelanda in Oceania, ospitano donne e bambine che hanno subito la E/MGF, ed altre che corrono il rischio di subirla.

I dati sulla prevalenza e le caratteristiche della E/MGF nei paesi industrializzati sono rari e per fare luce sulla portata del fenomeno si utilizzano talvolta delle estrapolazioni. Combinando i dati dell'ufficio di immigrazione con quelli sulla prevalenza nei paesi d'origine, il Comitato nazionale svizzero per l'UNICEF

Box 2 - Le Indagini DHS e le Indagini MICS

La principale fonte di dati e di analisi sui dati sulla E/MGF è costituita dalla MEASURE DHS+, che assiste i paesi in via di sviluppo di tutto il mondo nella raccolta e 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.⁸ Ulteriori moduli opzionali si riferiscono alla posizione sociale delle donne, alla violenza domestica, all'HIV/AIDS e alla E/MGF.

Un modulo sulla E/MGF è stato incluso per la prima volta in una indagine nel Sudan settentrionale nel 1989-90, ed entro la fine del 2003 17 paesi in tutto (16 in Africa più lo Yemen) avevano incorporato nelle loro indagini domande sulla E/MGF.⁹ 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 con il 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 la E/MGF e, se è 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 (in genere ciò si riferisce alla proporzione di donne di età tra 15 e 49 anni con almeno una figlia circoncesa, anche se vari studi registrano solamente la situazione della figlia maggiore). Infine, una serie di domande mira a registrare il punto di vista dell'intervistata nei confronti della pratica. Considerando che la popolazione oggetto dell'indagine sono le donne tra 15 e 49 anni di età,¹⁰ nelle comunità in cui l'intervento viene effettuato ad un'età molto precoce il quadro registrato dai dati delle DHS non riflette necessariamente la prevalenza attuale. I dati relativi ad una bambina che è stata escissa all'età di cinque anni, per esempio, sarebbero registrati solo dieci anni più tardi.

I dati DHS sono integrati dalle Indagini MICS dell'UNICEF. Queste hanno una struttura simile alle indagini DHS e sono concepite per fornire un sistema di indagine sulle famiglie economico, rapido e affidabile nelle situazioni in cui mancano altre fonti affidabili di dati. La prima tornata di MICS è stata effettuata nell'ambito del rilevamento dei progressi realizzati verso gli obiettivi del Vertice mondiale sull'infanzia del 1990, e la seconda (MICS2) è stata effettuata come indagine di fine decennio su 66 paesi. Quest'ultima è stata usata nella preparazione della Sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite tenutasi a New York nel 2002. Indagini MICS, contenenti un modulo sulla E/MGF, sono state realizzate nella Repubblica Centrafricana, nel Ciad e nel Sudan nel 2000; ed una nuova tornata, MICS3, è programmata per il 2005.

ha stimato che in Svizzera circa 6.700 bambine e donne abbiano subito la E/MGF oppure corrano il rischio di subirla. Più di un terzo di queste sono di origine somala. La cifra non comprende le donne e le bambine di cittadinanza svizzera.

gazione dei dati nazionali per gruppo di età, per residenza urbana o rurale, e per regione o provincia. Molte indagini mostrano anche le differenze di prevalenza per gruppo etnico o per religione di appartenenza. La possibilità di analizzare dati disaggregati sulla prevalenza ha un'importanza fondamentale, poiché le medie nazionali possono celare significative variazioni all'interno di un paese. Questo avviene in misura minore nei paesi in cui l'incidenza della E/MGF è molto alta, come in Egitto, Guinea e Sudan,

Dati disaggregati¹¹

Le indagini DHS e MICS consentono la disaggre-

Mappa 2 - Repubblica Centrafricana, 2000



che hanno tassi di prevalenza del 90 per cento o più. Invece, nei paesi in cui una significativa proporzione della popolazione non applica la pratica, la disaggregazione può notevolmente migliorare la comprensione del fenomeno e informare gli interventi dei programmi per promuovere l'abbandono della E/MGF.

Il valore della disaggregazione per regione o provincia è illustrato efficacemente dal caso della Repubblica Centrafricana (Mappa 2), per la quale i dati del MICS2 indicano che a livello nazionale il 36 per cento delle donne tra i 15 e i 49 anni di età ha subito la E/MGF. Ma esaminando la situazione da una prospettiva subnazionale, emergono significative variazioni geografiche. In cinque prefetture nella parte occidentale e in due nella parte orientale del paese, la prevalenza della E/MGF è tra lo zero e il 19,9 per cento, mentre in tre prefetture del nord la prevalenza è tra l'85 e il 100 per cento.¹²

Questa variazione è ampiamente spiegata dalla presenza di differenti comunità etniche con mentalità e pratiche differenti riguardo alla E/MGF. Nella Repubblica Centrafricana, la prevalenza nazionale varia dal 5 per cento presso i Mboum e gli Zande-N'zakara al 75 per cento presso i Banda, uno dei principali gruppi etnici del paese. Presso i Gbaya, il maggiore gruppo etnico, il tasso di prevalenza è del 24 per cento. Gli analisti della DHS segnalano che i dati variano molto più in base all'etnia di appartenenza che secondo ogni altra variabile sociale o demografica. In altre parole, l'identità etnica e la pratica della E/MGF sono strettamente collegate. Alcuni gruppi praticano raramente o mai la E/MGF, mentre in altri praticamente tutte le donne sono escluse.

I dati sulle etnie di appartenenza sono disponibili solamente per un numero limitato di paesi e, quando vengono analizzati, devono essere presi in considerazione almeno tre importanti aspetti. In primo luogo, i raggruppamenti etnici raramente corrispondono a divisioni amministrative nazionali chiaramente definite, e i gruppi che praticano la E/MGF possono risiedere in varie province o distretti. In secondo luogo, anche in un'indagine relativamente dettagliata, i gruppi etnici elencati possono di fatto costituire una unica categoria etnica composta da molti sottogruppi con pratiche diverse. Infine, mentre la disaggregazione della prevalenza della E/MGF per etnia di appartenenza è utile per informare le iniziative dei programmi, questi dati devono essere interpretati con cautela per evitare stigmatizzazioni.

Lo sviluppo urbano è stato considerato come un possibile fattore di influenza della prevalenza, anche se il rapporto tra urbanizzazione e la prevalenza non è univoco. Tra i 18 paesi interessati dalle DHS o MICS, 12 mostrano una prevalenza più elevata della E/MGF nelle aree rurali rispetto a quelle urbane, anche se in alcuni casi la differenza è minima. In due casi, Etiopia e Guinea, i tassi urbano e rurale sono risultati identici o quasi identici, mentre in quattro casi, Burkina Faso, Nigeria, Sudan e Yemen, la prevalenza nelle aree urbane è maggiore di quella nelle aree rurali del paese, fenomeno che molto probabilmente può essere spiegato dalla difficoltà di separare nettamente le aree in base alle etnie.

L'istruzione, specialmente delle donne, può avere un ruolo importante nel salvaguardare i diritti umani delle donne stesse e delle loro figlie. In generale, le figlie di madri con un grado di istruzione più elevato hanno minori probabilità di aver subito la E/MGF rispetto alle figlie di madri con scarsa o nessuna istruzione.¹³ Questo è illustrato dalla Tabella 2. Solamente in Guinea non appare alcuna relazione tra la condizione E/MGF delle figlie e il livello d'istruzione delle madri, un dato che può ampiamente essere spiegato con la ridottissima proporzione di donne con un livello di scolarizzazione secondario o superiore in questo paese. La Tabella 2 mostra anche che pur esistendo una differenza statistica tra le donne con istruzione secondaria e quello con nessuna istruzione, la E/MGF è ancora praticata dalle donne con un livello superiore di istruzione. In altre parole, l'istruzione delle donne può contribuire a ridurre la E/MGF, ma da sola non è sufficiente a garantire l'abbandono della pratica.

Le circostanze della E/MGF

Le indagini DHS e MICS forniscono preziose informazioni in merito alle circostanze della E/MGF, come l'età alla quale una bambina o donna subisce l'intervento, il tipo di intervento praticato e chi lo ha effettuato. Queste indagini rivelano grandi variazioni nella forma e nel significato della E/MGF, variazioni che si manifestano soprattutto tra gruppi diversi piuttosto che all'interno dello stesso gruppo.

L'età alla quale una grande percentuale di bambine subisce l'intervento varia notevolmente da un paese all'altro. In Egitto, circa il 90 per cento delle bambine è scissa tra i 5 e 14 anni di età,¹⁵ mentre in Etiopia, Mali e Mauritania, il 60 per cento o più delle bambine incluse nell'indagine ha subito l'operazione prima di compiere i cinque anni.¹⁶ Nello Yemen, l'indagine demografica e sanitaria svolta nel 1997 ha rilevato che fino al 76 per cento delle bambine aveva

Tabella 2 - Prevalenza (in percentuale) della E/MGF tra le figlie, secondo il grado di istruzione delle madri¹⁴

Indagine	Nessuna istruzione	Primaria	Secondaria	Totale
Benin (2001)	11,1	2,5	0,7	8,2
Egitto (2000)	64,7	62,6	21,2	49,5
Eritrea (2002)	67,5	59,4	40,0	62,5
Etiopia (2000)	55,7	35,4	25,4	51,8
Guinea (1999)	54,7	44,0	55,1	53,9
Mali (2001)	73,1	73,9	64,8	72,8
Mauritania (2000-01)	77,4	60,6	41,1	70,9
Yemen (1997)	41,4	23,9	29,0	38,3

subito la E/MGF nelle prime due settimane di vita. Sono evidenti anche variazioni all'interno dello stesso paese, che spesso corrispondono alla distribuzione dei gruppi etnici. Uno studio per gruppi di età compiuto nel 2004 in Sudan ha rilevato che nel Sud Darfur, uno stato con popolazione prevalentemente Fur e Araba, almeno il 75 per cento delle bambine aveva subito l'E/MGF tra i 9 e 10 anni di età, mentre nel Kassala, con popolazione a predominanza Beja, il 75 per cento delle bambine era già stata escissa tra i 4 e i 5 anni d'età.¹⁷

Le informazioni sul tipo di E/MGF subito sono utili per anticipare la portata delle conseguenze fisiche della pratica. Tuttavia, l'ottenimento di questi dati presenta alcune difficoltà, quali accertare che gli intervistati nelle indagini abbiano capito il significato della domanda relativa al tipo di E/MGF che avevano subito. Nella maggior parte dei paesi per i quali l'indagine DHS o MICS comprendeva una domanda sul tipo di E/MGF, la forma risultata più comune era quella "più lieve"¹⁸. Solo nel Burkina Faso è risultato eseguito con maggiore frequenza l'intervento più radicale, comprendente l'escissione delle piccole labbra (arrivando al 56 per cento di tutte le escissioni¹⁹). L'infibulazione, il taglio seguito da cucitura o restringimento, è risultata essere praticata su grandi percentuali di donne in due paesi: nel Sudan, dove l'indagine MICS2 nel 2000 ha stimato che era stata eseguita sul 74 per cento delle donne escisse; e in Eritrea, dove l'indagine DHS del 2002 ha stimato che il 39 per cento delle donne aveva subito l'infibulazione. Questa pratica è notoriamente diffusa anche a Gibuti e in Somalia.

La grande maggioranza di bambine e donne sono operate da un praticante tradizionale, categoria che include specialisti locali (tagliatori o *exciseuses*), assistenti tradizionali al parto che in genere sono i membri più anziani della comunità, di solito donne. Questo vale per oltre l'80 per cento delle bambine che subiscono la pratica in Benin, Burkina Faso, Costa d'Avorio, Eritrea, Etiopia, Guinea, Mali, Niger, Tanzania, e Yemen. Nella maggior parte dei paesi, il personale medico, come dottori, infermiere e levatrici certificate, non è coinvolto in larga misura nella pratica. L'Egitto rappresenta una chiara eccezione: nel 2000 è stato stimato che nel 61 per cento dei casi, la E/MGF era stata eseguita da personale medico. La quota di interventi eseguiti da personale medico è risultata particolarmente elevata anche in Sudan²⁰ (36 per cento) e in Kenya (34 per cento).

L'evoluzione della E/MGF nel tempo

La E/MGF è una pratica che si evolve, con caratteristiche e distribuzione che sono cambiate nel corso del tempo. Per esempio, in Yemen, la pratica è emersa solamente nel corso del ventesimo secolo in seguito ai contatti con le comunità che la esercitano nel Corno d'Africa.

L'accertamento che si siano stati cambiamenti nella prevalenza della E/MGF può essere ricavato comparando le esperienze di donne appartenenti ai diversi gruppi di età di un determinato paese. Con

questo metodo, 9 dei 16 paesi nei quali sono stati raccolti dati con un'indagine DHS mostrano un netto calo della prevalenza nei gruppi di età più giovane (da 15 a 25 anni): Benin, Burkina Faso, Repubblica Centrafricana, Eritrea, Etiopia, Kenya, Nigeria, Tanzania e Yemen. Nei rimanenti sette paesi (Costa d'Avorio, Egitto, Guinea, Mali, Mauritania, Niger e Sudan²¹) la prevalenza è più o meno simile per tutti i gruppi d'età, indicando che i tassi di E/MGF in questi casi sono rimasti relativamente stabili negli ultimi decenni. Nessuno dei quattro paesi con il più alto tasso di prevalenza (Egitto, Guinea, Mali e Sudan²²) ha mostrato indicazioni di una modifica della prevalenza nel tempo.

Cambiamenti della prevalenza possono essere riscontrati anche in alcuni paesi nei quali sono state realizzate due indagini, rendendo così possibile una comparazione dei risultati ottenuti in momenti di tempo diversi. La Tabella 3 indica che dei sette paesi in cui questo tipo di raffronto è attualmente possibile, in Eritrea, Kenya e Nigeria si è verificata una chiara diminuzione della prevalenza generale.

I dati consentono un cauto ottimismo. Alla domanda se secondo loro la E/MGF dovesse continuare ad essere praticata, le donne più giovani tendono a non essere d'accordo più frequentemente di quelle più anziane. Questa differenza si è rivelata più grande nell'Indagine DHS del 2002 in Eritrea, dalla quale è emerso che il 63 per cento delle donne tra 45 e 49 anni di età era favorevole alla E/MGF, mentre lo era solamente il 36 per cento di quelle di età tra 15 e 19 anni. Anche se questi risultati sono incoraggianti, la mentalità delle persone può cambiare con l'età. Inoltre, l'esperienza sul terreno dimostra che il non essere a favore della E/MGF (cioè un cambiamento di mentalità nei confronti della pratica) non si traduce sempre in un cambiamento dei comportamenti.

Oltre al cambiamento della prevalenza, ci sono tre tendenze significative che emergono in alcuni dei paesi nei quali è praticata la E/MGF.²⁴

Tabella 3 - Prevalenza della E/MGF nei paesi in cui sono state realizzate due indagini DHS²³

Paese	Data dell'indagine	Prevalenza E/MGF (%)
Burkina Faso	1998-99	71,6
Burkina Faso	2003	76,6
Costa d'Avorio	1994	42,7
Costa d'Avorio	1998-99	44,5
Egitto	1995	97,0
Egitto	2000	97,3
Eritrea	1995	94,5
Eritrea	2002	88,7
Kenya	1998	37,6
Kenya	2003	33,7
Mali	1995-96	93,7
Mali	2001	91,6
Nigeria	1999	25,1
Nigeria	2003	19,0

- *L'età media alla quale una ragazza è sottoposta all'intervento è in diminuzione in alcuni paesi.* Sui 16 paesi oggetto dell'indagine DHS, l'età mediana al momento dell'esecuzione della E/MGF è notevolmente diminuita in Burkina Faso, Costa d'Avorio, Egitto, Kenya e Mali. Tra le ragioni di ciò ci possono essere gli effetti delle leggi nazionali che proibiscono la pratica, che hanno spinto ad effettuare l'intervento in un'età più precoce quando è più facile nascondersela alle autorità. È anche possibile che la tendenza sia influenzata dal desiderio di coloro che favoriscono o praticano la E/MGF di ridurre al minimo la resistenza da parte delle bambine che la subiscono.
- *È in aumento la "medicalizzazione" della E/MGF, attraverso la quale le bambine sono operate da personale sanitario preparato invece che da praticanti tradizionali.* Questa tendenza può essere dovuta a campagne che hanno messo l'accento sui rischi per la salute associati alla pratica, senza però affrontare le motivazioni di fondo della sua persistenza. L'analisi dei dati delle indagini per gruppo di età rivela che in Egitto, Guinea e Mali la medicalizzazione della E/MGF è aumentata in maniera drammatica negli ultimi anni.
- *L'importanza degli aspetti cerimoniali associati alla E/MGF è in declino in molte comunità.* Questa tendenza può anche essere parzialmente in relazione con l'esistenza di leggi che proibiscono la E/MGF e che scoraggiano le celebrazioni pubbliche dell'evento.

Standardizzare gli indicatori per l'analisi situazionale e per il monitoraggio dei progressi

Le informazioni contenute in questa sezione rappresentano solamente una breve introduzione ai dati disponibili sulla E/MGF raccolti con le indagini DHS e MICS. Le domande poste agli intervistati in queste indagini consentono una serie di comparazioni tra i paesi e all'interno di essi. La possibilità di effettuare raffronti è aumentata dal fatto che in queste indagini si sta affermando l'uso di una serie di indicatori standardizzati per l'analisi situazionale e per il monitoraggio dei progressi verso l'abolizione della E/MGF. Nel novembre 2003 è stato raggiunto un accordo internazionale su una serie di indicatori appropriati in occasione di una Consultazione globale dell'UNICEF sugli indicatori.²⁵ In questa consultazione, sono stati definiti cinque indicatori standard per l'analisi situazionale.

1. *Prevalenza della E/MGF per fasce d'età da 15 a 49 anni.* Questo è l'indicatore più importante. Le fasce di età sono: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 e 45-49 anni.
2. *Condizione di tutte le figlie dal punto di vista della E/MGF.* Questo indicatore si riferisce alla preva-

lenza della E/MGF per tutte le figlie di madri di età tra 15 e 49 anni. Si raccomanda di raccogliere dati sull'età attuale delle figlie e sulla loro età al momento dell'operazione.

3. *Percentuale di E/MGF "chiusa" (infibulazione, cucitura) e "aperta" (escissione).* Queste categorie semplificate sono adottate per aiutare a superare la difficoltà di identificazione dello specifico tipo di E/MGF subito da una donna o da sua figlia.
4. *Persona che ha praticato la E/MGF.*
5. *Donne e uomini di età tra 15 e 49 anni favorevoli o contrari alla E/MGF.*

La Consultazione globale ha anche cercato di estendere la raccolta di dati sulla prevalenza per le bambine di età tra i 5 e i 14 anni. Questi dati possono essere ottenuti con indagini locali, anche se queste non forniscono indicazioni sulla prevalenza a livello nazionale.

Per valutare l'efficacia dei programmi che promuovono l'abolizione della E/MGF, sono stati concordati tre indicatori:

- *Dichiarazione pubblica di intenti.* Le domande mirano a registrare l'avvenuta affermazione in pubblico dell'intenzione da parte di singole persone, comunità e villaggi di abbandonare la E/MGF. Le forme della dichiarazione possono variare da una comunità all'altra.
- *Sistemi di monitoraggio affidati alle comunità per l'accompagnamento delle bambine a rischio di E/MGF.* Le informazioni dovrebbero essere raccolte dalla comunità tramite le strutture sanitarie e scolastiche, e dai gruppi dei giovani, insieme con altri meccanismi di monitoraggio scelti dalla comunità. Informazioni di questo tipo potrebbero essere il numero di bambine che hanno o non hanno subito l'escissione, l'età alla quale l'intervento è effettuato (e le eventuali variazioni di questo dato), il numero di uomini disposti a sposare donne non escisse, e la diffusione di messaggi sulla E/MGF da parte di membri della comunità e dei precedenti praticanti.
- *Caduta del tasso di prevalenza.* Questa è la misura quantitativa più importante per dimostrare l'avvenuto progresso verso l'abbandono della E/MGF e quindi l'efficacia dei programmi messi in atto. Il dato può essere ricavato con indagini sulle famiglie organizzate con il sostegno internazionale (MICS oppure DHS) oppure a livello locale.

I dati necessari a misurare questi indicatori possono essere ottenuti da studi di portata ridotta sulle comunità e da rapporti di monitoraggio e di valutazione dei programmi. Le comunità devono essere coinvolte in ogni processo di valutazione in modo da identificare indicatori e informazioni che corrispondano alla loro percezione del progresso fatto.

