

Dona il tuo 5 per mille al CCM
Codice Fiscale 97504230018



Comitato
Collaborazione
Medica

5
2008

[note a margine di interventi socio-sanitari]

Voglio sapere

Le Mutilazioni Genitali Femminili sono una pratica tradizionale che consiste nell'ablazione totale o parziale della clitoride, delle piccole labbra e – nella forma nota come infibulazione – nella cucitura delle grandi labbra in modo da restringere l'apertura vaginale lasciando un piccolo foro per il passaggio del flusso mestruale e dell'urina. Questa operazione può avere conseguenze anche molto gravi sulla vita delle giovani donne. Nel breve periodo le donne "operate" possono andare incontro a emorragie e setticemie con esiti talvolta fatali: le operazioni avvengono di solito in casa con strumenti di fortuna come lamette e spine, con il rischio di contrarre infezioni. Nel lungo periodo, poi, si può assistere a cicatrizzazioni abnormi, alla creazione di fistole e a danni permanenti dell'apparato riproduttivo e delle vie urinarie. L'infibulazione in particolare è spesso causa di parti ostruiti aventi come conseguenza la morte del feto a causa di travagli oltremodo prolungati.

In seconda e terza pagina l'analisi delle difficoltà nella lotta alla pratica, in quarta e quinta alcune testimonianze raccolte nel settembre scorso durante le campagne informative del CCM condotta nel nord del Kenya, a Moyale



Mutilazioni, circoncisioni, modificazioni. Già nella definizione delle pratiche tradizionali in cui si ha l'asportazione e/o l'alterazione di una parte dell'apparato genitale esterno della donna si riscontrano diversi punti di vista. L'OMS, che si è posto l'obiettivo di combatterle con forza, ha deciso di definirle con il primo dei termini, in seguito alla III Conferenza del Comitato inter-africano sulle pratiche tradizionali rilevanti per la salute di donne e bambine. Gli altri vengono invece utilizzati per lo più dalle popolazioni che ancora praticano questo atto, considerando la connotazione eccessivamente negativa del termine mutilazioni. Politiche del linguaggio.

Il CCM, sensibile ad un approccio complesso al fenomeno ma teso in ogni caso a eradicarlo per le gravi conseguenze che esso comporta a livello della salute, porta avanti da anni, in Kenya e nella Regione Somala dell'Etiopia, l'Ogaden, campagne volte a rendere maggiormente coscienti dei danni e dei rischi legati a queste pratiche le donne e gli uomini che le avallano.

L'OMS ha individuato quattro tipologie per evidenziare le differenze esistenti all'interno del mondo delle mutilazioni:

- **I° tipo** : recisione del prepuzio o asportazione parziale o totale della clitoride. Sunna è il nome tradizionalmente usato per designare questo tipo di mutilazione;
- **II° tipo** o escissione : recisione del prepuzio e asportazione, oltrechè della clitoride, di parte o di tutte le piccole labbra;
- **III° tipo** o infibulazione o circoncisione faraonica : escissione della clitoride, asportazione delle piccole labbra ed asportazione parziale o totale delle grandi labbra e successiva cucitura dell'apertura vaginale ridotta ad un piccolo pertugio, per permettere la fuoriuscita dell'urina e del sangue mestruale;
- **IV° tipo** : insieme di procedure che vanno dal trafiggere o punzecchiare la clitoride, in modo da farne uscire alcune gocce di sangue, a un'ampia casistica di manipolazioni che variano da un'etnia a un'altra (allungamento della clitoride o delle labbra, cauterizzazione della clitoride, taglio della vagina ecc...).

Ognuno di questi interventi viene effettuato senza anestesia da praticanti tradizionali ed in tutti i paesi in cui la pratica ha larga diffusione la legislazione la proibisce. Non è sufficiente però che una legge si imponga perchè una pratica tradizionale sparisca, soprattutto quando questa è parte di un sistema economico-simbolico all'interno del quale va contestualizzata e compresa. In particolare è da considerare la relazione che esiste fra questa pratica e il prezzo della sposa, cioè il compenso che la famiglia del futuro marito versa alla famiglia della moglie in cambio di una donna illibata – circoncisa, o infibulata che sia - pronta a rispedirla al mittente e a riprendersi il compenso versato – in bestiame, o denaro – qualora la donna non sia operata come si deve.

Da qui anche la larga considerazione ed il compenso che ricevono le praticanti tradizionali, così importanti nel gestire il rito che in molte delle comunità rappresenta il riconoscimento sociale all'essere donna. La connotazione biologica, il sesso noto sin dalla nascita, viene infatti completato da un ulteriore processo di individuazione che conferisce all'essere biologico un ruolo sociale nella comunità. Lo statuto di genere è un processo di definizione del sé che dipende dall'adesione a modelli culturali che si sono storicamente costruiti sulla differenza di sesso. Se nelle società complesse il genere è soggetto ad una maggiore rinegoziazione che non fa di alcuna distinzione tra uomo e donna una caratteristica scontata e data per sempre, esso è molto più fisso nelle società tradizionali. La creazione dell'identità non è infatti solo un percorso culturale e metaforico ma anche corporeo: le mutilazioni incidono sul corpo della donna la sua appartenenza al genere. La ferita simbolica che si compie è, d'altra parte, la porta di accesso alla comunità: non sottoporsi alle mutilazioni genitali femminili, in molte comunità, equivale alla condanna all'emarginazione e alla ripulsa e quindi a una perdita di quella insostituibile risorsa che è il riconoscimento comunitario.

