



DADA-FORM - Diritti e Autonomia per le Donne Africane
Percorsi formativi per la prevenzione ed il contrasto delle mutilazioni genitali femminili

Linee Guida per Mediatori Culturali per la Prevenzione ed il Contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili

Bozza in corso di validazione

<i>Documento elaborato da</i>	<i>Versione</i>	<i>Data</i>
Comitato Scientifico Linee Guida	2.0	15 gennaio 2009

Progetto finanziato dalla **Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità**
*ai sensi della Legge 9 gennaio 2006, n. 7 “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di
mutilazione genitale femminile”*

Le Linee Guida sono state realizzate dal seguente Gruppo di lavoro:

Comitato Scientifico

Vittoria D'Incecco, Assessore alle Politiche Sociali, Comune di Pescara, Presidente

Gabriele Di Marcantonio, Coordinatore Comitato, Centro Studi Sociali

Cesarina Bavecchi, Responsabile Ufficio Progetti sociali, Comune di Pescara

Andrea Bollini, Direttore scientifico Centro Studi Sociali, Scerne di Pineto

Ercole Vincenzo Orsini, Coordinatore Formazione MGF, Centro Studi Sociali

Franca Pierdomenico, Direzione Sanità, Regione Abruzzo

Mirta Sciocchetti, ginecologa, Vice Sindaco Comune di Chieti

Elisabetta Raspa, Dirigente Assessorato alle Politiche Sociali, Comune di Chieti

Rosetta Ciarrocchi, Funzionario Ufficio Pubblica Istruzione, Provincia di Teramo

Teresa Nannarone, Assessore alle Politiche Sociali, Provincia dell'Aquila

Colabianchi Marzia, Funzionario Provincia dell'Aquila

Lina Di Donato, Funzionario Provincia dell'Aquila

Marco Pagnello, Direttore Caritas Diocesana Penne - Pescara

Teresa Taricani, Operatore legale Caritas Diocesana Penne - Pescara

Yosef Abrehet, Selamawit Mulugueta Misigna, Rahel Seium, mediatrici culturali, Comunità Eritrea Nell'Abruzzo (CENA)

Gaye Ndiaga, Sene Maguette Fancouna, Ndeye Nor Ndiaye, mediatori culturali, Associazione Lavoratori Immigrati Senegalesi (ALIS)

Fortunato Deleo, mediatore culturale, Associazione Culturale Abissina (ACA)

Simona Sasso, Centro Territoriale Permanente di Educazione in età adulta, Pescara

Supervisione delle linee guida

Dr.ssa Lucrezia Catania, ginecologa e sessuologa, Responsabile Ricerca del Centro di riferimento regionale per la prevenzione e la cura delle complicanze legate alle mutilazioni genitali femminili, Ospedale "Careggi", Firenze

Avv. Francesco Di Pietro, avvocato, esperto in diritto ed immigrazione

Prof. Carla Pasquinelli, antropologa culturale, Università di Napoli "L'Orientale", Facoltà di Scienze Politiche.

Queste linee guida sono dedicate alla memoria di Gaye Ndiaga, presidente dell'Associazione ALIS, prematuramente scomparso durante la stesura di questo documento, al quale ha dato un grande contributo di conoscenza.

Coordinamento a cura di: Centro Studi Sociali.

Indice delle Linee Guida

Introduzione.....	4
1. Quadro informativo di base sul fenomeno delle MGF	5
1.1. Definizione del fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili.....	5
1.2. La cultura alla base delle MGF.....	8
1.3. Le MGF in Italia.....	12
1.4. Le conseguenze sulla salute delle bambine e delle donne.....	13
1.5. La legislazione sulle MGF	16
1.5.1. La Legislazione italiana.....	16
1.5.2. Espulsione e rischio MGF	18
1.5.3. Risarcimento del danno biologico	18
1.5.4. Potestà dei genitori	18
1.5.5. La legislazione nei Paesi europei	18
1.5.6. La legislazione nei Paesi a tradizione MGF.....	20
2. MGF e mediazione culturale	22
2.1. La mediazione culturale.....	22
2.2. La mediazione culturale e le MGF.....	23
2.3. Conoscenze e competenze del mediatore che opera nell'ambito delle MGF.....	24
2.4. La questione linguistica e culturale	25
3. La mediazione con le famiglie e le comunità immigrate locali a tradizione MGF ...	28
3.1. L'intervento sulla famiglia.....	28
3.2. L'intervento sulla comunità locale di immigrati.....	32
4. La mediazione con le donne con MGF o a rischio.....	34
4.1. I possibili contesti della mediazione	34
4.1.1. I servizi sanitari pubblici e privati.....	36
4.1.2. Servizi sociali comunali.....	39
4.1.3. Sportelli per immigrati.....	40
4.1.4. Centri Territoriali Permanenti per l'istruzione in età adulta	40
4.2. Il dialogo con la donna	41
5. La mediazione con bambine e ragazze sottoposte a MGF o a rischio	44
5.1. I possibili contesti della mediazione	44
5.1.1. La Scuola	44
5.1.2. I servizi socio-sanitari.....	48
5.1.3. Altri contesti	49
5.2. Il dialogo con la bambina/ragazza	50
6. Quadro sinottico di riepilogo delle Linee Guida.....	52
Bibliografia.....	64

INTRODUZIONE

Le Linee Guida sono uno strumento di lavoro a disposizione degli operatori della mediazione culturale per affrontare, in collaborazione con i servizi locali (sanitari, sociali, socio-sanitari, scolastici, etc.), pubblici e privati, i casi di Mutilazione Genitale Femminile che si verificano (o potrebbero verificarsi) nelle comunità di immigrati presenti in Italia e in Abruzzo.

Rispetto a questo contesto, assai importante è il ruolo del mediatore culturale, chiamato a svolgere in maniera consapevole e professionale la propria funzione di ponte tra immigrati e Paese di accoglienza, favorendo così la conoscenza reciproca di culture, valori, tradizioni, diritto e sistemi sociali, in una prospettiva di interscambio e di arricchimento reciproco. Tutto questo assume una rilevanza particolare rispetto alle tradizioni delle MGF, cariche di valori culturali e sociali estranei al mondo occidentale, ma fortemente connotanti il senso di provenienza e appartenenza delle persone immigrate.

Le *Linee Guida per mediatori e mediatrici culturali per la prevenzione e il contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili* forniscono conoscenze, competenze e modalità di intervento che i mediatori possono mettere in campo nell'azione di prevenzione e contrasto delle MGF. La metodologia adottata è diretta a fornire al documento il carattere di massima fruibilità da parte dei mediatori, attraverso un approccio pratico, concreto e di facile visualizzazione.

Il Capitolo 1 contiene un quadro esplicativo generale sul fenomeno delle MGF, con le conoscenze e le informazioni di base che i mediatori (e gli operatori dei servizi, tramite l'azione dei mediatori) devono acquisire.

Il Capitolo 2 proietta il quadro conoscitivo sulle MGF nell'ottica della mediazione culturale, individuando alcuni criteri generali di intervento.

I Capitoli 3, 4 e 5 sono dedicati ai tre principali ambiti di operatività del mediatore: **la famiglia e la comunità immigrata locale a tradizione MGF; la donna immigrata portatrice o a rischio di MGF; le bambine e le ragazze sottoposte a MGF e a rischio di MGF**. I tre contesti sono certamente interconnessi; la loro suddivisione risponde alla necessità di sistematizzare il lavoro e di consentire al mediatore (e al lettore) un'immediata individuazione degli argomenti di diretto interesse e utilità, rispetto alla specificità e alla contingenza degli interventi da realizzare.

Le principali modalità di intervento del mediatore sono espresse in **35 Linee Guida**, visualizzate nel testo con tabelle riepilogative, che presentano **procedure, direttive e consigli di lavoro**.

Tutte le Linee Guida sono raccolte nel Capitolo 6. Il *Quadro sinottico di riepilogo* rappresenta un agile strumento a disposizione del mediatore: da un lato, rende disponibile in forma unitaria e ragionata l'insieme delle modalità di intervento, in tutti i possibili ambiti di azione; dall'altro, contiene puntuali riferimenti al documento, per una rapida individuazione del paragrafo di contesto di ciascuna Linea Guida.

1. QUADRO INFORMATIVO DI BASE SUL FENOMENO DELLE MGF

1.1. Definizione del fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito le **Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)** come tutte le pratiche che portano alla **rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altri danni** agli organi genitali compiuti sulla base di **motivazioni non terapeutiche**.

L'OMS ha distinto le MGF in 4 tipi, la cui terminologia è stata aggiornata nel 2007¹:

Tipo I Asportazione parziale o totale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia). <i>Quando è importante distinguere tra le maggiori varietà di mutilazione di tipo I, si propone la seguente suddivisione: Tipo Ia, rimozione del glande clitorideo o rimozione solo del prepuzio; Tipo Ib, rimozione del clitoride con il prepuzio.</i>	Tipo II Asportazione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza asportazione delle grandi labbra (escissione). <i>Quando è importante distinguere tra le maggiori varietà documentate, si propone la seguente suddivisione: Tipo IIa, rimozione delle sole piccole labbra; Tipo IIb, rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra; Tipo IIc, rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra.</i> <i>Nota: In Francese il termine “excision” è spesso usato come termine generale per tutti i tipi di mutilazione genitale femminile.</i>
Tipo III Restrimento dell'orifizio vaginale attraverso una chiusura ermetica coprente creata tagliando e avvicinando le piccole e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione). <i>Quando è importante distinguere tra i diversi tipi di infibulazione, si propone la seguente suddivisione: Tipo IIIa, rimozione, apposizione e adesione delle piccole labbra; Tipo IIIb, rimozione, apposizione e adesione delle grandi labbra.</i>	Tipo IV Non classificato: tutte le altre pratiche dannose per i genitali femminili condotte per scopi non terapeutici (es. puntura, piercing, incisione, raschiatura, cauterizzazione).

La **reinfibulazione** è la procedura attraverso la quale i margini della cicatrice dell'infibulazione, aperti per permettere alla donna di partorire per via naturale, vengono di nuovo ricuciti insieme subito dopo il parto. Il taglio e la risuturazione della cicatrice

¹ Cfr. World Health Organization, *Eliminating Female genital mutilation – An interagency statement* (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO), 2008.

accrescono la mancanza di elasticità della vulva e sono causa di ulteriore danno per la donna. La reinfibulazione a volte viene richiesta dal marito o dalla donna stessa al momento del parto.

Sulla base delle stime di prevalenza diffuse nel 2008 dall'OMS, si presume che le donne nel mondo sottoposte a MGF sono dai 100 ai 140 milioni e che le bambine a rischio di essere sottoposte a tali pratiche sono, ogni anno, circa 3 milioni².

La tabella che segue presenta un prospetto dei Paesi a tradizione MGF, col relativo tasso di prevalenza. Va precisato che la diffusione delle MGF in questi Paesi non è omogenea: può accadere che, in uno stesso Stato, alcune etnie abbiano una forte tradizione di MGF e altre non seguano affatto queste pratiche.

Stato	Anno	Stima % in ragazze/donne 15-49 anni
Somalia	2005	97.9
Egitto	2005	95.8
Guinea	2005	95.6
Sierra Leone	2005	94.0
Gibuti	2006	93.1
Mali	2001	91.6
Sudan settentrionale (circa 80% del totale della popolazione dell'indagine)	2000	90.0
Eritrea	2002	88.7
Etiopia	2005	74.3
Gambia	2005	78.3
Burkina Faso	2005	72.5
Mauritania	2001	71.3
Guinea-Bissau	2005	55.4
Liberia	Dati da molti studi (Yoder and Khan, 2007).	45.0
Ciad	2004	44.9
Costa d'Avorio	2005	41.7
Kenya	2003	32.2
Senegal	2005	28.2
Yemen	1997	22.6
Nigeria	2003	19.0
Benin	2001	16.8
Repubblica Unita di Tanzania	2004	14.6
Togo	2005	5.8
Ghana	2005	3.8
Niger	2006	2.2
Cameroon	2004	1.4
Uganda	2006	0.6

² Cfr. Precedente nota 1.

