



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia  
applicata**

**Corso di laurea in  
SCIENZE SOCIOLOGICHE**

***Corpi segnati: la questione delle MGF in Italia alla  
luce della legislazione contemporanea***

*Relatore:*

Prof. Dany Carnassale

*Laureanda:*

Letizia Bignotti

*Matricola:* 2002101

A.A. 2022/2023



# INDICE

<b>1. INTRODUZIONE .....</b>	<b>5</b>
<b>2. INTRODUZIONE ALL'ANTROPOLOGIA DEL CORPO.....</b>	<b>9</b>
2.1. CONOSCERE ATTRAVERSO IL CORPO: DALLE TECNICHE DEL CORPO AL CONCETTO DI INCORPORAZIONE.....	12
2.2 IL CONTRIBUTO DELL'ANTROPOLOGIA MEDICA .....	16
2.3 L'ESOTIZZAZIONE DEL CORPO: IL CASO DEGLI ZOO UMANI E DELLE "ESPOSIZIONI UNIVERSALI".....	20
<b>3. LA QUESTIONE DELLE MGF (MODIFICAZIONI GENITALI FEMMINILI) 27</b>	
3.1 INTRODUZIONE AL SECONDO CAPITOLO.....	27
3.2 CHE COSA SONO LE MGF? PUNTI DI VISTA MEDICI E UMANITARI .....	30
3.3 IPOTESI SULLE ORIGINI DELLE MGF: ALCUNE CONSIDERAZIONI STORICHE .....	35
3.4 QUALE SIGNIFICATO SIMBOLICO E CULTURALE POSSONO AVERE LE MGF? .....	38
3.5 UNO SGUARDO ALLA SITUAZIONE IN AFRICA .....	43
<b>4. LE MGF NELLA LEGISLAZIONE EUROPEA .....</b>	<b>45</b>
4.1 MGF NELLA LEGISLAZIONE ITALIANA .....	50
4.2 LA PRATICA DELLE MGF COME VIOLAZIONE DEI DIRITTI UMANI DELLE DONNE .....	54
4.3 PER UNO SGUARDO ALTERNATIVO ALLE MGF: ANTIDOTI ANTROPOLOGICI.....	57
4.3.1. <i>Esempi di ricerca</i> .....	59
<b>5. CONCLUSIONI .....</b>	<b>69</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>71</b>
<b>7. LEGGI E LINEE GUIDA CONSULTATE .....</b>	<b>81</b>



## 1. INTRODUZIONE

Il corpo richiede un approccio complesso che ne comprenda gli aspetti fisiologici, psicologici, antropologici e sociologici. La sua unicità risiede nella sua capacità di collegare il mondo fisico, sociale ed individuale, creando un terreno comune in cui esperienze sociali ed individuali possono interagire. L'idea di questa tesi nasce sia da un interesse personale, sia dalla forte attualità del tema: infatti, ancora oggi molte donne e bambine sono coinvolte in queste pratiche e il più delle volte vengono considerate "vittime" da "aiutare" e non in possesso di strategie per il proprio cambiamento; tutto questo è enfatizzato dalla mancanza di ascolto e comprensione, riconducibile ad un approccio di risoluzione - "condanna" - delle pratiche che tende a semplificare le complessità presenti in tali questioni.

L'obiettivo di tale elaborato è quello di revisionare la letteratura già presente in riferimento al tema delle MGF<sup>1</sup> (Mutilazioni/Modificazioni Genitali Femminili), ormai lungamente studiato in molti contesti e a partire da prospettive eterogenee, analizzandole attraverso una lente antropologica; nello specifico, questa tesi aspira a proporre un'analisi critica dell'approccio utilizzato nel comprendere e trattare queste pratiche, tenendo conto dell'attuale quadro giuridico-normativo.

Per fare ciò, nelle prime pagine di questa tesi verrà presentata la definizione di antropologia del corpo, campo di studio che si concentra sulla comprensione della complessa relazione tra corpo umano, cultura e società, e che porta avanti l'idea che il corpo non sia semplicemente un dato biologico, ma piuttosto una costruzione sociale e culturale, il cui significato varia in modo significativo tra le diverse società e le epoche storiche. In seguito, verrà esplorata l'importanza dell'antropologia del corpo nell'ambito dell'antropologia medica, mettendo in luce come la concezione del corpo e le pratiche legate ad esso influenzino la nostra percezione della salute, della malattia e dell'identità individuale, riconoscendo che il corpo umano è modellato dalle credenze, dalle norme sociali, dalle rappresentazioni culturali e dalle pratiche quotidiane, il che a sua volta impatta sulla nostra

---

<sup>1</sup> D'ora in poi nell'elaborato farò ricorso all'acronimo MGF, nella sua duplice accezione, per alleggerire la lettura e in conformità a come tale fenomeno viene denominato nella letteratura medica e in quella delle scienze sociali.

esperienza del mondo e sulla nostra identità personale. Proseguendo ci si concentrerà sull'esotizzazione dei corpi e della medicalizzazione coloniale femminile nel XIX° secolo, oltre che su una discussione riguardante le dinamiche di genere, per poter avere un quadro discorsivo più completo e per creare un solido contesto storico.

A seguito, ci si addentra direttamente nell'ambito al centro di questo elaborato, ovvero nella questione delle MGF, esplorando il contributo dell'antropologia agli studi di genere, evidenziando come il maschile e femminile siano rilevanti anche nelle pratiche di asportazione o modifica dei genitali. Si arriverà quindi a definire in modo dettagliato le MGF, esaminandone le principali tipologie. In seguito, verranno delineate delle teorie sulle possibili origini del fenomeno, il loro sviluppo e diffusione, cercando di comprendere le sfide e le complessità che circondano questo fenomeno, sempre ricordando come i dati siano di difficile affidamento poiché basati su stime e proiezioni. Poi, nella tesi si inquadra il fenomeno a livello europeo, portando all'attenzione la difficoltà nel raccogliere dati chiari e attendibili, perché frutto di proiezioni teoriche basate su delle stime di presunto ricorso alle pratiche in determinati Paesi. Questo a causa di una mancata regolamentazione comunitaria, oppure a causa di un approccio che riesca a cogliere i molteplici significati, ma nella prospettiva di un loro superamento non si può pensare ad un intervento dall'alto o all'utilizzo di soli strumenti normativi. In seguito, il focus si sposta sulla formulazione delle leggi che vanno a contrastare le MGF, come quelle che menzionano anche l'importanza di azioni di prevenzione, sensibilizzazione e comprensione effettiva di tali pratiche. Le leggi che sono state redatte e le politiche che vengono attuate, in Italia, rischiano di venire percepite come discriminatorie, paternalistiche a volte possono avere degli effetti completamente contrari rispetto a quelli previsti e auspicati. Difatti, una visione distorta della diversità ha contribuito a creare un'immagine di due mondi separati, il "Nostro" e il "Loro", dando un'accezione positiva al primo, considerandolo come se fosse il mondo migliore possibile. Sarebbe opportuno e più utile un approccio globale che comprenda il coinvolgimento attivo delle comunità coinvolte, senza dipingerle come "vittime della propria cultura". Una possibilità di cambiamento è il possibile dialogo tra il discorso umanitario e il discorso antropologico, per cominciare a considerare il fenomeno meno da un punto di vista "occidentale" e tendente alla "barbarizzazione" delle altre società. Al contrario, in questa tesi vorrei provare a dimostrare come la costruzione del discorso e di un possibile dialogo debba poggiare su un approccio più comprensivo e rispettoso. Alla fine di questo percorso si seguiranno due

esempi etnografici, uno comprendente di interviste semi-strutturate e *focus group* con l'intento di avere informazioni approfondite sul tema e per promuovere un approccio di prevenzione che tenga conto di tutte le sfumature culturali possibili. Il secondo invece si concentra sulla presenza e l'incidenza delle pratiche in Umbria e sull'accesso dei servizi sanitari regionali da parte delle donne interessate. In questa prospettiva, si considera fondamentale dialogare con le comunità e nello specifico le donne interessate, senza attuare comportamenti giudicanti e paternalistici.

Per concludere riprendendo il contributo di Fusaschi, Paulme e Tillion (2009) è il caso di dire che: «Se l'antropologia, che è affare di pazienza, di ascolto, di cortesia e di tempo, può ancora servire a qualche cosa, è quella di apprendere a vivere insieme».





## 2. INTRODUZIONE ALL'ANTROPOLOGIA DEL CORPO

L'antropologia del corpo è un ambito di studio che riflette sulla costruzione storica e sociale della malattia, della salute e della corporeità (Le Breton, 2021). In questo capitolo l'elaborato tratterà la definizione dell'ambito di studio sopracitato, chiarendo quali sono i diversi e possibili significati e simboli che sono stati attribuiti al corpo, introducendo anche alcuni concetti importanti per comprendere l'esperienza corporea e come negli anni è stata costruita l'immagine della corporeità a livello sociale e culturale. Successivamente il *focus* si sposta su un altro tipo di antropologia, definita medica, importante come cornice teorica per la comprensione del concetto di malattia e di salute nei vari contesti sociali e culturali. Nella conclusione di questo primo capitolo viene descritto un panorama complesso riguardante la medicalizzazione coloniale femminile, dove i concetti di corpo, di salute e di malattia si intrecciano tra di loro e vengono mercificati, resi oggetto di negoziazioni da parte dell'uomo occidentale che vede come estraneo, diverso – e, quindi, un possibile profitto – il corpo di esseri umani razzializzati ed esotizzati. Tutto questo sarà utile per affrontare il tema centrale dell'elaborato, al centro del prossimo capitolo, riguardante le MGF (pratiche di mutilazione/modificazione genitale femminile), presentato inizialmente a livello generale e, successivamente, nel caso specifico italiano. Ma tornando al discorso iniziale, questa parte dell'elaborato è focalizzata sul corpo che, essendo parte integrante dell'identità dell'essere umano, è particolarmente adeguato all'analisi antropologica che andremo a fare. L'essere umano esiste attraverso il proprio corpo e la sua esistenza, così come i modi che la caratterizzano, sono diversi da una società all'altra. Nelle società cosiddette “tradizionali” il corpo era spesso considerato come interconnesso con gli altri corpi e con il cosmo (Le Breton (2021). Nel pensiero “occidentale” della cosiddetta “modernità”, esso è così diviso: il soggetto-corpo è diventato altro rispetto agli altri e rispetto al cosmo. In questo passaggio storico è possibile notare quanto la diversa concezione del corpo sia di fatto legata all'affermazione dell'individualismo, della ragione e del laicismo (Le Breton, 2021).

Il corpo è il mezzo con cui l'individuo esprime la propria identità e fa esperienza del mondo. Esso è anche lo strumento attraverso il quale l'essere umano comunica attraverso sistemi simbolici che condivide con la sua comunità (Le Breton, 2021). Il corpo, mediante la continua produzione di senso e tramite le proprie percezioni, integra l'essere umano all'interno di uno specifico contesto sociale e culturale. Gli attori sociali interagiscono

costantemente, scambiandosi significati basati su convenzioni comuni, che sono chiaramente influenzate da un certo grado di causalità e improvvisazione collettiva (Le Breton, 2021).

Dunque, il corpo di cui parliamo in antropologia cos'è? Sicuramente esso è una costruzione simbolica che cambia e si trasforma da una società all'altra. Un esempio può essere quello del popolo kanak della Nuova Caledonia (Le Breton, 2021). Per esaminare questo tema, è rilevante menzionare Maurice Leenhardt (1878-1954), una figura di notevole importanza poiché rappresenta uno dei rari etnologi che ha influenzato direttamente lo sviluppo della psichiatria in Nuova Caledonia, esercitando un'influenza significativa sui movimenti psicologici del suo tempo. Originario della Francia, Leenhardt è stato inviato in Nuova Caledonia come missionario protestante con l'obiettivo di convertire la popolazione kanak autoctona, un gruppo austronesiano che aveva colonizzato la regione sin dal 4000 a.C. (Mouchenik, 2012). Leenhardt, autodidatta, ha prodotto opere di notevole densità che hanno ottenuto ampio riconoscimento, e fino agli anni '50, è stato praticamente uno dei pochi studiosi a dedicarsi a questa parte della Melanesia (Clifford, Glazier, 1984). L'approccio di Leenhardt nell'ambito dell'etnologia e della psicologia si concentra sulla comprensione della psiche umana in un contesto che all'epoca veniva ancora considerato "primitivo". La sua ricerca si è principalmente basata sull'analisi linguistica come mezzo per riflettere sulla mentalità e per definire la soggettività kanak (Mouchenik, 2012). In linea con alcuni teorici della psichiatria coloniale, Leenhardt condivide una visione di una personalità "indigena" generica, caratterizzata da una mancanza di individuazione, assenza di coscienza di sé e una sorta di confusione con l'ambiente circostante (Lachaume, 1987). Leenhardt sottolinea l'idea di una "normalità patologica", suggerendo che i kanak potrebbero avere difficoltà a distinguere sé stessi dagli altri. Tali idee, benché sorprendenti all'interno di un contesto accademico dominato da diverse influenze, riflettono l'obiettivo missionario di Leenhardt di trasformare la psiche kanak. La psichiatria coloniale, spesso influenzata dai medici, serviva frequentemente come giustificazione ideologica per il processo di colonizzazione. In Nuova Caledonia, Leenhardt ha contribuito a promuovere una visione di alterità kanak vista come praticamente insormontabile. La persona kanak è stata analizzata attraverso un insieme di astrazioni, senza considerare un'analisi sociologica delle azioni che avrebbero potuto contribuire a comprenderne le posizioni e le dinamiche in una società contraddittoria e competitiva (Mouchenik, 2006). All'interno di questo gruppo il corpo è considerato come

non separato dall'universo, ma intrecciato nella sua esistenza con elementi naturali (alberi, frutti, piante, ecc.). Per esempio, i polmoni sono identificati nella forma come un albero totemico del popolo kanak, gli intestini vengono assimilati alle liane che abitano la foresta, mentre i reni e altre viscere assomigliano ad alcuni frutti e verranno chiamati con il nome di quest'ultimo. Non c'è nessun confine tra il corpo e il mondo vegetale. Inoltre, non esiste nemmeno un "io", come lo intendiamo nelle società occidentali. Perciò il concetto di persona, inteso in senso occidentale, non lo si ritrova nella quotidianità e nel modo di vivere proprio della popolazione-kanak. Nel contesto della società descritta da Maurice Leenhardt, dove il corpo è strettamente connesso all'universo vegetale, si evidenzia l'assenza di una chiara distinzione tra i vivi e i morti. In questa prospettiva, la morte non rappresenta una sorta di annientamento, bensì segna il passaggio a un'altra forma di esistenza. In questa nuova fase, il defunto può cambiare forma e occupare il ruolo di un animale, una pianta, un albero o uno spirito, sfumando i confini tra la vita e la morte (Le Breton, 2021).

Per concludere questo esempio, si riporta il famoso dialogo di Leenhardt con un indigeno kanak. Citato da Csordas (2003, p.19-20):

«Possiamo iniziare a sviluppare questa prospettiva partendo da un aneddoto incluso nella celebre etnografia di Maurice Leenhardt del 1947 [...] nel testo citato l'autore riporta una conversazione avuta con un anziano filosofo indigeno, sull'impatto che la civiltà europea aveva avuto sul mondo cosmocentrico dei kanak. Nel corso di questa conversazione egli aveva suggerito che fossero stati gli europei a introdurre nel pensiero indigeno la nozione di "spirito". Il suo interlocutore, al contrario, gli disse: noi abbiamo «sempre agito secondo lo spirito. Ciò che ci avete portato è il corpo». Per Leenhardt quest'affermazione è sorprendente – sorprendente perché contraddice lo stereotipo secondo cui il corpo sta dalla parte della natura e lo spirito dalla parte della cultura, il corpo sta dalla parte del primitivo e lo spirito dalla parte del civilizzato. Leenhardt interpreta come segue l'affermazione dell'anziano filosofo indigeno: «[Il corpo] non aveva un'esistenza propria, né vi era un nome specifico per designarlo; era soltanto un supporto. Ma ormai la delimitazione dell'essere fisico è compiuta e rende possibile la sua oggettivazione. L'idea di corpo umano si è precisata. È una scoperta che porta con sé la distinzione tra il corpo e il mondo fisico» (Leenhardt 1947, p. 264).

Da questo semplice esempio etnografico si evince che il concetto di individuo è un'acquisizione storica del mondo occidentale, che avviene di pari passo con la scoperta e la rivelata importanza del volto, come segno della singolarità di ogni uomo (Le Breton, 2021). Come abbiamo potuto notare anche semplicemente attraverso questo esempio etnografico, il nostro sguardo percepisce il corpo, la salute e la malattia come realtà auto-evidenti, ma si tratta in realtà di costruzioni sociali create e perpetuate dai soggetti nei

contesti sociali concreti. Il riconoscimento di tali aspetti porta alla necessità di tener conto di una definizione parziale e mai definitiva di ciò che intendiamo per “corpo”. L'obiettivo a questo punto è esplorare la differenza tra essere un corpo e avere un corpo, tra il sentire attraverso il corpo e la sua rappresentazione, tra il considerare il corpo come agente dell'esperienza e come entità anatomica, tra intenderlo come soggetto di conoscenza e come oggetto di rappresentazioni sociali (Quaranta, 2008).

## **2.1. CONOSCERE ATTRAVERSO IL CORPO: DALLE TECNICHE DEL CORPO AL CONCETTO DI INCORPORAZIONE**

Nel campo di studi antropologici in relazione al corpo ci sono state numerose ricerche condotte da autori e autrici che hanno compiuto importanti riflessioni riguardo il corpo. In questo discorso è importante evidenziare la profondità della riflessione di Mauss, come anche introduzione alla spiegazione di due concetti che verranno introdotti e spiegati nelle prossime pagine. Mauss nel suo libro “Tecniche del corpo” (1934) chiarisce come «con questa espressione intendo i modi in cui gli uomini, nelle differenti società, e secondo la tradizione, sanno servirsi dei loro corpi» (Mauss, 1934, p. 31). Per l'autore è importante esaminare le diverse maniere in cui, da società a società, gli esseri umani hanno appreso ad "utilizzare il loro corpo". In questo contesto, l'idea che gli individui sfruttino il proprio corpo e ne gestiscano le abilità presuppone che il corpo sia, innanzitutto, un oggetto. Il corpo è trattato come un oggetto reale e uno strumento tecnico, dotato di caratteristiche, qualità e capacità intrinseche, naturalmente a disposizione dell'essere umano (Mauss, 1934). A quest'ultimo spetta il compito di imparare a comprenderle e a utilizzarle come veri e propri metodi. Fino a questo punto, sembra che Mauss sia insoddisfatto del fatto che il corpo e la sua gestione tecnica da parte dell'umanità non siano stati oggetto di studi sociologici specifici, quasi come se fossero stati esclusi dalle scienze ufficiali e relegati all'oscurità di ambiti e ricerche varie, spesso catalogate come semplici curiosità (Angonese, 2020). L'introduzione del concetto di "tecniche" consente a Mauss, da un lato, di rispondere a questa insoddisfazione e, dall'altro, di affrontarla attraverso un campo di studio strutturato, in grado di considerare il corpo come un oggetto tecnico intrinseco all'essere umano e di sistematizzare le varie tecniche corporee che l'individuo ha appreso, come la camminata, il nuoto, la danza, la corsa, l'igiene, l'alimentazione, il sonno e le posizioni sessuali (Angonese,

2020). Il campo di ricerca che Mauss sta inaugurando mira a esaminare e registrare le diverse tecniche corporee «in varie società e in conformità con le loro tradizioni» (Mauss, 1934, p.31). Questo significa che intende studiare come queste tecniche variano da un contesto socio-culturale all'altro e come si evolvono in relazione alla tradizione specifica presente in ciascun sistema socio-culturale. Il corpo rappresenta un oggetto sociale e un risultato condizionato dalla storia. Il contesto socio-culturale può influenzare in modo significativo, principalmente attraverso i sistemi educativi esistenti, il modo in cui il corpo viene utilizzato, stabilendo una forma tecnica specifica tra le molteplici opzioni possibili per le azioni quotidiane degli individui. La condotta corporea di ciascun individuo, anche se sembra essere abituale e spontanea, è sempre influenzata da fattori sociali, in particolare quelli legati all'educazione e all'imitazione, che costituiscono una parte integrante di ogni sistema sociale (Angonese, 2020). Oltre agli studi di Mauss, altre autrici e autori si sono immersi nella ricerca antropologica del corpo e della sua significatività corporea anche declinando le proprie ricerche soffermandosi sulla differenza tra il maschile e femminile, come ha fatto, ad esempio, Margaret Mead. L'antropologa ha effettuato uno studio presso tre società della Nuova Guinea nel periodo compreso tra il 1931 e il 1933 (Bellucci, 2009). I risultati di questo studio sono riportati nel suo saggio intitolato "Sesso e temperamento in tre società primitive"(1935). Questo lavoro le permise di sviluppare l'idea che le differenze tra i corpi sessuati sono in realtà costruzioni sociali. Nel contesto di queste società, Mead sottolineò che:

«Ogni cultura (...) crea un proprio tessuto sociale distinto (...) e può costringere ogni individuo nato nel proprio interno ad assumere un tipo di comportamento, per il quale né l'età, né il sesso né le attitudini particolari costituiscono elementi di differenziazione. Ma la cultura può anche attaccarsi all'evidenza delle differenze di età, di sesso, di forza, di bellezza, o anche a fatti insoliti, come una tendenza spontanea alle visioni e ai sogni, e farne altrettanti temi culturali dominanti» (Mead, 1935, p.19).

E specificatamente rilevare:

«quali forme assuma il comportamento del sesso dal punto di vista del temperamento, tenendo conto dei postulati culturali secondo i quali certi atteggiamenti del temperamento sono congenitamente maschili e altri congenitamente femminili» (Mead, 1935, p. 25).

Pertanto, viene sottolineato che l'obiettivo fondamentale dell'antropologia sia comprendere le cause storiche e culturali che conducono alla formazione dei “tratti culturali” distintivi di una particolare popolazione: diventa, perciò, essenziale esaminare e comprendere le culture nel loro contesto unico e specifico (Bellucci, 2009).

Si è voluto citare questi due autori di ricerche condotte sul corpo, sulla concezione corporea e sul significato della corporeità sia per enfatizzare il sopracitato obiettivo dell'antropologia, sia come introduzione a due concetti, non meno significativi che diventeranno centrali nel campo della riflessione antropologica sul corpo nella seconda parte del Novecento. Questi forniscono strumenti concettuali importanti per esplorare la relazione tra cultura, corpo e identità. Consentono di analizzare come le pratiche culturali influenzino la percezione corporea e come le persone cercano di vivere in contesti culturali specifici.

