

IL MOMENTO È ARRIVATO:

**METTIAMO FINE ALLE
MUTILAZIONI GENITALI
FEMMINILI / CUTTING (MGF / C)**

LA NECESSITÀ URGENTE DI UNA RISPOSTA GLOBALE

Aggiornamento Quinquennale - 2025



EQUALITY NOW

Equality Now è un'organizzazione internazionale per i diritti umani fondata nel 1992, con l'obiettivo di proteggere e promuovere i diritti di tutte le donne e le bambine nel mondo. Le sue campagne si concentrano su quattro aree programmatiche: raggiungere l'uguaglianza giuridica, porre fine alla violenza sessuale, alle pratiche dannose e allo sfruttamento sessuale, con un'attenzione trasversale alle esigenze specifiche delle ragazze adolescenti e di altri gruppi vulnerabili.

Equality Now è un'organizzazione internazionale con partner in tutto il mondo. Troverete il nostro team, composto da oltre 80 persone, in tutto il mondo e in città come Beirut, Johannesburg, Londra, Ginevra, San José, New York, Nairobi, Tbilisi e Washington DC, tra le altre.

END FGM EUROPEAN NETWORK

End FGM European Network è un insieme di 39 organizzazioni attive in 16 Paesi europei, impegnate a promuovere un'azione sostenibile a livello europeo per porre fine alle mutilazioni genitali femminili (MGF). Siamo il punto di raccordo centrale tra le comunità locali e i responsabili delle decisioni politiche europee. Il Network favorisce la cooperazione tra tutti gli attori rilevanti nel campo delle MGF, sia in Europa che a livello globale. La nostra missione è essere la forza trainante del movimento europeo per porre fine a tutte le forme di MGF.

U.S. END FGM/C NETWORK

U.S. End FGM/C Network è un gruppo collaborativo di sopravvissute, organizzazioni della società civile, fondazioni, attivisti, responsabili politici, ricercatori, operatori sanitari e altri soggetti impegnati a promuovere l'abbandono delle mutilazioni genitali femminili/cutting negli Stati Uniti e nel mondo. La nostra missione è eliminare le MGF/C collegando, supportando, promuovendo e sostenendo i diversi stakeholder statunitensi coinvolti nella prevenzione, nell'educazione e nella cura.

Designer: Peter Wilbourne
Illustratore: The Aravani Art Project
Febbraio 2025



Traduzione italiana a cura di
Amref Health Africa ETS - Italia



Il progetto è stato realizzato con il
contributo non condizionato di MSD

INDICE

PREFAZIONE	4
RICONOSCIMENTI	5
ELENCO DEGLI ACRONIMI E DELLE ABBREVIAZIONI	6
COSA SONO LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI/CUTTING?	7
SINTESI DEL REPORT	8
INTRODUZIONE	11
Aggiornamento del Report Globale.....	12
Progressi realizzati negli ultimi cinque anni	13
Sfide e movimenti anti-diritti	14
Obblighi internazionali e locali in materia di diritti umani	18
METODOLOGIA	19
IL QUADRO GLOBALE DELLE MGF/C	25
LEGGI PER IL CONTRASTO DELLE MGF/C	27
Paesi con dati sulle MGF/C provenienti da indagini rappresentative a livello nazionale.....	31
Paesi con stime indirette sulla prevalenza delle MGF/C.....	34
Paesi con dati sulle MGF/C provenienti da studi su piccola scala....	41
Paesi con dati sulle MGF/C tratti da report dei media e evidenze aneddotiche	51
CONCLUSIONI	58
RACCOMANDAZIONI	62
BIBLIOGRAFIA	72

MAPPE

La presenza globale delle MGF/C secondo la categoria di disponibilità dei dati.....	26
Paesi con dati disponibili sulle MGF/C provenienti da indagini rappresentative a livello nazionale.....	32
Paesi con stime indirette sulla prevalenza delle MGF/C.....	34
Paesi con dati sulle MGF/C provenienti da studi su piccola scala....	41
Paesi con dati sulle MGF/C provenienti da report dei media e evidenze aneddotiche	51
MGF/C nel Continente Africano	67
MGF/C nella Regione Asia- Pacifico	68
MGF/C in Medio Oriente	69
MGF/C in Unione Europea	70
MGF/C in America	71

CASI STUDIO

Renee, Stati Uniti - Il percorso di una sopravvissuta verso la guarigione e l'attivismo	16
Dena, Indonesia - Un viaggio di resilienza, advocacy e intersezionalità	23
Istahil Abdulahi, Somalia - Un viaggio per mettere fine alle MGF/C: dalla Somalia ai Paesi Bassi	29
Dr. Adeline Berry, Regno Unito e Irlanda - Sopravvivere alle Mutilazioni Genitali Intersex: trovare l'identità e denunciare le ingiustizie	39
Binta, Gambia - Trovare speranza di fronte all'ostilità	49
Ana, Colombia - Una madre, una guida, una voce per il cambiamento	56
Fatima, Maldive - Infrangere i tabù, aprire il dialogo sulle MGF/C	60



**IL MOMENTO È
ARRIVATO:
METTIAMO FINE
ALLE MGF/C**

PREFAZIONE



Mam Lisa Camara
(The Gambia)

La lotta contro le mutilazioni genitali femminili/cutting (MGF/C) non conosce confini. È una lotta globale che affonda le sue radici nella ricerca della dignità, dell'uguaglianza e della giustizia per le donne e le bambine di tutto il mondo. Come attiviste provenienti dal Gambia e dal Kenya, le nostre esperienze ci hanno mostrato sia l'impatto devastante di questa pratica sia il potere dell'azione collettiva nel determinare il cambiamento.

Per me, Mam Lisa, cresciuta in Gambia, la normalizzazione delle MGF/C era una dura realtà. Tuttavia, testimoniare il coraggio delle sopravvissute e la resilienza dei movimenti attivi localmente mi ha ispirato a impegnarmi per un cambiamento sistemico. Negli ultimi anni, le riforme legali e gli sforzi di advocacy in Gambia hanno subito una forte ondata di contrasto, sottolineando l'urgenza di proteggere i progressi conquistati con tanta fatica.



Domtila Chesang
(Kenya)

Per me, Domtila, la lotta contro le MGF/C è iniziata nella mia comunità pastorale del Kenya (West Pokot), dove le tradizioni culturali spesso mettono in secondo piano le voci delle donne e delle ragazze. Ho deciso di prestare la mia voce alle tante ragazze della mia comunità che non hanno la possibilità di far sentire la propria. Credo che l'educazione sia il modo migliore per porre fine alle MGF/C nelle nostre comunità.

Il presente Report mette in luce la natura globale delle MGF/C, evidenziandone la prevalenza in tutti i continenti e culture. Inquadrare le MGF/C come una questione universale, contribuisce a rafforzare l'urgenza di un'azione globale coordinata. Questo quadro aggiornato di evidenze è fondamentale per sfatare i miti, orientare le politiche e mobilitare risorse in regioni spesso trascurate. Consente inoltre di amplificare le voci delle sopravvissute e delle attiviste che sono al centro di questo movimento.

L'importanza di questo Report non può essere sottovalutata. Ribadisce che l'eliminazione delle MGF/C è possibile, ma solo se agiamo insieme. Combinando strategie basate su dati concreti con approcci incentrati sulle sopravvissute, possiamo fare in modo che le future generazioni di ragazze crescano libere da questa pratica dannosa.

Che questo Report serva da grido di battaglia per i governi, le organizzazioni e gli individui di tutto il mondo. Insieme, possiamo porre fine alle MGF/C e costruire un mondo in cui tutte le donne e le bambine vivano con dignità, uguaglianza e libertà.

**“TESTIMONIARE
IL CORAGGIO DELLE
SOPRAVVISSUTE E LA
RESILIENZA DEI MOVIMENTI
ATTIVI LOCALMENTE MI HA
ISPIRATO A IMPEGNARMI
PER UN CAMBIAMENTO
SISTEMICO”**

RICONOSCIMENTI

Il presente Report è una pubblicazione congiunta di Equality Now, End FGM European Network e U.S. End FGM/C Network. Questo rapporto è stato reso possibile grazie allo sforzo collettivo di un team composto da numerose persone in tutto il mondo. In particolare, ringraziamo per i loro contributi Tania Hosseinian, Nejma Sayeh e Marianne Nguena Kana di End FGM European Network; Aakansha Saxena, Divya Srinivasan, Shivangi Misra e Raaya Gomez di Equality Now; e Caitlin LeMay, Kaitlin Mitchell e Danielle Allen di U.S. End FGM/C Network.

Esprimiamo inoltre la nostra sincera gratitudine per i preziosi contributi ricevuti in merito ai dati disponibili, alle testimonianze di attiviste e sopravvissute, nonché alla situazione nei singoli Paesi, da parte di Anne-Marie Morin e Sean Callaghan (Orchid Project), Mariya Taher (Sahiyo), Masooma Rana (WeSpeakOut), Claudia Cappa e Colleen Murray (UNICEF), Warda Warsame e Alisa Tukkimaki (End FGM Canada Network), Saza Faradilla (End FGC Singapore), Zain Ahmed (Rise Up Maldives), Mamlisa Camara (African Women Rights Advocates), Leandra Becerra (attivista colombiana), Isis Elgibali (WADI Foundation), Irene Kuzemko, Jana Hugo e Maddalena Bianchi (OII Europe), Zahra Naleie (FSAN), Aminata Sidibe (GAMS Belgium), Isabelle Gilette-Faye (Fédération National GAMS France) e Angela Dawson (Associate Dean Research, University of Technology Sydney).

Desideriamo anche esprimere la nostra gratitudine al Wallace Global Fund per il sostegno finanziario, che ha reso possibile la realizzazione di questo prezioso Report.

Infine, siamo profondamente riconoscenti alle sopravvissute e alle attiviste che hanno generosamente condiviso le loro voci nelle testimonianze contenute in questo report, così come nel testo introduttivo.



ELENCO DEGLI ACRONIMI E DELLE ABBREVIAZIONI

CDC	Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)
CEDAW	Comitato per l'Eliminazione della Discriminazione contro le Donne (<i>Committee on the Elimination of Discrimination Against Women</i>)
DHS	Indagini Demografiche e Sanitarie (<i>Demographic and Health Surveys</i>)
IHSN	Rete Internazionale per le Indagini sui Nuclei Familiari (<i>International Household Survey Network</i>)
MICS	Indagini con Indicatori Multipli (<i>Multiple Indicator Cluster Surveys</i>)
MGF	Mutilazioni Genitali Femminili
MGF/C	Mutilazioni Genitali Femminili/Cutting
OHCHR	Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Diritti Umani (<i>Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights</i>)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONU	Organizzazione delle Nazioni Unite
SDGs	Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (<i>Sustainable Development Goals</i>)
UE	Unione Europea
UNESCAP	Commissione Economica e Sociale delle Nazioni Unite per l'Asia e il Pacifico (<i>United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific</i>)
UNFPA	Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (<i>United Nations Population Fund</i>)
UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (<i>United Nations Children's Fund</i>)
USAID	Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale (<i>United States Agency for International Development</i>)
ZSBS	Indagine sul Comportamento Sessuale in Zambia (<i>Zambia Sexual Behaviour Survey</i>)

COSA SONO LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI/CUTTING?

L'espressione *mutilazione genitale femminile/cutting* (MGF/C) si riferisce a quell'insieme di procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre lesioni agli organi genitali femminili per motivi non terapeutici. Esistono molti termini utilizzati per descrivere questa pratica, tra cui "circoncisione femminile", "cutting genitale femminile", "khatna", "sunat", "sunat perempuan" e molti altri termini o acronimi a seconda del contesto locale specifico. Il termine MGF/C, così come utilizzato in questo Report, intende includere tutte queste diciture.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) classifica le MGF/C in quattro tipi:

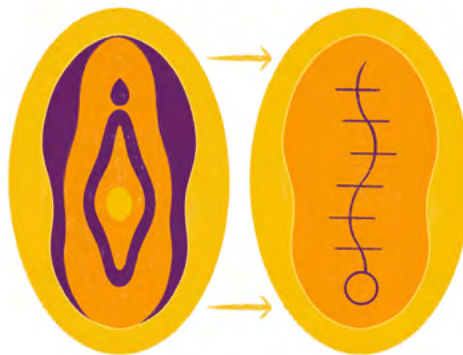
Tipo I: Parziale o totale rimozione del clitoride e/o del prepuzio (**clitoridectomia**).



Tipo II: Parziale o totale rimozione del clitoride e delle piccole labbra, con o senza l'escissione delle grandi labbra (**escissione**).



Tipo III: Restringimento dell'orifizio vaginale con creazione di una chiusura sigillante mediante taglio e riposizionamento delle piccole labbra e/o delle grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (**infibulazione**).



Tipo IV: Tutte le altre pratiche lesive per i genitali femminili a fini non medici, ad esempio puntura, perforamento, incisioni, raschiature e cauterizzazioni.



REMOVAL



STITCHES



PUNCTURE



ANY OTHER INJURY INCLUDING PRICKING, PIERCING, INCISING, SCRAPING, BURNING AND CAUTERIZING THE GENITAL AREA



Nota: Sebbene il presente Report si concentri principalmente sulle quattro tipologie di MGF/C, così come definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è importante richiamare l'attenzione su altre pratiche simili che non sono ancora riconosciute come forme di mutilazione. Interventi come il cosiddetto "husband stitch", la mutilazione genitale delle persone intersex (MGI) o la vaginoplastica, praticati spesso in quello che viene definito il mondo occidentale, pur essendo effettuati per motivi non medici al fine di conformarsi a norme sociali di genere e pur comportando complicazioni, non vengono affrontati come MGF/C. Molti di questi interventi sono accessibili anche a persone minorenni e, nel caso di pratiche come la MGI, non richiedono necessariamente il consenso della persona che li subisce. Pertanto, nell'ambito di questo Report, verranno menzionate anche altre forme di MGF/C, ma i dati presentati si riferiranno alla definizione sopra riportata.

SINTESI DEL REPORT

Le MGF/C colpiscono 230 milioni di donne e bambine nel mondo

Secondo i [dati ufficiali dell'UNICEF \(2024\)](#), le mutilazioni genitali femminili/cutting (MGF/C) interessano almeno 230 milioni di donne e bambine in tutto il mondo. Questo aumento del 15% rispetto alle stime precedenti (che indicavano circa 200 milioni di donne colpite) è dovuto sia alla crescita demografica nelle comunità in cui le MGF/C sono praticate, sia alla disponibilità di nuovi dati provenienti da Paesi che in precedenza non erano inclusi nelle rilevazioni. Per la prima volta, i dati UNICEF forniscono stime specifiche della **prevalenza delle MGF/C in Asia (80 milioni), in Medio Oriente (6 milioni) e nei Paesi in cui la pratica è diffusa in piccole comunità o tra popolazioni della diaspora (tra 1 e 2 milioni)**. Sebbene la cifra complessiva rappresenti ora una stima globale più esaustiva, i dati dettagliati sulla prevalenza nazionale delle MGF/C sono ancora disponibili solo per 31 Paesi in tutto il mondo.

Le MGF/C sono diffuse in ogni continente, ad eccezione dell'Antartide

Il presente Report aggiorna i dati contenuti nel Report del 2020, [Female Genital Mutilation/Cutting: A Call for a Global Response](#) (*Mutilazioni Genitali Femminili/Cutting: Appello a una Risposta Globale*) presentando prove dettagliate e approfondite della diffusione delle MGF/C in numerosi Paesi del mondo: in Africa, Asia, Medio Oriente, America Latina, Europa e Nord America, all'interno di comunità indigene e/o della diaspora.

Sopravvissute alle MGF/C¹, attiviste e organizzazioni locali che lavorano con coraggio per porre fine a questa pratica a livello globale hanno prodotto stime indirette, ricerche su piccola scala e evidenze aneddotiche, che documentano le MGF/C. Grazie a questi riscontri si è potuto offrire sostegno concreto a donne e bambine colpite, oltre che rinforzare le attività di advocacy verso responsabili politici, autorità giudiziarie e istituzioni locali, promuovendo l'introduzione e l'attuazione di quadri legislativi e politici contro le MGF/C.

Dalla pubblicazione dell'ultimo Report nel 2020, nuove prove e dati disponibili dimostrano che le MGF/C sono in atto in almeno altri 3 Paesi:

- Azerbaijan, dove ricerche del 2020 hanno scoperto che le MGF/C vengono praticate in alcuni villaggi dalle comunità del Caucaso settentrionale;
- Vietnam e Cambogia, dove i risultati preliminari di ricerche in corso dimostrano che le MGF/C vengono praticate dalla comunità Cham.

Negli ultimi cinque anni, inoltre, sono stati pubblicati nuovi rapporti e dati che rafforzano le evidenze relative alla diffusione e alla pratica delle MGF/C in diversi Paesi, tra cui Arabia Saudita, Malesia, Sri Lanka, Emirati Arabi Uniti, Filippine e Colombia.

¹ Il termine "sopravvissute alle MGF/C" fa riferimento a donne e ragazze che hanno subito MGF/C. Ai fini del presente report, le espressioni "sopravvissute alle MGF/C", "sopravvissute" o "donne e ragazze che sono state sottoposte a MGF/C" saranno usate per far riferimento a queste donne e ragazze coraggiose.

Le MGF/C sono presenti in almeno 94 Paesi, tutti chiamati a confrontarsi con questa realtà

Come mostrerà questo Report, sono 31 gli Stati per cui sono disponibili dati rappresentativi a livello nazionale sulle MGF/C. Inoltre, ci sono almeno altri 63 Paesi in cui la pratica delle MGF/C è stata documentata attraverso stime indirette (solitamente utilizzate nei Paesi in cui le MGF/C sono praticate principalmente dalle comunità della diaspora), studi su piccola scala o evidenze aneddotiche e resoconti dei media. Sebbene questo Report non si proponga come una revisione completa di tutti i dati disponibili sulle MGF/C, chiaramente dimostra che le MGF/C sono una pratica globale che richiede dunque una risposta globale. Per poter raggiungere l'eliminazione in tutto il mondo delle MGF/C entro il 2030, è fondamentale misurarne la prevalenza in ogni paese e intensificare gli sforzi internazionali per porre fine a questa pratica dannosa.



**“LE
MGF / C SONO
PRESENTI IN
ALMENO 94 PAESI
DEL MONDO”**

La mancanza di consapevolezza internazionale come ostacolo all'azione e agli investimenti globali

Nonostante le prove sempre più solide e numerose sulla diffusione globale delle MGF/C, il livello di consapevolezza nell'opinione pubblica e tra i funzionari governativi riguardo alla natura globale di questa pratica rimane basso. Gli attivisti/e e i gruppi che lavorano per porre fine alle MGF/C devono affrontare sfide enormi nel loro lavoro, aggravate in molti casi dalla mancanza di dati affidabili, di sostegno e di finanziamenti insufficienti da parte della comunità internazionale, nonché dalla riluttanza dei governi nazionali ad agire sulla questione, in particolare nei Paesi che non sono tradizionalmente noti per praticare le MGF/C. La crescente opposizione ai diritti delle donne e delle bambine, che ha portato a contestazioni delle leggi esistenti contro le MGF/C, in stati quali Kenya e Gambia, minaccia anche di vanificare i progressi e i risultati ottenuti con fatica, grazie a decenni di impegno delle sopravvissute e degli attivisti/e che operano a livello locale.

È ampiamente riconosciuto che gli sforzi per porre fine alle MGF/C sono gravemente insufficienti e necessitano di investimenti urgenti. Sebbene la maggior parte dei fondi attuali siano concentrati in pochi Paesi africani, anche in queste aree le risposte restano largamente insufficienti. Allo stesso modo, Asia, Medio Oriente e America Latina ricevono solo una piccola parte degli investimenti. In queste regioni, diversi governi non riconoscono ancora, o addirittura negano apertamente, la presenza delle MGF/C, minando e talvolta screditando il lavoro delle sopravvissute e degli attivisti/e locali.

La mancanza di volontà politica e di consapevolezza dell'esistenza delle MGF/C in tutto il mondo influisce sulla disponibilità di misure di protezione per le donne e le bambine a rischio. Dei 94 Paesi per i quali sono disponibili dati sulle MGF/C, solo 59 hanno affrontato specificamente la questione delle MGF/C nel proprio quadro giuridico nazionale. Dal 2020 si sono registrati progressi, con [Sudan](#), [Indonesia](#), [Finlandia](#), [Polonia](#) e [Stati Uniti](#) che hanno approvato nuove leggi federali contro le MGF/C, mentre altri Paesi hanno rafforzato le loro leggi (ad esempio la [Francia](#) che richiede azioni di informazione e sensibilizzazione sulle MGF/C nelle scuole), hanno approvato leggi a livello statale (come lo [stato di Galmudug](#) in Somalia) o hanno adottato una nuova legislazione a livello regionale, come nel caso dell'Unione Europea. Il riconoscimento ufficiale delle MGF/C come reato (sia in una legge autonoma contro le MGF/C sia attraverso

disposizioni specifiche nelle leggi esistenti) è senza dubbio il primo passo per attuare interventi nazionali volti a sradicarle e a proteggere le donne e le giovani.

Le leggi contro le MGF/C sono più diffuse nel continente africano e nei Paesi in cui è noto che sono largamente praticate nelle comunità della diaspora, incluso Europa e Nord America. L'Asia e il Medio Oriente sono in ritardo nell'emanazione di divieti di legge contro le MGF/C. Nel 2024, l'Indonesia è diventata il primo paese asiatico ad approvare una legge contro le MGF/C attraverso il Regolamento Governativo n. 28/2024, che vieta le MGF/C per neonate, bambine piccole e bambine in età prescolare (probabilmente però la legge riguarda solo le bambine di età inferiore ai 5 anni).

Porre fine alle MGF/C richiede un approccio globale, ma ben diversificato

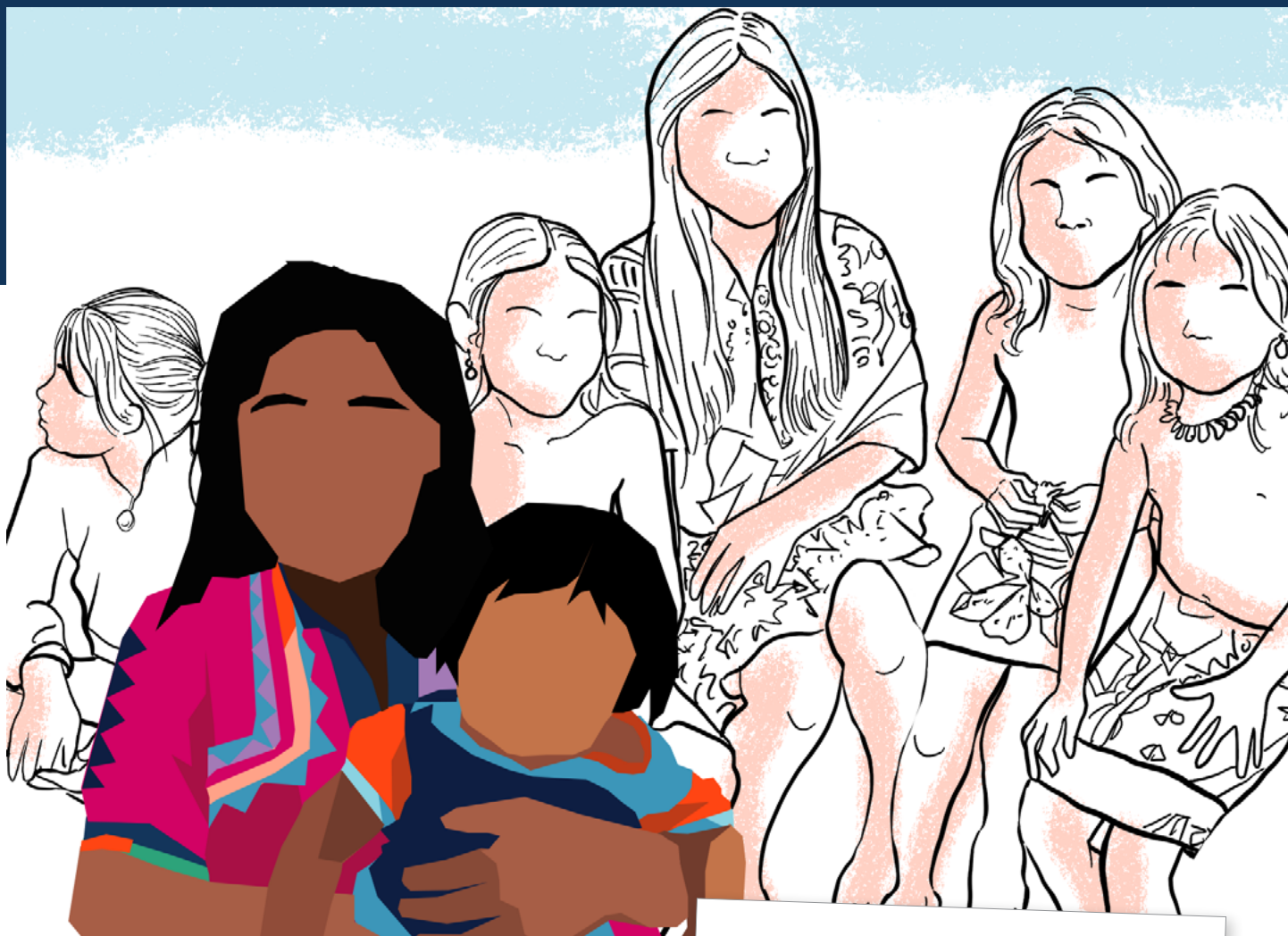
La portata globale delle MGF/C esige una risposta non solo globale, ma anche diversificata e sensibile alle specificità culturali, sociali e geografiche con cui la pratica si manifesta nelle diverse regioni, nazioni o comunità. Come evidenziato in questo report, in tutti i Paesi in cui è documentata la pratica delle MGF/C, è urgente raccogliere dati più completi e accurati sulla sua diffusione, incrementare gli investimenti negli interventi volti ad eliminarla, garantire una rigorosa applicazione delle leggi che la vietano e sviluppare politiche e servizi mirati e completi per le sopravvissute.

Attraverso gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (Sustainable Development Goals - SDGs), attivisti/e e Paesi hanno assunto un forte impegno pubblico per porre fine alla pratica delle MGF/C in tutto il mondo entro il 2030. Per raggiungere questo obiettivo, gli impegni politici devono ora essere tradotti in azioni concrete, accelerando e globalizzando gli sforzi, raccogliendo e diffondendo dati affidabili e fornendo i finanziamenti necessari per mettere in atto leggi, politiche e interventi efficaci volti a sradicare una volta per tutte la pratica delle MGF/C.

RACCOMANDAZIONI PRINCIPALI

A tal fine, le raccomandazioni principali avanzate in questo Report sollecitano i governi, la comunità internazionale e i donatori a:

- **Potenziare l'impegno politico globale e l'assegnazione di priorità alle MGF/C;**
- **Rafforzare il corpus di conoscenze attraverso la ricerca;**
- **Incrementare le risorse per raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile (SDG 5.3);**
- **Adottare e mettere in pratica leggi e politiche nazionali complete;**
- **Migliorare il benessere delle sopravvissute attraverso supporto e servizi dedicati.**



INTRODUZIONE

Il Report Globale 2020 [Female Genital Mutilation/Cutting: A Call for a Global Response](#) (Mutilazioni Genitali Femminili/Cutting: Appello a una Risposta Globale) è stato pubblicato a marzo 2020. Guidato da Equality Now, U.S. End FGM/C Network e da End FGM European Network, con i contributi indispensabili delle sopravvissute alle mutilazioni genitali femminili (MGF/C) e delle organizzazioni della società civile, il documento ha fornito una panoramica globale della prevalenza di queste pratiche e delle relative misure di protezione disponibili. Per la prima volta, il Report Globale 2020 ha stimato che le MGF/C erano praticate in almeno 92 Paesi e ha evidenziato che solo 51 di questi (il 55%) disponevano di leggi specifiche che le vietavano. Il rapporto ha, inoltre, lanciato un appello urgente e cruciale affinché più settori della società agissero a livello globale per porre fine questa pratica.

FEMALE GENITAL MUTILATION/CUTTING: A CALL FOR A GLOBAL RESPONSE



End FGM
EUROPEAN NETWORK

END
FGM/C
INTERNATIONAL

Equality Now
A world for women and girls

AGGIORNAMENTO DEL REPORT GLOBALE

Dal 2020, l'UNICEF ha aggiornato nel 2024 le sue precedenti stime sulle persone che hanno subito MGF/C, riportando che sono almeno 230 milioni. Questo aumento del 15% rispetto ai dati precedenti (che indicavano circa 200 milioni di ragazze colpite da MGF/C) è dovuto alla crescita della popolazione nelle comunità che praticano le MGF/C, nonché all'inclusione di nuovi dati provenienti da Paesi precedentemente non considerati nelle ricerche. Per la prima volta in assoluto, i dati dell'UNICEF includono stime specifiche sulla prevalenza delle **MGF/C in Asia (80 milioni), Medio Oriente (6 milioni) e nei Paesi in cui le MGF/C sono praticate da piccole comunità o popolazioni della diaspora (1-2 milioni)**. I dati precedenti riguardavano solo Paesi specifici di queste regioni, come Iraq e Yemen in Medio Oriente, Indonesia e Maldive in Asia. Questi nuovi dati costituiscono uno step fondamentale per sostenere la campagna a favore dell'eliminazione delle MGF/C in Asia e Medio Oriente, dove per la prima volta è possibile stimare l'entità del fenomeno.

Pur non essendo esaustivi, i risultati del Report Globale 2020 sono stati impiegati dalla società civile, dalle sopravvissute e dai membri della comunità per sottolineare la natura globale della pratica e supportare un approccio articolato e basato sull'evidenza per porre fine alle MGF/C. Parallelamente agli sforzi di molteplici parti interessate, il Report ha contribuito al cambiamento globale nella percezione e nel linguaggio riguardo alle MGF/C, con un crescente riconoscimento del fatto che esse vengono praticate in oltre 90 Paesi.² Nonostante questi progressi, è ancora necessaria una raccolta di dati affidabile e completa che possa portare a una maggiore consapevolezza, comprensione e concreta azione sulle violazioni dei diritti umani dovute alle MGF/C in ogni parte del mondo. Per molti anni, la società civile, le sopravvissute e i difensori dei diritti umani hanno fatto affidamento su dati insufficienti raccolti grazie agli sforzi delle comunità e hanno avanzato una richiesta costante affinché i governi assumessero un ruolo guida nella raccolta dei dati, considerando che gli enti governativi hanno il massimo accesso alle informazioni e la massima portata amministrativa. Inoltre, anche la necessità di investimenti finanziari e materiali da parte dei governi rimane pressoché invariata. Il settore necessita di finanziamenti sostanziali e mirati in grado di affrontare la natura complessa delle MGF/C.

A questo punto, a cinque anni dalla pubblicazione del Report Globale 2020, si rende indispensabile un aggiornamento, in particolare per garantire l'inclusione dei dati e degli studi più recenti sulle MGF/C in tutto il mondo, nonché per aggiornare sui cambiamenti legislativi avvenuti nei vari Paesi.

**“CI SONO
ALMENO 230
MILIONI DI
PERSONE NEL
MONDO CHE
SONO STATE
SOTTOPOSTE
ALLE MGF/C”**

² Il Report globale 2020 è stato citato in varie pubblicazioni di alto profilo, tra cui quella del [Segretariato Generale delle Nazioni Unite](#), nella [Fase IV della Strategia del Programma](#) congiunto UNFPA-UNICEF per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili ed è stato utilizzato dall'OCSE come base supplementare per identificare i Paesi in cui sono presenti casi di MGF nel suo [Indice delle Istituzioni Sociali e di Genere \(SIGI\)](#).

PROGRESSI REALIZZATI NEGLI ULTIMI CINQUE ANNI

Dall'ultimo Report, sono stati intrapresi sforzi globali e coordinati per richiamare l'attenzione sulla pratica delle MGF/C e sulle politiche volte ad affrontarla a tutti i livelli: internazionale, regionale, nazionale e statale. Nuovi dati sulla prevalenza mostrano inoltre che diversi Paesi hanno compiuto progressi significativi nella riduzione della prevalenza delle MGF/C: ricordiamo qui il Burkina Faso (dal 75% al 56%), la Liberia (dal 44% al 32%) e il Kenya (dal 21% al 15%), solo per citarne alcuni.

L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato il [Patto per il Futuro nel 2024](#) e ha esplicitamente incoraggiato gli stati membri ad *“affrontare le sfide che devono sostenere tutte le giovani donne e bambine, compreso il combattere gli stereotipi di genere e le norme sociali negative ed eliminare discriminazione, abusi, tutte le forme di violenza contro le giovani donne e bambine, compresa la violenza sessuale e di genere, e le pratiche dannose, tra cui le mutilazioni genitali femminili e i matrimoni infantili, precoci e forzati”*.

I meccanismi internazionali per i diritti umani, compresi i comitati di esperti degli Organismi delle Nazioni Unite istituiti dai trattati e il meccanismo di Revisione Periodica Universale del Consiglio dei Diritti Umani, hanno emanato un numero crescente di raccomandazioni sulle MGF/C a vari governi, includendo in particolar modo Paesi che non avevano mai ricevuto raccomandazioni su questo tema in precedenza. Dal 2020 i Paesi che hanno ricevuto, per la prima volta, [raccomandazioni dai meccanismi internazionali per i diritti umani](#) volti a porre fine alle MGF/C sono: India, Giordania, Kuwait, Singapore, Sri Lanka, Federazione Russa, Emirati Arabi Uniti e Stati Uniti d'America (U.S.A.). Negli ultimi dieci anni, si è registrato anche un aumento delle raccomandazioni rivolte ai Paesi in cui le MGF/C sono largamente praticate dalle comunità della diaspora, come in Europa e Nord America. Gli Organismi previsti dai trattati hanno infatti esortato questi governi a investire nello sviluppo di piani d'azione nazionali e ad aumentare le risorse destinate all'eliminazione delle MGF/C a livello nazionale. I meccanismi internazionali per i diritti umani sono stati utilizzati anche per sollecitare ulteriori ricerche sulla pratica delle MGF/C nei Paesi in cui i dati sono insufficienti, come nel caso della [raccomandazione rivolta a Panama](#) di indagare sulla possibile esistenza delle MGF/C tra le comunità indigene nelle zone confinanti con la Colombia.