Per questo motivo il tentativo di combattere queste pratiche deve accompagnarsi ad una analisi del fenomeno che tenga conto delle conseguenze di questo atto. Ad esempio un coinvolgimento degli uomini nell'opera di informazione e sensibilizzazione sui pericoli e sulle gravi conseguenze che arrecano le MGF può essere fondamentale. Benché l'uomo non sia il diretto artefice del rito – compiuto sempre dalle donne e poi celebrato dall'intera comunità - egli è, al pari delle donne, in quanto cultore della credenza, colui che ne assicura la prosecuzione.



Origini

Benché non sia facile ricondurre ad un solo luogo l'origine di una pratica perpetuata nel tempo in varie forme, è possibile individuare nell'Egitto faraonico il centro di diffusione dell'infibulazione, ovvero della tipologia sopra definita come circoncisione faraonica. L'attribuzione della penetrazione in Africa delle MGF all'Islam è del tutto infondata: esse preesistevano alla sua diffusione ed è stata semmai la maggior adattabilità dell'Islam, rispetto al Cristianesimo, alle culture locali che ha permesso la sopravvivenza di queste pratiche. Si ha una conferma di questa tesi quando si constata che nelle zone in cui si è diffuso il Cristianesimo, dove prevale la clitoridectomia, la percentuale di donne sottoposte alle mutilazioni varia fra 20 e 50 per cento mentre in quelle islamiche – dove invece è l'infibulazione ad esser praticata - sale fra 80 e 100 per cento. Ciò che è avvenuto dunque è che l'Islam ha tollerato e giusticato queste pratiche che nel tempo si sono anche diffuse, in suo nome questa volta, fuori dal continente africano come in Indonesia e Malesia.

Secondo i dati dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), sono tra 100 e 140 milioni le bambine, ragazze e donne nel mondo che hanno subito una forma di mutilazione genitale. L'Africa è di gran lunga il continente in cui il fenomeno delle MGF è più diffuso, con 91,5 milioni di ragazze di età superiore a 9 anni vittime di questa pratica, e circa 3 milioni di altre che ogni anno si aggiungono al totale.

La pratica delle MGF è documentata e monitorata in 27 paesi africani e nello Yemen. In altri Stati (India, Indonesia, Iraq, Malesia, Emirati Arabi Uniti e Israele) si ha la certezza che vi siano casi di MGF ma mancano indagini statistiche attendibili.

Meno documentata è la notizia di casi di MGF avvenute in America Latina (Colombia, Perù), e in altri paesi dell'Asia e dell'Africa (Oman, Sri Lanka, Rep. Dem. del Congo) dove tale pratica non è mai assunta a tradizione vera e propria.

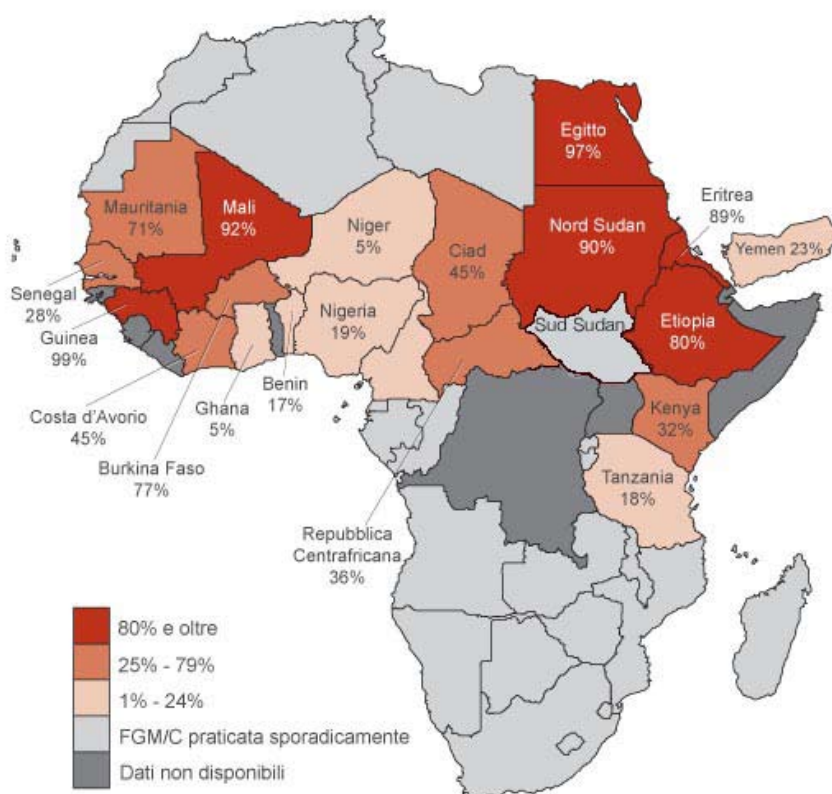
Infine, sono stati segnalati casi sporadici di MGF anche in paesi occidentali, limitatamente ad alcune comunità di migranti.