Il primo di questi concetti è quello del "*mindful-body*" proposto da Nancy Scheper-Hughes (1987), mentre il secondo è quello di "incorporazione" o "*embodiment*", riconducibile a Thomas Csordas (1994). Questi due concetti – che riflettono anche vere e proprie prospettive – offrono modalità di pensare il corpo che ci permettono di sperimentare la simultaneità delle due dimensioni corporee: quella del corpo come soggetto esplorante e quella del corpo come oggetto di osservazione. Esaminando questi concetti, possiamo ottenere una comprensione più profonda e sfaccettata dell'esperienza corporea, sia come partecipanti attivi/e che come osservatori/trici riflessivi/e. Sheper Hughes afferma che il corpo non è una realtà separata dalla mente, ma piuttosto un "*mindful body*" (Scheper-Hughes, 1987). Cosa intende con questo concetto? Ad esempio, che la percezione e l'organizzazione della realtà sono radicate sia nell'esperienza corporea sia nei saperi e nelle tecnologie incorporate. Il corpo assimila conoscenze acquisite tramite esperienze individuali e sociali, apprese sin dai primi processi di apprendimento e socializzazione primaria e secondaria (Mauss, 1950). In tale prospettiva, il gesto rappresenta una forma di tecnica, mentre il corpo è uno strumento. Scheper-Hughes ha portato attenzione sul corpo inteso non più come mera entità naturale, ma come un corpo coinvolto in dinamiche di produzione, riproduzione e costruzione culturale. Il corpo può essere considerato sia come il luogo dell'agentività e dell'esperienza del soggetto, sia come risultato di pratiche discorsive e rappresentazioni simboliche (Di Miscio, 2011). Quindi, siamo in possesso di un corpo che è oggetto di rappresentazioni e pratiche culturali e, al tempo stesso, siamo un corpo che agisce nel mondo. Le rappresentazioni del corpo hanno un

ruolo significativo nel plasmare l'esperienza umana, in quanto influenzano le modalità in cui lo abitiamo. Inoltre, esse fungono da dispositivi per costruire la realtà sociale, la realtà clinica, la salute e la malattia. Tuttavia, limitarsi a considerare il corpo solo come un oggetto plasmato dalle dinamiche sociali e storiche significa negare l'attività di produzione di significati e pratiche discorsive intrinseca al corpo stesso, ovvero la capacità di agire dei soggetti (Di Miscio, 2011).

Contestualmente, il concetto di incorporazione di Csordas va nella stessa direzione, ovvero quella di riconoscere l'importanza dell'esperienza corporea e delle pratiche culturali nella formazione dell'identità e della comprensione della realtà. L'incorporazione è un processo attraverso il quale le pratiche culturali, le credenze e le esperienze vengono assimilate e "incorporate" nel corpo, influenzando così la percezione del mondo e l'interazione con esso (Di Miscio, 2011). Per Csordas essa è sia una predisposizione del corpo alla percezione, all'emulazione e all'azione, sia il risultato dell'agire intenzionale del corpo nel mondo. In altre parole, il corpo non è un semplice oggetto passivo che subisce l'influenza della cultura, ma è attivo e partecipa nell'assimilare, interpretare e reagire alle influenze culturali. L'incorporazione riflette, dunque, una complessa interazione tra l'individuo, il corpo e il contesto socio-culturale, dove il corpo diventa un luogo di negoziazione e significazione delle esperienze e delle pratiche culturali (Di Miscio, 2011).

Quindi, in conclusione, l'antropologia del corpo può essere vista come un'indagine intenzionale nel mondo di soggettività agenti nella storia, ma anche come riflessione sulla costruzione storica e sociale della corporeità, della salute e della malattia. L'obiettivo principale è quello di illuminare la violenza strutturale sui corpi e la sofferenza sociale, esplorando la relazione tra dinamiche politiche, disagio e le forme di resistenza adottate dagli attori sociali. In questo modo, l'antropologia del corpo diventa uno strumento critico per comprendere e affrontare le complessità dell'esperienza corporea all'interno di più ampi contesti culturali e sociali, come quello riguardante le MGF di cui parleremo nei capitoli successivi.

## 2.2 IL CONTRIBUTO DELL'ANTROPOLOGIA MEDICA

All'interno del macro ambito dell'antropologia del corpo, questo paragrafo tratterà di un altro tipo di antropologia, con ampi spazi di sovrapposizione e intersezione con la prima, che è l'antropologia medica. Si tratta di un campo di studio e di ricerca fondamentale che esplora il concetto di salute, benessere e malattia, manifestando una veste sia teorica che pratica. All'interno del variegato panorama dell'antropologia medica, emergono due principali direzioni. La prima, identificabile come “approccio medico-ecologico” (McElroy, Townsend, 1996), mostra una maggiore affinità con l'antropologia fisica e si concentra sull'effetto delle variabili sociali e comportamentali sulla biologia umana. In particolare, esamina in che modo un gruppo sociale specifico si adatti alle particolari condizioni ambientali, sociali ed ecologiche. Il secondo orientamento, designato come “prospettiva critico-interpretativa”, presenta una maggiore somiglianza con l'antropologia culturale e ha come nucleo centrale l'analisi delle definizioni, costruzioni, esperienze e gestioni del corpo, della salute e della malattia all'interno di ciascun contesto socio-culturale (Pizza, 2005). I sistemi medici (Kleinman, 1978) costituiscono veri e propri aggregati di rappresentazioni, conoscenze, pratiche e risorse che, all'interno di uno specifico contesto sociale e culturale, agevolano il modo di affrontare, prevenire o interpretare una determinata malattia (Seppilli, 1996). All'interno di tali sistemi, gli esperti della cura assumono il duplice ruolo di custodi di un sapere scientifico sul corpo e di "mediatori di guarigione" (Pizza, 2005, p. 123), attingendo sia dalla sfera tecnica che da quella simbolico-culturale nel tentativo di offrire cura o prendersi cura della sofferenza del paziente. In Italia, l'antropologia medica ha principalmente seguito questa direzione di indagine<sup>2</sup>.

L'approccio critico dell'antropologia medica si estende oltre lo studio delle società "altre" (ovvero quelle “non occidentali”), dirigendo la sua attenzione anche verso la biomedicina, conosciuta anche come medicina allopatrica o “medicina occidentale”. Alla base della

---

<sup>2</sup> Tra alcuni dei più importanti studiosi italiani di antropologia medica, occorre ricordare quanto meno Seppilli (1929 – 2017), il principale esponente e fondatore in Italia dell'Antropologia medica e fondatore della Società Italiana di Antropologia Medica (SIAM), di cui è stato presidente. Analogamente, notevole è stato il contributo di Lanternari (1918 – 2010) che ha condotto studi sulla manifestazione del sacro, sulle ritualità connesse e le sue declinazioni mitiche, ma anche sul folklore italiano e studi di antropologia medica. Inoltre, probabilmente il più importante studioso di riferimento per l'antropologia medica italiana è stato De Martino (1908 – 1965), etnologo, storico delle religioni e artefice di studi sulle manifestazioni religiose nel Meridione basate sull'osservazione partecipante e sul lavoro di *équipe* in senso interdisciplinare.



biomedicina sono presenti alcuni presupposti radicati nella tradizione filosofica occidentale, spacciati come assoluti e universali. Tra questi, assumono particolare rilievo la dicotomia mente/corpo e la contrapposizione natura/cultura, accompagnata dalla concezione di un'essenziale autonomia della natura rispetto alla cultura e alla società (Gordon, 1998). Nell'ambito biomedico, i fenomeni biologici vengono spesso considerati come isolati dai contesti sociali, economici, storici e culturali in cui emergono, disconnessi dalla soggettività e dall'esperienza personale del paziente. Il complesso rapporto tra biologia, cultura e società è stato oggetto di profonde riflessioni, ad esempio con autrici come Scheper-Hughes e Lock che hanno enfatizzato l'interconnessione tra corpo e mente, introducendo l'idea – già citata nel paragrafo precedente – di un "corpo pensante" (1987). In questa visione, si intrecciano fenomeni di natura biologica, psicologica, culturale e sociale. L'intreccio tra queste dimensioni costituisce la chiave per comprendere una vasta gamma di malattie, spesso scartate come superstizioni o credenze senza fondamento. Un esempio è il tarantismo, uno stato di sofferenza fisica e psicologica simbolicamente associato al morso della tarantola. Questo fenomeno è stato esaminato in Puglia dall'etnologo Ernesto De Martino, che ha identificato legami tra la sofferenza psicologica delle persone affette dal tarantismo e una più ampia dimensione storico-sociale caratterizzata da povertà ed emarginazione. De Martino ha visto nel rito terapeutico un mezzo culturale per affrontare la crisi, permettendo di simbolizzare e risolvere la "malattia" (De Martino, 1961). Dal punto di vista dell'antropologia medica, concetti come "salute" e "malattia" vanno oltre le entità biologiche, trasformandosi in processi complessi che coinvolgono aspetti psicologici, sociali, culturali e politici.

Per comprendere meglio questa pluralità di dimensioni, è utile distinguere tra "*illness*" e "*disease*" (Kleinman 1978, 1988; Good, 2000). Per "*Illness*" si intende l'esperienza soggettiva della malattia, includendo l'esperienza del paziente, le dimensioni emotive, relazionali e sociali, nonché gli aspetti culturali ed esistenziali che contribuiscono a dare significato alla malattia. Il termine "*disease*" denota, invece, la definizione biomedica della malattia, ossia una condizione patologica identificata e classificata attraverso diagnosi mediche (Pizza, 2005). Tuttavia, è importante evitare di cadere nella trappola di separare nettamente la natura (*disease*) dalla cultura (*illness*), ignorando l'influenza dei fattori sociali e politici. Tali fattori svolgono invece un ruolo centrale nel concetto di "*sickness*" (Young, 1982), che si riferisce al modo in cui la malattia è percepita e gestita in un determinato

contesto, e a come le categorie biomediche contribuiscono a modellare la realtà sociale, influenzando la vita individuale.

Supponiamo che il concetto di corpo non debba essere considerato un elemento separato o di minore importanza nel processo di definizione della realtà e nell'occultamento del nostro ruolo nell'evolversi degli eventi. In questo caso, il corpo assume una rilevanza significativa in questo contesto. Nella pratica, il processo di conoscenza (ossia ciò che sappiamo) e l'organizzazione sociale (la struttura delle cose nella società) sembrano integrarsi in modo naturale con il nostro corpo attraverso l'atto di applicare elementi sulla nostra figura, come ad esempio l'indossare indumenti o farsi dei tatuaggi. Quando questi segni sono impressi sul corpo, tendiamo a non considerarli come risultato di processi storici o di influenze circostanziali. Al contrario, li percepiamo come automatici o conformi a una norma, mentre l'intero contesto che li circonda, inclusi i processi sociali e politici che li supportano, diventa meno evidente nella nostra coscienza. Così, la nostra pratica di incorporare queste idee e norme sociali attraverso l'uso del corpo ci porta a interpretare la situazione come naturale e necessaria, nonostante vi siano spesso influenze sociali e politiche che sottostanno e che non vengono considerate quando li viviamo personalmente. Consideriamo il modo in cui percepiamo il mondo attraverso il nostro corpo, che è plasmato dalle influenze culturali delle società in cui viviamo. Prima ancora di elaborare consapevolmente le nostre riflessioni, il nostro corpo contribuisce alla nostra comprensione del mondo. Come suggerito dal filosofo Merleau-Ponty, quando percepiamo qualcosa, abbiamo già un'intenzione nei suoi confronti prima di attribuirle un nome o un significato. Questo processo si svolge prima che iniziamo a classificare o analizzare ciò che stiamo osservando. È cruciale riconoscere che questa percezione non è separata dalla cultura, ovvero non è indipendente dalle influenze culturali delle società in cui viviamo. Le persone creano la realtà attraverso le loro esperienze, spesso senza rendersene conto (Merleau-Ponty, 1945). Il sociologo Pierre Bourdieu ha introdotto il concetto di "corpo socialmente informato" (Bourdieu, 1977), sottolineando che le nostre azioni, decisioni, pensieri ed emozioni sono guidati inconsciamente dalle influenze culturali che abbiamo assimilato. In questo senso, agiamo come "artigiani" che costruiscono la realtà attraverso il modo in cui percepiamo e agiamo, anche se non riflettiamo spesso razionalmente su ciò che facciamo. A questo punto, assume importanza l'adozione di una prospettiva che spinga a riflettere su noi stessi, mettendo in luce come le comuni concezioni e i comuni approcci al corpo non possano essere considerati universalmente validi. Pertanto,

diventa chiaro che la visione condivisa rappresenta solo una delle molteplici opzioni storiche per concepire e vivere il corpo (Quaranta, 2010).

Pur riconoscendo l'importanza di comprendere il corpo come un prodotto influenzato dalla storia e dalla società, è limitativo considerarlo esclusivamente come il risultato di questi fattori. Il corpo va oltre il semplice ruolo di oggetto modellato dalla cultura; è anche un agente attivo nell'elaborazione di significati culturali ed esperienze. I corpi non sono soltanto costruiti attraverso pratiche e discorsi sociali, ma sono anche il contesto vissuto in cui questi discorsi e pratiche prendono forma (Csordas, 1990; 1994). Focalizzare l'attenzione sul corpo culturalmente informato non significa sminuire l'importanza delle informazioni provenienti dalla fisiologia e dall'anatomia. Al contrario, ciò implica enfatizzare che la realtà del corpo non può essere completamente ridotta alle informazioni fornite da tali discipline. Quando consideriamo il corpo attraverso una prospettiva fenomenologica e culturale, riusciamo a capire che i suoi stati emotivi e fisici (come emozioni, gioie, sofferenze, ecc.) non devono necessariamente passare attraverso il filtro delle categorie mediche per acquisire significati che variano culturalmente. Le esperienze corporee già rappresentano autentici discorsi sociali. In questa prospettiva, la malattia emerge come una forma peculiare di espressione corporea, un'esperienza culturalmente informata che potremmo non comprendere completamente se la riduciamo ai nostri *standard* concettuali di esistenza e conoscenza (Quaranta, 2010).

Poiché i corpi sono risultato della storia e i loro "stati d'essere" (che includono sia condizioni esistenziali che stati di malattia) rappresentano forme di significato incarnato (ovvero presentano configurazioni di significato intrecciate con le sfumature più intime delle esperienze individuali), un segno o un sintomo diventano l'espressione soggettiva di un intricato e profondo processo di senso "incarnato". In altre parole, la malattia non acquisisce una dimensione culturale solo quando è categorizzata all'interno di un qualche sistema medico tradizionale, ma è già intrinsecamente culturale come esperienza vissuta attraverso processi di costruzione simbolica della persona (Quaranta, 2010).

Nel prossimo paragrafo, verrà affrontato il tema dell'esotizzazione dei corpi e della medicalizzazione coloniale femminile nel corso del XIX° secolo. Utile per comprendere come il corpo femminile "esotico" (e non solo) è stato oggettivato e utilizzato come oggetto da esposizione, etichettato e considerato "da esposizione" perché con forme corporee e

comportamentali diverse da quelle occidentali. Inoltre, è utile per comprendere e contestualizzare la storia e le origine del comportamento occidentale comprensivo della concezione di superiorità nei confronti dell'umanità definita "esotica".

### **2.3 L'ESOTIZZAZIONE DEL CORPO: IL CASO DEGLI ZOO UMANI E DELLE "ESPOSIZIONI UNIVERSALI".**

In questo ultimo paragrafo avverrà un cambio di scenario e si ritornerà ad un discorso relativo al XIX° secolo, per poter comprendere alcune dinamiche, situazioni e avvenimenti, importanti per capire come il corpo femminile (e non solo) sia stato considerato un oggetto da esposizione da parte delle culture "occidentali" e come l'essere umano non sia riuscito a comprendere le differenze e le particolarità delle diverse culture umane, usandole invece come fonte di profitto e spettacolo.

Durante il XIX° secolo, un'epoca caratterizzata dall'espansione coloniale, emersero astute operazioni commerciali orchestrate da figure emergenti nell'industria dell'intrattenimento. Queste operazioni ricevettero sostegno attivo da parte di influenti esponenti della scienza medica e antropologica. L'obiettivo era creare e diffondere una forma specifica di merce: l'umanità esotica, destinata a essere consumata, preferibilmente in luoghi pubblici. Questi "individui esotici" furono rinchiusi all'interno di villaggi appositamente ricostruiti all'interno delle nuove esposizioni universali, dove vennero esposti allo sguardo curioso di visitatori/trici.

I fenomeni da baraccone, noti come "*freaks*", hanno giocato un ruolo chiave nel processo di creazione e diffusione generalizzata degli stereotipi collegati all'idea di esotico coloniale. Per comprendere in che modo questi stereotipi si sono sviluppati, è essenziale esaminare l'evoluzione di ciò che originariamente consisteva in una serie di spettacoli di "stranezze corporee". Questi spettacoli presentavano al pubblico individui con caratteristiche fisiche, mentali o comportamentali fuori dall'ordinario, spacciati come rappresentanti di nazioni, società e culture distanti. È all'interno di questi spettacoli espositivi e circensi che le persone considerate "rispettabili" si sono interessate agli individui con anomalie reali o presunte, così come agli "indigeni" provenienti da Paesi esotici (Minelli, 2003). Phineas Taylor Barnum (1810-1891) è stato il primo impresario nell'organizzare la presentazione di "esseri

straordinari" all'interno di un luogo di intrattenimento, combinando contemporaneamente conferenze "scientifiche", spettacoli di magia, danza e rappresentazioni teatrali. In molte occasioni, i "*freaks*" venivano presentati come appartenenti a popolazioni esotiche. Venivano mostrate persone associandole ad etichette come "gli ultimi aztechi" (una coppia di fratello e sorella con cranio conico e ritardi mentali), "la donna barbata svizzera", "i veri gemelli siamesi" e la madre afro-americana con due figli albinici (Bogdan 2003, p. 44). Ogni fenomeno straordinario era accompagnato da una storia unica. Nei *freak shows*, si sperimentava un'accelerata convergenza in un unico luogo e in un attimo di percezione tra l'attrattiva del viaggio e le disparità sociali, insieme alle rappresentazioni dell'esotico e alle pratiche discriminatorie basate sulla razza. Il concetto di "razza" si dimostrava presto essere uno strumento straordinariamente potente e adattabile, utilizzato per rappresentare come un'unica trasformazione biologica e naturale sia le deformità dei "*freaks*", sia l'esotismo delle popolazioni native, sia i comportamenti "primitivi" che venivano attribuiti. Alcuni gruppi umani, identificati in base a presunte differenze razziali e provenienti dall'Oriente, furono associati ad una sindrome medica attraverso un ragionamento di tipo analogico. Questo ha fatto sì che le aree sociali, politiche e scientifiche in cui queste variazioni sono state analizzate e comprese, si ampliassero. Un esempio è l'appellativo di "gemelli siamesi": il termine fu coniato inizialmente per definire Eng e Chang, nati congiunti lungo la schiena nel 1811 in Thailandia (all'epoca conosciuta come Siam). Questi due gemelli, che erano stati portati negli Stati Uniti da un impresario americano, il quale aveva pagato alla madre un compenso adeguato a presentarli nelle fiere, suscitarono rapidamente discussioni tra medici ed esperti di varie discipline scientifiche. L'impresario, fortemente coinvolto nel destino dei gemelli, cercò il parere di rinomati medici riguardo a una possibile separazione. Importanti esperti discussero pubblicamente sulle prospettive offerte dalla medicina ai due gemelli. Tuttavia, Eng e Chang rifiutarono di sottoporsi a un intervento chirurgico di separazione. Grazie alle loro *tournee* in Europa e negli Stati Uniti, ottennero considerevoli guadagni che li portarono a stabilirsi, ottenere la cittadinanza americana con il cognome "Bunker" e sposare due sorelle, da cui ebbero complessivamente 22 figli. Entrambi morirono nel 1874, a poche ore di distanza l'uno dall'altro. Successivamente, vennero ricordati con il nome "gemelli siamesi", una parola diventata poi con il tempo gravosa per la il suo significato di anormalità ed esotismo (Van Dijk, 2002).

Ricapitolando, il soggetto del discorso, che traccia un segmento di storia sociale e culturale dell'Italia tra l'Ottocento e il Novecento, è la pratica diffusa nelle società occidentali di esibire pubblicamente persone reali. Queste persone, con caratteristiche fisiche e culturali particolari, non sono solo oggetto di curiosità per presunte stranezze, bizzarrie o patologie fisiche, ma fungono da rappresentanti di etnie, usanze, costumi e credenze ritenute "diverse". Vengono da geografie esotiche e incarnano un'umanità considerata "selvaggia", "barbara" o associata a culture colonizzate, spesso percepite come inferiori rispetto alla civiltà euro-occidentale (Minelli, 2003).

In questo contesto, questo sottoparagrafo si interessa di descrivere un evento rilevante per il fine di questo elaborato in merito alla spiegazione e comprensione del prossimo capitolo riguardante le MGF. La medicalizzazione coloniale femminile è un esempio emblematico di come le rappresentazioni coloniali, occidentali e culturali abbiano influenzato la percezione e la pratica delle MGF e di come l'esotizzazione del corpo è associata a rappresentazioni razziste e all'alterità delle popolazioni locali nelle colonie. Tutto questo è utile per mettere in evidenza il contesto storico, culturale e di potere in cui tali pratiche sono emerse e hanno vita ancora tuttora.

Un esempio può ben illustrare quanto si vuole sostenere: la storia di Saartjie Baartman. A partire dalla fine del XX° secolo, si è verificato un crescente interesse globale per la storia di questa donna sudafricana che fu portata in Europa ed esibita all'inizio del XIX° secolo. Si tratta di una donna che venne rapita dal suo Paese natale e ribattezzata in modo sensazionalistico come la "Venere Ottentotta". Nel corso dell'inizio del XIX° secolo, fu esibita in Inghilterra e in Francia a causa delle dimensioni insolite delle sue natiche, fianchi e genitali, che vennero considerate stranezze fisiche e sessuali. Le sue peculiarità più intriganti includevano la cosiddetta "steatopigia" (l'accumulo di grasso nelle natiche) e il presunto "grembiule ottentotto" (l'estensione delle labbra genitali). L'attrattiva della sua anatomia persistette oltre la sua morte, quando il suo corpo fu affidato allo scienziato francese Georges Cuvier per un'analisi scientifica approfondita (Moudileno, 2008).