Note

- 1 Vedere, per esempio, OMS (2000), *Female Genital Mutilation*. Nota informativa numero 241, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- 2 È stato calcolato che nel 2000 circa 3.050.000 bambine sono state escisse nel continente Africano. Il dato è fornito da Stan Yoder, Measure DHS, ORC Macro. Questa cifra è stata ottenuta prendendo il numero di femmine nate nel 2000 in questi paesi, calcolando una riduzione per la mortalità infantile, e moltiplicando il risultato per il tasso di prevalenza della E/MGF relativo alla fascia di età 15-24 anni in ognuno dei paesi in cui si pratica la E/MGF. La cifra ottenuta con questo calcolo è approssimativa, in parte perché non esistono dati sulla prevalenza tra le bambine di età inferiore ai 15 anni, e in parte perché esiste incertezza sulla prevalenza della E/MGF in alcuni paesi (Congo, Gambia, Liberia, Senegal, Sierra Leone e Sudan meridionale).
- 3 Amnesty International (1998), "Section 1: What is Female Genital Mutilation", *Female Genital Mutilation – A Human Rights Information Pack*, www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm#a3, consultato il 10.02.2005.
- 4 Indagine DHS, Niger, 1998: donne di età tra 15 e 49 anni, e Indagine DHS, Guinea, 1999: donne di età tra 15 e 49 anni.
- 5 I dati provvisori della DHS 2004 indicano una prevalenza di circa l'uno per cento in Camerun.
- 6 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim e Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, Rapporti comparativi DHS, numero 7, settembre 2004, ORC Macro. Vedere anche UNICEF (2004), *The State of the World's Children 2005*, Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, New York, Tabella 9.
- 7 Tabella compilata dalla Sezione per l'informazione strategica dell'UNICEF, Divisione delle politiche e della programmazione. *I dati per l'Egitto, lo Yemen e il Sudan sono basati su di un campione di donne che sono state sposate. Si presume che il tasso di prevalenza della E/MGF non sia diverso per il gruppo delle donne nubili.
- 8 Per un approfondimento sulle Indagini DHS, vedere il sito www.measuredhs.com.
- 9 Attualmente, 25 Indagini DHS includono dati sulla E/MGF (altre due includono cifre ancora provvisorie), compresi paesi nei quali sono state condotte due indagini.
- 10 Nella maggior parte dei paesi, le indagini comprendono tutte le donne della fascia di età tra 15 e 49 anni, ma nelle indagini DHS per l'Egitto e lo Yemen, il campione comprende solo le donne di questo gruppo di età che sono state sposate.
- 11 Per un approfondimento delle questioni trattate in questa sezione, vedere Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim e Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, Rapporti comparativi DHS, numero 7, settembre 2004, ORC Macro.
- 12 Tutti i dati provengono dalla seconda Indagine MICS, Repubblica Centrafricana, 2000.
- 13 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim e Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, Rapporti comparativi DHS, numero 7, settembre 2004, ORC Macro. Tenere in considerazione il livello d'istruzione di una donna che ha subito l'operazione non è utile, poiché l'intervento è effettuato quasi sempre prima del completamento del percorso d'istruzione di una ragazza, e in alcuni casi, anche prima del suo inizio.
- 14 La Tabella si basa su dati dell'Indagine DHS, da Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim e Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, Rapporti comparativi DHS, numero 7, settembre 2004, ORC Macro.
- 15 Indagine DHS, Egitto, 1995 e 2000.
- 16 Indagine DHS, Etiopia, 2000; Mali, 2001; Mauritania, 2000-01.
- 17 Bayoumi, Ahmed (2003), *Baseline Survey on FGM Prevalence and Cohort Group Assembly in Three CFCI Focus States*, UNICEF Sudan Country Office, Khartoum.
- 18 Escissione del prepuzio, con o senza rimozione di parte o di tutta la clitoride. Questo fa riferimento all'originale classificazione dell'OMS, attualmente in corso di revisione.
- 19 Indagine DHS, Burkina Faso, 1998-99.
- 20 Le indagini sono state condotte nel Sudan settentrionale.
- 21 Le indagini sono state condotte nel Sudan settentrionale.
- 22 Le indagini sono state condotte nel Sudan settentrionale.
- 23 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim e Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, Rapporti comparativi DHS, numero 7, settembre 2004, ORC Macro.
- 24 Yoder, P. Stanley, Nouredine Abderrahim e Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, Rapporti comparativi DHS, numero 7, settembre 2004, ORC Macro.
- 25 UNICEF (2004), "UNICEF Global Consultation on Indicators, November 11-13, 2004, NYHQ. Child Protection Indicators Framework. Female Genital Mutilation and Cutting", New York, USA, 12 luglio, revisione 2004.



UNICEF/MENA/2004/1292/Ellen Gruenbaum

3

LE DINAMICHE SOCIALI DELLA E/MGF

In tutte le società nelle quali è praticata, la E/MGF è l'espressione di una disparità tra i sessi profondamente radicata nelle strutture sociali, economiche e politiche. Ma in pratica non si parla apertamente di questa realtà e può anche avvenire che non sia nemmeno riconosciuta da coloro che difendono e tramandano la E/MGF.

I ricercatori che cercano di capire come e perché la pratica della E/MGF continui ad esistere si trovano davanti a quello che può sembrare un paradosso: in molti casi, i genitori e gli altri familiari tramandano una tradizione che sanno poter essere la causa di molti danni per le loro figlie sia sul piano fisico che su quello psicologico. La spiegazione risiede nelle dinamiche sociali che agiscono tra gli individui delle comunità praticanti. Le madri organizzano l'escissione delle proprie figlie perché pensano che ciò faccia parte delle cose che è giusto fare per allevare correttamente¹ una bambina e per prepararla all'età adulta e al matrimonio. Nei dibattiti sulla E/MGF, le donne Maninka della Guinea centrale hanno spiegato che i genitori hanno un triplice obbligo nei confronti delle figlie: dare loro un'educazione appropriata, escinderle, e trovare loro un marito.² L'obbligo di escindere le figlie può essere considerato una convenzione sociale alla quale i genitori si adeguano, anche se la pratica comporta un danno. Dal loro punto di vista, non adeguarsi porterebbe un danno ancora maggiore, poiché sarebbe causa di vergogna e di esclusione sociale.

La convenzione sociale è così forte che le bambine stesse possono desiderare di subire l'escissione a causa della pressione sociale dei coetanei e della paura, non priva di fondamento, di essere stigmatizzate e rifiutate dalle proprie comunità se non seguono la tradizione.³

La E/MGF è un aspetto importante dell'identità culturale di genere delle bambine e delle donne e

l'intervento può essere anche vissuto con un senso di orgoglio, di iniziazione all'età adulta e di appartenenza alla comunità. Le bambine che subiscono l'escissione ricevono ricompense, quali feste, riconoscimento pubblico e doni. Inoltre, nelle comunità nelle quali la E/MGF è praticata quasi universalmente, non conformarsi all'usanza può provocare una stigmatizzazione, isolamento sociale e difficoltà nel trovare un marito. Anche le bambine e le donne delle comunità immigrate attribuiscono talvolta importanza all'intervento perché può servire a rafforzare la loro identità culturale in un contesto per loro estraneo.

Comprendere la E/MGF come convenzione sociale permette di rendersi conto del perché donne che hanno subito l'intervento e ne patiscono le conseguenze sulla salute siano in favore della sua continuazione.⁴ Esse si oppongono alle iniziative per abolire la E/MGF, non perché ne ignorino gli effetti dannosi, ma perché ritengono che l'abbandono della pratica comporti una perdita di posizione sociale e di protezione. Ciò aiuta anche a spiegare come mai alcune famiglie che affermano di voler abbandonare la pratica poi la impongano alle proprie figlie. La convenzione sociale può essere cambiata solamente se un numero significativo di famiglie appartenenti ad una comunità effettua una scelta collettiva e coordinata di abbandonare la pratica, in modo che la singola bambina o famiglia non sia svantaggiata dalla decisione.⁵

Meccanismi di rafforzamento della convenzione sociale

Le giustificazioni fornite per la pratica della E/MGF sono numerose e, nel loro specifico contesto, convincenti. Anche se da una comunità all'altra queste giustificazioni possono variare, esse si fondano su

Box 3 - La E/MGF e la fasciatura dei piedi: un modo per sposarsi e per migliorare la posizione sociale

Esistono importanti ed istruttivi parallelismi tra la E/MGF e la ben documentata pratica della fasciatura dei piedi in Cina che aiutano a spiegare come siano nate queste convenzioni sociali dannose. Come nel caso della fasciatura dei piedi, si ritiene che la E/MGF si sia sviluppata nel contesto di un impero con un alto grado di stratificazione sociale, nel quale l'imperatore e la sua elite utilizzavano la pratica per controllare la fedeltà delle loro numerose mogli. Con il tempo, queste pratiche sono state poi adottate dalle famiglie degli strati inferiori della società, per consentire alle loro figlie di sposare gli appartenenti agli strati più elevati. Nel corso del tempo, la fasciatura dei piedi e la E/MGF sono diventate condizioni essenziali per poter trovare un marito in tutti gli strati della società, ad esclusione di quelli più poveri. In tal modo, le pratiche sono divenute convenzioni sociali che dovevano essere rispettate se una ragazza voleva sposarsi, convenzioni che si sono mantenute anche dopo la scomparsa delle condizioni originali degli imperi.⁶

L'ipotesi che la E/MGF, come la fasciatura dei piedi, faccia parte delle condizioni per potersi sposare, può essere applicata a molte delle comunità dell'Africa e del Medio Oriente che la praticano. Le evidenze indicano che la E/MGF è fortemente correlata allo status sociale, alla rispettabilità e all'onore delle bambine e delle famiglie. In Sierra Leone, per esempio, non fare parte di una delle società segrete del paese, trasversali ai gruppi, che praticano la E/MGF è causa di esclusione dalla società in generale. In tutti i casi, i genitori non possono scegliere di abbandonare la pratica senza privare le proprie figlie, e forse l'intera famiglia, della possibilità di diventare membri a pieno titolo della comunità. I genitori che sottopongono le figlie alla pratica lo fanno perché sono membri onorati della società che desiderano il meglio per le proprie figlie.

alcuni argomenti comuni: la E/MGF assicura la posizione sociale di una bambina o donna, le consente di sposarsi, ne garantisce la castità, la salute, la bellezza e l'onore della famiglia. In alcuni casi, queste motivazioni sono presentate in senso positivo, come vantaggi della pratica, mentre in altri si mette l'accento sulle conseguenze negative subite se non viene eseguita.⁷

"Perché pensi che la gente qui al villaggio sia favorevole alla pratica?"

"È una norma che deve essere rispettata. La bambina deve essere circoncesa per proteggere il suo onore e quello della famiglia, specialmente oggi che le ragazze vanno all'università fuori dal villaggio e sono esposte a molte situazioni imbarazzanti"

Intervista con una donna del villaggio Abu Hashem, Alto Egitto.⁸

Tra i gruppi che praticano la E/MGF, l'intervento rappresenta un segno distintivo sociale, etnico e fisico.⁹ La E/MGF conferisce status e valore sia alla bambina o donna sia alla sua famiglia. Tra i Chagga dell'Arusha, in Tanzania, il legame tra l'escissione e il valore delle bambine è esplicito: il pegno nuziale che si paga per una ragazza escissa è molto superiore a quello pagato per una che non lo è.¹⁰

La E/MGF è praticata anche sulla base della convinzione che preservi la verginità di una ragazza, rendendo l'intervento una condizione necessaria per il matrimonio. In alcune parti della Nigeria, per esempio, la E/MGF ha lo scopo di consentire alla futura suocera di verificare la verginità della sposa.¹¹ Allo stesso modo, la E/MGF è spesso giustificata con l'argomento che protegge le ragazze da eccessive emozioni sessuali e quindi le aiuta a mantenere integra la propria moralità, castità e fedeltà. Inoltre, la E/MGF è a volte associata con l'idea dell'igiene del corpo e della bellezza. Per esempio, in Somalia e in Sudan, l'infibulazione è praticata con l'esplicito obiettivo di rendere le bambine fisicamente "pulite".

I motivi religiosi sono un'altra delle giustificazioni fornite per la E/MGF. Spesso le comunità che adducono motivi legati alla religione considerano la pratica una condizione essenziale per rendere una ragazza spiritualmente pura. Tra i Bambara del Mali, per

esempio, l'escissione è chiamata *Seli ji*, che significa abluzione o lavaggio spirituale.¹²

Nessuna religione prescrive la E/MGF. Questa però non è la percezione diffusa, soprattutto rispetto all'Islam. Anche se esiste una branca teologica dell'Islam favorevole alla E/MGF del tipo sunna, il Corano non contiene alcun testo che prescriva l'escissione dei genitali esterni femminili (vedere Box 4), ed esiste ampio consenso sul fatto che la pratica fosse diffusa presso le popolazioni sudanesi o nubiane precedenti all'Islam.¹³ Inoltre, la maggioranza dei musulmani del mondo non pratica la E/MGF. Non ci sono evidenze di una diffusione della pratica in Arabia Saudita e non la si riscontra in diversi paesi musulmani dell'Africa settentrionale, come Algeria, Libia, Marocco e Tunisia.

Che siano di natura religiosa, estetica, igienica o morale, le giustificazioni addotte per la E/MGF sono tutti meccanismi che mantengono la convenzione sociale di escindere le bambine e le donne e contribuiscono a perpetuare questa pratica. Fornire informazioni sulla mancanza di validità di tali giustificazioni aiuta a modificare la mentalità nei confronti della E/MGF, ma un reale e durevole cambiamento dei comportamenti potrà probabilmente essere prodotto solamente cambiando la convenzione sociale stessa.

Cambiare la convenzione sociale: verso l'abbandono della E/MGF

Come avviene nel caso di ogni convenzione sociale che si auto-alimenta, la scelta di un individuo – nel caso della E/MGF, la scelta di una singola famiglia se sottoporre oppure no la figlia o figlie all'escissione – è condizionata dalla scelta degli altri. Questa pressione sociale tende a perpetuare la pratica. Ma può anche essere la chiave per promuovere un rapido e collettivo abbandono della pratica stessa. L'usanza della fasciatura dei piedi in Cina, per esempio, che era durata circa 1000 anni, fu abbandonata in poco più di una generazione.

Per capire come una convenzione sociale possa essere cambiata, è utile ricorrere ad una semplice metafora. Un gruppo ha una convenzione secondo la quale gli spettatori (in un cinema, teatro, o spettacolo) invece di stare seduti stanno in piedi. Arriva un estraneo e spiega

Box 4 - Dichiarazioni di capi religiosi della chiesa islamica e copta

“La Shari’a islamica protegge i bambini e ne salvaguarda i diritti. Chi non riconosce i diritti dei propri figli commette un grave peccato. [...] La MGF è una questione medica, noi seguiamo e rispettiamo quello che dicono i dottori. Nella Shari’a, nel Corano, nella Sunna profetica, non ci sono testi che parlino della MGF”

Il Grande imam, Sceicco Mohammed Sayed Tantawi, Sceicco di Al-Azhar.¹⁴

“È stato a noi dimostrato sulla base di prove religiose autentiche che non esistono passaggi nella Shari’a su cui fondare la legittimità di qualsiasi forma di E/MGF. Inoltre, qualunque tipo di E/MGF è associato a conseguenze dannose, come affermano medici fidati.”

Dichiarazione firmata da 30 Sceicchi appartenenti agli otto maggiori gruppi sufi del Sudan, 2004.

“[...] Dal punto di vista cristiano, questa pratica non ha assolutamente alcun fondamento religioso. Inoltre, non ha alcun senso dal punto di vista medico, morale e pratico. [...] Quando Dio ha creato l’essere umano, lo ha fatto buono in tutte le sue parti: ogni organo ha una sua funzione e un suo ruolo. E allora, perché permettere che la buona creazione di Dio sia sfigurata? Non esiste un solo verso nella Bibbia oppure nel Vecchio o Nuovo testamento, e neppure esiste alcunché nell’Ebraismo o nel Cristianesimo, non un solo verso che parli della circoncisione femminile.”

Monsignor Moussa, Vescovo per la gioventù della Chiesa ortodossa copta e rappresentante del Papa Shenouda III.¹⁵

che altrove gli spettatori stanno a sedere. Una volta esauritasi la prima reazione di sorpresa, alcuni iniziano a pensare che stare a sedere potrebbe essere più comodo. Ma se una sola persona si siede, questa non sarà in grado di vedere quanto avviene sul palco. Invece, se una massa critica di spettatori può essere fatta sedere, anche se si tratta di un gruppo di persone inferiore alla maggioranza, si renderanno conto che possono stare più comodi ed avere la visuale libera sul palco.¹⁶

Allo stesso modo, nelle comunità in cui la E/MGF è una condizione necessaria per trovare marito, se una sola famiglia abbandona la pratica le sue figlie non si potranno sposare. È necessario che si formi una massa critica per rendere possibile il cambiamento. Una volta che un numero sufficiente di singoli sia disposto ad abbandonare la E/MGF, questi cercheranno di convincere gli altri a seguirli poiché in tal modo si ridurrà la stigmatizzazione sociale associata con l’assenza dell’escissione. Non è necessario che la massa critica sia la maggioranza, ma solamente un numero sufficiente di individui che dimostrino agli altri i vantaggi relativi al *non* praticare la E/MGF.

Gli individui del gruppo che hanno scelto di abbandonare la pratica dovranno ancora affrontare una pressione sociale che li spinge a sottoporre le loro figlie alla E/MGF, come illustrano le difficoltà vissute da una madre in Sudan (vedere Box 5). Perché questa pressione scompaia, il numero di persone che esprime la propria intenzione di abbandonare la pratica deve raggiungere un “punto di svolta”. A quel punto, coloro che ancora pensano di seguire l’usanza si rendono conto che lo status e l’onore sociale che conferisce ad una ragazza e alla sua famiglia non sono più sufficienti a controbilanciare i rischi che comporta.

Una volta consolidata la nuova convenzione che attribuisce valore all’integrità fisica di una ragazza, questa acquista il potere di auto-alimentarsi che aveva prima la vecchia convenzione. Per coloro che hanno abbandonato la E/MGF, non ci sono incentivi che li spingano a farvi ritorno, mentre i pochi individui che continuano a sostenerla dovranno affrontare la disapprovazione della comunità.

Abbandonare la E/MGF: sei elementi fondamentali per il cambiamento

Le concrete esperienze sul terreno, insieme agli insegnamenti della teoria accademica e alle lezioni apprese nel caso della fasciatura dei piedi in Cina, suggeriscono che ci sono sei elementi fondamentali che possono contribuire a cambiare la convenzione sociale di sottoporre le bambine alla pratica della E/MGF e incoraggiare un rapido e massiccio abbandono della pratica.

1. *Un approccio non coercitivo e non valutativo concentrato in primo luogo sul rispetto dei diritti umani e sull’emancipazione delle bambine e delle donne.* Le comunità tendono ad affrontare il problema della E/MGF quando aumentano la propria consapevolezza e comprensione dei diritti umani e compiono dei progressi verso la realizzazione di quei diritti che considerano di loro immediato interesse, come la salute e l’istruzione. Nonostante i tabù che circondano la E/MGF, il tema emerge perché membri del gruppo sono a conoscenza degli effetti dannosi sulla salute. Una discussione

Box 5 - La storia di una madre: le difficoltà incontrate da coloro che iniziano il processo di cambiamento

Khadija è una devota musulmana Ansar Sunna del gruppo tribale Beni Amer del Sudan orientale. Vive con la sua famiglia estesa. Quando esce da casa, si copre con una abaya (“indumento”) nera e con un velo sul volto per un senso di corretto pudore. Da bambina ha subito l’infibulazione, conosciuta in Sudan come taglio “del faraone”, secondo la tradizione Beni Amer.

Adesso ha una figlia di sei anni che non ha ancora subito la pratica. Khadija ha preso parte ad un programma sulle pratiche tradizionali dannose, attraverso il quale è venuta a conoscenza delle complicazioni sanitarie associate alla E/MGF. Insieme ad altre donne, ha registrato sua figlia nel gruppo delle bambine non circonscise. Eppure Khadija è molto inquieta. Anche se non vuole che sua figlia soffra i problemi di salute che le sono stati spiegati, sa che gli uomini sono favorevoli alla pratica per ragioni religiose. Si aspetta che anche sua suocera abbia qualcosa da dire in proposito. “Se non lo faccio, nessuno la vorrà sposare” afferma Khadija. “Vorrei non aver avuto una figlia, perché sono così preoccupata per lei.”¹⁷

e un dibattito sull'argomento in seno alla comunità contribuiscono a creare una nuova comprensione del fatto che la condizione delle bambine migliorerebbe se tutti rinunciassero alla pratica.

2. *Una presa di coscienza da parte della comunità dei danni causati dalla pratica.* In un processo di discussione e di riflessione pubblica libero e non valutativo, i costi della E/MGF tendono a diventare più evidenti grazie alla condivisione da parte delle donne, e degli uomini, delle proprie esperienze e di quelle delle loro figlie.
3. *La decisione di abbandonare la pratica come scelta collettiva di un gruppo i cui membri si sposino tra di loro o che sia molto coeso in altri modi.* La E/MGF è una pratica della comunità e, di conseguenza, può più facilmente essere abbandonata da una comunità che agisca collettivamente piuttosto che da individui che agiscano isolatamente. Una trasformazione positiva della convenzione sociale dipende in ultima analisi dalla capacità dei membri del gruppo di organizzarsi e di adottare un'iniziativa collettiva.
4. *Un'affermazione esplicita e pubblica da parte delle comunità del loro impegno collettivo ad abbandonare la E/MGF.* È necessario, ma non sufficiente, che la maggior parte dei membri di una comunità sia favorevole all'abbandono della pratica. Perché la trasformazione riesca è necessario che essi manifestino, come comunità, la loro intenzione di abbandonare la pratica. Ciò può assumere forme diverse, come quella di una dichiarazione comune pubblica

in un'assemblea a larga partecipazione, oppure una autorevole dichiarazione scritta che annunci l'impegno collettivo di abbandonare la pratica.

5. *Un processo organizzato di diffusione per assicurare che la decisione di abbandonare la E/MGF si diffonda rapidamente da una comunità all'altra e sia mantenuta.* Le comunità devono coinvolgere i villaggi vicini, in modo che la decisione di abbandonare la E/MGF possa diffondersi e sia mantenuta. È particolarmente importante coinvolgere quelle comunità che esercitano una forte influenza. Quando la decisione di abbandonare la pratica si diffonde in misura sufficiente, le dinamiche sociali che in origine l'avevano consolidata possono servire ad accelerare e rafforzare il processo del suo abbandono. Laddove prima esisteva una pressione sociale in favore della E/MGF, si affermerà una pressione sociale in favore dell'abbandono della pratica. Quando il processo raggiunge questo punto, la convenzione sociale di non praticare l'escissione inizia ad auto-alimentarsi e l'abbandono della pratica procede rapidamente e spontaneamente.
6. *Un ambiente che favorisca e sostenga il cambiamento.* Il successo nella promozione dell'abbandono della E/MGF dipende anche dall'impegno dello Stato, a tutti i livelli, nell'adottare misure e leggi sociali adeguate, affiancate da efficaci iniziative di mobilitazione e di informazione. La società civile costituisce una parte integrante di questo ambiente favorevole al cambiamento. In particolare, i mezzi di comunicazione di massa hanno un ruolo fondamentale nell'agevolare il processo di diffusione.