Le stime sulla diffusione delle MGF provengono da indagini socio-sanitarie su scala nazionale che vengono condotte tra donne di età inclusa tra 15 e 49 anni.

La prevalenza del fenomeno varia considerevolmente da regione a regione all'interno del medesimo Stato: a fare la differenza è l'appartenenza etnica.

In 7 Stati (Egitto, Eritrea, Gibuti, Guinea, Mali, Sierra Leone e Somalia) e nel Nord del Sudan il fenomeno tocca praticamente l'intera popolazione femminile. In altri 4 paesi (Burkina Faso, Etiopia, Gambia, Mauritania) la diffusione è maggioritaria ma non universale. In altri 5 (Ciad, Costa d'Avorio, Guinea Bissau, Kenya e Liberia) il tasso di prevalenza è considerato medio - tra il 30 e il 40% della popolazione femminile, mentre nei restanti paesi la diffusione delle MGF varia dallo 0,6 al 28,2%.

Anche il tipo di intervento mutilatorio imposto varia a seconda del gruppo etnico di appartenenza. Il 90% delle MGF praticate è di tipo escissorio mentre un decimo dei casi si riferisce all'azione specifica della infibulazione.





Voglio Sapere è il nome della campagna di sensibilizzazione realizzata dal CCM. Qui di seguito alcuni estratti delle interviste raccolte da Rivkah Hetherington durante il viaggio dello scorso settembre a Moyale.

Amina Dawe – Coordinatrice del progetto. Nata a Marsabit, vive a Moyale da diversi anni e prima di lavorare per il CCM ha collaborato con World Vision per progetti contro il matrimonio precoce delle bambine. E' insegnante.

“Nei laboratori spieghiamo l'anatomia dell'organo genitale femminile, la funzionalità di ogni parte, i 4 diversi tipi di MGF e le complicazioni che ciascuna comporta. Discutiamo con i partecipanti sulle motivazioni che le sostengono. Le risposte comprendono motivi religiosi, culturali, estetici, psicologici, perché una donna non circondata non può sposarsi; viene affermato che la clitoride puzza, che se non viene asportata la ragazza impazzisce e si prostituisce, non riuscendo a controllare il proprio desiderio sessuale, che può essere pericoloso per il parto – se la clitoride viene in contatto con la testa

del bambino, il bambino muore – i motivi sono tanti e diversi, ma profondamente radicati nella società di Moyale.

Durante questi 18 mesi di progetto, la reazione dei partecipanti è molto cambiata. All'inizio erano molto timidi, non volevano parlare, l'argomento MGF era ancora un tabù, sollevato esclusivamente dai bianchi. Ma ora i leaders religiosi hanno confermato che indicazioni a favore delle MGF non si trovano né nel Corano né nella Bibbia; molti uomini stanno raccontando apertamente le sofferenze che hanno visto, e dichiarano che non circoncideranno mai le proprie figlie”.

Dansoye Dulla – Vice responsabile sanitario dell'Ospedale distrettuale di Moyale. Collabora con il CCM dal 2005 specificamente per questo progetto. Insieme a Zeinabu Nora presenta le complicazioni mediche delle MGF e spiega la funzionalità delle diverse parti anatomiche dell'organo genitale femminile.

“Quello che mi piace dei laboratori che conduco è soprattutto la lingua. Sono tutti condotti in Kiborana, la lingua del popolo, così le donne si sentono a loro agio e si aprono, condividendo le loro esperienze in modo molto spontaneo. Finalmente si liberano, potendo parlare dei tanti problemi che hanno a casa. E' veramente commovente per me poter entrare in aspetti veramente intimi e cruciali della loro vita.

Ho lavorato per anni nel reparto maternità e mi ricordo in particolare il caso di una donna somala. I somali praticano l'infibulazione, con la chiusura pressochè totale della vagina, e quindi hanno spesso problemi gravi durante il parto. Questa donna ha avuto un problema che ho visto spesso, una fistola vescico-vaginale (VVF): la pressione per lungo tempo della testa del bambino contro le pareti delicate della vagina crea una necrosi nei tessuti circostanti il canale del parto e la conseguente perforazione tra vagina e vescica (oppure tra vagina e retto: in questo caso era vescica); la donna diventa perciò incontinente. L'urina o le feci escono continuamente dalla vagina. In questo caso oltre alla VVF, la pressione prolungata della testa del bambino aveva anche danneggiato un nervo, per cui la ragazza era paralizzata ad entrambe le gambe. E' rimasta nel nostro ospedale per 2 anni. Ha subito due operazioni di plastica per la vescica, ma ora si è ripresa. Vende le arance in piazza ed ogni volta che mi vede, mi sorride. E' molto grata”.

Paul Guyo – infermiere che lavora per il Ministero della Salute e collabora con il CCM dal 2004. Vive a Sololo. Per il progetto *Voglio Sapere* è stato responsabile della diffusione delle informazioni sulle MGF nei villaggi vicini a Sololo.