Negli anni Ottanta del XX° secolo si assiste a una rinascita dell'interesse per quello che si potrebbe definire un "momento femminista e post-strutturalista". Il femminismo ha giocato un ruolo significativo nel recupero della storia di Baartman. Negli anni '80, la figura della Venere Ottentotta è stata riappropriata, non più come simbolo di sessualità

anomala e presunta inferiorità razziale, ma piuttosto come rappresentazione delle ingiustizie inflitte dall'Occidente ad altri (e, verrebbe da aggiungere, in particolare alle Altre). Questa reinterpretazione l'ha resa simbolo dei problemi nell'ambito della civiltà occidentale: dall'approccio illuminista della scienza, al razzismo, all'oppressione e sfruttamento delle donne, alle conseguenze del colonialismo e all'esotizzazione dei popoli non occidentali, spesso indicati come "Altri" (Crais, Scully, 2008). Baartman è divenuta un'icona che rappresenta l'imperialismo culturale e scientifico europeo. Il razzismo scientifico ha generato concetti razzializzati riguardo al suo corpo e alle sue parti intime, quali il "primitivo", il "selvaggio", l'"animalesco". Questa razzializzazione e iperessualizzazione del suo corpo e delle sue parti intime, unitamente alle idee promosse da tale processo, hanno dato vita a immagini di "nazione". Queste immagini sono state sfruttate dai colonizzatori europei per presunti pretesti scientifici. I miti sulla vita di Baartman hanno permesso alle istituzioni sudafricane *post-apartheid* di trascurare il senso di autodeterminazione dimostrato da Baartman nel contesto sociale del suo tempo. Nonostante il contesto storico di Baartman non abbia fornito le strutture sociali e politiche per rendere pubblica la sua *agency*, ha comunque dimostrato costantemente atti di autodeterminazione. Questo è evidenziato dalle sue *performance*, come cantare su palcoscenici, ballare e suonare la chitarra nei locali di Città del Capo. Queste azioni sfidavano il ruolo imposto dal regime coloniale e dal suo reale *status* di serva. Le istituzioni e i sostenitori del progetto di costruzione della nazione, che includono lo Stato nazionale, le sue istituzioni e i cittadini della nazione, tendono in genere a ignorare tali atti di autodeterminazione. Piuttosto, utilizzano Baartman e le sofferenze da lei subite come simbolo delle sofferenze patite dalla nazione sudafricana sotto il colonialismo e l'*apartheid*. Questi processi di commemorazione, che hanno trasformato Baartman in un simbolo della sua epoca e quindi in un'icona, rischiano di relegarla nuovamente a una mera curiosità. Questo ricorda la sua costruzione nei discorsi del razzismo scientifico (Abbattista, 2013).

La vicenda di Baartman permettere di riflettere su come il corpo delle donne è stato, nel corso dei decenni, gestito, pensato e controllato da uomini. Questi aspetti chiaramente espressi da Bourdieu nel suo celebre testo "Il dominio maschile" (1998). La teoria presentata da quest'autore si basa principalmente sull'idea che la discriminazione di genere costituisca uno dei pilastri della società nel suo insieme; un assetto che solo in tempi

recenti ha iniziato a mostrare segni di declino. Egli afferma che la sociologia deve sforzarsi di smantellare la logica sessista su cui basiamo la nostra percezione ("la donna è inferiore"). Tale logica non è innata, ma è considerata tale perché è stata ereditata e radicata nelle nostre vite sin dai tempi delle società antiche. Questa logica si è diffusa e perpetuata nel tempo attraverso ciò che lui chiama "violenza simbolica" (Bourdieu, 1998, p. 7), ed è stata tramandata attraverso le istituzioni umane più antiche. Nel suo saggio, egli fa costanti riferimenti alla famiglia, alla Chiesa, allo Stato e ai diversi settori professionali. A suo avviso, queste istituzioni sono responsabili della riproduzione concreta dei principi di visione e divisione fondamentali, e di conseguenza delle violenze implicite o esplicite verso le donne. È attraverso tali istituzioni che si sviluppa l'idea del genere femminile come genere debole. L'internalizzazione di questo concetto da parte delle donne porta a una costante insicurezza e auto-svalutazione. Ciò contribuisce a definire le società occidentali con una forte asimmetria a vantaggio degli uomini. Le donne tendono a escludersi, celando tale tendenza dietro quelle che l'autore chiama "presunte vocazioni femminili" (Bourdieu, 1998, p.50), ovvero le pratiche quotidiane che da sempre consideriamo come parte della femminilità. Queste pratiche influenzano le scelte di studio e lavoro delle donne, così come la tradizionale divisione dei ruoli di potere. L'esito di questa violenza simbolica coincide con l'accettazione della sottomissione, facendo credere che sia "biologicamente" naturale rimanere ai margini del potere maschile e optare quindi per le uniche forme di resistenza possibili. Tra questi esempi, dal più pacifico "silenzio" alla più diretta "seduzione", che secondo Bourdieu costituisce forse il vero rapporto di "dominazione simbolica" (Bourdieu, 1998, p 73).

Affrontare il tema della mascolinità implica inevitabilmente discutere le dinamiche di genere e per farlo torna utile il lavoro della sociologa Connell e la sua teoria della mascolinità egemonica. L'autrice sostiene, come prima cosa, che la mascolinità si configura come un insieme di comportamenti che gli uomini manifestano concretamente nel mondo. Questo ci porta a riconoscere che ci sono molteplici forme di mascolinità, evidenziando la diversità nei comportamenti degli uomini. È essenziale notare che la mascolinità coinvolge le dinamiche tra uomini come gruppo e donne come gruppo, nonché le relazioni individuali tra uomini e donne. Il concetto di mascolinità egemonica evidenzia



che in diverse società esiste una gerarchia delle mascolinità, in cui un particolare tipo di mascolinità rappresenta il modello dominante, mentre altri modelli o comportamenti sono emarginati e privi di rispetto. In termini essenziali, la teoria suggerisce che la società favorisce un singolo ideale comportamentale maschile e offre una struttura sociologica per comprendere il fenomeno delle molestie sessuali, dei ruoli di genere e delle dinamiche di potere. Le molestie possono colpire gli uomini se vengono visti come non conformi agli stereotipi maschili, mentre le donne possono essere oggetto di molestie se mettono in discussione la loro posizione subordinata all'interno della struttura di genere (Connell, 1995).

Queste riflessioni hanno equivalenti e rilevanze anche in ambito antropologico e questo ritorno all'antropologia chiude un po' il cerchio del capitolo e permette di creare un sostrato ideale per il tema che verrà trattato nel prossimo capitolo. L'antropologa Busoni (2000) evidenzia che il modello contemporaneo di differenza tra i sessi è emerso solo negli ultimi due secoli, sostituendo una visione del corpo completamente diversa. Le aspettative degli altri nei propri confronti diventano parte integrante delle proprie prospettive personali e plasmano il nostro modo di essere. Ciò che viene attribuito al gruppo di appartenenza e può diventare parte integrante della propria identità. Questo è ciò che si intende con il concetto di "genere": un insieme di tratti, caratteristiche psicologiche e comportamenti che la società ritiene adeguati a individui di sesso maschile o femminile, e, ancor prima, a bambini o bambine, poiché si tratta di costrutti sociali. Le caratteristiche di femminilità e maschilità non sono innati, ma piuttosto appresi. C'è una distinzione tra il sesso anatomico e ciò che una società specifica in una specifica epoca ritiene appropriato per uomini e donne. Un esempio di questa flessibilità è rappresentato dal popolo inuit dell'Artico, che educa chi nasce in base al genere attribuito dal gruppo sociale a prescindere da cosa dice la biologia. Gli inuit credono che le anime abbiano un nome specifico e possano reincarnarsi in individui di entrambi i sessi, pertanto, è possibile cambiare il proprio genere durante la pubertà se non corrisponde al sesso biologico. In contrasto, nelle società occidentali, esiste una forte correlazione tra le caratteristiche del sesso biologico e il proprio ruolo di genere (Busoni, 2000).

Ma anche concentrandosi sul mondo occidentale, alla fine del XVIII secolo, la scienza ha portato una rivoluzione nel modo di comprendere la natura e il corpo umano. La nuova

concezione delle differenze di genere non è il risultato di progressi scientifici, ma piuttosto il prodotto di influenze sociali e politiche. Nella società europea di questi anni, si credeva che ci fosse un unico sesso che si manifestava in due forme diverse, determinate dal "calore" individuale. Gli uomini e le donne condividevano gli stessi organi genitali, ma quelli delle donne erano ritenuti interni a causa di una supposta mancanza di calore. In questo contesto biologico, il sesso maschile era considerato il modello perfetto, con le differenze anatomiche e fisiologiche viste come traduzioni di un unico processo biologico, ma con espressioni diverse per uomini e donne. C'era un solo sesso, ma due generi distinti, chiaramente separati per compensare l'assenza di un sistema sessuale ben definito. L'appartenenza a uno dei due generi era determinata principalmente dalla morfologia sessuale, il che faceva dei sessi femminile e maschile dei criteri di classificazione all'interno della società. Tuttavia, nel corso del XVIII secolo, l'idea di due sessi distinti fu sviluppata come base per la costruzione sociale del genere, in risposta a pressioni di natura politica ed epistemologica. Gran parte di questo dibattito si focalizzò sul corpo delle donne, poiché era importante non solo definire il loro sesso, ma anche la loro "natura". Questo concetto di "natura" doveva fornire un fondamento immutabile e universale per le limitazioni imposte alle donne. La politica di genere ebbe un pesante impatto sia sull'interpretazione che sulla produzione dei risultati scientifici (Busoni, 2000).

Dopo aver concentrato la conclusione del capitolo su come il copro delle donne, nei secoli, è stato un oggetto nelle mani degli uomini e dopo aver fatto una riflessione sul genere, sulle dinamiche di genere, sulla femminilità e sulla maschilità e sulla dominazione maschile, il prossimo capitolo avrà come oggetto di riflessione alcune pratiche culturali operate sui corpi delle donne, tendenzialmente ragazzine e bambine, che prendono il nome di MGF. Il prossimo capitolo si proporrà di indagare approfonditamente le radici, le implicazioni e significati delle MGF, nonché le questioni complesse legate alle salute fisica e psicologica, legate alla cultura e legate ai diritti umani.

### **3. LA QUESTIONE DELLE MGF (MODIFICAZIONI GENITALI FEMMINILI)**

#### **3.1 INTRODUZIONE AL SECONDO CAPITOLO**

Dopo aver attraversato gli ambiti dell'antropologia del corpo e dell'antropologia medica, avendone delineato la definizione, la storia e gli sviluppi, il presente capitolo si concentrerà sul trattare un argomento fortemente interconnesso a quanto affrontato nel precedente capitolo. Partendo dalla medicalizzazione coloniale femminile, di cui si è parlato al termine del primo capitolo, si analizzerà la pratica delle MGF da un punto di vista antropologico. La terminologia MGF viene tradotta generalmente in "mutilazioni genitali femminili" e fa riferimento, in modo semplicistico, ad un insieme di pratiche radicate in alcune comunità, principalmente in Africa, che coinvolgono la manipolazione degli organi genitali delle donne per adempiere a tradizioni in cui il clitoride è considerato un richiamo all'organo sessuale maschile. Queste tradizioni suggeriscono la rimozione dell'organo clitorideo affinché una donna possa conformarsi al ruolo previsto e sia accettata dagli uomini della sua comunità. Esistono una varietà di pratiche molto diverse tra loro, con nomi specifici a seconda del Paese in cui vengono praticate e a seconda della popolazione. Le cerimonie di intervento sui genitali sono parte integrante di ciò che è stato identificato, nell'ambito antropologico, come il sistema rituale di acquisizione dell'identità di genere (Assad, 1980). Tuttavia, prima di addentrarci approfonditamente sulla questione delle MGF, è opportuno anticipare alcune riflessioni sul contributo antropologico agli studi di genere e, in particolare, rispetto a tre tematiche: il ruolo dei processi sociali alla costruzione del genere, gli aspetti culturali connessi a determinate pratiche sociali (ad esempio, la circoncisione) e come l'identità di genere e l'orientamento sessuale non hanno una matrice biologica e naturale, bensì primariamente culturale. Sulla questione dell'identità di genere è significativo citare nuovamente (come fatto nel capitolo precedente) il lavoro di Margaret Mead, la quale, come ci suggerisce Busoni (2000) è stata la prima ad occuparsi di differenze di genere nelle proprie ricerche sul campo spiegando come sono state le etnografie «sulle adolescenti samoane (...), sui bambini di Manaus (...), sugli Arapesh, Mundugumor e Ciambuli (...)» a costituire «il primo lavoro a carattere sistematico sulle differenze dei sessi, in antropologia come nelle altre scienze sociali» (Busoni, 2000, p.78). Nelle sue opere, Mead ha esaminato in modo

attento e differenziato i comportamenti di individui di sesso maschile e femminile in varie culture, sottolineando come la cultura giochi un ruolo determinante nell'orientare queste differenze di comportamento e aspettative di genere (Bellucci, 2009). Attraverso uno studio condotto su sette diverse società indigene del Pacifico, l'autrice esamina vari aspetti della vita quotidiana, delle cerimonie, dell'uso del corpo e ne trae conclusioni riguardo alle forti differenze esistenti nei ruoli sociali tra uomini e donne. Attraverso il confronto tra queste culture, osserva come in alcune di esse le divisioni di genere siano molto accentuate, mentre in altre tali divisioni sembrano quasi svanire. Questo studio la porta a ridefinire il concetto di genere all'interno di queste società, evidenziando come esso sia plasmato dalla cultura e dalle pratiche sociali specifiche (Marazzi, 1998).

Mead inizialmente si basò sulla concezione dell'epoca, che vedeva uomini e donne come intrinsecamente diversi per natura. Tuttavia, attraverso un'osservazione dettagliata di tre società della Nuova Guinea - gli Arapesh, i Mundugumor e i Ciambuli - giunse a una prospettiva completamente diversa. Scopri che le differenze tra essere uomini e donne e le implicazioni di appartenere a uno dei due sessi non erano rigidamente determinate dalla biologia, ma erano modellate in gran parte dalla cultura (Mead, 1935). Dalle analisi comparative di queste culture e dal confronto con la società occidentale, Margaret Mead giunge a una conclusione importante: ciò che la società occidentale considera come caratteristiche intrinseche, come la passività delle donne e l'aggressività maschile, che a loro volta determinano la divisione dei ruoli sociali e l'assegnazione di potere tra uomini e donne, in realtà non sono dettate dalla natura, ma sono il risultato delle dinamiche sociali e culturali. Quindi, la sottomissione delle donne non è un dato naturale, ma piuttosto un discutibile prodotto della cultura. Di conseguenza, la predominanza maschile non è basata su leggi naturali, ma è una costruzione culturale di genere che ha portato a stabilire questa gerarchia (Busoni, 2000). Ma cosa ci permette, dunque di comprendere, l'antropologia di genere e i processi socio-culturali di socializzazione ai generi in merito alla questione delle MGF?

Essenzialmente, che il maschile e femminile hanno rilevanza anche nelle pratiche di asportazione o modifica dei genitali. Un esempio può essere dato dallo studio di Suzette Heald (1982) fra i Gisu dell'Uganda Orientale, fra cui il rito di circoncisione mira a definire ciò che un individuo di sesso maschile deve essere mediante l'escissione del prepuzio e la modellazione dell'aspetto psicologico attraverso una ristrutturazione della personalità,

specialmente nell'ambito delle emozioni. Gli uomini sottoposti a questa procedura sono in grado di sperimentare l'emozione del "*lirima*," che rappresenta una manifestazione di sentimenti intensi, nonché di qualità positive come la forza d'animo e la fermezza (Allovio, 2014). Quando tali pratiche sono eseguite sulle donne, invece, vengono spesso percepite come essenziali affinché una giovane possa essere formalmente riconosciuta come donna "completa" e "rispettabile" (Busoni, 2000). Di conseguenza, gli interventi sui genitali femminili o esteriori (MGF/E) costituiscono un aspetto delle responsabilità materne, in cui le madri si impegnano a preservare le proprie figlie dall'emarginazione e a garantire loro un futuro caratterizzato da dignità e integrazione (Pasquinelli, 2000). L'atto di sottoporre una giovane a interventi permanenti dei genitali, insieme ad altre forme di modificazione corporea, assume anche la funzione di una marcatura simbolica che contribuisce a consolidare una condivisione di identità di genere e di continuità tra le diverse generazioni, sia all'interno del nucleo familiare che nell'ambito della comunità più vasta (Pasquinelli, 2000). Questa pratica viene quindi considerata come un aspetto intrinsecamente legato all'esperienza femminile, tramandato di madre in figlia attraverso i vari cicli di successione. Tuttavia, è cruciale sottolineare che l'opinione degli uomini, specialmente di coloro che appartengono alla famiglia o sono figure di rilievo all'interno della comunità, assume un ruolo di notevole importanza nel contesto di tali decisioni (Pasquinelli, 2000).

Infatti, sempre in una prospettiva antropologica, è importante evidenziare come il corpo umano, la sfera della sessualità e gli aspetti tangibili e simbolici dei comportamenti legati al sesso e alle relazioni di genere, possono essere interpretati come testi da decifrare, proprio come si farebbe con altri elementi, oggetti, eventi e prodotti all'interno della vita sociale. Gli individui attribuiscono significato a questi aspetti così come a qualsiasi altro elemento della loro realtà. Va notato che non esistono corpi con caratteristiche sessuali intrinseche, poiché sono plasmati e formati dalla cultura e dalle norme condivise nelle comunità di cui fanno parte (Fusaschi, 2008). Questi corpi sessuati riflettono un'ampia gamma di interpretazioni e significati attribuiti dagli esseri umani. Marcel Mauss (1872-1950) aveva già evidenziato, basandosi su osservazioni condotte sul campo, che le pratiche connesse al corpo e alla sessualità sono conoscenze che vengono interiorizzate. Queste conoscenze sono il prodotto della cultura e delle norme che vengono apprese all'interno dei contesti sociali di appartenenza, e subiscono un processo di incorporazione così profondo che sembrano elementi naturali. In realtà, questi modelli di genere, sia maschili che femminili, insieme ai

comportamenti sessuali, sono estremamente variabili e si presentano in forme diverse nelle diverse culture. Le strutture socioculturali inerenti al sesso e al genere dimostrano una diversificazione nelle varie manifestazioni culturali globali. E proprio da questa diversità, gli studiosi e le studiose di antropologia hanno elaborato l'ipotesi della non-onnicomprensività della norma eterosessuale.

In altri contesti culturali, l'assegnazione di genere e l'orientamento sessuale non si basano necessariamente sulle caratteristiche anatomiche. Diversi modelli culturali riguardanti la sessualità e il genere delineano identità specifiche relative a questi aspetti, dando forma alle aspettative reciproche e alle espressioni emotive (Di Miscio, 2015). Tali modelli non rappresentano dati intrinseci alla natura umana, bensì costituiscono normative che guidano le dinamiche relazionali e intime tra individui dello stesso o diverso genere. Pertanto, è lecito dedurre che non esistano collettività umane il cui comportamento sessuale non sia influenzato da una cornice normativa e prescrittiva. Ad esempio, tra gli Inuit, l'identità e il genere non dipendono dalla struttura anatomica, ma sono associati all'anima-nome che si reincarna nel neonato. Di conseguenza, l'individuo è tenuto a partecipare alle attività tradizionalmente associate al suo aspetto fisico, anche se la sua identità e il suo genere sono sempre collegati all'anima-nome (Héritier, 2006). Perciò, come ampiamente dibattuto nelle discipline antropologiche e sociali, l'orientamento sessuale si configura diversamente nelle varie culture umane, emergendo come prodotto di conoscenze sociali intrinseche a contesti locali e geografici specifici. Analogamente, la norma e, di conseguenza, il comportamento sessuale, si radicano in un immaginario non universale che, tuttavia, in determinate realtà sociali come la nostra convalida esclusivamente coloro che la rispettano, relegando quest'ultima a unica e ammissibile forma di espressione sessuale ed emotiva (Di Miscio, 2015).

### **3.2 CHE COSA SONO LE MGF? PUNTI DI VISTA MEDICI E UMANITARI**

Per discutere delle MGF è essenziale iniziare comprendendo l'acronimo e analizzandone criticamente il significato. La scelta dei termini utilizzati rappresenta una decisione politica che indica l'approccio adottato e le modalità di trattamento della questione. La definizione di MGF (tradotta come "Mutilazioni Genitali Femminili") è stata adottata e raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) durante la III conferenza tenuta dall'*Inter-*

*African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children ad Addis Abeba* (1997) e indica una serie di pratiche “tradizionali” caratterizzate dall'atto di rimuovere e/o alterare una porzione dell'anatomia genitale esterna femminile. Tuttavia, le popolazioni dei Paesi in cui tali pratiche sono eseguite non utilizzano questa designazione, poiché essa contiene una connotazione negativa che non è accettata e ciò è di estrema rilevanza da un punto di vista antropologico, vista la necessità dell'adozione di una prospettiva che abbia senso soprattutto per le società che hanno fatto ricorso storicamente a tale pratica. Ogni gruppo adotta i termini trasmessi a livello linguistico-culturale, i quali variano considerevolmente in base alla nazionalità alla regione, a seconda anche del tipo specifico di intervento sul corpo. Tuttavia, generalmente, nelle popolazioni in cui queste pratiche sono diffuse e che coinvolgono parti così delicate dell'apparato genitale femminile, il termine più ricorrente è "circoncisione". Questo termine viene applicato generalmente per equiparare le MGF alla circoncisione maschile, limitata alla rimozione della pelle che circonda il glande senza provocare alcuna mutilazione dell'organo maschile. Attraverso questa trasposizione linguistica, si attenuano le profonde differenze che esistono tra le due tipologie di interventi, generando il risultato di celare l'impatto che caratterizza la maggior parte degli interventi sui genitali femminili e conferendo loro un'impronta più familiare e rassicurante.

A questo punto, possiamo definire le MGF in modo più specifico. La definizione fornita dall'OMS nel 1997 per tali pratiche è quella comprensiva di «tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali femminili o altri interventi dannosi sugli organi genitali femminili tanto per ragioni culturali che per altre ragioni non terapeutiche» (OMS/WHO, 1997, p.3). Nel corso del tempo, diverse categorie di classificazione si sono susseguite, dalla proposta di Daniell nel 1847, fino all'ampiamente adottata classificazione di Shandall nel 1967. Quest'ultima è stata successivamente adattata da Verzin nel 1975 per includere una suddivisione in quattro categorie per gli interventi mutilatori. In un periodo più recente, precisamente a luglio del 1995, l'OMS ha riconosciuto la necessità di stabilire una classificazione delle MGF più uniforme e standardizzata. A tal fine, ha convocato un Gruppo Tecnico di Lavoro a Ginevra con l'obiettivo di classificare le MGF e di adottare una posizione chiara di condanna nei confronti di questa pratica, nonché del coinvolgimento del personale medico e sanitario (Morrone, 2006):

*Tipo I:* clitoridectomia, consiste nella rimozione parziale o totale della clitoride, con o senza rimozione del prepuzio clitorideo. Nei Paesi a maggioranza musulmana, questa pratica è conosciuta come *sunna*, un termine di origine araba che significa "tradizione". La procedura consiste nell'asportare il prepuzio del clitoride, preservando comunque l'integrità del clitoride stesso e delle piccole labbra. Una variante meno diffusa prevede invece una piccola incisione nel prepuzio del clitoride, senza rimuovere alcuna parte di esso, limitandosi a far fuoriuscire alcune gocce di sangue (tradizionalmente, sette gocce). Quest'ultima variante tipo di circoncisione, a differenza della prima, non presenta particolari rischi per la salute delle donne e non comporta complicazioni immediate né a lungo termine.