In Portogallo, Regno Unito e Gambia sono stati condotti i primi procedimenti giudiziari conclusisi con successo per cospirazione, esecuzione o trasferimento di una ragazza a fini di MGF/C. A livello globale si è inoltre registrata una spinta verso l'adozione di leggi più olistiche in materia di MGF/C, che prevedano anche misure di prevenzione e risposta. Ad esempio, negli Stati Uniti, la legge [STOP FGM Act 2020](#) richiede al Dipartimento di Giustizia di redigere una relazione annuale sui dati e sugli sforzi compiuti per porre fine alla pratica delle MGF/C. A livello statale, lo stato di [Washington ha approvato una legge](#) che vieta le MGF/C e il *vacation-cutting*, ma ha anche previsto misure d'informazione, prevenzione e sensibilizzazione. In Colombia, [un disegno di legge per affrontare il problema delle MGF/C](#) presentato nel 2024 e attualmente all'esame del Congresso, si concentra principalmente sulle attività di sensibilizzazione e prevenzione. Nell'Unione Europea, [la direttiva recentemente adottata sulla lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica](#) qualifica le MGF/C come una forma di violenza di genere, garantendo sanzioni uniformi in tutta l'Unione e stabilendo diritti minimi per le sopravvissute, tra cui l'accesso a servizi di assistenza specialistica e l'obbligo per gli Stati membri di attuare misure preventive e di formare i professionisti.

Questi successi sono senza dubbio passi significativi verso l'eradicazione delle MGF/C, ottenuti grazie a un impegno costante e determinato, sia a livello locale che internazionale, a favore delle sopravvissute, delle persone a rischio, dei membri della comunità, dei difensori dei diritti umani, dei leader religiosi e della società civile.

SFIDE E MOVIMENTI ANTI-DIRITTI

Tuttavia, nonostante i progressi, la maggior parte delle raccomandazioni del Report Globale 2020 rimangono rilevanti ancora oggi, in quanto non sono state pienamente attuate. Gli ultimi dati dell'UNICEF mostrano anche che in molti Paesi, nonostante gli sforzi significativi, il tasso di prevalenza delle MGF/C è rimasto in stallo. **L'andamento con cui le MGF/C stanno diminuendo non è nemmeno pari al tasso di crescita demografica e dovrà essere 27 volte più rapido per raggiungere l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile (SDG) di eliminare le MGF/C dalla vita di donne e bambine entro il 2030.** Si prevede che, entro il 2030, il numero di ragazze sottoposte a MGF/C raggiungerà i [4,6 milioni all'anno, rispetto ai 4,4 milioni del 2024](#) e ai 4,1 milioni del 2019. Nonostante la disponibilità di dati cruciali per lo sviluppo di strategie e per contrastare norme dannose, la pandemia globale, le crescenti crisi umanitarie e [ambientali](#), la mancanza di volontà politica, gli scarsi finanziamenti, la poca informazione e consapevolezza continuano a ostacolare gli sforzi per eliminare le MGF/C.

Un segnale eloquente delle gravi carenze nella risposta a questa pratica è rappresentato dai decessi ancora oggi associati alle MGF/C, che continuano a essere segnalati; tra di essi ricordiamo la [morte di tre ragazze in Sierra Leone](#) nel gennaio 2024 a causa di emorragie correlate alle MGF/C e la [morte di una donna in Kenya](#) nel novembre 2024. La Sierra Leone e il Kenya non sono casi isolati: uno [studio del 2023 condotto da ricercatori dell'Università di Birmingham](#) ha stimato che ogni anno si verifichino oltre 44.000 decessi in più dovuti a MGF/C in 28 nazioni africane, rendendola una delle principali cause di morte per bambine e giovani donne in questi Paesi.

Allo stesso tempo, donne e bambine si trovano attualmente a dover far fronte ad una battuta d'arresto nei diritti duramente conquistati e nelle tutele legali contro le MGF/C. Il Gambia, che ha adottato una legge che proibisce le MGF/C nel 2015 - il *Women's Amendment Act del 2015* - è stato pericolosamente vicino a diventare il primo paese ad abrogare una legge anti-MGF nel 2024, quando alcuni membri selezionati del Parlamento hanno avviato dibattiti pubblici e presentato un disegno di legge che proponeva di abrogare il [Women's Amendment Act, 2015](#). La mozione per abrogare la legge contro le MGF/C è stata [respinta dall'Assemblea Nazionale](#) con una votazione nel marzo 2024. Il tentativo di abrogazione è stato respinto solo grazie alla resistenza di un forte movimento femminista e delle OSC (Organizzazioni della Società Civile), radicati da tempo nel paese, e all'impegno congiunto di gruppi per i diritti di donne e bambine, media e attori internazionali, attivi sia in Gambia che a livello globale. Dopo il fallimento del disegno di legge di abrogazione, la costituzionalità del *Women's Amendment Act* del 2015 è stata immediatamente contestata presso la Corte Suprema del Gambia, dove la petizione è ancora pendente, in un procedimento che richiama un simile infruttuoso ricorso presentato in Kenya e respinto dall'Alta Corte nel 2021. Un ulteriore esempio di tale opposizione è l'emissione di una [fatwa da parte del Consiglio Supremo per gli Affari Islamici dell'Etiopia](#) nel 2024, a sostegno di MGF/C medicalizzate.

Persiste inoltre un divario significativo nei finanziamenti necessari per attuare interventi efficaci volti a mettere fine alle MGF/C. Secondo un [rapporto dell'UNFPA](#), per porre fine alle MGF/C entro il 2030 nei 31 Paesi prioritari (senza tener conto degli

altri 63 Paesi nei quali è nota la loro presenza) sono necessari investimenti pari a 3,3 miliardi di dollari. Tuttavia, attualmente sono disponibili solo 275 milioni di dollari per gli aiuti allo sviluppo volti a porre fine alle MGF/C. Questa enorme carenza è stata riconosciuta da oltre 200 organizzazioni e attivisti/e che hanno sottoscritto la [Dichiarazione di Kigali del 2023 per colmare il Gap di Finanziamento e Promuovere un'Azione Congiunta per Porre Fine alle MGF/C](#), sottolineando l'urgente necessità di risorse per il settore. Nei suoi punti fondamentali, la Dichiarazione sottolinea come i finanziamenti alle organizzazioni locali rimangano frammentati, a breve termine, di difficile accesso e non-sostenibili.

Inoltre, per affrontare in modo significativo le MGF/C, è imprescindibile adottare un approccio intersezionale fondato sui diritti umani. È ormai ampiamente riconosciuto che le MGF/C rappresentano una manifestazione del patriarcato che, intrecciandosi con altre forme di discriminazione e disuguaglianza sistemica, possono determinare conseguenze devastanti e durature per donne e bambine. Le comunità interessate dalle MGF/C e le sopravvissute sono eterogenee: un mosaico di differenti estrazioni socioeconomiche, nazionalità, etnie e culture. Queste esperienze vissute, identità e realtà locali devono essere prese in debita considerazione nello sviluppo di strategie, normative e programmi volti all'eliminazione delle MGF/C. Nella lotta contro le MGF/C, riconosciute come forma di violenza di genere, è imprescindibile che leggi e politiche affrontino altresì il razzismo sistemico e radicato, l'islamofobia, il sessismo, l'omofobia, la persecuzione religiosa e la mancanza di accesso effettivo a servizi sanitari e a programmi sociali, che sono interconnessi e costituiscono parte integrante della tutela di un insieme indivisibile di diritti umani fondamentali. Tuttavia, nella pratica, in molte parti del mondo permane ancora l'assenza di un vero approccio multidimensionale nell'affrontare le MGF/C. In numerosi Paesi, tale pratica viene considerata esclusivamente come una norma religiosa o circoscritta alle comunità diasporiche, alimentando così stigma e miti che vi si associano. Di conseguenza, le leggi e le politiche tendono a focalizzarsi in modo specifico su comunità immigrate o religiose particolari, determinando un'ulteriore marginalizzazione di queste comunità.

IL PERCORSO DI UNA SOPRAVVISSUTA VERSO LA GUARIGIONE E L'ATTIVISMO



LA STORIA DI RENEE

STATI
UNITI

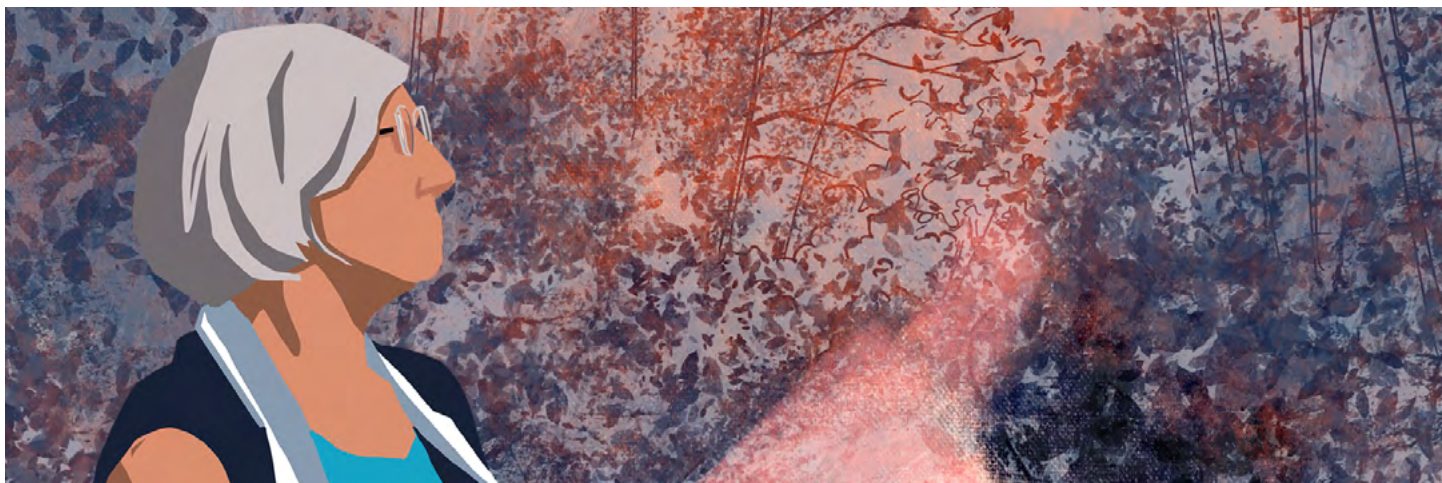
“Sono la dottoressa A. Renee Bergstrom. Ho ottant’anni, sono madre di tre figli, nonna di dieci nipoti e bisnonna di uno. Sono cresciuta nel Sud Dakota, negli Stati Uniti, circondata dalle vaste pianure e in una famiglia molto unita composta da cinque figli. Mio fratello aveva solo tredici mesi più di me e avevo due sorelle gemelle nate diciotto mesi dopo di me. Dieci anni più tardi i miei genitori ebbero un’altra figlia. La nostra casa era sempre piena di movimento e la vita non era priva di difficoltà.

Mio marito ed io viviamo in Minnesota da oltre sessant’anni e attualmente abitiamo a Lanesboro, una piccola cittadina nel sud-est dello stato. È un luogo incantevole, noto per la sua vivace scena artistica e teatrale, che si sposa perfettamente con le mie passioni. Sono un’artista poliedrica: fotografa, tessitrice e pittrice ad acquerello e trovo serenità nell’esprimermi attraverso la creatività. La mia esistenza è arricchita da amicizie profonde, dalla lettura e da stimolanti conversazioni. Attualmente sono in pensione dalla mia carriera come educatrice sanitaria presso la Mayo Clinic,

ma continuo a dedicarmi con impegno all’advocacy e all’educazione, soprattutto su una questione profondamente personale che ha segnato la mia vita: le mutilazioni genitali femminili (MGF).

Quando avevo tre anni, un medico mi ha tagliata. Mia madre mi portò in clinica dopo aver notato che mi toccavo i genitali mentre giocavo. Preoccupata, chiese consiglio a un medico membro della Chiesa Avventista del Settimo Giorno. All’epoca, i loro insegnamenti erano severi sulla masturbazione, considerandola peccaminosa. Il medico disse a mia madre: “Posso rimediare” ed eseguì su di me quella che ora so essere una MGF, rimuovendomi il clitoride.

Ricordo il dolore. Ricordo di essermi sdraiata sul tavolo, di aver visto mia madre ai piedi del tavolo e di essermi sentita tradita. Quando tornammo a casa, mi disse: “Non devi mai parlarne”. Da quel momento, portai con me un segreto che non mi apparteneva, proteggendo lei dalla vergogna.



Le conseguenze fisiche furono immediate e durature. Alcuni tessuti sensibili si fusero con le mie grandi labbra, causando una sensazione di tensione costante che ho sopportato per decenni. A 15 anni, mi recai da sola in auto alla clinica di famiglia, senza rendermi conto che era lo stesso posto in cui ero stata tagliata. Dissi al medico: "Qualche stupido dottore mi ha tagliata e ora ho questo problema. Può risolverlo?". Invece di aiutarmi, mi porse un opuscolo sul "peccato del piacere solitario".

Il peso emotivo fu altrettanto profondo. Verso la fine dell'adolescenza, mentre piangevo la perdita di mio fratello, iniziai a elaborare anche il lutto per la perdita del mio corpo. Anni dopo, durante il parto, il tessuto cicatriziale non si allungò come avrebbe dovuto, provocando gravi complicazioni. Il team medico non mi spiegò cosa stesse accadendo; mi anestetizzarono e praticarono un'episiotomia estesa. La convalescenza fu dolorosa e i rapporti intimi successivi divennero fonte di dolore lancinante. Un medico mi disse: «Non sei come le altre donne», spiegandomi come il taglio avesse modificato la mia anatomia. Ho convissuto con questo disagio fino alla menopausa, quando finalmente il tessuto cicatriziale ha iniziato a separarsi.

Per anni non ho condiviso la mia storia, né con amici, né con i miei fratelli, né tantomeno con i miei figli. Il silenzio è stato un peso isolante. Quando sono diventata madre, non riuscivo a parlare delle mie esperienze di parto come facevano le altre donne. Solo in età adulta, intorno ai trent'anni, dopo il trasferimento in una nuova città, trovai la forza di affrontare ciò che era accaduto. Una mattina, guardando fuori dalla finestra, vidi una chiesa nelle vicinanze e scoppiai in lacrime. La realizzazione che un'istituzione religiosa avesse avuto un ruolo nel mio dolore mi travolse. Parlai con il mio pastore, che mi indirizzò a un'assistente sociale. Questo fu l'inizio del mio percorso di guarigione.

Parlare non è stato facile - ma necessario. Ho iniziato a condividere la mia storia pubblicamente, in primo luogo con le organizzazioni di Ginevra impegnate nel lavoro per porre fine alle MGF. Col tempo, ho stretto amicizia con altre sopravvissute provenienti da contesti diversi e abbiamo creato un legame unico. Nonostante le nostre differenze, eravamo tutte consapevoli della vergogna e dello stigma che ci venivano imposti.

Uno degli aspetti più difficili della mia attività di advocacy è stato l'impatto sulla mia famiglia. Quando finalmente ho raccontato questa esperienza ai miei figli, mia figlia, che era molto legata a mia madre, ha faticato ad accettare la verità. I miei nipoti hanno scoperto la mia storia attraverso un articolo pubblicato su *The Guardian*. Sebbene il momento fosse inaspettato, ho provato sollievo nel vedere che avevamo finalmente avviato un dialogo. Sono stata fortunata a ricevere un sostegno enorme dalla mia famiglia e dai miei amici, ma capisco perché altre possano rimanere in silenzio.

Le mutilazioni genitali femminili sono avvolte dal segreto, spesso alimentato dalla vergogna. So che nella piccola comunità del Nord Dakota dove ho subito la mutilazione, altre ragazze devono aver vissuto la stessa esperienza, eppure non ho mai avuto rapporti con loro. Il silenzio è potente: ci isola e protegge i sistemi che ci danneggiano. Spezzarlo richiede coraggio, ma è l'unico modo per creare un cambiamento.

**"SPEZZARE IL
SILENZIO RICHIEDE
CORAGGIO, MA È
L'UNICO MODO
PER CREARE UN
CAMBIAMENTO."**

Oggi mi dedico con passione alla sensibilizzazione e al sostegno delle sopravvissute. Ho collaborato con una donna somala alla creazione di opuscoli destinati alle giovani infibulate, per guidarle nella preparazione al travaglio e al parto, al fine di prevenire tagli cesarei non strettamente indispensabili. Ogni anno incontro studenti di medicina, sottolineando l'importanza della sensibilità culturale e della costruzione di fiducia con pazienti che hanno vissuto traumi profondi. Inoltre, contribuisco con editoriali e partecipo a iniziative come la *Public Voices Fellowship on Advancing the Rights of Women and Girls*.

L'educazione è la chiave per porre fine alle mutilazioni genitali femminili. Gli operatori sanitari devono essere formati per riconoscere e sostenere le sopravvissute. Le comunità sono chiamate a mettere in discussione le norme culturali e religiose che alimentano queste pratiche. E dobbiamo creare spazi in cui le donne possano raccontare le proprie storie senza timore né vergogna.

Anche se non posso immaginare come sarebbe stata la mia vita senza le MGF, è nella condivisione del mio vissuto che la mia esistenza acquista una nuova e profonda ragion d'essere. Desidero che le altre sopravvissute sappiano di non essere sole e che le loro voci contano. Insieme, possiamo spezzare il silenzio e garantire che nessuna bambina debba mai più subire ciò che abbiamo vissuto".

OBBLIGHI INTERNAZIONALI E LOCALI IN MATERIA DI DIRITTI UMANI

Le MGF/C sono da tempo riconosciute come una forma estrema e grave di violenza di genere, che può costituire tortura. Le donne e le bambine hanno il diritto fondamentale di essere protette dalle MGF/C, in base ai [principali trattati internazionali e regionali sui diritti umani](#), in quanto forma di discriminazione basata sul sesso e sul genere. Oltre alle tutele generali, le MGF/C sono riconosciute esplicitamente dai meccanismi internazionali per i diritti umani e dalle agenzie delle Nazioni Unite, che vincolano gli stati membri a obblighi giuridici per affrontare efficacemente le MGF/C. A livello internazionale, l'ONU ha continuato nel sostenere l'attuazione di tali obblighi, invitando gli Stati membri ad adottare misure concrete per realizzare pienamente l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 5.3, che afferma chiaramente come la parità di genere non possa essere realizzata senza il porre fine alle MGF/C.

**“RAGGIUNGERE
LA PARITÀ
DI GENERE
RICHIEDERÀ
LA FINE DELLE
MGF”**

Queste norme internazionali hanno contribuito a definire gli standard di diritti umani essenziali per proteggere, promuovere e garantire i diritti culturali, sociali, politici, civili ed economici di tutte le persone — diritti profondamente compromessi dalla pratica dannosa delle MGF/C. Gli sviluppi degli ultimi anni hanno inoltre rafforzato e chiarito il quadro degli obblighi regionali in materia di diritti umani volti a porre fine alle MGF/C, con la pubblicazione del [Commento Generale Congiunto sulle Mutilazioni Genitali Femminili](#) da parte della Commissione Africana sui Diritti dell'Uomo e dei Popoli e del Comitato Africano di Esperti sui Diritti e il Benessere del Bambino nel 2023 e con l'adozione della [Direttiva UE per Combattere la Violenza contro le Donne](#) nel 2024, che impone a tutti gli Stati membri dell'Unione Europea di criminalizzare le MGF/C.

Il 2025 segna il 30° anniversario dell'adozione della storica Dichiarazione e Piattaforma d'Azione di Pechino del 1995, in occasione della Quarta Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sulle Donne.

La Piattaforma di Pechino continua a essere un documento significativo che fornisce una tabella di marcia per il progresso in materia di diritti umani delle donne e delle bambine. Le MGF/C sono state affrontate in modo esplicito, nel quadro dell'eliminazione della violenza di genere, come parte delle dodici aree critiche d'intervento, in particolare nei settori relativi alla salute delle donne, alla violenza contro le donne e alla tutela dei diritti umani di donne e bambine. I Paesi hanno assunto l'impegno di eliminare le MGF/C a livello globale, riconoscendone la natura complessa e radicata: un fenomeno alimentato da norme sociali, credenze, tabù e miti di matrice profondamente patriarcale, che richiede una risposta ampia, determinata e sistemica, promossa ai massimi livelli istituzionali.

Ci auguriamo che questo Report possa essere utilizzato per orientare gli sforzi volti a porre fine alle MGF/C a ogni livello, sia da parte dei governi, sia per chiedere loro conto delle proprie responsabilità, e per proteggere donne e bambine da violazioni dei loro diritti umani fondamentali, primo tra tutti il diritto di vivere libere da violenze e abusi.

Nel 2025, le mutilazioni genitali femminili/C (MGF/C) restano una pratica globale, che trascende i confini geografici e che richiede una risposta internazionale coesa.



METODOLOGIA

Il presente Report aggiornato è inteso come strumento di riferimento e di sensibilizzazione nella lotta per porre fine alla pratica delle MGF/C a livello globale. Sebbene sia stato fatto ogni sforzo per includere quante più informazioni possibili, relative sia ai dati disponibili sulle MGF/C sia ai quadri giuridici nazionali contro le MGF/C, questo documento non pretende però di costituire una fonte autorevole completa o esaustiva in materia. Il presente lavoro si basa su informazioni accessibili al pubblico, disponibili online, aggiornate a dicembre 2024.

DATI

Le fonti di raccolta dati, utilizzate in questo rapporto, sono state selezionate secondo criteri di ricerca diversificati, basati sulle informazioni già incluse nel Report Globale 2020 e aggiornate con tutte le nuove evidenze o modifiche legislative intervenute dopo gennaio 2020.

1

Paesi con dati sulle MGF/C provenienti da indagini rappresentative a livello nazionale:

per questa categoria, i dati provengono in gran parte dal [Database Globale dell'UNICEF sulle Mutilazioni Genitali Femminili](#), 2024. Inoltre, sono state effettuate ricerche sui siti web Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) e International Household Survey Network (IHSN), per coprire le indagini più recenti e quelle che potrebbero non essere state incluse nel database globale dell'UNICEF.

2

Paesi con dati sulle MGF/C provenienti da stime indirette:

questa categoria comprende articoli pubblicati con stime indirette della prevalenza nazionale e regionale delle MGF/C, in Paesi in cui è presente una popolazione significativa di donne e bambine provenienti da Paesi in cui le MGF/C sono notoriamente comuni. Ciò include Paesi in cui è noto che le MGF/C sono praticate in larga misura dalle comunità della diaspora, quali Stati Uniti, Canada, vari stati europei, Australia e Nuova Zelanda (anche se in alcuni Paesi come gli Stati Uniti, recenti evidenze aneddotiche mostrano che la pratica delle MGF/C potrebbe essere più diffusa, ad esempio con casi segnalati da membri delle comunità cristiane bianche, come riportato dalla storia di Renee a [pagina 16](#)). L'analisi include solo studi pubblicati nel periodo 2000–2024.

3

Paesi con dati disponibili sulle MGF/C provenienti da studi su piccola scala:

sono stati inclusi rapporti e studi pubblicati, che documentano l'esistenza delle MGF/C attraverso interviste dirette con sopravvissute, persone che le praticano o membri della comunità in cui esse si verificano. Gli studi sono stati inclusi in questa categoria solo se: (i) avevano un campione minimo di almeno 25 sopravvissute del paese interessato **oppure** (ii) erano studi qualitativi che documentavano l'esistenza delle MGF/C all'interno di una comunità o di un Paese, pubblicati su riviste *peer-reviewed*. L'analisi include solo i Paesi in cui sono emerse evidenze documentate di MGF/C nel periodo 2000–2024.

4

Paesi con dati disponibili sulle MGF/C tratti da report dei media e evidenze aneddotiche:

si è cercato di essere il più inclusivi possibile. In questa categoria sono stati inseriti dati tratti da report pubblicati dai media, da rapporti di Agenzie delle Nazioni Unite, da osservazioni conclusive e comunicazioni presentate agli Organismi delle Nazioni Unite per i diritti umani, nonché da rapporti di organizzazioni per i diritti umani o internazionali che menzionano la presenza di MGF/C in un Paese, pur senza fare riferimento esplicito a dati primari sottostanti. In questo gruppo rientrano anche studi e indagini su piccola scala, che non soddisfano i criteri della Categoria 3. L'analisi include solo i Paesi in cui sono emerse evidenze documentate di MGF/C nel periodo 2000–2024.

I dati per la seconda, terza e quarta categoria sono stati raccolti a partire da numerose fonti. Tra queste figurano database, pubblicazioni e risorse già esistenti sulle MGF/C, inclusi i siti web di Orchid Project (e della [FGM/C Research Initiative](#)), Stop FGM Middle East, la mappa interattiva online [dell'End FGM European Network](#) su dati, leggi e politiche, nonché l'articolo intitolato "The practice of female genital mutilation across the world: Data availability and approaches to measurement" (*La pratica delle mutilazioni genitali femminili nel mondo: disponibilità dei dati e approcci alla misurazione*), di [Cappa, Van Baelen e Leye](#), pubblicato su Global Public Health nel febbraio 2019. Inoltre, sono state effettuate ricerche generali su Internet su motori di ricerca non accademici utilizzando i termini di ricerca "Mutilazioni Genitali Femminili" (MGF), "Cutting Genitale Femminile" (FGC) e "Circoncisione Femminile/Circoncisione Genitale Femminile", combinati con i possibili Paesi, per individuare ulteriori studi. Ulteriori dati sono stati individuati in alcuni Paesi attraverso comunicazioni individuali e tentativi a catena di entrare in contatto con attivisti/e e organizzazioni che lavorano sulle MGF/C nei singoli Paesi. Attraverso queste conversazioni, si è cercato di verificare e integrare le fonti dei dati ove possibile.

I dati inclusi sulle leggi per porre fine alle MGF/C si riferiscono, in parte, alla risorsa [“Laws and FGM/C”](#) di FGM/C Research Initiative e, in parte, sono stati ricavati dal [“Compendium of International and National Frameworks on Female Genital Mutilation”](#) della Banca Mondiale (Ottava Edizione, 2024). Analogamente al Compendio della Banca Mondiale, questo Report include solo riferimenti alle leggi nazionali dei Paesi in cui vi sono prove della pratica delle MGF/C.

È opportuno sottolineare che il Compendio della Banca Mondiale include tutti i Paesi dotati di una legge/disposizione giuridica specifica in materia di MGF/C, nonché quelli in cui le MGF/C possono essere potenzialmente perseguite in base alle disposizioni penali generali. Tuttavia, questo Report evidenzia solo i Paesi che possiedono una legge specifica contro le MGF/C o una disposizione specifica in materia di MGF/C in una qualsiasi delle loro leggi. La decisione consapevole di escludere dall'ambito del presente Report i Paesi con disposizioni penali generali, che possono essere utilizzate per perseguire i reati di MGF/C (come quelle che vietano violenza, atti contro l'integrità fisica, aggressioni, abusi e simili), è stata presa per i seguenti motivi:

In primo luogo, l'introduzione di leggi o disposizioni giuridiche specifiche contro le MGF/C rappresenta spesso una netta dichiarazione di volontà politica, manifestando l'impegno del governo a porre fine a questa pratica. Stabilendo il principio secondo cui le MGF/C costituiscono una violazione dei diritti umani e una pratica lesiva, tali disposizioni trasmettono un messaggio forte: la loro accettabilità sociale e giuridica non è tollerata nel Paese. Disporre di una normativa dedicata equivale a un riconoscimento ufficiale del problema ed è, con ogni probabilità, il primo passo per attuare politiche globali e garantire servizi adeguati a livello nazionale, nell'ottica di contrastarne l'incidenza e l'impatto.

In secondo luogo, etichettare apertamente le MGF/C come reato penale può fungere da deterrente alla pratica e costituire uno strumento educativo e di sensibilizzazione per portare consapevolezza tra le comunità colpite e contribuire ad un reale cambiamento comportamentale.

In terzo luogo, leggi mirate contro le MGF/C possono agevolare l'introduzione a livello nazionale di misure positive, quali programmi sociali e fondi dedicati alla prevenzione, l'educazione e la sensibilizzazione della comunità, saldamente ancorati al quadro normativo. Le misure specifiche previste dalla legge favoriscono l'attuazione di interventi efficaci contro le MGF/C nel Paese.

In assenza di un quadro giuridico nitido che sancisca la criminalizzazione delle MGF/C, la carenza di volontà politica, la pressione sociale volta a perpetuare la pratica, la scarsa consapevolezza riguardo ai suoi effetti dannosi e una molteplicità di ulteriori fattori rendono poco probabile che il fenomeno venga perseguito sulla base delle norme penali generali, salvo l'esistenza di politiche o direttive governative specifiche che obblighino le Forze dell'Ordine a intraprendere azioni penali in tal senso (come avviene, ad esempio, in Francia).

ALTRE FORME DI MUTILAZIONI GENITALI

Un approccio globale alla lotta contro le MGF/C esige l'adozione di un approccio intersezionale, in grado di affrontare l'intero spettro delle pratiche di mutilazione genitale. A livello internazionale, si riconosce sempre più come tali pratiche si manifestino in forme eterogenee — talvolta sovrapponibili, talvolta complementari — quali, ad esempio, lo stiramento delle labbra o il cosiddetto *husband stitch* (il “punto del marito”), diffuse in diverse aree geografiche del mondo. È essenziale affrontare tutte le manifestazioni di tali pratiche per contrastare le cause strutturali del danno che arrecano, in ogni contesto del nostro mondo globalizzato. È inoltre importante evidenziare altre pratiche simili che non sono ancora riconosciute come forme di mutilazione, quali la mutilazione genitale intersex (MGI) o la vaginoplastica. Spesso queste pratiche vengono eseguite in quello che è conosciuto come il mondo occidentale, nonostante siano interventi effettuati per motivi non medici al fine di conformarsi alle norme sociali di genere e che portano a complicazioni che non vengono affrontate, come nel caso delle MGF/C.

La mutilazione genitale intersex

Le mutilazioni genitali intersex (MGI) sono interventi medici (chirurgici o ormonali) eseguiti su bambini senza la loro espressa volontà e il loro consenso informato, non per motivi di salute, ma per allineare le loro caratteristiche sessuali alle aspettative culturali su come dovrebbe apparire il corpo di una donna o di un uomo. Queste procedure di «normalizzazione sessuale» perpetuano norme di genere dannose, implicando che per essere socialmente accettabile, il corpo di una persona debba adattarsi a norme specifiche.

Le persone sottoposte a MGI si trovano ad affrontare una molteplicità di conseguenze sul piano della salute, tra cui traumi e dolore fisico, analoghi a quelli riscontrati in seguito alle MGF. Le due pratiche hanno altri punti in comune: entrambe sono considerate violazioni dei diritti dell'infanzia dal Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia, ma entrambe sono ancora perpetrate in tutto il mondo e presenti in tutti i continenti.

Per maggiori informazioni sull'impatto della MGI, si veda la storia di Adeline a [pagina 39](#).

Husband Stitch o “punto del marito”

Il “punto del marito” (o, in inglese, [husband stitch](#)) è il termine utilizzato per indicare la pratica medica di applicare un punto di sutura aggiuntivo durante la riparazione vaginale dopo il parto, allo scopo di restringere l'apertura vaginale e aumentare il piacere sessuale del partner maschile. Spesso viene eseguito senza il consenso della donna coinvolta. [Ricerche recenti](#) hanno dimostrato che il “punto del marito” è stato documentato da diverse donne, anche negli Stati Uniti, in [Europa](#) e in Giappone. Le sopravvissute hanno riscontrato complicazioni di salute e hanno paragonato la pratica alle MGF/C.

Nel 2024, [oltre 60 donne in California](#) hanno intentato una causa civile, accusando il Dott. Barry Brock e l'ospedale presso cui lavorava di averle sottoposte a diverse forme di abuso sessuale e violenza di genere, tra cui la MGF/C nella forma nota come *husband stitch*. Altre [107 donne](#) hanno intentato un'ulteriore causa all'inizio del 2025. I riferimenti all'*husband stitch* sono spesso oggetto di speculazione, al punto da essere talvolta considerati un mito. A sostegno di questa percezione, va osservato che, ad oggi, [non esistono studi scientifici](#) che ne documentino la diffusione, né strumenti metodologici chiari per valutarne la prevalenza. Per la prima volta, tuttavia, questa causa ha portato al riconoscimento esplicito del cosiddetto *husband stitch* come forma di violenza di genere e di MGF in un procedimento giudiziario negli Stati Uniti.

UN VIAGGIO DI RESILIENZA, ADVOCACY E INTERSEZIONALITÀ

INDONESIA

**“INQUADRANDO
LE MGF/C COME UNA
QUESTIONE GLOBALE,
POSSIAMO SFIDARE
I SISTEMI CHE NE
PERMETTONO LA
PERSISTENZA.”**



**LA
STORIA
DI DENA**

“Mi chiamo Dena, ho 27 anni, sono una scrittrice, poetessa e drammaturga musulmana d'origine indonesiana, nata e cresciuta nel Queens, New York. Il mio lavoro esplora le storie di migrazione, l'identità queer, il lutto preannunciato e gli archivi delle comunità indonesiane negli Stati Uniti. La scrittura, per me, è al tempo stesso espressione di identità e strumento di advocacy. È attraverso questa lente che ho scelto di condividere pubblicamente la mia esperienza come sopravvissuta alle mutilazioni genitali femminili (MGF).”

Avevo nove anni quando, durante una visita di famiglia in Indonesia, sono stata sottoposta al *taglio genitale femminile* (FGC). Era il primo viaggio nel paese di cui ero originaria ed avrebbe dovuto rappresentare un momento significativo per il legame con le mie radici e i miei parenti. Eppure, ha segnato anche un evento profondamente doloroso nella mia vita.

Non sapevo cosa stesse succedendo quando mia zia mi portò in un posto lontano da casa di mia nonna. Il tragitto mi sembrò insolitamente lungo e ricordo di aver sentito un peso crescente sul petto. Quando arrivammo, fui portata in una stanza sul retro che sembrava una sala operatoria. C'era un tavolo di metallo e delle attrezzature mediche, ma non era un ospedale. Mia zia mi spinse sul tavolo, mi tenne ferma e mi disse di tenere le gambe aperte. Ero spaventata, confusa e piangevo, ma mi sentii costretta a obbedire.

La donna che eseguiva la procedura utilizzò un bisturi. Ricordo vividamente il freddo della lama e la sensazione acuta del taglio. Il dolore fu immediato e lancinante e la sensazione della garza premuta sulla ferita era straziante. Quando tutto finì, non riuscii a camminare bene per giorni. Le assicurazioni di mia zia non servirono a lenire il trauma fisico ed emotivo che stavo vivendo.

All'epoca non capivo bene cosa mi fosse successo. La mia famiglia mi spiegò che si trattava della "*Sunat Perempuan*", una pratica culturale radicata nella convinzione che tagliare i genitali di una ragazza riduca il suo desiderio sessuale e ne garantisca la purezza. Per mia zia, si trattava di una misura preventiva per proteggermi dal sesso prematrimoniale, dagli abusi o dall'essere percepita come promiscua, problemi che lei riteneva particolarmente diffusi negli Stati Uniti, dove stavo crescendo. Solo anni dopo ho compreso appieno ciò che avevo subito e le sue implicazioni.