“L'impatto di questa campagna è stato molto positivo. La gente informata comincia a comprendere le complicazioni legate alla pratica e addirittura c'è gente che sta dichiarando pubblicamente che non circonciderà le proprie figlie. Sono figure molto importanti che con il loro buon esempio contribuiscono al cambiamento di mentalità. Le MGF sono state messe in discussione solo tre o quattro anni fa in questa zona ed i risultati sono già sorprendenti. Io stesso come infermiere non conoscevo gli effetti negativi della pratica. Anche nella nostra formazione sanitaria, nessuno ne ha mai parlato. Mi vergogno a dirlo ma quando vedevamo le complicazioni durante i

parti nessuno osava pensare che fossero causate dalle MGF. Faceva parte di una tradizione molto antica, ritenuta positiva dalla nostra cultura.

La reazione di chi ha partecipato alle presentazioni è stato sia negativo che positivo. Si tratta di una pratica che ha luogo da tempo immemorabile nella comunità Borana. Reagiscono bene soprattutto le giovani generazioni – sia ragazzi che ragazze. Mi ricordo in particolare la reazione di una classe di ragazze in una scuola superiore. Erano così arrabbiate ed amareggiate per quello che avevano subito, che hanno giurato che mai avrebbero permesso ai loro genitori di sottoporre alla circoncisione le sorelle minori.

Anche gli anziani non sono tutti chiusi. Come avrai notato nella presentazione a Sololo-Makutano, c'era una donna anziana che ha ripetuto con forza alle sue colleghe scettiche che quello che dicevo io era vero. Lei aveva visto con i suoi occhi i problemi del parto di cui parlavo. Cosa avrà visto? Forse la morte di una madre durante il parto oppure quella del bambino nel travaglio troppo prolungato. Anche se qui si pratica il secondo tipo delle MGF (escissione), cioè si tagliano clitoride e piccole labbra, che poi non vengono cucite come nell'infibulazione (il terzo tipo), può avvenire ciò che noi chiamiamo una falsa infibulazione. Nella guarigione del tessuto danneggiato le due ferite delle piccole labbra si cicatrizzano insieme, chiudendo a volte l'uscita dell'uretra e a volte la vagina. Anche quando ciò non succede, le cicatrici intorno all'apertura vaginale alterano l'elasticità del tessuto sano.

Oltre ai problemi a lungo termine, soprattutto legati al parto, la pratica dell'escissione può avere anche gravi problemi immediati: infezione locale e generalizzata (setticemia), emorragia per lesione dell'arteria clitoridea principale che ha una portata ematica notevole e che è difficile suturare. Io stesso ho visto la morte di una bambina che non sono riuscito a salvare. Era stata portata da me troppo tardi e questo succede o perché il rito ha luogo in un villaggio lontano da punti d'assistenza, oppure perché la gente sa che la pratica è illegale, e quindi ha paura di chiedere aiuto.

Poi, ho visto spesso delle cicatrici esuberanti, i cheloidi: la pelle, invece di cicatrizzare normalmente, forma un'enorme escrescenza che blocca completamente l'entrata della vagina. Queste donne vivono nella vergogna e paura d'esser scoperte e spesso la notte prima del matrimonio scappano di casa.

Fra qualche anno si riunirà l'Abaghada, il consiglio del popolo Borana per discutere le nuove leggi. Sono persone intelligenti e sensibili. Si potrebbe benissimo sottoporre l'argomento delle MGF per la discussione. Se il capo del Consiglio fosse d'accordo nel proibirle nessun Borana praticherebbe più questa pratica tradizionale pericolosa. Non è una cosa impossibile”.

Mohamed Bakwala Guyo – insegnante della Moyale Junior Academy, autore della commedia sulle MGF recitata dai suoi allievi.

“Ho conosciuto Amina, la coordinatrice del CCM che è venuta nella mia scuola per informarci sulle complicità delle MGF. Ci ha dato opuscoli e poster. Cercava qualcuno per organizzare attività con i bambini e mi sono offerto di realizzare una commedia che spieghi questa pratica tradizionale pericolosa per la salute. E' recitata da bambini fra 8 e 10 anni di età.



La commedia comincia in una scuola, dove l'insegnante spiega che le MGF sono contro le leggi del Kenya e anche contro quelle internazionali sui diritti umani. Mi premeva dare queste informazioni, perché tanta gente non le conosce. La commedia racconta di una bambina che torna a casa dopo esser stata informata sulla propria circoncisione. La madre è la leader delle donne del villaggio e decide sia per le proprie figlie sia per le altre bambine. Il padre non è convinto della bontà della pratica, ma la madre vuole aderire alla tradizione e non ha paura. In una scena la donna che opera la circoncisione scappa con un guanto insanguinato, per illustrare al pubblico quanto la bambina stia sanguinando. La bimba viene portata in ospedale, dove probabilmente morirà. Le ultime scene rappresentano i rimpianti della madre e la rabbia incontrollabile del padre.

Vogliamo portare la commedia in tutte le scuole della zona per creare una larga consapevolezza fra i giovani”.