*Tipo II:* escissione, consiste nella rimozione della clitoride e delle piccole labbra. Oltre all'asportazione del prepuzio, questa variante comporta la rimozione del glande del clitoride o persino dell'intero clitoride stesso e potrebbe includere una porzione o l'intera estensione delle piccole labbra. È un intervento con importanti conseguenze a breve e a lungo termine.

*Tipo III:* infibulazione, consiste nella rimozione di parte o tutti i genitali esterni e sutura e/o restringimento dell'apertura vaginale. È chiamata anche "circoncisione faraonica" in Sudan e "circoncisione sudanese" in Egitto. Il termine "infibulazione" ha una derivazione latina. La fibula era una spilla che teneva agganciata la toga, usata dalle mogli dei Romani in modo da prevenire rapporti illeciti. Veniva, inoltre, imposta anche agli schiavi e alle schiave per impedire ai primi di stancarsi nei rapporti sessuali e alle seconde gravidanze indesiderate, che avrebbero ostacolato il lavoro. Nello specifico della pratica, essa implica la chiusura parziale dell'orifizio vaginale dopo l'escissione di una varia quantità di tessuto vulvare. Nella sua forma più drastica vengono asportati tutto o parte del monte di Venere, le grandi e piccole labbra e il clitoride. I due lati della vulva vengono poi cuciti con una sutura di *catgut* (un filo da sutura chirurgica fabbricato con l'intestino di ovini o di giovanissimi bovini, tagliato in sottili strisce che vengono seccate e usate per costruire fili di differente misura) o con spine, riducendone in tal modo l'orifizio della vulva e lasciando solo un piccolo passaggio nell'estremità inferiore, per l'emissione del



flusso mestruale e dell'urina, del diametro di un fiammifero o di una matita.. A seconda delle differenti usanze, la ferita viene cucita con filo di seta o per suture (in Sudan) o con spine di acacia (in Somalia). In alcune regioni vengono utilizzati anche strumenti particolari come il *gundura*, una sorta di stecca di legno di palma a forma di V. Si tratta dell'intervento maggiormente lesivo della salute della donna, con compromissione a breve e lungo termine delle funzionalità dei genitali, nonché con danni permanenti non sanabili.

*Tipo IV*: in questa categoria rientrano una serie di pratiche, tra cui la perforazione, la penetrazione o l'incisione del clitoride e/o delle labbra, lo stiramento del clitoride e/o delle labbra, la cauterizzazione mediante ustione del clitoride e dei tessuti circostanti, il raschiamento del tessuto intorno all'orifizio vaginale (noto come "*angurya cuts*") o l'incisione della vagina (chiamata "*gishiri cuts*"). Inoltre, questa categoria comprende anche l'introduzione di sostanze corrosive o erbe nella vagina, al fine di provocare emorragie o di chiudere o restringere la stessa, così come qualsiasi altra procedura che rientra nella definizione di MGF. Queste pratiche procurano danni fisici e psicologici a breve e lungo termine e possono provocare malattie infettive dannose per la vita.

È presente un'altra tipologia di MGF di cui parla Fusaschi, diffusa in Rwanda e Burundi, chiamata *gukuna*, una pratica di manipolazione, allungamento e modellamento della zona clitorido-labiale (Fusaschi, 2011). Tecnicamente è un manipolazione/massaggio esercitato tra donne che si suppone sia utile ad ampliare la capacità lubrificatoria della vagina, quindi a prepararla per il rapporto sessuale e per il parto. Da un punto di vista antropologico e sociale, essa è una pratica mirata al modellamento culturale del corpo, alla costruzione sociale della identità corporea e di genere, comprensibile nei suoi significati solo all'interno della simbologia e cosmogonia rwandese (Fusaschi, 2011). Come dice Fusaschi (2011):

«Le donne danno per scontato - e probabilmente anche per questo che non se ne parla molto se non fra amiche, le più intime - che il *gukuna* sia una tappa, necessaria e indispensabile, per la vita socialmente piena delle ragazze, le quali progressivamente incorporando il segno lo naturalizzano, e diventano così donne rwandesi, adatte al matrimonio alla maternità. Il *gukuna* consiste tecnicamente in un'operazione di modificazione dei genitali femminili a carattere definitivo, a scopo non terapeutico direbbe l'OMS, la cui conseguenza, su un piano meramente fisico, realizza un'alterazione artificiale della zona clitorido-labiale in senso espansivo. Sul

piano socioculturale, che a noi interessa, esso realizza un modellamento del corpo femminile, inteso come costruzione sociale del medesimo. In tal senso, l'incorporazione della manipolazione riveste un'importanza simbolica e recupera una leggibilità solo se ricondotta all'interno di una concezione della corporeità e della sessualità plasmate culturalmente attraverso la cosmologia tradizionale rwandese. [...] In altri termini attraverso il *gukuna* si istituisce il genere e al contempo si rende il corpo femminile conforme a quelle società e lo si mette quindi "a norma"» (Fusaschi, 2011, p. 102).

Tutte queste procedure sono per lo più eseguite da operatori "tradizionali" senza l'utilizzo di anestesia, con un'incidenza significativa di mortalità, complicazioni mediche e disturbi psicologici. Nel caso della clitoridectomia (tipo I), che coinvolge la maggioranza delle donne interessate, e ancor più nella pratica della *sunna* (tipo I), le conseguenze dal punto di vista medico-sanitario risultano meno rilevanti rispetto all'escissione (tipo II) e ancor di più all'infibulazione (tipo III). Le MGF sono prevalenti in contesti africani, mentre i casi al di fuori dell'Africa sono considerati da esperti come un fenomeno di importazione relativamente recente. Sebbene la pratica della *sunna* sia osservata anche in regioni settentrionali, le altre procedure sono diffuse principalmente lungo l'intera fascia dell'Africa sub-sahariana: l'infibulazione nell'Africa orientale e la clitoridectomia nei Paesi dell'Africa occidentale. (Botti, 2007). Questa vasta e diversificata regione ospita popolazioni con lingue, culture e religioni differenti, ma che in certi casi condividono un sistema economico-simbolico basato sul collegamento tra la MGF e il prezzo della dote nuziale, nonché all'idea della maturità sessuale come fase della vita da marcare simbolicamente attraverso riti di passaggio. Specificatamente riguardo i riti di passaggio, l'etnologo Arnold Van Gennep (1909), spiega come questa cerimonia d'iniziazione non solo segna il passaggio dalla fase giovanile all'età adulta, ma può anche introdurre il "novizio" o la "novizia" a una particolare religione, società segreta o confraternita, simboleggiando l'adesione a un gruppo esclusivo dotato di potere, abilità e prestigio unici. Nel caso delle MGF questi realizzano la definizione sociale del sesso e l'affermazione dell'identità di genere in età infantile (Assad, 1980) e conferiscono uno *status* acquisito alla categoria sessuale assegnata inizialmente, emancipando l'individuo dal fato biologico associato al proprio sesso, per dar vita all'"identità" di donna (Pasquinelli, 2000).

Poiché queste pratiche sono intrinsecamente sociali e possono coinvolgere le donne di un dato gruppo, si svolgono seguendo una tempistica e una periodicità stabilite. In genere, le ragazze vengono sottoposte all'intervento in un particolare periodo o mese dell'anno,

secondo scadenze che variano da luogo a luogo. Anche l'età in cui avvengono le procedure varia a seconda di vari fattori. In generale, si può delineare che la clitoridectomia si svolge nell'infanzia più tenera (dal terzo al quarantesimo giorno di vita), specialmente nelle società cristiane e in alcune società animiste e musulmane, mentre avviene tra i quattro e i quattordici anni nelle società musulmane e animiste. L'infibulazione, invece, ha un'età variabile dai tre ai dodici anni, con rari casi di interventi nel periodo neonatale (Pasquinelli, 2000).

### **3.3 IPOTESI SULLE ORIGINI DELLE MGF: ALCUNE CONSIDERAZIONI STORICHE**

L'origine è avvolta nell'incertezza, poiché non esistono testimonianze che ne indichino in modo definitivo il "come" e il "quando" dell'inizio di tale pratica, così come il "modo" in cui essa si sia diffusa. Non c'è un accordo unanime neanche sulla questione se questo fenomeno sia emerso all'interno di un contesto specifico per poi diffondersi, oppure se le MGF siano state praticate da vari gruppi in diverse aree geografiche e in diversi periodi storici. In merito a questo, esistono due teorie predominanti: una teoria sostiene che l'usanza abbia avuto origine in un luogo specifico, come la penisola araba o l'Egitto, per poi diffondersi ad altre regioni (ciò richiama quella che in antropologia è nota come “prospettiva diffusionista”); l'altra teoria afferma che questa ipotesi sia piuttosto improbabile, poiché le pratiche delle MGF sono così diffuse e variegate che è difficile immaginare un'origine comune. Di conseguenza, si ritiene che tali pratiche abbiano avuto sviluppi indipendenti in luoghi diversi e in periodi storici differenti (Abdalla, 1982).

La fonte più antica di cui siamo a conoscenza è quella relativa a Erodoto (484-424 a.C.), che afferma che la pratica della recisione era eseguita da popolazioni come i fenici, gli ittiti, gli etiopi e gli egiziani (Taba, 1979). Intorno al 25 a.C., Strabone, un geografo, storico e filosofo greco antico, documenta che gli egiziani praticavano la circoncisione sui ragazzi e la recisione sulle ragazze (Trimingham, 1949), un fatto supportato dalla scoperta di segni di clitoridectomia sulle mummie egizie. In generale, si ritiene che la pratica della recisione fosse particolarmente diffusa tra le classi dirigenti, rappresentando un simbolo di distinzione per le donne delle famiglie reali e per la casta sacerdotale nell'Antico Egitto (Abdalla, 1982). Questo perché, poiché si riteneva che le donne possedessero l'arte magica, le MGF sarebbero state inventate per “utilizzare” e per controllare questo potere. In seguito, sia gli ebrei che

gli arabi avrebbero assunto le pratiche dell'infibulazione e della clitoridectomia in Egitto. Durante la conquista del Nord Africa, gli arabi avrebbero adottato tali usanze e, in seguito, le avrebbero diffuse in altre parti del mondo.

Un'altra testimonianza la si può trovare nella letteratura medica antica. Soranus, medico greco che operava ad Alessandria d'Egitto e a Roma, descrive e afferma che le tecniche usate e l'intervento aveva come scopo la diminuzione del desiderio sessuale femminile (Karim, Ammar, 1965). Tuttavia, nell'attuale contesto, l'origine delle MGF sembra destinata, come precedentemente accennato, a rimanere indeterminata. Ciò che è certo è che l'introduzione di queste pratiche in Africa non è stata causata dall'islam, poiché queste pratiche erano già presenti *in loco* molto prima della diffusione di questa religione. Si tratta invece di tradizioni indigene profondamente radicate all'interno delle società locali e che esistevano precedentemente all'arrivo dell'islam nell'Africa subsahariana e centro-orientale. Questo processo ebbe inizio a partire dal XI° secolo, dopo che l'Islam si era consolidato nei secoli precedenti nell'area dell'Africa mediterranea, contribuendo a sostituire sostanzialmente la presenza delle antiche chiese cristiane (laddove presenti) e dei luoghi di culto locali. Nonostante non abbia costituito l'origine iniziale di tali pratiche all'interno del contesto africano, la religione musulmana ha operato una relativa legittimazione di tali pratiche. L'islam rimane la religione che ha maggiormente adottato la pratica delle MGF perché, nonostante le sue origini non siano islamiche, è nell'ambito delle tradizioni islamiche che essa ha trovato una solida radice, nonostante il Corano non abbia al suo interno nessun riferimento a tale pratica. Questo è dovuto al fatto che con l'evolversi delle tradizioni islamiche, come l'uso del velo e la segregazione, le pratiche di mutilazione hanno guadagnato importanza. Questo perché l'islam, come altre religioni, considera la sessualità femminile come un desiderio "lussurioso" che deve essere controllato, in linea con l'importanza attribuita alla modestia e alla castità delle donne (Gualco, Rensi, Barbieri, 2009). È importante notare che questa conclusione non può essere considerata definitiva, poiché esiste la possibilità che altre fonti del diritto, come il consenso della comunità o le tradizioni, possano aver trasformato in norme giuridiche le usanze che persistono da secoli in contesti geografici specifici. Tuttavia, è innegabile che nelle regioni dove tali pratiche persistono ancora oggi, esse siano radicate in tradizioni e usanze preislamiche che l'Islam ha ereditato. La mancanza di precetti espliciti nelle fonti sacre a favore delle MGF è confermata dal fatto che i loro sostenitori hanno dovuto cercare giustificazioni di natura morale per presentarle

come pratiche consigliabili e vantaggiose (Gualco, Rensi, Barbieri, 2009). Tuttavia, i limiti evidenti della culturalizzazione e della banalizzazione delle MGF emerge se spostiamo lo sguardo a contesti a noi più noti, come quelli europei.

In tempi più recenti, si è riscontrato un notevole interesse nei confronti di un documento di rilevanza significativa: un articolo pubblicato nel 1882 su *The Lancet*, una rivista medico-scientifica inglese. In questo articolo è riportato il caso di un chirurgo tedesco di nome Graefe, il quale avrebbe ottenuto successo nel trattamento di una giovane affetta da "masturbazione eccessiva e ninfomania" attraverso l'esecuzione di una clitoridectomia. Tale procedura, denominata "mutilazione terapeutica e preventiva", trovava giustificazione nell'opinione ampiamente diffusa nel XIX° secolo, specialmente in Inghilterra, secondo cui la masturbazione era considerata responsabile di disfunzioni cerebrali e del sistema nervoso, che potevano variare dall'epilessia alla follia. Un fatto interessante da notare è che tra il 1860 e il 1870, durante il periodo dell'Inghilterra Vittoriana, le MGF erano praticate in modo esteso. Questo cambiamento trasformò il dibattito morale sulla masturbazione in una problematica medica (Morrone, Hercogová, Lotti, 2002). Da quel momento in poi, specialmente in Francia, Germania ed Inghilterra, si è verificata una diffusione significativa della pratica della clitoridectomia, utilizzata sia per trattare condizioni come ciò che all'epoca veniva denominata e inquadrata come "ninfomania" e "masturbazione eccessiva", sia per disturbi mentali come l'isteria, l'epilessia, la catalessi, la melanconia e la follia. Un esempio che conferma tale approccio è il medico Isak Baker Brown (1812-1873), membro della *Medical Society of London*, che nel 1865 affermava esplicitamente: «la masturbazione causa eccitamento periferico del nervo pubico, che a sua volta causa malattia e morte nei seguenti otto stadi: isteria, irritazione spinale, crisi epilettoidi, crisi catalettiche, crisi epilettiche, idiozia, follia e morte» (Kandela, 1999). Questa visione suggerisce che anche le presunte società "civilizzate" dell'Occidente abbiano praticato le MGF fino a tempi relativamente recenti, decostruendo l'immaginario razzista contemporaneo che le associa unicamente a Paesi in cui prevale la religione musulmana, possibilmente situati nel continente africano.

La questione dell'origine, tuttavia, costituisce un vero e proprio equivoco poiché, anziché contribuire alla comprensione delle ragioni alla base delle MGF tende a rimuovere tale comprensione. Tale approccio autorizza l'idea di una persistenza di strutture arcaiche,

trascurando l'importante aspetto che le MGF costituiscono un istituto ancora attivamente coinvolto nell'orientare le dinamiche relazionali e di interazione che costituiscono le basi dell'organizzazione sociale in numerose società. La loro profonda radicazione trova origine in una complessa combinazione di fattori, che, sebbene differiscano in base a dove vengono praticate, condividono alcune caratteristiche comuni. In particolare, si può evidenziare il ruolo cruciale che tali pratiche svolgono storicamente, come già detto in precedenza, nella costruzione dell'identità di genere e nella formazione dell'appartenenza al proprio gruppo, oltre a influire sulla definizione delle relazioni tra i sessi e le generazioni (Pasquinelli, 2000).

### **3.4 QUALE SIGNIFICATO SIMBOLICO E CULTURALE POSSONO AVERE LE MGF?**

Prima di intraprendere un'analisi più approfondita degli elementi che costituiscono l'efficacia simbolica delle MGF, è imperativo allora comprendere in che modi una riflessione può tornarci utile nel comprendere non solo le MGF, ma anche altre questioni di genere a cui queste si connettono. Quando si fa riferimento alle pratiche tradizionali, ci si riferisce a quegli atti di quotidiana consuetudine che sono stati tramandati dalle generazioni precedenti e che, molto probabilmente, verranno trasmessi a quella successiva. Tuttavia, le MGF rappresentano una categoria particolare all'interno di pratiche ritenute “tradizionali”. Queste pratiche appartengono infatti al dominio dei riti di passaggio, ovvero a quelle cerimonie che – come abbiamo visto brevemente – guidano, supervisionano e regolamentano i cambiamenti di *status*, ruolo o età delle persone, e in tal modo delineano le diverse fasi del ciclo di vita, trasformandole in un percorso strutturato e significativo che soddisfa le necessità di identità e riconoscimento (Allovio, 2014). Di solito, questa metamorfosi si verifica all'interno di cerimonie rituali, durante le quali il partecipante affronta sfide specifiche che spesso includono l'applicazione di segni sul corpo, evidenziando così il suo passaggio attraverso questa trasformazione (Allovio, 2014). Si può prendere come esempio lo studio della popolazione Gisu dell'Uganda da parte dell'antropologa Heald (1982) spiegando come i Gisu utilizzano metafore per rappresentare la trasformazione psico-fisica dei ragazzi durante i riti d'iniziazione. Gli iniziandi vengono coperti di malto e fango nero di palude: il malto simboleggia il processo di fermentazione, analogo a quello della produzione di birra, che rappresenta un'ebollizione di emozioni. Il fango, invece, rappresenta l'idea di modellamento:

i giovani Gisu sono ancora come una sostanza fluida e plasmabile; così come il fango deve essiccare, condensarsi e solidificarsi, prendendo una forma umana che, nel contesto specifico, deve rispecchiare l'ideale di umanità dei Gisu (Heald, 1982). Queste rappresentazioni visive ci permettono di concentrarci sull'idea che il processo iniziatico sia un processo di trasformazione dell'individuo da una prospettiva che potremmo definire come antropo-poietica, cioè durante la sua esistenza, e in particolare nei momenti iniziatici, l'individuo è coinvolto in processi costruttivi o, meglio, auto-costruttivi, che mirano a creare individui specifici attraverso la trasformazione e la plasmatura sia a livello psicologico che fisico (Remotti, 2013). In particolare, guardando al rito di modificazione di genitali, le MGF costituiscono un elemento cruciale all'interno dei riti di iniziazione, attraverso i quali inalcune società si accede al ruolo di "donna". Essere donna, infatti, non è una condizione innata, nel senso che la connotazione biologica da sola non è sufficiente a definire l'individuo (Mead, 1935). Questo compito spetta ai riti, i quali trasformano l'appartenenza sessuale assegnata in uno *status* acquisito, riscattando il destino biologico connesso al genere e trasformandolo in una "essenza sociale": il concetto di donna. Sono i riti, infatti, che dettano le caratteristiche identitarie delle persone, partendo proprio dalle caratteristiche assegnate come il sesso e l'età, benché le caratteristiche selezionate possano essere altre, come nel caso dei riti di iniziazione a società segrete o a particolari ruoli sociali (come quelli relativi alla divinazione e alla guarigione). In questo modo, i riti sottraggono il dominio alla biologia e comunicano alle persone la loro identità, indicando ciò che sono e ciò che devono essere. Proprio grazie a questa capacità simbolica, i riti di passaggio sono stati definiti come "atti di magia sociale" (Bourdieu, 2003, pp. 85). Questi riti di passaggio non solo sono in grado di instaurare nuove differenze nell'identità delle persone nel momento stesso in cui le identificano, ma anche di conferire alla comunità una legittimità a ciò che, in realtà, costituisce un confine arbitrario. Essi stabiliscono divisioni fondamentali nell'ordine sociale, come ad esempio quella tra individui sposati e non sposati, tra coloro che hanno attraversato i riti di iniziazione e coloro che non l'hanno fatto, o addirittura tra individui di sesso maschile e femminile.

Naturalmente, questo fenomeno non è limitato esclusivamente all'Africa, e si presenta in diverse sfumature in ogni società. In queste società, la sessualità biologica viene trasformata in una costruzione culturale, con l'obiettivo di differenziare il maschile dal femminile per determinare l'appartenenza di genere di un individuo, così come quello che questo individuo

può o non può (ancora) fare. Il genere è un processo che riguarda la definizione dell'identità in base all'adesione ai modelli culturali storicamente sviluppatasi attorno alla differenza sessuale attribuita alla nascita. Questi modelli sono spesso dati per scontato nei comportamenti quotidiani e contribuiscono a proiettare la distinzione tra i sessi dal piano biologico a quello culturale, elevandola oltre la mera appartenenza fisica (Assad, 1980). Sia nelle società così dette "occidentali", quanto in quelle ritenute "tradizionali" il concetto di genere è in continua evoluzione e negoziazione, poiché diversi aspetti associati a uomini e donne sono destinati a cambiare nel tempo. Ciò ci ricorda che la creazione dell'identità di genere implica una manipolazione fisica dei corpi, piuttosto che essere solo un processo metaforico. A differenza dei riti cerimoniali di iniziazione, che gestiscono simbolicamente il passaggio di *status*, le MGF agiscono direttamente sui corpi delle donne per stabilire la loro appartenenza di genere. Questo avviene in due modi distinti: da un lato, modificando la morfologia dei genitali femminili e, dall'altro, influenzando l'espressività corporea (Pasquinelli, 2000).