In altri Paesi, studi e ricerche hanno documentato pratiche di MGF che sono state introdotte in epoca tarda da immigrati di religione islamica provenienti dalla costa orientale dell'Africa (Erllich, 1986), ma non esistono al momento stime del fenomeno a livello nazionale. Tra questi Paesi ci sono India (Ghadially, 1992), Indonesia (Budiharsana, 2004), Iraq (Strobel and Van der Osten-Sacken, 2006), Israele (Asali et al., 1995), Malaysia (Isa et al., 1999), Emirati Arabi Uniti (Kvello and Sayed, 2002). In diversi altri Stati, infine, sono segnalati, a livello di aneddotica, casi di MGF, tra cui Colombia, Repubblica Democratica del Congo, Oman, Perù, Sri Lanka.

Si tratta di un costume in via di cambiamento in molti dei Paesi coinvolti, grazie all'azione di gruppi di donne in difesa dei propri diritti, tra cui l'Inter-African Committee (IAC), al contrasto dei governi locali, alle campagne di informazione e di opposizione promosse dalle organizzazioni internazionali e dalle ONG. Tuttavia, se è vero che diverse etnie stanno allentando i legami con questa tradizione, sono da registrare, in alcune popolazioni estranee alle pratiche di MGF, casi di mutilazioni su donne e bambine: a seguito del contatto tra persone di etnie diverse (e con diverse culture e tradizioni), che avviene per lo più per motivi di carattere ambientale e sociale (es. costruzione di un pozzo, intorno a cui si radunano comunità intere; matrimoni; etc.), può verificarsi una sorta di "osmosi" culturale che può portare alla trasmissione e all'acquisizione reciproca di tradizioni e riti (studi di Ellen Gruenbaum in Sudan presentati al Seminario del Rockefeller Center a Bellagio 2004).

Le modalità di esecuzione delle MGF variano a seconda dei Paesi e delle etnie, dalle forme più radicali a quelle più blande. In tutti i Paesi le MGF sono praticate su bambine per espressa volontà e convinzione della madre, dei genitori e dell'intera comunità. E' una caratteristica ricorrente che gli uomini, che hanno il vero potere decisionale, rimangano invisibili. L'età delle bambine può variare da 0 a 15 anni: in Egitto oltre il 90% sono "mutilate" tra i 4 e i 15 anni, in Etiopia, Mali e Mauritania il 60% prima dei 5 anni, nello Yemen il 76% nelle prime due settimane di vita. Variazioni analoghe si possono riscontrare anche all'interno dello stesso Paese: in Sudan, ad esempio, il 75% delle bambine subiscono le mutilazioni tra i 9-10 anni in Sud-Darfur, mentre il 75% delle bambine in Kassala sono mutilate tra i 4-5 anni.

Sebbene minoritarie, non mancano situazioni in cui le MGF, se non praticate da bambine, vengono praticate nell'adolescenza, al momento del matrimonio, durante la gravidanza o successivamente al parto.

Studi recenti hanno evidenziato un graduale abbassamento dell'età delle bambine sottoposte a MGF, spiegabile sia con la maggiore facilità di occultare queste pratiche laddove sono proibite, ma anche con il fatto che è più facile vincere eventuali resistenze da parte delle bambine. In genere, infatti, sono proprio le bambine le prime a voler essere operate, per la forte pressione esercitata su di loro dal gruppo dei pari, vale a dire dalle loro coetanee.

Nei villaggi dei Paesi interessati vi sono donne, generalmente anziane e autorevoli, che, con rudimentali strumenti e in condizioni igieniche precarie, con anestetici e disinfettanti naturali, intervengono sulle bambine, traendo da questa attività un reddito.

Crescente è la tendenza nelle aree urbane alla medicalizzazione di questo rito, e quindi alla pratica di MGF all'interno di strutture sanitarie da parte di operatori sanitari. Essendo un intervento che menoma la funzionalità di parti vitali di una persona senza alcuna finalità terapeutica, e per di più a carico di minori che non sono in grado di prestare un valido consenso, essa è considerata un reato nella maggior parte dei Paesi occidentali ed africani ed è condannata dalla comunità scientifica. Inoltre non va dimenticato che le MGF costituiscono una grave violazione dei Diritti umani di donne e bambine poiché si tratta di pratiche pesantemente lesive dell'integrità fisica e della salute psichica della donna³.

In questo campo, i Diritti umani rappresentano uno di pochi strumenti che le donne hanno per ribellarsi all'autoritarismo patriarcale e istituzionale.

1.2. La cultura alla base delle MGF

Le MGF hanno un'origine oscura relegata in un passato remoto che alcuni fanno risalire ai faraoni - come attesterebbe l'espressione "circoncisione faraonica" con cui si designa ancora oggi la forma più grave di infibulazione -, mentre altri la riconducono all'antica Roma - da "fibula", una spilla che veniva applicata ai genitali dei giovani schiavi per impedirne l'attività sessuale, da cui deriverebbe il termine infibulazione. L'unica cosa certa è che non sono una usanza islamica, come a torto si tende spesso a credere, poiché si tratta di pratiche animiste che erano presenti *in loco* almeno un paio di millenni prima della diffusione dell'Islam nell'Africa sub-sahariana iniziata nel 1050. E, infatti, si praticano in società di religione sia islamica che animista e cristiana (copta, cattolica ortodossa, protestante), ma anche ebraica (i falascia etiopi), pur essendo pubblicamente condannate in ciascuna di esse.

Nonostante la loro origine arcaica, le MGF sono un'istituzione tuttora molto attiva nel determinare la vita di relazione e di scambi su cui si basa l'organizzazione sociale di gran parte delle comunità africane interessate. Dietro di esse ci sono, infatti, molte più cose di quanto non si riesca a percepire dall'esterno, che rimarranno opache e indecifrabili fin tanto che le MGF continueranno ad essere considerate alla stregua di credenze religiose, superstizioni, tradizioni e tabù, o ad essere viste come usanze e pratiche culturali decontestualizzate, anziché essere ricondotte all'interno del contesto sociale, che conferisce senso ad esse e all'agire di quanti le praticano.

Il loro contesto è quello di società patriarcali che hanno fondato le proprie strategie di potere sul controllo della sessualità femminile mediante due usanze che si implicano a vicenda: l'obbligo di mutilare parte dei genitali esterni delle bambine in età impubere e l'obbligo altrettanto vincolante di offrire, in occasione delle nozze, il "prezzo della sposa" (*bride-price*), in cambio di una donna in moglie. Ma attenzione:

³ Si cita, al riguardo, il "**Programma di azione approvato alla Quarta Conferenza ONU sulle donne**", adottato a Pechino nel settembre 1995. Tra le disposizioni principali, si citano il Punto C.2, che prevede di "**rafforzare le leggi, riformare le istituzioni e promuovere norme e pratiche che eliminano la discriminazione contro le donne ed incoraggino le donne o gli uomini ad assumersi la responsabilità del loro comportamento sessuale e nella procreazione; assicurare il pieno rispetto per l'integrità fisica del corpo umano**"; e il punto L.5, che auspica di: "**eliminare la discriminazione nei confronti delle bambine nei settori della salute e della nutrizione; (...) prendere tutte le misure appropriate allo scopo di abolire le pratiche tradizionali pregiudiziali alla salute dei bambini**".

Il *prezzo della sposa* è il compenso che la famiglia dello sposo versa alla famiglia della sposa in cambio non di una donna qualsiasi, bensì di una donna illibata, il che vuol dire escissa o infibulata, pena il rinvio della malcapitata alla sua famiglia la prima notte di nozze, e la restituzione alla famiglia dello sposo del compenso versato – sia in bestiame che in denaro – se la donna non è mutilata *come si deve*.

Dal momento che il prezzo della sposa è il compenso che viene dato in cambio della purezza della donna, risulta chiaro che il compito cui sono delegate le MGF è quello di assicurare il controllo della sessualità femminile in modo da garantire quella purezza indispensabile allo scambio matrimoniale.

Le MGF sono infatti una costruzione dell'identità di genere che prepara la donna al matrimonio. Esse costituiscono una componente fondamentale dei riti di iniziazione – solo e sempre gestiti dalle madri - attraverso cui in queste società si diventa donna. Donna non si nasce ma si diventa, nel senso che la connotazione biologica non è di per sé un fattore sufficiente di individuazione. Naturalmente questo non accade solo in Africa. Ogni società trasforma la sessualità biologica in una costruzione culturale differenziando il maschile dal femminile. Mentre da noi è un percorso soprattutto simbolico che inizia nella più tenera infanzia – dal colore del corredo e del fiocco appeso alla porta di casa –, nelle società africane non è solo simbolico, ma passa anche attraverso la manipolazione fisica dei corpi.

Le MGF incidono sui corpi delle bambine la loro appartenenza al genere femminile asportando la parte “maschile” dei genitali, il clitoride, assimilato a un piccolo pene, e cancellando così la bisessualità originaria per garantirne la purezza. I loro sono corpi puri, incontaminati e destinati a rimanere tali per arrivare integri allo scambio matrimoniale. Il valore di una sposa – che si materializzerà nel *bride-price* - non dipende dalla sua verginità naturale, bensì dalla sua costruzione culturale, ovvero dalla MGF. Il corpo naturale è infatti considerato impuro, perché è aperto e violabile, ed esposto a una promiscuità che rischia di essere contaminante e motivo di disonore e vergogna non solo per la donna ma per tutta la sua famiglia. E, di fatto, nessun uomo è disposto a sposare una donna non operata, che è così destinata a una vita di sofferenza ed emarginazione.

Le MGF sono l'altra faccia del prezzo della sposa. Entrambi contribuiscono a regolare la rete complessa dello scambio matrimoniale.

Il matrimonio in Africa è una unione definita da una serie di obblighi contrattuali tra due famiglie, gestita sempre e solo dagli uomini (nonni, padri e fratelli) dei due nuclei familiari. Si tratta di matrimonio combinato, che prescrive, oltre alle MGF e al *bride-price*, anche l'età prematura della sposa, l'età avanzata dello sposo, e l'endogamia, ovvero l'obbligo di scegliere il coniuge all'interno del proprio gruppo sociale. A decidere sono

sempre le tre generazioni di maschi, cui spetta il compito di scegliere il coniuge e di negoziare il prezzo della sposa – in bestiame o in denaro - nel corso di transazioni lunghe e estenuanti. Il prezzo della sposa non va però considerato un pagamento vero e proprio, è piuttosto un compenso per il trasferimento di certi diritti sulla donna (sul suo lavoro, sessualità e fecondità). E sulla sua prole. Tanto è vero che il *bride-price* non segue i circuiti commerciali, ma va a costituire una specie di fondo-cassa della famiglia da reinvestire in un futuro *bride-price* che permetterà ai fratelli della sposa di sposarsi a loro volta, o addirittura al padre di prendersi una nuova moglie in caso di ordinamento poligamico. Poiché le transazioni in occasione di un matrimonio costituiscono le transazioni economiche più importanti nella vita di una persona e di una famiglia, è chiara l'importanza e la legittimazione sociale di cui godono le MGF e la riluttanza a eliminarle da parte della popolazione.

Le resistenze maggiori contro l'abbandono delle MGF vengono proprio dalle bambine, che sono le prime a volerle fare sia per la forte pressione esercitata su di loro dalle proprie coetanee, sia perché sanno che non averle subite significa un futuro terribile.

«I Bambara, una delle etnie del Mali, chiamano le donne non infibulate o escisse "bikaloro", un gravissimo insulto che vuol dire "essere privi di ogni maturità". Al momento di questa dolorosa "cerimonia di iniziazione", le bambine più grandi si impegnano a non gridare: sarebbe una grave dimostrazione di vergogna attribuita ai propri genitori: "Se piangi, non sei degna di tuo padre", cantano le donne del villaggio. All'uscita le piccole vittime trovano i tam tam ad accoglierle festosamente, mentre alle piccole che saranno operate in futuro si ricorda quotidianamente: "Se non sei escissa, non hai amici, non hai diritto a farti corteggiare da nessun ragazzo, non puoi comportarti da donna" (dal testo de "L'iniziazione", documentario televisivo girato da Ilaria Freccia e trasmesso da RAI3 il 22 Novembre 2005)»⁴.