Conversazione con Rivkah Hetherington,

pittrice nata a Londra nel 1977 e laureatasi in pittura presso la University of Southampton. Dal 2000 vive e lavora a Bologna. La sua pittura si occupa da sempre di tematiche che riguardano l'identità e la sessualità femminile e il modo in cui il corpo femminile viene usato, costruito e ricostruito dalla società. Dopo la personale del 2001 di ritratti dell'organo genitale femminile e a causa del pudore che tuttora pervade quest'organo nella cultura occidentale, ha cominciato una ricerca più ampia focalizzando la sua attenzione sulle MGF.

Perchè Moyale, perchè questo viaggio?

Il mio interesse per le MGF è cominciato quando mi è capitato di leggere nel 1999 il libro *Fiore del Deserto* di Waris Dirie, un'autobiografia eccezionale che parla dalla sua infibulazione in Somalia e la fuga prima in Inghilterra poi negli Stati Uniti per sfuggire da un matrimonio imposto dal padre.

Nel 2001 ho cominciato una lunga ricerca sulle MGF focalizzandomi sulle situazioni delle comunità immigrate in Europa. Ho cominciato a contattare organizzazioni volontarie sia in Inghilterra che in Italia. Mi sono trovata di fronte a un muro chiuso, così a un certo punto ho rinunciato pensando che forse, come donna bianca, non era il caso di affrontare problematiche che in fondo non riguardavano la mia cultura.

L'8 marzo 2006 mi capita a Torino di andare ad una conferenza presentata dal CCM e di conoscere Marilena Bertini, entusiasta delle mie idee.

Così riprendo la mia ricerca e noto subito che quasi tutto il materiale che trovo e i libri pubblicati dai medici italiani, che cercano di far prendere coscienza della realtà e diffusione di questa pratica in Italia, sono posteriori al 2001. Vedo levarsi in questo periodo il velo di silenzio che stava coprendo la pratica.

Quando tuttavia cerco di avvicinarmi alle comunità immigrate, mi ritrovo di nuovo di fronte a un muro di silenzio. Percepisco che fra di loro la questione è ancora più complicata, perchè ora, vivendo in Europa, le MGF acquistano ancora un'altra funzione. E' un legame con la loro terra, un'affermazione della loro identità ed io come donna bianca sono una straniera senza alcun diritto di mettere in questione una pratica della loro cultura.

Mi viene l'idea di tornare alle radici. Di andare a conoscere delle comunità in Africa, dove il mio intervento può essere percepito in modo del tutto diverso.

Allora, ho chiesto al CCM la possibilità di affiancarmi a un loro progetto. Mi hanno appoggiato nel viaggio e quattro mesi dopo mi sono trovata sull'aereo diretta prima a Nairobi, e poi, sopra il deserto, verso Moyale.

A Moyale sono stata accolta come un ospite d'onore, fra un gruppo di persone che stavano lottando da anni con molto coraggio per cambiare la loro società, in modo che le proprie figlie potessero godersi una felicità e una libertà a loro proibite. Non ero più un inquisitore ostile. Queste persone erano entusiaste di pensare che una persona venisse da così lontano per parlare con loro, per interessarsi di loro, per nessun altro motivo se non quello di riportare la loro lotta alle orecchie degli italiani.

Vorrei saper qualcosa a proposito dell'arazzo e delle scelte estetiche che hai operato : tessuto, lingua, colore ...

I simboli dietro l'arazzo sono scritti in arabo antico.

Il primo in alto è un detto di Mohammed : *tutti gli esseri umani sono nati pari e uguali.*

La parola in forma di sfera ripetuta sui 4 pezzi è *libertà.*

Il primo tipo rappresenta la vagina intatta. Ho deciso di rappresentare anche la vagina intera in modo che si possa meglio comprendere la natura degli interventi. Questo perchè ho percepito quante persone occidentali ignorano la forma e la funzione delle diverse parti della vagina. L'idea visiva dell'arazzo era di rappresentare la vagina come un fiore che spariva attraverso le mutilazioni. Visivamente si vedono, con ogni intervento, parti colorate che spariscono in un vuoto nero fino a arrivare al terzo tipo, dove non rimane praticamente niente oltre alla cicatrice.

Sotto la vagina intatta ho scritto *rito nuovo* per fare riferimento alla possibilità di una soluzione diversa e alle diverse proposte (alcune già provate con successo) per sostituire le MGF con un rito alternativo - non invadente - che permetta alla comunità di celebrare e segnare il passaggio della bambina a donna adulta senza alcuna mutilazione.

Ho commissionato l'arazzo ad una donna italiana in pensione, Graziella Silvestri, che si è resa disponibile a farlo come volontaria perchè desiderava anche lei contribuire alla lotta di sensibilizzazione contro questa pratica. Sto preparando una grande mostra sul tema



delle MGF e comprendo il bisogno di avere del materiale didattico per spiegare allo spettatore occidentale cosa sia. L'uso di un arazzo mi sembrava ideale perchè permetteva la rappresentazione in modo chiaro, ma al tempo stesso in forma di opera d'arte. Per di più il lavoro di cucire è sempre stato un lavoro fortemente assegnato alla donna ed è un lavoro molto arduo e lento. Graziella ha impiegato un anno per finire l'arazzo. La cucitura stessa riprende l'atto di ricucire la vagina.