Note

- 1 Gruenbaum, Ellen (2001), *The Female Circumcision Controversy: An anthropological perspective*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- 2 Yoder, P. Stanley, Papa Ousmane Camara, e Baba Soumaoro (1999), *Female genital cutting and coming of age in Guinea*, Macro International Inc., Calverton, MD.
- 3 Alcuni osservatori hanno esaminato il potere della pressione dei pari sulle bambine e le ragazze riguardo alla E/MGF. Vedere i capitoli 7, 9, 12 e 14 in Shell-Duncan, Bettina e Ylva Hernlund, a cura di, (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londra.
- 4 Carr, Dara (1997), *Female Genital Cutting: Findings from the Demographic and Health Surveys Program*, Macro International Inc, Calverton MD.
- 5 Per un approfondimento sulla convenzione sociale della E/MGF, vedere Mackie, Gerry (1996), "Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account", *American Sociological Review*, vol. 61, n. 6, dicembre 1996.
- 6 Per un approfondimento sulle similitudini tra la E/MGF e la fasciatura dei piedi, vedere Mackie, Gerry (1996), "Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account", *American Sociological Review*, vol. 61, n. 6, dicembre 1996.
- 7 Per esempio, i Taguana della Costa d'Avorio fanno parte di una serie di gruppi che ritengono che le donne che non hanno subito la E/MGF non sono in grado di avere bambini, vedere Dorkenoo, Efua e Scilla Elworthy (1992), *Female genital mutilation: proposals for change*, Londra, Serie: rapporto MRG; n. 92/3. In alcune comunità si ritiene che i genitali esterni di una donna abbiano il potere di accecare chiunque la assista durante il parto oppure di causare la morte nel neonato se la testa del feto tocca la clitoride della madre. Altri ritengono che una donna che non abbia subito l'escissione possa diventare fisicamente deforme oppure impazzire, oppure provocare la morte del marito. Vedere OMS (2001), *FGM. Integrating the Prevention and Management of the Health Complications into the Curricula of Nursing and Midwifery. A Teacher's Guide*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- 8 Bradford, Quiana e Kimberly Mc Clure (2003), "Qualitative Analysis of the Role of Human Rights Language in Efforts to Stop Female Genital Mutilation (FGM) in Egypt", analisi politica per il Consiglio della popolazione, Ufficio per l'Asia occidentale e per l'Africa del nord, Cairo, Egitto e Centro Carr per
- le politiche sui diritti umani, Scuola di amministrazione pubblica John F. Kennedy, Università di Harvard.
- 9 Gachiri, Ephigenia W. (2000), *Female Circumcision. With reference to the Agikuyo of Kenya*, Paulines Publication, Nairobi.
- 10 Informazione fornita da Ananilea Nkya, direttore dell'Associazione delle donne tanziane dei media, 21 giugno 2004.
- 11 Dorkenoo, Efua e Scilla Elworthy (1992), *Female genital mutilation: proposals for change*, Londra, Serie: rapporto MRG; n. 92/3.
- 12 Dorkenoo, Efua e Scilla Elworthy (1992), *Female genital mutilation: proposals for change*, Londra, Serie: rapporto MRG; n. 92/3.
- 13 Carla Pasquinelli (2004), "Anthropology of Female Genital Mutilation" in *Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation*, atti della consultazione di esperti afro-arabi, Cairo, Egitto, 21-23 giugno 2003, Non c'è pace senza giustizia, supplemento speciale al periodico 1/2004. Per un approfondimento sulla E/MGF e la teologia islamica vedere per esempio, Johnsdotter, S. (2003), "Somali Woman in Western Exile: Reassessing Female Circumcision in the Light of Islamic Teachings", *Journal of Muslim Minority Affairs*, vol. 23, n. 2, ottobre 2003.
- 14 Effettuata in occasione della consultazione di esperti afro-arabi su "Legal Tools for the prevention of Female Genital Mutilation, Cairo 21-23 giugno 2003", riferita in *Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation*, atti della consultazione di esperti afro-arabi, Cairo, Egitto, 21-23 giugno 2003, Non c'è pace senza giustizia, supplemento speciale al periodico 1/2004.
- 15 Dichiarazione effettuata in occasione della consultazione di esperti afro-arabi su "Legal Tools for the prevention of Female Genital Mutilation, Cairo 21-23 giugno 2003", riferita in *Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation*, atti della consultazione di esperti afro-arabi, Cairo, Egitto, 21-23 giugno 2003, Non c'è pace senza giustizia, supplemento speciale al periodico 1/2004.
- 16 Mackie, Gerry (2000), "Female Genital Cutting: the Beginning of the End" in Shell-Duncan, Bettina e Ylva Hernlund, a cura di, (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londra.
- 17 Da Gruenbaum, Ellen (2004), "FGM in Sudan: Knowledge, Attitudes and Practices. Qualitative Research on Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/FGC) in West Kordofan and Kasala States", Ufficio nazionale UNICEF del Sudan, Khartoum.

4

LA E/MGF E I DIRITTI UMANI

In quanto pratica dannosa “consuetudinaria” o “tradizionale”, la E/MGF è trattata in due importanti strumenti internazionali dei diritti umani legalmente vincolanti: la Convenzione sull’eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (CEDAW) del 1979, e la Convenzione sui diritti dell’infanzia (CRC) del 1989. La CEDAW si occupa della E/MGF e di altre pratiche tradizionali nel contesto della disparità dei rapporti di genere, raccomandando agli Stati parti di (articolo 5):

[...] adottare ogni misura adeguata [...] al fine di modificare gli schemi e i modelli di comportamenti socioculturali degli uomini e delle donne e giungere a un’eliminazione dei pregiudizi e delle pratiche consuetudinarie o di altro genere che siano basate sulla convinzione dell’inferiorità o della superiorità dell’uno o dell’altro sesso o sull’idea di ruoli stereotipati degli uomini e delle donne.

La Convenzione sui diritti dell’infanzia, ratificata da 192 paesi,¹ fa specifico riferimento alle “pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute del bambino” nel contesto del diritto del bambino di godere del miglior stato di salute possibile. Questa vasta categoria include, tra gli altri, la E/MGF, il matrimonio precoce (vedere l’*Innocenti Digest* numero 7) e la cura preferenziale dei bambini di sesso maschile.² Inoltre, l’articolo 19 della Convenzione invita gli Stati parti a “adottare ogni misura [...] per tutelare il fanciullo contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali [...] per tutto il tempo in cui è sotto la tutela dell’uno o dell’altro o di entrambi i genitori, del suo tutore legale (o tutori legali), oppure di ogni altra persona che abbia il suo affidamento.”

Gli strumenti internazionali dei diritti umani promuovono il diritto dell’individuo di partecipare alla vita culturale, ma non approvano le pratiche tradizionali che violano i diritti individuali. Perciò, non possono essere invocate giustificazioni sociali e culturali in favore della E/MGF. Decidendo di abbandonare la E/MGF, una comunità non rinuncia ai propri valori culturali, ma ad una pratica che è fonte di danni per le bambine e le donne e rafforza le disparità di genere.

La E/MGF e i diritti dei bambini

Le varie forme di E/MGF producono una vasta gamma di effetti sulle bambine e sulle donne, e la pratica compromette il godimento dei diritti umani compresi il diritto alla vita, il diritto all’integrità fisica, il diritto di godere del miglior stato di salute possibile (che comprende la salute riproduttiva e sessuale una volta raggiunta la maturità), nonché il diritto alla libertà da violenza, oltraggio o brutalità fisiche oppure mentali. La pratica costituisce anche una violazione del diritto del bambino allo sviluppo, alla protezione e alla partecipazione. Del problema della E/MGF si è spesso occupato il Comitato sui diritti dell’infanzia che, sulla base dei principi della CRC, ha invitato gli Stati parti a “adottare ogni appropriato ed efficace provvedimento” al fine di abolire tali pratiche.

L’interesse superiore del bambino e il diritto del bambino al rispetto delle sue opinioni

Uno dei principi guida della CRC è “l’interesse superiore del fanciullo”. Questo è sancito dall’articolo 3, che raccomanda di attribuire una considerazione primaria all’interesse superiore del bambino “in tutte le decisioni relative ai bambini”. Questo principio è di

Box 6 - L'emergenza della E/MGF come problema dei diritti umani

Oggi, la E/MGF è ampiamente considerata una violazione dei diritti umani, ma questa percezione si è evoluta con il tempo. Per molti anni, la E/MGF è stata considerata come un fatto "privato" compiuto da attori individuali e non pubblici. Esisteva anche una riluttanza a "imporre" valori universali rispetto a quella che era diffusamente percepita come una tradizione culturale che contribuiva all'identità collettiva delle comunità che la praticavano.³

La prima iniziativa delle Nazioni Unite per inserire la pratica tra i problemi di portata internazionale risale all'inizio degli anni cinquanta, quando il tema fu trattato in seno alla Commissione delle Nazioni Unite sui diritti dell'uomo. Nel 1958, il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite invitò l'Organizzazione mondiale della sanità a compiere uno studio sulla persistenza delle usanze che prevedevano l'assoggettamento delle bambine a operazioni rituali. Anche se queste iniziative furono importanti per portare il problema all'attenzione internazionale, i risultati rimasero limitati.⁴

Negli anni sessanta e settanta si è verificato un aumento della consapevolezza dei diritti delle donne in molte parti del mondo e le organizzazioni delle donne hanno iniziato a condurre campagne di sensibilizzazione sugli effetti dannosi della E/MGF per la salute delle bambine e delle donne. Questi sforzi fanno parte di una importante corrente nella storia del movimento per l'abbandono della E/MGF. Il primo seminario regionale sulle Pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne, organizzato dall'OMS nel 1979 a Khartoum, in Sudan, lanciò uno storico appello a condannare la pratica in tutte le sue forme, anche quando è effettuata in condizioni mediche e igieniche adeguate. Inoltre, raccomandò la creazione del Comitato interafricano sulle pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne e dei bambini. Da allora, il Comitato ha svolto un ruolo fondamentale a livello internazionale, promuovendo la discussione della pratica nelle conferenze internazionali e la sua trattazione negli strumenti giuridici internazionali relativi alle bambine e alle donne.

Gli anni ottanta e novanta sono stati cruciali per il riconoscimento della E/MGF come violazione dei diritti umani delle bambine e delle donne. La Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, del 1979, ha rappresentato una significativa pietra miliare per promuovere questo punto di vista.⁵ La dimensione di diritti umani della E/MGF è stata poi ribadita da una serie di importanti conferenze internazionali, come la Conferenza delle Nazioni Unite sui diritti umani a Vienna, in Austria (1993)⁶, la Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo del Cairo, in Egitto (1994)⁷, e la Quarta conferenza mondiale sulle donne, svoltasi a Pechino, in Cina (1995)⁸ nonché nei vari eventi che vi hanno fatto seguito: Pechino +5 e Pechino +10, tenutisi a New York, negli Stati Uniti, rispettivamente nel 2000 e 2005.

rilevanza decisiva nel contesto della famiglia. Infatti, "[...] la responsabilità di allevare il fanciullo e di provvedere al suo sviluppo incombe innanzitutto ai genitori oppure, se del caso, ai suoi tutori legali i quali devono essere guidati principalmente dall'interesse preminente del fanciullo"⁹ (articolo 18 della CRC).

I genitori che decidono di sottoporre la loro figlia alla E/MGF considerano l'intervento come corrispondente al miglior interesse della bambina. Conformandosi all'aspettativa sociale e culturale che prevede la realizzazione della operazione sulle femmine, i genitori promuovono la posizione sociale e l'accettazione nella comunità delle loro figlie. Anche se possono essere consapevoli, specialmente le madri e gli altri parenti di sesso femminile, dei potenziali rischi di gravi implicazioni fisiche e psicologiche della E/MGF, essi ritengono che i vantaggi siano maggiori dei rischi. Queste percezioni non devono in nessun caso giustificare la violazione dei diritti delle bambine e delle donne.¹⁰ Come spiegato in altre parti di questo *Digest*, esistono modi efficaci per risolvere questa tensione e per lavorare insieme a genitori, famiglie e comunità per promuovere un approccio che sia conforme ai diritti umani e favorisca l'abbandono della E/MGF.

Come in molte altre situazioni, anche nel contesto della E/MGF la considerazione delle opinioni del bambino ha una rilevanza particolare. Come sottolineato dalla CRC (articolo 12): "gli Stati parti garantiscono al fanciullo capace di discernimento il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, le opinioni del fanciullo

essendo debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità." Nella maggioranza dei casi, la E/MGF è praticata su di una bambina contro la sua volontà. Nei casi in cui la bambina sembra essere consenziente è difficile sostenere che il suo consenso sia debitamente informato e significativo. In realtà, è fortemente influenzato dalla tradizione e dalla cultura, dalle aspettative della comunità e dalla pressione dei coetanei - esercitata anche attraverso canzoni e poesie che mettono alla berlina le bambine che non sono state escisse¹¹ - e condizionato dalla aspirazione della bambina di essere accettata come membro a pieno titolo della sua comunità. Tutti questi aspetti spingono la bambina o la donna a volersi sottoporre all'intervento.¹²

Il diritto alla vita e quello al miglior stato di salute possibile

La E/MGF compromette in maniera irreversibile l'integrità fisica di una bambina e donna. I danni prodotti dall'intervento possono costituire un serio rischio per la sua salute e benessere.¹³

Nei casi più estremi, la E/MGF può violare il diritto alla vita di una bambina o di una donna. Spesso i decessi sono dovuti a perdite di sangue gravi e non controllate, oppure a infezioni successive all'intervento.¹⁴ Inoltre, la E/MGF può essere un fattore contributivo o causale della morte della madre durante il parto.¹⁵ Il tasso di mortalità delle bambine e delle donne che subiscono la E/MGF è sconosciuto, dato che le registrazioni sono poche e i casi di morti dovute alla

E/MGF sono raramente denunciati come tali.¹⁶ I registri medici sono di un'utilità limitata anche per determinare la morbilità dovuta alla E/MGF, perché le complicanze conseguenti alla pratica, comprese le future difficoltà al momento del parto, spesso non sono riconosciute o riferite come tali e possono essere attribuite ad altre cause. In alcuni casi, le cause addotte possono avere un carattere medico, ma in altri esse si riconducono a credenze tradizionali o a fattori sovranaturali. Di conseguenza, molte bambine che soffrono di complicanze sono curate con medicine o trattamenti tradizionali e non sono inviate ai centri sanitari.

Fino a poco tempo fa, le informazioni sulle complicanze fisiche associate alla E/MGF tendevano ad essere fondate sulla casistica riferita dagli ospedali. Inoltre, esistono scarsi dati comparativi rispetto alle donne che non hanno subito l'intervento, che permetterebbero di individuare la relativa frequenza di queste complicanze.¹⁷ Riconoscendo l'esigenza di disporre di dati migliori, l'OMS ha recentemente sviluppato protocolli di ricerca sulla E/MGF in collaborazione con una rete di istituzioni di ricerca e di ricercatori delle scienze biomediche e sociali con collegamenti con le comunità interessate dal fenomeno.¹⁸

Gli specifici effetti della E/MGF sulla salute di una ragazza o di una donna dipendono da una serie di fattori, tra i quali l'estensione e il tipo di intervento, l'abilità del praticante, la pulizia degli strumenti e dell'ambiente e le condizioni fisiche della bambina o della donna.¹⁹ Forti dolori e perdite di sangue sono alcune delle conseguenze immediate di tutte le forme di E/MGF. Dato che la grande maggioranza degli interventi è realizzata senza anestesia, il dolore e il trauma dell'operazione possono lasciare la bambina in una condizione di shock medico. In alcuni casi, le perdite di sangue possono protrarsi a lungo e le bambine possono contrarre un'anemia a lungo termine.

Le infezioni sono un'altra conseguenza corrente, in particolare quando l'intervento è effettuato in condizioni di scarsa igiene o utilizzando strumenti non sterilizzati. Il tipo e grado di infezione variano grandemente e comprendono casi potenzialmente fatali di setticemia e di tetano. Talvolta, il rischio di infezioni è aumentato dall'applicazione di trattamenti tradizionali, come la fasciatura delle gambe dopo l'infibulazione o l'applicazione di medicamenti tradizionali sulla ferita. La ritenzione dell'urina è un'altra frequente complicanza, soprattutto quando la pelle è stata cucita sopra l'uretra. Tutti questi elementi possono impedire una rapida guarigione della ferita, come anche altri fattori che indeboliscono il generale stato di salute della bambina, come l'anemia o la malnutrizione.²⁰

La E/MGF può provocare conseguenze fisiche a lungo termine. Un processo di guarigione della ferita troppo lento o incompleto può lasciare dolorose cisti e cicatrici grosse e spesse chiamate cheloidi. Questi a loro volta possono creare problemi in seguito, per esempio nella gravidanza o nel parto. La deinfibulazione, l'intervento che serve a riaprire l'orifizio dopo che questo è stato cucito oppure ristretto, e la reinfibulazione, per cucire di nuovo la vagina, a volte sono effettuate ad ogni parto. Entrambi questi interventi compromettono gravemente la salute delle donne.

La E/MGF mette anche a repentaglio la salute e la sopravvivenza dei figli delle donne che l'hanno subita. Uno studio portato recentemente a termine dall'OMS ha esaminato gli effetti della E/MGF sulle madri e sui neonati durante e subito dopo il parto. Tra questi troviamo il taglio cesareo, una maggiore durata del travaglio, emorragie post-parto, lesioni al perineo, insufficienza di peso alla nascita, uno scarso punteggio Apgar²¹ e decesso perinatale. Da una prima analisi dei dati relativi a circa 28.000 donne in Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal e Sudan risulta esistere una relazione tra alcune condizioni delle madri e dei neonati e la E/MGF, soprattutto nelle sue forme più gravi.

Sono state espresse preoccupazioni per un possibile collegamento tra la E/MGF e la trasmissione dell'HIV. Finora, non sono emerse evidenze concrete in questo senso, e i tassi di infezione da HIV in Africa sono in genere inferiori nei 28 paesi nei quali la E/MGF è praticata. Tuttavia ciò può essere dovuto a fattori che prevalgono sul rischio aggiuntivo causato dalla E/MGF, come gli atteggiamenti culturali e religiosi nei confronti del sesso. Uno studio basato sulle comunità rurali del Gambia nel 1999 ha individuato una prevalenza significativamente maggiore del virus dell'herpes simplex 2 tra le donne che avevano subito la E/MGF, risultato che suggerisce che alcune di queste donne possono anche essere soggette ad un maggior rischio di infezione da HIV.²²

Alcuni dei primi sforzi volti a porre fine alla E/MGF mettevano un forte accento sulle conseguenze della pratica sulla salute. Anche se queste iniziative sono state importanti per creare pubblica consapevolezza sui rischi sanitari della pratica, l'eccessiva concentrazione sulle implicazioni della E/MGF per la salute, senza una globale considerazione dei diritti umani, ha inavvertitamente contribuito al fenomeno della "medicalizzazione" e degli "interventi simbolici" (Box 7). In parte in conseguenza di campagne esclusivamente concentrate sui rischi per la salute associati alla E/MGF, un crescente numero di genitori ha preferito far eseguire l'intervento sulle loro figlie in condizioni igieniche nelle quali il dolore è ridotto al minimo e il rischio per la salute della bambina è minore. In parte, la medicalizzazione è anche difesa dagli operatori della sanità, per i quali la E/MGF rappresenta una fonte di reddito.²³

Libertà da violenza, oltraggi o brutalità fisiche o mentali

Per molte bambine e donne, la E/MGF costituisce un'esperienza fortemente traumatica che lascia un segno psicologico durevole e può negativamente influenzare il pieno sviluppo emozionale. Anche in questo campo la ricerca scientifica è limitata, ma le testimonianze delle bambine e delle donne che l'hanno subita illustrano chiaramente gli effetti che ha avuto sulla loro vita. In genere le bambine sono sveglie quando l'intervento è realizzato, e per molte di loro si tratta di una esperienza scioccante segnata non solo dal fortissimo dolore, ma anche da paura e confusione. Nei casi in cui l'intervento è stato preceduto da una preparazione, le bambine sono spesso soggette a pressioni per convincerle a sopprimere tali sentimenti e a collaborare. L'esperienza della

Box 7 - La tendenza alla medicalizzazione e agli interventi “simbolici”

In alcuni paesi, la E/MGF è effettuata in ospedali e cliniche da professionisti che utilizzano strumenti chirurgici, anestetici e antisettici. I dati della DHS rilevano questa tendenza verso la “medicalizzazione” in una serie di paesi, tra cui la Guinea e il Mali in Africa occidentale e l’Egitto nell’Africa del nord-est, dove la maggior parte degli sforzi contro la E/MGF negli ultimi 20 anni si era concentrata sui rischi per la salute. Nel caso della Guinea, per esempio, è risultato che il 21,8 per cento delle bambine e delle donne di età tra 15 e 19 anni aveva subito la E/MGF da parte di medici professionisti, mentre si stima che ciò sia avvenuto per meno dell’1 per cento delle donne tra 45 e 49 anni d’età.²⁴

Il fatto che alcuni medici o operatori sanitari professionisti siano notoriamente coinvolti nella pratica può contribuire a diffondere la falsa idea che la E/MGF sia in qualche modo accettabile. In realtà, la professione medica ha ampiamente condannato la medicalizzazione della pratica. L’OMS ha affermato senza ambiguità che “la E/MGF in ogni sua forma non deve essere praticata dai professionisti della sanità in nessuna struttura, compresi gli ospedali o le altre strutture mediche”²⁵ e, sin dal 1993, l’Associazione medica mondiale ha esplicitamente condannato la pratica della E/MGF nonché la partecipazione dei medici alla sua esecuzione.²⁶ Dalla prospettiva dei diritti umani, la medicalizzazione non rende in nessun modo la pratica più accettabile. La E/MGF rimane un atto di violenza basato sulla discriminazione di genere che compromette l’integrità fisica di una bambina o di una donna.

La stessa critica si applica alle forme simboliche di E/MGF, come la foratura sotto anestesia della clitoride, che sono state proposte in anni recenti nelle comunità di immigrati nei paesi industrializzati.²⁷ I difensori di tali “alternative” sostengono che queste riducono i danni per le bambine. Di fatto, un gesto simbolico non offre la garanzia di soddisfare l’aspettativa che la E/MGF comporti la rimozione di parti di carne. Ciò lascia le bambine vulnerabili alla E/MGF “tradizionale” in un momento successivo, per esempio in preparazione del matrimonio. Più sostanzialmente, gli interventi “simbolici” non risolvono il problema della disparità di genere che sostiene la domanda per questa pratica e possono in realtà ostacolare il progresso verso il suo abbandono.

E/MGF è stata anche messa in relazione con una serie di disturbi psicologici e psicosomatici come disturbi dell’alimentazione e del sonno, dell’umore e della cognizione. Alcuni dei sintomi sono insonnia, ricorrenti incubi, inappetenza, eccessiva perdita oppure aumento di peso, ed anche attacchi di panico, difficoltà di concentrazione e di apprendimento, nonché altri sintomi di stress post-traumatico.²⁸

I danni fisici prodotti dalla E/MGF, insieme al trauma psicologico e al dolore associati con essa, possono compromettere la normale vita sessuale di una donna adulta. Inoltre, le donne che sono state infibulate possono subire una deinfibulazione al momento del matrimonio, processo che è fonte di dolore e, potenzialmente, di ulteriori traumi psicologici²⁹. Possono sorgere problemi coniugali che rischiano di portare al divorzio,³⁰ che a sua volta può mettere gravemente a rischio la posizione sociale ed economica della donna e dei suoi figli.