La MGF sono un obbligo sociale molto vincolante cui sono tenute le famiglie, che sono convinte di agire per il bene delle figlie. Quello che per noi è una terribile mutilazione per loro rappresenta invece una forma di perfezionamento del corpo, da cui dipende non solo la costruzione dell'identità di genere ma anche quel bene prezioso che è l'appartenenza comunitaria. È attraverso la mutilazione dei propri genitali che ogni donna si riconosce ed è riconosciuta come membro della propria comunità. Le MGF rappresentano, infatti, quel "confine etnico" che riconverte l'identità comunitaria in una espressione biologica. Ferite simboliche attraverso cui ogni gruppo scrive il proprio nome sui corpi delle loro donne, contribuendo a segnare i confini del "noi" inteso sia come comunità locale sia come quella "comunità immaginata" che è la nazione. In mancanza di forme di identità stanziali di riferimento, come nell'immigrazione, diventa ancora più vincolante il bisogno di quei

⁴ Testo tratto da Mancinelli F., *La "legge consolò" per la Prevenzione e il divieto delle pratiche di Mutilazione genitale femminile*, Giugno 2006.

corpi di donne che sono vissute come il deposito muto di un'appartenenza collettiva insostituibile.

Nell'immigrazione acquista particolare rilevanza il ruolo che svolgono le MGF per la tutela e la legittimazione dell'identità etnica.

In una situazione in cui identità e senso di appartenenza sono a rischio e devono continuamente essere confermate e reinventate, le MGF possono però assumere il carattere di una sfida culturale che può spingere i soggetti socialmente meno protetti come le donne a cercare rifugio nella propria comunità. Ma può anche accadere che la società di accoglienza finisca invece per catturarne prima o poi l'attenzione, imponendo confronti con i corpi così diversi delle donne occidentali e sollecitando scelte che non avrebbero mai pensato di dovere affrontare. Ma meno di quanto ci aspetteremmo o di quanto noi, come società di accoglienza, potremmo aiutare a compiere se riuscissimo ad avere una maggiore disponibilità all'ascolto, che parta da una conoscenza più informata sui contesti sociali e culturali alla base delle MGF.

La tabella sintetizza alcune delle motivazioni più diffuse tra le etnie che praticano MGF⁵ e le relative argomentazioni che possono essere addotte per favorire la rinuncia a questa tradizione:

Motivazioni tradizionali a sostegno delle MGF	Argomentazioni contrarie
Le MGF sono pratiche semplici, che non comportano nessun rischio sulla salute.	<i>Le MGF sono veri e propri interventi chirurgici ginecologici. Le operazioni ginecologiche non eseguite in ospedale e da un ginecologo (o un chirurgo) sono interventi a rischio per la salute e per la vita.</i>
Le MGF sono dettate dalla religione, in particolare dall'Islam.	<i>Le pratiche di MGF sono pre-esistenti alle religioni monoteiste e non sono tipiche della religione islamica. L'Islam proibisce tutte le forme di amputazione, i tatuaggi e le depigmentazioni del corpo umano. Qualsiasi modifica o alterazione del corpo è contraria allo spirito della religione. Nessuna SURA del Corano prevede la mutilazione genitale femminile.</i>
L'infibulazione è indispensabile per preservare la verginità.	<i>L'infibulazione può essere ripristinata dopo i rapporti sessuali, con la pratica della reinfibulazione; quindi, non è legata alla preservazione della verginità.</i>
Le MGF intensificano il desiderio sessuale del marito.	<i>Questa è una credenza culturale diffusa in Paesi dove si crede che il piacere sessuale dell'uomo sia accresciuto da una vagina resa artificialmente più stretta; in realtà ci sono studi in corso in cui gli uomini delle culture a tradizione escissoria preferiscono il sesso con donne con i genitali intatti pur sposando donne con i genitali mutilati. E' importante che gli uomini siano responsabili della salute delle loro bambine, sorelle, madri, mogli e amiche, riconoscendo che le MGF sono dannose, illegali e contro la religione e imparando che il piacere sessuale personale può essere</i>

⁵ Cfr. anche *Le mutilazioni genitali femminili: una tradizione insensata e disumana*, a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità.

	<i>accresciuto se è condiviso da una partner non sofferente.</i>
Le MGF favoriscono l'igiene delle donne.	<i>Le MGF sono causa di un gran numero di infezioni genitali e urinarie.</i>
Le MGF favoriscono la fecondità delle donne	<i>Le MGF possono essere causa di sterilità e di problemi al sistema riproduttivo.</i>
Le MGF sono estetiche	<i>La salute di donne e bambine va tutelata. La salute è un bene prezioso, più importante di quello che viene considerato estetico. Il concetto di bellezza poi cambia nel tempo e con l'età, anche nella stessa cultura. L'ideale di bellezza femminile con i suoi valori estetici deve corrispondere anche ad un ideale di salute. Tutti quei valori estetici non legati alla mutilazione e quindi non dannosi possono essere esaltati e valorizzati (profumi, colori, atteggiamenti, ecc.) nel contrasto alla mutilazione.</i>

1.3. Le MGF in Italia

I flussi migratori degli ultimi trenta anni hanno introdotto nella nostra società comportamenti, costumi e tradizioni precedentemente sconosciuti. La consapevolezza della presenza di donne che hanno subito MGF sul territorio nazionale si è avuta nel corso dei primi anni '90, quando con il rinsaldarsi dei processi di integrazione, le donne straniere hanno avuto accesso ai servizi sanitari sia per assistenza nella gravidanza e nel momento del parto, sia per curare patologie specifiche derivanti dalle MGF.

Le **Linee guida del Ministero della Salute in materia di MGF⁶** mettono in luce come oggi, in Italia, sono due le manifestazioni del fenomeno:

- presenza di donne escisse e infibulate provenienti da Paesi dove vige la tradizione della pratica escissoria;
- giovani donne e bambine che rischiano o subiscono la pratica delle MGF durante il periodo di permanenza in Italia, o comunque durante un periodo di vacanze nel Paese di origine dei genitori.

Vi è un'obiettivo difficoltà a quantificare l'estensione del fenomeno. Secondo le stime del Ministero della Salute, in Italia le MGF potrebbero interessare potenzialmente 93.809 donne: le bambine a rischio con meno di 13 anni sarebbero 409 e le ragazze di età tra i 14 e i 18 sarebbero 3.535. Le donne tra i 19 e i 40 anni (la fascia di età delle madri) sarebbero 62.710 e quelle con oltre 40 anni 26.098 (donne mature). I dati riguardano le immigrate con regolare permesso di soggiorno al 1° luglio 2006.

Da questi dati, per quanto approssimativi, si possono tuttavia trarre alcune considerazioni sulla presenza del problema in Italia: se è vero che questi dati lasciano trasparire una dimensione circoscritta del fenomeno, si deve tuttavia sottolineare che l'integrità e la salute delle persone sono valori assoluti e inviolabili, da difendere anche in caso di rischio per una sola donna o bambina.

⁶ Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie, nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche, Decreto del Ministero della Salute del 17.12.2008 (G.U. 25.03.2008, n. 71 SO 70)

1.4. Le conseguenze sulla salute delle bambine e delle donne

Le complicanze delle MGF dipendono da vari fattori che devono essere sempre tenuti presente:

- o quantità di tessuto asportata e quindi gravità della mutilazione subita;
- o modalità con cui la MGF è stata eseguita (uso di strumentario non sterile o uso di strumentario chirurgico monouso);
- o stato sociale e condizioni igieniche nelle quali la MGF viene praticata (ad esempio, nelle famiglie povere viene eseguita in contesti rurali da parte di figure tradizionali, nelle famiglie provviste di mezzi si ricorre a figure sanitarie in ambulatorio o in ospedale);
- o condizioni di salute della bambina, vale a dire se è sana o malnutrita e/o già malata.

Le **complicanze** vanno distinte in **immediate** (subito dopo l'operazione) e **tardive** (la donna ne soffre nel corso della sua vita) (SIGO 2008).

Quando le MGF sono eseguite senza alcuna forma di anestesia e senza garanzie chirurgiche, accade spesso che le bambine vadano incontro a **perdita di coscienza e collasso cardiovascolare (shock)** dovuto sia all'enorme dolore causato dalle lacerazioni dei genitali che all'emorragia che si accompagna alle ferite.

L'**emorragia** è la più comune conseguenza della MGF tipo I-II-III. E' un'evenienza inevitabile e a volte fatale: infatti, può portare alla morte. Anche quando l'emorragia non è imponente, le perdite di sangue possono prolungarsi per diversi giorni, conducendo la piccola paziente ad uno stato di grave anemia.

Le **infezioni** della ferita sono molto comuni, causate spesso dalla mancanza di condizioni igieniche necessarie in ogni intervento chirurgico.

Il **dolore è insopportabile** e continua per diversi giorni; le bambine soffrono al punto tale che per la paura non vogliono urinare: questo può portare a **ritenzione urinaria** e all'infezione dell'apparato urinario, con ulteriori rischi per la salute. Spesso, in questi casi, la ferita viene riaperta per permettere la fuoriuscita dell'urina e poi viene risuturata con ulteriore sofferenza.

Oltre alle infezioni comuni, che possono evolvere in suppurazione e gangrena, vi è il rischio di procurare la morte della bambina contagiandola con il **tetano** (a causa dell'uso di attrezzi non sterili), l'**HIV/AIDS** o l'**epatite** (a causa dell'uso degli stessi strumenti per molte bambine, in zone dove tali malattie sono diffuse).

Da adulta, la donna soffrirà di una serie di **danni e malattie "a lungo termine"**. Questi possono essere rappresentati anche da patologie gravissime che ridurranno la qualità della sua vita. Le **complicanze tardive** richiedono attenzione e sensibilità da parte del medico o di chiunque si troverà a trattare con queste pazienti, in quanto la maggior parte delle donne mutilate non collega certi disturbi alla mutilazione, essendo abituate a soffrire in quanto donne. Molte si vergognano di parlarne perché si sentono giudicate da chi ascolta.

Le più frequenti complicanze tardive sono:

- **Difficoltà ad urinare:** dovuta all'ostruzione dell'apertura urinaria o al danneggiamento del canale da dove fuoriesce l'urina. La minzione, nella donna infibulata, richiede un tempo lunghissimo prima che la vescica si svuoti completamente, a volte anche 20 minuti. Questo è causa di **cistiti** frequenti che rendono la minzione dolorosa.
- **Mestruazioni irregolari e dolorose (dismenorrea).**
- **Infezioni continue, croniche e recidivanti della vagina e degli organi interni della riproduzione.**
- **Cisti da ritenzione** che si formano per l'inclusione nella cicatrice di pezzetti di pelle e ghiandole sebacee, le quali continuano a produrre sebo così la ciste cresce fino ad assumere dimensioni notevoli. Vanno asportate chirurgicamente.
- **Difficoltà ad avere figli (infertilità e sterilità):** la maggior parte delle volte dovute alle infezioni, che possono provocare danni irreparabili agli organi della riproduzione e soprattutto alle tube.
- **Cicatrici voluminose sulla vulva (cheloidi):** queste rare formazioni restringono l'orifizio vaginale, causando l'impossibilità di avere rapporti sessuali.
- **La difficoltà del sangue mestruale ad uscire dal suo naturale orifizio,** nelle donne infibulate vergini, rende necessario in alcuni casi incidere la cicatrice per farlo defluire o per togliere i coaguli stipati in vagina (ematocolpo) e a volte anche nell'utero (ematometra).
- **Dolori durante i rapporti sessuali (dispareunia) e paura del rapporto sessuale:** sono praticamente una conseguenza inevitabile. La penetrazione dell'organo sessuale maschile risulta dolorosa per entrambi, difficile e a volte impossibile, e abbastanza spesso bisogna praticare un intervento chirurgico riparativo come la deinfibulazione per permettere un rapporto penetrativo.

In gravidanza, nelle donne infibulate vi è difficoltà dei controlli ginecologici. Le infezioni urinarie e vaginali possono compromettere l'andamento della gravidanza stessa (aborti, rottura prematura del sacco amniotico, parto prematuro). E' necessario consigliare alla donna infibulata l'intervento di deinfibulazione, soprattutto se gravida, da eseguire possibilmente nel primo trimestre.