L'impatto a lungo termine della FGC è stato multiforme: fisico, emotivo e sociale. Dal punto di vista fisico, ho provato disagio e difficoltà nel gestire l'intimità e la consapevolezza del mio corpo. Sul piano emotivo, la procedura ha instillato in me un rapporto complesso con la mia identità di persona non binaria e sopravvissuta. Ho lottato con sentimenti di vergogna, confusione e sfiducia nei confronti del mio corpo, in particolare durante l'adolescenza e la prima età adulta.

Il mio percorso verso la guarigione e la difesa dei diritti è iniziato con la scrittura. Condividere pubblicamente la mia storia è stato allo stesso tempo catartico e terrificante. Mi ha fornito una piattaforma per entrare in contatto con altre

sopravvissute e far luce su una pratica spesso nascosta dal silenzio e dallo stigma. Tuttavia, parlare apertamente della mia esperienza ha comportato anche delle difficoltà. Come scrittrice, ho dovuto fare i conti con la mancanza di autonomia spesso concessa alle sopravvissute nel modo in cui le loro storie vengono raccontate e condivise. Ho visto il mio lavoro citato in modo errato, riformulato e utilizzato senza il mio consenso in modi che perpetuano l'islamofobia o narrazioni basate sulla pietà.

Nonostante queste difficoltà, continuo a far sentire la mia voce perché credo nel potere delle testimonianze delle sopravvissute. Sono favorevole ad approcci che rispettino l'intersezionalità, riconoscendo come le disparità socioeconomiche, i pregiudizi razziali e la violenza di genere sistematica si intreccino con i FGC. Le sopravvissute devono affrontare ostacoli nell'accesso all'assistenza sanitaria, alle risorse per la salute mentale e ad alloggi sicuri: l'insieme di questi fattori merita di essere affrontato nell'ambito di un dibattito più ampio.

Nella mia attività di advocacy, sottolineo l'importanza di cambiare la narrativa che circonda i FGC. Questa pratica non è una questione culturale isolata, ma fa parte di una rete più ampia di violenza di genere e controllo patriarcale. Inquadrando i FGC come una questione globale, possiamo sfidare i sistemi che ne consentono il persistere, assicurando al contempo che gli sforzi per porvi fine non denigrino le comunità in cui sono praticate.

L'educazione, la formazione delle sopravvissute e gli approcci intersezionali sono fondamentali per affrontare la pratica. Abbiamo bisogno di iniziative guidate dalle sopravvissute che influenzino le politiche senza aumentare la sorveglianza sulle comunità marginalizzate. Dobbiamo anche fornire agli operatori sanitari una formazione basata sulla consapevolezza del trauma per garantire che le sopravvissute ricevano cure compassionevoli e culturalmente responsive.

Oggi continuo a dedicarmi con passione alla sensibilizzazione e al sostegno delle sopravvissute. Attraverso i miei scritti e il mio impegno, ambisco a costruire un mondo in cui le voci di chi ha sofferto vengano finalmente ascoltate, le loro storie onorate e nessuna bambina sia costretta a sopportare il dolore che io ho conosciuto. Il mio cammino è tutt'altro che concluso, ma ogni passo avanti è una conquista di giustizia e guarigione — per me, per la mia comunità e per le generazioni che verranno."

IL QUADRO GLOBALE DELLE MGF/C

I DATI

Siamo a conoscenza di almeno 94 Paesi in tutto il mondo in cui sono attualmente disponibili evidenze sulla presenza di donne e bambine sopravvissute alle MGF/C o che sono a rischio di subire MGF/C.

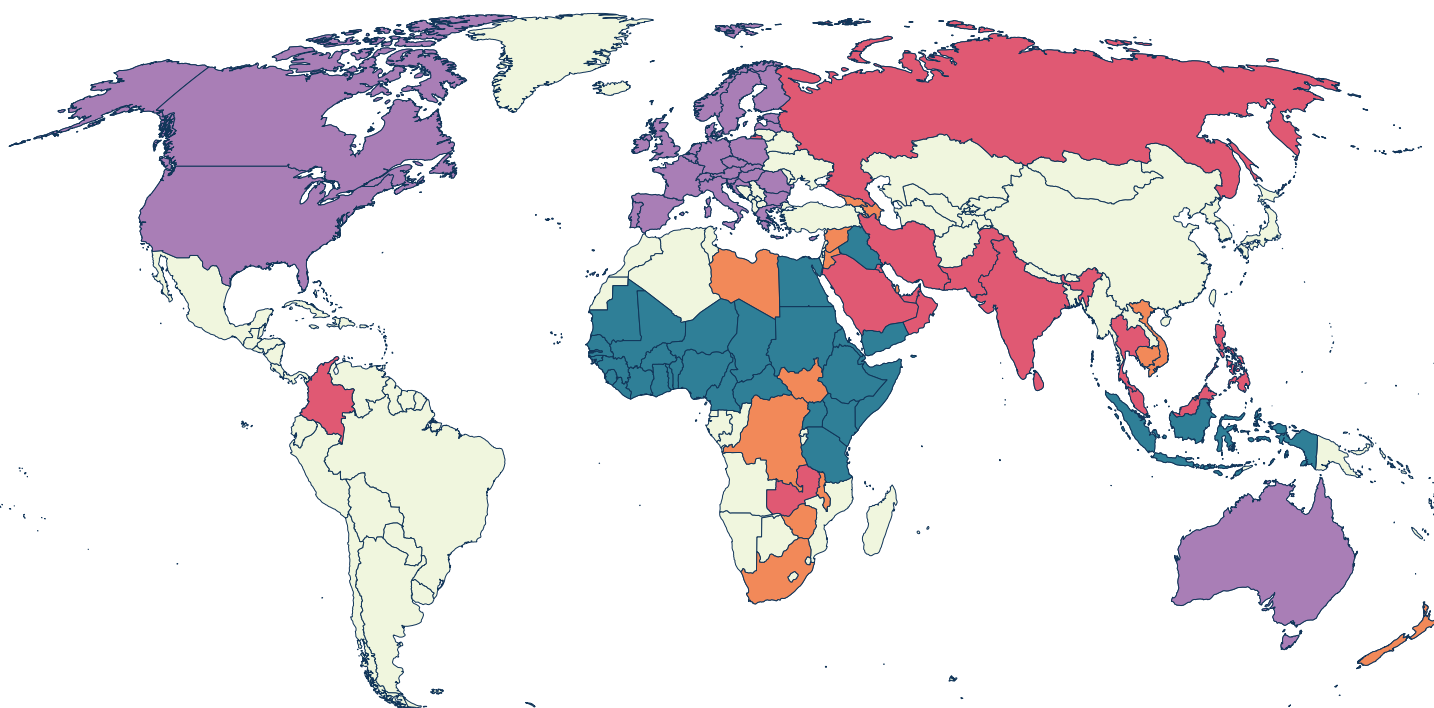
Di questi, solo **31 Paesi** dispongono di dati rappresentativi a livello nazionale sulla prevalenza delle MGF/C, la maggior parte dei quali è concentrata nel continente africano, ma comprende anche Iraq, Yemen, Indonesia e Maldive.

In altri **32 Paesi**, tra cui diversi Stati europei, Canada, Stati Uniti e Australia, è noto che le MGF/C sono ampiamente praticate dalle comunità della diaspora che vivono in questi Paesi. In alcuni contesti come gli Stati Uniti, recenti evidenze aneddotiche suggeriscono che la pratica delle MGF/C potrebbe essere più diffusa del previsto, con casi segnalati, ad esempio, tra i membri delle comunità cristiane bianche. In questi Stati i dati disponibili stimano indirettamente la prevalenza delle MGF/C in base al numero di donne e bambine residenti, originarie di zone in cui sono notoriamente praticate le MGF/C, moltiplicato per il tasso di prevalenza rilevato nel Paese di origine.

Attivisti/e e ricercatori/trici in **altri 15 Paesi** hanno condotto ricerche su piccola scala, documentando l'esistenza delle MGF/C all'interno di determinati contesti nazionali o comunitari, attraverso interviste dirette con sopravvissute, membri delle comunità, esecutori della pratica e leader religiosi. La maggior parte di questi studi presenta un campione di dimensioni ridotte, sebbene il più ampio abbia coinvolto 4.800 partecipanti. Alcune di queste ricerche indicano una probabile presenza delle MGF/C nel campione analizzato, che spesso si limita a una specifica regione o comunità all'interno del Paese.

In ulteriori **16 Paesi**, fonti giornalistiche, documenti delle Nazioni Unite, rapporti governativi e pubblicazioni della società civile fanno riferimento alla presenza delle MGF/C nel territorio nazionale. Tuttavia, per questi contesti non sono disponibili dati sulla prevalenza né risultati provenienti da studi di ricerca.

MAPPA E DATI CHIAVE



Paesi con indagini rappresentative a livello nazionale sulle MGF/C

Benin, Burkina Faso, Camerun, Chad, Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesia, Iraq, Kenya, Liberia, Maldive, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Repubblica Centrafricana, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tanzania, Togo, Uganda, Yemen

Paesi con stime indirette sulle MGF/C

Australia, Austria, Belgio, Bulgaria, Canada, Croazia, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lussemburgo, Malta, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Stati Uniti d'America, Svezia, Svizzera, Ungheria

Paesi con studi su piccola scala sulle MGF/C

Arabia Saudita, Colombia, Emirati Arabi Uniti, Filippine, India, Iran, Kuwait, Malesia, Oman, Pakistan, Russia, Singapore, Sri Lanka, Thailandia, Zambia

Paesi in cui report dei media e evidenze aneddotiche segnalano la presenza di MGF/C

Azerbaijan, Bahrein, Brunei Darussalam, Cambogia, Georgia, Giordania, Libia, Malawi, Nuova Zelanda, Qatar, Repubblica Democratica del Congo, Sud Africa, Sud Sudan, Siria, Vietnam, Zimbabwe.

**LEGGI
PER IL
CONTRASTO
DELLE
MGF/C**

A partire dal 2020 si sono registrati progressi rilevanti, grazie all'introduzione di nuove normative in diversi Paesi, che vietano in modo esplicito le MGF/C a vari livelli giurisdizionali. Ad esempio, a partire da tale anno, [Sudan](#), [Indonesia](#), [Finlandia](#), [Polonia](#) e [Stati Uniti](#) hanno approvato leggi federali o modificato le normative penali esistenti per proibire in modo esplicito le MGF/C. Nel 2024, inoltre, il [Galmudug](#) è diventato il primo stato della Somalia ad adottare una legge specifica contro le MGF/C. Negli Stati Uniti, dove la pratica è vietata a livello federale dal 1996, è stato approvato lo [Stop FGM Act](#) nel 2020, seguito dall'introduzione di divieti in altri sette Stati o Distretti. Questo ha portato a [41 su 50](#) il numero totale degli Stati federati che criminalizzano le MGF, oltre al Distretto di Columbia (Washington D.C.), il quale ha approvato una legge in materia alla fine del 2024, con entrata in vigore prevista per l'inizio del 2025. Anche la Francia ha rafforzato la propria legislazione nel [2021](#), introducendo l'obbligo di attività di sensibilizzazione e formazione rivolte a studenti e comunità, sul tema delle MGF/C.

Gli sviluppi degli ultimi cinque anni hanno portato a 59 su 94 Paesi (62%) – in cui la pratica delle MGF/C è nota attraverso tutte le categorie di dati – il numero di Stati dotati di leggi nazionali specifiche contro le MGF/C. Tali legislazioni comprendono sia norme specifiche contro le MGF/C, sia disposizioni penali contenute in altre leggi interne, come i codici penali, le leggi a tutela dell'infanzia, quelle contro la violenza sulle donne o contro la violenza domestica.

Le leggi contro le MGF/C rimangono più diffuse in Africa, dove si concentrano almeno il 50% del totale delle normative vigenti a livello globale, grazie ai 28 Paesi che hanno adottato disposizioni legislative specifiche contro questa pratica.

Al di fuori del Continente africano, il 44% delle normative contro le MGF/C riguarda Paesi in cui la pratica è più diffusa tra le comunità della diaspora, tra cui 21 Paesi europei, Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda, tutti dotati di leggi o disposizioni giuridiche specifiche in materia di MGF/C. Anche la Georgia ha adottato una legge contro le MGF/C.³

Al contrario, in Medio Oriente soltanto Iraq (Kurdistan), Iran e Oman dispongono di leggi o disposizioni specifiche che vietano le MGF/C.⁴ In Asia, invece, solo l'Indonesia ha emanato un divieto giuridico esplicito contro questa pratica.⁵ Non esistono infine leggi specifiche contro le MGF/C in America Latina, sebbene siano attualmente in discussione presso il Congresso colombiano proposte di legge volte a contrastarle.

I dati presentati in questo rapporto indicano che l'81% dei Paesi per i quali sono disponibili informazioni sulle MGF/C, provenienti da indagini rappresentative a livello nazionale, ha esplicitamente vietato tali pratiche attraverso disposizioni legislative (si veda la tabella, il grafico o entrambi).

Inoltre il 78% dei Paesi con dati sulle MGF/C provenienti da stime indirette ha affrontato in modo specifico tali pratiche nelle proprie leggi. Tuttavia, è importante

³ In Georgia, le MGF/C sono comunemente praticate dalle comunità non appartenenti alla diaspora.

⁴ Anche le leggi in Egitto e Sudan proibiscono specificamente le MGF/C. Tuttavia, ai fini del presente Report, Egitto e Sudan sono stati inclusi come parte dell'Africa e non del Medio Oriente.

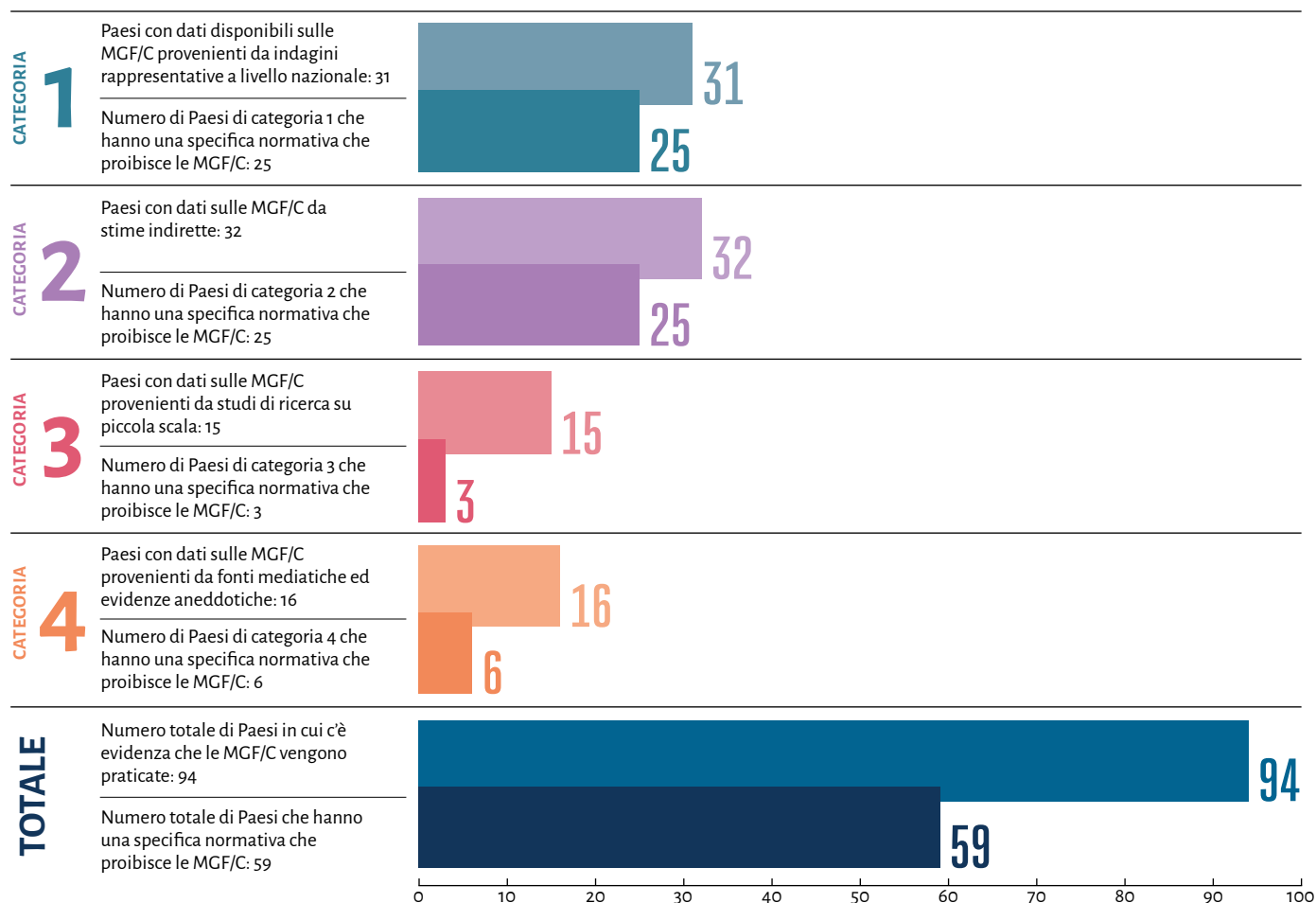
⁵ Cipro e Georgia hanno approvato divieti specifici contro le MGF/C. Sebbene Cipro e Georgia siano talvolta considerate parte dell'Asia, ai fini del presente Report sono incluse nel Continente europeo, in quanto Cipro è membro dell'UE e la Georgia è uno Stato parte del Consiglio.

notare che alcuni Paesi europei, pur in assenza di norme penali *ad hoc* contro le MGF/C, le includono all'interno di disposizioni penali generali che proibiscono violenza, atti contro l'integrità fisica, aggressioni, lesioni e simili.

Tra i Paesi per i quali sono disponibili dati sulle MGF/C provenienti da studi di ricerca su piccola scala, tre dispongono di provvedimenti legali specifici contro la pratica, portando il livello di adozione normativa in questa categoria al 20%.

Per contro, il 38% dei Paesi in cui le informazioni disponibili derivano da fonti mediatiche o da evidenze aneddotiche, ha adottato leggi contro le MGF/C. Dei sei Paesi che hanno approvato tali normative, quattro sono africani – dove generalmente la consapevolezza sul fenomeno è più diffusa – ed uno è la Nuova Zelanda, Paese caratterizzato da una significativa presenza di comunità appartenenti alla diaspora.

Sebbene la disponibilità di dati rappresenti uno strumento fondamentale per le organizzazioni della società civile, le sopravvissute e le persone a rischio - che possono così esercitare pressione sui governi affinché adottino leggi specifiche e solide - è ancora necessaria un'ulteriore attività di ricerca, oltre quanto incluso nel presente report, per comprendere la relazione tra la disponibilità di dati chiari sulle MGF/C all'interno di un Paese e l'adozione di normative in materia. Occorre inoltre approfondire l'eventuale impatto di altri fattori contestuali, quali la posizione geografica o il livello di consapevolezza, su tale relazione.



UN VIAGGIO PER METTERE FINE ALLE MGF / C: DALLA SOMALIA AI PAESI BASSI

SOMALIA E PAESI BASSI



**LA STORIA
DI ISTAHIL
ABDULAH**

“Sono nata e cresciuta a Mogadiscio, in Somalia, in una famiglia numerosa con un fratello e cinque sorelle. Siamo cresciuti con forti legami familiari, ma la guerra ci ha separati. Quando avevo quasi 20 anni, ho lasciato la Somalia per partecipare ad una competizione di pallacanestro a livello nazionale, pensando che sarei tornata entro due settimane - ma non ho mai più fatto ritorno. Quando è scoppiata la guerra, sono diventata una rifugiata. Ho attraversato il Kenya, e alla fine mi sono ritrovata da sola nei Paesi Bassi. Questa è stata la mia vita: un cammino fatto di sopravvivenza, adattamento e una forza silenziosa che ho imparato a chiamare resilienza.

Nei Paesi Bassi ho iniziato una nuova vita. Ho incontrato mio marito in un campo profughi e, contro ogni previsione, ci siamo innamorati. Ci siamo sposati e abbiamo avuto tre figli: un maschio e due femmine, oggi giovani adulti. Quando ho avuto il mio primo figlio, nessuno nel sistema sanitario ha saputo riconoscere la mia esperienza. Ho attraversato le mie gravidanze senza che alcun medico notasse le cicatrici lasciate dalle mutilazioni genitali femminili, né che mi chiedesse nulla del mio passato. Era come se la mia storia – il mio dolore – non esistesse. Così, mi ero convinta che ogni donna al mondo avesse vissuto ciò che avevo vissuto io. Fino al giorno in cui ne ho parlato con mio marito, che è olandese. Gli ho chiesto se sua madre e le sue sorelle avessero subito la stessa pratica. Mi ha guardata, confuso. E solo in quel momento, ho compreso la portata del mio isolamento.

Avevo sei anni quando mi portarono in un piccolo villaggio, lontano da Mogadiscio. Mia madre non ci spiegò cosa stesse per accadere. Ci diede delle caramelle, ci fece indossare abiti belli, e partimmo, felici e ignare. Quando arrivammo, mi separarono da mia sorella.

Mia madre mi accompagnò in una stanza dove sedeva una donna, con una lametta tra le mani. Nessuno parlò. Nessuna parola, nessun avvertimento. All'improvviso mi ritrovai stesa a terra. Qualcuno mi bloccò le braccia e le gambe. Poi arrivò il dolore – un dolore inimmaginabile. Urlai, piansi, ma mi tapparono la bocca con un panno. Dopo il taglio, mi cucirono. Non riuscivo più a urinare: avevano chiuso tutto. Quando mia madre se ne accorse, chiamò qualcuno che riscaldò un oggetto di metallo e lo usò per riaprire i punti. Solo allora riuscii a urinare.

Non capivo cosa mi fosse accaduto. A Mogadiscio, dopo l'evento, ci fu una festa. La gente era felice, sorrideva. Ma dentro di me, ero distrutta. Per anni non ne parlammo mai. Quel dolore rimase sepolto: un trauma silenzioso che abitava in me, nel profondo. Anche crescendo, non riuscivo a comprendere davvero cosa fosse successo, né perché. Quando finalmente, nel 2019, ho trovato il coraggio di raccontare la mia storia, è stato come liberarmi di un peso che avevo portato troppo a lungo. Ho perdonato chi mi ha fatto questo,

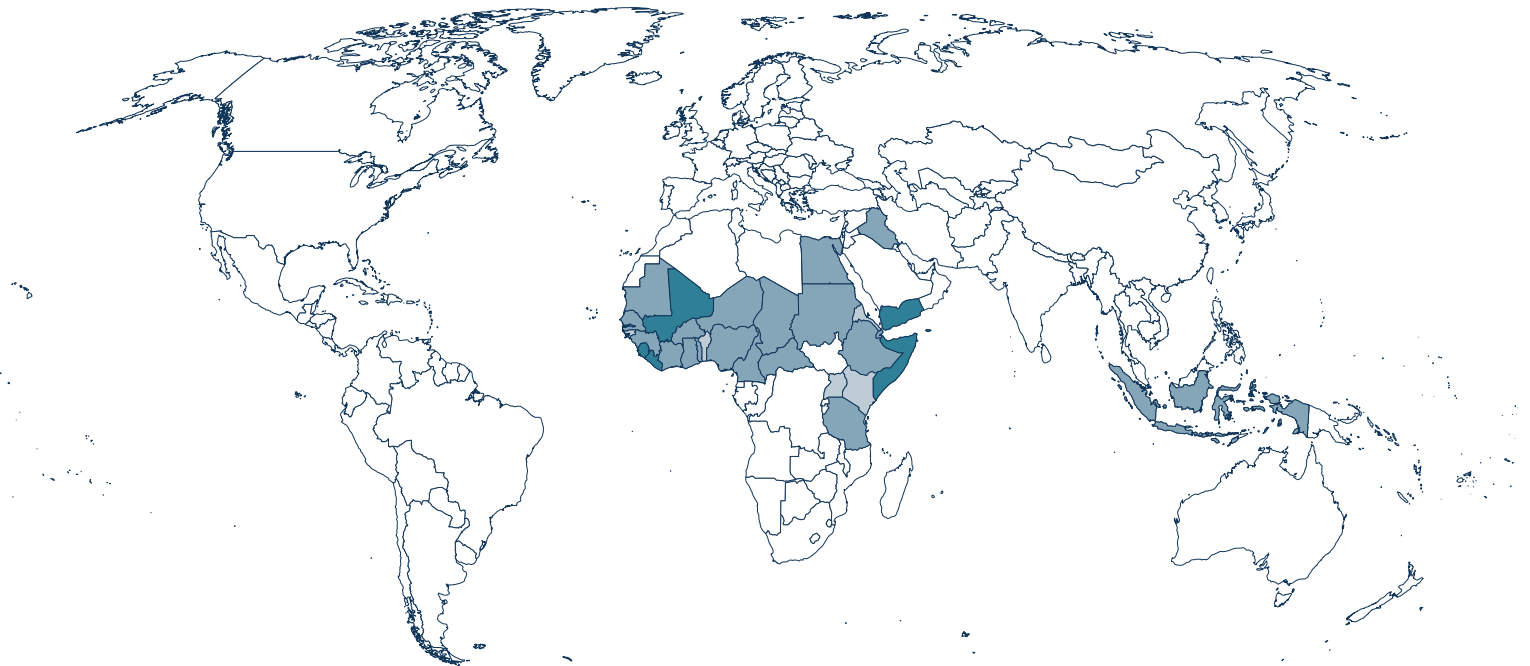
ma non potevo più restare in silenzio, non potevo permettere che questa pratica continuasse. Così ho iniziato a parlare, in Olanda e in Somalia, ero determinata a rompere il tabù e a spiegare alla gente. Non ho più paura. Credo nel potere delle storie: possono cambiare il mondo. Se la mia può generare consapevolezza, allora quel dolore ha avuto uno scopo.

Le mutilazioni genitali femminili affondano in convinzioni culturali e religiose profondamente radicate. Da bambina, mi dicevano che erano necessarie, che facevano parte dell'essere una donna musulmana. Ma poi ho imparato che non è vero. La religione è stata strumentalizzata per giustificare questa pratica dannosa, usata come mezzo di controllo e manipolazione. Nella mia comunità, alle ragazze viene detto che saranno impure e indegne di sposarsi se non vengono sottoposte al taglio. Credono di non avere scelta. Voglio mostrare loro che esiste un'altra via.

Ci sono momenti in cui le persone della mia comunità mi mettono alla prova, dicendo che le MGF sono un'antica tradizione, una componente essenziale della nostra cultura. Ma non mi interessa ciò che dice la gente. Conosco la mia verità, conosco il dolore che ho vissuto. Parlo perché non voglio che le mie figlie – né nessun'altra ragazza – debbano attraversare ciò che ho affrontato io. Ho due figlie femmine e non le ho sottoposte alla circoncisione. Oggi mi batto per promuovere educazione e consapevolezza. Voglio che gli operatori sanitari sappiano riconoscere i segnali, che pongano domande, che affrontino il tema delle MGF con sensibilità e comprensione. Ora le cose stanno cambiando, ma la strada è ancora lunga.

**“PARLO PERCHÉ
NON VOGLIO CHE
LE MIE FIGLIE – NÉ
NESSUN’ALTRA RAGAZZA –
DEBBANO ATTRAVERSARE
CIÒ CHE HO
AFFRONTATO IO.”**

Sogno un mondo in cui non sia più necessario parlare di MGF, perché non esistono più. So che le Nazioni Unite si sono impegnate a porre fine a questa pratica entro il 2030, ma perché ciò accada servono anche il sostegno e l'impegno degli uomini in posizioni di potere, sia in Africa che in Europa. Le voci delle donne devono essere ascoltate e le nostre storie valorizzate. È un percorso difficile, ma credo che condividendo le nostre storie e parlando apertamente, possiamo rompere il silenzio e porre fine a questa pratica, una volta per tutte.



STATUS GIURIDICO DELLE MGF/C NEI PAESI CON STIME DI PREVALENZA NAZIONALI:

Paesi con leggi specifiche nazionali contro le MGF/C	Paesi in cui le MGF/C sono menzionate o incluse in altre leggi	Paesi che non affrontano esplicitamente le MGF/C nella legislazione
1. Benin 2. Eritrea 3. Guinea-Bissau 4. Kenya 5. Uganda	1. Burkina Faso 2. Camerun 3. Repubblica Centrafricana 4. Ciad+ 5. Costa d'Avorio 6. Gibuti 7. Egitto 8. Etiopia 9. Gambia 10. Ghana 11. Guinea 12. Indonesia+ 13. Iraq (Kurdistan)# 14. Mauritania 15. Niger 16. Nigeria 17. Senegal 18. Sudan* 19. Tanzania 20. Togo	1. Mali 2. Liberia 3. Sierra Leone 4. Somalia** 5. Maldive 6. Yemen

*Nel luglio 2020 il Sudan ha approvato una legge che modifica il Codice penale per includere un reato specifico relativo alle MGF/C.

** La Costituzione della Somalia stabilisce espressamente che «la circoncisione femminile è vietata». Tuttavia, non esiste una legislazione nazionale che attui espressamente questa disposizione costituzionale e non sono noti casi in cui i reati di MGF/C siano stati perseguiti in base alle disposizioni penali generali. Nel 2024, lo stato di Galmudug in Somalia ha approvato una legge specifica contro le MGF/C.

+ Sebbene le MGF/C siano state dichiarate illegali in Ciad dalla legge sulla salute riproduttiva approvata nel 2002, il decreto attuativo necessario per rendere effettiva la legge è entrato in vigore solo nel 2020, con il decreto attuativo n. 2121/PR/2020.

++Il regolamento governativo n. 28/2024 vieta le circoncisioni femminili per neonate, bambine piccole e bambine in età prescolare (probabilmente riferendosi solo alle bambine di età inferiore ai 5 anni), anche se la [Commissione Nazionale contro la Violenza sulle Donne](#) ha raccomandato che il regolamento venga esteso a tutte le donne e le giovani.

La disposizione penale sulle MGF/C in Iraq si applica solo nella regione del Kurdistan, una regione semi-autonoma, che presenta la maggior parte dei casi di MGF/C nel Paese. La prevalenza della MGF/C nel Kurdistan iracheno è del 37,5% tra le donne e le ragazze di età compresa tra i 15 e i 49 anni.

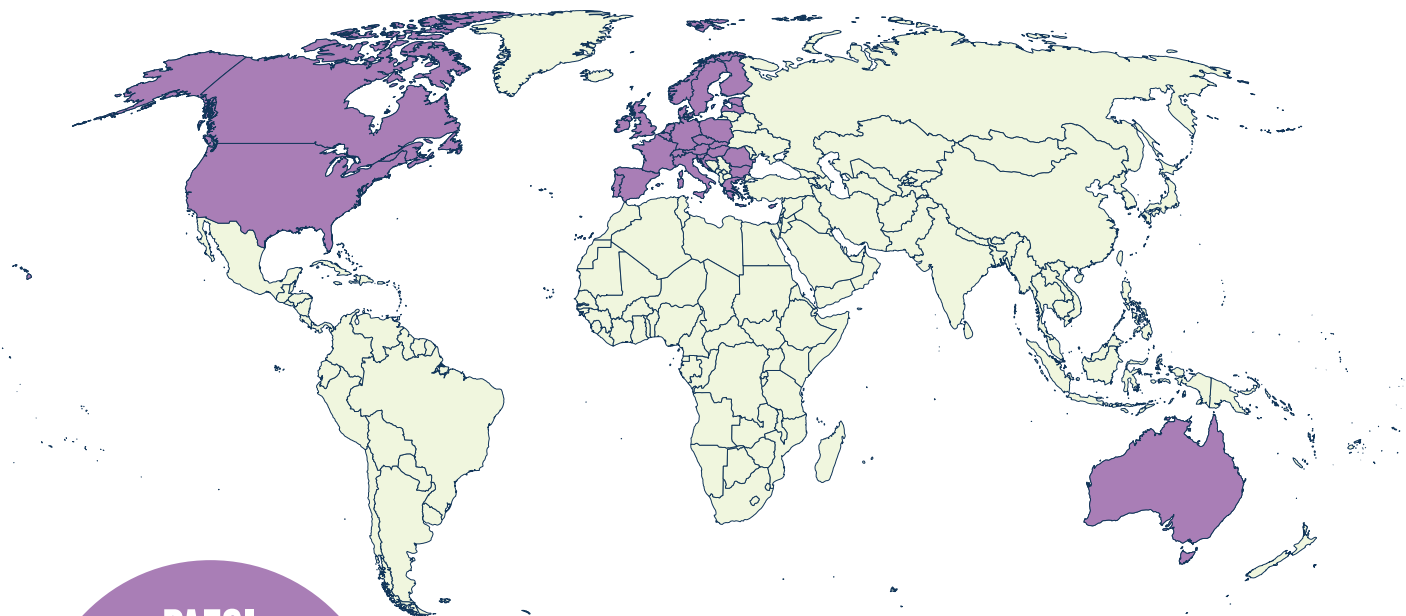
L'IMPORTANZA DI DISPORRE DI DATI PRECISI, ESAUSTIVI E AGGIORNATI SULLE MGF/C

Come precedentemente evidenziato, sebbene le nuove stime globali dell'UNICEF siano state aggiornate per offrire un quadro complessivo più esaustivo, i dati rappresentativi a livello nazionale sulla prevalenza delle MGF/C restano disponibili soltanto per 31 Paesi. I dati sulla prevalenza nazionale rivestono un'importanza cruciale, poiché costituiscono spesso la base per una serie di misurazioni fondamentali, tra cui la stima dei finanziamenti globali necessari per porre fine alle MGF/C entro il 2030, il calcolo dei costi sanitari associati ed anche le stime indirette utilizzate nei Paesi di destinazione delle migrazioni. Tuttavia tali informazioni, basate solo sui Paesi con dati di prevalenza nazionale, restituiscono un quadro incompleto, in quanto non tengono conto di tutti i Paesi in cui le MGF/C sono notoriamente praticate.

Pertanto, la ricerca costante sulle MGF/C a livello globale è fondamentale per fornire dati completi, accurati e aggiornati sulla pratica, anche attraverso studi di ricerca primari e altri mezzi di raccolta dati. Ad esempio, nel Regno Unito, tutti gli operatori sanitari che curano pazienti tramite il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) sono tenuti a raccogliere dati sulle MGF/C. È sorprendente constatare che i dati del NHS relativi al 2023-2024 riportano un numero esiguo di pazienti che dichiarano di aver subito MGF/C in Paesi non tradizionalmente interessati da tale pratica — e che non sono inclusi nel presente Report per carenza di dati disponibili — quali **Algeria, Turchia, Libia, Afghanistan, Bangladesh e Papua Nuova Guinea**, tra gli altri. Questi dati indicano che:

In primo luogo, potrebbero persistere realtà comunitarie circoscritte che praticano ancora MGF/C in diversi Paesi per i quali disponiamo di evidenze aneddotiche ma non di dati quantitativi esatti, come la comunità curda in Turchia o la comunità Bohra in Bangladesh.