In molti casi, le donne e le bambine che sono state traumatizzate dalla E/MGF non parlano della loro esperienza. In alcune culture, non hanno mezzi socialmente accettabili per esprimere i loro sentimenti di disagio psicologico o di disperazione. Talvolta, non potendo o non volendo parlare apertamente di una difficoltà psicosociale, le singole donne o bambine la esprimono in termini di un disturbo fisico. Alcune evidenze degli effetti psicologici della E/MGF emergono anche presso le comunità di immigrati in Europa, America, Australia e Nuova Zelanda. Le donne immigrate che hanno subito la E/MGF spesso devono affrontare un altro fardello psicologico, dato che sia i valori alla radice della pratica sia le sue conseguenze fisiche e psicologiche sono compresi male nel paese che le ospita.³¹

La pratica della E/MGF può compromettere altri diritti umani, compreso il diritto all’istruzione. La CRC impone agli Stati parti di dotarsi delle misure appropiate

a promuovere un accesso universale ad una istruzione di qualità, una regolare frequenza scolastica e la diminuzione del tasso di abbandono scolastico, promuovendo lo sviluppo del bambino e consentendogli di realizzare tutte le sue potenzialità. La E/MGF è denunciata sempre di più come un fattore di abbandono scolastico delle bambine.³² I problemi di salute, il dolore e il trauma vissuti dalle bambine possono essere causa di assenteismo, di scarsa concentrazione, di rendimento insufficiente e di perdita di interesse. In alcuni paesi dell’Africa sub-sahariana, come il Kenya e la Tanzania, la E/MGF è realizzata nel contesto di cerimonie e riti che richiedono lunghe preparazioni, rendendo difficile la frequenza scolastica alle bambine. Inoltre, in molte culture le bambine che hanno subito l’intervento sono considerate oramai adulte e pronte per il matrimonio, quindi sono ritirate dalla scuola. Questo ha un profondo impatto non solo sullo sviluppo personale della bambina, ma anche sulla comunità alla quale ella appartiene, poiché l’istruzione delle bambine e la loro partecipazione consapevole alla vita sociale è fondamentale per ridurre la discriminazione e promuovere lo sviluppo e il progresso sociale.

Gli obblighi degli Stati

Con la ratifica della CRC e degli altri strumenti dei diritti umani, gli Stati parti assumono obbligazioni giuridiche che li impegnano a prevenire la pratica della E/MGF tra i propri cittadini e gli altri assoggettati alla loro giurisdizione.³³ Queste misure sono rilevanti e necessarie a livello nazionale e sub-nazionale, e richiedono il coinvolgimento di una vasta gamma di interlocutori, compresi i capi delle comunità e le organizzazioni di base. L’articolo 24, paragrafo 3, della CRC raccomanda agli Stati parti di “adottare ogni misura efficace ed appropriata atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei bambini.”

Box 8 - Alcune recenti osservazioni conclusive del Comitato sui diritti dell'infanzia in relazione alla E/MGF

Burkina Faso. CRC/C/15/Add.193. 9 ottobre 2002.

3. Il Comitato nota con soddisfazione: [...]

(e) La proibizione della mutilazione genitale femminile nel nuovo Codice penale e la creazione di un Comitato nazionale per la lotta contro la circoncisione femminile [...].

45. Il Comitato invita gli Stati parti a proseguire gli sforzi per porre fine alla pratica della mutilazione genitale femminile [...], tra le altre cose, tramite l'applicazione di leggi e la realizzazione di programmi di sensibilizzazione della popolazione sugli effetti dannosi della pratica.

Egitto. 21/02/2001. CRC/C/15/Add.145.

45. Prendendo atto della decisione del Governo, nel 1996, di proibire la mutilazione genitale femminile e del decreto ministeriale del 1997, che mette al bando questa pratica nelle strutture del Ministero della sanità, insieme ai vari sforzi volti ad educare il pubblico sui danni provocati dalla pratica, sia nelle scuole che nelle campagne stampa, il Comitato esprime la propria preoccupazione per la persistente diffusione della pratica.

46. Il Comitato [...] raccomanda allo Stato parte di affrontare come questione prioritaria il problema della mutilazione genitale femminile. Inoltre, lo Stato parte è invitato con urgenza a sviluppare e realizzare efficaci campagne pubbliche di educazione al fine di contrastare le pressioni tradizionali e familiari in favore di questa pratica, in particolare presso gli strati analfabeti della popolazione.

Paesi Bassi. 26/10/99.

18. Il Comitato accoglie con favore gli sforzi compiuti e si rende conto delle difficoltà incontrate dallo Stato parte nel proteggere le bambine sottoposte alla sua giurisdizione dalla mutilazione genitale femminile effettuata al di fuori del suo territorio. Ciò nondimeno, il Comitato invita lo Stato parte a realizzare campagne di informazione incisive e mirate per lottare contro il fenomeno, ed a prendere in esame la possibilità di adottare leggi con portata extraterritoriale che possano migliorare la protezione da tali pratiche dannose per le bambine sottoposte alla sua giurisdizione.

Sierra Leone. 24/02/2000. CRC/C/15/Add.116.

61. Il Comitato è estremamente preoccupato per la diffusione della pratica della mutilazione genitale femminile.

62. Alla luce dell'articolo 24.3 della Convenzione, il Comitato invita con urgenza lo Stato parte ad adottare leggi che proibiscano la pratica della mutilazione genitale femminile, ad assicurare il rispetto di tale legge e a realizzare campagne di informazione preventiva.

Queste misure comprendono iniziative di sensibilizzazione e campagne di educazione, lo sviluppo di meccanismi di protezione dei bambini contro tali pratiche, l'adozione di leggi per prevenirle e la fornitura di servizi di assistenza e di informazione sanitaria.³⁴

Il Comitato sui diritti dell'infanzia ha il compito di sorvegliare l'applicazione della Convenzione e di valutare i progressi realizzati dagli Stati parti per garantire la realizzazione dei diritti dei bambini. Dopo aver esaminato i rapporti degli Stati parti sull'applicazione della CRC, il Comitato ha spesso espresso preoccupazione riguardo alla E/MGF ed ha adottato raccomandazioni per prevenirne la continuazione (vedere Box 8). Nel 1995, il Comitato ha condotto un dibattito generale sulle bambine nell'ambito dei lavori preparatori della Quarta conferenza mondiale sulle donne a Pechino. Nella discussione è stato messo l'accento sull'importanza che la promozione e la protezione dei diritti dei bambini hanno nel rompere il ciclo delle usanze dannose e dei pregiudizi contro le donne. È stata inoltre attirata l'attenzione sull'importanza dell'istruzione per dare ai bambini la fiducia e le capacità necessarie a consentire loro di effettuare le proprie libere scelte di vita.

Come il Comitato sui diritti dell'infanzia, anche il Comitato cui è affidata la sorveglianza della Convenzione sulla eliminazione di ogni forma di discrimina-

zione contro le donne (CEDAW) del 1979 ha fatto specifico riferimento alle obbligazioni assunte dagli Stati parti rispetto alla E/MGF. Nella sua Raccomandazione generale del 1990 (numero 14), il Comitato ha raccomandato agli Stati parti di "dotarsi di misure appropriate ed efficaci al fine di sradicare la pratica della circoncisione femminile". La Raccomandazione propone inoltre che gli Stati parti "includano nelle loro politiche sanitarie nazionali strategie adeguate volte ad eliminare la circoncisione femminile dai servizi di assistenza sanitaria pubblica. Queste strategie devono chiamare in causa la diretta responsabilità che ha il personale sanitario, compresi gli assistenti al parto tradizionali, nello spiegare le conseguenze dannose della circoncisione femminile."³⁵ Più di recente, il Comitato ha emanato una Raccomandazione generale sulle donne e la salute che invita gli Stati parti a garantire l'applicazione e il rispetto delle leggi che proibiscono la mutilazione genitale femminile.

La Risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite del 2001 sulle pratiche o usanze tradizionali che colpiscono la salute delle donne e dei bambini ribadisce l'obbligo di tutti gli Stati di promuovere e proteggere i diritti umani e, tra le altre cose, invita gli Stati parti a raccogliere e diffondere dati sulla E/MGF e le altre pratiche, adottare e appli-

care leggi, fornire servizi di sostegno per le vittime, occuparsi della formazione degli operatori della sanità e di altro personale, emancipare le donne e rafforzare la loro indipendenza economica, mobilitare l'opinione pubblica, trattare l'argomento delle pratiche tradizionali nei programmi scolastici, promuovere la comprensione da parte degli uomini del loro ruolo e delle loro responsabilità, lavorando insieme alle comunità per combattere la pratica.³⁶

L'ampiezza della gamma di misure proposte in questa Risoluzione indica come la promozione e la protezione dei diritti umani debba essere sostenuta da un deciso impegno dei governi. È loro dovere adottare una vasta gamma di misure, compreso un quadro giuridico efficace, e promuovere campagne di sensibilizzazione e di educazione. La Risoluzione indica anche che gli interventi devono essere avviati e proseguiti a livello locale.

Note

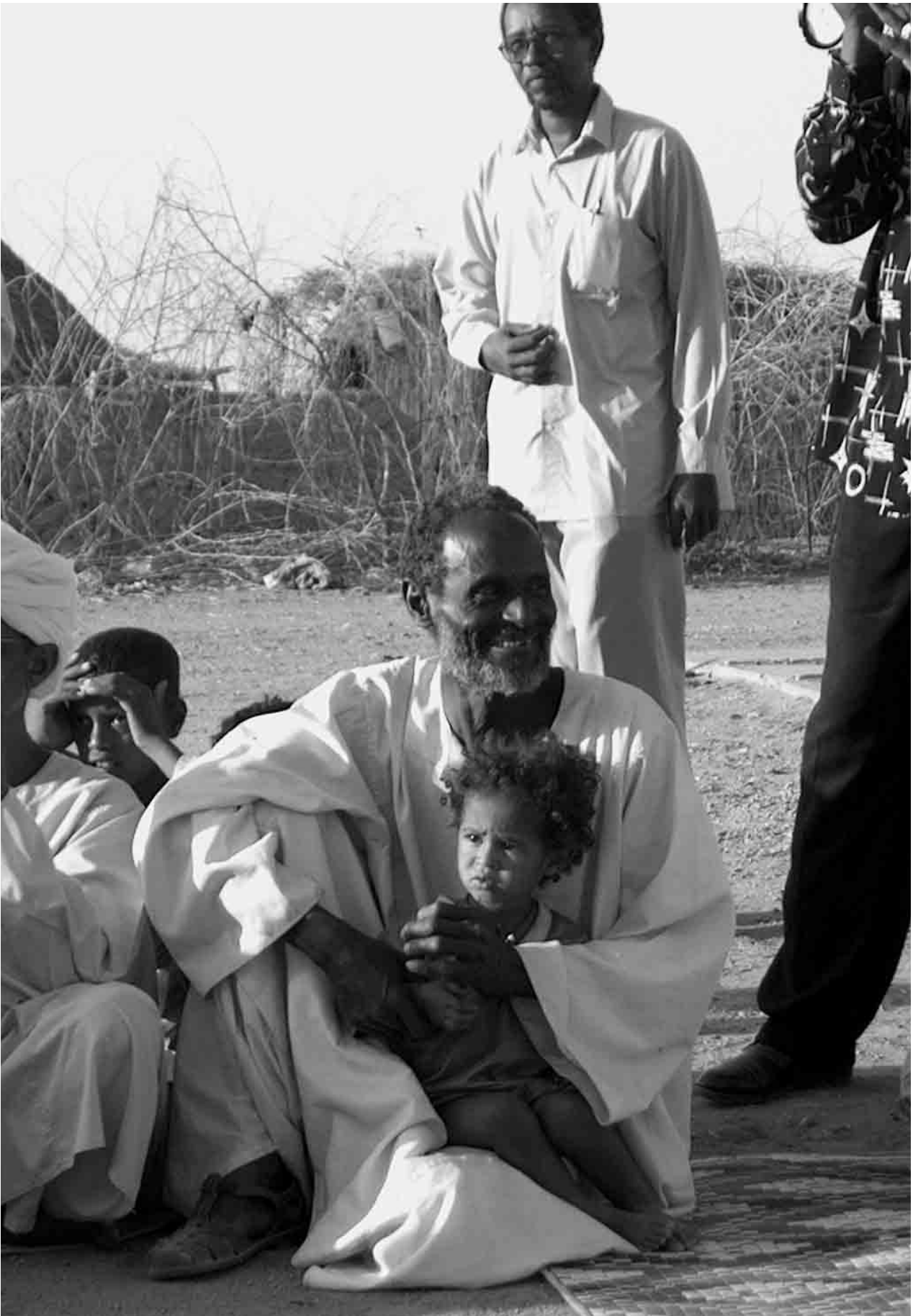
- 1 Solamente due paesi non hanno ancora aderito alla CRC, la Somalia e gli Stati Uniti d'America.
- 2 Oltre alla CRC e alla CEDAW, una serie di importanti strumenti dei diritti umani contengono articoli rilevanti per la E/MGF. Tra questi, la Dichiarazione universale sui diritti dell'uomo, del 1948, (articoli 2 e 3), il Patto internazionale sui diritti civili e politici, del 1966, (articoli 7 e 24), e il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, del 1966, (articolo 12). Il Comitato delle Nazioni unite sui diritti economici, sociali e culturali ha affermato nei suoi commenti generali sul diritto alla salute (articolo 12) che è importante intraprendere azioni per proteggere le donne e i bambini dagli effetti delle pratiche tradizionali che colpiscono la loro salute.
- 3 Amnesty International, "Section 4: A Human Rights Issue", *Female Genital Mutilation - A Human Rights Information Pack*, 1998, www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm4.htm, consultato il 10.02.2005.
- 4 Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti dell'uomo (1997), "Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children", UNOHCHR, Nota informativa numero 23.
- 5 Alcuni paesi nei quali si pratica la E/MGF, tra cui Somalia e Sudan, non sono firmatari della CEDAW. Neanche gli Stati Uniti d'America, dove si sa che alcune popolazioni di immigrati praticano la E/MGF, hanno firmato la Convenzione.
- 6 Vedere i paragrafi 49 e 224 della Dichiarazione e programma di azione della Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sui diritti umani, Vienna, 1993.
- 7 Vedere i paragrafi 4.22, 5.5 e 7.6 del Programma di azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo, Cairo, 1994.
- 8 Vedere i paragrafi 108, 125 e 232 della Dichiarazione e piattaforma di azione della Quarta conferenza mondiale sulle donne, Pechino, 1995.
- 9 Il principio dell'interesse superiore del bambino è sancito dall'articolo 3 della CRC.
- 10 Vedere per esempio, Wheeler, Patricia (2003), "Eliminating FGM: The role of the law", *The International Journal of Children's Rights*, 11, 2003, pp. 257-71.
- 11 OMS (1999) *Female genital mutilation - Programmes to date: What works and what doesn't - A review*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- 12 Per una trattazione più approfondita del consenso significativo nel contesto della E/MGF, vedere Mackie, Gerry (2004), "Ending Harmful Conventions: Liberal Responses to Female Genital Cutting", prodotto per il Dipartimento di scienze politiche della Yale University.
- 13 Per un'esposizione più completa delle complicità sanitarie associate con la E/MGF, vedere: Organizzazione mondiale della sanità (2000), "A Systematic review of the Health complications of Female Genital Mutilation including Sequelae in Childbirth", OMS, Ginevra.
- 14 OMS (2000), *Female Genital Mutilation*, Nota informativa numero 241, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.

Anche molti attori non governativi hanno adottato un quadro basato sui diritti umani nell'occuparsi della E/MGF. Una recente grande rassegna dei metodi utilizzati per sensibilizzare le comunità e spingerle a rinunciare alla pratica, realizzata dalla ONG RAINBO, conferma che l'impostazione fondata sui diritti umani è particolarmente efficace per emancipare le bambine e le donne, per cambiare la loro posizione nella società e costruire un consenso all'interno della comunità.³⁷

Dare a tutti i membri delle comunità locali la possibilità di venire a conoscenza dei diritti umani e di partecipare alle discussioni su come questi diritti siano collegati alla loro specifica situazione costituisce un fattore essenziale per lo sviluppo di un ambiente che protegga i bambini³⁸ e un elemento fondamentale per accelerare la trasformazione della società necessaria perché la pratica della E/MGF sia abolita.

- 15 OMS (2001), "Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation", rapporto sulla Consultazione tecnica dell'OMS, Ginevra, 15-17 ottobre 1997.
- 16 OMS (1996), *Female Genital Mutilation: Information Pack*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- 17 Obermeyer, C. (1999), "Female genital surgeries: The known, the unknown, and the unknowable", *Medical Anthropology Quarterly*, 13(1), citato in Jaldesa, Guyo W., Ian Askew, Carolyne Njue, Monica Wanjiru (2005), "Female Genital Cutting among the Somali of Kenya and Management of its Complications", USAID.
- 18 OMS (2000), *Female Genital Mutilation*. Nota informativa numero 241, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- 19 OMS (1995), "Female Genital Mutilation. Report of WHO Technical Working group, Geneva, 17-19 July", Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- 20 Vedere Jones, Heather, Nafissatou Diop, Ian Askew e Inoussa Kabore (1999), "Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes", *Studies in Family Planning*, settembre 1999, 30(3) pp. 219-30.
- 21 Agpar è l'acronimo dei cinque indicatori (in lingua inglese) da cui si ricava il punteggio: attività, espressioni facciali, polso, aspetto e respirazione.
- 22 Morison, Linda, Caroline Sherf, Gloria Ekpo, Katie Paine, Beryl West, Rosalind Coleman e Gijis Walraven (2001), "The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 6, n. 8, agosto 2001, pp. 643-53.
- 23 OMS (1999), *Female genital mutilation - Programmes to date: What works and what doesn't - A review*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- 24 Yoder, P. Stanley, Noureddine Abderrahim e Arlinda Zhuzhuni, *Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*, Rapporti comparativi DHS, numero 7, settembre 2004, ORC Macro.
- 25 OMS/UNFPA/UNICEF (1997), Dichiarazione congiunta, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- 26 Dichiarazione dell'Associazione medica mondiale di condanna della mutilazione genitale femminile, adottata dalla 45esima Assemblea mondiale medica, Budapest, Ungheria, ottobre 1993.
- 27 Per ulteriori dettagli, vedere Shell-Duncan, Bettina e Ylva Hernlund, a cura di, (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londra.
- 28 Frontiers in Reproductive Health and Population Council (2002), *Using Operation Research to Strengthen Programs for Encouraging Abandonment of Female Genital Cutting*. Rapporto dell'Incontro consultivo sui problemi metodologici della ricerca sulla MGF, 9 - 11 aprile 2002, Nairobi, Kenya.
- 29 Stewart, Holley, Linda Morison e Richard White (2002), "Determinants of Coital Frequency among Married Women in Central African Republic: the Role of Female Genital Cut-

- ting", *Journal of Biosocial Science*, 34(4), pp. 525-39.
- 30 La relazione esistente tra la E/MGF, i problemi della sessualità coniugale e il divorzio sono emersi chiaramente in occasione di interventi sul terreno e di interviste realizzate nel settembre 2004 nel contesto dei progetti ACDA finanziati dall'UNICEF a Assiut, Egitto.
 - 31 I sentimenti conflittuali avvertiti dalle donne immigrate sono descritti in Johnsdotter, Sara e Birgitta Essen (2004), "Sexual Health Among Young Somali Women in Sweden: Living with conflicting culturally determined sexual ideologies"; studio presentato alla conferenza "Advancing Knowledge on Psychosexual Effects of FGM/C: assessing the evidence", Alessandria, Egitto, 10-12 ottobre, 2004.
 - 32 Vedere per esempio, "Basic Education and Female Genital Mutilation", GTZ Topics, www2.gtz.de/fgm/downloads/eng_basic_education.pdf, consultato il 04.05.2005.
 - 33 Vedere Wheeler, Patricia (2003), "Eliminating FGM: The role of the law", *The International Journal of Children's Rights*, 11, 2003, pp. 257-71.
 - 34 Per un elenco completo delle obbligazioni degli Stati in riferimento alle pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne e delle bambine, vedere la Risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite A/RES/54/133, del 7 febbraio 2000.
 - 35 Comitato sulla eliminazione della discriminazione contro le donne, Raccomandazione generale 14, 1990, HRI/GEN/1/Rev. 5.
 - 36 Risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite A/RES/56/128, 7 dicembre 2001.
 - 37 Toubia, Nahid e Eiman Sharief (2003), "Female Genital Mutilation: have we made progress?", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82 (2003), pp. 251-61. Basando su questa rassegna, RAINBO ha sviluppato il modello Emancipazione delle donne e consenso della comunità (WECC) per migliorare la concezione, la valutazione e l'accompagnamento dei progetti sulla E/MGF. Il modello ha due principali dimensioni. La prima è la promozione dell'auto-emancipazione delle donne, compresa l'emancipazione economica, stimolandone la sensibilizzazione e le capacità decisionali. Ciò consente alle donne di ridefinire la propria identità e posizione sociale in termini che non includono la E/MGF. La seconda dimensione consiste nella costruzione di un consenso all'interno della comunità sul tema della protezione dei diritti delle donne e dei bambini e sull'avanzamento del cambiamento sociale attraverso un negoziato di sostegno da parte della gerarchia dei detentori del potere quali gli uomini, i capi religiosi e civili, i professionisti della salute ed altri.
 - 38 L'UNICEF identifica otto fondamentali aspetti che caratterizzano un ambiente che tuteli i bambini: riconoscimento da parte dei governi delle violazioni nell'ambito della protezione dei bambini e impegno per promuoverne la protezione; leggi che proteggano i bambini e che colpiscano coloro che li maltrattano e li sfruttano; atteggiamenti, usanze, comportamenti e pratiche che sostengano, valorizzino e proteggano i bambini; aperta discussione sui temi correlati alla protezione dei bambini, con la piena partecipazione della società civile e dei mezzi di informazione; capacità, conoscenza e partecipazione degli stessi bambini nelle questioni che li riguardano; consapevolezza all'interno della comunità, accompagnata da un'adeguata capacità di coloro che sono in contatto con i bambini (per esempio, famiglie, operatori sanitari, agenti di polizia); fornitura dei servizi essenziali e sostegno alle vittime di brutalità e sfruttamento; e un sistema di monitoraggio e di produzione di rapporti.



Un uomo del gruppo etnico Beni Amir del Sudan est tiene in braccio la figlia mentre partecipa ad un seminario sulla E/MGF, Idimair, Stato Kassala
UNICEF/Sudan/2004/1139/Ellen Gruenbaum

5

INIZIATIVE NELLE COMUNITÀ

Le iniziative più riuscite presso le comunità sono quelle che si fondano sui diritti umani e incorporano gli elementi fondamentali per il cambiamento (Vedere pagina 21).

Cambiare la convenzione sociale: dalla teoria alla pratica

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. Incoraggiano le comunità che hanno preso la decisione di abbandonare la pratica a diffondere il loro messaggio presso gli abitanti dei villaggi vicini. Tutti questi elementi aiutano a stimolare il cambiamento sociale necessario a proteggere le bambine e le donne dalla E/MGF.