L'arazzo l'ho commissionato prima di andare in Africa. Il viaggio infatti non era l'inizio ma il risultato della mia ricerca. Avevo individuato la Somalia come uno dei paesi in cui le MGF sono più diffuse e anche praticate nella forma più estrema, l'infibulazione, e per questo ho usato i termini somali per descrivere sull'arazzo i tre diversi tipi di MGF (per lo stesso motivo non ho incluso il quarto tipo che viene praticato in differenti zone geografiche). Essendo una pratica fortemente collegata con le culture africane, ci tenevo ad usare le loro parole e la loro lingua. Ho incluso la traduzione per facilitare lo spettatore italiano. Poi, chiaramente, non era possibile includere tutte le diverse lingue delle tante tribù che praticano le MGF.

E l'idea di realizzare i ritratti come è nata?

I ritratti sono nati direttamente dal mio viaggio a Moyale. Ho assistito a diversi laboratori con dottori, infermieri e insegnanti. Volevo creare una documentazione della situazione attuale a Moyale attraverso le parole stesse delle persone che ho conosciuto. Non volevo creare una mia interpretazione da occidentale ma volevo essere solo un mezzo, un contenitore di vetro, che riportava i volti, le parole, le essenze di questi individui, in modo che li si potesse far comunicare direttamente con gli italiani. Perciò ho documentato tante persone di differente professione, sesso, età e classe sociale. Ho fatto loro le foto così com'erano mentre parlavamo, senza fare nessun intervento sulla luce, sui vestiti... né chiedendo loro una particolare espressione.

Li ho intervistati in modo informale, registrando con un registratore semplicissimo. Sono compresi i rumori che pervadono la città tutti i giorni, le moto, le capre, le persone che salutano passando -li non si passa mai senza salutare-. Non c'è il nostro concetto di privacy, le porte - quando ci sono - non si chiudono, e quindi non ho chiesto io di chiuderle.

Quando non parlavano inglese facevo l'intervista insieme ad una loro amica che traduceva e le

loro voci e le emozioni dietro le parole rimangono comunque percettibili anche se in una lingua sconosciuta.

Tornando in Italia ho cominciato il lavoro di trasformare i dodici ritratti in dipinti e sia io sia le persone che li hanno visti, siamo rimasti stupiti dall'enorme solarità che pervade ogni ritratto. Una solarità che non è scontata nel mio lavoro e che viene direttamente dalla loro cultura e anche dalla felicità che ho provato nel far rivivere queste persone che hanno condiviso momenti intimi delle loro vite con me, e delle loro lotte.

Tornando in Italia all'inizio mi sentivo alienata. Mi sentivo strappata a un'altro mondo, separato da un abisso insuperabile. Invece pian piano attraverso il mio lavoro ogni settimana ridavo vita a una delle mie amiche che apparivano sulle pareti del mio studio. Sono rimasta in contatto con tutti loro, e non passa una settimana senza ricevere un sms o una chiamata da uno di loro. E' strano ma vero, li sento più spesso anche della mia famiglia in Inghilterra.

Moyale non è un altro mondo, non è così lontano come il viaggio pericoloso per raggiungerlo lo fa sembrare. E così, anche quando mi sono giunte le loro richieste di aiuto, quando il cibo non gli stava arrivando più a causa dei problemi elettorali a Nairobi, non era più solo la notizia della fame di una comunità sconosciuta riportata dal telegiornale, di un posto dal nome impronunciabile, ma una notizia che riguardava le mie amiche.

ACQUA, SALUTE

Secondo le stime dell'OMS sarebbero ogni anno cinque milioni le persone che muoiono per malattie legate all'acqua, alla sua scarsità, alla non potabilità (contaminazione con agenti patogeni di vario tipo), a sistemi di approvvigionamento inadeguato e alla mancanza degli standard minimi di igiene.

Dati così lapidari, però, non rendono l'idea né chiariscono "come" la gente nella realtà conviva con questi problemi e quali siano i lacci che incatenano l'un l'altro, matrioska dentro matrioska, i problemi legati all'acqua.

Malattie invisibili

Nella cartina del MARA-ARMA (Mapping Malaria Risk in Africa) la regione dell'Ogaden, in Etiopia, è bianca. Al bianco, da legenda, corrisponde un rischio basso o quasi nullo di malaria. Leggendo le modalità di mappatura del MARA ARMA si apprende però che l'incidenza della malaria viene "dedotta" dai caratteri geografici dell'area. Nell'Ogaden, regione prevalentemente desertica, con poche fonti d'acqua e lunghe stagioni secche il vettore – la zanzara anofele, trasportatore del plasmodio da malato a malato – non troverebbe l'habitat ideale per riprodursi. Difficili condizioni di vita del vettore, dunque niente malaria.

I dati raccolti dal CCM però non confermano questa tesi. Presente nella Regione Somala fin dal 1998 non solo registra da sempre casi di malaria, ma questi risultano costanti negli anni durante l'alternarsi delle diverse stagioni (secche e piogge) delineando un'endemicità della malattia.