Durante il **parto sono possibili** numerose **complicanze ostetriche:** il tessuto fibroso vulvare non permette la dilatazione necessaria per il normale svolgimento del parto nel periodo espulsivo, con possibili danni al bambino e alla madre. Se non si procede tempestivamente alla riapertura dei tessuti della cicatrice (deinfibulazione intrapartum ed episiotomia), il bambino può arrestare la sua discesa nell'ultimo tratto del canale vaginale e rischiare, per scarsa ossigenazione, danni cerebrali; la mamma può andare incontro a lacerazioni perineali, vaginali, uretrali e rettali e **perforazioni o lesioni tra la vagina e la vescica o tra la vagina e il retto (fistole):** in tali casi può accadere che le feci e le urine possono uscire dalla vagina. Questi eventi sono rari in Occidente per il frequente ricorso al taglio cesareo ma sono frequentissimi nei Paesi d'origine. L'incontinenza fecale o urinaria

a seguito delle fistole sono causa spesso di abbandono da parte del coniuge, di emarginazione, di suicidio. Un'ulteriore possibile complicazione, laddove il parto avviene in contesti non sanitari, è rappresentata dalla rottura dell'utero, complicazione temibile in termini di morbidità e mortalità sia materna che neonatale. Inoltre, poiché le donne infibulate sono sottoposte con maggiore frequenza al taglio cesareo, nei Paesi di origine e fuori dagli ospedali attrezzati, rischiano più di altre la morte per emorragia o sepsi puerperale.

Un intervento terapeutico in caso di MGF di tipo III (infibulazione), e riparatore di talune delle conseguenze sulla salute della donna, è la **deinfibulazione**, da raccomandare sempre e prima possibile ad una giovane infibulata. La deinfibulazione è la procedura che si attua per allargare l'apertura dell'orifizio lasciata al momento dell'infibulazione. A volte è effettuata quando una donna sta per sposarsi, spesso viene richiesta subito dopo il matrimonio, ma di frequente viene eseguita al momento del parto. La deinfibulazione, come indispensabile atto medico-chirurgico viene effettuata per vari motivi: diminuzione dei dolori mestruali; diminuzione del dolore durante i rapporti sessuali; diminuzione delle infezioni del tratto urinario; possibilità di effettuare un esame ginecologico, il PAP test ed altri esami strumentali che richiedono l'accesso vaginale come l'ecografia trans-vaginale, l'isteroscopia etc.; minori complicazioni durante la gravidanza e il parto; valutazione della posizione del bambino durante il travaglio; riduzione del ricorso al taglio cesareo; possibilità di scelta tra i diversi metodi anticoncezionali (per esempio spirale, anello trans-vaginale).

Le donne sottoposte a MGF possono andare incontro ad altre **complicazioni di carattere psicologico e sessuale**.

Difficoltà psicologiche sorgono in modo particolare nell'esperienza dell'emigrazione, con il confronto, sia per le giovani che per le donne adulte, con altri modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile. Gli studi sulla sessualità e sulle conseguenze ad esse connesse sono spesso contraddittori e non basati sulla conoscenza anatomico-fisiologica della risposta sessuale femminile.

Studi recenti dimostrano che, poiché le strutture erettili (punto di partenza della risposta orgasmica) di tutta la parte interna del clitoride (radici e crura), le strutture erettili dei bulbi del vestibolo e quelle peri uretrali rimangono intatte, vi è la possibilità, in caso di disfunzione sessuale, di riabilitare le donne ad una vita sessuale completa. Alcune donne attribuiscono a questa esperienza il senso di umiliazione, di impotenza e di inibizione che accompagnano perennemente la loro vita, altre riferiscono di aver vissuto la mutilazione come uno stupro o come un tradimento da parte della famiglia con la conseguente difficoltà di costruire relazioni affettive persino con i propri figli.

Riguardo alla percezione negativa della sessualità delle donne con MGF da parte del mondo occidentale, i sanitari devono essere informati che, in assenza di complicanze, le donne con MGF anche gravi possono avere una vita psico-sessuale soddisfacente. Pertanto, pazienti mutilate affette da disfunzioni sessuali possono e devono essere curate con appropriate terapie sessuologiche, una corretta educazione sessuale che coinvolga anche il partner e, nel caso di infibulazione, con la deinfibulazione.

Infine estrema attenzione deve essere rivolta alle giovani generazioni, mutilate nel loro Paese ma cresciute in occidente, in quanto è stato dimostrato che quando la cultura fa vivere la mutilazione come una condizione positiva, l'esperienza del piacere sessuale e dell'orgasmo è presente in alta percentuale come nel caso delle vecchie generazioni di donne. Quando invece si crea un conflitto culturale tra la condanna occidentale delle MGF e i significati positivi dati alla mutilazione dalla cultura d'origine, la frequenza dell'orgasmo si riduce, sebbene la situazione anatomica lo renda possibile. Tutte le figure sanitarie e non sanitarie dovrebbero tenere in considerazione l'influenza culturale sulla sessualità: la cultura può modificare la percezione del piacere e può inibire l'orgasmo a prescindere dalla presenza o meno di una MGF.

1.5. La legislazione sulle MGF

1.5.1. La Legislazione italiana

Con la legge 9 gennaio 2006, n. 7 *“Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”*⁷ (cd. Legge *“Consolo”*), è stato riconosciuto nell'ordinamento giuridico italiano il **reato di Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili**.

La Legge n. 7/2006 ha introdotto nel codice penale l'**Articolo 583-bis “Pratiche di mutilazione genitale femminile”**⁸, che punisce con la **reclusione da 4 a 12 anni** chiunque (cittadino italiano o straniero), in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili (mutilazione intesa quale **clitoridectomia, escissione, infibulazione** e qualsiasi altra pratica che provochi effetti dello stesso tipo).

Il secondo comma dell'art. 583 bis del codice penale punisce con la reclusione da 3 a 7 anni chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, altre forme di lesione agli organi genitali femminili, da cui derivi una malattia del corpo e della mente. Se la lesione è di lieve entità, la pena è diminuita fino a due terzi.

Se le descritte mutilazioni dei genitali femminili sono commesse a danno di una **minorenne** (cosa più frequente) oppure sono commesse a **fini di lucro**, è prevista un'aggravante e la pena è aumentata di un terzo.

Viste le difficoltà a sottoporre bambine, ragazze e donne ad un intervento MGF nel Paese ospitante, spesso vengono effettuati viaggi nel Paese di origine allo scopo di eseguire

⁷ G.U. n. 14 del 18 gennaio 2006.

⁸ Art. 583-bis codice penale - (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili). – Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da quattro a dodici anni. Ai fini del presente articolo, si intendono come pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo.

Chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provoca, al fine di menomare le funzioni sessuali, lesioni agli organi genitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità.

La pena è aumentata di un terzo quando le pratiche di cui al primo e al secondo comma sono commesse a danno di un minore ovvero se il fatto è commesso per fini di lucro.

Le disposizioni del presente articolo si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. In tal caso, il colpevole è punito a richiesta del Ministro della giustizia.

l'operazione. Avendo riscontrato la notevole diffusione di questo fenomeno, si è cercato di punire anche la condotta di chi, per sfuggire ai divieti del Paese ospitante, torna nella propria Terra con il fine di far operare figlie e congiunte. La tutela della Legge n. 7/2006, quindi, si applica anche quando **la pratica MGF è commessa all'estero**, sia nel caso che a commettere il fatto sia un cittadino italiano o straniero residente in Italia, sia nel caso il fatto sia commesso in danno di una cittadina italiana o persona residente in Italia. In tal caso, il reo è punito a richiesta del Ministero della Giustizia.

Nel caso di **condanna nei confronti di un medico** o un altro esercente la professione sanitaria, è prevista la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da 3 a 10 anni; e la sentenza di condanna viene comunicata all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri (**Art. 583 ter codice penale**)⁹.

Per il reato di cui all'art. 583 bis codice penale si procede d'ufficio ed è possibile applicare misure cautelari personali (art. 280 e 287 cod. proc. pen.) e l'arresto facoltativo in flagranza (art. 381 cod. proc. pen.).

Nell'aprile 2006, la Legge Consolo viene applicata per la prima volta: a Verona viene arrestata una donna nigeriana di 43 anni, che si apprestava a mutilare una neonata di 14 giorni, in cambio di 300 Euro. La donna è stata fermata poco prima che iniziasse l'intervento, con forbici chirurgiche, flaconi di sostanze anestetizzanti, garze ed oli emollienti, nell'abitazione dei genitori della bambina, una coppia di suoi connazionali. Anche i genitori sono stati denunciati. Pochi giorni prima, la stessa donna aveva eseguito un intervento simile su un'altra bambina¹⁰.

Si precisa che ai genitori o agli esercenti la potestà che richiedono l'intervento di terzi al fine di effettuare una pratica di MGF nei confronti della loro figlia, può essere contestato il concorso nel reato di cui all'art. 583 bis cod. pen. (art. 110 cod. pen.).

Sanzioni amministrative sono introdotte, infine, dall'art.8 della Legge n. 7/2006 per l'Ente nella cui struttura è commesso il reato di mutilazione genitale femminile; sono previste, in particolare, la sanzione pecuniaria da 300 a 700 Euro e le sanzioni interdittive di cui all'Articolo 9, comma 2, del Decreto Legislativo n. 231/2001 (*Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300*), ed esattamente: l'interdizione dall'esercizio dell'attività; la sospensione o la revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito; il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio;

⁹ Art. 583-ter codice penale. – (Pena accessoria). – La condanna contro l'esercente una professione sanitaria per taluno dei delitti previsti dall'articolo 583-bis importa la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni. Della sentenza di condanna è data comunicazione all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Si precisa che il Codice di deontologia medica (art. 50, comma 2) vieta al medico di "praticare qualsiasi forma di mutilazione sessuale femminile".

¹⁰ Fonte: Mancinelli F., *La "legge Consolo" per la Prevenzione e il divieto delle pratiche di Mutilazione genitale femminile*, Giugno 2006.

l'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi; il divieto di pubblicizzare beni o servizi. Tali sanzioni interdittive hanno una durata non inferiore ad un anno.

Inoltre, nel caso di ente privato accreditato è revocato l'accreditamento. Se l'ente o una sua unità organizzativa viene stabilmente utilizzato allo scopo unico o prevalente di consentire o agevolare la commissione dei delitti di cui all'art. 583 bis c.p., si applica la sanzione dell'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività, ai sensi dell'articolo 16, comma 3, D. lgs. 231/2001.

1.5.2. Espulsione e rischio MGF

Esistono diversi casi di donne di origine africana che chiedono il riconoscimento dello status di rifugiato in Paesi occidentali, in quanto fuggono da realtà che le vede vittime di MGF. Allo stesso modo, ci sono casi di donne o bambine entrate irregolarmente nel territorio di un Paese occidentale, e che, se espulse, verrebbero poi sottoposte a MGF nel proprio Paese di provenienza. In base alla normativa italiana vigente (art. 19, Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, *Testo unico immigrazione*), non può disporsi l'espulsione verso uno Stato in cui lo straniero possa essere oggetto di persecuzione per motivi di sesso. Ed il rischio di essere sottoposte a MGF può rientrare nella *persecuzione per motivi di sesso*. Tale assunto, tuttavia, trova valore unicamente a livello di applicazione interpretativa della legge in vigore sopra richiamata. A tal proposito, va segnalato, inoltre, che il Legislatore italiano, nella formulazione della L. n. 7/2006, non ha accolto, per mancanza di copertura finanziaria, la richiesta del Parlamento Europeo di riconoscere il diritto di asilo e lo status di rifugiato alle donne che hanno il coraggio di opporsi alle famiglie e ai gruppi sociali di appartenenza (v. *Senato della Repubblica, XIV Legislatura, Seduta 835 del 6 Luglio 2005*).

1.5.3. Risarcimento del danno biologico

Considerato che le pratiche di MGF hanno conseguenze dannose sulla salute fisica e psichica della donna, la stessa può chiedere il risarcimento dell'ingiusto danno alla salute che ha subito. Ciò può avvenire sia con costituzione quale parte civile nel processo penale a carico di chi ha commesso il reato di mutilazione, sia con autonoma azione risarcitoria in sede civile nei confronti dello stesso (artt. 2043 e 2059 cod. civ.).