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 Tostan di emancipazione delle comunità è un modulo di educazione partecipativa e non formale della durata di 30 mesi. Con il sostegno dell'UNICEF e in collaborazione con il Governo, è stato messo in atto in oltre 1500 comunità di 11 regioni del paese.

All'inizio del programma, una comunità istituisce

un comitato di gestione per coordinare le attività e assicurare la sostenibilità. Questo comitato sviluppa, applica, gestisce e valuta piccoli progetti che rispondono alle esigenze individuate dalla comunità stessa, coordina le attività delle classi e svolge un ruolo di collegamento tra Tostan e la comunità.

Il programma di educazione di 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 dei 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. Il programma è attentamente pianificato per assicurare che le sessioni siano collegate tra di loro e siano fondate su quanto appreso in precedenza. Le sessioni di classe impegnano attivamente i partecipanti che hanno avuto una scolarizzazione limitata o nulla, utilizzando una combinazione di metodi, tra cui la condivisione di esperienze personali, l'uso di materiali scritti o di immagini, teatro, poesie e canzoni. Il programma aiuta a sviluppare capacità fondamentali e promuove la riflessione necessaria a consentire il cambiamento sociale. Le classi favoriscono il consenso e il senso di unità attraverso attività che riuniscono i diversi membri della comunità, compresi i gruppi dei due sessi, i giovani e gli anziani, e i membri di tutti i gruppi etnici.

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 che è diffusa nella società Wolof, i partecipanti alle classi adottano un amico o familiare con il quale condividono le informazioni ricevute. I villaggi contattano i villaggi vicini, in uno sforzo di coinvolgimento delle comunità in un cambiamento su larga scala. (Box 9)

Il Programma Tostan di emancipazione delle comunità ha ottenuto notevoli risultati nelle comunità nelle quali è stato messo in atto: ha fatto aumentare l'aumento della scolarizzazione delle bambine, ha reso sistematica la registrazione delle nascite ed ha stimolato un significativo aumento del tasso di vaccinazione. Uno dei risultati più significativi è stata la creazione di un movimento di base per l'eliminazione della E/MGF, che si sta diffondendo in tutto il Senegal. Avere l'occasione di comprendere i diritti umani e di verificare la loro diretta applicazione nel contesto del proprio villaggio crea fiducia nei partecipanti, soprattutto per le bambine e le donne. Rafforza anche la capacità del gruppo di affrontare questioni più difficili e prepara il terreno per la decisione da parte dei membri della comunità di abbandonare la E/MGF. A loro volta, le comunità condividono queste informazioni ed esperienze con gli altri gruppi con i quali i loro membri sono soliti contrarre matrimoni. Le comunità così motivate ospitano incontri di più villaggi per raggiungere un consenso sull'abbandono di questa pratica che pesa sul loro comune futuro. Alla data del dicembre 2004, questi incontri avevano prodotto 18 dichiarazioni pubbliche da parte di 1.527 comunità, corrispondenti a circa il 30 per cento della popolazione che si stima praticasse la E/MGF in Senegal nel 1997.¹

L'ampia risonanza data dalla stampa a queste dichiarazioni pubbliche contribuisce a far conoscere l'alternativa dell'abbandono della E/MGF presso le comunità che ancora la praticano. Aiuta anche a creare a livello nazionale un ambiente favorevole al cambiamento. Dal 1997, il programma ha coinvolto 700.000 persone e continua ad espandersi.

Una valutazione indipendente del Programma Tostan di emancipazione delle comunità, portato a termine di recente dal Population Council, ha comparato le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti di donne e uomini dei 20 villaggi in cui aveva operato il Tostan con quelli di altri 20 villaggi che non erano venuti a contatto con il programma. Dal raffronto è risultato che il programma aveva prodotto un significativo aumento della consapevolezza da parte di uomini e donne sui diritti umani, sulla violenza di genere, sulla salute riproduttiva e sulle conseguenze della E/MGF. Si era anche verificata una notevole diminuzione dei favorevoli alla E/MGF tra le donne e gli uomini dei villaggi interessati dall'iniziativa, anche se il 16 per cento delle

donne che avevano preso parte al programma non aveva modificato la propria posizione. L'85 per cento delle donne che avevano espresso la propria disapprovazione per la E/MGF ha detto di aver sviluppato questa opinione dopo aver preso parte al Programma Tostan. Subito prima dell'inizio del programma, 7 donne su 10 affermavano di voler sottoporre le figlie all'escissione. Alla conclusione del programma, il rapporto era sceso a circa 1 donna su 10 tra le donne che avevano partecipato e a 2 su 10 tra le donne che non avevano preso direttamente parte al programma, ma che abitavano nello stesso villaggio.² La MACRO International, il Population Council e l'UNICEF sosterranno un altro studio sulle dinamiche sociali che portano al cambiamento positivo nei villaggi interessati dal Programma Tostan. Questo studio andrà a completare l'indagine DHS in programma per il 2005.³

Nel Burkina Faso, la ONG Mwangaza Action ha adattato ed applicato il Programma Tostan di emancipazione della comunità in 23 villaggi.⁴ Sono attualmente in corso anche sforzi per applicare il metodo in Guinea e in Sudan. Prima del 2002, il Programma sudanese per la trasformazione sociale accelerata (PFAST) si era concentrato sugli interventi miranti ad informare sulle conseguenze della E/MGF per la salute ed a dissociare la pratica dagli insegnamenti dell'Islam. Dato che ciò da solo non si era rivelato sufficiente a promuovere l'abbandono della E/MGF, il programma iniziò a riorientare gli sforzi verso l'emancipazione delle donne e la promozione e la tutela dei diritti umani. Vi sono indicazioni del fatto che questo reindirizzamento ha dato avvio ad un processo di cambiamento: nelle comunità scelte per l'iniziativa si sono formati schieramenti sia favorevoli sia contrari al cambiamento, un segnale del fatto che è stata messa in moto una dinamica sociale. Le credenze tradizionali sull'onore, la vergogna, la verginità e il matrimonio sono adesso oggetto di intensi dibattiti e ci sono indicazioni del fatto che molti membri della comunità, compresi i leader, cominciano a mettere in dubbio convinzioni profondamente radicate e a prendere in considerazione comportamenti alternativi. Applicato soprattutto negli Stati del Kassala, del Kordofan occidentale, del Darfur meridionale e di Al Gadarif, il programma PAFST interessa circa 120 comunità, con una popolazione di circa 6.000.000 di persone. Esso sta creando un ambiente sociale nel quale le persone

Box 9 - L'inizio della diffusione organizzata in Senegal

Quando le donne di Malicounda Bambara 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 dell'età 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 E/MGF perché i suoi abitanti erano soliti contrarre matrimoni con i membri di dodici altre comunità vicine. Dato 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 e il benessere delle proprie figlie e donne. I capi religiosi e le autorità sia tradizionali sia statali fornirono il loro sostegno alla decisione. La Dichiarazione di Diabougou fu di ispirazione per altri partecipanti ai programmi Tostan, spingendoli ad organizzare dichiarazioni pubbliche congiunte tra più comunità come mezzo per porre fine alla E/MGF. 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.

sono in grado di rispondere ai messaggi sulle conseguenze della E/MGF ricevuti negli ultimi anni.

Anche le attività svolte dall'Organizzazione evangelica copta per i servizi sociali (CEOSS) e il Centro per l'educazione, lo sviluppo e le attività demografiche (CEDPA) in Egitto sono una indicazione dell'efficacia di un approccio olistico, basato sui diritti umani che consenta alle comunità di discutere e, in conseguenza di ciò, di abbandonare la E/MGF.

Le strategie del CEOSS, derivate da oltre 50 anni di esperienza, 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. Una varietà di 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, l'agricoltura e la protezione dell'ambiente. Tra le attività specifiche per favorire l'abbandono della E/MGF ci sono: la creazione di comitati locali delle donne; attività di sensibilizzazione sulle pratiche tradizionali dannose; attività di formazione dei membri delle comunità locali, degli insegnanti, degli operatori sanitari e dei giornalisti; visite a domicilio presso le famiglie con figlie individuate come soggette al rischio di subire l'intervento; e la promozione della creazione di ONG locali in modo da garantire sia la rilevanza delle loro attività sia un senso di appartenenza della comunità.⁵

L'esperienza del villaggio di Deir el Barsha, nel governatorato del Minya nell'Alto Egitto, dimostra che il cambiamento è possibile. Una valutazione esterna condotta nel 1997-8⁶ ha registrato nel villaggio un chiaro cambiamento nella mentalità e nei comportamenti riguardo alla E/MGF, con la proporzione di bambine non scisse che ha raggiunto il 50 per cento (dalla DHS risulta che la prevalenza nazionale in Egitto nel 1995 era del 97 per cento). Secondo questa valutazione, vari fattori hanno contribuito a questo risultato, tra i quali: attività di sviluppo basate sul genere e realizzate nel villaggio nel corso di più di vent'anni; emigrazione temporanea maschile all'estero che ha consentito alle donne di aumentare il loro peso nei processi decisionali della comunità;⁷ il ruolo svolto dal clero nel fornire informazioni sulla E/MGF e nel mobi-

litare la gente contro la pratica.⁸ Nel 1991, dopo quasi un decennio di attività della CEOSS contro la E/MGF, i praticanti tradizionali come i barbieri e le levatrici, hanno pubblicamente firmato un documento con il quale si impegnano 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 la pratica della E/MGF. Questo sostegno è importante sia per rafforzare la loro decisione sia per consentir loro di avviare un dibattito con altri sulla questione.

Il CEDPA lavora dal 1988 alla promozione dell'abbandono della E/MGF, utilizzando il "Metodo della devianza positiva". Il suo Programma di rinuncia alla E/MGF 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 programma.⁹ Tuttavia, gli effetti a lungo termine del metodo nel promuovere un cambiamento dei comportamenti devono ancora essere valutati.

In collaborazione con il CEDPA, l'UNICEF sostiene organizzazioni non governative che hanno organizzato educatori e attivisti di pari in quattro governatorati dell'Alto Egitto (Assiut, Sohag, Quena e Minya) e che, con l'assistenza dei capi religiosi, conducono gruppi di discussione ed effettuano visite casa per casa per sensibilizzare le comunità.¹⁰ Questi educatori, che comprendono donne e uomini con provenienze ed età diverse, mostrano un elevato livello di impegno ed hanno un'estesa influenza nella comunità. Le potenzialità che hanno queste persone di coinvolgere i loro vicini sull'argomento della E/MGF sono rafforzate dalla loro profonda comprensione delle dinamiche interne delle comunità cui appartengono e dalla fiducia di cui godono presso gli abitanti del loro stesso villaggio. Come nel caso di altri programmi riusciti, anche qui il metodo adottato è improntato al rispetto e all'assenza di giudizio. Nelle interviste, gli educatori di pari hanno sottolineato l'importanza di saper fornire informazioni sulla E/MGF in modo non dirigista.

Box 10 - La comunicazione per il cambiamento sociale¹¹

La comunicazione di informazioni sulle conseguenze della E/MGF per la salute può sensibilizzare sui rischi associati alla pratica ed anche modificare la mentalità rispetto ad essa, ma non produce necessariamente un cambiamento dei comportamenti. Le iniziative di comunicazione più efficaci per cambiare i comportamenti sono quelle realizzate dai membri della comunità che si impegnano attivamente nel determinare il proprio sviluppo.

L'impiego della comunicazione come strumento di emancipazione delle comunità comporta una serie di nuovi orientamenti delle strategie di comunicazione:

- dalla concezione e presentazione di messaggi, alla agevolazione ed incoraggiamento del dialogo, il che comporta una condivisione delle idee invece che l'imposizione di giudizi o di condanne su comportamenti considerati "sbagliati";
- dall'accento sui comportamenti individuali, all'accento sul cambiamento sociale collettivo;
- dalla concentrazione sui problemi sociali, alla valorizzazione della ricchezza culturale e all'agevolazione di un processo di cambiamento culturale;
- da soluzioni dettate dagli esperti, a soluzioni elaborate dalla stessa comunità, il che comporta il coinvolgimento delle comunità nell'identificazione delle strutture esistenti e delle soluzioni più appropriate.

Fornendo sostegno a coloro che hanno scelto di abbandonare la E/MGF e promuovendo il dibattito all'interno delle comunità, le iniziative del CEOSS e del CEDPA hanno contribuito a cambiare le idee e i comportamenti nei confronti della E/MGF. Tuttavia, le repliche di questo modello in altri villaggi sono state poche.

Agevolare il dialogo e la discussione senza giudicare

La creazione di spazi adeguati e di occasioni di discussione nella comunità, spazi nei quali le persone si sentano sicure e siano incoraggiate ad esprimere le loro opinioni, consente ai membri delle comunità di essere attivi nel determinare il proprio sviluppo piuttosto che essere i destinatari passivi di messaggi che provengono dall'esterno. Questo dà la possibilità di esprimersi anche a coloro che normalmente non lo farebbero. Nel caso della E/MGF, spesso si tratta delle stesse donne e bambine, ma possono anche essere uomini che non sempre hanno la possibilità di parlare dell'argomento.

Attraverso una discussione e riflessione pubblica priva di giudizi e dirigismi, i costi della E/MGF che prima erano nascosti cominciano ad emergere, con le donne e gli uomini che condividono le loro esperienze e quelle delle loro figlie. Allo stesso tempo, coloro che vogliono porre fine alla pratica uniscono le forze con altri che la pensano come loro e diffondono il messaggio nelle comunità.

L'Agenzia tedesca per la cooperazione tecnica (GTZ) ha applicato questi principi alla questione della E/MGF in Guinea con il suo "metodo dell'ascolto e del dialogo". Gli organizzatori di questo progetto affermano che si è rivelato il loro intervento più riuscito. Avere la possibilità di esprimere il proprio parere in un contesto di rispetto e privo di giudizio ha consentito alle donne e agli uomini di condividere i loro sentimenti ambivalenti rispetto alla E/MGF ed ha dato accesso alla comunità a nuove opzioni di dialogo e di comportamento.

Questo metodo di comunicazione è anche sensibile all'uso di immagini e messaggi che le comunità possono percepire come inopportune o in alcuni casi persino offensive. L'esperienza della GTZ nella regione senegalese del Kolda illustra l'importanza di un approccio improntato al rispetto e privo di giudizi che stimoli il dibattito e la riflessione (vedere Box 11).

Riti di passaggio alternativi

Laddove la pratica della E/MGF è associata a riti di iniziazione o a cerimonie che segnano il passaggio all'età adulta, come avviene in alcune comunità in Gambia, Kenya, Tanzania e Uganda, gli interventi si sono spesso concentrati sullo sviluppo di riti di passaggio alternativi. Questi conservano l'aspetto socio-culturale positivo del rituale, ma non impongono alle bambine di sottomettersi alla E/MGF. Le potenzialità offerte da questa strategia sono limitate alle comunità che associano la E/MGF a riti o cerimonie con questa connotazione. Un'ulteriore limitazione è rappresentata dalla tendenza diffusa presso molte di queste comunità a operare le bambine ad un'età inferiore e con una minore valenza rituale.¹²

I riti alternativi hanno goduto di un grado variabile di successo nel promuovere l'abbandono della E/MGF. Isolatamente, hanno un effetto limitato perché non risolvono il problema dei valori sociali di fondo associati con la E/MGF, e quindi offrono scarse garanzie che una bambina non sia operata in un momento successivo. Tuttavia, come indicato dall'esperienza di Maendeleo Ya Wanawake (MYWO), un'organizzazione di donne del Kenya, le cerimonie alternative sono ben accettate e contribuiscono a ridurre l'incidenza della E/MGF quando sono accompagnate dalla sensibilizzazione e dal dibattito all'interno della comunità.¹³ L'MYWO, con l'assistenza tecnica del Programma per le tecnologie appropriate nella sanità, ha sviluppato un programma che inizia con attività di sensibilizzazione della comunità per reclutare partecipanti, propone un'educazione alla vita familiare per le bambine e culmina con un evento pubblico modellato sulla cerimonia tradizionale della comunità per segnare il passaggio all'età adulta. La componente educativa si fonda sulle conoscenze tradizionali impartite alle bambine in preparazione di questa cerimonia, spesso durante un periodo di segregazione, ed è arricchita da informazioni aggiuntive sulla salute riproduttiva e sessuale.

Secondo uno studio realizzato dal Population Council nel 2000,¹⁴ il lavoro della MYWO ha avuto effetti sia sulle idee sia sui comportamenti associati alla E/MGF. Tuttavia si è rivelato più efficace laddove altre istituzioni e sviluppi socio-culturali hanno contribuito a modificare la mentalità rispetto alla E/MGF e laddove il lavoro di preparazione è stato realizzato attraverso un'attività di sensibilizzazione. È ancora troppo presto per sapere se questo iniziale successo possa essere considerato durevole e quali siano i tipi di rituale che offrono i risultati migliori.¹⁵

Opportunità occupazionali alternative per i rescissori

In una serie di paesi, tra i quali il Burkina Faso, l'Etiopia, il Gambia, il Kenya, il Mali, il Sudan e l'Uganda, si sono sviluppate iniziative per educare coloro che effettuano le operazioni di E/MGF sui rischi per la salute associati con la pratica e per dare loro possibilità alternative di reddito. I progetti in genere combinano l'educazione sugli effetti dannosi della E/MGF con lo sviluppo di nuove capacità e la messa a disposizione di prestiti o altri incentivi per trovare fonti alternative di sostentamento. In alcuni casi, questa formazione è seguita da una cerimonia pubblica o privata, che può prevedere la denuncia della pratica da parte dei rescissori e la simbolica deposizione dei loro strumenti, oppure da un giuramento sul Corano di rinuncia alla loro attività. Anche se queste iniziative sono riuscite ad aiutare i rescissori a cessare la loro attività, non modificano la convenzione sociale che crea la domanda dei loro servizi, e le famiglie continuano a cercare persone disposte ad effettuare l'intervento.¹⁶ Dare la possibilità di un reddito alternativo ai rescissori può essere un utile complemento dei metodi che prendono di mira la domanda della pratica, ma da solo non ha le caratteristiche necessarie a porre fine alla E/MGF.

Box 11 - Nantoondiral: l'uso di film come stimolo al dibattito

In alcuni villaggi della regione senegalese del Kolda, si utilizza un film dal titolo *Nantoondiral* ("consenso" in lingua Pulaar) per promuovere l'abbandono della E/MGF. Il film, prodotto dal progetto Fankanta della GTZ, tratta una vasta gamma di temi come le conseguenze mediche e sociali della E/MGF, il punto di vista islamico sulla pratica, e i valori sociali tradizionali in relazione alle donne e alle bambine. Prima della proiezione del film, una presentazione prepara il pubblico alla natura sensibile delle immagini. Dopo la proiezione, gli spettatori sono incoraggiati a porre domande che stimolino il dibattito. Allo stesso tempo si forniscono informazioni sulle strutture sanitarie e orientamenti per una successiva riflessione. Il film *Nantoondiral* è stato prodotto in risposta alle reazioni negative suscitate nel pubblico da un precedente film, *La duperie* ("L'inganno"). Questo film conteneva scene e immagini che molti trovarono scioccanti, e aveva suscitato negli spettatori il sospetto che gli autori fossero partiti dall'intenzione di criticare la loro cultura.

Gli interventi presso le comunità di immigrati nei paesi industrializzati

Il fatto che molte comunità di immigrati continuino a praticare la E/MGF nei loro nuovi paesi di residenza è prova della forza esercitata dalla convenzione sociale. Gli elementi di fondo delle strategie di lotta contro la E/MGF presso le comunità di immigrati in paesi dove la pratica non fa parte della tradizione sono sostanzialmente gli stessi di quelli impiegati nei paesi con la maggiore prevalenza.

"In seguito alla nostra emigrazione e con il passare del tempo, siamo arrivati a vedere le cose in maniera diversa e adesso ci rendiamo conto dei danni causati dalla nostra usanza tradizionale. Tuttavia, i nostri genitori non avrebbero potuto agire diversamente ed è fuori questione parlare di abuso. Loro volevano il meglio per noi, le loro figlie. Dopo tutto, noi abbiamo atteso con trepidazione il giorno in cui saremmo state in grado di annunciare a scuola che anche noi eravamo state circoncese.

Adesso siamo in grado di esprimere la tristezza e il dolore della nostra storia, e dire che la mutilazione genitale femminile non è più adeguata alla nostra epoca. Desideriamo un futuro felice per le nostre figlie, un futuro nel quale esse possano avere un pieno sviluppo emozionale e nel quale possano avere la possibilità di giocare e di sentirsi protette."
Donna somala, Paesi Bassi

Nei Paesi Bassi, l'attività della Pharos, una ONG che opera nel campo dell'assistenza sanitaria ai profughi, e la Federazione delle associazioni somale illustrano quanto sia importante adottare un approccio basato sul rispetto e sulla sensibilità culturale, rivolgersi ai gruppi piuttosto che agli individui, agevolare il dibattito e la sensibilizzazione invece che imporre delle soluzioni, e dedicare il tempo necessario a consentire che le comunità pervengano ad una loro propria decisione riguardo alla pratica.

Nei Paesi Bassi, la questione della E/MGF iniziò ad acquisire rilievo nel corso degli anni novanta con l'arrivo delle prime donne profughe dalla Somalia. Anche se la pratica è stata proibita nel 1993 con la legge penale generale sulle lesioni, le bambine continuano ad essere escisse. Nel 2000, con il finanziamento del Ministero della sanità, del benessere e dello sport, Pharos e la Federazione delle associazioni somale hanno avviato un progetto di collaborazio-

ne al fine di emancipare la comunità somala con un dibattito sulla E/MGF e di rafforzare le competenze sulla E/MGF nel settore sanitario.