Le MGF rappresenterebbero dunque un tentativo simbolico-culturale di asportazione della parte "maschile" dell'apparato genitale femminile (il clitoride), assimilato a un piccolo pene, eliminando così la "bisessualità originaria" che si basa sulla presenza di rudimentali organi genitali dell'altro sesso in entrambi i sessi, che tra l'altro permane nell'esistenza, ad esempio, dei capezzoli. Nei maschi, il prepuzio viene asportato durante la circoncisione perché è considerato un residuo di femminilità. In effetti, queste due operazioni sono complementari: da un lato, si nasconde l'organo genitale femminile, e, dall'altro, si enfatizza l'organo maschile in modo da togliere di torno possibili elementi di ambiguità (Pasquinelli, 2007). Dunque, qual è un ragionamento trasversale che sottende il ricorso alle MGF? L'idea che solo attraverso l'escissione delle sue parti maschili una ragazza può acquisire il pieno *status* di donna. Questa manipolazione fisica dei corpi rafforza l'idea che l'identità femminile sia prodotta e mantenuta attraverso la circoncisione, anche se la costruzione dell'identità di genere è principalmente un processo simbolico. Questo porta a una naturalizzazione delle procedure attraverso cui la cultura definisce l'appartenenza di genere, rendendo estremamente difficile ogni tentativo di cambiamento, sia a livello individuale che collettivo. Oltre a manipolare il corpo delle donne, gli interventi contribuiscono a plasmare l'aspetto fisico, le proporzioni, l'armonia tra le diverse parti del corpo, le espressioni facciali, le posture e il portamento, conferendo al corpo delle donne quelle "tecniche del corpo" (Mauss,



1934) che rappresentano la femminilità in modi diversi in ogni cultura. Questo è particolarmente evidente nelle donne infibulate, la cui andatura flessuosa e lenta è una conseguenza dell'intervento che limita la gamma di movimenti. L'operazione rende difficile una serie di attività fisiche, non solo perché le gambe vengono avvicinate tra loro, eliminando la possibilità di allargare le cosce, ma anche perché il nuovo *status* di donna limita le attività tradizionalmente associate al genere maschile, come correre, giocare a palla, saltare, ecc (Petrazzuolo, 2003). Le MGF possono essere considerate un "marcatore sessuale" (Pasquinelli, 2001, pp. 5-21) poiché non solo definiscono l'appartenenza di genere delle donne, ma anche naturalizzano la differenza tra i sessi, occultando così la costruzione culturale dell'appartenenza di genere. Conseguentemente, è importante notare che le MGF acquisiscono significato all'interno dei riti di iniziazione, in cui costituiscono l'evento centrale. In alcuni casi, queste pratiche possono diventarne la *performance* rituale principale. Ogni operazione segue una sequenza rituale che rimane immutata da una generazione all'altra e si svolge in un luogo riservato e in un'ora specifica, conformemente a quanto ci riferisce la letteratura antropologica su riti di iniziazione (Van Gennep, 1909; Allovio, 2014). L'intervento è gestito da un'operatrice esterna e avviene nel segreto di una comunità femminile. Dopo l'operazione, la comunità si apre per celebrare pubblicamente il nuovo *status* di donna, spesso accompagnato da doni simbolici nei colori e nelle forme (Gallo, 2015).

Le MGF traggono la loro efficacia simbolica e il loro potere di conferire senso all'agire dei soggetti sociali, nonché di legittimare appartenenze comunitarie e identità di genere, da un contesto culturale più ampio. Questo contesto è costituito da un sistema complesso di strategie matrimoniali basate sul concetto di "prezzo della sposa" (*brideprice*). Questo sistema comprende diversi elementi fissi e variabili che interagiscono tra loro, come il matrimonio combinato, l'età tendenzialmente precoce della sposa, la poligamia e altre pratiche culturali specifiche dei diversi gruppi che vi fanno ricorso. Nel contesto africano, il matrimonio è un'unione definita da obblighi contrattuali tra due famiglie, in cui le persone che detengono il potere di combinare il matrimonio sono spesso un gruppo di maschi coresidenti che rappresentano tre generazioni genealogiche: gli uomini anziani o nonni, gli adulti di mezza età sposati o padri e gli adulti giovani o figli (Petrazzuolo, 2003). Questi gruppi familiari hanno il compito di selezionare lo sposo, e il matrimonio è generalmente combinato dai parenti, raramente una libera scelta della coppia. L'assenso al matrimonio

dipende dal consenso dei due gruppi familiari coinvolti. Il matrimonio è un accordo sociale formalmente riconosciuto in cui un individuo si impegna in una relazione di alleanza con altri individui. Questo istituisce le norme che legittimano una *partnership* che si concentra sulla procreazione umana e, soprattutto, sul futuro di tali individui (Fabietti, 2015). Il "prezzo della sposa" – termine con cui è nota la pratica, ma successivamente problematizzato e criticato – rappresenterebbe la compensazione che la famiglia dello sposo versa alla famiglia della sposa in occasione del matrimonio. Questo compenso non è una transazione commerciale, ma piuttosto un dono in cambio della fertilità e di certi diritti sulla donna, compresi quelli legati al lavoro, alla sessualità e alla fecondità. La "ricchezza della sposa" andrebbe considerato come il compenso pagato in cambio della purezza e, se possibile, della verginità della donna. Le MGF svolgono un ruolo chiave nel preservare la castità delle figlie e nel favorire la loro fertilità, secondo le credenze popolari. (Pasquinelli, 2000). Le transazioni legate al matrimonio sono spesso le più importanti nella vita di una persona in molte società, e l'importo e la composizione del prezzo della sposa sono determinati dalle tradizioni e variano a seconda dello *status* sociale delle parti coinvolte. Sebbene in passato la ricchezza della sposa fosse prevalentemente costituita da bestiame, oggi è spesso rappresentata da denaro, a dimostrazione di come vecchie pratiche ormai siano completamente rivisitate o abbandonate nell'epoca contemporanea (Pasquinelli, 2000). In questo contesto culturale complesso, le MGF sono una componente fondamentale del matrimonio, contribuendo a regolare la gestione delle risorse e le intricate reti di scambi e relazioni sociali. Le MGF costituiscono una forma di disciplina del corpo femminile, mirante a realizzare una strategia di sottomissione delle donne. Queste pratiche rappresentano il sigillo che la società imprime sui loro corpi. Le procedure coinvolte in queste pratiche non si limitano a manifestazioni esteriori, ma hanno un impatto intrinseco sui corpi femminili. Questo processo interno modella i corpi femminili secondo schemi di obbedienza, predisponendoli a una sorta di subordinazione a un mondo maschile che li osserva da lontano, fondando su questa distanza le proprie strategie di potere. Tale potere non si basa su una repressione degli istinti o su meccanismi coercitivi di comando e obbedienza che richiedono un'applicazione quotidiana, ma piuttosto si incide nei corpi delle donne attraverso gli interventi genitali, disciplinandoli una volta per tutte nel momento stesso della loro creazione (Busoni, 2001). Le MGF costituiscono il mezzo attraverso cui il potere si insinua nei corpi, partecipando alla loro creazione. La "ricchezza della sposa" è una pratica di

rilevanza non solo patrimoniale, ma anche come risorsa che permetterà ai fratelli della sposa di contrarre matrimonio a loro volta. Il matrimonio di una figlia non è solo uno strumento per ottenere denaro, ma anche un mezzo per stabilire relazioni di parentela vantaggiose. Ciò ci porta verso una concezione sovra-individuale o comunque non-individualistica del matrimonio tra due soggetti (prevalente in un contesto come quello italiano contemporaneo).

Per concludere, le MGF costituiscono una pratica simbolica che non solo svolge un ruolo determinante nella riproduzione sociale, ma acquista significato all'interno di un sistema matrimoniale regolato dall'istituzione del "prezzo della sposa" (*brideprice* o *bridewealth*). Questo sistema presenta caratteristiche distintive, tra cui matrimoni combinati, giovane età delle spose, età avanzata degli sposi e poligamia. Considerare questa complessa struttura economica e simbolica amplia notevolmente l'analisi, consentendo un monitoraggio dettagliato in grado di identificare cambiamenti laterali o spostamenti impercettibili che, nel lungo periodo, sembrano destinati a erodere i margini di sopravvivenza di questo sistema. Tuttavia, è essenziale abbandonare l'approccio che considera le MGF come una pratica culturale decontestualizzata o una stravaganza esotica. Tale prospettiva rischia solo di mantenere la percezione opaca della temporalità dei fenomeni culturali e di contribuire all'uso delle differenze culturali come pretesto per la discriminazione (Pasquinelli, 2000).

### **3.5 UNO SGUARDO ALLA SITUAZIONE IN AFRICA**

Da dati recenti, emerge che l'Africa rimane il contesto geografico in cui la pratica delle MGF è più diffusa. Gli studi principali si concentrano sulla comprensione della situazione in quei Paesi in cui tali pratiche sono ancora ampiamente conosciute. Attualmente, le MGF sono ancora diffuse in ben 28 nazioni, molte delle quali in Africa. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la cui attendibilità e credibilità sono alquanto dubbie, ogni anno oltre due milioni di donne potrebbero subire una qualche forma di MGF. L'infibulazione è una pratica ormai in grande recessione che ha storicamente avuto diffusione in Paesi come Somalia, Etiopia, Egitto, Eritrea, Mali, Guinea e Sierra Leone. Questa pratica è altresì riscontrata in alcune nazioni del Medio Oriente, tra cui l'Oman, lo Yemen e gli Emirati Arabi Uniti. Nei Paesi "occidentali", le MGF sembrano si verificano all'interno delle comunità di immigrati provenienti da Paesi africani, anche se non ci sono dati attendibili a riguardo che permettano anche semplicemente capire l'entità del fenomeno.

È importante ricordare ancora una volta che le MGF non sono correlate alla religione musulmana. La maggioranza dei musulmani non pratica questa procedura, e il Corano non contiene alcun riferimento a tale pratica. Al contrario, si può trovare un editto attribuito al Profeta Maometto che invita alla "moderazione" su questo tema. In passato, anche i missionari europei hanno cercato di scoraggiare questa pratica, persino tra i convertiti al cristianesimo. Va notato che anche i falasha, la comunità ebraica etiopica, ha storicamente praticato l'infibulazione. Tuttavia, non è chiaro se questa pratica sia continuata dopo la loro emigrazione in Israele. È importante notare che la decisione di abbandonare questa pratica non è un processo individuale, ma piuttosto una scelta collettiva che coinvolge l'intera comunità. Tale processo può essere accelerato attraverso l'educazione delle donne (e anche degli uomini) e degli operatori sanitari, supportati da iniziative e appelli da parte dei *leader* locali, nazionali e delle organizzazioni femminili (Martinelli, Ollé-Goig, 2012). Per affrontare questo problema in modo efficace, è necessario adottare un approccio multidisciplinare che coinvolga legislatori, professionisti del settore sanitario, organizzazioni professionali e iniziare a considerare i professionisti e le professioniste del campo antropologico per creare un approccio che possa creare e aumentare l'*empowerment* delle donne nella società. È fondamentale anche l'educazione del pubblico a tutti i livelli, con un'enfasi particolare sui pericoli delle MGF.

Dopo aver spiegato cosa sono le MGF, averne compreso le possibili origini, le diverse forme e il loro significato culturale, nel prossimo capitolo, si affronterà la situazione delle MGF in Europa, gli strumenti di tutela dei diritti umani adottati contro le MGF e le legislazioni in merito alla questione a livello europeo. Più specificatamente tratterà, in modo più ampio, come viene gestita la situazione in Italia, cioè come vengono trattate le donne che hanno subito tali pratiche in Italia.

#### **4. LE MGF NELLA LEGISLAZIONE EUROPEA**

In questo ultimo capitolo verrà illustrato il tema della legislazione Europea e Italiana, delineando i limiti della descrizione e della presunta “risoluzione” umanitaria del fenomeno delle MGF. In seguito, verrà fatto un ragionamento sul concetto di donna vista come “vittima” all’interno del discorso umanitario e viene promosso un tentativo di incontro tra il discorso umanitario e il discorso antropologico, per comprendere meglio e focalizzarsi le complessità storico-culturali, invece che sulla loro condanna e barbarizzazione. In conclusione, verranno fatti due esempi di ricerche condotte sull’argomento.

Nonostante le MGF siano tradizionalmente associate all’Africa, l’ampia portata delle migrazioni globali ha potenzialmente esteso il loro ambito al di là dei confini del continente africano. Nel 2009, il Parlamento Europeo ha effettuato una stima secondo la quale in Europa vi sarebbero 500.000 donne che hanno già subito MGF, con un ulteriore rischio di circa 18.000 donne e bambine ogni anno. Tuttavia, è importante esaminare con cautela i dati, poiché possono essere presentati in maniera “tendenziosa” (Fusaschi, 2001, p. 131) per enfatizzare i cosiddetti "grandi numeri" e possono essere soggetti a interpretazioni diverse (Fusaschi, 2011).

È importante notare che la precisione di queste cifre è soggetta a incertezza poiché si basano principalmente sulla prevalenza delle MGF nei Paesi africani, si tratta dunque di una proiezione meramente teorica basata sulle stime presunte di ricorso a tali pratiche in determinati Paesi, estendendole a tutte le donne di quelle nazionalità presenti nei contesti europei di migrazione. Si ritiene che la maggior parte delle procedure non vengano eseguite in Europa, ma piuttosto nei Paesi d’origine delle comunità migranti (risoluzione del Parlamento Europeo, 2009). Uno dei rapporti più recenti sulle MGF in Europa, pubblicato dall’*European Institute for Gender Equality* (EIGE), evidenzia la difficoltà nel raccogliere dati chiari sulla prevalenza delle MGF nel continente europeo e sottolinea le sfide legate alla comparabilità dei dati tra i vari Stati membri dell’Unione Europea. Questa mancanza di dati uniformi è in gran parte dovuta alla mancanza di una regolamentazione comunitaria che imponga la raccolta e la divulgazione sistematica di informazioni sull’argomento, nonché ad un approccio capace di cogliere le molteplici sfaccettature del fenomeno. In effetti, ogni Stato membro dell’Unione Europea regola autonomamente la raccolta di tali dati, il che porta a una mancanza di uniformità e, in alcuni casi, a una totale assenza di dati in alcune nazioni

(European Institute for Gender Equality, 2013). A livello europeo, si riscontra una notevole carenza di studi sistematici sulla questione delle MGF. Questa carenza è associata alla mancanza di dati provenienti da fonti amministrative aggiornate e attendibili, alla sottostante insufficienza di risorse finanziarie allocate a questo scopo, e alla scarsa formazione del personale medico e sanitario in merito a tale tema. Inoltre, la mancanza di condivisione di definizioni chiare e di buone prassi contribuisce a mantenere le MGF come un fenomeno relativamente oscuro e poco conosciuto nel contesto europeo. Nonostante ciò, è possibile osservare negli ultimi anni un aumento dell'interesse e degli sforzi dedicati alla ricerca qualitativa e quantitativa sul fenomeno delle MGF. Tali studi si sono concentrati principalmente sulla diffusione delle pratiche e sui loro effetti sulla salute, ma gli interventi volti a migliorare la conoscenza del fenomeno da parte degli operatori sanitari, l'implementazione della legislazione in materia e, soprattutto, l'efficacia delle misure per contrastare tali pratiche rimangono per lo più sporadici (Misiti, Rinesi, 2012). Si ritiene che le MGF siano un fenomeno considerato ancora "estraneo" dalla nostra società. Tuttavia, questa forma di violenza di genere è giunta fino a noi, perché se ne parla maggiormente e vi è maggiore visibilità del tema.

In relazione a questo, nei primi anni Novanta, l'Europa ha iniziato ad agire per la protezione e la salvaguardia delle donne e delle bambine. Coinvolgendo ciascuno degli Stati membri, nella Risoluzione del 20 settembre 2001, intitolata "*European Parliament resolution on female genital mutilation (2001/2035-INI)*", il Parlamento Europeo ha delineato e descritto le MGF come una:

«[...] violazione dei diritti umani fondamentali, in particolare il diritto all'integrità personale e alla salute fisica e psicologica nonché ai suoi diritti sessuali e riproduttivi e che tale violazione non può in nessun caso essere giustificata dal rispetto di qualsivoglia tradizione culturale o da cerimonie di iniziazione» (Risoluzione del Parlamento Europeo sulle Mutilazioni Genitali Femminili, 2001, p. 9).

Otto anni più tardi, nel 2009, nella Risoluzione del 24 marzo, il Parlamento Europeo condanna qualsiasi tipo di MGF «[...] in quanto atto di violenza contro le donne che costituisce una violazione dei loro diritti fondamentali, in particolare il diritto all'integrità personale e alla salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva [...]» (Risoluzione del Parlamento Europeo, 2009, p. 6) e sollecita tutti gli Stati membri a elaborare una:

«[...] chiara strategia integrale e dei piani d'azione nell'intento di bandire le MGF nell'Unione Europea e attraverso meccanismi giuridici, amministrativi, preventivi, educativi e sociali, in particolare la diffusione capillare di informazioni sui vigenti meccanismi di protezione a disposizione di gruppi vulnerabili, consentire alle vittime reali e potenziali di ottenere una valida protezione [...] (e a) [...] perseguire penalmente chiunque metta in atto tali pratiche [...]» (Risoluzione del Parlamento Europeo, 2009, p,10).

In questo contesto, sono state scritte delle linee guida, ad esempio come quelle del UNHCR (2002) che potrebbero essere utilizzate per riconoscere le richieste di asilo sul rischio MGF come forme di persecuzione di genere. Queste linee guida forniscono un'interpretazione legale della definizione di rifugiata in relazione al genere e offrono pratiche procedurali per garantire una considerazione adeguata delle richieste di asilo presentate da donne. Le richieste di asilo basate sul genere possono riguardare violenza sessuale, violenza familiare, pianificazione familiare, MGF, punizioni per trasgressione di costumi sociali e discriminazioni nei confronti delle persone omosessuali. Queste linee guida sono rivolte a governi, professionisti legali, *decision-maker* e magistratura, nonché al personale dell'UNHCR che gestisce le richieste di asilo.

Si osserva, però, che l'aumento delle disposizioni di contrasto delle MGF non è correlato a un aumento delle pratiche delle MGF sul territorio europeo, la cui quantificazione risulta difficile a causa della mancanza di dati affidabili, ma è invece il risultato dell'incremento del dibattito e dell'impegno pubblico a livello internazionale riguardo alle MGF. Questo impegno ha portato, verso la metà degli anni Novanta, a un drastico aumento delle misure punitive contro tali pratiche, sia in Africa sia nei Paesi occidentali. In quest'ultimo caso, va notato che il fenomeno, riguardava comunque una porzione molto limitata della popolazione. Poiché le MGF sono universalmente considerate una violazione dei diritti umani fondamentali e dei diritti delle donne e delle bambine, compreso il diritto all'integrità fisica, esse sono soggette a perseguimento penale in tutti i Paesi (World Health Organization, 2008). Importante è evidenziare che esistono molteplici significati legati alle MGF e che è importante esplorarli attraverso un approccio comparativo. Questo approccio non si limita a individuare somiglianze e differenze tra le diverse pratiche, ma cerca anche di riflettere in modo critico sulle nozioni comunemente utilizzate per comprenderle. Nella comprensione di questo fenomeno, è necessario essere aperti all'ascolto e temporaneamente allontanarsi dalle proprie categorie mentali, adottando un approccio relativista in termini metodologici.

L'obiettivo è applicare un punto di vista che consideri diverse prospettive quando si tratta di questo argomento, superando il semplice "*shock culturale*" che i media spesso enfatizzano in modo sensazionalistico e poco costruttivo nell'interazione tra culture (Calderoli, 2007).

Date le complesse motivazioni socio-culturali che sottendono alle MGF, questo ha portato alcuni studiosi/e a rappresentarle come un esempio lampante di un "reato culturalmente motivato", cioè

«di un comportamento realizzato da un membro appartenente ad un gruppo culturale di minoranza (un immigrato), che è considerato reato dal gruppo di maggioranza del Paese d'accoglienza; ma tale comportamento è invece condonato, o accettato come normale, o addirittura incoraggiato all'interno del gruppo culturale d'origine» (Basile, 2011, pp.51-52).

Non a caso, diversi *report*, tra le quali quello prodotto dall'UNICEF (2005), hanno rivelato che la pratica delle MGF è scarsamente percepita dalle donne africane come una violazione dei diritti umani. Questo risultato sembra supportare la posizione di coloro che nel dibattito sulla tensione esistente tra diritti universali e diritti individuali, ovvero tra diritti e cultura, vedono in esse non una violazione dei diritti, ma piuttosto l'esercizio del diritto alla propria cultura e alle proprie tradizioni (Decarli, 2011/2012).

Un elemento distintivo delle leggi specifiche sulle MGF è il principio di extraterritorialità (che si applica a tante e diverse materie), il quale consente ai tribunali di estendere la loro giurisdizione anche ai casi che avvengono al di fuori dei confini nazionali, ma coinvolgono bambine residenti nel territorio dello stato in questione. Questo approccio si basa sulla considerazione del fatto che le MGF sono spesso eseguite nei Paesi d'origine, il che ha portato i legislatori europei a ritenere inadeguato limitare la giurisdizione alla sola giurisdizione nazionale. Perseguire queste pratiche senza il principio di extraterritorialità risulterebbe inefficace, poiché spesso le bambine e le giovani donne sono sottoposte a tali procedure di modifica genitale quando si trovano in vacanza nei Paesi d'origine dei loro genitori. Il principio di extraterritorialità consente di perseguire il reato di MGF, così come definito dalla legislazione di ciascun Paese, anche se commesso al di fuori dei confini nazionali. Le condizioni per l'applicazione di questo principio variano da Paese a Paese e possono coinvolgere sia la vittima che l'autore del reato, sia se cittadini del Paese che ha emanato la legge, sia se anche semplicemente residenti in esso (United Nations Division for the Advancement of Women, 2009).



In alcuni altri Stati europei, la questione delle MGF è stata affrontata in modo diverso. Nonostante vi sia stato un dibattito sull'opportunità di introdurre una legge specifica che punisca le MGF, in questi Paesi si è scelto di non adottare una norma *ad hoc*, preferendo invece perseguire tali pratiche utilizzando le leggi già esistenti nei rispettivi codici penali. Tuttavia, l'applicazione delle leggi contro le MGF è stata rara, principalmente a causa della difficoltà nel documentare questi reati. Ciò ha creato una contraddizione tra il perseguimento legale e la prevenzione delle pratiche stesse. Come già evidenziato in precedenza, è problematico credere che la minaccia di sanzioni penali da sola possa dissuadere dall'effettuare le MGF. Aumentare le pene senza accompagnare queste misure con azioni di prevenzione e sensibilizzazione può portare alla chiusura delle comunità coinvolte, non portando avanti nessun avanzamento concreto, a parte la diffusione di una certa morale umanitaria (Fassin, 2012). La repressione di queste pratiche rischia di accentuare la divisione tra le comunità immigrate e la società ospitante, specialmente perché esiste il rischio che le sanzioni siano percepite come una forma di discriminazione rivolta solo agli immigrati. Questo, come già notato in precedenza, potrebbe costituire un ulteriore ostacolo al processo di integrazione (Parlamento Europeo, 2020)<sup>3</sup>.