1.5.4. Potestà dei genitori

In caso di minori a rischio di essere sottoposti a MGF per volontà dei genitori, il Giudice minorile ha la facoltà (in base agli artt. 330 e 333 cod. civ.) di allontanare le figlie dai genitori, nei casi più gravi con decadenza della potestà. Il Giudice può, inoltre, adottare *provvedimenti convenienti* quando la condotta di uno o entrambi i genitori sia pregiudizievole alla figlia.

1.5.5. La legislazione nei Paesi europei

In tutti i Paesi europei, le MGF sono perseguibili a livello penale. Nei vari Stati, il fenomeno delle MGF è stato però diversamente affrontato, in quanto alcuni hanno un reato specifico di MGF; in altri, invece, la giurisprudenza lo fa rientrare in fattispecie di

reato diverse, quali le lesioni gravi e gravissime; il tentato omicidio e, quando ne consegua la morte, l'omicidio.

La tabella che segue presenta le disposizioni normative in materia di MGF applicate in alcuni Paesi europei:

Stato	Normativa
Belgio	Chiunque pratica, facilita o promuove una mutilazione degli organi genitali femminili, con o senza il consenso della donna, è punito con l'arresto da tre a cinque anni. Se il comportamento si ferma al tentativo, l'arresto è da otto giorni ad un anno. Se la mutilazione è praticata su un minorenne o per trarne profitto, la sanzione sarà da cinque a sette anni di lavoro forzato (<i>hard labour</i>). Se dalla mutilazione deriva una malattia, che appare inguaribile, o un'inabilità lavorativa permanente, la sanzione sarà da cinque a dieci anni di lavoro forzato. Se dalla mutilazione deriva, quale conseguenza non voluta, la morte della donna, la pena sarà da dieci a quindici anni di lavoro forzato. Un aggravio di pena è previsto se la mutilazione viene praticata su una minore o su una persona incapace di provvedere a sé, a causa del suo stato fisico o mentale, dal genitore o da persona incaricata di custodia sulla minore o sulla inabile, o da qualunque persona che coabita occasionalmente od abitualmente con la vittima.
Francia	Non esiste una legge specifica. Ma le MGF sono punite ai sensi dell'art. 222, comma 10, c.p., che prevede una condanna sino a quindici anni per lesioni che abbiano determinato una mutilazione permanente su un minore di anni quindici.
Germania	Le MGF integrano i reati di: lesioni corporali; lesioni corporali pericolose; maltrattamento di minori; lesioni corporali gravi, tra cui vi sono quelle comportanti la perdita della capacità di generare; morte come conseguenza di lesioni corporali. Inoltre, in base alla legge sull'immigrazione, chi esegue o fa eseguire MGF, può essere espulso.
Norvegia	Esiste una legge specifica del 1995 che proibisce le MGF, con sanzioni pecuniarie o con la detenzione fino a tre anni. E' prevista la detenzione sino a sei anni se la condotta ha come conseguenze: una malattia; l'incapacità lavorativa superiore a due settimane; un incurabile difetto o lesione. La detenzione sarà sino a otto anni, se conseguenze sono la morte o una lesione grave al fisico od alla salute della donna. Il consenso della persona offesa non costituisce scriminante. Colui che aiuta o incoraggia un terzo nella pratica di MGF sarà punito nella stessa misura di colui che ha effettivamente compiuto la pratica. La legge norvegese si applica in Norvegia ed all'estero; quindi il cittadino norvegese (o anche il semplice residente in Norvegia) che ha eseguito una pratica di MGF all'estero, non è esente da sanzione penale.
Regno Unito	Il <i>Female genital mutilation Act</i> del 2003, prevede che "a person is guilty of an offence if he excises, infibulates or otherwise mutilates the whole or any part of a girl's labia majora, labia minora or clitoris". La ragazza è equiparata alla donna. La condotta è penalmente rilevante se la donna è cittadina o residente nel Regno Unito. Non è reato eseguire, ad opera di persone autorizzate, un'operazione chirurgica su una ragazza, necessaria per la sua salute fisica o mentale; od un'operazione chirurgica su una ragazza che si trova sul punto di partorire, o ha appena partorito, per esigenze connesse con il parto o con la nascita. Le persone autorizzate sono, in relazione al primo tipo di operazioni chirurgiche, i medici professionisti abilitati; mentre, in relazione al secondo tipo di operazioni chirurgiche, oltre a questi, anche le ostetriche abilitate o una persona che sta seguendo un corso di formazione per diventare medico professionista od ostetrica. Al fine di stabilire se l'operazione chirurgica è necessaria per la salute mentale della ragazza, è irrilevante il fatto che lei od un'altra persona ritengano che quell'operazione sia richiesta da ogni sorta di costume o rituale. La legge inglese del 2003, inoltre, punisce chi aiuta, incoraggia o consiglia una ragazza a recidere, infibulare o altrimenti mutilare le sue grandi labbra, piccole labbra o clitoride, per l'intero o per una loro parte. Costituisce reato aiutare, incoraggiare, consigliare una persona non cittadina né residente nel Regno Unito, a compiere una pratica di MGF all'estero.
Spagna	Una legge del 2005 introduce apposite norme per perseguire extraterritorialmente la pratica delle MGF.
Svezia	E' stato il primo Paese europeo ad emanare, nel 1982, una legge <i>ad hoc</i> , che vietava l'escissione femminile, anche in presenza del consenso, con la reclusione non superiore a quattro anni. Nel caso di pericolo di morte della donna, la reclusione è di dieci anni. Tale legge fu modificata nel 1998 e nel 1999, con l'introduzione dell'ulteriore divieto della reinfibulazione <i>post partum</i> e della previsione della punizione di chi ha effettuato le MGF in altro Paese dove sono illegali. E' ritenuto colpevole anche chi ha, in qualche modo, partecipato al fatto.
Svizzera	Le MGF sono punite come lesioni corporali gravi.

1.5.6. La legislazione nei Paesi a tradizione MGF

Anche in molti Paesi a tradizione MGF sono state approvate leggi che vietano tali pratiche tradizionali, che però trovano grandi difficoltà nella loro attuazione. In realtà sono state varate solo dietro pressione degli organismi internazionali (OMS, Unicef, Amnesty International, ecc.), limitandosi a introdurre provvedimenti legislativi senza un effettivo impegno dei Governi per farli rispettare, nonostante le dichiarazioni ufficiali di condanna, e le campagne promosse per sradicarle, che nella maggioranza dei casi servono solo a drenare altri fondi da quegli stessi organismi internazionali. La maggior parte delle bambine ha continuato a essere mutilata, mentre la maggioranza della popolazione ignora perfino l'esistenza di tali leggi.

Questo comportamento che a noi può apparire paradossale si inserisce in un quadro normativo che è caratterizzato dalla vita parallela di due ordinamenti diversi: quello formale-nazionale e quello consuetudinario-locale. Nel caso delle MGF prevale il diritto consuetudinario, che è legittimato dalla tradizione, mentre le leggi servono a poco. Infatti, da un lato, il carattere di obbligatorietà sociale acquisito dalle MGF rende veramente difficile criminalizzarle, dato che la norma consuetudinaria è più cogente di qualsiasi legge dello Stato; dall'altro, la sanzione dovuta alla trasgressione della norma consuetudinaria è più pesante di quella che eventualmente segue la trasgressione della norma ufficiale, trattandosi di una sanzione che equivale a una emarginazione a vita, dato che nessun uomo è disposto a sposare una donna che non ha subito una qualche forma di MGF.

La tabella illustra le principali disposizioni in materia nei Paesi con forte tradizione MGF¹¹:

Stato	Normativa
Benin	In vigore la legge 3 marzo 2003 sulla repressione di pratiche di MGF.
Burkina Faso	Il nuovo Art. 380 del Codice Penale, emendato nel 1996, prevede sanzioni per chiunque violi o tenti di violare l'integrità fisica degli organi genitali femminili e sanzioni più gravi in caso di morte.
Camerun	Manca una specifica legge: gli artt. 277-281 del codice penale possono essere usati anche nei casi di MGF.
Ciad	La legge n. 6/PR/2002, concernente la promozione della salute, prevede anche la proibizione delle MGF.
Costa D'Avorio	Nel 1998 è stata approvata una legge che definisce e punisce la violazione dei genitali femminili.
Egitto	Nel 1996 il Ministro della Sanità proibisce le MGF. Una sentenza del Consiglio di Stato (dicembre 1997) vieta tali pratiche anche in presenza del consenso della giovane e dei suoi genitori.
Eritrea	Una Legge del 31 marzo 2007 punisce chiunque richiama, partecipi o promuove interventi MGF.
Etiopia	La Costituzione del 1994 stabilisce che lo Stato deve proteggere le donne da pratiche e costumi nocivi, che, pertanto, sono proibiti.
Ghana	La Costituzione del 1992 proibisce tutte le pratiche che ledono il benessere fisico e mentale della persona, comprese le pratiche tradizionali. Il Codice Penale condanna esplicitamente le MGF.
Gibuti	Nel 1995 è stato emendato il Codice Penale che, all'art. 333, punisce chi pratica le MGF.
Guinea	E' in vigore la legge n. 2005/2006 sulla proibizione delle MGF.
Kenya	Il Chief Act del 1982 sancisce l'illegittimità della pratica e punisce chi ne è responsabile. Il Children Act n. 8 del 2001 contiene inoltre un'esplicita condanna delle MGF.
Mali	Legge n. 02-44 del 24 giugno 2002 sulla salute riproduttiva proibisce le MGF mentre l'ordinanza 04-019 incorpora il Protocollo di Maputo nella legge.

¹¹ Cfr. precedente nota 5.

Mauritania	Ordinanza n. 2005-015 e capitolo II art. 12 del Codice penale, che proibisce le MGF nei minori.
Niger	Legge n. 2003-025 che ha emendato il codice penale criminalizzando ogni forma di MGF.
Nigeria	Non c'è una legge federale, ma molti stati hanno adottato leggi specifiche di proibizione delle MGF.
Rep. Centro Africana	Nel 1996 il Presidente ha emanato una ordinanza che proibisce le MGF.
Rep. dem. del Congo	Manca una specifica legge, ma gli artt. 46-48 del Cod. Penale possono essere utilizzati anche per le MGF.
Senegal	Il Codice Penale, rivisto nel gennaio 1990, all'art. 299 proibisce le MGF.
Sudan	Nel 1946 è stata approvata una legge che proibiva l'infibulazione; dal 1976, la legge è stata rivista in modo meno restrittivo.
Tanzania	L'Art. 169 del Codice Penale proibisce le MGF su minori di diciotto anni.
Togo	La Legge n. 16/1998 prevede sanzioni per chiunque pratichi MGF.
Uganda	La Costituzione del 1995 proibisce ogni legge, cultura, costume o tradizione contrari alla dignità della persona, al benessere o all'interesse delle donne o che ne compromettono lo status.

2. MGF E MEDIAZIONE CULTURALE

2.1. La mediazione culturale

Nell'ultimo decennio, la figura del mediatore culturale si è affermata come importante risorsa per favorire l'inserimento socio-culturale delle persone immigrate, soprattutto per la crescente necessità degli operatori dei servizi socio-sanitari, servizi sociali, scuole, servizi pubblici e privati di diversa natura, di comunicare con un'utenza straniera in costante aumento¹².

I processi di mediazione svolgono alcune finalità fondamentali per favorire l'inserimento degli immigrati nelle società di accoglienza: **A)** rimuovere gli ostacoli culturali che impediscono la comunicazione tra i servizi/istituzioni italiani e utenza straniera; **B)** promuovere un più esteso e razionale utilizzo dei servizi e delle istituzioni italiane da parte dell'utenza straniera; **C)** migliorare la qualità e l'adeguamento delle prestazioni offerte dai servizi italiani all'utenza straniera; **D)** favorire l'inserimento sociale della popolazione immigrata nella comunità locale, nei servizi sociali, nelle istituzioni scolastiche e culturali, nel settore della sanità e del mondo del lavoro; **E)** promuovere azione di sostegno culturale alla mediazione sociale nelle situazioni di conflitto tra le comunità immigrate e le istituzioni italiane; **F)** individuare opportunità e percorsi positivi di prevenzione e superamento dei conflitti.