In secondo luogo, l'aumento dei flussi migratori globali comporta che le MGF/C siano ora praticate in ogni parte di un mondo sempre più globalizzato (anche se la migrazione rappresenta comunque un importante punto di partenza per abbandonare questa pratica). Dobbiamo anche aggiornare la nostra concezione tradizionale di “Paesi di destinazione dei flussi migratori” e condurre ulteriori ricerche nel Sud del mondo, sulla pratica delle MGF/C da parte delle comunità della diaspora provenienti da altri Paesi. Gli organi delle Nazioni Unite preposti al monitoraggio dell'attuazione dei trattati internazionali hanno già iniziato a riconoscere le MGF/C come una questione di rilevanza globale. Hanno infatti rivolto raccomandazioni anche a Stati africani come il Congo-Brazzaville ([CRC, 2024](#)) e il Gabon (CRPD, 2015; CRC, 2016), dove la pratica delle MGF/C non è tradizionalmente diffusa, esprimendo preoccupazione per il fatto che essa venga praticata all'interno di alcune comunità migranti e che possa essere estesa alla popolazione locale, ad esempio attraverso i matrimoni.



PAESI CON STIME INDIRETTE SULLA PREVALENZA DELLE MGF/C

Molti Paesi in cui le MGF/C sono praticate principalmente dalle comunità della diaspora ne stimano la prevalenza all'interno della popolazione utilizzando metodologie indirette. Tali dati forniscono una stima indiretta delle donne e delle bambine appartenenti alle comunità della diaspora che vivono nel Paese e che hanno subito MGF/C e/o che sono a rischio di subirle, attraverso un metodo di estrapolazione. Il tasso di prevalenza della pratica rilevato nei Paesi di origine – sulla base di indagini rappresentative a livello nazionale, come le DHS e le MICS – viene applicato al numero complessivo di bambine e donne residenti nel Paese di destinazione, che provengono da contesti in cui la pratica è diffusa o che sono nate da madri originarie di tali Paesi. Il calcolo di questa popolazione femminile si basa su dati provenienti da diverse fonti, tra cui registri della popolazione, anagrafi delle nascite, richieste di asilo, censimenti nazionali o combinazioni di queste fonti.

I dati provenienti da queste stime indirette indicano che:



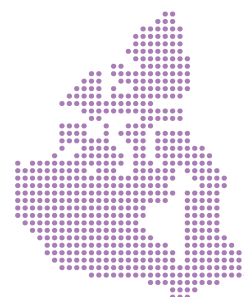
In Europa, si stima che circa **600.000** donne e bambine vivano con le conseguenze delle MGF/C e che altre **190.000** bambine e donne siano a rischio di subire questa pratica dannosa in ben 17 Paesi europei ([Mappa aggiornata 2024 End FGM European Network](#)).

Negli **Stati Uniti** vivono tra **421.000 e 577.000** donne e bambine che hanno subito MGF/C o sono a rischio.



In **Australia** vivono circa **53.088** sopravvissute alle MGF/C.

In **Canada** ci sono tra **95.000 e 161.000** donne e bambine che convivono con le conseguenze delle MGF/C o sono a rischio di subirle.



Di seguito è riportata la ripartizione dei dati disponibili sulle MGF/C, ricavati da stime indirette per Paese:

Num.	Paese	Num. di donne e bambine che hanno subito MGF/C	Num. di bambine a rischio (compresi scenari ad alto rischio)*	Fonte	Status Giuridico
1	Australia	53.088	N/D	<u>Australian Institute of Health and Welfare (2019)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
2	Austria	7.036	1.083	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016); EIGE (2020)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
3	Belgio	23.395	12.064	<u>GAMS (2022)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
4	Bulgaria	31	N/D	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
5	Canada	In Canada, tra 95.000 e 161.000 donne e bambine hanno subito MGF/C o sono a rischio.		<u>Statistics Canada (2023)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
6	Cipro	1.301	132 (scenari ad alto rischio)	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016); EIGE (2018)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
7	Croazia	112	N/D	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
8	Danimarca	7.910	2.568	<u>EIGE (2021)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
9	Estonia	8	N/A	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
10	Finlandia	10.254	3.075	<u>Finland Ministry of Social Affairs and Health (2019)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
11	Francia	125.000	44.106 (scenari ad alto rischio)	<u>Lesclingand et. al. (2019); EIGE (2018)</u>	Riferimenti specifici alle MGF/C all'interno della legislazione generale, inclusi obblighi in materia di educazione sulla pratica e norme relative all'istigazione alla sua esecuzione. Disposizioni generali del diritto penale sono state utilizzate con successo per perseguire penalmente reati connessi alle MGF/C.
12	Germania	103.947	17.721	<u>Terre des Femmes (2022)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.

13	Grecia	15.249	748 (scenari ad alto rischio)	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016); EIGE (2018)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
14	Irlanda	5.790	1.632 (scenari ad alto rischio)	<u>Akina Dada wa Africa basati sui dati del 2016 raccolti dal Central Statistics Office irlandese (2017); EIGE (2015)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
15	Italia	87.600	4.600 (scenari ad alto rischio)	<u>Farina et. al. (2020)</u>	Legge nazionale specifica che proibisce le MGF/C.
16	Lettonia	5	N/D	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
17	Lussemburgo	379	136	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016); EIGE (2021)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
18	Malta	565	279 (scenari ad alto rischio)	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016); EIGE (2018)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
19	Norvegia	17.058	N/D	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
20	Paesi Bassi	41.000	4.200	<u>Pharos (2019)</u>	Nessuna legge specifica contro le MGF/C. Per perseguire i reati di MGF/C sono state utilizzate le disposizioni penali generali.
21	Polonia	207	N/D	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
22	Portogallo	6.576	1.365 (scenari ad alto rischio)	<u>Lisboa et. al. (2015); EIGE (2015)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
23	Regno Unito	137.000	67.300	<u>Macfarlane & Dorkenoo (2015)</u> <i>[nuovo studio dell'Università di Birmingham in corso]</i>	Legge nazionale specifica che proibisce le MGF/C.
24	Repubblica Ceca	312	N/D	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
25	Romania	79	N/D	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Le MGF/C rientrano nell'ambito di applicazione della legge sulla violenza di genere.
26	Slovacchia	57	N/D	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
27	Slovenia	69	N/D	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
28	Spagna	15.907	3.652	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016); EIGE (2021)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.

29	Stati Uniti d'America	Secondo i dati dei CDC (Centers for Disease Control), si stima che circa 513.000 donne e ragazze abbiano subito MGF/C o siano a rischio di subirle. Uno studio pubblicato nel 2023 ha rilevato che nel 2019 circa 577.000 donne e ragazze risultavano potenzialmente coinvolte dalla pratica; tuttavia, tale cifra scende a 421.000 se si considera l'impatto della migrazione sulla diffusione delle MGF/C.		<u>Goldberg et al. (2016); Callaghan (2023)</u>	Legge nazionale specifica anti-MGF che proibisce le MGF/C.
30	Svezia	38.939	11.287 (scenari ad alto rischio)	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016); Socialstyrelsen 2023</u>	Legge nazionale specifica che proibisce le MGF/C.
31	Svizzera	22.410		<u>Abdulcadir et. al. (2023)</u>	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
32	Ungheria	396	N/D	<u>Van Baelan, Ortensi, Leye (2016)</u>	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.

***Per i Paesi in cui il numero di bambine a rischio si basa su uno scenario ad alto rischio:**

Uno scenario ad alto rischio, come definito dall'Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere (EIGE), si fonda sull'assunto che la migrazione non abbia alcun impatto: si presume quindi che il numero di ragazze a rischio di subire MGF/C (provenienti da un Paese in cui la pratica è diffusa) sia lo stesso che se non avessero compiuto un percorso migratorio.

Nota sulle fonti: alcuni studi forniscono solo stime indirette del numero di donne e bambine che vivono in un determinato Paese e che hanno subito MGF/C, altri stimano esclusivamente il numero di ragazze a rischio di subire la pratica. Esistono infine studi che includono entrambe le stime: sia delle donne e ragazze che hanno subito MGF/C, sia di quelle a rischio. Per questo motivo, nella tabella precedente alcuni Paesi presentano due fonti, mentre altri ne riportano soltanto una.

SFIDE NELLA RACCOLTA DEI DATI TRAMITE STIME INDIRETTE

La mancanza di finanziamenti adeguati per sviluppare stime indirette sulla diffusione delle MGF/C, la raccolta dati non sistematica e l'assenza di armonizzazione tra i diversi approcci metodologici comportano ampie variazioni nei metodi utilizzati e nei risultati prodotti dagli studi condotti nei vari Paesi.

Esistono inoltre numerose sfide che incidono sull'affidabilità delle stime indirette:

In primo luogo, vi è una carenza di dati disaggregati (ad esempio per sesso, comunità, etnia e religione) relativi alle comunità della diaspora. Di conseguenza, le stime indirette non tengono conto delle comunità praticanti con un'elevata prevalenza di MGF/C provenienti da Paesi considerati a "bassa prevalenza", né delle famiglie che hanno abbandonato la pratica.

In secondo luogo, in molti casi, richiedenti asilo, rifugiati e migranti senza documenti non sono inclusi nelle stime in numerosi Paesi, a causa dell'assenza di una raccolta sistematica dei dati durante le diverse fasi della procedura di asilo ([Leye et al., 2014](#)).

In terzo luogo, tali studi si basano spesso sul rischio di MGF/C nei Paesi di origine, senza considerare come la pratica e le attitudini nei suoi confronti possano evolversi in seguito alla migrazione.

In quarto luogo, le stime indirette tengono conto solo della prevalenza delle MGF/C all'interno delle comunità della diaspora, provenienti da Paesi per i quali siano disponibili dati tratti da indagini rappresentative a livello nazionale (ossia i Paesi della Categoria 1). Ad esempio, le stime indirette relative alla prevalenza delle MGF/C negli Stati Uniti e in Europa non includono le sopravvissute provenienti dalla maggior parte dei Paesi asiatici e mediorientali, tra cui la Malesia e l'Oman, dove la pratica è notoriamente diffusa. Inoltre, [indagini condotte all'interno della comunità Bohra](#), hanno documentato la presenza di sopravvissute alle MGF/C che hanno subito la pratica negli Stati Uniti e nel Regno Unito, senza tuttavia essere incluse nelle stime ufficiali. Si auspica che la Direttiva dell'Unione Europea sulla Lotta alla Violenza contro le Donne e la Violenza Domestica recentemente adottata ([European Union Directive on Combating Violence against Women and Domestic Violence](#)) possa contribuire a colmare questa lacuna, poiché gli Stati membri sono ora tenuti a fornire dati aggiornati sulla prevalenza della violenza di genere, incluse le MGF/C.

Inoltre, i persistenti fraintendimenti storici e la scarsa consapevolezza che ancora circondano le MGF/C — spesso trattate esclusivamente come una pratica diffusa in Africa e trasferita attraverso le migrazioni in Nord America e in Europa — ostacolano il pieno riconoscimento del fenomeno e l'introduzione di programmi sociali adeguati, che lo riconoscano correttamente. Questi miti fuorvianti producono effetti dannosi non solo per le comunità della diaspora, ma anche per altri gruppi colpiti dalle MGF/C, poiché lasciano donne e bambine prive della necessaria protezione, esposte al rischio di continuare a subire abusi in assenza di interventi mirati, attività di sensibilizzazione e risorse a loro dedicate.

SOPRAVVIVERE ALLE MUTILAZIONI GENITALI INTERSEX: TROVARE L'IDENTITÀ E DENUNCIARE LE INGIUSTIZIE



LA STORIA DI DR. ADELINE BERRY

Mi chiamo Addy, diminutivo di Adeline. Questo nome mi ha accompagnata per tutta la vita, anche quando non poteva essere pronunciato ad alta voce. È un nome che custodisce una storia: mia madre lo aveva scelto ancor prima che nascessi, convinta che sarei stata una bambina, dopo aver assunto un farmaco chiamato dietilstilbestrolo (DES), prescritto per garantirle una gravidanza serena. Avrei dovuto portare il nome di sua sorella Adeline, scomparsa tragicamente negli anni Venti. Ma alla nascita mi fu assegnato il sesso maschile e, con esso, quel nome venne cancellato. Per anni, i miei genitori tennero nascosta la verità sul mio corpo — una verità che li confondeva, che temevano, che li faceva vergognare. Solo molto tempo dopo ho potuto riprendere il nome che era sempre stato mio: Adeline.

Sono nata in Inghilterra da genitori irlandesi: mio padre, operaio edile, e mia madre, infermiera. Entrambi portavano con sé storie pesanti, soprattutto mia madre, sopravvissuta a un'educazione violenta. Alla mia nascita, mi fu assegnato il sesso maschile. Il mio corpo non rientrava nei parametri della norma medica e i dottori consigliarono ai miei genitori di mantenere il segreto. Suggestarono loro di trasferirsi altrove e di non parlarne mai. Mia madre ne fu profondamente segnata

e un'amarezza silenziosa la accompagnò per il resto della vita. Tornammo in Irlanda e la mia infanzia si consumò tra vergogna, smarrimento e punizioni continue per una diversità che nessuno sapeva nominare, ma che tutti sembravano voler correggere.

Crescendo, non riuscivo a comprendere perché venissi trattata in quel modo. Ero considerata effeminata e in un mondo dove la mascolinità era un dogma rigido e inflessibile, mi veniva costantemente ricordato che non ero "abbastanza". Mio padre era convinto che il lavoro fisico nella sua impresa edile potesse "rafforzarmi". Ma non funzionò. Non ero "un vero ragazzo" e questo mi faceva sentire un fallimento vivente. La mia infanzia si consumò nell'isolamento: trovavo rifugio nei libri, nel disegno, nei silenzi delle biblioteche. A scuola e a casa, ero vittima di bullismo, picchiata senza tregua. A quattordici anni avevo già riportato fratture in quasi tutte le ossa del corpo. Sono sopravvissuta. Ma a quale prezzo?

Mi sono trasferita negli Stati Uniti per studiare e, per la prima volta, ho incontrato persone come me, persone che non si riconoscevano pienamente nelle categorie tradizionali di maschile o femminile. È stato illuminante e profondamente

liberatorio. Avevo trascorso anni a lottare con la mia identità, senza nemmeno conoscere il termine “intersex” fino all’età adulta. Crescendo, non disponevo del linguaggio per descrivermi, solo di una profonda vergogna. Quando finalmente ho scoperto le parole “intersex” e “transgender”, ho trovato un modo per definire me stessa, per dare un senso alla mia esistenza.

Nonostante gli ostacoli, sono riuscita a conseguire un dottorato. La mia ricerca si concentra sulle esperienze delle persone intersessuali più anziane in tutta Europa che, come me, hanno vissuto nel silenzio e nella vergogna, con storie cliniche tenute nascoste perfino a loro stesse. Ho condotto interviste con persone che hanno vissuto lo stesso tipo di segretezza e lo stesso trattamento sprezzante da parte dei medici, indipendentemente dal loro status economico o sociale. È sorprendente quanto siano simili i nostri vissuti: a prescindere dal contesto familiare, i nostri corpi sono stati modificati senza il nostro consenso e siamo stati lasciati soli ad affrontarne le conseguenze.

Convivo con le cicatrici fisiche ed emotive degli interventi chirurgici a cui sono stata sottoposta senza il mio permesso. Quando cerco aiuto per i problemi medici causati da questi interventi, spesso vengo liquidata o mi viene detto che le mie esperienze sono “impossibili”. La comunità medica raramente capisce e, peggio ancora, spesso non vuole capire. È intrappolata in un sistema che mantiene una visione rigidamente binaria dei corpi, un sistema che privilegia la conformità al benessere di persone come me.

Con il tempo, è cresciuto anche il mio impegno nell’attivismo. Oggi parlo apertamente dei danni inflitti alle persone intersessuali — nella pratica medica, nella ricerca scientifica, così come nelle conversazioni quotidiane. Ho scritto lettere a politici, incontrato funzionari per i diritti umani ed incontrato la regina Máxima dei Paesi Bassi, portando all’attenzione la questione della salute mentale dei bambini intersessuali. Spesso i genitori non sono nemmeno consapevoli di cosa significhi essere intersex, finché non hanno un figlio con queste caratteristiche. A quel punto, si ritrovano a lottare con la paura e la confusione perché

la società non li ha preparati all’esistenza di corpi che non rientrano nelle norme.

Nel mio lavoro di advocacy ho osservato come le persone che non si conformano al sistema binario di genere vengano sistematicamente ignorate, sminuite e ridotte al silenzio. Ancora oggi, i professionisti sanitari eseguono interventi chirurgici non necessari su neonati intersex, motivandoli con argomentazioni di ordine sociale - le stesse che, in alcune comunità, vengono usate per giustificare le mutilazioni genitali femminili. Questi interventi - esattamente come le MGF - mirano a esercitare controllo, a forzare le persone a conformarsi a norme rigide. Le Nazioni Unite li classificano come atti di tortura, eppure continuano a essere praticati, celati dietro l’autorità della medicina.

Vivere come persona intersessuale significa convivere con uno stigma e un isolamento costanti, aggravati da un sistema sanitario che non ci vede. Ho dovuto imparare a trovare la mia forza. L’arte è stata uno dei miei strumenti di sopravvivenza.

Il disegno mi ha offerto uno sfogo, un modo per elaborare il dolore e trasformarlo in qualcosa di tangibile. Senza l’arte, non sono sicura che sarei sopravvissuta. Molte persone intersessuali che conosco si rivolgono all’espressione creativa come a un’ancora di salvezza, un modo per raccontare le loro storie quando le parole non bastano.

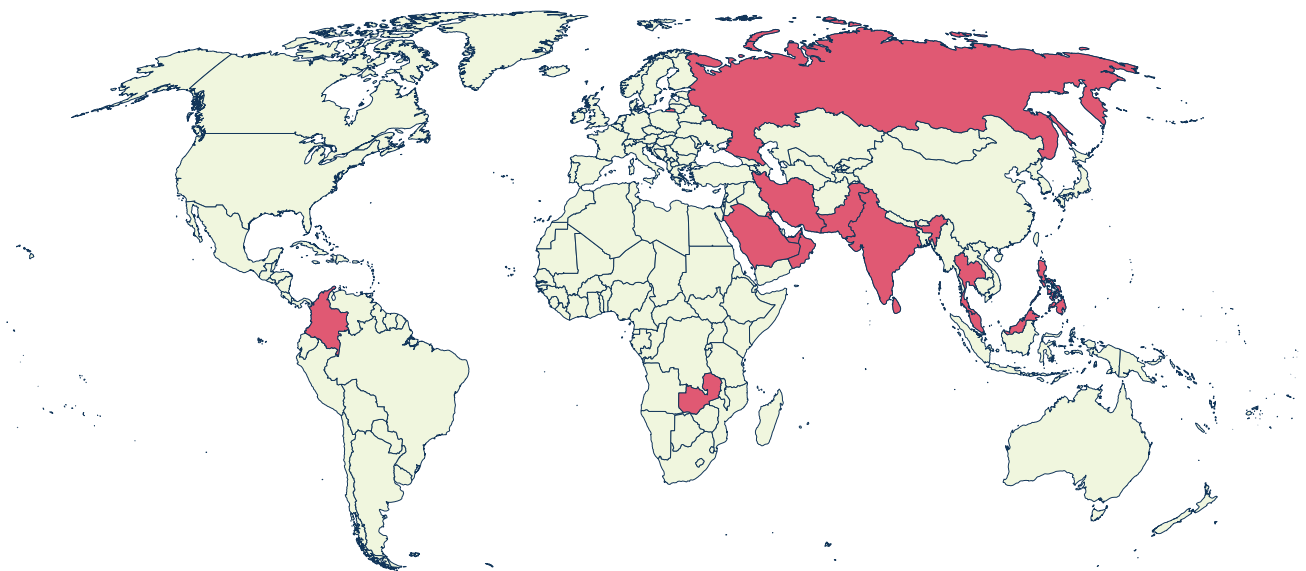
Non ho particolari speranze per il futuro. L’ascesa del fascismo e delle ideologie regressive rende difficile credere che l’accettazione sia all’orizzonte. Ma continuo a lottare, non perché creda che riuscirò a vedere il cambiamento nel corso della mia vita, ma perché lo devo a chi verrà dopo di me. Voglio che sappiano che c’è stato chi ha combattuto per loro, ha fatto sentire la propria voce e si è rifiutato di essere cancellato.

La mia non è una storia isolata. È la storia di innumerevoli persone intersessuali, nate in un mondo che non sapeva come amarle, né come accoglierle. Spero che, condividendo il mio vissuto e impegnandomi per il cambiamento, possa contribuire — anche solo in minima parte — a costruire un futuro diverso. Perché, in fondo, non si tratta solo di diritti delle persone intersex. Si tratta di umanità, di dignità e del diritto fondamentale di esistere, così come siamo.”

**“I
PROFESSIONISTI
SANITARI ANCORA ESEGUONO
INTERVENTI CHIRURGICI
NON NECESSARI SU NEONATI
INTERSEX, MOTIVANDOLI CON LE
STESSE ARGOMENTAZIONI DI
ORDINE SOCIALE CHE VENGONO
USATE PER GIUSTIFICARE LE
MUTILAZIONI GENITALI
FEMMINILI”**

**PAESI CON
DATI SULLE MGF/C
PROVENIENTI DA
STUDI SU PICCOLA
SCALA**

Gli studi di ricerca su piccola scala utilizzati in questa categoria si rivelano spesso fondamentali per fornire prove concrete della presenza di MGF/C in un determinato Paese o contesto comunitario. Offrono inoltre dati preziosi su numerosi aspetti, tra cui la medicalizzazione, l'impatto della pratica, le modalità più efficaci di supporto alle sopravvissute nel contesto specifico, le motivazioni alla base della pratica all'interno di una determinata comunità e molto altro. Tuttavia, tali studi sono generalmente caratterizzati da campioni di dimensioni limitate e, pertanto, non risultano rappresentativi dell'intera popolazione o del Paese in cui la pratica si verifica. Di conseguenza, non è possibile ricavare da essi una stima attendibile della prevalenza delle MGF/C in una data comunità o a livello nazionale. Inoltre, si tratta per lo più di indagini condotte *una tantum*, poiché le organizzazioni e i ricercatori/trici che le realizzano dispongono di risorse limitate e mancano del sostegno necessario per proseguire e aggiornare regolarmente le ricerche avviate in precedenza (Cappa, Van Baelen & Leye, 2019).



Num.	Paese	Dettagli dello Studio	Status Giuridico
1	Arabia Saudita	Le MGF/C sono diffuse in Arabia Saudita, sia tra le donne e le ragazze saudite sia tra quelle provenienti da comunità della diaspora/migranti, sulla base di informazioni tratte da oltre 13 studi di ricerca (Almeer et al., 2021). Una ricerca ha raccolto testimonianze di 963 donne a Jeddah tra dicembre 2016 e agosto 2017 (Rouzi et al., 2019) e ha rilevato che il 18,2% delle donne aveva subito MGF/C. Il campione includeva sia donne saudite che immigrate, e il 62,8% delle donne che avevano subito MGF/C erano saudite o naturalizzate saudite. La maggioranza (68%) delle donne desiderava che le MGF/C cessassero. Un'indagine su nuclei familiari condotta nel 2018 nella regione di Hali, sulla costa occidentale dell'Arabia Saudita, ha previsto interviste su un campione trasversale di 365 famiglie della regione (Milaat, Ibrahim & Albar). I dati sulle MGF/C sono stati raccolti solo per le ragazze di età inferiore ai 18 anni. Delle 285 ragazze del campione, 175 avevano subito MGF/C, dato che indica una prevalenza dell'80,3% all'interno del campione dell'indagine. Nel 91,4% dei casi, il taglio è stato eseguito da medici. Uno studio precedente del 2008 (Alsibiani & Rouzi) ha riscontrato un legame tra le mutilazioni genitali femminili (MGF/C) e disfunzioni sessuali nelle donne.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.

2	Colombia	Uno studio del 2011 ha documentato l'esistenza della clitoridectomia nella comunità indigena Embera in Colombia (Henao). La procedura viene normalmente eseguita sulle neonate. L'esistenza delle MGF/C nella comunità Embera è stata confermata anche dall'UNFPA (UNFPA, 2011). Il Ministero della Salute e della Protezione Sociale colombiano ha registrato 54 casi di MGF/C nel 2024 e 91 casi nel 2023, attraverso il suo sistema informativo integrato (SISPRO). Il Sistema Informativo Integrato sulla Violenza di Genere (SIVIGE) del governo colombiano ha registrato 122 casi di MGF/C tra il 2020 e la metà del 2024 (anche se è probabile che si tratti di una sottostima). Sebbene la maggior parte dei casi segnalati provenisse da comunità indigene, l'1,1% dei casi di MGF/C è stato segnalato anche tra le comunità afro-colombiane, Raizales e Palenqueras e l'1,1% tra le comunità migranti, a dimostrazione di una diffusione della pratica ben più ampia rispetto alla sola comunità Embera. (Ministero degli Affari Esteri della Colombia, 2024). Secondo l'Organizzazione Nazionale Indigena Colombiana, si stima che due donne Emberá su tre abbiano subito MGF/C. (ONIC, 2012)	Nessuna legge specifica contro le MGF/C. ⁶
3	Emirati Arabi Uniti	Uno studio del 2020 (Awar & Al-Jefout et al.) ha riportato i risultati di un'indagine condotta su 1.035 partecipanti provenienti da tutto il territorio degli Emirati Arabi Uniti, rivelando che il 41,4% delle partecipanti di sesso femminile aveva subito una forma di MGF/C. La tipologia più diffusa è risultata essere il Tipo I (62,8%), seguita dal Tipo II (16,6%) e dal Tipo III (5%). Uno studio precedente del 2011 (Al Marzouqi), condotto su un campione di 100 donne emiratine, ha rilevato che il 34% delle intervistate aveva subito MGF/C. Tuttavia, la ricerca non specifica la tipologia della mutilazione subita, limitandosi a segnalare che la forma più comune consiste nella rimozione di una "piccola parte dei genitali femminili". Nelle sue Osservazioni Conclusive del 2022, il Comitato CEDAW ha espresso preoccupazione per la mancanza di dati esaustivi sulla prevalenza delle MGF/C nel paese, raccomandando l'adozione di misure legislative, di sensibilizzazione e interventi in ambito educativo.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.

6 Tuttavia, nel 2024 sono stati presentati al Congresso colombiano tre progetti di legge contro le MGF/C, che sono ancora in sospeso.

4	Filippine	Uno studio condotto su 458 persone provenienti da cinque province della regione del Bangsamoro, nelle Filippine, ha rilevato che le MGF/C di tipo IV — localmente conosciute come <i>pag-islam</i> — sono ampiamente accettate, comunemente praticate e destinate con ogni probabilità a perdurare (Limpao et al., 2021). Lo studio ha inoltre evidenziato il legame tra le MGF/C e i matrimoni precoci, poiché le ragazze sottoposte alla pratica sono considerate pronte per il matrimonio. Studi precedenti avevano già documentato la presenza delle MGF/C nella stessa regione tra il popolo Meranao nella provincia di Lanao del Sur (Basher, 2014) e tra le donne musulmane della città di Zamboanga (Belisario, 2009). Attualmente non sono disponibili stime sulla prevalenza. Il tipo di MGF/C potrebbe assumere le seguenti forme: “1) lavare l'area genitale; 2) tamponare il clitoride con cotone; 3) sfregare un coltello sulla porzione anteriore delle grandi labbra o colpire il clitoride due o tre volte; 4) raschiare le grandi labbra con un coltello non appuntito fino a quando non diventano eritematose, accertandosi che non ci sia sanguinamento, oppure 5) puntura e rimozione di tessuto dal clitoride.” (UNICEF Philippines, 2016).	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.*
5	India	Un report qualitativo del 2018 di Anantnarayan, Diler & Menon, ha effettuato interviste su 94 partecipanti provenienti da cinque stati indiani (Gujarat, Madhya Pradesh, Maharashtra, Rajasthan e Kerala). La prevalenza delle MGF/C nella comunità Bohra è stata stimata al 75% tra le figlie (di età pari o superiore a sette anni) di tutte le intervistate nel campione. Il report ha inoltre evidenziato che le MGF/C erano praticate anche da alcune comunità musulmane sunnite in Kerala. Uno studio del 2017 condotto da Taher ha incluso le interviste a 385 partecipanti della comunità Bohra in diverse parti del mondo. Di queste, 217 hanno dichiarato di aver subito MGF/C in India. Uno studio del 2021 condotto da Mumkin, che ha coinvolto 221 intervistate della comunità Bohra, di cui 159 provenienti dall'India, ha rilevato che l'81% delle intervistate si opponeva alla pratica delle MGF/C. Un'indagine condotta nel 2022 a Nuova Delhi ha rilevato una scarsa consapevolezza, da parte della popolazione, dell'esistenza delle MGF/C (Nanda & Ramani, 2022).	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.

6	Iran	Uno studio del 2015 condotto da <u>Ahmady</u>, che ha coinvolto 4.000 partecipanti (3.000 donne e 1.000 uomini), ha rilevato l'esistenza di MGF/C nelle province occidentali e meridionali dell'Iran. La prevalenza stimata di MGF/C all'interno del campione analizzato in queste regioni oscillava tra il 16 e il 60% (60% nella provincia di Hormozgan, 21% nella provincia dell'Azerbaïjan occidentale, 18% a Kermanshah e 16% in Kurdistan). Uno studio recente ha documentato la presenza delle MGF/C nella provincia iraniana di Lorestan, attraverso interviste con 26 sopravvissute, contrariamente alla convinzione che la pratica fosse scomparsa dalla regione (<u>Mohamadeh, Seddighi & Rozafarian, 2022</u>). Studi precedenti hanno riportato una prevalenza di MGF/C: dell'83,2% tra 400 partecipanti nell'isola di Qeshm (<u>Mozafarian, 2014</u>), del 68,5% tra 780 partecipanti nella provincia di Hormozgan (<u>Dehgankhalili et al., 2015</u>), del 69,7% a Minab, una città nella provincia di Hormozgan nel 2002, sulla base di un sondaggio su 400 donne (<u>Khadivzadeh et al., 2009</u>) e del 55% tra un campione di 348 donne, indirizzate a cinque centri sanitari nella città di Ravansar nella provincia di Kermanshah (<u>Pashaei et al., 2012</u>). Recenti studi qualitativi in Iran si sono concentrati anche sugli impatti e i fattori alla base della pratica, mettendo in luce miti dannosi e convinzioni errate (<u>Bokaie et al., 2020</u>), nonché le conseguenze delle MGF/C sulla qualità della vita sessuale (<u>Laleh, Soltani & Roshanaei, 2022</u>), sulle difficoltà psico-sessuali (<u>Mahmoudi & Hosseini, 2017</u>) e sulla salute mentale (<u>Abdollahzadeh, M., Nourizadeh, R. & Jahdi, 2023</u>).	L'art. 663 del Codice Penale prevede una multa per la mutilazione degli organi genitali femminili.
7	Kuwait	Uno studio del 2011 (<u>Chibber et al.</u>) ha esaminato 4.800 donne in gravidanza per un periodo di quattro anni, dal 2001 al 2004, e ha riportato una prevalenza di MGF/C del 38% nel campione. Lo studio ha inoltre rilevato che le MGF/C erano associate a esiti materno-fetali avversi e a problemi psichiatrici, tra cui flashback, ansia e disturbo da stress post-traumatico.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.

8	Malesia	Esistono diversi studi quantitativi che documentano l'esistenza delle MGF/C in Malesia. <u>Pillai et al.</u> hanno condotto un sondaggio online nel 2021 rivolto a 107 partecipanti, il 79,4% delle quali era stata circoncisa. Le principali motivazioni citate dalle partecipanti che sostenevano la pratica includevano obblighi religiosi, igiene e pulizia, e la riduzione o il controllo del desiderio sessuale. Uno studio del 2012 condotto da <u>Dahlui et al.</u> ha intervistato 1196 donne musulmane, il 93% delle quali era stata "circoncisa". Uno studio del 2019 condotto da <u>Rashid & Iguchi</u> su 605 partecipanti provenienti dalla Malesia settentrionale ha documentato la crescente medicalizzazione delle MGF/C e ha rilevato che l'87,6% dei partecipanti considerava le MGF/C obbligatorie nell'Islam e oltre il 99% desiderava che la pratica continuasse. Uno studio del 2009 condotto da <u>Rashid et al.</u> ha rilevato che la maggior parte dei partecipanti riteneva che le MGF/C fossero necessarie per motivi religiosi e desiderava che la pratica continuasse. Sulla base dei dati quantitativi forniti da questi studi, <u>Orchid Project and ARROW</u> (2024) stima un tasso di prevalenza delle MGF/C pari al 93% tra la popolazione femminile di etnia Malay e che circa 7,5 milioni di donne e bambine siano interessate dalla pratica in Malesia. Le donne di etnia Malay rappresentano circa il 57% della popolazione totale del paese: ciò implica che vi è uno stimato 53% dell'intera popolazione femminile malese coinvolta dalle MGF/C. (<u>Orchid Project and ARROW</u>, 2024).	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
9	Oman	Un'indagine del 2018 (<u>Thabet & Al-Kharousi</u>) condotta su 200 donne nella provincia di Ad-Dakhiliya ha rilevato che il 95,5% delle donne intervistate aveva subito MGF/C. L'85% delle partecipanti ha espresso sostegno alla pratica. Uno studio del 2014 condotto da <u>Al-Hinai</u> nella capitale Mascate ha intervistato 100 donne provenienti da diverse regioni dell'Oman e ha rilevato una prevalenza di MGF/C del 78% nel campione esaminato. L'indagine ha inoltre rilevato che la pratica continua a essere portata avanti nel 64% delle famiglie.	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
10	Pakistan	Uno studio condotto nel 2017 da <u>Taher</u> ha coinvolto 385 partecipanti appartenenti alla comunità Bohra in diverse parti del mondo. Tra questi, 44 donne hanno dichiarato di aver subito MGF/C in Pakistan. Tutti gli interventi si sono svolti in abitazioni private e non in strutture mediche. Uno studio del 2018 (<u>Syyed</u>) ha incluso i risultati di due interviste semi-strutturate con sopravvissute alle MGF/C della comunità Bohra in Pakistan, documentando le loro opinioni sulla pratica e le esperienze vissute durante la procedura. Nel 2021, <u>Habibi</u> ha intervistato due sopravvissute pakistane e un uomo della stessa comunità, al fine di analizzare l'impatto delle MGF/C sul desiderio sessuale e il trauma psico-sessuale conseguente. Esistono inoltre evidenze aneddotiche che suggeriscono la possibile presenza della pratica anche all'interno della comunità Sheedi in Pakistan (<u>Orchid Project and ARROW</u>, 2024). Tuttavia, non sono attualmente disponibili stime sulla prevalenza.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.