Sarebbe consigliabile evitare un approccio semplicistico di adesione al movimento dei "Paesi che hanno detto NO alle MGF". Invece, dovremmo promuovere un dibattito ben ponderato che potrebbe o potrebbe non portare all'istituzione di una legislazione specifica. Questo dibattito dovrebbe mirare a mantenere alta l'attenzione sulle pratiche e a implementare politiche di monitoraggio e prevenzione. Inoltre, si dovrebbe sempre considerare l'importante coinvolgimento attivo delle comunità interessate in questo processo. Anche la Risoluzione 2001/2035- INI del Parlamento Europeo afferma questo principio:

«affinché i membri delle comunità o dei gruppi interessati si convincano della necessità di sradicare tali pratiche, le misure da adottarsi dovranno contare sulla partecipazione e la

---

<sup>3</sup> «Mutilazioni genitali femminili: dove e perché vengono ancora praticate | Attualità | Parlamento europeo», 11 febbraio 2020. <https://www.europarl.europa.eu/news/it/headlines/society/20200206STO72031/mutilazioni-genitali-femminili-dove-e-perche-vengono-ancora-praticate>. (consultato il 26 ottobre 2023).

collaborazione delle comunità interessate e adeguarsi alla realtà delle stesse» (Risoluzione del Parlamento Europeo, 2001/2035, paragrafo 4).

L'attenzione al coinvolgimento delle comunità è di cruciale importanza, in quanto le leggi e le politiche volte a contrastare le MGF si rivolgono a una parte specifica della popolazione, che spesso rappresenta una minoranza. Esiste il rischio che tali leggi e politiche vengano percepite come discriminatorie o paternalistiche, e in alcuni casi, addirittura, possano avere l'effetto contrario a quello desiderato. L'inclusione sociale è fondamentale per garantire il rispetto delle persone e condividere un sistema di valori comune. Questo coinvolge il riorientamento dei principi e la costruzione di un tessuto valoriale condiviso. È un impegno di tutti, compresi politici, operatori sociali, istituzioni educative e *leader* religiosi, nella lotta contro la discriminazione, la violenza di genere e gli abusi in genere (Di Iorio, 2019). Il coinvolgimento delle comunità immigrate, specialmente delle famiglie, è essenziale. Inoltre, è importante promuovere l'*empowerment* delle donne, incoraggiando una maggiore inclusione e consapevolezza. Ciò comporta la creazione di programmi formativi che rafforzino il valore delle donne, promuovendo l'uguaglianza e la libertà, nonché l'importanza dei diritti dell'infanzia.

#### **4.1 MGF NELLA LEGISLAZIONE ITALIANA**

La problematica delle MGF è stata portata all'attenzione pubblica in Italia solo verso la fine degli anni '90, e ciò è stato dovuto a diverse ragioni. In primo luogo, c'era un vuoto nella consapevolezza storica, poiché l'Italia aveva un passato coloniale diverso dagli altri Paesi europei e su questo tema si manteneva un silenzio. In secondo luogo, vi era un ritardo strutturale e culturale nel modo in cui la società italiana affrontava la diversità sociale, specialmente le trasformazioni generate dalle migrazioni. In terzo luogo, c'era un utilizzo politico della questione, che si può chiamare opportunismo, in cui i modelli di cittadinanza sociale per i migranti venivano sfruttati strumentalmente, creando forme di inclusione subordinata (Fusaschi, 2018). In passato, si parlava di questo problema con poca conoscenza, e questa stessa mancanza di conoscenza contribuisce oggi a creare una visione distorta della diversità, piena di stereotipi. Questo tipo di approccio è spesso caratterizzato da un tono accusatorio o da un atteggiamento paternalistico, a volte materno. Questo atteggiamento contribuisce a generare indignazione e a promuovere forme di rifiuto e di identificazione che

influenzano giudizi e azioni, stabilendo distinzioni tra ciò che è accettabile, ciò che non lo è e, soprattutto, ciò che non dovrebbe più accadere, con particolare attenzione al ruolo delle donne (Fusaschi, 2018). Questa dinamica ha contribuito a creare una distanza tra due mondi: da un lato, un'immagine dell'Africa come un luogo costantemente caratterizzato da povertà, ignoranza e violenza (il "loro" mondo); dall'altro, la promozione di un'immagine positiva del "nostro" mondo, quello degli attivisti per i diritti umani, come se fosse il migliore possibile, nonostante le complesse sfide sociali e la posizione specifica delle donne riguardo alle MGF (Fusaschi, 2018).

In Italia non si sa quante siano le donne che hanno subito una MGF, né di che tipo, in quanto vi sono solo stime e proiezioni che tendono ad enfatizzare la grandezza e la diffusione del fenomeno in questione. In Italia, in passato, non esisteva una legislazione specifica per affrontare le pratiche di MGF poiché queste, in quanto considerate violazioni del diritto alla salute e all'integrità fisica delle persone, erano trattate all'interno del Codice Penale, negli articoli concernenti le lesioni personali e le lesioni personali gravi e gravissime tramite gli articoli 582-583 del Codice Penale (Fusaschi, 2011). Questi articoli condannavano con pene piuttosto severe – reclusione da tre mesi a sette anni - tutti quegli atti lesivi dell'integrità fisica di un individuo, senza menzionare quelle sui genitali, ma di fatto essi erano compresi (Fusaschi, 2011).

A partire dal 2006, è stata introdotta una disposizione penale specifica che affronta la questione delle MGF: la Legge n. 7/2006 “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”, chiamata Legge Consolo<sup>4</sup>. L'esecuzione di tutte le forme di MGF è espressamente vietata dagli articoli 583bis e 583ter, disposizioni sanzionatorie di carattere penale:

«Art. 583-bis. – (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili). – Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni. Ai fini del presente articolo, si intendono come pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo [...] (Codice Penale, 2006, n.7)

---

<sup>4</sup> Legge 9.1.2006, n.7 c.d. “Legge Consolo” dal nome del senatore, Giuseppe Consolo, che ha presentato il disegno di legge al Senato della Repubblica.

[...] Art. 583-ter. – (Pena accessoria). – La condanna contro l'esercente una professione sanitaria per taluno dei delitti previsti dall'articolo 583-bis importa la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni. Della sentenza di condanna è data comunicazione all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri» (Codice Penale, 2006, n. 7).

Sebbene la legge inizi con una prospettiva universalista, nell'articolo 3 introduce l'idea di condurre campagne informative specificamente rivolte agli immigrati provenienti da Paesi in cui le pratiche sono diffuse. Attraverso questa decisione legislativa, si è, di fatto, creato un canale separato per gli immigrati e le immigrate. Questa norma, invece di affrontare il problema in modo inclusivo, sembra concentrarsi principalmente sulla repressione, il che potrebbe portare all'ulteriore persistenza delle pratiche in modo clandestino (Fusaschi, 2011).

Questa legge è particolare poiché, come già precedentemente accennato, permette di applicare il principio di extraterritorialità, che stabilisce che le MGF possono essere perseguite legalmente anche se vengono eseguite all'estero da un cittadino italiano o da un residente straniero in Italia. Inoltre, prevede che la stessa legislazione si applichi se tali pratiche sono commesse su un cittadino italiano o su una persona residente nel Paese (Legge n. 7/2006).

In conformità all'articolo 4, il Ministero della Salute ha elaborato delle Linee Guida destinate agli operatori sanitari, operatori sociali e anche agli insegnanti che operano con immigrati provenienti da Paesi in cui è stata storicamente riscontrata la pratica delle MGF. Queste Linee Guida forniscono strumenti per l'intervento, la prevenzione e la riabilitazione, oltre a prevedere il supporto alle donne e alle bambine che hanno subito o sono a rischio di MGF (art. 4 – Legge n. 7 del 2006). Nel contesto delle misure volte a contrastare le MGF, l'Italia ha ufficialmente ratificato la Convenzione di Lanzarote (2010). Questo processo ha comportato l'inclusione di un nuovo paragrafo all'articolo 583-bis, il quale specifica che nel caso in cui il reato sia commesso da uno dei genitori o dal tutore della vittima, la condanna prevede non solo una sanzione penale, ma anche la decadenza dal diritto di esercitare l'autorità genitoriale e l'interdizione permanente da qualsiasi incarico riguardante la tutela, la curatela o l'amministrazione di sostegno (Parlamento Europeo, 2012, Legge 172).

Per quanto riguarda le misure preventive delle MGF, la legge italiana prevede una serie di iniziative che comprendono campagne informative (Art. 3) e programmi di sensibilizzazione (Art. 2). Queste iniziative includono l'istituzione di un numero verde per segnalazioni (Art.

5) e il miglioramento della formazione e dell'aggiornamento del personale sanitario e della comunità immigrata (Art. 4). Un aspetto positivo della legge è l'inclusione di azioni preventive e informative, che hanno portato a un aumento delle attività di ricerca e diffusione di informazioni sull'argomento, con risultati significativi. Tuttavia, i prodotti e le iniziative attuate sembrano non aver coinvolto adeguatamente le vere protagoniste, ossia le donne migranti, che sono state descritte in vari modi e spesso oggetto di rappresentazioni ambigue, oscillando tra vittime e potenziali autrici di tale pratica. Inoltre, è mancato un coordinamento uniforme delle iniziative a livello nazionale.

Con l'obiettivo di fornire indicazioni pratiche, conoscenze e competenze, sono state sviluppate linee guida speciali. Queste guide sono destinate a professionisti nel settore socio-sanitario che lavorano con comunità immigrate provenienti da Paesi ritenuti avere tradizioni che contemplano le MGF, così come per operatori scolastici. In aggiunta a queste, vengono presentate le "linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose" (2018). Queste linee guida sono state sviluppate per offrire orientamenti adeguati agli operatori dei Centri di Primo Soccorso e Accoglienza (CPSA), al personale dei Centri Di Accoglienza (CDA) e alle figure professionali dei Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo (CARA). Queste linee guida mirano a diffondere informazioni essenziali sulla corretta condotta da tenere nei confronti delle migranti coinvolti in tali pratiche e sulle procedure da seguire per agevolare il loro accesso alle risorse designate e alla protezione internazionale.

Tornando alla specifica legge in Italia, l'articolo 583-bis del codice penale, sebbene sembri di facile interpretazione iniziale, presenta complesse difficoltà di attuazione. Questo è dovuto non solo alla sfida nel rilevare un fenomeno generalmente nascosto come le MGF, ma anche all'importante impatto della cultura e della religione nella percezione di legittimità dell'atto criminale da parte del colpevole, rendendolo virtualmente non perseguibile. La legge stabilisce che, se l'agente agisce per garantire il benessere della vittima, come spesso avviene nei casi in questione, l'agente non è punibile, anche se non esiste una giustificazione medica per l'intervento. Inoltre, nel caso delle lesioni, la legge richiede che il reo abbia l'intenzione specifica di danneggiare le funzioni sessuali della vittima, mentre nella pratica l'agente è mosso da intenti opposti, come favorire l'integrazione della vittima nel proprio gruppo culturale o preservarne la castità (Di Iorio, 2016).

In definitiva, le difficoltà riscontrate nel quadro giuridico richiedono una revisione adeguata della disposizione criminale italiana. Questo dovrebbe includere una valutazione più equa degli elementi del reato, in modo che il vissuto personale dell'agente non influenzi così profondamente la qualificazione del comportamento come reato. Inoltre, l'incidenza della cultura e della religione dovrebbe essere rilevante solo in circostanze eccezionali, come nel caso di un'inesperta mancanza di socializzazione che impedisce al reo di comprendere appieno il contenuto del reato. Sarebbe auspicabile riformare la normativa anche in merito al requisito specifico di intento richiesto nel caso di lesioni ai caratteri sessuali femminili (Corte di cassazione italiana, 2011).

#### **4.2 LA PRATICA DELLE MGF COME VIOLAZIONE DEI DIRITTI UMANI DELLE DONNE**

Come visto nel capitolo precedente, sin dalla fine del XIX° secolo, le modificazioni dei genitali, sia maschili che femminili, sono state oggetto di studio e interpretazione nell'ambito dei riti di passaggio, che segnano il passaggio dall'infanzia all'età adulta, e da una prospettiva comparativa e costruttivista. In quel contesto, il corpo e le sue modifiche erano considerati uno strumento significativo per comprendere la cultura. Col passare del tempo, in un dialogo complesso con i movimenti femministi, alcuni autori e autrici hanno riconosciuto che i significati culturali di queste pratiche sono molteplici, variano nel tempo e nello spazio, e costituiscono veri e propri rituali di istituzione del genere (Bourdieu, 1982). Questi rituali hanno una valenza sociale e contribuiscono alla costruzione delle disuguaglianze nel sistema di genere (Rubin, 1975).

Nel contesto delle organizzazioni internazionali, in particolare dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le pratiche di modificazione dei genitali femminili hanno subito un processo di definizione che è stato lungo e articolato. Queste pratiche, inizialmente caratterizzate come "non terapeutiche," sono state collocate all'interno di una categoria più ampia insieme ad altre pratiche legate alla "diversità culturale", come il "matrimonio forzato", i "delitti d'onore", i rituali legati alle mestruazioni e alcune pratiche nutrizionali. Storicamente, si è visto come le MGF siano state associate all'irrazionalità, alla primitività e ai danni, e quindi sono state collocate all'interno della categoria generale delle "pratiche

tradizionali dannose" (Longman, Bradley, 2015). Ma, come già espresso in precedenza, risulta notevolmente complesso e problematico cercare di includere pratiche estremamente diverse e in costante evoluzione sotto un'unica categoria concettuale (Pellicciari, Flamini, 2020). Ognuna di queste pratiche ha una storia e una denominazione specifica all'interno dei contesti socioculturali in cui si svolgono. Molti studiosi, tra cui antropologi e antropologhe sensibili alle questioni femministe sono d'accordo sulla necessità di evitare definizioni che siano discriminatorie o razziste. Invece, preferiscono utilizzare termini più descrittivi, come "interventi/modificazioni/chirurgie/genitali femminili", che tengano anche in considerazione le analogie che possono emergere tra queste pratiche considerate "esotiche" e quelle considerate legittime nella storia occidentale, come la circoncisione maschile, la chirurgia genitale "terapeutica" del primo Novecento e la diffusa chirurgia estetica intima (Pellicciari, Flamini, 2020).

In contrasto con l'approccio descrittivo e interpretativo della complessità culturale, le organizzazioni internazionali hanno compiuto uno spostamento significativo nei significati associati alle nozioni di rituale, tradizione e cultura. Questi concetti, che erano fondamentali nella conoscenza antropologica, hanno acquisito una dimensione politica e, quando sono stati adottati in maniera a-storica ed essenzialista, hanno assunto un ruolo di classificazione che suddivide l'umanità in Noi e gli Altri (Cavatorta, Fusaschi, 2021). In questo processo, alcune pratiche culturali sono state concettualizzate come "dannose," anche in assenza di dati medici certi, e questa etichetta è stata applicata solo a specifiche categorie di individui: donne e ragazze. Queste, da quel momento in poi, sono state considerate come delle minoranze, con particolare enfasi sul continente africano, che è stato spesso stigmatizzato come il prototipo di una presunta "cultura barbara" (Kapur, 2002). Invece di considerare la cultura come un insieme di pratiche collettive, plurali, mutevoli e internamente stratificate, è stata associata alla radice delle disuguaglianze di genere e, alla fine, alla violenza *tout court*. Le pratiche di modifica genitale femminile, i matrimoni "forzati", l'infanticidio femminile, il tabù delle mestruazioni e le pratiche nutrizionali sono stati selezionati e interpretati dalle agenzie delle Nazioni Unite all'interno del contesto della "pressione sociale" maschile, ossia del patriarcato che limita la voce delle donne. Al di là di questa lettura giuridica, la letteratura socio-antropologica era già arrivata a tali considerazioni tramite le proprie ricerche (Bourdieu 1998; Connell, 2005). A torto, le donne, in gran parte,

sono state rappresentate come ignoranti, non istruite, vincolate dalle tradizioni, oppresse, domestiche e perpetuamente vittimizzate (Fusaschi, 2011).

La prospettiva dei diritti umani, cara alle organizzazioni internazionali governative e non, sottolinea che il diritto alla vita, all'integrità fisica e mentale, alla libertà dalla discriminazione di genere e al godimento del più alto *standard* di salute possibili sono diritti universali e inalienabili. Di conseguenza, nessuna pratica culturale o tradizione può essere invocata per giustificare la violazione (Khosla, Banerjee, Chou, 2017).

È importante, però, promuovere una sinergia tra due settori di discussione (discorso antropologico e diritto umanitario) al fine di sviluppare una politica dei diritti umani che sia meno basata su ideologie e più attenta alla complessità dei contesti storico-sociali. Cambiar prospettiva da considerare la situazione come "barbarie" e focalizzarsi non tanto su un'azione disumana da eliminare, ma piuttosto sull'obiettivo di fornire assistenza alle donne coinvolte (Dei, 2008).

Asad (1997) riflette sulla storia delle influenze coloniali occidentali e la tendenza a imporre un concetto specifico di umanità e giustizia universali. Egli suggerisce che dietro le proibizioni della violenza non ci sia tanto la compassione per le vittime, ma piuttosto la volontà di imporre gli "*standard* civilizzati di giustizia e umanità" occidentali. La Dichiarazione dei Diritti Umani eredita questa tendenza e si associa al dominio coloniale e post-coloniale. Asad (1997) critica il fatto che il linguaggio umanitario riconosce solo una soggettività astratta definita legalmente, basata su diritti generali. Tuttavia, questa enfasi esclusiva sulla dimensione giuridica può oscurare altre prospettive morali e la possibilità di adottare linguaggi morali diversi. È importante che i diritti umani siano validi per tutti, altrimenti non avrebbero senso. D'altra parte, quando cerchiamo di capire come diverse culture si relazionano tra loro, dobbiamo considerare che non è sempre una questione di relativismo (pensare che tutto sia uguale), ma dobbiamo anche evitare di credere che una cultura sia superiore a un'altra. In sintesi, la vera sfida sta nel trovare un equilibrio tra essere estremisti e pensare sempre di avere ragione e, dall'altro lato, essere responsabili e ascoltare le vere sofferenze umane nell'attivismo umanitario e nella comprensione tra culture diverse (Dei, 2008).

È importante notare che la definizione di salute menzionata nel preambolo non si riferisce esclusivamente al benessere fisico, ma comprende anche aspetti psicologici e mentali.



Inoltre, nonostante le misure repressive nella lotta contro le MGF, è essenziale valutare la possibilità di un sistema punitivo basato su ampi interventi preventivi, accuratamente strutturati e diffusi. Anche se il sistema punitivo-giuridico italiano non ha portato a importanti cambiamenti, la probabilità più accreditata è agire in senso educativo-preventivo, anziché repressivo e barbarizzante.

Questi interventi mirano a rappresentare l'illegalità dell'azione, affinché le azioni intraprese non siano percepite dagli immigrati come una lesione ingiusta e irragionevole della loro identità personale. Questa percezione potrebbe, infatti, promuovere la clandestinità delle pratiche, ostacolando non solo la vera eradicazione del fenomeno, ma anche l'accesso alle cure mediche nei casi di estrema necessità. Per ottenere risultati ottimali nell'*empowerment* delle donne e nel rafforzamento della rete di assistenza e protezione per coloro che sono a rischio o già state vittime dell'operazione, è fondamentale concentrarsi su diverse iniziative, tra cui: potenziare i servizi di consulenza e supporto in tutto il Paese per offrire alle donne un senso di sicurezza e fiducia, in modo che possano esprimere in modo aperto e senza timori la loro opposizione alla pratica; incrementare la presenza di strutture di assistenza specializzate e servizi di ascolto dedicati alle MGF; rafforzare i centri di accoglienza per migranti e richiedenti asilo, creando programmi mirati per la formazione del personale sanitario, degli operatori sociali e della polizia locale; assicurare un aggiornamento costante e adeguato del personale scolastico, fornendo materiale informativo aggiornato, sviluppando piattaforme *online*, creando programmi di apprendimento *online* e così via; implementare servizi ginecologici specializzati e offrire supporto riabilitativo e psicosessuale su misura per le esigenze dei casi specifici; aumentare le risorse destinate alla prevenzione e al contrasto delle MGF, tenendo conto dei cambiamenti del fenomeno (Di Iorio, 2019).

#### **4.3 PER UNO SGUARDO ALTERNATIVO ALLE MGF: ANTIDOTI ANTROPOLOGICI**

Il discorso sulle MGF può assumere un carattere neocoloniale e razzista quando si limita solo a certi tipi di interventi sui genitali, quelli eseguiti su persone considerate femminili e che spesso provengono da contesti migratori e sono prive di diritti di cittadinanza (Fusaschi, 2011). Quindi, è importante analizzare questo argomento da una prospettiva critica, che

metta in luce i cambiamenti nella categoria di MGF nel contesto umanitario. Si devono esaminare le regole di questo discorso e i diversi tipi di discussioni che possono emergere. È essenziale considerare una varietà di attori e approcci, evitando di semplificare e banalizzare troppo la complessità delle dinamiche sociali locali e dei processi di identificazione e controllo delle persone. Inoltre, dobbiamo fare tutto ciò senza cadere in spiegazioni basate sulla cultura o sulla politica popolare. Questo è un compito cruciale per l'antropologia culturale e sociale, che ha abbandonato da tempo il ruolo di giudice delle autenticità culturali degli altri, specialmente nel contesto della violenza di genere (Merry, 2006).

La ragione umanitaria transnazionale, come illustrato in precedenza, si concentra sulla lotta contro le MGF e sull'assistenza alle "vittime" di tali pratiche. Questo discorso identifica alcune di queste pratiche come chiare violazioni del consenso, dell'integrità fisica e del benessere, in particolare nella sfera sessuale, delle donne. Apparentemente, questo discorso sembra solidamente radicato, ancorato alle prospettive della biomedicina e dei diritti umani di genere. Tuttavia, esso tende a oscurare la diversità storica delle pratiche, sia nella valutazione della loro natura terapeutica che nelle conseguenze che ne derivano (Cavatorta, Fusaschi, 2021). Inoltre, questo regime discorsivo promuove visioni naturalistiche, essenzialistiche ed etnocentriche del sistema di sesso/genere e dell'emancipazione delle donne. Si basa spesso su un tipo di femminismo occidentale che trascura la complessità delle gerarchie sociali e delle oppressioni. Questo discorso stabilisce limiti su cosa costituisce effettivamente una MGF e promuove un'interpretazione secolarizzata e rigida riguardo all'immutabilità degli organi genitali. Spesso questo ha implicazioni neocoloniali e razziste, in quanto classifica come "mutilazioni" solo alcune pratiche relative ai genitali delle persone di sesso femminile, soprattutto se connesse a donne provenienti dal *global south* o prive di diritti di cittadinanza a seguito di processi migratori (Cavatorta, Fusaschi, 2021).