Acqua ed ecosistemi naturali

La regione dell'Ogaden, nella sua specificità, descrive perfettamente le possibili (ed imprevedibili) connessioni tra disponibilità di acqua, qualità dell'acqua e salute umana.

1. Nell'Ogaden l'acqua è scarsa e le precipitazioni sono imprevedibili. La popolazione, nell'impossibilità di praticare l'agricoltura, ha adottato una struttura sociale nomadica (il 90%) e vive di pastorizia: si sposta alla ricerca di acqua (e pascoli) e la sua principale fonte di ricchezza è rappresentata dagli animali.

2. I pastori per necessità igieniche e pratiche (gli animali non devono poter inquinare i pochi pozzi e hanno bisogno di ampi pascoli) vivono lontani dai pochi punti d'acqua disponibili. L'approvvigionamento dell'acqua costa quotidianamente ore di lavoro e fatica alle donne e alle bambine, che mostrano spesso problemi articolari alla schiena ed uno stato generale di indebolimento, con rischio di abortire, durante la gravidanza.

3. I cambiamenti climatici in atto, riportati anche

dai racconti dei vecchi capi clan, hanno alterato i cicli stagionali facendo registrare la perdita di alcune stagioni delle piogge (una ogni quattro anni circa): questo vuol dire periodi prolungati di siccità, pascoli meno abbondanti, morte degli animali e – con l'impoverimento della dieta - conseguente indebolimento fisico della popolazione.

4. L'arrivo di una stagione delle piogge particolarmente copiosa al termine della stagione secca distrugge i pozzi scavati manualmente nella terra, causa il rigonfiamento improvviso dei fiumi e le conseguenti esondazioni che danneggiano gravemente i villaggi e gli insediamenti posti sulla riva. Nel 2006 con le acque del Wabe Shebelle sono "esondati" anche i coccodrilli, che hanno provocato diverse morti.

5. L'acqua dei pozzi, l'acqua di ristagno delle esondazioni, le piccole barriere e dighe naturali create dai pastori per raccogliere la preziosissima acqua piovana, gli abbeveratoi degli animali, sono tutti luoghi di riproduzione, naturale ed artificiale, delle zanzare che inevitabilmente entrano in contatto con gli uomini (spiegata la malaria invisibile alle rilevazioni "geografiche").

6. L'acqua dei pozzi e di raccolta piovana, anche quando filtrata o bollita, può condurre a malattie tanto banali quanto letali come diarrea e gastroenterite, che ancora oggi affliggono un numero inimmaginabile di persone.

7. I pozzi, così come la terra, non sono tradizionalmente considerati dai pastori nomadi proprietà privata. Eppure il loro utilizzo ed accesso, "socializzato" tra diverse famiglie dello stesso clan, diventa ora, in corrispondenza dei mutati equilibri ambientali, motivo di contesa tra i diversi gruppi facendo registrare scontri armati e faide.

8. Il nomadismo della popolazione dell'Ogaden, che è una risposta all'erraticità delle piogge ed una delle poche strategie di sopravvivenza vincenti in un'area così difficile, rappresenta però l'alibi all'immobilismo di uno stato che non ha mai sviluppato alcuna rete di servizi e infrastrutture (strade, pozzi, sentieri per la transumanza, canali, ecc..).



Ogaden, Regione Somala dell'Etiopia. Il CCM interviene, oltre che con attività espressamente sanitarie (outreach, gestione degli HC per la PHC, campagne di vaccinazione ecc..), con misure volte a migliorare l'accesso all'acqua per i pastori e i loro animali. In una sessione di lavoro e ricerca sui diritti umani, il diritto all'acqua e al pascolo veniva indicato dagli stessi pastori nomadi come una delle componenti fondamentali per garantire una "buona vita" al pastore. Le popolazioni sono state quindi supportate nella costruzione degli argini del fiume, nel miglioramento del sistema di canalizzazione (a favore dei piccoli agricoltori), nella costruzione o nel miglioramento dei pozzi e nella posa di piccole strutture di contenimento dell'acqua piovana.



Pozzi

In ogni villaggio africano il pozzo rappresenta uno snodo di sviluppo sociale: esso non è solo il luogo fisico in cui viene soddisfatta l'esigenza fondamentale di acqua della comunità, ma è anche luogo di aggregazione, centro attraverso cui transitano storie ed informazioni, segno nel territorio, meta provvisoria di uomini ed animali. Un sito pertanto denso sia di significati antropologici (il pozzo è un manufatto che, attraverso la sua esistenza, segna il paesaggio di presenza umana) sia tecnologici (è costruito, gestito e mantenuto seguendo tecniche precise e codificate, siano esse tradizionali o moderne).

Per tutti questi aspetti la costruzione di un pozzo non è né può essere considerata un'azione banale. L'Africa rurale è punteggiata da pozzi costruiti con tecnologie innovative (scavi effettuati trivellando o con il pompaggio attraverso i pannelli solari) finanziati dalla cooperazione internazionale, eppure tragicamente abbandonati. Ecco perché in Mali, nel Cercle di Koulikoro, il CCM è impegnato da 2 anni nella costruzione di una ventina di pozzi la cui tecnica realizzativa è stata negoziata in varie fasi con la comunità.