11	Russia	Uno studio del 2016 condotto da Antonova & Siradzhudinova ha documentato il persistere della pratica delle MGF/C nella comunità degli Àvari nel Daghestan orientale. Il rapporto includeva interviste con 25 sopravvissute e 17 esperti che conoscevano la pratica. Il lavoro stima che la prevalenza delle MGF/C vari nei diversi distretti, dal 90-100% nelle regioni di Botlikhsky e Tsuntinsky, al 50% nella regione di Tlyaratinsky, fino a una stima del 25% tra le bambine e le donne che hanno subito MGF/C o sono a rischio nelle regioni di Tsyumadinsky e Kizlyarsky. In base alle statistiche sulle nascite, si stima che ogni anno 1.240 ragazze siano a rischio di subire MGF/C. (Antonova & Siradzhudinova, 2018).	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
12	Singapore	La pratica delle MGF/C è documentata principalmente all'interno della comunità Malay a Singapore, che rappresenta circa il 15% della popolazione totale. Un'indagine pilota condotta nel 2020 da End FGC Singapore su un campione di 360 donne musulmane ha rilevato che il 75% delle partecipanti era stata sottoposta alla pratica durante la prima infanzia. Tra le 360 intervistate, il 57% apparteneva alla comunità malese, mentre le restanti si identificavano come appartenenti alle comunità giavanese, indiana, boyanese, araba e altre. Un articolo del 2015 di Marranci riporta i risultati di uno studio qualitativo condotto nel 2011 che ha raccolto testimonianze sull'esistenza e sulla pratica delle MGF/C nella comunità malese, attraverso circa 30 interviste a sopravvissute, uomini malesi, esecutrici della pratica e leader religiosi.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
13	Sri Lanka	Uno studio condotto nel 2024 su un campione di 998 donne ha rilevato che 465 donne musulmane avevano subito personalmente MGF/C oppure conoscevano qualcuno che vi era stato sottoposto. Lo studio ha inoltre evidenziato una tendenza crescente alla medicalizzazione della pratica, con procedure eseguite in cliniche mediche private da medici musulmani. Uno studio pubblicato nel dicembre 2019 da Ibrahim & Tegal ha intervistato 26 donne, di cui 20 si sono autoidentificate come sottoposte a MGF/C, mentre altre quattro hanno "presunto" di aver subito la pratica poiché tutte le donne della loro famiglia l'avevano subita. Queste donne appartenevano alle comunità etniche Moor, Malay e Bohra. Uno studio qualitativo del 2021, condotto su 221 partecipanti, ha rilevato che le MGF/C continuano a essere praticate, sebbene in forma clandestina, all'interno delle comunità musulmane dello Sri Lanka, dove sono spesso donne di età avanzata, conosciute come <i>osthi mamis</i>, a eseguire la procedura. (Dawson & Wijewardene). Studi precedenti, tra cui l'UNESCAP Study del 2012, documentano inoltre che le MGF/C vengono praticate sulle neonate subito dopo la nascita. Non sono disponibili stime sulla prevalenza.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.

14	Thailandia	Uno studio condotto nel 2008 da <u>Merli</u> ha documentato la pratica del <i>sunat</i> all'interno della comunità musulmana nel sud della Thailandia, attraverso interviste con <i>bidan</i> (levatrici/ostetriche/esecutrici di circoncisioni locali) e l'osservazione diretta di un caso di MGF/C. <u>Orchid Project and ARROW</u> (2024) stima che la prevalenza delle MGF/C nella comunità musulmana del sud della Thailandia sia simile a quella registrata nella comunità kelantana della Malesia (dove la prevalenza è dell'88,5%), a causa delle somiglianze culturali e religiose tra le due comunità. Nelle osservazioni presentate al Comitato CEDAW (2024), il governo thailandese (<u>Thai government</u>) ha osservato che la pratica delle MGF/circoncisione (<i>khitan</i>) è incoraggiata dai principi dell'Islam come atto virtuoso, sebbene non sia considerata obbligatoria.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
15	Zambia**	L'indagine sul comportamento sessuale in Zambia (<u>ZSBS, 2009</u>), basata su un campione casuale di 2500 nuclei familiari, ha rilevato che lo 0,7% delle donne intervistate era stato circonciso, dimostrando una diminuzione rispetto alla prevalenza del 4% registrata nella prima <u>ZSBS del 2000</u>. Sulla base dei risultati della ZSBS, molte intervistate che hanno dichiarato di essere state circoncise provengono da comunità della diaspora e sono originarie di Paesi esteri. L'indagine ha inoltre evidenziato che alcune donne potrebbero essere state sottoposte a trazione o allungamento delle labbra, pur dichiarandosi "circoncise".	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.

*Le Filippine includono nel loro Codice penale una disposizione relativa alla mutilazione degli organi riproduttivi, che potrebbe potenzialmente essere applicata ai casi di MGF/C.

** Lo Zambia è stato collocato nella Categoria III anziché nella Categoria I, nonostante abbia condotto in passato diverse indagini nazionali rappresentative sulle MGF/C. Tuttavia, la raccolta di dati attraverso indagini sui nuclei familiari è stata interrotta negli ultimi anni, a causa della ridotta diffusione della pratica nella popolazione, comportandone così l'esclusione dalla Categoria I.

MEDICALIZZAZIONE DELLE MGF/C

Secondo l'OMS, si parla di “medicalizzazione” quando le MGF/C vengono eseguite da operatori sanitari, indipendentemente dal luogo in cui avvengono: cliniche pubbliche o private, abitazioni o altri ambienti. La medicalizzazione delle MGF/C è determinata da molteplici fattori, quali l'appartenenza degli operatori sanitari a comunità praticanti, che comporta il sostegno alle medesime convinzioni e pratiche, il compenso economico e la convinzione che le MGF/C eseguite in ambito medico comportino conseguenze fisiche e psicologiche minime o inesistenti. Laddove praticate, le MGF/C medicalizzate sono spesso erroneamente considerate un'alternativa sicura perché eseguite in un ambiente sterilizzato, con accesso a prodotti anestetici. Tuttavia, anche quando praticate da operatori sanitari, le MGF/C rimangono una violazione dei diritti umani, una forma di violenza di genere con conseguenze sia a breve che a lungo termine e contribuiscono alla perpetuazione della pratica. Il settore sanitario svolge un ruolo importante non solo nel sostenere le sopravvissute, ma anche nel prevenire l'ulteriore perpetratazione delle MGF/C; la loro pratica da parte di professionisti rappresenta una grave violazione del principio etico medico di “non nuocere”.

Secondo gli [ultimi dati dell'UNICEF](#) del 2024, il 66% delle ragazze che hanno recentemente subito mutilazioni genitali femminili è stato sottoposto alla pratica da parte di un operatore sanitario. Le MGF/C medicalizzate [sono sempre più diffuse in tutto il mondo](#), dalla Russia, dove [le cliniche pubblicizzavano questa pratica](#), ai Paesi ad alta prevalenza come Indonesia, Kenya ed Egitto, dove le MGF/C medicalizzate sono considerate un'alternativa legittima. In Indonesia, il 62% delle donne e bambine sottoposte alla pratica sono state tagliate da personale medico; nella maggior parte dei casi, le MGF/C vengono eseguite come parte del pacchetto di assistenza al parto o presso cliniche specializzate. Un altro sviluppo preoccupante è la pubblicazione, nel 2024, da parte del Consiglio Supremo per gli Affari Islamici dell'Etiopia, di una fatwa a sostegno delle MGF/C medicalizzate, come opzione più sicura per eseguire la pratica. Ciò evidenzia come la medicalizzazione continui a legittimare questa consuetudine, ostacolando i progressi verso il suo completo abbandono. In effetti, le evidenze suggeriscono che [gli operatori sanitari potrebbero praticare le MGF/C in modo ancor più rischioso e grave rispetto ai praticanti tradizionali](#), come dimostrato da una ricerca condotta in Indonesia.

Tale questione è oggetto di crescente dibattito a livello globale, poiché rappresenta un significativo impedimento all'eliminazione delle MGF/C. A questo proposito, il [Rapporto del Segretario Generale delle Nazioni Unite](#) del 2024 sottolinea l'importanza di non agevolare né favorire la medicalizzazione di queste pratiche.



TROVARE SPERANZA DI FRONTE ALL'OSTILITÀ

GAMBIA

** Il nome della persona menzionata in questa testimonianza è stato modificato per tutelarne la privacy e l'identità.*



**LA
STORIA
DI BINTA**

“A quei tempi, nella mia città era una celebrazione importante, perché le mutilazioni genitali femminili (MGF) non erano ancora state vietate. Ricordo che c'era aria di festa e che ero insieme con le mie amiche e le mie cugine. Ci portarono dalla donna che praticava il taglio, che noi chiamavamo *Ngansimba*. Forse fu mia nonna, o forse mia zia, a portarmi sulla schiena la mattina presto; tamburi e canti risuonavano intorno a noi. Mi bendarono, ma riuscivo ancora a percepire tutte le persone intorno a me: donne che mi tenevano le mani e altre che mi afferravano le gambe. Mi dissero che non mi avrebbe fatto male, che non avrei dovuto gridare. Ma un grido mi sfuggì. Solo una volta.

Rimanemmo nel *kota* per tre mesi, tutte insieme, noi bambine. Non era un luogo confortevole e, ripensandoci oggi, nemmeno igienico. Quando finalmente arrivò il momento di andarcene, ci fu un'altra grande cerimonia. Ci portarono al fiume, dove ci fecero il bagno e ci consegnarono abiti nuovi da indossare. Questa è stata la mia esperienza delle mutilazioni genitali femminili.

Da bambina, non pensavo ci fosse niente di sbagliato. Tra di noi, prendevamo in giro quelle che non avevano subito MGF, arrivando a deriderle o farle sentire diverse. Ci credevo: era ciò che ci avevano insegnato. Ma le cose hanno iniziato a cambiare crescendo, soprattutto quando sono diventata madre. Il parto del mio primo figlio fu difficile: mi furono applicati 33 punti di sutura. Ricordo un'ostetrica gambiana che spiegò al medico la mia condizione. In quel momento non ne comprendevo appieno il significato, ma oggi so che era una conseguenza della mutilazione genitale subita.

Più tardi, quando ho aderito alla campagna contro le MGF, ho iniziato ad avere dei flashback. Passando per la strada dove sorgeva il *kota*, sentivo uno strano odore che mi riportava alla mente ricordi che non comprendevo appieno. La gente parla di disturbo post-traumatico da stress (PTSD): forse era proprio questo. Quei ricordi fanno parte di me e anche oggi che sono adulta, possono risvegliare in me emozioni difficili.

Quando ho iniziato a parlare apertamente contro le MGF, ho incontrato molta resistenza, soprattutto da parte della mia famiglia. Provengo da una comunità praticante e i miei fratelli avevano sottoposto le loro figlie alla stessa procedura. I leader religiosi della comunità mi accusavano di tradire l'Islam, sostenendo che fossi pagata dall'Occidente per rinnegare la nostra cultura. Uscivo da quegli incontri comunitari dubitando di me stessa, logorata dalle accuse.

Un giorno, dopo aver avuto il mio secondo figlio, intervenni in un'assemblea scolastica sul tema delle MGF. Un'insegnante si alzò e mi diede della bugiarda, accusandomi di diffondere false informazioni per soldi. Quel giorno, finalmente, crollai davanti al pubblico. Piansi nel raccontare la mia esperienza e quanto fosse stata difficile la mia vita a causa delle MGF.

Fu uno dei momenti più difficili per me, ma anche un punto di svolta. Mi resi conto che condividere la mia storia avrebbe potuto aiutare gli altri a comprendere la realtà delle MGF.

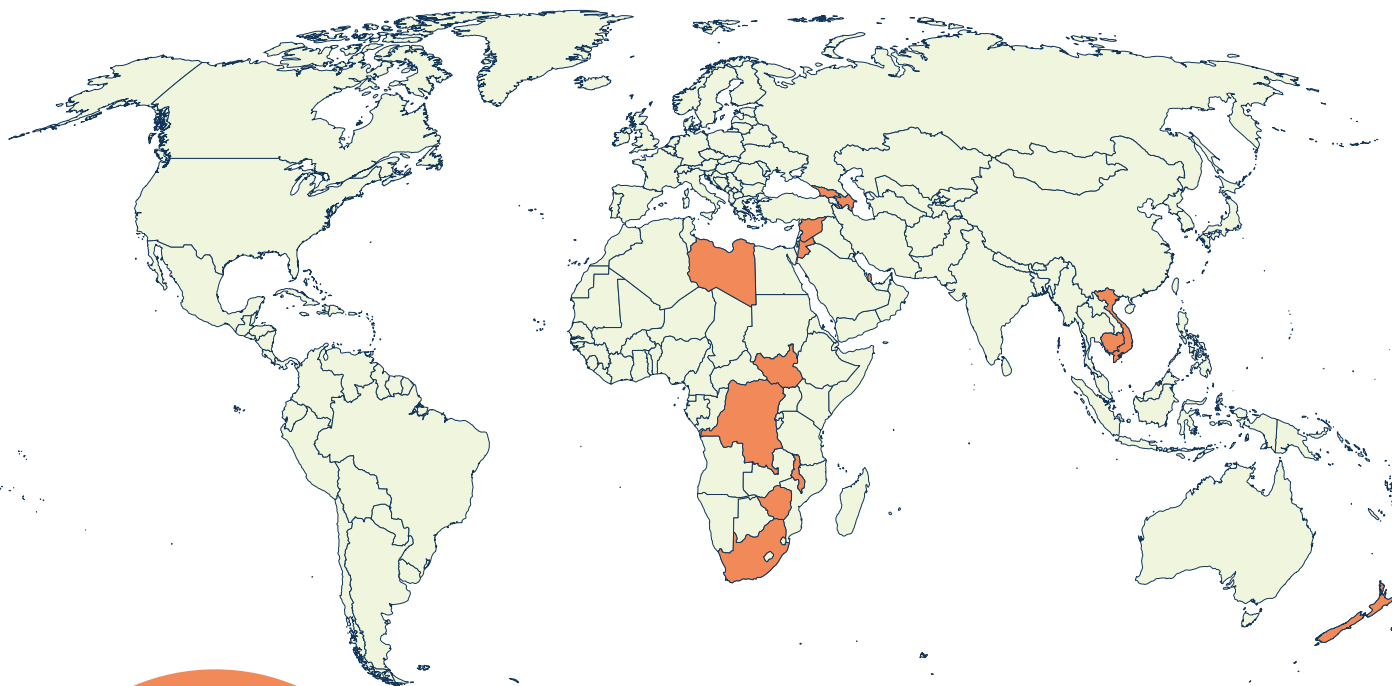
La proposta di abrogare il divieto di MGF in Gambia ha rappresentato una grave battuta d'arresto, mettendo a nudo profonde divisioni e costringendo gli attivisti/e a riconsiderare il loro approccio. La carenza di preparazione ha evidenziato la necessità di una rielaborazione immediata delle strategie, non solo da parte delle organizzazioni che operano a livello locale, ma di tutti i settori, inclusi donatori e partner internazionali. Mentre il sostegno pubblico alle MGF cresce senza che vi sia un'adeguata assunzione di responsabilità, il movimento deve adattarsi per evitare che simili sfide si diffondano in altri Paesi della regione.

Sono fermamente convinta che la lotta contro le MGF debba essere portata avanti con rispetto, riconoscendo che si tratta di una pratica ancorata a tradizioni secolari, intrecciata a credenze religiose e culturali. Le MGF non possono essere eliminate in modo isolato: le MGF si intersecano con sfide comunitarie complesse, quali la violenza sessuale e di genere, l'empowerment economico femminile, l'autonomia economica, l'istruzione delle ragazze e le gravidanze precoci. Quando si coinvolge la comunità, queste problematiche devono necessariamente essere affrontate insieme.

Dobbiamo tornare nel cuore delle nostre comunità, ascoltare, dialogare apertamente e con empatia, guidando queste conversazioni in prima persona, nel rispetto profondo delle tradizioni, della cultura e della religione. I progressi ci sono stati, ma è essenziale tracciare un bilancio del lavoro svolto e degli investimenti finora compiuti nella lotta contro le MGF, per comprendere cosa deve cambiare e come possiamo agire con maggiore efficacia.

Il dialogo onesto con le comunità, i politici e gli attivisti/e è essenziale. È anche necessario che gli uomini partecipino a queste discussioni, poiché sono loro a guidare famiglie e spazi religiosi. L'educazione religiosa e l'indipendenza finanziaria danno potere alle donne e proteggono le nostre figlie: continuo a sottolinearlo nel mio lavoro per contribuire a porre fine alle mutilazioni genitali femminili in Gambia.”

“QUANDO HO INIZIATO A PARLARE APERTAMENTE CONTRO LE MGF, HO INCONTRATO MOLTA RESISTENZA”



**PAESI CON
DATI SULLE
MGF/C TRATTI DA
REPORT DEI MEDIA
E EVIDENZE
ANEDDOTICHE**

Questa categoria include i dati sulla presenza delle MGF/C, tratti da resoconti giornalistici pubblicati, nonché da rapporti di Agenzie delle Nazioni Unite, valutazioni conclusive e osservazioni presentate agli organismi delle Nazioni Unite per i diritti umani, rapporti di organizzazioni per i diritti umani e altre forme di evidenze aneddotiche. È spesso difficile stimare la qualità e l'affidabilità delle evidenze in questa categoria, poiché le informazioni possono basarsi su articoli di stampa o altre fonti che menzionano la presenza della pratica nel paese, senza però fornire dettagli sui metodi utilizzati né sui materiali di riferimento. I governi e le istituzioni internazionali spesso non attribuiscono sufficiente importanza a tali prove.

Num.	Paese	Dati Disponibili	Status Giuridico
	Azerbaijan	Nel 2020, l'attivista Nurlana Jalil ha condotto una ricerca preliminare che ha dimostrato l'esistenza di MGF/C nelle regioni settentrionali e nord-occidentali del paese e nei villaggi isolati di Zagatala e Balakan (Jalil, 2020). Un'indagine condotta nel 2020 dall'agenzia di stampa <u>Current Time</u> ha inoltre confermato che le MGF/C vengono praticate in alcune aree remote su bambine di età compresa tra 2 e 3 anni, da tagliatrici tradizionali, in cerimonie segrete organizzate da madri o nonne presso le popolazioni del Caucaso settentrionale (Àvari e Akhvakh). Tuttavia, al momento, non esistono dati ufficiali o consistenti e l'argomento <u>rimane un tabù nelle presunte comunità praticanti</u> (Media Az, 2020; Kavkazskii Ouzel, 2018).	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.

	Bahrein	Il rapporto del Dipartimento di Stato Americano del 2005 fa riferimento a “diversi casi” di MGF/C segnalati dalla Bahrain Human Rights Society nel 2004. Un sondaggio online, condotto nel 2013 (Shaeer & Shaeer) con 992 partecipanti provenienti da 11 Paesi del Medio Oriente, ha rivelato che l'8,3% delle donne del Bahrain partecipanti alla survey ha dichiarato di aver subito MGF/C. Tuttavia, il numero esatto di donne del Bahrein che ha partecipato al sondaggio non è chiaro.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
	Brunei Darussalam	Il Ministero degli Affari Religiosi ha dichiarato che la pratica della “circoncisione femminile” o “escissione del solo prepuzio” è praticata in Brunei e che è considerata <i>wajib</i> (obbligatoria) nell'Islam. (Risposta all'elenco delle questioni al Comitato per i diritti dell'infanzia, 2015; USCIRF, 2021). Il Comitato CEDAW delle Nazioni Unite (2014) e il Comitato sui diritti dell'infanzia (2016) hanno espresso preoccupazione per l'elevata prevalenza di MGF/C e per la negazione della gravità della pratica. Il 73,8% della popolazione del Brunei è composta da musulmani Maley, che praticano le MGF/C nella vicina Malesia (Orchid Project and ARROW, 2024).	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
	Cambogia	È noto che la comunità Cham in Cambogia pratici MGF/C (Asia Network to end FGM/C), sebbene la ricerca su questa pratica sia ancora in corso (Zahari, Rashid, and Iguchi) e non siano ancora disponibili dati o ricerche pubblicati.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
	Georgia	Resoconti dei media indicano la pratica delle MGF/C da parte della comunità Àvari, diffusa principalmente nella Georgia orientale (IWPR, 2016). Uno studio del 2018 condotto da Gupta et al. ha intervistato 330 uomini e donne in Georgia, tra cui 14 membri della comunità Àvari. I partecipanti hanno indicato che altre comunità in Georgia non praticavano MGF/C, sebbene le donne più anziane della comunità Àvari abbiano tutte riferito di essersi sottoposte a MGF/C di Tipo I (rimozione del prepuzio/prepuzio clitorideo). Mentre i partecipanti hanno indicato che la pratica delle MGF/C si è ridotta tra l'attuale generazione di Àvari, gli esperti intervistati hanno osservato che la riduzione percepita potrebbe essere dovuta a sanzioni legali, le quali potrebbero aver inciso sulla diffusione clandestina della pratica.	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
	Giordania	Un solo articolo giornalistico del 2003 segnala l'esistenza di MGF/C nella città di Rahmah, che conta 500 abitanti (Daily Star, 2003). Un sondaggio online condotto nel 2013 (Shaeer & Shaeer) con 992 partecipanti provenienti da 11 Paesi del Medio Oriente ha rilevato che il 7,4% delle donne giordane ha dichiarato di aver subito MGF/C. Tuttavia, il numero esatto di donne giordane che hanno partecipato al sondaggio non è chiaro. Uno studio del 2022 dell' UNFPA ha inoltre dimostrato che le MGF/C sono ancora praticate da migranti/rifugiati sudanesi e somali in Giordania.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.

	Libia	Un'intervista online condotta nel 2013 (Shaeer & Shaeer) con 992 partecipanti da 11 Paesi del Medio Oriente ha rilevato che l'8,1% delle partecipanti di sesso femminile della Libia hanno riportato di aver subito MGF/C. Tuttavia, il numero esatto di donne libiche che hanno partecipato al sondaggio non è chiaro. Il <u>Rapporto del Dipartimento di Stato Statunitense sui Diritti Umani del 2007</u> segnala che le MGF/C avvengono in "aree remote del paese all'interno delle comunità di migranti africani" e il rapporto del 2018 rileva analogamente che, sebbene "le MGF/C non siano una pratica socialmente accettabile tra i libici", alcune delle popolazioni migranti in Libia provengono da Paesi dell'Africa subsahariana dove sono notoriamente praticate.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
	Malawi	Nel 2014, il Comitato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite ha espresso preoccupazione per i "report sulla prevalenza della pratica delle mutilazioni genitali femminili in alcune regioni", ribaditi dal <u>Comitato CEDAW nel 2023</u> . Servizi dei media (The Nation, 2013; The Chronicle, 2006) e rapporti del Dipartimento di Stato Americano (U.S. State Department 2017) indicano che le MGF/C vengono praticate in alcune piccole comunità etniche nel Malawi meridionale. La maggior parte delle ragazze viene sottoposta a mutilazione tra i 10 e i 15 anni e il tipo di MGF/C praticato sarebbe il taglio della punta del clitoride (tipo I).	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
	Nuova Zelanda	Tra le comunità della diaspora che vivono in Nuova Zelanda, alcune sono note per praticare le MGF/C, in particolare comunità provenienti da Egitto, Eritrea, Etiopia, Indonesia, Iraq e Somalia. I dati del censimento del 2013 indicano che la popolazione stimata di donne adulte di età superiore ai 15 anni provenienti da queste comunità è di circa 4.400 unità (Said et al., 2018). Tuttavia, non esistono dati o statistiche accurate sul numero di donne che vivono con MGF/C in Nuova Zelanda, né prove che dimostrino che le MGF/C siano praticate in Nuova Zelanda.	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
	Qatar	Un'indagine del 2021 rivolta al personale ostetrico in Qatar ha rilevato che 88 di loro hanno riferito di aver curato pazienti che erano state sottoposte a MGF/C, in gran parte donne provenienti da Paesi come Sudan, Egitto, Etiopia e Somalia residenti in Qatar. È fondamentale sottolineare che il 19% degli ostetrici ha dichiarato di eseguire la reinfibulazione su richiesta dopo il parto (Naz & Lindow). Non sono disponibili altri dati o prove sulla pratica in Qatar. Un rapporto medico del 2007 (Ahmed & Abushama) documenta anche le complicazioni mediche affrontate da una sopravvissuta a MGF/C di Tipo III residente in Qatar (la donna sembra appartenere a una comunità della diaspora).	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
	Repubblica Democratica del Congo	<u>UNICEF</u> nel 2007 stimava che la prevalenza delle MGF/C nella Repubblica Democratica del Congo fosse inferiore al 5%, sebbene non fossero disponibili dati di indagine. Un rapporto del 2014 sul <u>profilo di genere del paese</u> rileva (sulla base di interviste con organizzazioni locali) che "le MGF nella provincia di Equateur, dove sono state praticate in passato, sono in netto calo". Nel 2017, il Comitato per i Diritti dell'Infanzia aveva espresso preoccupazione per la persistenza delle MGF in alcune parti del paese, in particolare a Mweso, nel Nord Kivu, dove la pratica non veniva denunciata.	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.

	Siria	Un sondaggio online condotto nel 2013 (Shaeer & Shaeer) su 992 partecipanti provenienti da 11 Paesi del Medio Oriente ha rilevato che l'8,3% delle donne siriane ha dichiarato di aver subito MGF/C. Tuttavia, il numero esatto di donne siriane che hanno partecipato al sondaggio non è chiaro. Al contrario, uno studio del 2016 condotto da Pharos, che includeva ricerche documentali e conversazioni con alcuni esperti (nessuna intervista diretta con donne siriane), ha concluso che “le attività di ricerca non hanno portato a informazioni comprovate sul fatto che le MGF siano una pratica tradizionale in Siria”.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
	Sudafrica	Esistono prove che le MGF/C siano praticate tra alcuni gruppi etnici, tra cui il popolo Venda nella provincia di Limpopo (Manabe, 2010 ; Kitui, 2012) e alcune comunità nella regione Capo Orientale (SABC, 2019), nonché tra le comunità della diaspora in Sudafrica (Mswela, 2009). Uno studio rivolto a 51 ginecologi in Sudafrica ha rilevato che il 70% di loro aveva curato pazienti sottoposte a MGF/C, a dimostrazione di una crescente esposizione alle MGF/C dovuta alla migrazione (Subrayan, 2019). I medici hanno richiesto dunque ulteriori ricerche sulle MGF/C in Sudafrica (Smillie, 2022).	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
	Sud Sudan	Nel 2015, uno studio dell' UNICEF ha stimato che il tasso di prevalenza delle MGF/C in Sud Sudan fosse dell'1%. Ha inoltre rilevato che l'80% della popolazione sud-sudanese disapprovava la pratica. È stato osservato che le MGF/C vengono praticate nelle regioni settentrionali del paese al confine con il Sudan (Orchid Project, 2020 ; Committee on the Rights of the Child, 2022), comprendendo anche i campi profughi (Danish Refugee Council, 2014).	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.
	Vietnam	È noto che la comunità Cham in Vietnam pratici le MGF/C (Iguchi, 2022), sebbene la ricerca su questa pratica sia ancora in corso e non siano disponibili dati o studi pubblicati.	Nessuna legge specifica contro le MGF/C.
	Zimbabwe	Notizie del 2016 (The Herald) documentano la “circoncisione” nella comunità Tonga di Binga, dove veniva effettuata per facilitare il concepimento nelle donne che avevano difficoltà a raggiungere una gravidanza, sebbene vi siano anche segnalazioni di una diffusione più ampia della pratica stessa all'interno della comunità (Amakhosikazi Media, 2019). In passato, l'infibulazione (MGF/C di tipo III) è stata documentata all'interno del piccolo gruppo etnico Remba, nella provincia delle Midlands. (Relazione speciale delle Nazioni Unite sulla violenza contro le donne, UN SR on VAW, 2003)	Specifica disposizione penale che proibisce le MGF/C.

PAESI CON PROVE STORICHE DELLA PRATICA DI MGF/C

In diversi Paesi, tra cui Israele, Perù, Messico e Brasile, fonti storiche documentano la presenza di pratiche di MGF/C tra le popolazioni native fino a generazioni recenti. Tuttavia, vi sono poche o nessuna prova per confermare se la pratica sia definitivamente scomparsa. Sono necessarie dunque ulteriori ricerche in questi Paesi per confermare se le MGF/C abbiano ancora luogo o meno.

Israele: Le MGF/C erano state documentate in Israele tra le tribù beduine da studi passati ([Belmaker, 2012](#); [Halila et al., 2009](#); [Asali et al., 2009](#)). Tuttavia, il Governo israeliano, in una [comunicazione al Segretario Generale delle Nazioni Unite](#) del maggio 2024, ha riferito che la pratica è stata completamente eradicata in Israele e che non vi sono stati casi di MGF/C eseguiti nel paese nell'ultimo decennio. Ciò è confermato dagli studi accademici precedentemente menzionati, che non avevano trovato prove della pratica delle MGF/C tra le giovani generazioni.

Perù: In passato è stata segnalata la pratica dell' "introcisione" tra i Conibo, un gruppo del popolo indigeno Pano del Perù ([OHCHR, 1995](#)). L'introcisione è descritta come una procedura durante la quale un'anziana, utilizzando un coltello di bambù, "incide attorno all'imene a partire dall'ingresso vaginale, lo separa dalle labbra, esponendo contemporaneamente il clitoride. Successivamente vengono applicate erbe medicinali." Un documentario del 2017 ([Chua](#)) ha testimoniato l'esistenza delle MGF/C tra il popolo Shipibo in Perù, sotto forma di clitoridectomia (MGF/C di tipo I). Tuttavia, i membri della comunità hanno riferito che l'ultima volta in cui la pratica è stata eseguita risale a circa quarant'anni fa e che da allora è stata abbandonata ([Tomazoni & Garbini Both, 2018](#)). Attualmente, non esistono prove recenti che attestino la persistenza delle MGF/C nel Paese. Nella sua [comunicazione al Segretario Generale delle Nazioni Unite](#) nel 2024, il Governo peruviano ha confermato che non vi sono evidenze attuali della presenza di MGF/C nel territorio nazionale.

Brasile e Messico: Un rapporto dell'Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Diritti Umani del 1995 documenta la pratica dell' "introcisione" in Brasile e nel Messico orientale ([OHCHR, 1995](#)). L'introcisione è generalmente definita come l'allargamento o lo strappo dell'apertura vaginale e, in alcuni casi, anche del perineo. In passato sono state segnalate clitoridectomie (MGF/C di tipo I) nell'ovest del Brasile e in Messico fino alla fine degli anni '70 ([Rushwan, 2013](#)), anche se le prove disponibili non sono sufficienti per determinare se la pratica sia ancora in atto.

L'introcisione è stata anche storicamente documentata nel popolo indigeno Pitta-Patta in Australia ([OHCHR, 1995](#)), ma non si dispone di informazioni certe sull'eventuale persistenza della pratica.

Inoltre, esistono evidenze storiche che attestano come anche in comunità bianche negli Stati Uniti e nel Regno Unito siano state praticate MGF/C: nel XIX e XX secolo, infatti, i medici prescrivevano la clitoridectomia (MGF/C di Tipo I) come trattamento per l'isteria, le malattie mentali e la masturbazione.

Alcune recenti evidenze aneddotiche riportano l'esistenza della pratica anche all'interno di comunità cristiane conservatrici negli Stati Uniti. Si veda a questo proposito la storia di Renee a [pagina 16](#) per ulteriori dettagli. Tuttavia, non sono attualmente disponibili altri dati a riguardo.

UNA MADRE, UNA GUIDA, UNA VOCE PER IL CAMBIAMENTO

COLOMBIA

** Il nome della persona menzionata in questa testimonianza è stato modificato per tutelarne la privacy e l'identità.*



LA STORIA DI ANA

“Mi chiamo Ana. Sono moglie, madre di dieci figli e una orgogliosa donna Embera Katio. La mia vita affonda le radici in un piccolo insediamento Embera a Pueblo Rico, Risaralda. Sono cresciuta qui, immersa nelle nostre tradizioni,

ma il mio cammino non è stato lineare. È stato plasmato da sfide profonde e scelte difficili, che mi hanno condotta fino a questo punto: ora mi sento finalmente abbastanza forte per denunciare le pratiche che infliggono dolore alle nostre donne e bambine.

Nella nostra comunità, alle donne è spesso detto di tacere, di obbedire e di accettare la vita così com'è. Le decisioni sono solitamente nelle mani dei nostri mariti e per molto tempo ho pensato che fosse semplicemente così che andavano le cose.

Mio marito, a differenza di molti uomini, mi ha sostenuta nel proseguire gli studi e nel lavoro. È un brav'uomo, diverso da quelli che dominano o maltrattano le proprie mogli. Mi considero fortunata per questo, ma sento ancora quanto la voce delle donne sia sottovalutata. Crescendo, ho iniziato a chiedermi perché le cose debbano per forza andare così, soprattutto quando si tratta delle nostre figlie.

Uno dei segreti custoditi dalle donne della nostra comunità è qualcosa che posso solo descrivere come una ferita nascosta, una pratica che chiamiamo “la cura”. Questa pratica, che altri chiamano mutilazione genitale femminile (MGF), viene eseguita sulle neonate, spesso senza consenso o all'insaputa della madre. Il mio primo confronto con questa realtà avvenne alla nascita della mia primogenita. Dopo il parto, mia suocera — un'ostetrica — la prese tra le braccia, dicendo che si



sarebbe occupata di lei mentre io mi riposavo. Quando me la riportarono, la mia bambina sembrava ferita: il suo pianto era inconsolabile. Le mie domande furono accolte con il silenzio o liquidate come cose che “non avrei capito”.

Col tempo, ho compreso il significato reale di ciò che viene chiamato “ablazione”. Alla base di questa pratica vi è la convinzione che, se una bambina non viene “curata”, diventerà promiscua o sarà considerata inadeguata per il matrimonio. All'interno della nostra comunità, una ragazza che non ha attraversato questo rito viene percepita come diversa, subisce giudizi e persino violenze. È la paura di questa emarginazione e di questa violenza che spinge molte famiglie a perpetuare la pratica, anche quando, nel profondo, sentono che è sbagliata. Ma non posso ignorare il dolore che essa infligge, il danno che dura per tutta la vita. Questa non è la vera essenza della nostra cultura Embera. La nostra identità vive nelle nostre danze, nella nostra lingua, nell'arte della tessitura. Questa pratica è qualcos'altro, un'oscura eredità dell'epoca coloniale.