Rendendosi conto del fatto che il dialogo interno ad una comunità sulla E/MGF deve essere gestito dalla comunità stessa, i partecipanti al progetto hanno elaborato dei moduli educativi su misura condotti da "educatori" appositamente formati e da "figure di riferimento" appartenenti alle stesse comunità somale. Si tratta di persone che godono della fiducia e del rispetto degli appartenenti alla loro comunità, che sono in grado di agevolare il dibattito e che conoscono le istituzioni olandesi. La maggior parte delle sessioni di educazione si tengono durante il fine settimana, quando i partecipanti hanno del tempo libero. Talvolta, gli uomini, le donne e i giovani si incontrano separatamente: gli uomini si riuniscono nelle moschee dopo la preghiera del venerdì, mentre le donne si possono incontrare nei centri della comunità o la sera nelle case. Ciò nonostante, uno dei risultati più importanti ottenuti finora dal progetto, è stata una serie di incontri nei quali le donne e gli uomini si sono riuniti insieme per discutere della questione. Queste sessioni sono servite da catalizzatore per un dibattito sulla E/MGF esteso a tutta la comunità. Allo stesso tempo, le sessioni hanno dimostrato come ci siano ancora molti genitori somali che intendono sottoporre le figlie all'operazione. L'ultima valutazione sul progetto ha rilevato un aumento della sensibilizzazione sulla questione, ma anche un'esigenza di continuità per riuscire a cambiare i comportamenti.¹⁷

Tra i gruppi di immigrati, la convenzione di escindere le bambine è spesso rafforzata dai legami sociali e culturali che la pratica conferisce con la comunità di provenienza. Un recente sviluppo del programma Tostan, di cui abbiamo parlato all'inizio di questo capitolo, offre la possibilità di utilizzare questi stessi legami come strumento per raggiungere e influenzare i gruppi di immigrati nei paesi industrializzati che praticano la E/MGF. Nel maggio 2005, i rappresentanti di 44 villaggi della regione senegalese del Kolda si sono riuniti nel villaggio di Marakhissa per annunciare pubblicamente la loro decisione di rinunciare alle pratiche della E/MGF e del matrimonio precoce. Questa decisione è stata raggiunta dopo un periodo di incontri e di dibattiti non solo tra i villaggi partecipanti, ma anche con le più estese reti di parentele nelle principali città del Senegal e, significativamente, nel Gambia e negli Stati Uniti. Delegazioni da questi paesi hanno preso parte alla cerimonia della dichiarazione, che ha rappresentato la prima occasione nella quale i parenti emigranti sono stati direttamente coinvolti nella decisione di abbandonare la

E/MGF. La dichiarazione ha rappresentato un'occasione per i membri emigranti delle comunità Diola di affermare il loro rifiuto della E/MGF, riaffermando allo stesso tempo gli aspetti positivi della loro cultura.

“È un giorno meraviglioso per tutti i Diola che vivono negli Stati Uniti. Adesso possiamo

mandare le nostre figlie in vacanza nei nostri villaggi di provenienza e fare loro conoscere la loro famiglia e le tradizioni positive dei Diola senza doverci preoccupare che siano sottoposte alla mutilazione.”

Figlio del capo del villaggio di Marahkissa, residente a Houston, Stati Uniti.

Note

- 1 L'UNICEF stima che nel 1997 circa 5000 villaggi in Senegal praticassero la E/MGF.
- 2 Diop, Nafissatou J., Modou Mbacke Faye, Amadou Moreau, Jacqueline Cabral, Hélène Benga, Fatou Cissé, Babacar Mané, Inge Baumgarten e Molly Melching (2004), *The TOSTAN Program. Evaluation of a Community Based Education Program in Senegal*, FRONTIERS Final Report, Population Council, Washington DC.
- 3 Fino ad oggi, non è stata realizzata alcuna indagine DHS oppure MICS per determinare la prevalenza della E/MGF in Senegal. I risultati preliminari dell'indagine DHS sono previsti per il luglio 2005.
- 4 Per ulteriori informazioni sulle attività di Tostan in Burkina Faso vedere Ouoba, Djingri, Zakari Congo, Nafissatou J. Diop, Molly Melching, Baya Banza, Georges Guiella e Inge Baumgarten (2004), *Experience from a Community Based Education Program in Burkina Faso. The Tostan Program*, Rapporto finale FRONTIERS, Population Council, Washington, DC.
- 5 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. CEOSS (2003), *Empowerment: From theory into practice*, Ceopress, Cairo.
- 6 Hadi, Amal Abdel (1998), *We are Decided. Struggle of an Egyptian village to eradicate female circumcision*, Istituto del Cairo per gli studi sui diritti umani, Cairo.
- 7 La valutazione rileva 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.
- 8 Per ulteriori informazioni sugli effetti di questi diversi fattori, vedere Hadi, Amal Abdel (1998), *We are Decided. Struggle of an Egyptian village to eradicate female circumcision*, Istituto del Cairo per gli studi sui diritti umani, Cairo.
- 9 CEDPA (2004), "Female Genital Mutilation Abandonment Program- Implementation results June 2003-June 2004." Il programma di rinuncia alla E/MGF del CEDPA si articola in cinque fasi successive: 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 che promuova l'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 imminente di E/MGF, fino a che la famiglia non manifesta pubblicamente la sua ferma intenzione di non sottoporre la figlia alla E/MGF; 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.
- 10 UNICEF Egitto, (2004), "Campaigning against Female Genital Mutilation/Cutting in Egypt", Aggiornamento UNICEF, settembre 2004.
- 11 Ford, Neil "A Human Rights Approach to FGM/C Programming": Presentazione effettuata nell'incontro tecnico dell'UNICEF sulla E/MGF a Firenze, Italia, 18-20 ottobre 2004.
- 12 Vedere Herlund, Ylva, "Cutting without Ritual and Ritual without Cutting: Female 'Circumcision' and the Re-ritualization of Initiation in the Gambia" in Shell-Duncan, Bettina e Ylva Herlund, a cura di, (2000), *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, Lynne Rienner Publisher, Londra; e Dorkenoo, Efua (1994), *Cutting the*

- Rose. Female Genital Mutilation: the practice and its prevention*, Gruppo per i diritti delle minoranze, Londra.
- 13 Per un approfondimento sui metodi utilizzati per promuovere l'abbandono della E/MGF da MYWO/Path vedere: Organizzazione PATH/ Maendeleo Ya Wanawake (2002), *Evaluating Efforts to Eliminate the Practice of Female Genital Mutilation. Raising Awareness and Changing Harmful Norms in Kenya*, PATH, Washington DC.
- 14 Chege, Jane, Ian J Askew e Jennifer Liku (2001), "An assessment of the alternative rites approach for encouraging abandonment of FGC in Kenya", Rapporto finale FRONTIERS, Population Council, Washington DC.
- 15 GTZ (2001), *Addressing Female Genital Mutilation; Challenges and Perspectives for Health Programmes. Part 1: Select approaches*, GTZ, Eschborn.
- 16 Il Population Council ha realizzato uno studio in Mali per valutare le strategie di riconversione utilizzate da tre ONG. Tutte e tre le ONG impiegano operatori per educare i rescissori e le comunità sugli effetti dannosi della E/MGF per la salute delle donne. Due di esse hanno sviluppato programmi di produzione di reddito per dare ai rescissori un reddito alternativo, ed una di esse ha tentato di formare i rescissori a diventare attivisti nella lotta contro la E/MGF. Ma queste strategie non sono state accompagnate da un'estesa campagna di sensibilizzazione rivolta al grande pubblico. Lo studio indica che la strategia fondata sulla conversione dei rescissori non è stata efficace: ha prodotto bassi tassi di conversione, mentre i genitori hanno continuato a cercare rescissori ed hanno trovato anche operatori sanitari disposti ad effettuare l'operazione. Inoltre, i membri della comunità e il personale delle ONG riferiscono che i rescissori continuano a praticare la E/MGF nonostante abbiano dichiarato agli intervistatori di aver rinunciato alla pratica. Population Council (2000), "Mali: FGC Excisors Persist Despite Entreaties", Sommario numero 2 FRONTIERS OR, Population Council, Washington, DC.
- 17 "Female Genital Mutilation in the Netherlands. From policy to practice. September 2000-December 2002", Estratti dalla valutazione del progetto, Pharos - Utrecht, tradotto dal Comitato nazionale dei Paesi Bassi per l'UNICEF, 2004.

Una bambina sudanese con la madre durante una visita per la presa di coscienza delle conseguenze della E/MGF in un villaggio di Adarma, Stato Kassala.

UNICEF/Sudan/2004/1141/Ellen Gruenbaum



6

LA CREAZIONE DI UN AMBIENTE FAVOREVOLE AL CAMBIAMENTO

Per abbandonare la E/MGF su larga scala, le comunità hanno bisogno di essere sostenute. I governi nazionali devono creare un ambiente protettivo per le donne e i bambini e promuovere l'abbandono della pratica con misure sociali e leggi appropriate. Anche le attività di mobilitazione e di sensibilizzazione, che coinvolgono i mezzi d'informazione e i personaggi che hanno influenza sull'opinione pubblica, svolgono un ruolo importante nello stimolare l'impegno a livello locale, nazionale e internazionale.

La legislazione nazionale

L'adozione di leggi che proibiscano la E/MGF può essere molto efficace per accelerare il cambiamento laddove un processo di cambiamento della società è già avviato, e i cittadini sono sensibilizzati sulla questione.¹ La legislazione ha almeno tre chiari scopi: rendere esplicita la disapprovazione da parte dello Stato della E/MGF; inviare un chiaro messaggio di sostegno a coloro che hanno rinunciato, o vorrebbero rinunciare all'usanza; e agire da deterrente nei confronti della pratica. È importante che le leggi comprendano o siano integrate da adeguate misure di protezione dell'infanzia, da efficaci meccanismi di sostegno sociale, e da campagne di informazione o di sensibilizzazione, improntate ad un carattere dissuasivo piuttosto che punitivo. Da sola, l'imposizione di sanzioni rischia di spingere la pratica nell'illegalità con effetti molto limitati dal punto di vista del cambiamento dei comportamenti.

In Africa e nel Medio Oriente, un grande numero di paesi ha adottato leggi specifiche per lottare contro la E/MGF, con statuti o decreti. Tra questi paesi, il Benin (2003), il Burkina Faso (1996), la Repubblica Centra-

fricana (1966²), la Costa d'Avorio (1998), il Gibuti (1995), l'Egitto (1996), il Ghana (1994), la Guinea (1965, aggiornata nel 2002), il Kenya (2001), il Niger (2003), il Senegal (1999), la Tanzania (1998) e il Togo (1998). In alcuni casi, la pratica è proibita dalla costituzione nazionale. Per esempio, in Etiopia, la Costituzione del 1994 proibisce esplicitamente le pratiche tradizionali dannose, comprese quelle che opprimono le donne e causano loro danni fisici o mentali. Le Costituzioni del Ghana, della Guinea e dell'Uganda contengono proibizioni simili. In una serie di altri paesi, tra i quali il Ciad, il Mali e il Niger, la E/MGF è considerata una lesione nel contesto del diritto penale.

Uno studio sulle leggi dei vari paesi pubblicato nel 2000 ha rilevato che solo in quattro dei 28 paesi dell'Africa e del Medio Oriente nei quali si pratica la E/MGF si erano avuti procedimenti giudiziari: Burkina Faso, Egitto, Ghana e Senegal.³ In Burkina Faso, la prima condanna di una *exciseuse* è stata pronunciata poco tempo dopo l'introduzione della legge nel 1996. La legge nazionale prevede una detenzione da sei mesi a tre anni e/o una multa tra l'equivalente di USD 300 e 1.850⁴ per chiunque sia giudicato colpevole di praticare la E/MGF. Pene ancora maggiori si applicano nel caso che la pratica abbia causato la morte, con misure speciali previste nei confronti di personale medico o paramedico che pratici l'operazione. La legge prevede anche sanzioni per coloro che, essendo a conoscenza dell'esecuzione di una operazione di E/MGF, non ne informano le autorità. In Burkina Faso, la legge è parte integrante di una strategia più vasta che comprende iniziative di sensibilizzazione e di sostegno sociale. L'indagine ha rilevato che solo il 23,8 per cento delle donne circoncise ha affermato di desiderare la continuazione dell'usanza, mentre il 63,7 per cento vorrebbe che fosse abolita.

Box 12 - Risposte giuridiche alla E/MGF in Europa occidentale

Oggi, tre dei dieci più grandi gruppi di richiedenti asilo nell'Unione europea provengono da paesi africani nei quali la E/MGF è praticata (Nigeria, Somalia e la Repubblica democratica del Congo).⁵ Una delle risposte più concrete da parte dell'Unione europea è stata l'uso di misure legislative per proibire la pratica e punire coloro che la mettono in atto, che vi partecipano e che la favoriscono.⁶

I legislatori europei hanno in genere seguito uno dei tre seguenti approcci alla E/MGF: l'adozione *ex novo* di leggi specifiche per proibire la pratica (Norvegia, Svezia e Regno Unito), la modifica di leggi esistenti per inserirvi un riferimento specifico a questa pratica (Belgio, Danimarca, Italia e Spagna), e la proibizione della E/MGF tramite le leggi penali esistenti relative alle lesioni fisiche e ai maltrattamenti di minori (Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Paesi Bassi e Svizzera). Inoltre, diversi paesi europei hanno incluso nella loro legislazione il principio dell'extraterritorialità, riconoscendo il rischio che la proibizione legale possa spingere le famiglie a mandare le donne e le bambine al loro paese d'origine per essere sottoposte alla E/MGF.

Un indicatore delle risposte degli Stati europei alla E/MGF è il livello di procedimenti intentati sulla base delle loro rispettive leggi. Per esempio, da quando nel Regno Unito è stata adottata nel 1985 una legge specifica che proibisce la pratica, non si sono tenuti procedimenti per E/MGF. In Svezia, solo un caso è stato portato davanti ad una corte nel 2000, circa 18 anni dopo che il paese aveva adottato una legge specifica. Alla stessa data, in Francia, si erano tenuti 25 procedimenti per coinvolgimento in pratiche di E/MGF, sulla base della legge penale sulle lesioni. L'impiego dello strumento legislativo penale non porta necessariamente a perseguire la pratica. Per esempio, la posizione legislativa dei Paesi Bassi è simile a quella della Francia, ma fino ad oggi non vi sono stati processi per E/MGF, ed il governo ha esplicitamente affermato che la sua politica deve essere impostata alla prevenzione, utilizzando l'intervento giudiziario come ultima risorsa.⁸ Questa è anche la direzione seguita dall'Italia. Il progetto di legge del 2004 sulla E/MGF è una dimostrazione delle pressioni esercitate dalle organizzazioni della società civile, con in testa l'AIDOS (Associazione italiana donne per lo sviluppo) in favore di stanziamenti di bilancio per campagne di prevenzione e di formazione di personale medico accanto alle misure punitive previste in origine.

Queste risposte possono essere il riflesso di una riluttanza a dare esplicito sostegno a una pratica bandita dalla legge, piuttosto che una personale convinzione contro la E/MGF.

Leggi che proibiscono la E/MGF sono state adottate anche in una serie di paesi nei quali la questione si è manifestata tra le comunità di immigrati, tra cui l'Australia (vari stati 1994-96), il Canada (1997), Nuova Zelanda (1995), gli Stati Uniti (1996) e diversi paesi dell'Europa occidentale (vedere Box 12).

Pur riconoscendo l'importanza delle leggi nazionali, è altrettanto importante rendersi conto delle loro limitazioni. In alcuni casi, possono rimanere delle falle che possono essere sfruttate da chi vuole la continuazione della E/MGF. In Egitto, il Ministero della sanità ha emanato nel 1996 un decreto che proibiva la E/MGF, fatta eccezione per i casi in cui essa è resa necessaria da ragioni di natura medica. Nonostante una successiva sentenza della Corte suprema egiziana, che nel 1997 ha confermato che la pratica doveva essere considerata proibita, è rimasta in vigore l'eccezione dovuta a ragioni mediche. Di fatto, questa clausola ha offerto una scappatoia che, insieme ai forti messaggi delle campagne sui potenziali rischi della E/MGF per la salute, ha contribuito alla rapida medicalizzazione della pratica.

Standard regionali

Anche lo sviluppo e l'adozione di strumenti giuridici internazionali è importante per creare un ambiente favorevole che possa sostenere gli sforzi e promuovere l'abbandono della E/MGF. Il Protocollo sui diritti delle donne, documento aggiuntivo alla Carta africana sui diritti umani e sui diritti dei popoli del 1981, conosciuto come Protocollo di Maputo, è un

documento giuridico adottato per consenso nel 2003 dai Capi di Stato dell'Unione africana. L'articolo 5 di questo Protocollo proibisce e condanna esplicitamente la E/MGF e le altre pratiche dannose. Invita gli Stati parti a prendere misure atte a sensibilizzare le popolazioni al problema, ad adottare leggi che proibiscano e puniscano la pratica della E/MGF, a fornire sostegno alle vittime delle pratiche dannose e a proteggere le donne che corrono il rischio di esservi sottoposte. Per entrare in vigore, il Protocollo deve essere ratificato da 15 Stati membri dell'Unione africana. In Aprile 2005 era stato ratificato da 10 Stati.⁹

Anche in Europa ci sono stati sviluppi significativi a sostegno del processo di cambiamento nei paesi interessati dal fenomeno. La Risoluzione numero 1247 dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa (2001) sulla Mutilazione genitale femminile invita con urgenza i governi a intraprendere una serie di azioni, tra le quali l'adozione di leggi nazionali, interventi di sensibilizzazione, la persecuzione di chi pratica la E/MGF e l'adozione di misure più flessibili per la concessione di asilo alle madri che temono di essere sottoposte alla E/MGF e ai loro bambini.¹⁰ La Risoluzione del Parlamento europeo sulla Mutilazione genitale femminile, anch'essa del 2001, condanna con fermezza la E/MGF come violazione dei diritti umani fondamentali e tra le altre cose invita la Commissione europea ad elaborare una completa strategia per eliminare la pratica della E/MGF nell'Unione europea, con la quale "siano creati meccanismi giuridici e amministrativi nonché preventivi, educativi e sociali per consentire alle donne che sono o rischiano di essere vittime di ottenere una reale protezione".¹¹

Alcune grandi conferenze internazionali hanno fornito sostegno agli sforzi dei governi di adottare adeguate leggi nazionali e iniziative di mobilitazione sociale contro la E/MGF. Nel giugno 2003, la Consulta-

Box 13 - Campagne stampa della TAMWA in Tanzania

La TAMWA utilizza campagne stampa per fare pressione in favore di cambiamenti culturali, politici e giuridici che promuovano i diritti umani delle donne e dei bambini. Nel 2002, nel contesto delle attività della campagna STOP FGM, la TAMWA ha condotto una campagna di educazione e informazione su scala nazionale, utilizzando tutti i mezzi di comunicazione di massa attivi nel paese e, in particolare, quelli delle regioni con la maggiore prevalenza di E/MGF, come l'Arusha (81 per cento), la Dodoma (68 per cento) e la Mara (44 per cento)¹³. La TAMWA ha affrontato la questione con quello che ha definito "giornalismo d'impatto", una strategia fondata sulla contemporanea diffusione di servizi e informazioni attraverso vari mezzi di comunicazione di massa locali, raggiungendo così una grande diffusione. La chiave dell'efficacia delle attività della TAMWA è l'impiego di indagini sociali e giornalistiche per promuovere il dibattito nelle comunità e coinvolgerle nelle iniziative di applicazione e monitoraggio. La TAMWA ha anche organizzato sessioni rivolte ai professionisti della comunicazione, alle ONG, alle organizzazioni delle comunità e ai gruppi teatrali per migliorare la comprensione del problema e promuovere l'uso di un linguaggio e di metodi adeguati.

zione di esperti afro-arabi sugli strumenti giuridici per la prevenzione della mutilazione genitale femminile ha definito contenuti giuridici e le strategie per leggi più efficaci nella prevenzione della E/MGF.¹² La "Dichiarazione del Cairo" che ne è scaturita presenta 17 raccomandazioni concrete tra cui quella che i governi adottino leggi specifiche per la E/MGF, e che queste leggi facciano parte di un approccio multidisciplinare per porre termine all'usanza. La dichiarazione raccomanda anche che i governi e le ONG collaborino a sostegno di un processo di cambiamento sociale in corso che porti all'adozione di leggi contro la E/MGF.

Nel settembre 2004, il Governo del Kenya ha ospitato una conferenza internazionale che si è occupata dello sviluppo di un ambiente politico, giuridico e sociale favorevole all'applicazione del Protocollo di Maputo. Nel febbraio 2005, una conferenza subregionale ospitata dal Governo del Gibuti, organizzata dalla ONG Non c'è pace senza giustizia e sostenuta dall'UNICEF, ha rappresentato una piattaforma per la ratifica ufficiale del Protocollo di Maputo da parte del Gibuti. Altre conferenze sul Protocollo di Maputo sono programmate per il 2005.

Sensibilizzare e promuovere il dialogo

Le misure legislative si rivelano più efficaci quando sono integrate e anche precedute da misure politiche più ampie, che comportino azioni di sensibilizzazione sia generali sia mirate e la promozione del dialogo tra vari gruppi e all'interno di essi. Se una legge è adottata nel momento sbagliato (prima che la mentalità della società abbia iniziato un processo di cambiamento, per esempio), oppure se non è accompagnata da meccanismi complementari di sostegno sociale, può spingere la pratica della E/MGF nell'illegalità oppure incoraggiare i movimenti transfrontalieri. La minaccia della prigione o di una multa può essere un deterrente, ma da sole queste fanno poco per modificare la percezione dei genitori che la pratica corrisponda all'interesse della loro figlia.

I mezzi d'informazione possono svolgere un ruolo importante nel "rompere la cortina di silenzio" intorno alla E/MGF e portare la questione alla pubblica attenzione. L'esperienza dell'Associazione delle donne tanziane dei media (TAMWA) indica che fornire ai media informazioni accurate e aggiornate sulla E/MGF,

e rafforzare la capacità degli operatori della comunicazione di massa nel diffondere queste informazioni può contribuire all'abbandono della pratica (vedere Box 13). Quest'esperienza è coerente con i risultati di uno studio commissionato dall'UNICEF per l'Egitto, da cui è risultato che la mancanza di conoscenza della E/MGF è un grande ostacolo che impedisce a molti professionisti dell'informazione di parlare della pratica.