Le funzioni-chiave della mediazione culturale sono:

- **Orientamento e informazione agli utenti**, sul funzionamento dei servizi, sull'iter amministrativo da seguire, sui diversi ruoli professionali presenti, sui diritti e doveri degli utenti e delle istituzioni.
- **Accoglienza degli utenti nei servizi**, affinché gli stranieri possano superare la fase di disorientamento, evitando disagi e traumi psicologici provocati dal distacco e dalla nuova condizione.
- **Traduzione e interpretariato**, intesi come lavoro di interpretazione e di comunicazione e non di semplice trasposizione di parole da una lingua all'altra. La mediazione linguistico - culturale diviene un'azione di facilitazione della comunicazione che gestisce i conflitti e previene gli atteggiamenti discriminatori.
- **Sensibilizzazione, promozione e pubblicizzazione**, relative al servizio specifico in cui il mediatore svolge le sue funzioni.

Il mediatore supporta il processo di inserimento delle persone immigrate con due modalità di intervento:

- Consulenza diretta al singolo immigrato, alle famiglie, alle associazioni di immigrati per aiutarli a muoversi autonomamente nella nuova realtà di vita e di lavoro.

¹² La Regione Abruzzo ha formalmente riconosciuto la qualifica professionale del "Mediatore culturale" nel 2006, con Deliberazione della Giunta regionale del 29.11.2006, n. 1386/P, delineando gli standard formativi per il training di questi operatori dell'interculturalità.

- o Collaborazione e supporto con le strutture e i servizi operanti nell'ambito di riferimento.

2.2. La mediazione culturale e le MGF

I comportamenti umani hanno sempre, alla propria origine, un significato e svolgono una funzione sociale, anche quando questi appaiono, dalla nostra prospettiva personale e culturale, incomprensibili. Il contesto socio-culturale in cui una persona vive o si è formata influenza il modo di percepire il mondo, e ogni giudizio *esterno* non può quindi considerarsi assoluto ed esatto.

Sono considerazioni che devono guidare il lavoro con le persone immigrate di etnia a tradizione MGF, un fenomeno che la cultura occidentale è facilmente portata a considerare crudele e assurdo, ma che è carico di valori culturali e sociali fortemente connotanti la comunità di provenienza e il senso di appartenenza delle persone immigrate

Questo, evidentemente, non significa accettare le MGF, ma senza tale approccio non è possibile attuare un servizio di assistenza a donne e bambine che sia culturalmente sensibile e completo. Non solo; ma questa apertura mentale costituisce anche la base per pensare a strategie preventive, senza le quali il lavoro sulle MGF fallisce ancor prima di cominciare¹³.

Per fare in modo che la mediazione culturale possa essere efficace dovrebbe essere tenuto presente come la globalizzazione ha cambiato il modo di vivere l'esperienza dell'emigrazione. Oggi gli immigrati, pur desiderando un riuscito inserimento nei contesti di approdo, non mirano necessariamente all'integrazione nel nuovo Stato di residenza, ma continuano ad essere orientati e identificarsi con il contesto di origine. Non sono più immigrati costretti, come una volta, a tagliare i ponti con il proprio Paese, bensì migranti che, grazie alle recenti innovazioni tecnologiche – la televisione satellitare, internet, la telefonia, un biglietto aereo low cost per l'Africa, il trasferimento di fondi bancari etc. -, mantengono una rete di relazioni stabili che assicurano un collegamento regolare con la comunità di partenza e con gli altri nuclei comunitari sparsi per il mondo, creando campi sociali che attraversano i confini nazionali, geografici e sociali.

Questa possibilità di “*essere qui e lì contemporaneamente*” mette in condizione le persone di mantenere legami molteplici e regolari con la propria gente in Africa, che li tiene sempre aggiornati su quanto avviene a casa, ma soprattutto permette loro di partecipare in tempo reale alla presa delle decisioni sia a livello familiare che comunitario. Soprattutto per eventi importanti come un matrimonio, la negoziazione del *bride-price* o l'organizzazione di un intervento di MGF, la famiglia africana può esercitare forti pressioni sui genitori a fare operare le bambine, magari con un viaggio in Africa. Una variabile non da poco, che senza dubbio può costituire un effetto frenante rispetto all'azione di prevenzione svolta dai mediatori culturali e rispetto a qualsiasi tentativo o decisione presa da genitori che vivono in Occidente per evitare di mutilare le proprie bambine.

¹³ Tratto da World Health Organization, *Statement of the WHO director general to the World Health Organizations global commission on women's health*, 12 Aprile 2004, London.

LINEA GUIDA 1

Il ruolo del mediatore è di farsi tramite tra la cultura a tradizione MGF e la cultura occidentale, agendo su due livelli interconnessi:

- *Azione di informazione e sensibilizzazione nei confronti di persone appartenenti alla cultura occidentale:* l'intervento è diretto alla comprensione della funzione che svolge una istituzione come le MGF, tramandata di generazione in generazione all'interno di un determinato contesto sociale che è quello di società patriarcali caratterizzate dalla interdipendenza tra MGF e "prezzo della sposa". Solo così è possibile iniziare a capire come una madre possa sentirsi obbligata a scegliere di sottoporre le proprie figlie ad interventi MGF.
- *Azione di informazione e sensibilizzazione verso tutte le componenti delle comunità immigrate,* dalle donne alle bimbe agli uomini alle associazioni, al fine di illustrare i danni delle MGF per la salute fisica e psicologica delle donne, e le conseguenze legali per chi le pratica.

2.3. Conoscenze e competenze del mediatore che opera nell'ambito delle MGF

Sensibilità, pazienza, discrezione, rispetto: sono le regole che devono accompagnare il mediatore culturale in tutte le fasi di intervento in materia di MGF. È evidente, tuttavia, come le qualità morali ed etiche del mediatore siano il corollario di specifiche conoscenze tecniche e competenze operative per affrontare le possibili problematiche connesse alle MGF, dall'intercettamento alla terapia, alla strategia di prevenzione, alla tutela giurisdizionale.

Il bagaglio di conoscenze e competenze del mediatore comprende¹⁴:

- o Conoscenza (parlata e scritta) della lingua italiana e di almeno un'altra lingua.
- o Tecniche di comunicazione e gestione dei colloqui in ambienti interculturali.
- o Conoscenza dei contesti culturali dei Paesi di provenienza e del Paese ospitante e delle nuove dinamiche transnazionali dei migranti all'interno del modo globalizzato.
- o Aspetti storico-geografici e culturali e caratteristiche socio-economiche del territorio di riferimento e delle comunità di immigrati ivi presenti.
- o Elementi di antropologia culturale, sociologia, psicologia, applicati ai fenomeni migratori.
- o Ordinamento politico e amministrativo e normativa fondamentale nazionale, regionale e locale, con specifico riferimento alla tematica dell'immigrazione.
- o Organizzazione e funzionamento dei servizi di pubblica utilità e di quelli specifici per gli immigrati a livello nazionale e locale (procedure di accesso, linguaggio tecnico, operatori, etc.) in relazione ai vari settori di intervento (scuola, sanità, lavoro, etc.).

¹⁴ Cfr. anche gli *Standard formativi individuati dalla Regione Abruzzo*, adottati con Deliberazione della Giunta del 29.11.2006, n. 1386/P.

Al mediatore impegnato in percorsi di intervento sulle MGF, oltre alle competenze base sopra indicate, sono richieste alcune conoscenze e capacità ben determinate, dirette a qualificarlo come *tecnico esperto MGF*.

LINEA GUIDA 2

Prima di avviare un intervento in materia di MGF, il mediatore approfondisce i seguenti campi di conoscenza:

- Fenomenologia delle MGF (tipologia, tassi di prevalenza).
- Origini, motivazioni, funzioni e contesto sociale delle MGF, anche in relazione alle diverse etnie a rischio presenti sul territorio.
- Conseguenza sulla salute e la psiche di donne e bambine sottoposte a MGF.
- Possibilità di cura e riabilitazione presso Centri adeguati.
- Legislazione sulle MGF in Italia, in Europa e nei Paesi di origine.

Infine, è opportuno chiedersi quali caratteristiche soggettive deve possedere un mediatore culturale per intervenire efficacemente nei casi di MGF. In generale, il mediatore deve essere straniero egli stesso, proveniente dagli stessi Paesi di origine dei migranti, oppure deve conoscere profondamente la cultura e la realtà dei Paesi di origine dei propri assistiti per poter agevolare un vero dialogo fra utenti stranieri e operatori dei servizi.

Il mediatore deve essere accettato dalle comunità immigrate e non deve sostituirsi al medico quando ne riporta le prescrizioni, o agli altri operatori istituzionali.

LINEA GUIDA 3

Nella mediazione in casi di MGF, è preferibile che l'intervento sia attuato da una **MEDIATRICE CULTURALE**; un'esperienza personale e/o familiare di MGF può aiutare ad aprire il dialogo.

Queste caratteristiche soggettive contribuiscono senza dubbio a mettere la donna a proprio agio, pur affrontando argomenti particolarmente intimi, delicati e di cui non vi è abitudine a parlare.

Tuttavia un mediatore esperto in MGF può intervenire in qualsiasi contesto, in quanto è in grado di operare conoscendo accuratamente il fenomeno e le modalità di intervento.

2.4. La questione linguistica e culturale

Il termine *mutilazione*, adottato dall'OMS dopo un lungo dibattito, enfatizza la connotazione negativa del fenomeno MGF, ponendo l'accento sulla crudeltà e la violenza

connesse a queste pratiche tradizionali. Non va dimenticato che questa stessa parola così cruda è stata ripresa nel 1990 dalle donne africane dell'IAC (Inter African Committee), un'organizzazione femminile impegnata da oltre 20 anni nella lotta contro le MGF, poiché lo ritengono il termine più adeguato per sensibilizzare e mobilitare le persone in vista della loro eradicazione.

Se è condivisibile la motivazione alla base di tale scelta, tuttavia, al fine di instaurare un dialogo aperto ed efficace con le diverse componenti delle comunità immigrate a tradizione MGF (famiglia, donne, bambine, uomini), **il mediatore deve essere in grado di utilizzare una terminologia più neutra, che non vada a contrastare sin dall'inizio con la sensibilità dell'interlocutore rispetto ad un fenomeno che fa parte della sua cultura.**

LINEA GUIDA 4

Il mediatore, almeno nei primi approcci con la donna e/o i membri della comunità immigrata, utilizza termini che non esprimono disvalore culturale per le MGF, come: *modificazioni etniche dei genitali femminili; interventi di modificazione dei genitali femminili; circoncisione*. Evita, inoltre, l'utilizzo di espressioni come: *vittima di MGF; subire MGF; violenza, crudeltà*.

Il mediatore deve avere una disponibilità all'ascolto verso i propri interlocutori, e cercare di adottare, se possibile, la terminologia da essi utilizzata per riferirsi alle MGF durante i colloqui.

La tabella presenta la terminologia tradizionale delle MGF utilizzate in alcuni Stati ad alta prevalenza del fenomeno:

Paese	Lingua	Termine tradizionale	Significato
Egitto	Arabo	<i>Tahara</i>	Dall'arabo "tahar", che significa "pulito" o "purificato".
Egitto	Arabo	<i>Khitan</i>	Circoncisione maschile e femminile
Egitto	Arabo	<i>Khifad</i>	Dall'arabo "Khafad": ridurre
Etiopia	Amharico	<i>Megrez</i>	Circoncisione/tagliare
Etiopia	Harrari	<i>Absum</i>	Rituale
Eritrea	Tigrino	<i>Mekhnishab</i>	Circoncisione/tagliare
Kenia	Swahili	<i>Kutairi (wasichana)</i>	Kutairi: circoncisione Kutairi wasichana: circoncisione delle ragazze
Nigeria	Igbo	<i>Ibi/Ugwu</i>	Tagliare, usato sia per la circoncisione maschile che per quella femminile
Sierra Leone	Temeneè Mandingo Limba	<i>Bondo</i>	Iniziazione/formazione
Sierra Leone	Mendeè	<i>Sonde</i>	Iniziazione, rito di passaggio
Somalia	Somalo	<i>Gudniin</i>	Circoncisione maschile e femminile
Somalia	Somalo	<i>Hallaleys</i>	Dall'arabo "Halal", purificazione, pulizia

Somalia	Somalo	<i>Qodbin</i>	Cucire, stringere (riferito all'infibulazione)
Sudan	Arabo	<i>Tahoor</i>	Dall'arabo "tahar": purificare
Sudan	Arabo	<i>Khifad</i>	Dall'arabo "Khafad": ridurre

L'intervento del mediatore deve, poi, tener conto della funzione che le MGF hanno assieme al "prezzo della sposa" nella riproduzione dei rapporti patriarcali di dominio propri delle società in cui sono diffuse, e su di esse deve concentrarsi il lavoro di mediazione e sensibilizzazione.