Sono una sopravvissuta alla mutilazione genitale femminile, anche se ne ho preso coscienza solo molti anni dopo. Il mio corpo ne portava i segni, ma non li avevo mai compresi fino a quando non ho imparato di più sull'argomento. Mi considero una delle fortunate. Nel 2007, il problema ha attirato l'attenzione nazionale, dopo che diverse neonate sono morte in ospedale per essere state sottoposte alla “cura”. I rappresentanti del governo hanno visitato le nostre comunità per parlarne, ed è stato allora che mi sono resa conto di quanto questa pratica fosse diffusa e pericolosa. Da quel momento ho iniziato a rompere il silenzio, prima con la mia famiglia, poi con la mia comunità.

Fu con la nascita della mia quarta figlia che, per la prima volta, ebbi la forza e la possibilità di decidere. Dissi con fermezza all'ostetrica: “No. Non lo farai.” Quel momento segnò una svolta profonda nella mia vita. Da allora, ho lavorato senza sosta per proteggere le mie figlie e le mie nipoti dallo stesso destino. Ma non è stato un cammino facile. Nella mia comunità, le MGF sono avvolte dal segreto. Le ostetriche non ne parlano apertamente, gli uomini spesso dichiarano di non saperne nulla, anche solo sollevare l'argomento porta ad incontrare numerose resistenze. Mi arrivavano avvertimenti e minacce, mi dicevano che sarei stata punita,

umiliata pubblicamente per aver messo in discussione le nostre usanze. Ma io non potevo più tacere. Non dopo aver conosciuto il dolore che questa pratica causa.

Le mie figlie ora comprendono i pericoli delle MGF. Ho parlato con loro, con le mie nuore e persino con i miei nipoti e le loro mogli. Dico loro che non spetta a noi mantenere questa tradizione e che nessuno ha il diritto di ferire il corpo di una ragazza. Ho trovato sostegno in altre donne che, ispirate dalle mie azioni, hanno iniziato a dire: “Se Ana ce l'ha fatta, possiamo farcela anche noi”. Insieme, stiamo costruendo una resistenza silenziosa, una conversazione alla volta.

**“CREDO CHE
POSSIAMO CREARE
UN FUTURO IN CUI
LE RAGAZZE SIANO AL
SICURO E CRESCANO
INTEGRE E SENZA
FERITE.”**

Come insegnante, dispongo di una piattaforma che mi consente di raggiungere più persone. Ma non voglio limitarmi a parlare. Attualmente sto seguendo un corso di formazione per diventare ostetrica, così da poter impedire che questo accada ad altre ragazze. Partecipo agli incontri organizzati dal Congresso Colombiano, dove è in corso di definizione un disegno di legge per affrontare il problema delle MGF. Credo fermamente che il cambiamento sia possibile. La nostra comunità ha bisogno di educazione: sui diritti delle donne, sull'autonomia corporea, sulle conseguenze fisiche e psicologiche delle MGF. Servono spazi sicuri in cui poter parlare apertamente - accanto ad un fuoco e condividendo buon cibo - luoghi dove anziani e giovani possano confrontarsi e condividere le proprie visioni.

Il cammino non è facile. La nostra comunità affronta sfide enormi: sfollamenti forzati, malnutrizione, matrimoni precoci imposti a bambine anche di soli dodici anni e un profondo deficit educativo. Tutti questi fattori alimentano un circolo vizioso di povertà e violenza che continua a perpetuare pratiche come le MGF. Ma se riusciremo a intervenire sulle cause profonde, sono convinta che potremo costruire un futuro in cui le bambine siano protette, crescano integre, libere da cicatrici.

Per il momento, rimango una voce che si leva nell'oscurità, a denunciare una pratica dannosa che molti preferirebbero mantenere nel silenzio. Non temo ciò che gli altri potrebbero dire o fare, perché credo che se gli uomini hanno diritto alla parola, anche le donne ce l'hanno. Abbiamo il diritto di essere ascoltate, di difendere le nostre figlie, di garantirne la sicurezza. Questa è la mia missione, la mia promessa alla prossima generazione e non mi arrenderò.”



CONCLUSIONI

Alla luce dei dati raccolti, vi sono dunque prove concrete dell'attuale diffusione delle MGF/C in oltre 94 Paesi nel mondo. L'obiettivo del presente documento è sottolineare la portata globale del fenomeno e ribadire la necessità di una risposta internazionale e complessiva. Ci auguriamo che questo Report possa costituire un punto di riferimento per orientare gli sforzi per porre fine alle MGF/C a tutti i livelli, sostenendo i governi nelle loro iniziative, chiedendo loro conto degli impegni assunti e, al contempo, proteggendo donne e bambine dalle violazioni dei loro diritti fondamentali, affinché possano vivere libere da violenza e abusi.

Attraverso l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 5.3, la comunità globale si è impegnata a eliminare le MGF/C entro il 2030; tuttavia, a soli cinque anni dalla scadenza, il traguardo appare ancora decisamente distante. Secondo l'UNFPA, quasi 4,4 milioni di ragazze, più di 12.000 al giorno, sono a rischio in tutto il mondo. Se non si intensificheranno gli sforzi per porre fine a questa pratica, si prevede che il numero di ragazze a rischio salirà a 4,6 milioni nel 2030. Nello specifico, per porre fine alle MGF/C entro il 2030, i progressi dovrebbero essere 27 volte più rapidi rispetto al tasso registrato nell'ultimo decennio. Anche queste cifre allarmanti sono comunque inadeguate in quanto non tengono conto, come sottolineato in questo Report, dei Paesi per i quali non sono disponibili dati sulla prevalenza a livello nazionale.

Dalla pubblicazione dell'ultimo Rapporto, sono stati compiuti sforzi globali congiunti per sensibilizzare sulla pratica delle MGF/C e per attuare politiche mirate a tutti i livelli: internazionale, regionale, nazionale e statale. Diversi Paesi, come Burkina Faso, Liberia e Kenya, hanno compiuto notevoli progressi nella riduzione della prevalenza delle MGF/C. Nel 2024, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato il Patto per il Futuro, esortando gli Stati membri a combattere le MGF/C. I meccanismi internazionali per i diritti umani, come i Comitati di esperti degli Organi dei Trattati delle Nazioni Unite e la Revisione Periodica Universale del Consiglio per i Diritti Umani, hanno intensificato le loro raccomandazioni sulle MGF/C, includendo anche Paesi che non avevano precedentemente ricevuto linee guida su questo tema.

**SOLO 59 PAESI
(62%) HANNO LEGGI
SPECIFICHE CHE
VIETANO LE MGF/C**

Tuttavia, solo 59 Paesi (il 62%) hanno leggi specifiche che vietano le MGF/C e le donne e le bambine si trovano sempre più spesso ad affrontare resistenze nei confronti dei loro diritti e delle tutele legali contro le MGF/C, duramente conquistati.

Nel 2025, il bisogno di investimenti finanziari e materiali da parte dei governi rimarrà sostanzialmente invariato. Il settore ha bisogno di fondi consistenti e mirati, in grado di affrontare la complessa natura delle MGF/C, come indicato nella Dichiarazione di Kigali del 2023 (*Kigali Declaration to Close the Funding Gap and United for Action to end FGM/C*). Secondo l'UNFPA, per eliminare le MGF/C entro il 2030 nei 31 Paesi prioritari, sarebbe necessario un investimento di 3,3 miliardi di dollari. Si tratta tuttavia di una stima fortemente al ribasso, poiché non tiene conto dei fondi necessari per intervenire anche nei più di 60 Paesi in cui la pratica è documentata. Tuttavia, attualmente sono disponibili solo 275 milioni di dollari in aiuti allo sviluppo per porre fine alle MGF/C, lasciando un divario di finanziamento di oltre 3 miliardi di dollari.

Si può porre fine alle MGF/C, violazioni dei diritti umani avvolte nel silenzio e profondamente radicate nelle comunità.

Storicamente, i cambiamenti sociali trasformativi hanno richiesto un approccio collettivo, collaborativo e articolato su più fronti, comprendendo riforme sociali, solide tutele legali, il riconoscimento di diritti positivi e cambiamenti sistemici. Anche l'eliminazione delle MGF/C necessita di una strategia di questo tipo. Senza dubbio, la garanzia di protezioni legali che rendano i diritti umani effettivamente rivendicabili rappresenta un passo essenziale e imprescindibile.

Le raccomandazioni del *Report Globale 2020* rimangono urgenti e applicabili agli attuali programmi, impegni e obblighi per porre fine alle MGF/C. L'attuazione di queste raccomandazioni rimane responsabilità di molteplici attori, in particolare dei governi, i quali detengono potere, risorse e influenza sostanziali sulle società che sono tenuti a governare. Tuttavia le MGF/C sono una pratica, profondamente radicata nelle norme sociali di genere, che richiede la collaborazione e la partecipazione significativa di familiari, genitori, operatori sanitari, educatori, caregivers, coniugi, forze dell'ordine, giudici, avvocati, assistenti sociali, responsabili politici, leader religiosi e tradizionali e altri membri delle nostre comunità, affinché siano consapevoli e pronti ad agire per eliminare la pratica in modo sostenibile.

A tal fine, rivolgiamo un appello urgente ai governi, alla comunità internazionale e ai donatori affinché agiscano nei seguenti ambiti:

- Rafforzare l'impegno politico globale per l'eliminazione delle MGF/C;
- Incrementare con urgenza le risorse e gli investimenti destinati a porre fine alle MGF/C e a sostenere le sopravvissute;
- Consolidare le evidenze sulla portata globale della pratica mediante ricerche mirate e approfondite;
- Adottare e attuare leggi e politiche nazionali complete ed efficaci;
- Promuovere il benessere delle sopravvissute fornendo supporto e servizi essenziali e mirati.

INFRANGERE I TABÙ, APRIRE IL DIALOGO SULLE MGF/C

MALDIVE

**Il nome della persona menzionata in questa testimonianza è stato modificato per tutelarne la privacy e l'identità.*





LA STORIA DI FATIMA

“Ho 28 anni e provengo da Hithadhoo, nelle Maldive. La mia infanzia è stata plasmata da un'educazione iperprotettiva, ma al tempo stesso comprensiva. I miei genitori, conservatori e affettuosi, mi hanno

cresciuta sia coccolata che viziata. Oggi lavoro nel settore alberghiero e, da otto mesi, vivo in un alloggio per il personale all'interno di un resort. Pur non avendo frequentato l'università, il percorso scolastico che ho seguito per quindici anni ha avuto un ruolo cruciale nel definire il mio modo di vedere il mondo.

Nel tempo libero mi dedico all'arte e all'artigianato.

La creatività è per me un rifugio e un mezzo di autoespressione, soprattutto quando rifletto sul mio percorso e sulla mia esperienza con l'*anhenun hithaanu kurun* (mutilazione genitale femminile/cutting – MGF/C), una pratica che ho imparato a comprendere e contro cui mi oppongo con fermezza.

Da piccolissima, ho subito una procedura che in seguito ho scoperto essere una MGF/C. Non conservo ricordi dell'evento in sé, solo ciò che mi è stato raccontato. Intorno ai 16 o 17 anni ho appreso di aver subito una “procedura” da bambina, ma solo nel 2023 ho compreso la reale natura di ciò che era stato fatto.

La procedura è stata eseguita da un medico, con l'intento di asportare una sottile parte del mio corpo. La mia famiglia ignorava i dettagli e le reali implicazioni di quell'intervento. È stata un'esperienza di cui non ero consapevole, qualcosa che è successo senza il mio consenso né la mia comprensione. Quando finalmente ho conosciuto la verità, ne sono rimasta profondamente ferita. Ritengo che si tratti di una pratica ingiusta, le cui conseguenze troppo spesso vengono sottovalutate o ignorate.

Le tracce fisiche delle MGF/C sono rimaste impresse su di me, ma ho avuto la fortuna di non portare con me un peso emotivo profondo, se non quel dolore iniziale che mi ha attraversato quando ho scoperto la verità.

Ho sempre creduto, con fermezza incrollabile, che le MGF/C

non siano in alcun modo necessarie. Non esiste alcuna giustificazione medica o anatomica per questa pratica. È questa convinzione che alimenta la mia silenziosa resistenza e accende in me la speranza ardente di un futuro in cui la sua ombra si dissolva per sempre.

Nelle Maldive, le MGF/C non sono un tema di cui si parla facilmente. La pratica è ancora considerata un tabù, il che rende complesso affrontarla apertamente. Sebbene io abbia avuto occasione di condividere la mia esperienza con alcune persone a me vicine, si tratta di un argomento che resta in gran parte non riconosciuto e raramente discusso all'interno delle famiglie o delle comunità.

“LE MGF/C NON SONO UN TEMA DI CUI SI PARLA FACILMENTE. LA PRATICA È ANCORA CONSIDERATA UN TABÙ, IL CHE RENDE COMPLESSO AFFRONTARLA APERTAMENTE.”

La pratica è stata spesso associata alla religione, il che complica gli sforzi per contrastarla.

Esistono sensibilità culturali e politiche profondamente legate alla questione, soprattutto quando la religione viene invocata come giustificazione. Temo che, se un giorno le MGF/C dovessero essere reintrodotte sotto la parvenza di una necessità religiosa, ciò potrebbe generare tensioni culturali e conflitti politici in una società che già si confronta con dinamiche complesse.

Sebbene il mio impegno non si sia ancora esteso oltre le conversazioni personali, sono determinata a fare in modo che nessuno, nel mio ambiente, debba subire ciò che ho vissuto io. La mia speranza è che le campagne di sensibilizzazione possano infrangere il tabù che circonda le MGF/C, promuovendo il dialogo aperto e l'educazione. Credo che la popolazione delle Maldive sia abbastanza istruita e consapevole da poter prendere una posizione chiara contro questa pratica. Tuttavia, come accade per molte altre questioni, esiste il rischio che le MGF/C vengano politicizzate, ostacolando così ogni progresso.

Immagino un futuro in cui le MGF/C non solo siano del tutto abbandonate, ma anche in cui se ne possa parlare senza timore né stigma. Le campagne di sensibilizzazione e l'educazione devono diventare priorità assolute e la narrazione intorno a questa pratica deve cambiare radicalmente. Il percorso per porre fine alle MGF/C sarà lungo e difficile, ma nutro la speranza che questa pratica non ritorni mai in uso e venga completamente eliminata.”



RACCOMANDAZIONI

1.

**RAFFORZARE
L'IMPEGNO POLITICO
GLOBALE PER
L'ELIMINAZIONE DELLE
MGF/C**

L'impegno politico è fondamentale per porre fine alle MGF/C. Il presente Report esorta i governi, la comunità internazionale e i donatori a:

- Rinnovare il proprio impegno verso l'eliminazione delle MGF/C in tutto il mondo.
- Riconoscere le MGF/C come una grave violazione dei diritti umani, una forma di violenza contro donne e bambine e una manifestazione di disuguaglianza di genere.
- Riconoscere che le MGF/C sono praticate in tutti i continenti, culture, classi socioeconomiche, livelli di istruzione, religioni ed etnie; impegnarsi a porre fine alle MGF/C come priorità globale.
- Astenersi dallo stigmatizzare una singola comunità, cultura o religione colpita dal fenomeno e garantire che tutti gli interventi tengano in considerazione che la disuguaglianza di genere è la causa principale delle MGF/C.
- Garantire l'effettiva applicazione e attuazione di una politica di tolleranza zero nei confronti delle MGF/C, indipendentemente dal tipo o dalla forma di MGF/C praticata o dalla gravità percepita del taglio, poiché tutte le forme di MGF/C sono profondamente radicate nella disuguaglianza di genere e, indipendentemente dalle loro conseguenze fisiche, hanno un serio impatto psicologico su donne e bambine.
- Garantire la raccolta e la segnalazione a livello nazionale di dati sulla prevalenza delle MGF/C e sulle azioni intraprese per porre fine alla pratica delle MGF/C in ogni Paese, in conformità con l'indicatore 5.3.2 degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs).
- Garantire che l'attuazione di queste raccomandazioni sia monitorata e che siano messi in atto chiari meccanismi di responsabilità per seguire i progressi e l'allocazione delle risorse.

2. INCREMENTARE CON URGENZA LE RISORSE E GLI INVESTIMENTI PER PORRE FINE ALLE MGF/C E SOSTENERE LE SOPRAVVISSUTE

È ormai noto che le iniziative in corso per porre fine alle MGF/C sono finanziate in modo gravemente carente. Gli attuali finanziamenti non tengono sufficientemente conto di tutti i Paesi in cui sono presenti le MGF/C, in particolare alcuni dei Paesi evidenziati in questo Report. Se vogliamo porre fine alle MGF/C, dobbiamo aumentare urgentemente gli investimenti per proteggere e sostenere in modo adeguato tutte le donne e le bambine.

Esortiamo quindi i governi, la comunità internazionale e i donatori a:

- Incrementare gli investimenti globali negli interventi volti a porre fine alle MGF/C.
- Garantire che le risorse siano investite anche in programmi volti a porre fine alle MGF/C in Paesi che tradizionalmente non sono stati considerati prioritari, ivi comprese le aree di Asia e Medio Oriente.
- Garantire la disponibilità di opportunità di finanziamento, che consentano di superare le barriere geografiche, facilitando la realizzazione di progetti e iniziative che affrontino la complessità delle MGF/C, attraverso interventi transnazionali e transfrontalieri più completi.
- Privilegiare l'assegnazione delle risorse a favore di interventi locali, guidati dalle comunità, e promuovere la sostenibilità dell'impegno comunitario attraverso finanziamenti adeguati, che tengano conto delle realtà operative delle organizzazioni e delle iniziative comunitarie.
- Garantire un incremento dei finanziamenti destinati alla formazione dei professionisti attivi in tutti i settori rilevanti — tra cui sanità, assistenza sociale, accoglienza e asilo, sistema educativo (compresa l'educazione sessuale), forze dell'ordine, giustizia, tutela dei minori, media e comunicazione — affinché siano in grado di rispondere in modo efficace ai casi di MGF/C e di violenza contro donne e bambine e di offrire assistenza e protezione adeguate, complete e basate su un approccio olistico, sia alle sopravvissute sia alle persone a rischio.
- Garantire finanziamenti adeguati alle iniziative e ai movimenti guidati dai giovani, affinché possano essere pienamente protagonisti del cambiamento per porre fine alle MGF/C entro questa generazione.

3.

RAFFORZARE IL SISTEMA DI RACCOLTA DATI TRAMITE LA RICERCA

Come evidenziato in questo Report, esistono significative lacune nei dati relativi alla prevalenza e alla pratica delle MGF/C a livello globale. Disporre di stime affidabili sulla prevalenza delle MGF/C è estremamente importante poiché tali evidenze possono essere utilizzate per avviare e guidare azioni volte a porre fine alle MGF/C, monitorare i progressi compiuti nella prevenzione, misurare l'efficacia degli interventi contro le MGF/C, favorire la rendicontazione e influenzare l'allocazione delle risorse globali per porre fine alla pratica.

A tal proposito, esortiamo i governi, la comunità internazionale e i donatori a:

- Aumentare e garantire i finanziamenti per la ricerca sulle MGF/C, dando priorità ai Paesi in cui la pratica è presente, ma che non sono tradizionalmente associati alle MGF/C.

Esortiamo in particolare i governi e la comunità internazionale (ivi compreso l'UNICEF, che ha il mandato di garantire l'attuazione dell'indicatore SDG 5.3.2) a:

- Colmare le lacune nei dati dei Paesi non appartenenti al gruppo di 31 Stati che dispongono di dati rappresentativi a livello nazionale sulla prevalenza delle MGF/C e generare stime più affidabili a livello globale.
- Produrre dati rappresentativi a livello nazionale sulla pratica delle MGF/C nei Paesi in cui vi sono evidenze di una diffusione su larga scala, come ad esempio Malesia, Oman, Iran e Brunei Darussalam — anche attraverso l'integrazione dei moduli MGF/C nelle indagini DHS o MICS. Nei contesti in cui la pratica è più localizzata, generare dati solidi tramite indagini nazionali o attraverso sondaggi/studi mirati, in grado di fornire informazioni accurate, affidabili e complete sulla diffusione delle MGF/C all'interno di specifiche comunità o regioni del paese.
- Migliorare le stime indirette disponibili sulle MGF/C, garantendo l'uso di metodologie più rigorose, utilizzando metodi coerenti tra i vari Paesi per consentire il confronto dei dati e aggiornando sistematicamente le stime indirette a intervalli regolari.
- Adottare leggi e politiche che integrino le disposizioni per le istituzioni sanitarie nazionali, volte a raccogliere dati accurati e affidabili sulla prevalenza delle MGF/C e a monitorare l'attuazione dei programmi destinati a contrastare tale pratica, con aggiornamenti periodici.
- Attraverso un approccio partecipativo e centrato sulla comunità, coinvolgere accademici, professionisti sanitari, comunità praticanti e sopravvissute nella raccolta dei dati e nella ricerca; collaborare per fornire informazioni qualitative e quantitative più accurate sulle MGF/C; e renderle disponibili e accessibili al grande pubblico per garantire interventi su misura.

4.

ADOTTARE E APPLICARE LEGGI E POLITICHE NAZIONALI COMPLETE

L'adozione di un quadro giuridico e politico specifico per affrontare la questione delle MGF/C rappresenta un chiaro segnale di volontà politica, oltre a stabilire una norma sociale che riconosce tali pratiche come dannose. Sebbene da solo non sia sufficiente, questo strumento può svolgere un ruolo fondamentale nell'accelerare il cambiamento sociale e contribuire all'eliminazione delle MGF/C. L'efficacia dei quadri normativi dipende in larga misura dalla loro corretta attuazione. È quindi essenziale coinvolgere attori chiave come le forze dell'ordine, i professionisti della protezione dell'infanzia, il personale educativo e sanitario, i leader locali, tradizionali e religiosi, le agenzie governative, la società civile, le comunità e le sopravvissute stesse.

A tal fine, esortiamo i governi a:

- Approvare leggi o disposizioni giuridiche specifiche che vietino le MGF/C in tutti i Paesi in cui la pratica è diffusa. Tali leggi dovrebbero riconoscere le MGF/C come una violazione dei diritti umani e una forma di violenza di genere, integrando un'analisi di genere approfondita e ponendo particolare attenzione alle misure preventive per proteggere bambine e donne.
- Applicare e attuare le leggi esistenti contro le MGF/C e adottare piani d'azione nazionali completi, che coinvolgano tutti gli attori rilevanti nell'eliminazione delle MGF/C e nel sostegno alle sopravvissute, garantendo risorse e finanziamenti adeguati.
- Integrare la prevenzione delle MGF/C in tutti i settori strategici, in particolare nella sanità (inclusa la salute sessuale e riproduttiva), nell'assistenza sociale, nei servizi per l'asilo, nell'istruzione (inclusa l'educazione sessuale), nella giustizia, nella protezione dei minori, nei media e nella comunicazione. È inoltre fondamentale istituire piattaforme intersettoriali per facilitare il coordinamento tra i diversi ambiti.
- Creare meccanismi strutturati per garantire il coinvolgimento reale e significativo delle comunità colpite e delle organizzazioni femminili che operano localmente — comprese quelle guidate da sopravvissute e da giovani — nelle politiche pubbliche e nei processi decisionali.
- Coinvolgere attivamente le comunità locali nell'applicazione delle leggi, affinché queste siano percepite come strumenti di protezione e non di punizione, promuovendo così maggiore adesione e rispetto delle norme.
- Fornire istruzione e informazioni sull'esistenza e gli effetti della MGF/C e sul suo status giuridico all'interno del Paese; emanare politiche, direttive e linee guida appropriate per i funzionari incaricati dell'applicazione della legge, al fine di far rispettare le leggi contro le MGF/C; sensibilizzare e migliorare la capacità dei funzionari governativi di garantire che non stigmatizzino nel loro lavoro le comunità colpite.
- Prevenire e affrontare la crescente preoccupazione riguardo la medicalizzazione delle MGF/C, anche attraverso la produzione di linee guida vincolanti rivolte al personale sanitario, che vietino tale pratica, prevedendo sanzioni professionali (quale la revoca dell'abilitazione professionale) e legali in caso di violazione.
- Integrare le voci dei giovani in tutti i livelli del processo decisionale, anche attraverso collaborazioni con le organizzazioni giovanili globali, regionali e locali esistenti.
- Promuovere l'uso dell'approccio multisettoriale e la collaborazione, attraverso la creazione di quadri formali tra i diversi settori (sanità, istruzione, forze dell'ordine, società civile, ecc.), per migliorare il coordinamento e ridurre sovrapposizioni e frammentazioni nelle azioni.

**5.
PROMUOVERE
IL BENESSERE DELLE
SOPRAVVISSUTE
GARANTENDO PIENO
ACCESSO A SERVIZI
E SUPPORTO
ADEGUATI.**

230 milioni di donne e bambine, in più di 90 Paesi del mondo, convivono con le conseguenze durature delle MGF/C. Tutte loro sono sopravvissute a una pratica profondamente dannosa e devono poter accedere, ovunque si trovino, a standard equi di supporto e assistenza personalizzati, sia dal punto di vista fisico, che psicologico e sessuologico. Questo è essenziale per promuovere l'emancipazione di queste donne e ragazze e per accompagnarle nel loro percorso di vita e di guarigione.

Pertanto, esortiamo i governi, la comunità internazionale e i donatori a:

- Investire in studi di ricerca più approfonditi sugli impatti psicologici, sessuali e sanitari delle MGF/C, con una distinzione chiara tra i diversi tipi di pratica (inclusi i tipi I e IV, su cui esistono ancora scarse evidenze), al fine di comprendere appieno le esigenze sanitarie delle sopravvissute.
- Dare priorità e incrementare in modo significativo gli investimenti in iniziative volte all'assistenza e a promuovere la cura di sé, nonché alla creazione di reti di supporto tra sopravvissute — comprese coloro che sono impegnate attivamente nella lotta contro le MGF/C — al fine di accompagnarle in modo adeguato nel loro percorso di guarigione e autodeterminazione.

Inoltre, esortiamo specificamente i governi a:

- Garantire che tutte le sopravvissute alle MGF/C, ovunque vivano, abbiano accesso a servizi generali e specialistici adeguati, accessibili e di qualità, liberamente scelti, che adottino un approccio sensibile al genere, all'età e al contesto culturale.
- Garantire un supporto sanitario olistico, centrato sulle esigenze specifiche di donne e ragazze sopravvissute, che affronti in modo completo e rispettoso le conseguenze fisiche, psicologiche e sessuologiche delle MGF/C.
- Data la complessità culturale che circonda questa pratica, garantire approcci culturalmente sensibili, guidati dalle comunità, con particolare attenzione all'informazione, alla consapevolezza e alla promozione di un cambiamento positivo, condotto dalle comunità stesse.

Equality Now, End FGM European Network e U.S. End FGM/C Network fanno parte della Global Platform for Action on Ending FGM/C, insieme a numerose altre organizzazioni della società civile e di attiviste/i. All'interno di questa piattaforma abbiamo lanciato un appello globale all'azione per porre fine alle MGF/C.

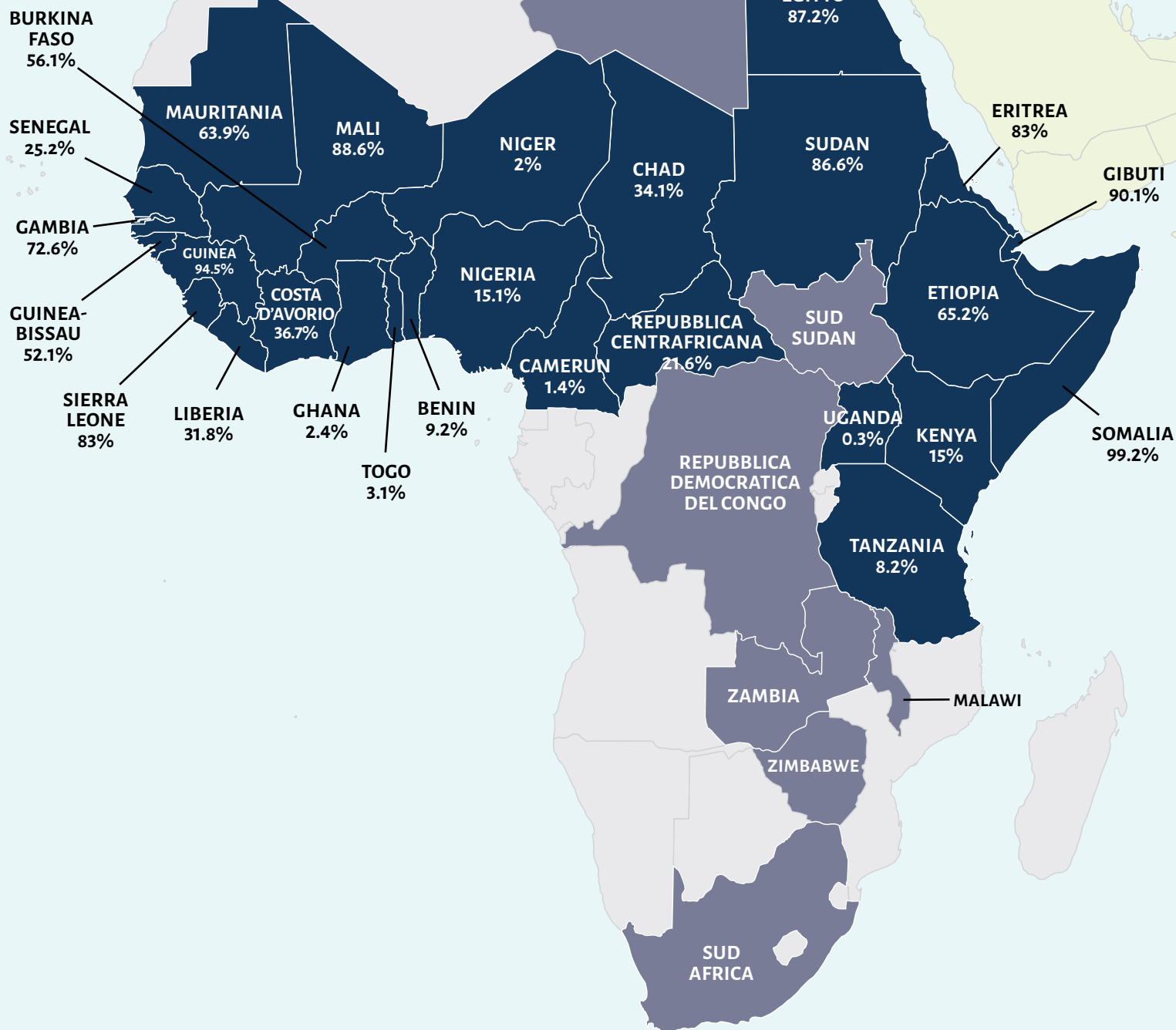
Visitate il nostro sito web e firmate qui: actiontoendfgmc.com

MGF/C NEL CONTINENTE AFRICANO

LEGENDA:

- Paesi con stime di prevalenza a livello nazionale di MGF/C
- Altri Paesi con evidenze sulle MGF/C tratti da report dei media e evidenze aneddotiche

Source: UNICEF 2020



MGF /C NELLA REGIONE ASIA-PACIFICO

PAKISTAN

Le MGF/C risultano praticate all'interno della comunità Bohra in Pakistan, che si stima conti circa 100.000 persone. Esistono evidenze aneddotiche secondo cui la pratica potrebbe verificarsi anche nella comunità Sheedi. Non sono disponibili stime di prevalenza. In Pakistan viene praticato il Tipo I di MGF/C, che comporta il taglio del prepuzio clitorideo e/o del clitoride.

INDIA

Le MGF/C risultano praticate dalla comunità Bohra, nonché da un gruppo musulmano sunnita nello Stato del Kerala. La popolazione Bohra in India è stimata intorno a 1 milione di persone. Uno studio del 2018 ha stimato una prevalenza del 75% tra le figlie delle rispondenti, appartenenti al campione esaminato della comunità Bohra. La comunità Bohra pratica la MGF/C di Tipo I, che comporta il taglio del prepuzio clitorideo e/o del clitoride, localmente noto con i nomi di "khatna" o "khafz".

SRI LANKA

Le MGF/C sono note per essere praticate tra le comunità Moor, Malay e Bohra in Sri Lanka. Non sono disponibili stime sulla prevalenza. Il tipo di MGF/C praticato è generalmente il Tipo I o Tipo IV (taglio o pizzicamento del prepuzio clitorideo e/o del clitoride).

MALDIVE

I dati nazionali mostrano una prevalenza delle MGF/C del 13% tra donne e ragazze di età compresa tra 15 e 49 anni, mentre tra le bambine di età compresa tra 0 e 14 anni la prevalenza è solo dell'1%. Le evidenze aneddotiche suggeriscono che alle Maldive venga principalmente praticata la MGF/C di Tipo IV, che consiste per lo più in piccoli tagli ai genitali.

LEGENDA:

- Paesi con stime di prevalenza a livello nazionale di MGF/C
- Altri Paesi con evidenze sulle MGF/C

THAILANDIA

In Thailandia le MGF/C sono praticate dalle comunità musulmane (che rappresentano il 5-8% della popolazione totale), principalmente concentrate nelle tre province meridionali di Yala, Narathiwat e Pattani. Si pratica la MGF/C di Tipo I o di Tipo IV (taglio o pizzicamento del prepuzio clitorideo e/o del clitoride) in una procedura nota come "sunat" o "sunat perempuan".

BRUNEI DARUSSALAM

Il governo del Brunei ha confermato che nel Paese viene praticata la MGF/C di Tipo I. Sebbene non siano disponibili dati specifici sulla prevalenza, è noto che la pratica sia ampiamente diffusa all'interno della comunità Malay, che costituisce la maggioranza della popolazione del Brunei.

FILIPPINE

Le MGF/C nelle Filippine sono praticate solo in alcune aree circoscritte del Paese, principalmente da comunità musulmane nella regione di Mindanao. Le comunità che la praticano usano i termini locali "pag-sunnat" o "turi", e la pratica rientra prevalentemente nel Tipo IV. In alcuni casi, in particolare nella pratica del turi tra i Meranao, viene praticata la MGF/C di Tipo I.

CAMBOGIA

E' noto che la comunità Cham in Cambogia pratici le MGF/C, anche se la ricerca su questa pratica è ancora in corso e non sono disponibili dati o studi pubblicati.

VIETNAM

E' noto che la comunità Cham in Cambogia pratici le MGF/C, anche se la ricerca su questa pratica è ancora in corso e non sono disponibili dati o studi pubblicati.