Il coinvolgimento dei creatori d'opinione, come i capi tradizionali delle comunità, le personalità politiche, i capi religiosi e gli intellettuali, ha avuto un ruolo importante nell'azione di sensibilizzazione e di stimolo del dibattito pubblico. In Senegal, i membri del parlamento non solo si sono impegnati nell'adozione di leggi di prevenzione delle pratiche tradizionali dannose, ma hanno anche attivamente preso parte al processo di applicazione di quelle leggi, visitando i villaggi che avevano iniziato il processo di abbandono della pratica e spiegando il quadro giuridico in riunioni congiunte di vari villaggi. Hanno regolarmente partecipato alle dichiarazioni pubbliche, avviando una collaborazione con i parlamentari di altri paesi dell'Africa occidentale al fine di promuovere le strategie più riuscite. A livello internazionale, l'Unione interparlamentare (IPU) nel 2001 ha deciso di sviluppare una banca dati *online* sulla E/MGF accessibile attraverso il suo sito *web*¹⁴ e di creare un centro di ricerca per l'abbandono della E/MGF. Quando nel 2002 questo gruppo di esperti si è riunito per la prima volta a Marrakech, in Marocco, ha identificato le strategie fondamentali per porre fine alla E/MGF, tra le quali lo sviluppo di campagne in collaborazione con le ONG, l'adozione di leggi e la mobilitazione dei mezzi dell'informazione.¹⁵

Nelle comunità nelle quali è molto diffusa l'idea che la pratica della E/MGF sia prescritta dall'Islam, la partecipazione dei capi religiosi alle discussioni pubbliche si è rivelata essenziale per l'attività di sensibilizzazione, per contrastarne l'associazione con considerazioni religiose e per creare un ambiente favorevole al cambiamento. Nella conferenza subregionale sulla E/MGF, ospitata dal Governo del Gibuti nel febbraio 2005, ha rivestito particolare importanza il dibattito di due giorni tra i capi religiosi del Gibuti e dei paesi vicini sulle dimensioni teologiche della E/MGF. Il documento conclusivo che ha fatto seguito alla discussione, la Dichiarazione di Gibuti, afferma che sostenere che la E/MGF sia prescritta dal Corano è cosa priva di fondamento e ribadisce che ogni tipo di E/MGF è contrario ai precetti religiosi dell'Islam.

Integrare l'abbandono della E/MGF nei programmi dei governi

La creazione di un ambiente favorevole all'abbandono della E/MGF richiede impegno e azioni politiche determinate da parte dei governi per promuovere la parità di diritti per bambine e ragazzi e per donne e uomini. Comporta anche trattare la E/MGF come una componente dei programmi di sviluppo e dei progetti che promuovono l'eliminazione della povertà, la produzione di reddito e l'istruzione, oltre che la parità tra i sessi, la partecipazione delle bambine e delle donne nella società e nel mondo del lavoro, la salute delle donne e delle bambine, la maternità sicura e la prevenzione dell'HIV/AIDS.

Diversi professionisti sono in contatto con le bambine e le donne che hanno subito la E/MGF. In Svizzera, per esempio, un'indagine realizzata dal Comitato nazionale svizzero per l'UNICEF in collaborazione con l'Istituto della medicina sociale e preventiva dell'Università di Berna,¹⁶ ha mostrato che il 61 per cento dei ginecologi,¹⁷ il 38 per cento delle levatrici, il 6,3 per cento dei pediatri e l'8 per cento dei centri di assistenza sociale intervistati erano venuti a contatto con vittime della E/MGF. L'indagine ha anche rivelato una notevole esigenza di informazione. Tutti i professionisti interpellati hanno richiesto che la questione fosse inserita nel programma di formazione iniziale o continua della loro specialità.

Il personale sanitario costituisce un gruppo importante per la gestione delle complicanze correlate alla E/MGF e per la promozione del suo abbandono. L'OMS, l'UNICEF e l'UNFPA hanno riconosciuto il ruolo critico degli operatori della sanità ed hanno identificato la loro formazione sui problemi relativi alla E/MGF come una strategia prioritaria.¹⁸ In particolare il periodo precedente al parto rappresenta il momento adeguato per fornire informazioni alle madri e agli altri membri della famiglia sulle conseguenze della pratica per la salute.¹⁹ In Svezia, si consiglia ai professionisti della sanità di iniziare a parlare della E/MGF al momento in cui una nuova neonata considerata a rischio è registrata presso il servizio sanitario. Si raccomanda di trattare di nuovo l'argomento in occasione della visita di controllo regolarmente effettuata dopo il quinto anno di età della bambina. Gli operatori del settore sanitario hanno il compito di informare i genitori sui rischi della E/MGF per la salute, mettendoli a conoscenza del fatto che la pratica è proibita dalla legge svedese.²⁰ In molti paesi, tra cui il Canada, la Danimarca, la Germania, l'Italia, la Svizzera e il Regno Unito, le associazioni mediche hanno proibito qualunque coinvolgimento dei dottori nella pratica della E/MGF, per il motivo che si tratterebbe di una violazione del loro codice deontologico.

Gli insegnanti, che operino in un contesto di istruzione formale oppure no, possono ricevere aiuto per imparare a riconoscere le bambine a rischio e a trattare dei problemi relativi alla E/MGF nelle loro lezioni di scienze, biologia e igiene, come anche nelle lezioni sull'educazione personale, sociale, di genere oppure religiosa. Le infermiere, le levatrici e i medici

possono sostenere e assistere gli insegnanti in queste attività.²¹ Talvolta, il primo passo in questa direzione è compiuto dalle ONG. FAWE Senegal, una ONG che opera per migliorare l'accesso delle bambine all'istruzione, ha sviluppato manuali di riferimento e guide sulla E/MGF destinati agli insegnanti e agli studenti del terzo o quarto grado, ed ha anche realizzato attività di formazione sulla E/MGF per formatori e insegnanti.²²

Per potenziare le capacità nazionali, l'ONG italiana AIDOS ha sviluppato un prototipo di manuale di formazione per l'integrazione della E/MGF nei progetti di sviluppo.²³ Questo manuale si rivolge ai formatori che lavorano insieme ai funzionari del governo e al personale delle ONG. Saranno prodotte anche delle versioni locali del manuale per garantirne la massima efficacia.

Il coordinamento degli interventi

Vari paesi come il Burkina Faso, l'Egitto, la Norvegia, il Senegal, il Sudan e la Tanzania, hanno prodotto piani nazionali d'azione per coordinare e sostenere gli sforzi dei governi e delle organizzazioni non governative nel promuovere l'abbandono della E/MGF. In Sudan, il Piano nazionale di azione sulla E/MGF, patrocinato dal Ministero della sanità nel 2001, ha promosso la creazione di meccanismi a tutti i livelli per porre fine alla E/MGF. A livello federale, un comitato direttivo assicura il coordinamento tra i dipartimenti del governo, le reti di ONG e i gruppi della società civile. Al livello dei singoli stati esistono consigli e comitati direttivi per la E/MGF, mentre a livello delle comunità, organizzazioni di comunità riuniscono i gruppi delle donne, i capi religiosi, le levatrici, i capi della comunità, ed anche i bambini e i giovani per promuovere il cambiamento dei comportamenti. Al livello federale e dei singoli stati si promuovono campagne stampa, mentre a livello delle comunità si trasmettono programmi radio in lingua locale ai quali partecipano membri influenti della comunità.

La creazione di specifiche istituzioni pubbliche o di meccanismi di coordinamento incaricati di realizzare attività di promozione dell'abbandono della E/MGF, anche nel più ampio contesto della difesa globale dei diritti dell'infanzia, può essere molto utile per agevolare il compito di tradurre i piani in interventi concertati. Per esempio, in Egitto, questo ruolo è svolto dal Consiglio nazionale per l'infanzia e la maternità con il sostegno dell'UNDP e dell'UNICEF. Il Consiglio è il supremo organismo nazionale che si occupa dei problemi dell'infanzia ed ha il compito di elaborare le politiche, i progetti di legge e di favorire la considerazione delle esigenze di sviluppo dell'infanzia e della maternità nei piani quinquennali dello Stato. Il Consiglio patrocina interventi a livello della comunità, promuove un dialogo nazionale sulla E/MGF, nonché riforme delle leggi e delle politiche.

Negli ultimi anni, sono stati compiuti significativi progressi a livello globale per la creazione di un quadro comune di azione in favore dell'abbandono della E/MGF (Box 14). L'aumentato senso di comunanza degli scopi è sostenuto in parte dallo sforzo comune

Box 14 - Il crescente impegno delle Nazioni Unite contro la E/MGF e le altre pratiche tradizionali dannose

Nel sistema delle Nazioni Unite, l'impegno sul problema della E/MGF è andato aumentando. Questo impegno è dimostrato da una serie di sviluppi, come la creazione di un Gruppo di lavoro sulle pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne e dei bambini, che ha presentato il proprio rapporto alla Commissione sui diritti umani nel 1986; la nomina del Relatore straordinario sulle pratiche tradizionali dannose da parte della Commissione sui diritti umani nel 1988; l'adozione da parte dell'Assemblea generale della Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne nel 1993, che definisce chiaramente la E/MGF come una forma di violenza nei confronti delle donne; e la nomina del Relatore straordinario sulla violenza nei confronti delle donne, sulle sue cause e le sue conseguenze, nel 1994. Nello stesso anno, la Sotto-commissione delle Nazioni Unite per la prevenzione della discriminazione e la protezione delle minoranze ha adottato il Piano di azione per l'eliminazione delle pratiche tradizionali dannose che colpiscono la salute delle donne e dei bambini.

Nel 1997, l'OMS, l'UNICEF e il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) hanno rilasciato una significativa dichiarazione congiunta per affermare il loro sostegno alle politiche di prevenzione della pratica della E/MGF, ribadendo il loro impegno a sostenere l'opera dei governi e delle comunità nel promuovere e proteggere la salute e lo sviluppo delle donne e dei bambini.²⁵ Questa dichiarazione congiunta è attualmente sottoposta a revisione per essere ripubblicata alla fine del 2005 insieme a ulteriori partner internazionali. Anche gli Studi del Segretario generale delle Nazioni Unite sulla Violenza contro le donne e sulla Violenza contro i bambini, che saranno presentati all'Assemblea generale rispettivamente nel 2005 e 2006, rappresentano importanti occasioni per affrontare la questione della E/MGF.

per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del millennio. La "Road Map Towards the Implementation of the United Nations Millennium Declaration" ["Percorso per arrivare all'applicazione della Dichiarazione delle Nazioni Unite del millennio"] fa specifico riferimento alle "pratiche tradizionali dannose come la mutilazione genitale femminile" nel contesto dell'obiettivo della lotta ad ogni forma di violenza contro le donne.²⁴ Allo stesso tempo, *A World Fit for Children*, il documento conclusivo presentato dalla Sessione straordinaria sull'infanzia dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 2002 invoca la fine di queste pratiche. In senso più generale, sia gli Obiettivi di sviluppo del millennio, sia *A World Fit for Children* mirano al raggiungimento dell'istruzione primaria universale per bambine e ragazzi. L'istruzione è uno degli strumenti migliori per superare la discriminazione, emancipare le bambine e le donne, e costruire società fondate sui principi dei diritti umani. Concretamente, è sempre più evidente che le ragazze che hanno ricevuto una qualche forma di istruzione hanno minori probabilità di sottoporre alla pratica le proprie figlie rispetto alle donne che hanno un'istruzione molto ridotta o inesistente.

Inoltre, le agenzie delle Nazioni Unite coordinano sempre di più le politiche e le azioni con i donatori bilaterali. Dal 2001, il Gruppo di lavoro dei donatori sulla mutilazione genitale femminile, composto da agenzie dell'ONU, la Banca Mondiale, governi e fondazioni, si è riunito regolarmente per discutere delle strategie e aumentare la loro efficacia come donatori.²⁶

La comunità delle ONG svolge un ruolo centrale nel generare impegno nazionale e internazionale in favore dell'abbandono della E/MGF. A livello regionale, il Comitato interafricano sulle pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne e dei bambini (IAC) è stata la prima rete di ONG dedicata all'abbandono della E/MGF in Africa. Opera in tutti i paesi dell'Africa in cui si pratica la E/MGF tramite Comitati nazionali, promuovendo la sensibilizzazione e la mobilitazione, la valutazione delle leggi e dei programmi relativi al fenomeno, e la formazione di capacità operative. Al di là dell'Africa, la Rete europea per la prevenzione della E/MGF (Euronet-FGM) mira a migliorare la salute delle donne immigrate in Europa e a prevenire le pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne e dei bambini, in particolare la E/MGF.

La campagna STOP FGM stimola e incoraggia l'opinione pubblica ad abolire la E/MGF nei paesi africani ed anche europei, promuovendo interventi a livello nazionale ed internazionale. La Campagna, istituita nel 2002, è coordinata dalla ONG italiana AIDOS in collaborazione con Non c'è pace senza giustizia e varie ONG africane.

Negli ultimi anni, la spinta verso l'abbandono della E/MGF è andata crescendo, e nuovi attori, compreso il Governo italiano²⁷ e giapponese²⁸ danno un determinato sostegno al progresso della causa. Grazie alla migliore comprensione del fenomeno della E/MGF e agli incoraggianti segnali sulla possibilità di conseguire risultati positivi su larga scala, le condizioni sono mature per un rapido abbandono della pratica.

Note

- 1 Rahman, Anika e Nahid Toubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books, Londra.
- 2 In questo caso, si è trattato di un ordine presidenziale. Wheeler, Patricia (2003), "Eliminating FGM: The role of the law", *The International Journal of Children's Rights*, 11, 2003, pp. 257-71.
- 3 Rahman, Anika e Nahid Toubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books, Londra.
- 4 Al tasso di cambio di 487,300 CFA Fr per 1 USD.
- 5 Le cifre si riferiscono all'UE prima dell'ampliamento del 2004. Eurostat, Nuove domande di asilo nell'UE per principali gruppi di cittadinanza, gennaio – settembre 2003.
- 6 Per ulteriori dettagli sulla legislazione in proposito nei 15 paesi membri dell'Unione europea, vedere Leye, Els e Jessica Deblonde (2004), *Legislation in Europe Regarding Female Genital Mutilation and the Implementation of the Law in Belgium, France, Spain, Sweden and the UK*, Centro internazionale per la salute riproduttiva, Gand.
- 7 Trechsel, Stefan et Schlauri, Regula (2005), "Les mutilations génitales féminines en Suisse. Expertise juridique. A cura del Comitato svizzero per l'UNICEF.
- 8 Rahman, Anika e Nahid Toubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books, Londra.
- 9 Comore, Gibuti, Lesotho, Libia, Mauritius, Namibia, Nigeria, Ruanda, Senegal e Sudafrica.
- 10 Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, Risoluzione 1247 (2001), Mutilazione genitale femminile, paragrafo 11. Con questa Risoluzione, l'Assemblea parlamentare invita con urgenza i governi a, tra le altre cose: *i.* adottare leggi specifiche che proibiscano la mutilazione genitale e dichiarino che la mutilazione genitale è una violazione dei diritti umani e dell'integrità fisica; *ii.* ad intraprendere iniziative volte ad informare le popolazioni sull'esistenza della legge prima del loro ingresso nel territorio degli Stati membri del Consiglio d'Europa; *iii.* ad adottare misure più flessibili per la concessione del diritto all'asilo alle madri che temono di essere sottoposte a queste pratiche e ai loro bambini; [...] *v.* a perseguire i responsabili e i loro complici, compresi i familiari e il personale sanitario, con imputazioni penali di violenza con risultante mutilazione, anche nel caso in cui tale mutilazione sia compiuta all'estero [...]"
- 11 Risoluzione del Parlamento europeo sulla mutilazione genitale femminile (2001/2035(INI)), paragrafo 7.
- 12 Per un approfondimento, vedere *Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation*, atti della Consultazione di esperti afro-arabi, Cairo, Egitto, 21-23 giugno 2003, Non c'è pace senza giustizia, supplemento straordinario al periodico 1/2004.
- 13 Dati ripresi da UNICEF (2004), "Tanzania FGM/C country sheet", basato sull'Indagine demografica e sanitaria della Tanzania 1996. La Scheda sul paese è disponibile all'indirizzo www.childinfo.org/areas/fgmc/profiles/Tanzania%20FGM%20profile.pdf
- 14 Vedere il sito www.ipu.org/wmn-e/fgm-prov.htm, consultato il 05.05.2005.
- 15 Insieme all'UNICEF, l'IPU ha sviluppato anche un manuale per la protezione dell'infanzia destinato ai parlamentari nel quale sono contenute informazioni di base sulla E/MGF, le principali norme internazionali sull'argomento, e le principali difficoltà e strategie individuate dal panel dell'IPU. Vedere O'Donnell, Dan (2004), *Child Protection. A handbook for parliamentarians*, IPU/UNICEF, Svizzera.
- 16 A cura del Comitato nazionale svizzero per l'UNICEF, "Les Mutilations Génitales Féminines en Suisse. Enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et services sociaux suisses." Zurigo 2004. L'indagine è stata patrocinata dal professor Patrick Hohlfeld, precedente Presidente dell'Associazione dei ginecologi svizzeri.
- 17 Per quanto riguarda i ginecologi svizzeri, si è avuto un aumento del 10 per cento rispetto all'indagine condotta dall'UNICEF Svizzera nel 2001. Jäger, Fabienne, Sylvie Schulze e Patrick Hohlfeld (2002), "Female Genital Mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists," *Swiss Medical Weekly*, 132, 2002, pp 259-64.
- 18 WHO/UNFPA/UNICEF (1997), *Female genital mutilation. A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- 19 OMS (2001), *FGM. Integrating the Prevention and Management of the Health Complications into the Curricula of Nursing and Midwifery. A Teacher's Guide*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- 20 Rahman, Anika e Nahid Toubia (2000) *Female Genital Mutilation: A guide to laws and policies worldwide*, Zed Books, Londra.
- 21 OMS (2001), "Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation", rapporto sulla Consultazione tecnica dell'OMS, Ginevra, 15-17 ottobre 1997.
- 22 UNICEF (2004), "Rapport de la reunion inter-pays sur les mutilations genitales feminines et pratiques nefastes", Dakar, Senegal 22-24 settembre 2004.
- 23 Il manuale prodotto dall'AIDOS si intitola "Mainstreaming the Fight Against FGM/C".
- 24 Segretariato generale delle Nazioni Unite, (2001) "Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration. Report of the Secretary-General", A/56/326, 6 dicembre 2001, paragrafo 209.
- 25 Organizzazione mondiale della sanità, La mutilazione genitale femminile: una dichiarazione congiunta di OMS/UNICEF/UNFPA, 1997.
- 26 Nel marzo del 2005 i membri sono UNFPA, UNICEF (Segretariato di coordinamento), UNIFEM, OMS, Banca mondiale, USAID, GTZ, Cooperazione dei Paesi Bassi, Fondazione Ford, il Fondo globale Wallace e la Fondazione Public Welfare. Il numero dei membri è andato aumentando di anno in anno.
- 27 Nel giugno del 2004, il Governo italiano ha dato un contributo di 1,8 milioni di euro a sostegno dell'attività dell'UNICEF e di ONG nazionali ed internazionali per l'abbandono della E/MGF in 8 paesi dell'Africa e del Medio Oriente.
- 28 Nell'agosto del 2003, il Governo giapponese ha organizzato a Khartoum insieme al Governo del Sudan e all'UNICEF un Simposio regionale sull'abbandono della E/MGF per garantire una maternità sicura. Il Simposio ha approfondito la comprensione della E/MGF nei governi e nella società civile, ed ha rafforzato la volontà politica del Sudan di abbandonare la pratica.

7

CONCLUSIONE

La escissione / mutilazione genitale femminile è stata tramandata da una generazione all'altra sulla spinta di dinamiche sociali che rendono molto difficile alle singole famiglie e alle singole bambine o donne abbandonarla. Anche quando le famiglie sono consapevoli dei danni che può causare, continuano a sottoporre le proprie figlie all'operazione perché ciò è ritenuto necessario dalla loro comunità per una corretta educazione della bambina, per proteggere il suo onore e preservare la condizione sociale di tutta la famiglia. Non conformarsi all'usanza imposta dalla tradizione significa attirare vergogna e stigmatizzazione sull'intera famiglia e per la bambina significa non poter diventare un membro della propria comunità riconosciuto a pieno titolo.

Questo *Digest* dimostra che cambiare è possibile. La mentalità di una società può cambiare e attualmente ci sono comunità che scelgono di abbandonare questa pratica dannosa. Gli elementi necessari per la trasformazione delle comunità sono sempre più chiaramente individuati.

Le strategie che funzionano meglio sono quelle che guidano le comunità alla definizione per proprio conto dei problemi e delle soluzioni, evitando di farle sentire costrette o giudicate. Le comunità che hanno preso la decisione di abbandonare l'usanza sono inoltre incoraggiate ad annunciare pubblicamente la loro scelta e a diffondere il messaggio presso i loro vicini. Le maggiori potenzialità per promuovere l'abbandono della E/MGF sono state dimostrate dagli interventi fondati sui principi dei diritti umani. Invece

di affrontare la E/MGF isolatamente, queste iniziative concentrano gli sforzi sulla formazione delle capacità delle persone, in particolare le bambine e le donne, di promuovere e difendere i propri diritti umani fondamentali. Infine, le comunità devono essere sostenute per abbandonare la E/MGF su grande scala. Hanno bisogno dell'impegno da parte dei capi tradizionali e religiosi, di misure politiche e legislative, di occasioni di dibattito pubblico, e di un'informazione accurata e sensibile alla loro cultura da parte dei mezzi di comunicazione di massa.

I tempi sono maturi per catalizzare un movimento globale in favore di un cambiamento positivo e duraturo. Le convenzioni CEDAW e CRC offrono importanti norme internazionali per orientare le politiche e i programmi degli Stati volti all'abbandono della E/MGF e delle altre pratiche tradizionali dannose. Sulla spinta di un crescente movimento per porre fine alla pratica, si costituiscono iniziative regionali. In Africa, la ratifica del Protocollo di Maputo alla Carta africana sui diritti umani e dei popoli ribadisce l'impegno degli Stati nel promuovere e proteggere i diritti umani delle donne e dei bambini.

La scomparsa della E/MGF è una realtà sempre più in crescita. Oggi sono disponibili le conoscenze di base sui modi migliori di sostenere le comunità a porre fine alla pratica. Queste possono essere applicate su larga scala, all'interno dei paesi e a più paesi insieme. Grazie al sostegno di tutta la comunità internazionale, è pensabile che la E/MGF possa essere abbandonata nell'arco di una sola generazione.

المخزن





Contatti

Questa sezione contiene informazioni su alcune delle agenzie delle Nazioni Unite, organizzazioni intergovernative e ONG internazionali alle quali si fa riferimento in questo *Digest*. Vengono anche fornite informazioni relative ad altre risorse web sui diritti umani. Lo scopo è quello di fornire indicazioni utili a mettersi in contatto con altri tipi di organizzazioni, in particolare ONG nazionali e locali, organizzazioni professionali e delle comunità, istituzioni accademiche ed enti degli Stati, che svolgono un lavoro attinente a questo problema. L'elenco non pretende di essere completo, e le organizzazioni vengono presentate senza un particolare criterio gerarchico.