Il discorso umanitario sulle MGF richiede un'analisi che includa sia una prospettiva genealogica che una prospettiva critica. Questo approccio mira a svelare i cambiamenti e le regole discorsive nascoste dietro la categoria umanitaria delle MGF e a esplorare i diversi tipi di conversazioni che possono emergere. È fondamentale considerare la diversità degli attori coinvolti e dei loro vari modi di partecipazione, evitando di cadere in approcci culturalisti. L'antropologia culturale e sociale ha il compito di analizzare le dinamiche sociali

locali, i processi di formazione dell'identità e dell'assoggettamento, senza assumere un ruolo di giudice sull'autenticità culturale altrui, specialmente quando si tratta di questioni legate alla violenza di genere (Merry, 2006). Un passo iniziale fondamentale consiste nel considerare le arene sociali coinvolte o create dall'azione umanitaria come spazi in cui le persone coinvolte nei progetti umanitari giocano un ruolo molto più ampio rispetto a quello di semplici destinatari di insegnamenti. Anche coloro che agiscono come educatori o operatori umanitari non necessariamente esprimono un giudizio morale assoluto o adottano posizioni coerenti. L'umanitarismo, anche quando si concentra su situazioni di emergenza a breve termine, presenta complessità e varietà di ruoli simili a quelli che emergono nello sviluppo, specialmente quando si guarda al di là di una prospettiva eurocentrica o si tiene conto dei diversi contesti in cui si manifesta (Cavatorta, Fusaschi, 2021).

#### **4.3.1. Esempi di ricerca**

A questo punto del capitolo, verrà preso in considerazione uno studio (“Mutilazioni Genitali Femminili e diritti umani nelle comunità migranti: rapporto di ricerca nelle regioni del Veneto e Friuli Venezia Giulia” - 2009) finalizzato alla prevenzione e al contrasto delle MGF tra le popolazioni migranti provenienti da Paesi in cui questa pratica è diffusa. Questo studio mira a coinvolgere attivamente tutte le parti coinvolte, direttamente e indirettamente, con queste popolazioni, cercando di promuovere una maggiore comprensione del fenomeno in modo da facilitare il dialogo e il cambiamento di comportamenti verso questa pratica (Colombo, 2009). La ricerca è stata condotta nelle regioni del Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Lazio<sup>5</sup> (Scoppa, 2009). Lo studio si è basato principalmente su interviste semi-strutturate e *focus group* con diverse categorie di partecipanti. Questi includevano 21 mediatori e mediatrici provenienti da Paesi africani, rappresentanti di associazioni africane, 13 donne africane residenti nel Veneto con varie esperienze riguardo alla pratica, 15 medici e operatori sanitari, alcuni membri delle forze dell'ordine e del sistema giudiziario, 9 rappresentanti delle Commissioni Pari opportunità regionali e provinciali, nonché operatori di associazioni

---

<sup>5</sup> Redatta congiuntamente da AIDOS (Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo), ADUSU (Associazione Diritti Umani e Sviluppo Umano), l'associazione di promozione sociale Culture Aperte, in collaborazione con ANOLF (Associazione Nazionale Oltre Le Frontiere), ULLS 16 e l'ENFAP (Ente Nazionale Formazione Addestramento Professionale).

dedite alla promozione dei diritti umani delle donne e delle immigrate. Gli incontri con queste persone sono avvenuti in diversi momenti e modi, ma tutti nel periodo tra giugno e ottobre 2008 (Butticci, 2009). Gli obiettivi prefissati sono molteplici: fornire informazioni approfondite sulle tendenze e i comportamenti relativi alle MGF tra le popolazioni migranti africane in Italia a chiunque sia coinvolto direttamente o indirettamente; aiutare le comunità locali a comprendere meglio e a svolgere un ruolo attivo nella prevenzione e nel contrasto di queste pratiche; potenziare le competenze delle persone coinvolte attraverso programmi di formazione partecipativa; promuovere un approccio che tenga conto delle sfumature culturali di questa pratica, diffondendo informazioni e conoscenze tramite i media per evitare stereotipi e prevenire il razzismo (Scoppa, 2009). Pertanto, è emerso che per i progetti futuri è essenziale concentrarsi sull'educazione, l'informazione e lo sviluppo di strumenti legislativi maggiormente adeguati (Butticci, 2009). Appare dunque evidente che le mediatrici e i mediatori possono proporre interessanti riflessioni attorno alle sfide legate al cambiamento delle tradizioni e all'influenza di coloro che provengono dai Paesi d'origine sulle dinamiche di genere e familiari delle comunità africane nella diaspora. Le proposte si basano sull'idea che la diffusione delle informazioni, tramite la mediazione, possa svolgere un ruolo significativo nello stimolare il cambiamento. In questo contesto, chi svolge il ruolo della mediazione può promuovere discussioni all'interno delle comunità e nei servizi per persone immigrate, rappresentando una chiave importante per raggiungere le comunità legate a questa pratica e alle dinamiche culturali che la sostengono (Butticci, 2009).

Di seguito verrà riportato il contenuto di alcune interviste in profondità a seguito della loro importanza sul tema che questo elaborato sta trattando. Come primo tema è stato affrontato quella della significatività dell'immigrazione africana in Veneto rispetto alla questione delle MGF. Dalle interviste è emerso che la presenza di immigrati africani in Veneto è prevalentemente costituita da persone provenienti dall'Africa occidentale. La ricerca qualitativa svolta da Paola Degani, Paolo De Stefani e Ornella Urpis ha rilevato che la pratica è significativa tra queste popolazioni, che sono molto diverse tra loro in termini di nazionalità. I dati statistici semplificano e non riflettono appieno questa diversità all'interno delle comunità africane. Inoltre, va notato che questi dati non includono le persone con status migratorio non regolare, il che è importante, poiché alcune delle popolazioni esaminate nella ricerca includono un numero significativo di individui senza documenti regolari (Butticci, 2009). Hanno notato che le donne africane tendono a non percepire la pratica come una

violazione dei diritti umani. Questo sembra sostenere la posizione di coloro che nel dibattito tra diritti universali e diritti culturali vedono le MGF non come una violazione dei diritti, ma piuttosto come un'espressione del diritto alla propria cultura e tradizione (Butticci, 2009).

Successivamente, nelle interviste con il personale sanitario, è emerso che la maggior parte delle donne africane che frequentano i servizi sanitari proviene principalmente da Nigeria, Ghana e Senegal, con una rappresentanza minore dai Paesi del Corno d'Africa. Questa composizione riflette la distribuzione geografica della popolazione africana immigrata nel Veneto. Gli incontri hanno anche rivelato che l'origine geografica delle pazienti influenza non solo il loro rapporto con i servizi sanitari, ma anche il tipo di assistenza di cui necessitano. È emerso un'assenza di consapevolezza della pratica delle MGF nei servizi sanitari, e la questione sembra ricevere limitata attenzione o presentare problematiche. Inoltre, non sembrano esserci casi recenti di MGF su donne adulte o adolescenti. Questo fa riflettere se si guardano i dati e le statistiche che parlavano di migliaia di donne che hanno subito queste pratiche. Il personale sanitario ha l'opinione che il fenomeno delle MGF sia in qualche modo in declino o che non coinvolga gravemente le donne presenti nel territorio, specialmente in termini di interventi clandestini o portando le bambine all'estero. Da un lato, è innegabile la necessità di continuare a opporsi a tali pratiche, ma dall'altro è importante riconoscere come nel tempo si sia consolidata un'immagine delle donne come "povere derelitte" (Fusaschi, 2011, p.22) e "vittime della loro cultura" (Fusaschi, 2011, p.23). Questa rappresentazione è stata in gran parte plasmata dalle numerose campagne di sensibilizzazione sul tema delle MGF, sia a livello mediatico che non, all'interno del complesso panorama politico del "governo dei corpi" (Fassin, Memmi, 2004).

Gli operatori che si occupano MGF spesso si trovano in una posizione ambivalente tra il relativismo culturale, che implica tolleranza verso le MGF, e un giudizio politico che comporta condanne morali. Scelgono di adottare una posizione che tiene conto di entrambe le prospettive, utilizzando una o l'altra a seconda del contesto e delle loro inclinazioni personali. L'analisi del discorso mostra come il culturalismo usato per giustificare le MGF possa in realtà essere correlato a una condanna morale, e spesso queste prospettive condividono un presupposto comune: una visione della "cultura" basata su un concetto rigido ed essenzialista di "differenza" (Gallotti, 2009). D'altra parte, nelle conversazioni con le donne intervistate, la questione non viene affrontata in termini polarizzati, ma piuttosto come

un dilemma esistenziale che devono risolvere. Queste donne cercano di conciliare il divario tra il "prima del cambiamento" e il "dopo il cambiamento", cercando di creare un discorso sociale coerente e accettabile. Fondono elementi culturali che considerano come segni del loro passato, legati alla loro famiglia di origine, con altri aspetti che identificano come segni del loro presente, legati al contesto di modernità in cui attualmente vivono (Gallotti, 2009).

Le strategie per affrontare il problema includono la divulgazione di informazioni, il coinvolgimento attivo delle comunità tramite mediatori/trici culturali e la formazione del personale sanitario. Questa formazione dovrebbe andare oltre la mera trasmissione di informazioni, incoraggiando una sensibilizzazione che modifichi gli atteggiamenti degli operatori sanitari nella loro interazione con le pazienti. Inoltre, i servizi sanitari potrebbero diventare un luogo privilegiato per affrontare la questione da un punto di vista medico e sanitario, evitando giudizi di valore e concentrandosi su aspetti obiettivi (Degani, 2009). In sintesi, l'indagine rivela che nei servizi dedicati alle donne straniere, la conoscenza delle MGF è spesso limitata. Gli operatori mostrano una notevole cautela nell'affrontare iniziative di prevenzione e azione, ritenendo essenziale considerare le esperienze complesse delle donne coinvolte (Butticci, 2009).

In seguito, le interviste con rappresentanti delle forze dell'ordine e un magistrato sono state condotte per valutare la loro conoscenza professionale delle MGF e l'impatto della nuova normativa nazionale introdotta con la Legge 7/2006, spiegata nel secondo paragrafo del capitolo. Durante le interviste, sono stati esaminati i casi in cui avevano affrontato situazioni di questo tipo, se fosse mai stato necessario condurre indagini o procedimenti giudiziari in merito, e come questi casi fossero stati gestiti. Inoltre, è stata esaminata la scarsa attenzione che questo problema ha ricevuto in Italia da parte delle forze dell'ordine e della magistratura (Degani, 2009).

Gli intervistati sembrano sentirsi impotenti nel trattare la questione sul piano legale, poiché non vi è stata un intervento significativo fino a oggi. La mancanza di collaborazione tra le parti coinvolte potrebbe essere una delle ragioni per la debolezza dell'indagine e del procedimento giudiziario relativi a questo fenomeno. La scarsità di dati oggettivi a riguardo rende difficile trarre conclusioni sugli impatti della legge in quest'ambito (Butticci, Degani, De Stefani, 2009).

Concludendo, la ricerca ha rivelato una realtà complessa caratterizzata da diversi contesti locali in cui le MGF assumono significati diversi, spesso radicati in tradizioni che tendono a giustificare la pratica. Il processo migratorio induce spesso all'adattamento ai nuovi ambienti, promuovendo il ripensamento di usi e costumi associati alle MGF, specialmente in Europa. Tuttavia, le comunità africane possono percepire questa interferenza come una ingerenza, sebbene alcune donne riconoscano la necessità di riaffermare i propri diritti e rivisitare i rapporti di genere. Concentrandosi su questo aspetto è utile citare il lavoro di Moller Okin (2007) cui affronta la questione del multiculturalismo e dei diritti di gruppo dal punto di vista femminista. Moller Okin critica le argomentazioni dei sostenitori dei diritti di gruppo e in quanto femminista, solleva una preoccupazione specifica riguardo alle donne all'interno di questi gruppi. Lei ritiene che il riconoscimento dei diritti di gruppo alle minoranze culturali, senza considerare le discriminazioni di genere che possono verificarsi nella sfera privata, soprattutto all'interno delle famiglie, possa avere conseguenze negative per le donne di quei gruppi. Ella solleva l'interrogativo su come gli Stati liberali occidentali dovrebbero gestire la situazione in cui le pratiche culturali o religiose delle minoranze entrano in conflitto con il principio di uguaglianza di genere promosso formalmente dagli Stati liberali. Inoltre, afferma che la difesa delle tradizioni culturali spesso riguarda questioni legate alla sfera personale, familiare e riproduttiva, con un impatto maggiore sulla vita delle donne e delle ragazze (Okin, 2007). Ma tornando alle conclusioni della ricerca, parlando di comunicazione tra le comunità africane con la cultura dominante in cui si trovano, nello specifico ora con i servizi sanitari, questa comunicazione è compromessa dalla barriera linguistica e dalla mancanza di comprensione tra le parti. L'insufficiente collaborazione tra le parti coinvolte ostacola l'indagine e le azioni legali sulle MGF, aspetti chiaramente dovuti sia alla mancanza di comprensione profonda di tali pratiche e le ragioni le continuano a sostenerle (nel frattempo mutate nel tempo), sia ai sottostanti processi di culturalizzazione, esotizzazione e alterizzazione insiti nelle rappresentazioni, discorsi, azioni e politiche dell'umanitario, fatte proprio dal diritto internazionale e dalle istituzioni nazionali e locali. Inoltre, gli operatori di polizia e i magistrati affrontano difficoltà pratiche nell'intervenire sulle MGF, poiché la pratica avviene in segreto e spesso coinvolge donne che hanno subito tali interventi molti anni prima. Questa situazione porta ad un senso di impotenza tra gli operatori legali, nonostante riconoscano l'esistenza del problema. La legge ha avuto un impatto limitato a causa della scarsità di casi documentati. Nel settore socio-sanitario, la

diffusione di informazioni e la sensibilizzazione appaiono come strategie chiave per affrontare il problema delle MGF. La formazione degli operatori sanitari deve superare la mera trasmissione di informazioni, concentrandosi invece su una sensibilizzazione che riveda gli atteggiamenti e i presupposti dei professionisti nella loro relazione con le pazienti. Gli operatori suggeriscono che i servizi sanitari possano diventare luoghi per discutere diversamente e in senso più completo (Butticci, Degani, De Stefani, 2009).

Parlando di giudizi di valore e incomprensioni, è bene fare una riflessione sul fatto che la presa di posizione politica maggioritaria non ha accettato l'uso del termine "*cutting*", né quello di "*circumcision*". In molte comunità locali, l'intervento sui genitali femminili è chiamato "circoncisione", come in Somalia, dove il termine "*gudninka*" è usato al maschile o al femminile a seconda dei casi (Cavatorta, Fusaschi, 2021). Queste pratiche definiscono il genere, ossia il sistema binario di genere in contesti culturali, inclusi il nostro, in cui il genere è correlato al sesso biologico. Nonostante l'OMS e l'ONU richiama l'esperienza socio-antropologica per sostenere il loro discorso, sembrano non attribuire un valore etico o una legittimità morale alle categorie e ai processi semantici che influenzano le persone coinvolte (Cavatorta, Fusaschi, 2021). Un esempio di questo fenomeno è rappresentato dal piccolo Stato di Gibuti, dove, nella seconda metà del 2010, il personale medico ha iniziato a descrivere l'intervento contemporaneo sui genitali femminili con il termine "*sunna*" anziché "MGF", dopo più di trent'anni di discussione e venti anni di criminalizzazione delle MGF in Gibuti (PAPFAM, 2004). Tuttavia, nei primi vent'anni, c'è stata ambiguità nelle definizioni ufficiali e solo nel 2009 è stata inclusa una definizione specifica nel Codice Penale. Dopo dieci anni, esaminando le descrizioni di cosa comportasse effettivamente l'intervento chiamato "*sunna*", è emerso che non si trattava più solo di un "semplice" sanguinamento ottenuto tramite la rimozione parziale o totale del prepuzio del clitoride. Questa pratica, inizialmente attribuita principalmente alla comunità araba di Gibuti e considerata un segno di distinzione, era stata ora ricondotta a diverse categorie nella classificazione ufficiale dell'OMS. Questi interventi, contrassegnati da verbi come "tagliare", "incidere" e "cucire", riflettono logiche, necessità e rappresentazioni simboliche e morali molto diverse tra di loro. La reinterpretazione legata alla "*sunna*" ha permesso di allontanarsi dall'immagine di questa pratica come "barbarica", che era stata riproposta nelle campagne mediatiche. Sono passate molte generazioni e oggi l'intervento viene eseguito con lame sterili, analgesici e persino antibiotici, spesso da donne formate in misure di prevenzione delle infezioni. La



medicalizzazione della pratica è stata vista come un efficace strumento di contrasto a lungo termine alle MGF dalle agenzie delle Nazioni Unite negli anni '90 (Carillon, Petit, 2009).

Nel contesto in cui l'islam sunnita è la religione predominante, il termine "*sunna*" per indicare le "rinnovate" modifiche ha assunto ulteriori connotazioni. Nel discorso dell'Islam, "*sunna*" rappresenta le pratiche quotidiane raccomandate ai credenti come un modo di condotta corretto (Asad, 2009). Va notato che la religione è solo uno dei molti fattori che influenzano i percorsi di soggettivazione locali, che sono complessi e spesso contraddittori. Questi fattori non sono esclusivamente religiosi ma possono includere questioni di matrimoniabilità, identità etniche, patriarcato e altro, e spesso si sovrappongono e interagiscono in modi complessi. Il genere è un elemento chiave che attraversa e influenza tutti questi fattori. La comprensione di questi processi richiede una visione più sfaccettata, che vada oltre la dicotomia tra vittime e perpetratori o tra oppositori e complici, per considerare la complessità delle identità e delle posizioni delle persone coinvolte (Cavatorta, Fusaschi, 2021). Il termine "*sunna*" viene utilizzato in contesti diversi, riflettendo una gamma di posizioni tra l'opposizione e l'accettazione della necessità di modificare i genitali femminili per garantire un futuro migliore alle donne. Da un lato, è usato in discorsi oppressivi, spesso amplificati dalla diffusa islamofobia globale, che mirano a preservare il privilegio maschile e a subordinare le donne. Dall'altro, è utilizzato da individui che temono di perdere i riferimenti simbolici e morali nel loro comportamento, in particolare da donne che desiderano proteggere le loro figlie dal dolore dell'infibulazione ma non si sentono a proprio agio nel rinunciare completamente al supporto del rituale. Questa posizione è particolarmente vulnerabile e soggetta a dubbi (Fusaschi, 2021). Inoltre, "*sunna*" rappresenta un modo per genitori o ragazze che non sono state sottoposte a tali pratiche di nascondere questa scelta di non intervento di fronte a una società che potrebbe stigmatizzarle e all'eccessiva visibilità riguardo alla loro intimità e comportamento sessuale, che non desiderano esporre pubblicamente. In quest'ultimo caso, "*sunna*" rappresenta un modo per evitare il coinvolgimento nelle discussioni governative contro le MGF e la necessità di prendere posizione pubblicamente. La visibilità di sé e l'incorporazione della verità di aver respinto queste pratiche sono requisiti per accedere a spazi di espressione e costituire un'identità che non si considera più vittima (Fusaschi, 2021).

Nelle prossime righe verrà preso in considerazione un altro studio etnografico e verranno poste delle riflessioni che provengono da un lungo lavoro di ricerca e mediazione nei servizi socio-sanitari in Umbria, iniziato nel 2010 e ancora in corso, da parte di Maya Pellicciari e Sabrina Flamini (2020). Inizialmente, come ricercatrici della Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute a Perugia<sup>6</sup>, hanno condotto un'indagine etnografica sulle MGF in contesti migratori (Pellicciari, Flamini, 2020). L'obiettivo principale era analizzare come i servizi e gli operatori sanitari rispondessero a pratiche, tradizioni e percezioni del corpo che sembravano essere in contrasto con i modelli occidentali, sia dal punto di vista etico e culturale che da quello politico e normativo. Nel 2007, il Ministero della Salute italiano ha registrato l'Umbria come una delle tredici regioni in cui erano state effettuate iniziative per affrontare il tema delle MGF all'interno dei servizi. Tuttavia, l'Umbria aveva segnalato che il fenomeno delle MGF era quasi del tutto assente nella regione, ignorando i numeri relativi ai flussi migratori dai Paesi in cui le MGF sono più praticate (Pellicciari, Flamini, 2020). In risposta a questa situazione, il Ministero ha stabilito i criteri di assegnazione dei fondi per contrastare le MGF in base a indicatori quantitativi. La Regione Umbria ha organizzato un tavolo di confronto con i rappresentanti dei servizi sanitari e ha coinvolto la Fondazione Celli, che aveva svolto attività di ricerca e consulenza antropologica in passato. Dopo un processo di collaborazione, è stata approvata l'idea di condurre un'indagine sia qualitativa che quantitativa sulla presenza e l'incidenza delle MGF in Umbria e sull'accesso dei servizi sanitari regionali da parte delle donne interessate. La Fondazione Celli ha svolto un lavoro di progettazione partecipata, collaborando con dirigenti, funzionari e operatori sanitari. Hanno condotto un'indagine quantitativa per valutare il livello di conoscenza ed esperienza degli operatori regionali e un'indagine etnografica nelle province di Perugia e Terni, entrando in contatto con donne provenienti da Paesi africani in cui le pratiche di MGF sono diffuse. Questo intervento è stato più di una semplice ricerca; ha incluso la formazione degli operatori e la mediazione interculturale, in cui l'indagine, la formazione e la mediazione sono state strettamente interconnesse. L'obiettivo era costruire relazioni di fiducia con le donne, formare gli operatori e creare spazi di dialogo nei servizi, specialmente nell'ambito della

---

<sup>6</sup> Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, fondata nel 1987 da Alessandro Seppilli e presieduta da più di vent'anni da Tullio Seppilli, è un centro di studio che ha incentrato le sue attività su metodologie di indagine e di intervento di tipo antropologico.

pediatria di base, per informare le famiglie sulla normativa italiana e per discutere possibili adattamenti nei trattamenti dei neonati (Pellicciari, Flamini, 2020). I risultati della ricerca etnografica hanno portato alla creazione di un corso biennale di formazione e sensibilizzazione per operatori socio-sanitari e educatori della regione. Questo corso, chiamato "Migranti, diritti e salute. Un percorso antropologico di approfondimento e sensibilizzazione sul tema delle mutilazioni genitali femminili," si è svolto tra gennaio 2014 e dicembre 2015 presso la Scuola di amministrazione pubblica di Villa Umbra a Perugia. Durante il corso, si è facilitato il dialogo tra ricercatori e operatori dei servizi socio-sanitari, il che ha portato all'idea di creare una rete operativa per affrontare il disagio legato all'accesso ai servizi per le persone migranti, in particolare donne e bambine con MGF o a rischio di subirle (Pellicciari, Flamini, 2020).