SINGAPORE

E' noto che, a Singapore, le MGF/C sono praticate nella comunità Malay musulmana (che rappresenta circa il 15% della popolazione totale). Un'indagine pilota ha rilevato che il 75% delle donne musulmane incluse nel campione di studio aveva subito la pratica durante la prima infanzia. I Malay praticano solitamente le MGF/C di Tipo I o Tipo IV (taglio o pizzicamento del prepuzio clitorideo e/o del clitoride), in una procedura nota come "sunat perempuan".

INDONESIA

I dati nazionali mostrano una prevalenza delle MGF/C del 51,2% tra le bambine di età compresa tra 0 e 11 anni. Il tipo di MGF/C praticato è solitamente di Tipo I o Tipo IV (taglio o pizzicamento del prepuzio clitorideo e/o del clitoride).

AUSTRALIA

Stime indirette indicano che in Australia vivono 53.088 donne sopravvissute alle MGF/C.

MALESIA

Si stima che il 53% di tutte le cittadine di sesso femminile in Malaysia sia interessato dalla pratica della MGF/C. Viene praticata principalmente la MGF/C di Tipo I o Tipo IV (taglio o pizzicamento del prepuzio clitorideo e/o del clitoride), nella maggior parte dei casi su bambine di età compresa tra 1 e 2 mesi.

NUOVA ZELANDA

Evidenze aneddotiche indicano la presenza di sopravvissute alle MGF/C, provenienti da comunità della diaspora che vivono in Nuova Zelanda, anche se non sono disponibili stime affidabili.

MGF/C IN MEDIO ORIENTE

SIRIA

Ci sono evidenze aneddotiche rispetto alla pratica delle MGF/C in Siria ma i dati disponibili sono scarsi.

GIORDANIA

Ci sono evidenze aneddotiche rispetto alla pratica delle MGF/C in Giordania ma i dati disponibili sono scarsi.

IRAQ

I dati nazionali per l'Iraq stimano una prevalenza delle MGF/C del 7,3% tra donne e ragazze di età compresa tra 15 e 49 anni. La pratica della MGF/C in Iraq è prevalentemente concentrata nella regione del Kurdistan. Il tipo di MGF/C più comune è il Tipo I.

IRAN

E' noto che le MGF/C in Iran sono presenti principalmente nella comunità curda e nelle comunità di minoranza sunnita, soprattutto nelle province situate a ovest e a sud del Paese. Diversi studi condotti in varie regioni dell'Iran hanno rilevato una prevalenza della MGF/C compresa tra il 16% e l'83%, all'interno dei campioni di popolazione esaminati. La MGF/C di Tipo I è la più comune, anche se sono stati segnalati casi di Tipo II.

KUWAIT

Esiste uno studio sulle MGF/C in Kuwait, che stima una prevalenza del 38% all'interno del campione analizzato.

BAHRAIN

Esistono evidenze aneddotiche della pratica della MGF/C in Bahrain, ma le informazioni disponibili sono scarse.

QATAR

Esistono evidenze aneddotiche della pratica della MGF/C in Qatar, ma le informazioni disponibili sono scarse.

EMIRATI ARABI UNITI

Due studi su piccola scala hanno rilevato la presenza della MGF/C negli Emirati Arabi Uniti, con una prevalenza rispettivamente del 41% e del 34% nei campioni intervistati.

OMAN

Le MGF/C sono segnalate come praticata in tutto il Paese. Un'indagine nella provincia di Ad-Dakliya ha rilevato che il 95,5% delle donne del campione ha subito MGF/C, mentre uno studio precedente condotto su donne residenti nella capitale Mascate ha mostrato una prevalenza del 78% tra le donne esaminate. In Oman si praticano principalmente la MGF/C di Tipo I e, in alcuni casi, di Tipo II.

YEMEN

I dati nazionali stimano una prevalenza delle MGF/C del 18,5% tra donne e ragazze di età compresa tra 15 e 49 anni in Yemen. Il tipo di MGF/C più comunemente praticato in Yemen è il Tipo II e la pratica è diffusa in tutto il Paese.

ARABIA SAUDITA

Le MGF/C in Arabia Saudita sono state riscontrate sia tra donne e ragazze appartenenti a comunità indigene sia tra quelle della diaspora, sulla base di informazioni provenienti da 13 studi di ricerca. Uno studio condotto a Jeddah ha rilevato che il 18% delle donne e ragazze intervistate aveva subito le MGF/C, mentre un altro studio svolto ad Hali ha stimato una prevalenza dell'80% nel campione esaminato. Le procedure di MGF/C più comunemente riportate sono di Tipo I e II, anche se sono stati segnalati alcuni casi di Tipo III.

EGYPT

National prevalence data estimates FGM/C prevalence of 87.2% among women and girls aged 15-49 in Egypt. There is high medicalization of FGM/C in Egypt, where the cutting is mostly performed by doctors.

SUDAN

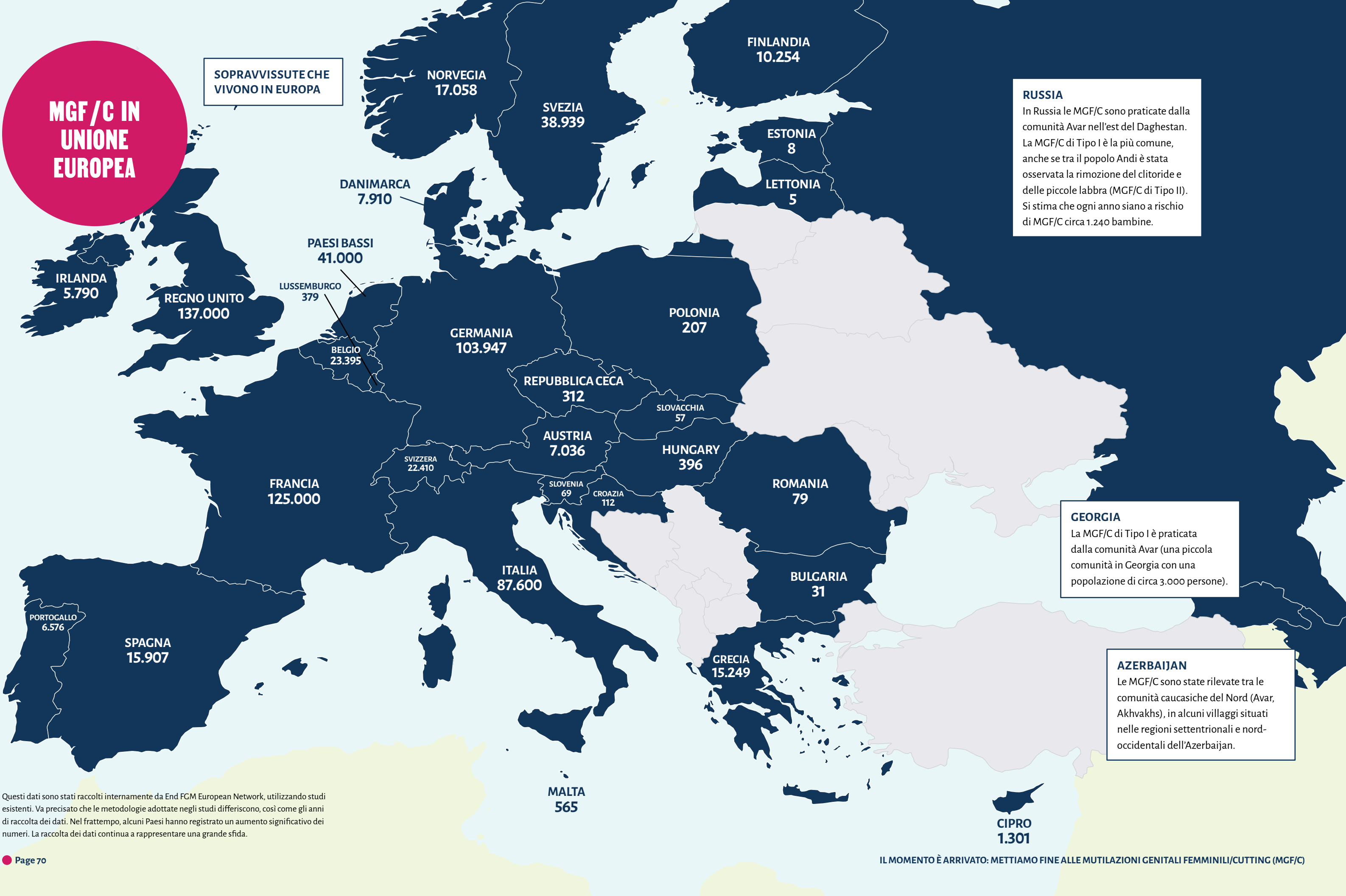
National prevalence data estimates FGM/C prevalence of 86.6% among women and girls aged 15-49 in Sudan. Girls are mostly cut between the ages of 5-9 and most of the cutting is done by formally trained midwives.

LEGENDA:

- Paesi con stime di prevalenza a livello nazionale di MGF/C
- Altri Paesi con evidenze sulle MGF/C

MGF /C IN UNIONE EUROPEA

SOPRAVVISSUTE CHE VIVONO IN EUROPA



RUSSIA
In Russia le MGF/C sono praticate dalla comunità Avar nell'est del Daghestan. La MGF/C di Tipo I è la più comune, anche se tra il popolo Andi è stata osservata la rimozione del clitoride e delle piccole labbra (MGF/C di Tipo II). Si stima che ogni anno siano a rischio di MGF/C circa 1.240 bambine.

GEORGIA
La MGF/C di Tipo I è praticata dalla comunità Avar (una piccola comunità in Georgia con una popolazione di circa 3.000 persone).

AZERBAIJAN
Le MGF/C sono state rilevate tra le comunità caucasiche del Nord (Avar, Akhvaks), in alcuni villaggi situati nelle regioni settentrionali e nord-occidentali dell'Azerbaijan.

Questi dati sono stati raccolti internamente da End FGM European Network, utilizzando studi esistenti. Va precisato che le metodologie adottate negli studi differiscono, così come gli anni di raccolta dei dati. Nel frattempo, alcuni Paesi hanno registrato un aumento significativo dei numeri. La raccolta dei dati continua a rappresentare una grande sfida.

CANADA

Statistics Canada stima che in Canada vivano tra 95.000 e 161.000 donne e bambine che hanno subito lo MGF/C o che sono a rischio di subirle.

MGF /C IN AMERICA

USA

Circa 513.000* donne e bambine a livello nazionale sono a rischio di essere sottoposte alla MGF/C. Uno studio del 2023 della AHA Foundation ha stimato che nel 2019 circa 577.000 donne e bambine erano state potenzialmente coinvolte dalla pratica della MGF/C, anche se questa cifra si riduce a 421.000 se si considera l'impatto della migrazione sulla diffusione della pratica.

Il maggior numero di donne e ragazze a rischio vive nelle seguenti aree metropolitane**:

- ① New York, Newark, Jersey City - New York State: **65.893**
- ② Washington DC, Arlington, Alexandria - Virginia: **51.411**
- ③ Minneapolis, St. Paul, Bloomington - Minnesota: **37.417**
- ④ Los Angeles, Long Beach, Anaheim - California: **23.216**
- ⑤ Seattle, Tacoma, Bellevue - Washington: **22.923**
- ⑥ Atlanta, Sandy Springs, Roswell - Georgia: **19.075**
- ⑦ Columbus - Ohio: **18.154**
- ⑧ Philadelphia, Camden, Wilmington - Pennsylvania: **16.417**
- ⑨ Dallas, Fort Worth, Arlington - Texas: **15.854**
- ⑩ Boston, Cambridge, Newton - Massachusetts: **11.347**

*Dati statistici dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2016

**Statistiche sulle aree metropolitane dallo studio del Population Reference Bureau, 2015

COLOMBIA

La MGF/C di Tipo I è noto che viene praticata dal popolo indigeno Emberá in Colombia, generalmente su neonate.

Si stima che due donne Emberá su tre abbiano subito la MGF/C.

Altre comunità indigene, così come le comunità nere, afro-colombiane, Raizales e Palenqueras, potrebbero praticare la MGF/C.

BIBLIOGRAFIA

1. UNICEF (2024), *Female Genital Mutilation: A global concern* (Mutilazioni genitali femminili: una preoccupazione globale). Disponibile all'indirizzo: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/>
2. Patto per il Futuro, Accordo Globale Digitale and Dichiarazione sulle Future Generazioni, UN, (settembre 2024). Disponibile all'indirizzo: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sotf-pact_for_the_future_adopted.pdf
3. OHCHR, Indice Universale dei Diritti Umani. Disponibile all'indirizzo: <https://uhri.ohchr.org/en>
4. OHCHR, *Rapporto del Gruppo di Lavoro sull'esame Periodico - Panama*, (dicembre 2020). Disponibile all'indirizzo: <https://www.ohchr.org/en/documents/reports/report-working-group-universal-periodic-review-panama>
5. Maria Emilia Gouffray, *Tackling Female Genital Mutilation in Colombia* (Contrastare le Mutilazioni Genitali Femminili in Colombia), *Voices*, (14 October 2024). Disponibile all'indirizzo: <https://www.bsg.ox.ac.uk/blog/tackling-female-genital-mutilation-colombia>
6. UNFPA, Giornata Internazionale della Tolleranza Zero verso le Mutilazioni Genitali Femminili (2024). Disponibile all'indirizzo: <https://www.unfpa.org/events/international-day-zero-tolerance-female-genital-mutilation>
7. Norad and UNFPA, *Responding to Female Genital Mutilation in the Face of Climate Change* (Rispondere alle Mutilazioni Genitali Femminili nel contesto del Cambiamento Climatico). Disponibile all'indirizzo: https://clearinghouse.unicef.org/sites/ch/files/ch/sites-PD-ChildProtection-Knowledge%20at%20UNICEF-Climate%20Change_FGM%20DWG_Technical%20Meeting_2023-2.0.pdf
8. Change.org, *Criminalize female genital mutilation in Sierra Leone* (Criminalizzare le Mutilazioni Genitali Femminili in Sierra Leone), (febbraio 2024). Disponibile all'indirizzo: https://www.change.org/p/criminalize-female-genital-mutilation-in-sierra-leone?recruiter=1327966780&recruited_by_id=b498c9co-b9e7-11ee-9b94-0fbad4f66f89&utm_source=share_petition&utm_campaign=share_for_starters_page&utm_medium=copylink
9. KNA, *Pregnant woman dies after botched FGM in Keijo* (Una donna incinta muore dopo una mutilazione genitale femminile mal eseguita a Keijo), *STAR* (20 novembre 2024). Disponibile all'indirizzo: <https://www.the-star.co.ke/news/realtime/2024-11-20-pregnant-woman-dies-after-botched-fgm-in-keijo>
10. Ghosh, A., Flowe, H. & Rockey, J. *Estimating excess mortality due to female genital mutilation* (Stima della mortalità in eccesso dovuta alle mutilazioni genitali femminili), *Sci Rep* 13, 13328 (2023). Disponibile all'indirizzo: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-38276-6#citeas>
11. Press Release (2024), *African Women of Faith Network Condemns Female Genital Mutilation – FGM* (La Rete delle Donne di Fede Africane Condanna le MGF). Disponibile all'indirizzo: https://www.peacemakersnetwork.org/wp-content/uploads/2024/06/AWoFN_Press_statement_on_FGM_in_Ethiopia_20241.pdf
12. UNFPA, *Costo e impatto dell'ampliamento dei programmi di prevenzione e cura delle mutilazioni genitali femminili* (2020). Disponibile all'indirizzo: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Cost%20and%20Impact%20of%20Scaling%20up%20FGM%20Prevention%20and%20Care%20Programmes%20%28English%29%20%281%29.pdf>
13. Dichiarazione di Kigali, Piattaforma Globale d'Azione per Porre Fine alle MGF/C, Conferenza *Women Deliver* (2023). Disponibile all'indirizzo: <https://actiontoendfgm.org/2023-kigali-declaration/>
14. UNFPA, *Attuazione del quadro dei diritti umani a livello internazionale e regionale per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili* (1° novembre 2014). Disponibile all'indirizzo: <https://www.unfpa.org/publications/implementation-international-and-regional-human-rights-framework-elimination-female>
15. Comitato Africano di Esperti sui Diritti e il Benessere del Bambino, *Commento Generale Congiunto sulle Mutilazioni Genitali Femminili* (giugno 2023). Disponibile all'indirizzo: https://www.acerwc.africa/sites/default/files/2023-11/Joint%20General%20Comment_ACHPR-ACERWC_on%20FGM%20%283%29.pdf
16. Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea sulla lotta contro la violenza sulle donne e la violenza domestica (aprile 2024). Disponibile su: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0234-AM-298-298_EN.pdf
17. UNICEF (2024), *Female Genital Mutilation: a Global Concern* (Le Mutilazioni Genitali Femminili: un Problema Mondiale). Disponibile all'indirizzo: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/>
18. FGM/C Research Initiative, *Law & FGM/C*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.fgmcri.org/thematic/law-and-fgm/>
19. The End FGM European Network, *FGM in Europe, Updated Map* (MGF in Europa, Mappa Aggiornata), (2024). Disponibile all'indirizzo: https://www.endfgm.eu/editor/files/2024/08/Updated_Map_2024.pdf
20. Claudia Cappa, Luk Van Baelan & Els Leye, *The practice of female genital mutilation across the world: Data availability and approaches to Measurement* (La pratica delle mutilazioni genitali femminili nel mondo: disponibilità dei dati e metodi di misurazione), 14(8) *Global Public Health* 1139 (2019). Disponibile all'indirizzo: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30724649>.
21. FGM/C Research Initiative, *Law & FGM/C*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.fgmcri.org/thematic/law-and-fgm/>
22. Gruppo della Banca Mondiale, *Compendium of International and National Frameworks on Female Genital Mutilation* (Raccolta di quadri internazionali e nazionali sulla mutilazione genitale femminile), Ottava edizione (febbraio 2024). Disponibile all'indirizzo: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/ffb98b2ac4aeb3d79cd6fba95d85b5-0260012024/original/Compendium-FGM-February-2023-8th-edition.pdf>
23. Karin Miller, *What is a 'Husband-Stitch'?* (Che cos'è il "punto del marito"?), *Health* (14 settembre 2023). Disponibile all'indirizzo: <https://www.health.com/condition/pregnancy/what-is-a-husband-stitch>

24. Hunter Kessous, *The "Husband Stitch" as an Underrecognized Form of Female Genital Mutilation/Cutting*, End FGM/C U.S. Network Blog (Il "punto del marito" come forma non riconosciuta di mutilazione/escissione genitale femminile, Blog della Rete Statunitense per Porre Fine alle/C), (13 novembre 2024). Disponibile all'indirizzo: <https://endfgmnetwork.org/blog/the-husband-stitch-as-an-underrecognized-form-of-female-genital-mutilation-cutting/>
25. Arias Sanguinetti Trial Lawyers, *25 More Women Filed Lawsuit Against OBGYN, Cedars-Sinai Medical Center Alleging Sexual Misconduct* (Altre 25 donne hanno intentato causa contro un ginecologo del Cedars-Sinai Medical Center per presunte molestie sessuali). Disponibile all'indirizzo: <https://aswtlawyers.com/blog/25-more-women-filed-lawsuit-against-obgyn-cedars-sinai-medical-center-alleging-sexual-misconduct/>
26. Arias Sanguinetti, *Arias Sanguinetti: 107 New Plaintiffs File Lawsuit Against OBGYN Barry Brock and Cedars-Sinai Medical Center* (107 nuovi querelanti intentano causa contro il ginecologo Barry Brock e il Cedars-Sinai Medical Center), PR NEWSWIRE (2 gennaio 2025). Disponibile all'indirizzo: <https://www.prnewswire.com/news-releases/arias-sanguinetti-107-new-plaintiffs-file-lawsuit-against-obgyn-barry-brock-and-cedars-sinai-medical-center-302341595.html>
27. Carrie Murphy, *Why the 'Husband Stitch' Isn't Just a Horrifying Childbirth Myth* (Perché il "punto del marito" non è solo un terrificante mito sul parto), Healthline (25 ottobre 2023). Disponibile all'indirizzo: <https://www.healthline.com/health-news/husband-stitch-is-not-just-myth>
28. UNICEF e il programma di Indagini a Grappolo con Indicatori Multipli (MICS), Strumenti. Disponibile su: <https://mics.unicef.org/tools>
29. Gruppo della Banca Mondiale, *Compendium of International and National Frameworks on Female Genital Mutilation* (Raccolta di quadri internazionali e nazionali sulla mutilazione genitale femminile), Ottava Edizione (febbraio 2024). Disponibile all'indirizzo: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/ffb98b2ac4aeab3d79cd6fba95d85b5-0260012024/original/Compendium-FGM-February-2023-8th-edition.pdf>
30. Commissione Nazionale sulla Violenza contro le Donne, *Dichiarazione di posizione della Commissione Nazionale sulle Donne in merito all'abolizione della pratica della mutilazione genitale femminile nel Regolamento Governativo n. 28 del 2024 sulla Salute* (2024). Disponibile all'indirizzo: <https://komnasperempuan.go.id/pernyataan-sikap-detail/pernyataan-sikap-komnas-perempuan-tentang-penghapusan-praktik-sunat-perempuan-dalam-peraturan-pemerintah-nomor-28-tahun-2024-tentang-kesehatan>
31. UNFPA, *Costo e impatto dell'ampliamento: programmi di prevenzione e cura delle mutilazioni genitali femminili* (2020). Disponibile all'indirizzo: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Cost%20and%20Impact%20of%20Scaling%20up%20FGM%20Prevention%20and%20Care%20Programmes%20%28English%29%20%281%29.pdf>
32. OMS e Programma sulla riproduzione umana, *Calcolatore dei costi delle mutilazioni genitali femminili* (2020). Disponibile all'indirizzo: <https://srhr.org/fgmcost/>
33. NHS England, *Female Genital Mutilation, Annual Report* (2024). Disponibile all'indirizzo: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/female-genital-mutilation/april-2023-to-march-2024>
34. Comitato sui Diritti dell'Infanzia, *Osservazioni conclusive sui Rapporti Periodici combinati Quinto e Sesto del Congo*, CRC/C/COG/CO/5-6 (2024). Disponibile all'indirizzo: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g24/026/o8/pdf/g24026o8.pdf>
35. Rete Europea End FGM in Europa, mappa aggiornata (2024). Disponibile all'indirizzo: https://www.endfgm.eu/editor/files/2024/08/Updated_Map_2024.pdf
36. Australian Institute of Health and Welfare, *Towards estimating the prevalence of female genital mutilation/cutting in Australia* (Verso una stima della prevalenza delle mutilazioni genitali femminili/cutting in Australia), (febbraio 2019). Disponibile all'indirizzo: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/f210a1d8-5a3a-4336-80c5-ca6bdc2906d5/aihw-phe230.pdf.aspx?inline=true>
37. Luk Van Baelan, Livia Ortensi & Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland* (Stime relative alle donne e alle ragazze di prima generazione che hanno subito mutilazioni genitali femminili nell'Unione europea, in Norvegia e in Svizzera), 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponibile all'indirizzo: <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
38. Dominique Duborg & Fabienne Richard, *Estimation de la prévalence des filles et femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique* (Stima della prevalenza delle ragazze e delle donne sottoposte a mutilazioni genitali femminili o a rischio di subirla che vivono in Belgio), (2018). Disponibile all'indirizzo: https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/20180302_fgm_prevalencestudy_12_pages_fr.pdf (in francese).
39. Luk Van Baelan, Livia Ortensi & Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland* (Stime relative alle donne e alle bambine di prima generazione che hanno subito mutilazioni genitali femminili nell'Unione europea, in Norvegia e in Svizzera), 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponibile all'indirizzo: <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
40. Findlay, Bougie, Kohen & Frank, *An Exploration of Methods to Estimate the Number of Immigrant Girls and Women at Risk of Female Genital Mutilation or Cutting in Canada* (Un'esplorazione dei metodi per stimare il numero di ragazze e donne immigrate a rischio di mutilazione genitale femminile o escissione in Canada), Statistics Canada (6 settembre 2023). Disponibile all'indirizzo: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-633-x/11-633-x2023002-eng.htm>
41. Luk Van Baelan, Livia Ortensi & Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland* (Stime relative alle donne e alle ragazze di prima generazione che hanno subito mutilazioni genitali femminili nell'Unione europea, in Norvegia e in Svizzera), 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponibile all'indirizzo: <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
42. European Institute for Gender Equality, *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Denmark, Spain, Luxembourg and Austria* (Stima delle ragazze a rischio di mutilazione genitale femminile nell'Unione europea: Danimarca, Spagna, Lussemburgo e Austria.), (26 maggio 2021). Disponibile all'indirizzo: https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-denmark-spain-luxembourg-and-austria?language_content_entity=en

43. Luk Van Baelan, Livia Ortensi & Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland* (Stime relative alle donne e alle ragazze di prima generazione che hanno subito mutilazioni genitali femminili nell'Unione europea, in Norvegia e in Svizzera), 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponibile all'indirizzo: <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
44. Finland Ministry of Social and Health Affairs, *Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisen (FGM) estäminen* (Prevenzione delle mutilazioni genitali femminili - MGF) (2019). Disponibile all'indirizzo: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161355/1_01_Tyttojen_ja_naisten_sukuelinten_silpominen_V.pdf?sequence=1&isAllowed=y (in finlandese).
45. Marie Lesclingand, Armelle Andro & Théo Lombart, *Estimate of Adult Women with Female Genital Mutilation Living in France* (Stima delle donne adulte con mutilazioni genitali femminili che vivono in Francia), 21 Bull. Épidémiol. Hebd. 392 (2019). Disponibile all'indirizzo: beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/21/2019_21_1.html
46. Terre des Femmes, *Dunkelzifferstatistik zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland* (Statistiche sui casi non denunciati di mutilazioni genitali femminili in Germania), (2022). Disponibile all'indirizzo: https://frauenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Unsere_Arbeit/FGM/FGM-Materialien/2022_TDF_Dunkelzifferschaetzung.pdf (in tedesco)
47. Luk Van Baelan, Livia Ortensi & Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland* (Stime relative alle donne e alle ragazze di prima generazione che hanno subito mutilazioni genitali femminili nell'Unione europea, in Norvegia e in Svizzera), 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponibile all'indirizzo: <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
48. European Institute for Gender Equality, *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Denmark, Spain, Luxembourg and Austria* (Stima delle ragazze a rischio di mutilazioni genitali femminili nell'Unione Europea: Danimarca, Spagna, Lussemburgo e Austria). (26 maggio 2021). Disponibile all'indirizzo: https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-denmark-spain-luxembourg-and-austria?language_content_entity=en
49. *Le mutilazioni genitali femminili in Italia: un aggiornamento*. Disponibile all'indirizzo: <https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/280487/411349/mpdf.pdf>
50. Luk Van Baelan, Livia Ortensi & Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland* (Stime relative alle donne e alle ragazze di prima generazione che hanno subito mutilazioni genitali femminili nell'Unione europea, in Norvegia e in Svizzera), 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponibile all'indirizzo: <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
51. Diana Geraci & Jacqueline Mulders, *Female Genital Mutilation in Syria? An enquiry into the existence of FGM in Syria* (Mutilazioni genitali femminili in Siria? Indagine sull'esistenza delle MGF in Siria), (aprile 2016). Disponibile all'indirizzo: <https://www.pharos.nl/kennisbank/female-genital-mutilation-in-syria-an-enquiry-into-the-existence-of-fgm-in-syria/>
52. Luk Van Baelan, Livia Ortensi & Els Leye, *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland* (Stime relative alle donne e alle ragazze di prima generazione che hanno subito mutilazioni genitali femminili nell'Unione europea, in Norvegia e in Svizzera), 21(6) European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 474 (2016). Disponibile all'indirizzo: <https://biblio.ugent.be/publication/8500431>
53. Manuel Lisboa et. al., *Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação* (Mutilazione genitale femminile: prevalenza, dinamiche socioculturali e raccomandazioni per la sua eliminazione), (marzo 2015). Disponibile all'indirizzo: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Relat_Mut_Genital_Feminina_p.pdf (in portoghese)
54. Académie de médecine fœto-maternelle AFMM and others, *Excisions/ mutilations génitales féminines (E/MGF), recommandations interdisciplinaires à l'intention des professionnels de la santé*. (Accademia di medicina fetale e materna AFMM e altri, Escissioni/ mutilazioni genitali femminili - E/MGF, raccomandazioni interdisciplinari destinate ai professionisti della salute). Disponibile all'indirizzo: https://www.excision.ch/public/documents/Netzwerk-Dokumente/2023_Empfehlungen_EMGF.pdf
55. Alison Macfarlane & Efu Dorkenoo, *Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales: National and local estimates* (Prevalenza delle mutilazioni genitali femminili in Inghilterra e Galles: stime nazionali e locali), (luglio 2015). Disponibile all'indirizzo: https://d3n8a8pro7vbm.cloudfront.net/equalitynow/pages/317/attachments/original/1527599923/Prevalence_of_FGM_in_England_and_Wales_o.pdf?1527599923
56. Goldberg et. al., *Female Genital Mutilation/Cutting in the United States: Updated Estimates of Women and Girls at Risk* (Mutilazioni genitali femminili/cutting negli Stati Uniti: stime aggiornate delle donne e delle ragazze a rischio), 2012, 131(2) Public Health Reports 340 (2016). Disponibile all'indirizzo: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26957669>
57. Sean Callaghan, *Female Genital Mutilation/cutting (FGM/C) in the United States. A Study of the Prevalence, Distribution, and Impact of FGM/C in the U.S.* (Mutilazioni genitali femminili/cutting - MGF/C negli Stati Uniti. Uno studio sulla prevalenza, distribuzione e impatto delle MGF/C negli Stati Uniti), 2015-2019, OSF Preprints (4 novembre 2023). Disponibile all'indirizzo: <https://osf.io/preprints/osf/7a9c3>
58. Raquel González Henao, *La ablación genital femenina en comunidades Emberá Chamí* (Mutilazioni genitali femminili nelle comunità Emberá Chamí). 37 Cadernos Pagu, 163 (2007). Disponibile all'indirizzo: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8645010> (in spagnolo)
59. United Nations Population Fund, *Project Embera-Wera: An experience of cultural change to eradicate female genital mutilation in Colombia – Latin America* (Progetto Embera-Wera: un'esperienza di cambiamento culturale per sradicare la mutilazione genitale femminile in Colombia – America Latina), (dicembre 2011). Disponibile all'indirizzo: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/proyectoembera%20%281%29%20%281%29.pdf>
60. Colombia Potencia Dela, *Contribuciones De La República De Colombia Sobre "Intensificación De Los Esfuerzos Mundiales Para La Eliminación De La Mutilación Genital Femenina."* Disponibile all'indirizzo: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/a-79-514-submission-colombia-es.pdf>

61. ONIC, "Hoy 8 de Febrero Día Internacional 'Cero contra la Mutilación Genital Femenina.'" Febbraio 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://www.onic.org.co/noticias/937-hoy-8-de-febrero-dia-internacional-cero-contra-la-mutilacion-genital-femenina>
62. Lakshmi Anantnarayan, Shabana Diler & Natasha Menon, *The Clitoral Hood - A Contested Site: Khafd or Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in India (Il cappuccio clitorideo - Un luogo controverso: Khafd o mutilazione/escissione genitale femminile - MGF/C in India)*, (gennaio 2018). Disponibile all'indirizzo: http://wespeakout.org/site/assets/files/1439/fgm_c_study_results_jan_2018.pdf
63. Mariya Taher, *Understanding Female Genital Cutting in the Dawoodi Bohra community: An Exploratory Survey (Comprendere la mutilazione genitale femminile nella comunità Dawoodi Bohra: un'indagine esplorativa)*, (febbraio 2017). Disponibile all'indirizzo: https://sahiyo.files.wordpress.com/2017/02/sahiyo_report_final-updatedbymtz.pdf
64. Mumkin, *Talking about Female Khatna in the Bohra community: A Study (Discussione sulla pratica del Khatna femminile nella comunità Bohra: uno studio)*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.mumkinapp.com/research>
65. Anjani Nanda and Vandane Raman, *The Prevalence of Female Genital Mutilation in India (LA Prevalenza delle mutilazioni genitale femminili in india)*, 11(2) *Journal of Student Research* (2022). Disponibile all'indirizzo: <https://www.jsr.org/hs/index.php/path/article/view/3285/1134>
66. Kameel Ahmady, *A Comprehensive Research Study on Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in Iran (Uno studio approfondito sulla mutilazione genitale femminile/cutting (MGF/C) in Iran) - 2015*. Disponibile all'indirizzo: <http://kameelahmady.com/wp-content/uploads/Kameel%20-%20EN%20Final.pdf>
67. Rayehe Mozafarian, *Violation of Girls' Rights: Child Marriage and FGM in the IR Iran (Violazione dei diritti delle ragazze: matrimoni precoci e mutilazioni genitali femminili nella Repubblica Islamica dell'Iran)*, 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/07/Iran-FGM-Child-Marriage-2014.pdf>
68. Mahboobeh Babaie Mohamadeh, Fariba Seddigi, Rayehe Mozafarian, *Society and Women Whom the Razor Have Not Gone Under Their Skirts: Female Genital Mutilation Among LAK Women in Iran (La società e le Donne che la lama non ha sfiorato sotto la gonna: le mutilazioni genitali femminili tra le donne Lak in Iran)*, 10(9) *Journal of Research in Humanities and Social Science*, (2022). Disponibile all'indirizzo: <https://www.questjournals.org/jrhss/papers/vol10-issue9/1009135145.pdf>
69. Rayehe Mozafarian, *Violation of Girls' Rights: Child Marriage and FGM in the IR Iran (Violazione dei diritti delle ragazze: matrimonio infantile e mutilazioni genitali femminili nella Repubblica Islamica dell'Iran)*, 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/07/Iran-FGM-Child-Marriage-2014.pdf>
70. Maryam Dehghankhalili et. al., *Epidemiology, Regional Characteristics, Knowledge, and Attitude Toward Female Genital Mutilation/Cutting in Southern Iran (Epidemiologia, caratteristiche regionali, conoscenze e atteggiamenti nei confronti delle mutilazioni genitali femminili/cutting nell'Iran meridionale)*, 12(7) *Journal of Sexual Medicine* 1577 (2015). Disponibile all'indirizzo: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)34162-X/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)34162-X/fulltext)
71. Talat Khadivzadeh, M. Ahadi & G. Seyedianlavi, *Female circumcision and women's attitude to it (Circoncisione femminile e l'atteggiamento delle donne verso di essa)*, Minab, Iran, 2002-2003, 107(2) *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 887 (2009). Disponibile all'indirizzo: [https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292\(2009\)2962375-4](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292(2009)2962375-4)
72. Rachana Chibber, Eyad el-Saleh, Jihad el-Harmi, *Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century (La circoncisione femminile: le conseguenze ostetriche e psicologiche continuano senza sosta nel XXI secolo)*, 24(6) *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 833 (2011). Disponibile all'indirizzo: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/14767058.2010.531318>
73. Pillai et al, *Perceptions Towards Female Circumcision in Malaysia (Percezioni nei confronti della circoncisione femminile in Malesia)*, gennaio 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://sistersinislam.org/wp-content/uploads/2021/04/Perceptios-Towards-Female-Circumcision-in-Malaysia-January-2021.pdf>
74. Maznah Dahlui, *The Practice of Female Circumcision in Malaysia (La pratica della circoncisione femminile in Malesia)*, Women's Development Research Centre (Centro di ricerca per lo sviluppo delle donne), (KANITA), (10 maggio 2012). Disponibile all'indirizzo: <https://archive.is/nujnz>
75. Rashid & Iguchi, *Female genital cutting in Malaysia: a mixed-methods study (Cutting genitale femminile in Malesia: uno studio con metodi misti)*, BMJ Open (2019). Disponibile all'indirizzo: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/4/e025078>
76. A. Rashid, S. Patil & A.Valimalar, *The Practice of Female Genital Mutilation among the Rural Malays in North Malaysia (La pratica della mutilazione genitale femminile tra i malesi rurali nel nord della Malesia)*, 9(1) *The Internet Journal of Third World Medicine* (2009). Disponibile all'indirizzo: <http://ispub.com/IJTWM/9/1/5621>
77. Orchid Project & ARROW, *Country Profile: FGC in Malaysia* (marzo 2024). Disponibile all'indirizzo: [https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Malaysia/malaysia_country_profile_v2_\(june_2024\).pdf](https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Malaysia/malaysia_country_profile_v2_(june_2024).pdf)
78. Hoda Thabet & Azza Al-Kharousi, *Female Genital Mutilation in the Middle East: Placing Oman on the Map (Mutilazioni genitali femminili in Medio Oriente: il posizionamento dell'Oman sulla mappa)*, (2019).
79. Habiba Al Hinai, *Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman (Mutilazioni genitali femminili nel Sultanato dell'Oman)*, gennaio 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/01/habiba-al-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf>
80. Mariya Taher, *Understanding Female Genital Cutting in the Dawoodi Bohra community: An Exploratory Survey (Comprendere la mutilazione genitale femminile nella comunità Dawoodi Bohra: un'indagine esplorativa)*, (febbraio 2017). Disponibile all'indirizzo: https://sahiyo.files.wordpress.com/2017/02/sahiyo_report_final-updatedbymtz.pdf
81. Syeed (2018), Huda Syeed, *An Understanding of FGM (Female Genital Mutilation): Women of the 'Bohra Community' who are circumcised and it's Socio-sexual Effects (Comprensione della MGF -mutilazione genitale femminile: le donne della "comunità Bohra" che sono state sottoposte a circoncisione e i relativi effetti socio-sessuali)*, 5(2) *People: International Journal of Social Sciences* 630 (2019). Disponibile all'indirizzo: <https://grdspublishing.org/index.php/people/article/view/2095>
82. Mariam Abbas Ali Habibi, *FGM and Sexual Functioning: insights from the Maasai and Bohra community (Mutilazioni genitali femminili e funzionalità sessuale: approfondimenti dalle comunità Maasai e Bohra)*, (maggio 2021). Disponibile all'indirizzo: https://www.researchgate.net/publication/352312450_FGM_and_Sexual_Functioning_insights_from_the_Maasai_and_Bohra_community