La regione del comune rurale di Nyaminà, a 150 km da Bamako, è un'area semidesertica. Le piogge concentrate in soli quattro mesi, tra giugno e ottobre, consentono solo l'allevamento ed una modesta agricoltura di sussistenza. L'acqua scarsa, spesso non potabile e lontana dal villaggio, causa un elevato tasso di mortalità infantile, frequenti malattie gastrointestinali e rende impossibile la coltivazione di orti domestici (che migliorerebbero la dieta alimentare). Fino a pochi anni fa la popolazione per i propri bisogni idrici faceva riferimento esclusivamente a pozzi tradizionali scavati a mano. A causa dell'avanzata del deserto, delle ripetute siccità degli ultimi anni e di un uso improprio ed eccessivamente depauperante del territorio per l'agricoltura intensiva, le falde hanno registrato un generale abbassamento ed i pozzi tradizionali non sono più in grado di giungere abbastanza in profondità per captare l'acqua.

Tecnologie appropriate, appropriazione del pozzo

La tecnologia adottata per la costruzione dei nuovi pozzi prevede un sostanziale mantenimento della tipologia di pozzo tradizionale a cui però vengono associati notevoli miglioramenti:

- grazie all'uso di cemento e ferro si realizza l'armatura interna del pozzo raggiungendo così una profondità maggiore;
- l'interno del pozzo viene rivestito da una struttura di mattoni forati, che mantiene pulita

l'acqua separandola dalla terra;

- il pozzo viene protetto grazie ad un rialzo ed una recinzione esterna di modo che l'acqua, una volta prelevata, non possa rifluire al suo interno trascinando terra e scorie lasciate dal passaggio di animali;
- il pozzo viene dotato di carrucole con secchi.

Fase delicata ma fondamentale della costruzione e della posa di un elemento artificiale all'interno del villaggio è il momento dell'appropriazione di tale elemento da parte della comunità. Il rischio che questo non venga riconosciuto come *proprio*, ma adottato con diffidenza o addirittura abbandonato è da tenere in considerazione. In tutte le fasi del processo di costruzione del pozzo si ricerca pertanto il coinvolgimento della comunità. Parte del materiale viene reperito direttamente sul luogo (sabbia e ghiaia) e la costruzione dei mattoni affidata agli stessi abitanti del villaggio. Seguire il lavoro di costruzione nelle diverse fasi rende inoltre più autonoma la popolazione del villaggio nella gestione di eventuale riparazioni. Per la manutenzione del pozzo viene inoltre prevista la costituzione di un comitato di villaggio che prende *possesso* del pozzo, supervisiona al buon funzionamento, si fa carico del controllo della potabilità dell'acqua e della corretta distribuzione, degli orti comunitari e della costruzione degli abbeveratoi per animali.

Zone come quelle descritte, ed altre in cui opera il CCM come Moyale in Kenya ed il Sud Sudan, hanno registrato negli ultimi anni una cronicizzazione dell'emergenza acqua, a tal punto che per alcuni osservatori, pur senza sminuire la drammaticità della situazione idrica, non sarebbe più opportuno parlare di emergenza quanto di cambiamento strutturale dei cicli stagionali. Come operatori sanitari ciò che possiamo fare a livello locale è riconoscere che garantire l'accesso all'acqua pulita è uno dei compiti fondamentali anche di chi si occupa di salute. Ne deriva che, oltre alla cura delle patologie legate all'acqua (Verme di Guinea, schistosomiasi, cecità fluviale, tripanosomiasi, malaria, colera e tifo), laddove le condizioni lo permettono, è opportuno pensare ad approcci integrati che prevedano di facilitare l'utilizzo delle risorse idriche da parte della popolazione.

A P P U N T A M E N T I

2 - 24 maggio
venerdì sabato domenica
dalle 15 alle 19

"Acqua fonte di vita"
Mostra fotografica

Ecomuseo del Freidano
Settimo (To)

12 maggio
dalle 18.30

CCM a Porte Aperte
Inaugurazione della nuova sede
Aperitivo e mostra "Famiglie d'Africa"

Via Ciriè 32/E
Torino

30 maggio

Gran Galà della Boxe
a favore del Sud Sudan
organizzato da
ADS Boxe Chieri e Pro Loco Pinese

Via Folis
Chieri (To)

LIBERA L'ACQUA.

RICONOSCI UN DIRITTO. PORTALO A TUTTI.

1,6 miliardi di persone non hanno accesso all'acqua potabile

2,6 miliardi di persone non hanno accesso ai servizi igienico-sanitari di base

1,8 milioni di bambini muoiono ogni anno per malattie connesse alla mancanza di acqua potabile

CAMPAGNA PER L'ACCESSO UNIVERSALE ALL'ACQUA POTABILE.

Porta anche tu l'acqua a chi non ce l'ha. Dai un contributo alle iniziative del CIPSI - Coordinamento di Associazioni di solidarietà e cooperazione internazionale. Garantirai così anche un tuo diritto.

www.liberalacqua.it

800 341595

CCP: 11133204

Intestato a: CIPSI, via Bordighera, 6 - 20142 Milano.
Causale: Campagna Acqua