Per riassumere e concludere, per affrontare il problema delle MGF è fondamentale adottare un approccio che eviti ogni forma di giudizio, paternalismo o atteggiamento "neo-coloniale" quando si promuovono i diritti delle donne. La formazione mirata a diversi gruppi deve andare di pari passo con una campagna di sensibilizzazione efficace. Le strutture socio-sanitarie regionali devono essere pronte ad affrontare il problema delle MGF sia dal punto di vista clinico, che dal punto di vista simbolico, legato alla percezione di inferiorità vissuta da donne e bambine nell'ambito pubblico e familiare, spesso interiorizzata a livello psicologico. Infine, qualsiasi politica di prevenzione delle MGF nei Paesi di migrazione deve essere strettamente collegata a iniziative analoghe nei Paesi di origine. In questa prospettiva, i progetti finalizzati a sostenere le donne di altre culture devono assolutamente evitare atteggiamenti di superiorità, che possono spesso portare a comportamenti violenti. Invece, è essenziale iniziare dialogando con queste donne, cercando di comprenderne la costruzione del loro corpo e collaborando con loro. È fondamentale riconoscere che le dinamiche sociali sono influenzate dal contesto storico e che gli individui sono parte integrante di queste dinamiche (Fusaschi, Cavatorta, 2021). Solo allora potremo comprendere che, spesso, siamo noi stessi i responsabili delle «[...] ingiustizie globali che hanno un forte impatto sui mondi in cui queste donne vivono [...]» (Abu-Lughod, 2002, p. 788).



## 5. CONCLUSIONI

In questo elaborato si è voluto trattare il tema delle MGF per una serie di ragioni. La prima è una volontà di approfondimento e comprensione del tema e di maggiore consapevolezza a riguardo, facendolo abbracciando la prospettiva antropologica. La seconda ragione è stata la volontà di poter far leggere questo elaborato a chi potrà essere interessato all'argomento, condividendo il punto di vista adottato con altri. Inoltre, il tema affrontato porta con sé molteplici significati e contesti diversi legati alla definizione e comprensione della corporeità. La percezione di femminilità, nel mondo occidentale, si costruisce sempre di più all'interno di un discorso di inferiorità nei confronti della maschilità e tutto questo è visibile ogni giorno su qualsiasi piattaforma di informazione. Nello stesso tempo è bene fare una critica al discorso e alla morale umanitaria, perché sempre più comprendente di un discorso riguardo il corpo delle donne, considerate vittime in più luoghi a livello globale. È bene criticare l'approccio di repressione e condanna delle pratiche chiedendosi se è davvero l'unica via perseguibile e ci si auspica che le riflessioni proposte nel presente elaborato possano aiutare ad interrogarsi e ad aumentare la consapevolezza a riguardo. Il caso delle MGF mette di fronte alla scoperta di altre forme di sessualità e altre forme di rappresentazione corporea, specifica di culture diverse da quella occidentale, che non utilizzano le stesse categorie interpretative occidentali relative le corpo, alla femminilità, alla sessualità, alla riproduzione, ai legami sociali e a quelli intergenerazionali. Le "Altre" vivono o sono state socializzate in contesti culturali differenti, e nonostante vengano dipinte come vittime e come sottomesse alla loro cultura, in realtà dimostrano di essere protagoniste di cambiamenti che sono già in atto e che non sempre abbiamo la capacità di ascoltare, intercettare, raccontare e diffondere. Ci si augura che con questo elaborato si possa trovare un altro punto di vista, un'altra sfaccettatura del fenomeno che le vede come possibili autrici del proprio cambiamento, perché in possesso di corpi e parole, ma anche di strategie e azioni di rinnovamento sociale. Il punto di vista antropologico, nel suo esser visto ingenuamente come "relativista", vorrebbe al contrario far riflettere sui racconti e sugli interventi umanitari che non hanno a che fare con la conoscenza delle culture a cui fanno riferimento; non si tratta, difatti, di promuovere un atteggiamento di "liberazione" delle vittime da una situazione scomoda, pericolosa e lesiva dei diritti umani; piuttosto, l'approccio antropologico propone uno sguardo e un discorso che mostra come dietro le persone e le pratiche – anche quelle più ingiustificabili – ci sono storie, corpi e significati e

rappresentazioni connesse ad essi. Se il nostro obiettivo resta quello di contrastare le MGF, non ci resta che partire da rappresentazioni non semplificanti e da analisi in grado di coglierne le complessità, le variazioni e le trasformazioni storiche e contemporanee. Questa ricerca dà un contributo rispetto a quanto già scritto in letteratura, in quanto vuole dare legittimazione ad una comprensione, un dialogo e un ascolto culturalmente sensibile, rispettoso delle storie, dei corpi e delle rappresentazioni che le culture fanno del proprio vivere.

Questo elaborato presenta dei limiti legati alla consultazione e l'utilizzo di solo una parte della letteratura presente e riguardo alla non comprensione all'interno del testo di altri possibili argomenti e approfondimenti. Per esempio, si possono trovare in letteratura molti più casi etnografici rispetto a quelli citati nel presente elaborato, che trattano le MGF in situazioni diverse, rispetto ad attori sociali diversi e attraverso approcci differenti. Si sarebbero potute inserire ulteriori informazioni rispetto alla formulazione della norma che in Italia condanna le pratiche, cercando di delinearne le criticità più nello specifico e consultando più letteratura a riguardo. Come possibili sviluppi futuri della ricerca, si potrebbe pensare di analizzare, descrivere e comprendere le ragioni della pratica, le simbologie attribuite ad essa all'interno di una territorialità specifica. Adottando un approccio caratterizzato da ascolto, comprensione, cercando di lasciare che i giudizi e la presunta superiorità occidentale non vadano a prendere il sopravvento.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- Abbattista, G. (2013) *Umanità in mostra. Esposizioni etniche e invenzioni esotiche in Italia (1880-1940). Seconda edizione riveduta e accresciuta*. (Data di consultazione: 26 agosto 2023, da <https://www.openstarts.units.it/entities/publication/df565eb4-b3a8-43b9-9f9a-131039bf6d3b/details>)
- Abdalla, R. H. D. (1982). *Sisters in affliction: Circumcision and infibulation of women in Africa*. London, Wed Press.
- Abu-Lughod L. (2002). *Le donne musulmane hanno davvero bisogno di essere salvate? Anthropological Reflections on Cultural Relativism and Its Others*, *American Anthropologist*, vol. 104, n. 3, pp. 783-790.
- Ahmed, C. A., Khokhar, A. T., Erlandsson, K., & Bogren, M. (2021). *Defibulated immigrant women's sexual and reproductive health from the perspective of midwives and gynaecologists as primary care providers in Sweden – A phenomenographic study. Sexual & Reproductive Healthcare*, 29, 100644.
- Angonese, G., Dainese, F., Nicolini, A., & Vareschi, C. (2020). *À corps perdu. Limiti, costruzioni e intensità del corpo. Ediz. italiana e inglese*.
- Angelini, A., Re, A. (2015). *Mutilazioni genitali femminili*. In A.R. Vincenzo Russo (a cura di), *Mutilazioni genitali femminili. Comunicare, conoscere, contrastare un crudele abuso*. (pp. 11-49). Palermo: QANAT.
- Allovio, S. (1993). *Viaggio Al Centro Di Un Rituale: La Rappresentazione Del Potere E Il Potere Della Rappresentazione Nell'umuganuro Rundi*. *Africa: Rivista trimestrale di studi e documentazione dell'Istituto italiano per l'Africa e l'Oriente*, 48(4), 507–527.
- Allovio, S. (2015). *La foresta di alleanze: Popoli e riti in Africa equatoriale*. Editori Laterza.
- Allovio, S. (2014). *Riti di iniziazione. Antropologi, stoici e finti immortali*. Editori Laterza.
- Asad, T. (1997) *Tortura e trattamenti inumani, crudeli e degradanti*, in F. Dei (a cura di), *Antropologia della violenza*, trad. it. Roma, Meltemi, 2005.

- Asad, T. (2009) *The Idea of an Anthropology of Islam*. Qui Parle 17, no. 2, 1–30.
- Assad, M. (1980), *Female Circumcision in Egypt: Social Implications, Current Research and Prospects for Change*, Studies in Family Planning 11, n. 1: pp. 3-16
- Basile, F. (2011). *Società multiculturali, immigrazione e reati culturalmente motivati (comprese le mutilazioni genitali femminili)*. DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals).
- Bellucci, S. (2009). *Margaret Mead. La costruzione culturale dell'identità di genere*.
- Berlincioni, V., & Rosani, M. (2006). *Modificazioni permanenti a scopo non terapeutico dei genitali femminili*. Rivista sperimentale di freniatria, 2006/1.
- Bianchi, F. (2021). *Nella fine è l'inizio. In che mondo vivremo*, di Chiara Giaccardi, Mauro Magatti. Cambio. Rivista sulle Trasformazioni Sociali, 189-192 Pages.
- Botti, F. (2007). *L'escissione femminile tra cultura ed etica in Africa*.
- Bogdan, R. (2003). *La messa in scena dell'esotico*, pp. 44-50, in Lemaire Sandrine
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge University Press
- Bourdieu, P. (1982) *Les rites comme actes d'institution*, «Actes de la Recherche en Sciences Sociales», 4, 1/pp. 58–63.
- Bourdieu, P. (1998) *La Domination masculine*, Seuil, Paris; tr. it. *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano 1998.
- Bourdieu, P. (1998). *Practical Reason—On the Theory of Action*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Bourdieu, P. (2003). *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*. Raffaello Cortina Editore
- Bourdieu, P. (2012). *Nuove riflessioni sul dominio maschile*. Lettera Internazionale: Rivista Trimestrale Europea: 112, 2, 2012, 6–10.
- Breton, D. L. (2021). *Antropologia del corpo*. Mimesis.
- Busoni, M. (2000). *Genere, sesso, cultura: Uno sguardo antropologico*. Carocci.
- Busoni, M. (2001). *Il valore delle spose. Beni e persone in antropologia economica*. Booklet Milano



- Butticci, A. (2009) in De Stefani, P., & Urpis, O. (2009). *Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti. Rapporto di ricerca in Veneto e Friuli-Venezia Giulia*.
- Calderoli, L. (2007). *Cicatrici significative. Un approccio antropologico alle tecniche di modifica permanente del corpo*.
- Carillon, S., Petit, V. (2009) *Female Genital Mutilation in Djibouti: A “Women’s Issue” in the Hands of Men*, «Autrepart», 52, pp. 13–29.
- Catanese, B. W. (2010). *Remembering Saartjie Baartman*. *Atlantic Studies*, 7(1), 47–62.
- Cavatorta, G., & Fusaschi, M. (2021). *Le modificazioni dei genitali femminili nel discorso dei diritti umani delle donne. Morale umanitaria, assoggettamento e vernacularizzazione*. *Scienza & Politica. Per una storia delle dottrine*, 33(64), Articolo 64.
- Clifford, J. & Glazier, S. D. (1984). *Person and myth: Maurice Leenhardt in the Melanesian world*. *Anthropological Quarterly*.
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. University of California Press
- Crais, C., & Scully, P. (2008). *Sara Baartman and the Hottentot Venus*. In Princeton University Press eBooks.
- Csordas, T. J. (1990). *Embodiment as a paradigm for anthropology*. *Ethos*, 18(1), 5–47.
- Csordas, T. J. (1994). *Embodiment and experience: The Existential Ground of Culture and Self*.
- Csordas, T. J. & Katz, J (2003). *Phenomenological ethnography in sociology and Anthropology*. *Ethnography*, 4(3),275288.
- Daniell, WF. (1847). *On the circumcision of females in West Africa*. *Medical gazette of London, England*, 374-378 (Cited in: Huelsman BR. An anthropological view of clitoral and other female genital mutilations. In: Lowry TP et al. *The clitoris*. St Louis, MO, Warren H. Green Inc., 1976: 111-161).
- Degani, P. (2009) in De Stefani, Degani & Urpis, (2009). *Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti. Rapporto di ricerca in Veneto e Friuli-*

Venezia Giulia.

- De Martino E. (1961). *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud*, Milano, Il Saggiatore.
- De Martino, E. (2002). *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*. Il Saggiatore. (Opera originale pubblicata nel 1961).
- De Stefani, Degani & Urpis, (2009). *Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti. Rapporto di ricerca in Veneto e Friuli-Venezia Giulia*.
- Dei F. (2008) *La violenza tra discorso antropologico e umanitario*, Studi culturali, V (1), pp. 133-46
- Di Iorio, T. (2016) *Segni sul corpo, ferite nell'anima. Manipolazione degli organi sessuali dei minori e diritti violati*, in Stato, Chiese e pluralismo confessionale, cit., n. 25, pp. 1-22.
- Di Iorio T. (2019) *Migrazioni, mutilazioni genitali femminili e status di rifugiato. Strategie Europee tra corpi violati e diritti ineludibili*. Vergentis. Revista de Investigación de la Cátedra Internacional Conjunta Inocencio III, 75-110
- Di Miscio, A. M., (2011). *Ripensare il corpo, Antropologia dal corpo, Antropologia del corpo*. Thomas Csordas, Nancy Scheper Hughes, Ivo Quaranta – Rivista di Scienze Sociali.
- Fabietti, U. (2015). *Elementi di antropologia culturale*, Mondadori Università
- Farina, P., Ortensi, L., & Pettinato, T. (2020, July 20). *Le mutilazioni genitali femminili in Italia: un aggiornamento*. Neodemos.
- Fassin, D., Memmi D. (2004) *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004.
- Fassin, D., & Gomme, R. (2012). *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present* (1st ed.). University of California Press.
- Fusaschi, M. (2001). *Fuir ou mourir au Zaïre. Le vécu d'une réfugiée rwandaise*. CAHIERS D'ETUDES AFRICAINES, 41(162), 377-379.
- Fusaschi, M. (2008). *Corporealmente corretto: Note di antropologia*. Meltemi.
- Fusaschi, M., Paulme, D., Tillion, G. (2009). *Etnografe militanti nell'Africa degli anni '30*,

in *Genesis*, 8 (2), pp.157-177

- Fusaschi, M. (2011). *Quando il corpo è delle altre. Retoriche della pietà e umanitarismo-spettacolo*. TORINO: Bollati Boringhieri.
- Fusaschi, M., Cavatorta, G. (2021). *Le modificazioni dei genitali femminili nel discorso dei diritti umani delle donne. Morale umanitaria, assoggettamento e vernacularizzazione*. *Scienza & Politica*, 33-51
- Fusaschi, M., & Cavatorta, G. (2022). *FGM/C: which spaces for a critical anthropology? Dialogues, resistances, and new opportunities*.
- Gallo, P. G., & Catania, L. (2015). *Modificazioni espansive dei genitali femminili, tra eredità e ambiente: Africa: passaggi di età attraverso il rito*. Edizioni Altravista.
- Gallotti, C. (2009). *Le Mgf come posta in gioco nei processi di cambiamento culturale. Migranti nigeriane e servizi socio-sanitari in Emilia-Romagna*.
- Good B., (2000). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente* (Medicine, rationality and experience, 1994), Torino, Einaudi.
- Gordon D., (1998). *Tenacious assumptions in Western medicine*, in Lock M., Gordon D. (a cura di), *Biomedicine examined*, Boston, Kluwer Academic Publishers
- Gualco, B., Rensi, R., Barbieri, C. (2009) *Le mutilazioni genitali femminili: problematiche definitorie, fattori culturali e psicosociali, richiami normativi* *Rassegna Italiana di Criminologia* N.2
- Heald, S. (1982). *The Making of Men: The Relevance of Vernacular Psychology to the Interpretation of a Gisu Ritual, in Africa*, V. 52, No. 1, pp. 15-35
- Héritier, F. (2006). *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza* (traduzione italiana di Fiore, B.), Editori Laterza
- Kandela P. (1999): *Sketches from The Lancet. Clitoridectomy*, *Lancet*, 353 (9162): 1453
- Karim M., Ammar R. (1965). *Female Circumcision and Sexual Desire*, Cairo: Ains Shams University Press

- Kapur, R. (2002). *The Tragedy of Victimization Rhetoric: Resurrecting the “Native” subject in International/Post-Colonial Feminist Legal Politics*. Harvard Human Rights Law Journal, Vol. 15, p. 1.
- Khosla, R., Banerjee, J., Chou, D., Say, L., & Fried, S. T. (2017). *Gender equality and human rights approaches to female genital mutilation: A review of international human rights norms and standards*. Reproductive Health, 14(1), 59.
- Kleinman, A. (1978). *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*, in Social Science and Medicine, 12, pp. 85 - 93
- Lachaume D. (1987) *L’hystérie délirante canaque*, 63:1249– 57
- Le Breton, D. (2021). *Antropologia del corpo*, Meltemi
- Leenhardt, M. (1985) [1947]. *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*. Paris: Gallimard.
- Longman, C., & Bradley, T. (2015). *Interrogating harmful cultural practices*.
- Marazzi, A. (1998). *Lo sguardo antropologico*, Roma, Carocci.
- Martinelli, M., & Ollé-Goig, J. E. (2012). *Female genital mutilation in Djibouti*. African health sciences, 12(4), 412-415.
- Mauss, M. (1934). *Les techniques du corps*, Journal de Psychologie 32 (3–4).
- Mauss, M. (1950). *Les techniques du corps*, in *Sociologie et anthropologie*, Puf, Paris, pp. 363-386.
- McElroy, A., & Townsend, P. K. (1996). *Medical Anthropology in Ecological Perspective: Third Edition*. Westview Press.
- Mead, M. (1935). *Sex and temperament in three primitive societies*. New York. Ed. Italiana
- Merleau-Ponty, M. (1945) *Phénoménologie de la Perception*. Paris: Editions Gallimard
- Merry, S. E. (2006). *Human Rights and Gender Violence. Translating International Law into Local Justice*, Chicago and London, University of Chicago Press.
- Minelli, M. (2003). *Colonialismo, orientalismo e irriducibili “differenze” corporee*
- Misiti, M. & Rinesi, F. (2012) *Rivista di sessuologia* Vol.36 Aprile;

- Morrone, A., Hercogová, J., & Lotti, T. (2002). *Stop female genital mutilation: appeal to the international dermatologic community*. *International Journal of Dermatology*, 41(5), 253–263.
- Morrone, A. (2006). *Immigrazione e modificazioni genitali femminili*, *Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia*, Vol. 11.
- Mouchenik, Y. (2006). *Maurice Leenhardt et l'invention d'une personnalité indigène en Nouvelle-Calédonie*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164(8), 659–667.
- Mouchenik, Y. (2012). *Inventing a Primitive Mind in New Caledonia. A Missionary Ethnologist at Work*. *Anthropos*, 107(1), 147–156. <https://doi.org/10.5771/0257-9774-2012-1-147>
- Moudileno, L. (2008). *Returning Remains: Saartjie Baartman, or the «Hottentot Venus» as Transnational Postcolonial Icon*. *Forum for Modern Language Studies*, 45, 200–212.
- Mutilazioni genitali femminili: Dove e perché vengono ancora praticate - Attualità - Parlamento europeo*. (2020, febbraio 11).
- Okin, S. M. (2007). *Diritti delle donne e multiculturalismo*, Raffaello Cortina Editore
- Pasquinelli, C. (a cura di) (2000). *Antropologia delle mutilazioni genitali femminili*, AIDOS, Roma.
- Pasquinelli, C. (2001). *Identità di genere e prezzo della sposa. Antropologia delle mutilazioni dei genitali femminili*. *La Ricerca Folklorica*, 44, 5–21.
- Pasquinelli, C. (2007). *Infibulazione: Il corpo violato*. Meltemi Editore S.r.l.
- PAPFAM. (2004). *Repubblica di Gibuti, Rapport Final*. Ligue des Etats Arabes,
- Pellicciari, M., & Flamini, S. (2020). *Modificazioni genitali, diritto di asilo e pratiche di cittadinanza. Note antropologiche su un'esperienza di mediazione nei servizi*. 2.
- Petrazzuolo, F., Peyron, C. (2003). *Le mutilazioni genitali femminili in un'ottica di mediazione*. Università Cattolica di Milano.
- Pizza, G. (2005). *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma,

Carocci.

- Quaranta, I. (2006). *Antropologia medica, i testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore—  
Libro Raffaello Cortina Editore.
- Quaranta, I. (2008). *Thomas Csordas: il paradigma dell'incorporazione*, in: Discorsi sugli  
uomini. Prospettive antropologiche contemporanee, Novara, UTET Università',  
2008, pp. 49 – 71
- Quaranta, I. (2010). *Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria*, in: La cura e il  
potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria  
transnazionale, FIRENZE-CATANIA, ed.it, pp. 89 - 104
- Quaranta, I. (2014). *Antropologia medica e salute globale*. Rivista della Società Italiana di  
Antropologia Medica (AM).
- Remotti, F. (2013). *Fare umanità. I drammi dell'antropo-poiesi*, Roma-Bari, Editori Laterza
- Risoluzione del 20 settembre 2001, *European Parliament resolution on female genital  
mutilation (2001/2035-INI)*, Parlamento Europeo
- Risoluzione del 24 marzo 2009, *Lotta contro le mutilazioni sessuali femminili praticate  
nell'Unione europea (2008/2071-INI)*, Parlamento Europeo
- Rubin G. (1975), *The Traffic in Women*, in Reiter R. (ed.), *Toward an Anthropology of  
Women*, Monthly Review Press, London and New York: 157-210
- Shandall, A. A. (1967). *Circumcision and infibulation of females: a general consideration  
of the problem and a clinical study of the complications in Sudanese women*. Sudan  
Medical Journal, Vol 5, No 4, 1967. pp 178-212.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). *The mindful body: A prolegomenon to future  
work in medical anthropology*. Medical anthropology quarterly, 1(1), 6-41.
- Scoppa, C., (2009) in De Stefani, P., & Urpis, O. (2009). *Mutilazioni dei genitali femminili  
e diritti umani nelle comunità migranti. Rapporto di ricerca in Veneto e Friuli-  
Venezia Giulia*.
- Seppilli, T. (1996). *Antropologia Medica: Fondamenti per una strategia*. AM. Rivista Della

Società Italiana Di Antropologia Medica, 1(1-2).

Taba, A. H. (1979.). “*Female Circumcision*”, World Health, pp. 8-13.

Trimingham, J. S. (1949). *Islam in the Sudan*. Oxford University Press.

Unicef, (2005). *Cambiare una convenzione sociale dannosa: la pratica della escissione/mutilazione genitale femminile*, Innocenti Digest, no. 12.

United Nation Division for the Advancement of Women, (2009) *World Survey on the Role of Women in Development: Women's control over economic resources and access to financial resources, including microfinance*.

Van Gennep, A. (1909). *Les rites de passage*, Paris (traduzione italiana, I riti di passaggio, Torino 1981).

Verzin, J.A. (1975). *Sequelae of female circumcision*. Tropical Doctor 5: 163– 169.

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

World Health Organization (2008). *World health statistics 2008*. World Health Organization.

Young A. (1982). *The anthropologies of sickness and illness*, in “Annual review of Anthropology, 11, pp. 257 -285.





## **7. LEGGI E LINEE GUIDA CONSULTATE**

Legge 9 gennaio 2006, n.7, *Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*

Legge 1° ottobre 2012, n. 172, *Ratifica alla Convenzione di Lanzarote*