83. Orchid Project & ARROW, *Short Report: FGC in Pakistan* (luglio 2024). Disponibile all'indirizzo: [https://www.fgmc.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Pakistan/pakistan_short_report_v1_\(july_2024\).pdf](https://www.fgmc.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Pakistan/pakistan_short_report_v1_(july_2024).pdf)
84. Pag-Islam, An Exploratory Action Research on Female Genital Mutilation/Cutting Practices in the Bangsamoro Region, Philippines (Una ricerca-azione esplorativa sulle pratiche di mutilazione/escissione genitale femminile nella regione di Bangsamoro, Filippine), (marzo 2021). Disponibile all'indirizzo: <https://rilhub.org/wp-content/uploads/2021/04/FGMC-in-the-Bangsamoro-Region-Philippines.pdf>
85. Salmah Lao Manalocon-basher, *The Physical and Psychosocial Functionalities of Female Circumcision Practice among Meranaos, Mindanao, Philippines* (Le funzionalità fisiche e psicosociali della pratica della circoncisione femminile tra i Meranao, Mindanao, Filippine), 9(1) International Journal of Multi-disciplinary Research (2014). Disponibile all'indirizzo: <https://ejournals.ph/article.php?id=2645>
86. Belisario (2009), Olga Czarina Velayo Belisario, *Muslim Women and Circumcision: A Study of Intergenerational Practice and its Continuity in Southern Philippines* (Le donne musulmane e la circoncisione: uno studio sulla pratica intergenerazionale e la sua continuità nelle Filippine meridionali), 28(1) WMSU Research Journal (2009). Disponibile all'indirizzo: <https://ejournals.ph/article.php?id=6955>
87. United Nations Children's Fund, *A Systematic Literature Review of the Drivers of Violence Affecting Children: the Philippines* (Una revisione sistematica della letteratura sui fattori che determinano la violenza nei confronti dei bambini: le Filippine), (ottobre 2016). Disponibile all'indirizzo: <https://www.unicef-irc.org/files/upload/documents/The%20Philippine%20SLR%20on%20Drivers%20of%20VAC%20nov15.pdf>
88. Yu. A. Antonova & S. V. Siradzhudinova, *The practice of female genital mutilation in Dagestan: strategies for its elimination* (La pratica della mutilazione genitale femminile in Daghestan: strategie per la sua eliminazione), (2018). Disponibile all'indirizzo: https://www.academia.edu/36794961/The_practice_of_female_genital_mutilation_in_Dagestan_strategies_for_its_elimination
89. Almeer et.al., *Female Genital Mutilation in Saudi Arabia: A Systematic Review* (Mutilazioni genitali femminili in Arabia Saudita: una revisione sistematica), (2021). Disponibile all'indirizzo: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8649978/>
90. Rouzi et. al. (2019). Abdulrahim A Rouzi et. al., *Survey on female genital mutilation/cutting in Jeddah, Saudi Arabia* (Indagine sulle mutilazioni genitali femminili/cutting a Jeddah, Arabia Saudita), 9(5) BMJ Open (2019). Disponibile all'indirizzo: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e024684>
91. Waleed Abdullah Milaat, Nahla Khamis Ibrahim & Hussain Mohammed Albar, *Reproductive health profile and circumcision of females in the Hali semi-urban region, Saudi Arabia: A community-based cross-sectional survey* (Profilo di salute riproduttiva e circoncisione femminile nella regione semiurbana di Hali, Arabia Saudita: un'indagine trasversale basata sulla comunità), 38(2) Annals of Saudi Medicine (2018). Disponibile all'indirizzo: <https://www.annsaudimed.net/doi/10.5144/0256-4947.2018.81>
92. Sharifa A. Alsibiani & Abdulrahim A. Rouzi, *Sexual function in women with female genital mutilation* (Funzione sessuale nelle donne sottoposte a mutilazione genitale femminile), (2008). Disponibile all'indirizzo: https://www.kau.edu.sa/Files/140/Researches/50534_20747.pdf
93. End FGC Singapore Project, *Pilot study on FGC amongst Muslim women in Singapore* (Studio pilota sulle MGF tra le donne musulmane a Singapore), (2021). Disponibile all'indirizzo: https://www.instagram.com/p/CPoOSZzBQE3/?img_index=1
94. Gabriele Marranci, *Female circumcision in multicultural Singapore: The hidden cut* (La circoncisione femminile nella Singapore multiculturale: il taglio nascosto), 26(2) The Australian Journal of Anthropology 276 (2015). Disponibile all'indirizzo: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/taja.12070>
95. Zainab Ibrahim & Ermiza Tegal, *Towards understanding Female Genital Cutting in Sri Lanka* (Verso una comprensione della mutilazione genitale femminile in Sri Lanka), (dicembre 2019). Disponibile all'indirizzo: http://www.fpasrilanka.org/sites/default/files/towards_understanding_female_genital_cutting_in_sri_lanka.pdf
96. Angela Dawson & Kumudu Wijewardene, *Insights into preventing female genital mutilation/cutting in Sri Lanka: a qualitative interpretative study* (Approfondimenti sulla prevenzione delle mutilazioni genitali femminili/escissioni in Sri Lanka: uno studio interpretativo qualitativo), 18 Reproductive Health (2021). Disponibile all'indirizzo: reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01114-x
97. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, *Harmful Traditional Practices in Three Countries of South Asia: culture, human rights and violence against women* (Pratiche tradizionali dannose in tre Paesi dell'Asia meridionale: cultura, diritti umani e violenza contro le donne), Gender and Development Discussion Paper Series No. 21 (2012). Disponibile all'indirizzo: https://www.unescap.org/sites/default/files/SDD_pub_2530.pdf
98. Claudia Merli, *Sunat for Girls in Southern Thailand: Its Relation to Traditional Midwifery, Male Circumcision and Other Obstetrical Practices* (La sunat per le ragazze nel sud della Thailandia: il suo rapporto con l'ostetricia tradizionale, la circoncisione maschile e altre pratiche ostetriche), 3(2) Finnish Journal of Ethnicity and Migration 32 (2008). Disponibile all'indirizzo: https://www.orchidproject.org/wp-content/uploads/2019/03/Sunat_Girls_Southern_Thailand_Relation_Traditional_Midwifery_Male_Circumcision_Other_Obstetrical_Practices.pdf
99. Orchid Project & ARROW, *Short Report: FGC in Thailand* (luglio 2024). Disponibile all'indirizzo: [https://www.fgmc.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Thailand/thailand_short_report_v1_\(july_2024\).pdf](https://www.fgmc.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Thailand/thailand_short_report_v1_(july_2024).pdf)
100. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, *Eight periodic report submitted by Thailand under article 18 of the Convention, due in 2023* (Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, ottavo Rapporto periodico presentato dalla Thailandia ai sensi dell'articolo 18 della Convenzione, previsto per il 2023), CEDAW/C/THA/8 (11 giugno 2024). Disponibile all'indirizzo: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2FTHA%2F8&Lang=en
101. Al Awar et. al., *Prevalence, knowledge, attitude and practices of female genital mutilation and cutting (FGM/C) among United Arab Emirates population* (Prevalenza, conoscenza, atteggiamento e pratiche relative alla mutilazione e all'escissione genitale femminile (MGF/C) tra la popolazione degli Emirati Arabi Uniti), 20 BMC Women's Health (2020). Disponibile all'indirizzo: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-020-00949-z>

102. Wafa Al Marzouqi, *Fatal Traditions: Female Circumcision in the UAE* (Tradizioni fatali: la circoncisione femminile negli Emirati Arabi Uniti), Desert Dawn, (febbraio 2011). Disponibile all'indirizzo: https://issuu.com/awatifghaith/docs/desertdawn22.1-january_2011
103. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, *Concluding observations on the fourth periodic report of the United Arab Emirates* (Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, Osservazioni conclusive sul quarto Rapporto periodico degli Emirati Arabi Uniti), CEDAW/C/ARE/CO/4 (12 luglio 2022). Disponibile all'indirizzo: <https://nwm.unescwa.org/sites/default/files/2023-09/concluding-observations-cedaw-uae-en.pdf>
104. Central Statistical Office et. al., *Zambia Sexual Behaviour Survey 2009* (April 2010). Disponibile all'indirizzo: <https://www.zamstats.gov.zm/wp-content/uploads/2023/12/2009-Zambia-Sexual-Behaviour-Survey.pdf>
105. Central Statistical Office et. al., *Zambia Sexual Behaviour Study 2000* (April 2002). Disponibile all'indirizzo: <https://www.zamstats.gov.zm/wp-content/uploads/2023/12/2000-Zambia-Sexual-Behaviour-Survey.pdf>
106. Organizzazione Mondiale della Sanità, *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation* (Strategia globale per evitare che gli operatori sanitari praticino la mutilazione genitale femminile), (2010). Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70264/WHO_RHR_10.9_eng.pdf?sequence=1
107. Dati UNICEF, *Mutilazioni genitali femminili: una preoccupazione globale* (7 marzo 2024). Disponibile all'indirizzo: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-a-global-concern-2024/>
108. End FGM European Network, *Female Genital Mutilation & Medicalisation: Position Paper* (Mutilazioni genitali femminili e medicalizzazione: documento di orientamento). Disponibile all'indirizzo: <https://www.endfgm.eu/content/documents/reports/Female-Genital-Mutilation-and-Medicalisation-Paper-3.0-Final-Version.pdf>
109. "Clinica russa al centro di polemiche per la pratica dell'escissione femminile", BBC (29 novembre 2018). Disponibile all'indirizzo: <https://www.bbc.com/news/world-europe-46384023>
110. Samuel Kimani, Hazel Barrett & Jacinta Muteshi-Strachan, *Medicalisation of female genital mutilation is a dangerous development* (La medicalizzazione delle mutilazioni genitali femminili è uno sviluppo pericoloso), BMJ (7 febbraio 2023), <https://www.bmj.com/content/bmj/380/bmj.p302.full.pdf>
111. Assemblea Generale delle Nazioni Unite, *Intensificare gli sforzi globali per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili: Relazione del Segretario Generale*, A/79/514 (14 ottobre 2024). Disponibile all'indirizzo: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/a-79-514-sg-report-female-genital-mutilation-2024-en.pdf>
112. Nurlana Jalil, *Alternative report to the CEDAW committee for the consideration of the sixth national report of Azerbaijan: Harmful Traditional Practice - Female Genital Mutilation in Azerbaijan* (Relazione alternativa al Comitato CEDAW per l'esame della sesta relazione nazionale dell'Azerbaijan: Pratiche tradizionali dannose - Mutilazioni genitali femminili in Azerbaijan), (2020). Disponibile all'indirizzo: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2FCEDAW%2FCSS%2FAZE%2F43274&Lang=en
113. Nika Mousavi, *Current Time has found out that "female circumcision" is practiced in the north of Azerbaijan* (Current Time ha scoperto che nel nord dell'Azerbaijan viene praticata la "circoncisione femminile"), (25 giugno 2020). Disponibile all'indirizzo: <https://www.currenttime.tv/a/female-genital-mutilation-azerbaijan/30688918.html>
114. "Esiste la mutilazione genitale femminile e, se sì, chi la pratica, dove e come? Media.Az approfondisce la complessa questione", Media.AZ (7 dicembre 2020). Disponibile all'indirizzo: <https://media.az/society/zhenschine-polovaya-sfera-nuzhna-ne-dlya-udovolstviya-a-dlya-detorozhdeniya-o-zhenskom-obrezanii-v-ar>
115. Kavkazskii Uzel, *Female Circumcision in the Caucasus* (Circoncisione femminile nel Caucaso), (7 giugno 2018). Disponibile all'indirizzo: <https://www.kavkaz-uzel.eu/articles/291886/>
116. Dipartimento di Stato degli Stati Uniti, *Rapporto del Dipartimento di Stato degli Stati Uniti sulle pratiche in materia di diritti umani 2005–Bahrein*, (marzo 2006). Disponibile all'indirizzo: <https://www.refworld.org/docid/441821a220.html>
117. Ossama Shaeer and Eman Shaeer, *The Global Online Sexuality Survey: Public perception of female genital cutting among Internet users in the Middle East* (Il sondaggio globale sulla sessualità online: percezione pubblica della mutilazione genitale femminile tra gli utenti di Internet in Medio Oriente), 10 Journal of Sexual Medicine 2904 (dicembre 2013). Disponibile all'indirizzo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23578396/>
118. Committee on the Rights of the Child, *List of issues in relation to the combined second and third periodic reports of Brunei Darussalam: Replies of Brunei Darussalam to the list of issues* (Elenco delle questioni relative alla seconda e terza relazione periodica combinata del Brunei Darussalam: risposte del Brunei Darussalam all'elenco delle questioni), CRC/C/BRN/Q/2-3/Add.1 (23 dicembre 2015). Disponibile all'indirizzo: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fBRN%2fQ%2f2-3%2fAdd.1&Lang=en
119. Dipartimento di Stato degli Stati Uniti, *Rapporto sulla libertà religiosa internazionale nel Brunei*, 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2021/05/240282-BRUNEI-2020-INTERNATIONAL-RELIGIOUS-FREEDOM-REPORT.pdf>
120. Committee on the Elimination of Discrimination against Women (Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne), *Concluding observations on the combined initial and second periodic reports of Brunei Darussalam* (Osservazioni conclusive sui rapporti iniziali e periodici combinati del Brunei Darussalam), CEDAW/C/BRN/CO/1-2 (14 novembre 2014). Disponibile all'indirizzo: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fBRN%2fCO%2fi-2&Lang=en
121. Committee on the Rights of the Child, *Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Brunei Darussalam*, CRC/C/BRN/CO/2-3 (24 febbraio 2016). Disponibile all'indirizzo: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=RC%2fC%2fBRN%2fCO%2f2-3&Lang=en
122. Orchid Project & ARROW, *Short Report: FGC in Brunei* (luglio 2024). Disponibile all'indirizzo: [https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Brunei/brunei_short_report_v1_july_2024\).pdf](https://www.fgmcri.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/Brunei/brunei_short_report_v1_july_2024).pdf)
123. Asia Network to End FGM/C, *Cambodia*. Disponibile all'indirizzo: <https://endfgmcasia.org/fgm-c-in-asia/cambodia.html>

124. Siti Nur Afqah Zahari, *Why Cambodian Immigrant Muslim Women in Malaysia still practice Female Genital Cutting? (Perché le donne musulmane cambogiane immigrate in Malesia continuano a praticare la mutilazione genitale femminile?)*, University of Science Malaysia (febbraio 2024). Disponibile all'indirizzo: https://www.researchgate.net/publication/380212344_Why_Cambodian_Immigrant_Muslim_Women_in_Malaysia_still_practice_Female_Genital_Cutting
125. Abdul Rashid & Yufu Iguchi, *The Practice of Female Genital Cutting Among the Muslim Cham Women in Cambodia (La pratica della mutilazione genitale femminile tra le donne musulmane Cham in Cambogia)*, Asia Pacific Conference 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://confit.atlas.jp/guide/event/apconf2022/subject/1F20605-08-04/detail?lang=en>
126. United Nations Children's Fund (Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia), *Co-ordinated strategy to abandon FGM/C in one generation (Strategia coordinata per l'abolizione delle mutilazioni genitali femminili/cutting in una generazione)*, (gennaio 2007). Disponibile all'indirizzo: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/fgmc_Coordinated_Strategy_to_Abandon_FGM_C_in_One_Generation_eng_98.pdf
127. Dr Laura Davis Paola, Fabbri Ilot & Muthaka Alphonse, *Gender Country Profile – 2014: Democratic Republic of Congo (Profilo di genere per paese – 2014: Repubblica Democratica del Congo)*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.lauradavis.eu/wp-content/uploads/2014/07/Gender-Country-Profile-DRC-2014.pdf>
128. Aida Mirmaksumova, *FGM Uncovered in Georgia*, IWPR (4 November 2016). Disponibile all'indirizzo: <https://iwpr.net/global-voices/fgm-uncovered-georgia>
129. T.P Gupta, A. Taylor, G. Lauro, L. Shengelia, L. Sturua, *Exploring Harmful Practices of Early/Child Marriage and FGM/C in Georgia - Results from a Qualitative Research (Analisi delle pratiche dannose del matrimonio precoce/infantile e delle mutilazioni genitali femminili/escissione in Georgia - Risultati di una ricerca qualitativa)*, National Center for Disease Control and Public Health, Promundo US, United Nations Population Fund (UNFPA) & United Nations Children's Fund (UNICEF). Disponibile all'indirizzo: https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Exploring%20Harmful%20Practices%20of%20EarlyChild%20Marriage%20and%20FGMC%20in%20Georgia_o_o.pdf
130. Rana Sabbagh-Gargour, *La città giordana che pratica ancora la circoncisione femminile*, Daily Star (13 novembre 2003). Disponibile all'indirizzo: <http://www.dailystar.com.lb/Culture/Art/2003/Nov-13/111346-the-jordanian-town-that-still-circumcises-women.ashx#ixzz201SqzSFw>
131. Ossama Shaer and Eman Shaer, *The Global Online Sexuality Survey: Public perception of female genital cutting among Internet users in the Middle East (Sondaggio globale online sulla sessualità: percezione pubblica della mutilazione genitale femminile tra gli utenti di Internet in Medio Oriente)*, 10 Journal of Sexual Medicine 2904 (dicembre 2013). Disponibile all'indirizzo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23578396/>
132. United Nations Population Fund, *Female Genital Mutilation among non-Syrian Refugees/migrants in Jordan (Mutilazioni genitali femminili tra le rifugiate/migranti non siriane in Giordania)*, (21 aprile 2022). Disponibile all'indirizzo: <https://jordan.unfpa.org/en/publications/female-genital-mutilation-among-non-syrian-refugeesmigrants-jordan>
133. Ossama Shaer and Eman Shaer, *The Global Online Sexuality Survey: Public perception of female genital cutting among Internet users in the Middle East (Sondaggio globale online sulla sessualità: percezione pubblica della mutilazione genitale femminile tra gli utenti di Internet in Medio Oriente)*, 10 Journal of Sexual Medicine 2904 (dicembre 2013). Disponibile all'indirizzo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23578396/>
134. United States Department of State, 2007 *Country Reports on Human Rights Practices - Libya* (marzo 2018). Disponibile all'indirizzo: <https://2009-2017.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/2007/100601.htm>
135. United States Department of State, 2018 *Country Reports on Human Rights Practices - Libya* (marzo 2019). Disponibile all'indirizzo: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/03/LIBYA-2018-HUMAN-RIGHTS-REPORT.pdf>
136. Human Rights Committee (Comitato per i diritti umani), *Concluding observations on the initial periodic report of Malawi (Osservazioni conclusive sul Rapporto periodico iniziale del Malawi)*, CCPR/C/MW/CO/1/Add.1 (19 agosto 2014). Disponibile all'indirizzo: <https://digitallibrary.un.org/record/779516?ln=en&v=pdf#record-files-collapse-header>
137. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *Concluding observations on the eighth periodic report of Malawi (Osservazioni conclusive sull'ottavo Rapporto periodico del Malawi)*, CEDAW/C/MW/CO/8 (14 novembre 2023). Disponibile all'indirizzo: <https://www.ohchr.org/en/documents/concluding-observations/cedawcmwico8-concluding-observations-eighth-periodic-report>
138. Paida Mpaso, *Female genital mutilation exists (Le mutilazioni genitali femminili esistono)*, The Nation (4 agosto 2013). Disponibile all'indirizzo: <https://mwnation.com/female-genital-mutilation-exists/>
139. Pusha Jamieson, *Malawi: Female Genital Mutilation Being Conducted on the Quiet with Young Girls Exposed to Infections and to HIV (Malawi: mutilazioni genitali femminili praticate in segreto lasciano giovani donne esposte al rischio di infezioni e HIV)*, The Chronicle (13 febbraio 2006). Disponibile all'indirizzo: <https://allafrica.com/stories/200602130979.html>
140. United States Department of State, 2016 *Country Reports on Human Rights Practices – Malawi (Rapporti sui diritti umani nei vari Paesi – Malawi)* (3 marzo 2017). Disponibile all'indirizzo: <https://www.refworld.org/docid/58ec8a063.html>
141. Ayan Said, Cath Conn & Shoba Nayar, *New Zealand should intensify efforts to eliminate female genital mutilation by 2030: The views of women from communities that practice FGM/C (La Nuova Zelanda dovrebbe intensificare gli sforzi per eliminare le mutilazioni genitali femminili entro il 2030: il punto di vista delle donne delle comunità che praticano la MGF/C)*, 1(1) Journal of Pacific Health (2018). Disponibile all'indirizzo: <https://ojs.aut.ac.nz/pacific-health/index.php/pacifichealth/article/view/10/14>
142. Aliya Naz & Stephen W. Lindow, *Survey of obstetricians' approach to the issue of reinfibulation after childbirth in women with prior female genital mutilation (Indagine sull'approccio degli ostetrici alla questione della reinfibulazione dopo il parto nelle donne che hanno subito mutilazioni genitali femminili)*, 1(2) AJOG Global Reports (maggio 2021). Disponibile all'indirizzo: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666577821000083>
143. Badreldeen Ahmed & M. Abushama, *A Cautionary Case of Female Genital Mutilation (Un caso esemplare di mutilazione genitale femminile)*, 16(2) Qatar Medical Journal 70 (2007). Disponibile all'indirizzo: <https://www.qscience.com/content/journals/10.5339/qmj.2007.2.23>

144. Nkateko Lorraine Manabe, *The Silenced Voice of initiated Venda Women (La voce silenziosa delle donne Venda iniziate)*, (dicembre 2010). Disponibile all'indirizzo: <https://pdfs.semanticscholar.org/8acc/1e4c0c42f6ff3263ccff32dab0f75b1c2d14.pdf>
145. Barbara Kitui, *Female genital mutilation in South Africa (Mutilazioni genitali femminili in Sud Africa)*, *AfricLaw*, (7 giugno 2012). Disponibile all'indirizzo: <https://africlaw.com/2012/06/07/female-genital-mutilation-in-south-africa/>
146. Nkululeko Nyembezi, *Basotho baTlokwa defends customary female circumcision (I Basotho baTlokwa difendono la circoncisione femminile tradizionale)*, *SABC News* (3 febbraio 2019). Disponibile all'indirizzo: <http://www.sabcnews.com/sabcnews/basotho-batlokwa-defends-customary-female-circumcision/>
147. Maureen Mswela, *Cultural practices and HIV in South Africa: A legal perspective (Pratiche culturali e HIV in Sudafrica: una prospettiva giuridica)*, 12(4) *Potchefstroom* (2009). Disponibile all'indirizzo: http://www.scielo.org.za/scielo.php?pid=S1727-37812009000400007&script=sci-arttext#_ftn113
148. Marise Subrayan, *Female genital mutilation: knowledge, attitudes and beliefs of obstetrics and gynaecology doctors in South Africa (Mutilazioni genitali femminili: conoscenze, atteggiamenti e convinzioni dei medici ostetrici e ginecologi in Sudafrica)*, *Faculty of health sciences school of clinical medicine obstetrics and gynaecology* (novembre 2019). Disponibile all'indirizzo: <https://wiredspace.wits.ac.za/items/1c92c698-587d-4e2d-8a07-4e5b31149b9b>
149. Shaun Smillie, *The Knife between her thighs*, *University of Witwatersrand* (17 marzo 2022). Disponibile all'indirizzo: <https://www.wits.ac.za/news/latest-news/research-news/2022/2022-03/the-knife-between-her-thighs.html>
150. Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia, *Valutazione della situazione dei bambini e delle donne nel Sud Sudan* (2015). Disponibile all'indirizzo: https://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_South_Sudan_Situation_Assessment_of_Children_and_Women_2015.pdf
151. Orchid Project, *FGM in South Sudan: Short Report* (giugno 2020). Disponibile all'indirizzo: <https://www.fgmc.org/media/uploads/Country%20Research%20and%20Resources/South%20Sudan/south-sudan-short-report-v1-june-2020.pdf>
152. Comitato sui diritti dell'infanzia, *Osservazioni conclusive sul Rapporto iniziale del Sud Sudan, CRC/C/SSD/CO/1* (27 ottobre 2022). Disponibile all'indirizzo: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g22/613/63/pdf/g2261363.pdf>
153. Consiglio danese per i rifugiati, *MGF - Pratiche tra la popolazione rifugiata nello Stato dell'Alto Nilo, Sud Sudan* (21 aprile 2014). Disponibile all'indirizzo: <https://reliefweb.int/report/south-sudan/fgm-practices-amongst-refugee-population-upper-nile-state-south-sudan>
154. Ossama Shaeer and Eman Shaeer, *The Global Online Sexuality Survey: Public perception of female genital cutting among Internet users in the Middle East (Il sondaggio globale sulla sessualità online: percezione pubblica della mutilazione genitale femminile tra gli utenti di Internet in Medio Oriente)*, 10 *Journal of Sexual Medicine* 2904 (dicembre 2013). Disponibile all'indirizzo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23578396/>
155. Diana Geraci & Jacqueline Mulders, *Mutilazioni genitali femminili in Siria? Indagine sull'esistenza delle MGF in Siria*, (aprile 2016). Disponibile all'indirizzo: <https://www.pharos.nl/kennisbank/female-genital-mutilation-in-syria-an-inquiry-into-the-existence-of-fgm-in-syria/>
156. Yufu Iguchi, *Mutilazioni genitali femminili nelle comunità minoritarie: casi di Cambogia, Vietnam, Malesia e Australia*, *Conferenza Asia-Pacifico 2022*. Disponibile all'indirizzo: <https://confit.atlas.jp/guide/event/apconf2022/session/1F20605-08/detail?lang=en>
157. Fairness Moyana, *Female circumcision: Binga's best kept secret (Circoncisione femminile: il segreto meglio custodito di Binga)*, *The Herald* (9 marzo 2016). Disponibile all'indirizzo: <https://www.herald.co.zw/female-circumcision-bingas-best-kept-secret/>
158. Faith N Tori, *Female Genital Mutilation still a big problem in some of Zimbabwe's rural communities (La mutilazione genitale femminile è ancora un grave problema in alcune comunità rurali dello Zimbabwe)*, *Amakhosikazi Media* (5 febbraio 2019). Disponibile all'indirizzo: <http://www.amakhosikazimedia.org/index.php/news/109-female-genital-mutilation-still-a-big-problem-in-zimbabwe-s-rural-communities>
159. *Rapporto della Relatrice Speciale sulla Violenza contro le Donne, le sue Cause e Conseguenze*, *Radhika Coomaraswamy*, presentata in conformità con la risoluzione 2002/52 della Commissione per i diritti umani, UN Doc. E/CN.4/2003/75/Add.1 (27 febbraio 2003). Disponibile all'indirizzo: https://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/PDF_UN_Sp_Rapp_general_report_1994-2003.pdf
160. R.H. Belmaker, *Successful cultural change: the example of female circumcision among Israeli Bedouins and Israeli Jews from Ethiopia (Storia di un cambiamento culturale riuscito: l'esempio della circoncisione femminile tra i beduini israeliani e gli ebrei israeliani provenienti dall'Etiopia)*, 49(3) *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 178-83 (2012). Disponibile all'indirizzo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23314088/>
161. S. Halila S, R.H. Belmaker, Y. Abu Rabia, M. Froimovici, J. Applebaum, *Disappearance of female genital mutilation from the Bedouin population of Southern Israel (La scomparsa delle mutilazioni genitali femminili nella popolazione beduina dell'Israele meridionale)*, 6(1) *J Sex Med*. (gennaio 2009). Disponibile all'indirizzo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19170838/>
162. A. Asali, N. Khamaysi, Y. Aburabia, S. Letzer, B. Halihal, M. Sadovsky, B. Maoz, R.H. Belmaker, *Ritual female genital surgery among Bedouin in Israel (Chirurgia genitale femminile rituale tra i beduini d'Israele)* 24(5) *Arch Sex Behav*. (ottobre 1995). Disponibile all'indirizzo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8561666/>
163. The State of Israel: The Ministry of Justice, *Re: Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilation report of the Secretary-General (Stato di Israele: Ministero della Giustizia, Oggetto: Intensificazione degli sforzi globali per l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili - relazione del Segretario Generale)*, (A/RES/77/195), (28 maggio 2024). Disponibile all'indirizzo: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/a-79-514-submission-israel-en.pdf>
164. Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Scheda informativa n. 23, Pratiche tradizionali dannose che incidono sulla salute delle donne e dei bambini* (agosto 1995). Disponibile all'indirizzo: <https://www.refworld.org/docid/479477410.html>
165. Cut: *Exposing FGM Worldwide*, regia di John Chua, Distribber (2017), disponibile all'indirizzo: <https://www.amazon.com/Cut-Exposing-Worldwide-Omri-Rose/dp/B07B3W185D>
166. Ribeiro Tomazoni, Larissa and Both, Laura Jane Ribeiro Garbini, *Mutilação genital feminina na América Latina: as mulheres Embera-Chamí e Shipibo-Conibo (Mutilazioni genitali femminili in America Latina: donne Embera-Chamí e Shipibo-Conibo)*, (20 giugno 2018). Disponibile all'indirizzo: <https://ssrn.com/abstract=3200059>

167. Perù: Ministero delle Donne e delle Popolazioni Vulnerabili, Informazioni sull'attuazione delle risoluzioni relative alle donne (2024). Disponibile all'indirizzo: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-11/a-79-514-submission-peru-es.pdf>
168. Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani, Scheda informativa n. 23, *Pratiche tradizionali dannose che incidono sulla salute delle donne e dei bambini* (agosto 1995). Disponibile all'indirizzo: <https://www.refworld.org/docid/479477410.html>
169. Hamid Rushwan, *Female genital mutilation: A tragedy for women's reproductive health* (Mutilazioni genitali femminili: una tragedia per la salute riproduttiva delle donne), 19(3) African Journal of Urology 130 (2013). Disponibile all'indirizzo: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S110570413000520#bib0090>
170. Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani, Scheda informativa n. 23, *Pratiche tradizionali dannose che incidono sulla salute delle donne e dei bambini* (agosto 1995). Disponibile all'indirizzo: <https://www.refworld.org/docid/479477410.html>
171. Independent Human Rights Commission, Organization of Islamic Cooperation (Commissione indipendente per i diritti umani, Organizzazione della cooperazione islamica - OIC), *Statement on the occasion of the International Day of Zero Tolerance for Female Genital Mutilation 2024* (Dichiarazione in occasione della Giornata internazionale della tolleranza zero nei confronti delle mutilazioni genitali femminili 2024), (6 febbraio 2024). Disponibile all'indirizzo: <https://oic-iphrc.org/2024/210876-06022024%20Press%20Statement%20on%20%E2%80%98International%20Day%20of%20Zero%20Tolerance%20for%20Female%20Genital%20Mutilation%202024%E2%80%99-EV.pdf>
172. Indonesian Women Ulema Congress (KUPI), *Fatwa KUPI II: Hukum P2GP Tanpa Alasan Medis adalah Haram* (28 novembre 2022). Disponibile all'indirizzo: <https://kupi.or.id/fatwa-kupi-ii-hukum-p2gp-tanpa-alasan-medis-adalah-haram/>
173. Dichiarazione di Nouakchott dei leader religiosi e degli studiosi a sostegno dell'abbandono delle mutilazioni genitali femminili, Federazione internazionale per la pianificazione familiare: Regione del mondo arabo (5 luglio 2022). Disponibile all'indirizzo: <https://awr.ippf.org/news/fgm-religious-leaders-declaration>
174. International Confederation of Midwives, *Female Genital Mutilation: Position Statement* (2 giugno 2017). Disponibile all'indirizzo: <https://internationalmidwives.org/resources/female-genital-mutilation/>