LE AGENZIE SPECIALIZZATE DELLE NAZIONI UNITE ED ALTRE ORGANIZZAZIONI INTERNAZIONALI

Unione interparlamentare (IPU) (*Inter-Parliamentary Union*)

5, chemin du Pommier
Casella postale 330
CH-1218 Le Grand-Saconnex /
Ginevra
Svizzera
Tel.: +41 22 919 41 50
Fax: +41 22 919 41 60

L'IPU è l'organizzazione internazionale dei parlamenti degli Stati sovrani. Costituisce un punto di incontro per il dialogo tra i membri dei parlamenti di tutto il mondo ed opera in favore della pace e della cooperazione tra i popoli e per il consolidamento della democrazia rappresentativa. Con le sue attività promuove contatti, coordinamento e scambio di esperienze tra i parlamenti e i parlamentari di tutti i paesi, esamina questioni di interesse internazionale, e contribuisce alla difesa ed alla promozione dei diritti umani. Attualmente, oltre 130 parlamenti nazionali sono membri dell'IPU.

Sito web:
www.ipu.org/english/home.htm

UNICEF/MENA/2004/1288/Ellen Gruenbaum

**Fondo di sviluppo
delle Nazioni Unite
per le donne (UNIFEM)
(United Nations Development
Fund for Women)**

304 East 45th Street, 15th floor
New York, NY 10017
Stati Uniti
Tel.: +1 212 906 6400
Fax: +1 212 906 6705

L'UNIFEM fornisce assistenza finanziaria e tecnica a innovativi programmi e strategie che promuovono i diritti umani, la partecipazione politica e la sicurezza economica delle donne. Alcune delle strategie che impiega a sostegno dei diritti delle donne sono: rafforzare le capacità di mobilitazione delle organizzazioni nazionali e regionali delle donne, migliorare l'accesso e l'impiego da parte delle donne degli strumenti offerti dal sistema internazionale dei diritti umani e promuovere la considerazione degli interessi delle donne in tutte le attività del sistema delle Nazioni Unite.

Sito web: www.unifem.org

**Ufficio ONU dell'Alto
commissariato per i diritti
umani (OHCHR)
(UN Office of the High
Commissioner for Human
Rights)**

8-14 Avenue de la Paix
CH - 1211 Ginevra 10
Svizzera
Tel.: +41 22 917-9000
Fax: +41 22 917 9016

L'OHCHR svolge un ruolo di guida nel coordinamento dei problemi correlati ai diritti umani e promuove l'attenzione ai diritti umani a livello internazionale e nazionale. Promuove la cooperazione internazionale per i diritti umani, intraprende azioni preventive in difesa dei diritti umani e realizza attività sul campo e operazioni in relazione ai diritti umani. Il sito web fornisce accesso a tutti i commenti che il Comitato sui diritti dell'infanzia ha prodotto sui rapporti degli Stati parti.

Sito web: www.unhchr.ch

**Fondo delle Nazioni Unite
per la popolazione (UNFPA)
(United Nations Population
Fund)**

220 East 42 Street

New York, NY 10017
Stati Uniti
Tel.: +1 212 297 5020
Fax: +1 212 557 6416

L'UNFPA collabora con i governi e le organizzazioni non governative in più di 140 paesi. I suoi obiettivi sono: aiutare a garantire l'accesso universale alla salute riproduttiva, che include la pianificazione familiare e la salute sessuale; dare sostegno alle strategie demografiche e di sviluppo che consentano la formazione di capacità operative nella programmazione demografica; e promuovere la sensibilizzazione sui temi della demografia e dello sviluppo.

Sito web: www.unfpa.org

Banca mondiale

1818 H Street, N.W.
Washington, DC 20433
Stati Uniti
Tel.: +202 473 1000
Fax: +202 477 6391

La missione della Banca mondiale è di lottare contro la povertà e migliorare le condizioni di vita delle popolazioni del mondo in via di sviluppo. È una Banca per lo sviluppo che fornisce prestiti, consulenza politica, assistenza tecnica e servizi di condivisione di conoscenze ai paesi a basso e medio reddito al fine di ridurre la povertà. La Banca promuove la crescita per creare posti di lavoro e per consentire ai poveri di trarre vantaggio da queste opportunità.

Sito web: www.worldbank.org

**Organizzazione mondiale
della sanità (OMS)**

Avenue Appia 20
CH - 1211 Ginevra 27
Svizzera
Tel.: + 41 22 791 21 11
Fax: + 41 22 791 3111

L'OMS fornisce indicazioni a livello mondiale nel settore della sanità, stabilisce norme sanitarie globali, coopera con i governi per potenziare i programmi sanitari nazionali e sviluppa adeguate tecnologie, informazioni e norme per la sanità. All'interno dell'OMS, il Programma speciale di ricerca, sviluppo e formazione alla ricerca sulla riproduzione umana (HRP) riunisce operatori della sanità, responsabili politici, scienziati,

ricercatori clinici e consumatori, e rappresentanti delle comunità per identificare e affrontare le priorità della ricerca al fine di migliorare la salute sessuale e riproduttiva.

Sito web: www.who.int

**ISTITUTI DI RICERCA, RETI,
ORGANIZZAZIONI
NON GOVERNATIVE
E ISTITUZIONI NAZIONALI**

**Centro per l'istruzione,
lo sviluppo e le attività
demografiche (CEDPA)
(Centre for Education,
Development and Population
Activities)**

1400 16th Street, NW, Suite 100
Washington, DC 20036
Stati Uniti
Tel.: +1 202 667 1142
Fax: +1 202 332 4496

Il CEDPA opera per migliorare la vita delle donne e delle bambine in tutto il mondo e considera la parità tra i sessi un aspetto essenziale per lo sviluppo, la democrazia e il progresso globale. L'approccio del CEDPA allo sviluppo è radicato nel suo impegno in favore di un più ampio sviluppo sociale ed economico e di un miglioramento del ruolo fondamentale che le donne hanno nel conseguire quest'obiettivo. Il CEDPA si adopera per fare in modo che le donne abbiano le risorse, gli strumenti e i mezzi per influenzare il loro ambiente sociale, culturale e politico. I suoi programmi si concentrano sull'istruzione delle ragazze e sullo sviluppo dei giovani, sui problemi di genere e di *governance*, e sulla salute riproduttiva e l'HIV/AIDS.

Sito web: www.cedpa.org

**Organizzazione evangelica
copta per i servizi sociali
(CEOSS)
(Coptic Evangelical
Organization for Social
Services)**

P.O. Box 162-11811 El Panorama
Cairo
Egitto
Tel.: +202 6221425/6/7/8
Fax: +202 6221434

La CEOSS è una delle maggiori organizzazioni egiziane per lo sviluppo. Assiste le comunità povere

fornendo loro soluzioni integrate nelle aree di sviluppo economico, agricolo e ambientale, sanitario e dell'istruzione. La CEOSS, che incoraggia la collaborazione tra vicini mussulmani e cristiani su obiettivi comuni, è leader nello sviluppo delle comunità di base e agisce da catalizzatore per la cooperazione e la formazione di capacità operative nei confronti delle altre organizzazioni della società civile.

Sito web: www.ceoss.org.eg

Agenzia tedesca per la cooperazione tecnica (GTZ)
(Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit)

Postfach 5180
D - 65726 Eschborn
Repubblica federale tedesca
Tel.: +49 6196 790
Fax: +49 6196 791115

La GTZ opera a livello mondiale nella cooperazione internazionale per lo sviluppo sostenibile. Cerca di offrire soluzioni praticabili per lo sviluppo politico, economico, ecologico e sociale nel mondo della globalizzazione. Tutte le attività mirano al miglioramento delle condizioni di vita e delle prospettive delle popolazioni su di una base sostenibile. La GTZ è attiva in una vasta gamma di campi specifici, tra i quali temi trasversali come il genere.

Sito web: www.gtz.de

Rete europea per la prevenzione delle pratiche tradizionali dannose, in particolare la MGF (Euronet FGM)
(European Network for the Prevention of Harmful Traditional Practices, especially FGM)

c/o Amazone
Middaglijnstraat 10-14
B-1210 Bruxelles
Belgio
Tel.: +32 (0)495 99 24 27/ +32 9 240 35 64

La rete Euronet FGM è stata creata nel 1998 con un progetto finanziato dalla Commissione europea ed è stata potenziata in seguito a successivi incontri tra le organizzazioni partecipanti. Il criterio essenziale per la partecipazione

alla rete è che le organizzazioni gestiscano un progetto pertinente in un contesto europeo. Gli obiettivi di Euronet FGM sono: porre fine alla E/MGF in Europa grazie ad una soluzione globale, promuovere lo scambio di informazioni, la condivisione di conoscenze e di esperienze, e l'avvio e il mantenimento di contatti tra il Comitato interafricano e altre organizzazioni.

Rete INTACT

Questa rete, che riunisce ricercatori, scienziati e attivisti impegnati nella raccolta di dati scientifiche relativi alla pratica, è stato creato su iniziativa del Consiglio della popolazione nel 2002. Il sito web INTACT favorisce la comunicazione all'interno della rete e funziona da forum di interazione tra i suoi membri e chiunque altro sia interessato alla questione.

Sito web:
www.intact-network.net

Comitato interafricano sulle pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne e dei bambini (IAC)
(Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children)

P.O.Box 3001
Addis Abeba
Etiopia
Tel.: +251 1 51 57 93
Fax: +251 1 51 57 93

L'IAC si adopera per l'eliminazione delle pratiche tradizionali dannose, compresa la E/MGF, sviluppando contatti, seminari e varie attività di mobilitazione. Svolge interventi di mobilitazione e di sensibilizzazione a livello nazionale, regionale ed internazionale. Collabora con i governi, le ONG, le istituzioni di ricerca, le organizzazioni dei giovani e delle donne, le scuole, le università, i sindacati, gli enti religiosi e le agenzie dell'ONU. L'IAC ha compiuto valutazioni sulle politiche, sulle leggi e sui programmi dei paesi per proteggere l'integrità fisica delle donne e delle bambine. Ha anche fornito assistenza nella creazione di reti nazionali ed internazionali, ed ha promosso la formazione di capacità operative per il persona-

le dei comitati nazionali e di altre organizzazioni.

Sito web: www.iac-ciaf.ch

Centro internazionale per la salute riproduttiva (ICRH)
(International Centre for Reproductive Health)

ICRH - University Hospital Ghent
De Pintelaan 185 4K3 Ghent - 9000
Belgio
Tel.: +32 (9) 240 3564
Fax: +32 (9) 240 3867

L'ICRH è stato creato nel 1994 all'interno della Facoltà di medicina e scienze della salute dell'Università di Ghent. La sua filosofia di fondo si basa sul riconoscimento della salute riproduttiva come diritto umano fondamentale. In qualità di gruppo accademico, l'ICRH si occupa di ricerca, formazione e interventi nel vasto campo della salute riproduttiva. L'ICRH ha anche fornito assistenza nell'organizzazione di molti seminari e sessioni di formazione che hanno contribuito allo sviluppo della Rete europea per la prevenzione della MGF.

Sito web: www.icrh.org

Associazione italiana per le donne nello sviluppo (AIDOS)

30, Via dei Giubbonari
00186 Rome
Italia
Tel.: +39 06 687 3214
Fax: +39 06 687 2549

L'AIDOS realizza progetti dimostrativi in collaborazione con partner locali allo scopo di identificare le esigenze specifiche delle donne e di elaborare strategie adeguate a fornirvi una risposta. Attraverso attività di mobilitazione e di informazione, i progetti mirano anche a influenzare le politiche dei governi e a migliorare le condizioni di vita delle popolazioni delle aree nelle quali l'AIDOS è attiva. In questo modo, mira ad assicurare la sostenibilità dei progetti dopo la fine dei finanziamenti da parte del donatore e il completamento del progetto. Tra le sue attività, l'AIDOS sostiene programmi per l'eradicazione della violenza basata sul genere e per l'abbandono della E/MGF in Africa e in Europa.

Sito web: www.aidos.it

Maendeleo Ya Wanawake (MYWO)

P.O. Box 44412
Nairobi
Kenya
Tel.: +254 2 222095

Maendeleo Ya Wanawake ("Progresso delle donne") opera per migliorare le condizioni di vita delle donne in Kenya e promuove la loro emancipazione. Le sue aree di attività comprendono la salute riproduttiva e la E/MGF.

Consiglio nazionale per l'infanzia e la maternità, Egitto (NCCM) (National Council for Childhood and Motherhood, Egypt)

Kornish El Nile - Al Maadi Cairo
P.O. Box 11 Misr Al Kadima
Cairo
Egitto
Tel.: +20 2 524-0288
Fax: +20 2 524-0701

Il NCCM è un'organizzazione governativa incaricata di proporre strategie e politiche generali nel settore dell'infanzia e della maternità, nonché di redigere un piano nazionale integrato nel Piano nazionale generale egiziano. Il Consiglio collabora con enti Statali e con ONG attive nel campo dell'infanzia e della maternità a livello sia regionale sia internazionale.

Sito web: www.sis.gov.eg/women/child/html/mother1.htm

Non c'è pace senza giustizia (NPWJ)

(No Peace Without Justice)

Via di Torre Argentina 76
Rome 00186
Italia
Tel.: +39 06 6880 3613
Fax: +39 06 6880 3609

NPWJ è un comitato internazionale di parlamentari, sindaci e cittadini, il cui obiettivo è la creazione di un efficace sistema della giustizia internazionale. NPWJ svolge anche attive campagne per l'eradicazione della E/MGF e a tal fine ha organizzato varie importanti conferenze internazionali e regionali.

Sito web: www.npwj.org

Pharos

Herenstraat 35
Postbus 13318
3507 LH Utrecht
Paesi Bassi
Tel.: +30 234 9800
Fax: +30 236 4560

Pharos è un centro nazionale di conoscenza che si concentra sullo sviluppo, studio e diffusione di conoscenze nel campo della salute e dell'assistenza sanitaria per i profughi e i richiedenti asilo nei Paesi Bassi.

Sito web: www.pharos.nl

Consiglio della popolazione/demografico (Consiglio della popolazione)

1 Dag Hammarskjold Plaza
New York, NY 10017
Stati Uniti
Tel.: +1 212 339 0500
Fax: +1 212 755 6052

Il Consiglio della popolazione/demografico si occupa di ricerca su di una vasta gamma di problemi demografici, tra i quali studi sulla popolazione, ricerca, assistenza tecnica e sviluppo di nuovi contraccettivi. Inoltre, contribuisce a migliorare le capacità di ricerca degli scienziati sulla riproduzione e la popolazione nei paesi in via di sviluppo tramite borse di studio, sussidi di ricerca e sostegno a centri di ricerca. Il Consiglio della popolazione si occupa anche con particolare interesse della salute riproduttiva e del benessere del miliardo di adolescenti esistenti nel mondo in via di sviluppo.

Sito web: www.popcouncil.org

Fondazione per il benessere pubblico (Public Welfare Foundation)

1200 U Street, NW
Washington, DC 20009-4443
Stati Uniti
Tel.: +1 202 965 1800
Fax: +1 202 265 8851

La Fondazione è un organismo non governativo che concede borse di studio a sostegno di organizzazioni che forniscono servizi alle popolazioni svantaggiate e che si adoperano per introdurre miglioramenti durevoli nei servizi per le esigenze umane fondamentali. Il suo contributo ha

permesso il progresso degli sforzi internazionali per promuovere l'abbandono della pratica della E/MGF in paesi come il Gambia.

Sito web: www.publicwelfare.org

RAINBO

Suite 5A, Queens Studios
121 Salusbury Road
Londra NW6 6RG
Regno Unito
Tel.: +44 20 7625 3400
Fax: +44 20 7625 2999

RAINBO è una organizzazione non governativa diretta da africani che opera sui problemi dell'emancipazione delle donne, di genere, della salute riproduttiva, dell'autonomia sessuale e della libertà dalla violenza come componenti centrali dello sviluppo dell'Africa. In particolare, RAINBO è impegnata nel sostenere gli sforzi globali per l'abbandono della pratica della E/MGF favorendo l'emancipazione delle donne e l'accelerazione del cambiamento sociale.

Sito web: www.rainbo.org

Campagna FERMIAMO LA MGF (STOP FGM Campaign)

Lanciata nel 2002 dall'AIDOS in collaborazione con Non c'è pace senza giustizia e varie ONG africane, tra cui TAMWA, la Campagna contribuisce alla costituzione di un fronte internazionale di organismi che combattono la E/MGF. La creazione di un portale web in lingua inglese, francese e araba è stata fondamentale per favorire una migliore comprensione e consenso sul fenomeno. Il portale serve a documentare, analizzare e diffondere informazioni sulla E/MGF, a promuovere buone pratiche per il suo abbandono e a mettere a disposizione un forum di discussione tra i vari attori. Inoltre, il portale fornisce assistenza e informazioni per le associazioni dei mezzi dell'informazione dei paesi nei quali è praticata la E/MGF.

Sito web: www.stopfgm.org

**Associazione delle donne
dei media della Tanzania
(TAMWA)
(Tanzanian Media Women's
Association)**

Mkunguni Street
P.O.Box 8981
Dar es Salaam
Tanzania
Tel.: +255-22-2115-278
Fax: +255-22-2115-278

TAMWA utilizza i mezzi dell'informazione per stimolare il cambiamento culturale, politico e giuridico in favore dei diritti delle donne e dei bambini. Con la sua attività, TAMWA stimola sensibilizzazione e dibattito su di una serie di problemi correlati alla violenza di genere, compresa la violenza domestica, quella sessuale e la E/MGF.

Sito web: www.tamwa.or.tz

Tostan

BP 326, Thiès
Senegal
Tel.: +221 951 10 51
Fax: +221 951 3427

L'attività di Tostan mira a mettere in grado le comunità africane di gestire lo sviluppo in prima persona, attraverso la concezione e la messa in opera di un programma di educazione non formale nelle lingue nazionali basato sulla partecipazione. Tostan insegna conoscenze e capacità, fornendo ai partecipanti le risorse necessarie ad agire attivamente nella trasformazione sociale e nello sviluppo economico delle comunità di appartenenza. Grazie alla qualità, all'educazione a tutto campo e alle attività di sviluppo fondate sui principi dei diritti umani, le comunità hanno la possibilità di dotarsi degli strumenti necessari alla propria trasformazione sociale ed economica.

Sito web: www.tostan.org

**Agenzia degli Stati Uniti per
lo sviluppo internazionale
(United States Agency for
International Development)**

Ronald Reagan Building
Washington, D.C. 20523-1000
Stati Uniti
Tel: +1 202 712 4810
Fax: +1 202 216-3524

L'USAID sostiene la crescita eco-

nomica equa e a lungo termine e promuove gli obiettivi della politica estera degli Stati Uniti fornendo assistenza alla crescita economica, all'agricoltura e al commercio, alla salute globale e alla democrazia, alla prevenzione dei conflitti e all'assistenza umanitaria. Le attività relative alla E/MGF fanno parte della promozione della salute globale.

Sito web: www.usaid.gov

**Fondo globale Wallace
(Wallace Global Fund)**

1990 M Street, NW, Suite 250
Washington, DC 20036
Stati Uniti
Tel: +1 202 452 1530
Fax: +1 202 452 0922

La missione del Fondo è di promuovere una cittadinanza consapevole e impegnata, per combattere l'ingiustizia, e per proteggere la diversità della natura e dei sistemi naturali dai quali dipende tutta la vita. Nel campo dei diritti umani delle donne, il Fondo sostiene iniziative ad elevato valore aggiunto e con un alto potenziale di impatto globale.

Sito web: www.wgf.org

ALTRE RISORSE WEB

www.crin.org

La Rete d'informazione sui diritti dei bambini (CRIN) è una rete globale che diffonde informazioni relative alla Convenzione sui diritti dell'infanzia e ai diritti dei bambini presso le organizzazioni non governative, le agenzie delle Nazioni Unite, le organizzazioni intergovernative, le istituzioni dell'istruzione ed altri esperti dei diritti dell'infanzia. La rete è sostenuta e riceve finanziamenti dall'UNICEF, da Rädda Barnen, Save the Children UK e dall'Alleanza internazionale Save the Children. In questo sito è disponibile una grande quantità di informazioni, fonti e pubblicazioni.

www.eldis.org

Eldis offre numerosi collegamenti alle informazioni disponibili *online* su aree dello sviluppo quali l'ambiente, l'agricoltura, le catastrofi naturali, i diritti umani, i

diritti civili e la popolazione. Fornisce anche accesso a informazioni statistiche, alle principali organizzazioni internazionali, ad organizzazioni di ricerca, a informazioni bibliografiche e a banche dati.

www.hri.ca

Human Rights Internet (HRI) è un sito dedicato alle risorse per gli attivisti e alle organizzazioni dei diritti umani, e anche all'educazione degli enti governativi e intergovernativi, funzionari e altri soggetti attivi nel campo dei diritti umani e del ruolo della società civile. HRI ha un programma per i diritti dei bambini che attribuisce particolare attenzione ad aree quali i diritti legali e la protezione.

**[www.umn.edu/humanrts/
index.html](http://www.umn.edu/humanrts/index.html)**

La Biblioteca sui diritti umani dell'Università del Minnesota, creata dal Centro per i diritti umani dell'Università, offre oltre 7.200 documenti relativi ai diritti umani e materiali *online*. Tra questi si trovano trattati ed altri strumenti internazionali, materiali regionali, bibliografie e guide per la ricerca, fonti sui profughi e i richiedenti asilo, e collegamenti ad oltre 3.000 altri siti. Il sito mette anche a disposizione un motore di ricerca in grado di reperire documenti in molteplici siti dedicati ai diritti umani.

Si stima che ogni anno solamente in Africa e in Medio Oriente, la pratica della escissione / mutilazione genitale femminile (E/MGF) violi i diritti umani di tre milioni di ragazze e di donne. Negli ultimi anni, l'aumento delle migrazioni ha reso la E/MGF un problema di crescenti dimensioni anche al di fuori dei confini dei paesi in cui è tradizionalmente praticata. Nonostante la coordinata opera di mobilitazione degli ultimi decenni, le comunità si sono mostrate riluttanti nell'abbandonare questa usanza tradizionale, con alcune significative eccezioni. Questo *Innocenti Digest* risponde alla pressante esigenza di fare un bilancio dei progressi realizzati fino ad oggi, identificare le soluzioni riuscite e quelle che non funzionano, e fornire indicazioni sulle migliori strategie per l'abbandono della E/MGF. Integrando concrete esperienze sul terreno con sperimentate teorie accademiche, il *Digest* si propone come strumento pratico a sostegno di un cambiamento positivo per le bambine e le donne.

ISBN: 88-89129-29-8

ISSN: 1028-3528



UNICEF Innocenti Research Centre

Piazza SS. Annunziata 12

50122 Firenze, Italia

Tel: (+39) 055 20 330

Fax: (+39) 055 2033 220

E-mail (informazioni generali) : florence@unicef.org

E-mail (richiesta pubblicazioni) : florenceorders@unicef.org

Sito internet: www.unicef.org/irc – www.unicef-irc.org