LINEA GUIDA 5

Il mediatore deve conoscere le motivazioni più diffuse alla base delle MGF ed essere in grado di discuterle con argomentazioni convincenti.

3. LA MEDIAZIONE CON LE FAMIGLIE E LE COMUNITÀ IMMIGRATE LOCALI A TRADIZIONE MGF

Le MGF rappresentano un fenomeno sociale fortemente radicato nella tradizione di molte etnie africane e in alcune realtà asiatiche. Il persistere di questa tradizione anche nei contesti migratori dei Paesi occidentali porta evidentemente a dover affrontare il problema da diversi punti di vista, al fine di proporre un intervento coordinato ed efficace.

Questo significa che, accanto all'azione di prevenzione e contrasto sulle donne portatrici di MGF e le bambine a rischio, è necessario aprire canali di dialogo con le componenti-chiave della società immigrata, portatrici di valori e credenze della tradizione del Paese di origine.

Nell'ottica delle MGF, le componenti-chiave cui fare riferimento sono:

- o **la famiglia:** l'intervento sulla famiglia è importante sia in chiave di prevenzione che di cura delle MGF. Da un lato, infatti, è possibile agire sulle motivazioni alla base delle MGF e portare la famiglia a scegliere di non imporre a bambine e ragazze tali pratiche; dall'altro, il dialogo sul tema può portare all'emersione della fenomenologia sommersa e a fungere da incentivo per la richiesta di cure per le donne sottoposte a MGF;
- o **la comunità locale di immigrati:** l'intervento sulle comunità locali di immigrati di etnie a rischio MGF ha una funzione soprattutto di sensibilizzazione e informazione, finalizzata alla conoscenza dei danni fisici e psicologici delle MGF e delle conseguenze legali (anche di tipo penale) connesse a tali pratiche.
- o **I leader religiosi e di comunità:** qualsiasi azione deve essere sostenuta da queste figure, per non rischiare che il loro giudizio negativo renda inutile qualsiasi iniziativa.

3.1. L'intervento sulla famiglia

La famiglia è il primo contesto in cui si deve intervenire, per l'efficace contrasto del fenomeno delle MGF. È la famiglia, infatti, ad essere prima depositaria dei valori della cultura di appartenenza, e come tale è anche il canale attraverso cui le tradizioni vengono tramandate. In un contesto di sradicamento culturale come quello che vivono molte persone immigrate, la famiglia diventa la culla in cui custodire e portare avanti le proprie radici.

Intervenire sulle famiglie vuol dire aprire un dialogo con tutto il nucleo domestico, nel suo insieme e nei confronti delle componenti più rilevanti rispetto alla tradizione MGF, vale a dire gli **uomini** (mariti e fratelli) e gli **anziani** (uomini e donne).

LINEA GUIDA 6

La famiglia immigrata proveniente da Paesi a rischio può essere "avvicinata" in diversi modi:

- attraverso azioni per la sensibilizzazione delle comunità immigrate sulla

prevenzione e il contrasto delle MGF;

- *attraverso interventi diretti*, effettuati da operatori istituzionali (sociali, sanitari, scolastici, giudiziari, etc.) a seguito del riscontro di situazioni di rischio o di casi concreti di MGF.

E' opportuno che il mediatore non agisca autonomamente rispetto agli operatori istituzionali competenti, anche nel caso sia a conoscenza di nuclei familiari in cui si praticano le MGF.

Questo vuol dire che, qualora il mediatore abbia una conoscenza personale di casi reali o potenziali di MGF, il suo approccio alla famiglia in cui si riscontra il problema deve avvenire in collaborazione con i competenti organi istituzionali (servizi sociali, sanitari, magistratura), allertati dallo stesso mediatore. Il mediatore promuove, pertanto, il lavoro di rete con i servizi sociali e i servizi sanitari (ginecologi, pediatri, etc.) e socio-sanitari (consultorio) del territorio, per supportare le bambine o le donne nella cura dei danni connessi alle MGF e per sensibilizzare la famiglia ad abbandonare questa tradizione.

Nel caso il mediatore che operi in ambito pubblico abbia notizia di famiglia in cui donne e bambine siano state sottoposte a MGF in Italia, è tenuto alla segnalazione del fatto alle competenti Autorità giudiziarie. La denuncia può essere presentata alla Questura o alle stazioni locali dei Carabinieri, o direttamente presso la Procura della Repubblica. Anche in caso di rischio concreto e prossimo del verificarsi di interventi MGF, il mediatore si attiva con le Forze dell'Ordine per prevenire il reato. In queste circostanze, tuttavia, è opportuno attivare contemporaneamente la rete dei servizi locali, al fine di affiancare all'eventuale azione giudiziaria anche un intervento psico-sociale sulla famiglia. È fondamentale, infatti, evitare azioni stigmatizzanti sia verso la famiglia che verso la bambina/ragazza che può non percepirsi come mutilata o vittima, facendola, invece, sentire tale.

L'intervento familiare sarà concentrato sugli **uomini** e le altre **componenti forti del nucleo**, come gli anziani e le anziane, in quanto sono i soggetti portatori dei valori della tradizione e del "bisogno" di praticare le MGF sulle donne della comunità.

LINEA GUIDA 7

Il mediatore è l'interprete dei valori e delle tradizioni della famiglia rispetto al contesto sociale e culturale di accoglienza. Come tale, deve **favorire il rapporto tra istituzioni e famiglie**, anche nel tentativo di far emergere l'atteggiamento nei confronti delle mutilazioni genitali.

L'intervento nell'ambito familiare deve tener conto del fatto che la donna potrebbe non essere a proprio agio a partecipare agli incontri tra gli operatori e i membri della propria famiglia. Questo perché parlare di ciò riguarda la sessualità è tabù per molte comunità immigrate, per le donne ma soprattutto per gli uomini; inoltre, sono pensabili forme di coercizione e controllo nelle dinamiche del nucleo da parte dei membri più *carimastici*, con possibili ripercussioni negative sulle donne.

LINEA GUIDA 8

Nel caso si percepiscano segnali di ostilità e chiusura dei componenti della famiglia verso l'intervento esterno, il mediatore può promuovere e organizzare incontri dei servizi competenti con i soli uomini e/o anziani, non richiedendo la presenza della/e donna/e.

In un secondo momento, quando il clima degli incontri sarà incanalato su binari di comunicazione costruttivi, è opportuno spingere la/e donna/e ad intervenire, per esprimere le proprie opinioni in merito alle MGF, favorendo lo scambio di idee con gli altri membri della famiglia.

Inoltre, un intervento all'interno di un sistema "protetto" come quello familiare è spesso percepito come un'indebita ingerenza in questioni "riservate", che non hanno nulla a che vedere con il resto della società. Tale atteggiamento potrebbe essere frainteso da parte delle famiglie immigrate, provenienti da un contesto sociale e culturale molto diverso da quello italiano ed estranee ai sistemi istituzionali di intervento.

LINEA GUIDA 9

Il mediatore deve far sì che l'operatore che entra in contatto con la famiglia immigrata sia considerato come una fonte di aiuto per tutto il nucleo.

Il mediatore non deve far percepire di giudicare e condannare l'uomo/donna o l'anziano/anziana che difende la tradizione MGF; concetti come *mutilazione, crudeltà e violenza* devono essere trasmessi indirettamente, attraverso la spiegazione dei danni psico-fisici che bambine e donne si portano per tutto il corso della vita.

La possibile reticenza di uomini e anziani verso l'operatore può anche derivare dal fatto che:

- non parlano mai in pubblico di queste cose e, se lo dovessero fare, utilizzano forme di espressione indirette come le metafore (ad esempio, per dire che la bambina è stata appena infibulata dicono "sta sdraiata a casa");

- non si vogliono interferenze esterne, che in qualche modo possono creare problemi su qualcosa che non solo per loro è un obbligo sociale molto vincolante, ma che è anche una questione di onore, personale e familiare;
- potrebbero temere di apparire arretrati e quindi potrebbero provare un sentimento di vergogna che li fa sentire a disagio nei confronti di un occidentale.

Questi fattori portano ad una chiusura nei confronti di chiunque voglia aprire una discussione in proposito, fino all'assoluta negazione del fenomeno.

Un'ulteriore difficoltà a trovare canali di comunicazione adeguati dipende dalla crescente consapevolezza, anche da parte delle comunità che le praticano, del fatto che le MGF costituiscono una violazione della legge (sia in Italia che, spesso, nel proprio Paese di origine): da ciò il rifiuto di ogni forma di dialogo, che appare quasi come un'auto-accusa con possibili ripercussioni sul piano legale.

A seconda dei contesti in cui ci si trova ad intervenire, anche la scelta del mediatore culturale da coinvolgere riveste un'importanza cruciale. Nello specifico:

- se la comunità locale di appartenenza della famiglia è piuttosto ristretta e unita, vi può essere il timore che il mediatore appartenente alla stessa comunità, indipendentemente dalla sua professionalità, possa essere percepito come un'intrusione, come un legame con la comunità di origine, un elemento potenzialmente condizionante il dialogo con le istituzioni;
- quando invece la comunità è ampia e con una forte articolazione al proprio interno, il mediatore appartenente alla stessa comunità può essere più rassicurante degli altri.

LINEA GUIDA 10

Nel caso di comunità locali ristrette, è opportuno utilizzare un mediatore appartenente ad altre etnie comunità locali (della stessa o di altre etnie), per non compromettere in partenza l'apertura della famiglia al dialogo.

Se la comunità è ampia e articolata, è preferibile impiegare un mediatore appartenente alla medesima comunità.

Il dialogo con gli uomini della famiglia può essere agevolato se il mediatore è esso stesso un uomo: metterebbe, *in primis*, le basi per un *dialogo tra pari su un tema a forte connotazione maschile*, in un contesto culturale in cui la donna è solitamente in posizione subalterna. Il fatto che sia un uomo a proporre un diverso punto di vista può agevolare la messa in discussione della tradizione e semplificare l'accettazione di un cambiamento di atteggiamento nei confronti della MGF.

LINEA GUIDA 11

Almeno nella prima fase di contatto con gli uomini della famiglia, è preferibile utilizzare un mediatore uomo: è più facile che riesca ad aprire un dialogo con altri uomini, rispetto ad una mediatrice.

Gli uomini (mariti e fratelli) devono essere destinatari di specifiche azioni di assistenza e consulenza: essi generalmente si dimostrano collaborativi quando la realtà viene loro chiaramente spiegata.

LINEA GUIDA 12

Spiegare a uomini e anziani, ma anche a gruppi di donne ed anziane, in modo chiaro e preciso che:

- Le MGF sono una violazione della legge italiana, così come la re-infibulazione. Le conseguenze legali sono serie, dal carcere alla perdita della patria potestà.
- Le donne che non hanno subito interventi di mutilazione/infibulazione sono meno soggette a rischi igienico-sanitari e a malattie.
- Nelle donne che non hanno subito interventi la probabilità di concepimento è maggiore che nelle donne “chiuse” (infibulate).
- Le gravidanze delle donne che non hanno subito interventi sono meno rischiose e problematiche, sia per i nascituri che per le partorienti, con la riduzione sensibile del pericolo di morte per entrambi.

3.2. *L'intervento sulla comunità locale di immigrati*

Avviare un dialogo e uno scambio aperto di opinioni sul tema “tabù” delle MGF è un passaggio importante per alleggerire la **pressione sociale** che la comunità può esercitare, più o meno direttamente, sugli individui e sulle famiglie, sul perpetrare della tradizione MGF.

Quando si parla di **comunità immigrata**, ci si riferisce sia alla realtà delle associazioni e di altre forme collettive riconosciute, sia a contesti di vita sociale non formalizzata ma chiaramente individuabili.

In quest'ambito, il mediatore esperto di MGF risulta un attore-chiave, in quanto portatore delle necessarie conoscenze antropologiche, culturali e personali per interagire con la comunità di riferimento.

LINEA GUIDA 13

Per avviare un intervento con la comunità immigrata, è opportuno che il mediatore individui i capi carismatici della comunità locale, compresi i capi religiosi, e inizi con loro il lavoro di sensibilizzazione e informazione.

La collaborazione di questi esponenti sarà importante per trasmettere con forza i messaggi di abbandono della tradizione MGF agli altri immigrati della comunità.

È proprio quello della comunità e delle associazioni locali di immigrati il contesto in cui il mediatore può farsi diretto promotore di iniziative di informazione e sensibilizzazione, coinvolgendo anche i rappresentanti dei servizi accessibili sul territorio.

LINEA GUIDA 14

Le iniziative di sensibilizzazione e informazione verso la comunità locale di immigrati prevedono incontri pubblici per illustrare i danni collegati alle MGF e le conseguenze legali in Italia, sia per chi effettua che per chi consente tali pratiche.

A seconda dell'etnia e della coesione interna tra i membri delle comunità, il mediatore decide se organizzare più incontri con pochi partecipanti, oppure incontri aperti senza limiti di partecipanti.

Nell'approccio con la comunità di immigrati, il mediatore deve tener presente che parlare in pubblico di MGF può risultare volgare e offensivo per l'immigrato.

Il mediatore deve riuscire a contemperare la necessità di un alto livello di attenzione rispetto alle MGF e un atteggiamento realistico e informato rispetto alle conseguenze, alle dimensioni e alla diffusione del fenomeno. Le esagerazioni possono far presumere all'ascoltatore la volontà di strumentalizzare una tradizione a danno degli immigrati, rischiando di accentuare un atteggiamento di scetticismo e chiusura.

Considerata la mobilità degli stranieri (molti di loro non rimangono in Italia, ma proseguono il loro progetto migratorio verso il Nord Europa), è utile informare che le MGF sono vietate e punite (anche con sanzioni penali) in tutti gli Stati europei.

4. LA MEDIAZIONE CON LE DONNE CON MGF O A RISCHIO

4.1. I possibili contesti della mediazione

L'emersione di casi di MGF su donne immigrate nell'ambito dei servizi (pubblici e privati) del territorio, può avvenire in due circostanze:

- La donna si rivolge volontariamente ai servizi, in quanto intende affrontare e risolvere problemi connessi ad interventi MGF subiti in passato.
- La donna si rivolge ai servizi del territorio per problematiche estranee alle MGF (es. visita ginecologica, visita medica generica, richiesta di assistenza socio-economica), e nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni richieste emerge l'esistenza di un intervento MGF.

Il lavoro di mediazione sarà diverso a seconda del grado di consapevolezza della donna immigrata rispetto alle MGF e alla sua volontà di accettare un intervento di aiuto.

LINEA GUIDA 15

Il Mediatore deve conoscere bene la tipologia, l'organizzazione e le modalità di accesso e funzionamento dei servizi pubblici e privati del territorio che possono supportare la donna immigrata in caso di MGF.

L'intervento del mediatore può avvenire in diverse circostanze:

- Il mediatore è già in contatto con la donna (per motivi professionali, personali, etc.) e la indirizza verso i servizi locali idonei ad affrontare le specifiche problematiche connesse alle MGF.

LINEA GUIDA 16

È opportuno che il mediatore che *invia* ai servizi continui a seguire il percorso della donna anche una volta individuati gli interlocutori istituzionali competenti cui rivolgersi, in quanto il rapporto di fiducia già instaurato è un vantaggio per l'efficacia degli interventi.

Nel caso il mediatore non sia sufficientemente preparato sul tema delle MGF, dovrebbe coinvolgere, in via diretta o indiretta, colleghi specializzati e/o con esperienza in materia, rivolgendosi anche alle associazioni locali di immigrati appartenenti ad etnie a tradizione MGF.

- È il personale dei servizi a cui la donna si rivolge che contatta il mediatore, richiedendo un intervento di tipo linguistico e/o culturale. In questo caso, gli operatori del servizio possono chiedere alla donna se preferisce avere il supporto di un

mediatore della propria etnia o di un mediatore appartenente ad altra comunità, nel caso in cui la presenza di un membro della propria fosse motivo di disagio.

LINEA GUIDA 17

I servizi sociali, sanitari e socio-sanitari per gli immigrati del territorio dovrebbero avere a disposizione un team di mediatori culturali competenti ad affrontare le problematiche connesse alle MGF.

Tale disponibilità può attuarsi sia inserendo nell'organico dei servizi uno o più mediatori, sia con modalità a chiamata, in caso di necessità. Per garantire continuità alle azioni, è auspicabile che gli enti locali e le Aziende ASL assicurino specifici servizi permanenti di mediazione culturale.

Il riscontro di interventi MGF su una donna è un allarme sulla possibilità che anche le figlie siano state o vengano in futuro sottoposte a MGF. E' chiaro che lo sforzo maggiore di intervento da parte degli operatori e dei mediatori si concentra laddove la donna non affronta direttamente la problematica MGF, ma questa emerge in maniera incidentale.

LINEA GUIDA 18

Se è la donna a rivolgersi ai servizi locali per affrontare il proprio caso MGF, questa consapevolezza costituisce un positivo punto di partenza per prevenire che nella famiglia le bambine siano sottoposte a questi interventi. Nel caso in cui la richiesta di aiuto della donna non abbia l'appoggio della famiglia, è necessario che il mediatore, insieme agli operatori, avvii la procedura di intervento con i familiari, al fine di sensibilizzarli ad abbandonare la tradizione.

Se invece la MGF emerge in maniera occasionale nell'erogazione del servizio, e quindi non vi è in partenza un atteggiamento di allontanamento dalla tradizione, è necessario attivare la procedura di intervento per prevenire le MGF sulle bambine e per sensibilizzare il nucleo familiare sulle sue conseguenze dannose e sulle possibili ricadute in tema di potestà dei genitori e di intervento del Giudice minorile.

Quando si lavora con donne che hanno vissuto un'esperienza di MGF, è importante ricordare che questa è solo un evento della loro vita e che può non avere effetti nella loro condizione attuale. Altri problemi psico-sociali sono spesso prevalenti e più urgenti per le donne immigrate, connessi soprattutto alle esperienze di migrazione e di re-inserimento in un contesto sociale diverso. Queste condizioni sono ancor più acute se la donna si trova in stato di gravidanza.

Prima della migrazione, le donne possono aver vissuto in condizione di povertà, essere state sottoposte a violenze e altre esperienze fortemente traumatiche; possono essere state in prigione e nei campi profughi. Dopo la migrazione, le donne devono affrontare molte perdite: la comunità, la terra di origine, il ruolo e lo status sociale, la professione, l'identità culturale, gli affetti, etc. La donna spesso combatte con i problemi dell'inserimento, come le difficoltà di adeguarsi alla nuova cultura, le barriere linguistiche, disagio economico e abitativo, sentimenti di isolamento, marginalità e razzismo. Bisogna tener conto anche del fatto che la salute di molti immigrati peggiora dopo il loro arrivo nel Paese di accoglienza.

Le donne circoncise sono spesso sorprese e quasi angosciate per la grande attenzione per la condizione dei loro genitali, quando così poca attenzione è data alle altre esperienze che hanno così profondamente inciso sulla salute e il benessere proprio e dei familiari. Comprensibilmente, per la donna tutti questi problemi potrebbero avere priorità rispetto ad un'esperienza lontana vissuta nell'infanzia, e magari connessa a sentimenti positivi.

LINEA GUIDA 19

Nel colloquio, il mediatore deve lasciare spazio alla donna per parlare dell'esperienza migratoria, delle sofferenze, delle perdite, dei sentimenti rispetto alla sua vita e condizione attuale.

Il mediatore deve promuovere un atteggiamento analogo tra gli operatori dei servizi con cui collabora, facendo comprendere che l'apertura verso la donna è la strada migliore per affrontare il tema delle MGF, e non rappresenta una perdita di tempo.

4.1.1. I servizi sanitari pubblici e privati

Il sistema sanitario regionale offre i seguenti servizi, sia a livello pubblico che privato:

- Pronto soccorso, dove si accede per problemi sanitari urgenti.
- Ambulatori di 1° e 2° livello e laboratori per gli esami diagnostici.
- Day hospital, per accertamenti e piccoli interventi.
- Il ricovero.

Tutti gli stranieri non appartenenti all'Unione Europea, presenti in Italia con regolare permesso di soggiorno per motivi familiari, di lavoro, asilo politico o umanitario, richiesta di asilo, attesa adozione, affidamento e acquisto della cittadinanza (o con permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo - ex carta di soggiorno) devono obbligatoriamente iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale.

Stesse regole si applicano agli stranieri comunitari (dopo aver effettuato iscrizione anagrafica) e per i loro familiari.

Con l'iscrizione si acquisiscono gli stessi diritti e doveri di assistenza riconosciuti ai cittadini italiani. L'assistenza è garantita anche ai familiari a carico regolarmente soggiornanti.

Anche agli stranieri irregolari (cioè privi di permesso di soggiorno), attraverso la tessera/codice "STP" (straniero temporaneamente presente), rilasciabile dalle Aziende Sanitarie, sono assicurate, nei presidi pubblici e privati accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali (cioè prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato ma che potrebbero determinare maggiore danno alla salute e rischi per la vita), quelle urgenti per malattia e infortunio, e quelle di medicina preventiva. Sono garantiti in particolare: la tutela della gravidanza e della maternità, nonché la salute del minore; le vaccinazioni e gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

A parte l'obbligo di referto in capo al medico, lo straniero irregolare che accede alle strutture sanitarie non può essere segnalato all'Autorità di P.S. Quindi lo straniero irregolare può tranquillamente recarsi presso la struttura sanitaria senza rischio di essere segnalato ai fini dell'espulsione.

È proprio nel contesto sanitario che la fenomenologia delle MGF può manifestarsi più di frequente, sia nel caso di richiesta volontaria di intervento della donna immigrata che nel riscontro incidentale dell'esistenza di tali pratiche su donne che si rivolgono al servizio sanitario per altri problemi. Questa considerazione è valida in particolar modo per i servizi sanitari connessi alla sfera materno - infantile, sessuale e riproduttiva della donna, che sono gli aspetti fisiologici rispetto a cui le MGF producono gli effetti più diretti e nocivi.

Riguardo alle MGF, la distinzione tra servizi sanitari pubblici e servizi sanitari privati è di notevole importanza: si registra, infatti, la tendenza delle donne a richiedere interventi connessi alle MGF, o a manifestare l'esistenza delle problematiche ad esse inerenti, presso professionisti e strutture private, in quanto ritenuti più *garanti* della segretezza delle prestazioni richieste.

LINEA GUIDA 20

Il mediatore promuove i servizi sanitari pubblici (dall'assistenza del medico di famiglia all'ospedale) come importante risorsa cui gli immigrati possono ricorrere facilmente e con piena fiducia, per l'economicità delle prestazioni, la competenza del personale, la garanzia della riservatezza al pari di quanto avviene nelle cliniche e nei laboratori privati.

Meritano un'attenzione particolare i **consultori familiari**, che offrono un'assistenza socio-sanitaria integrata, attraverso un'équipe multidisciplinare in grado di assicurare la presa in carico globale dell'utente, con competenze in campo sanitario, sociale e psicologico, in un'ottica di prevenzione, individuazione ed eliminazione delle cause di disagio e malessere.

Tutte le consulenze sono **gratuite**, non necessitano di prenotazione né di prescrizione medica; sono rivolte a tutti i cittadini italiani e stranieri residenti in Italia o che soggiornano anche temporaneamente nel territorio (anche se irregolari).

Le principali prestazioni offerte alle donne nei consultori familiari sono: **A)** Prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella; **B)** Menopausa; **C)** Esami pre-concezionali e interruzione volontaria della gravidanza; **D)** Consulenza genetica per la trasmissione di malattie ereditarie; **E)** Assistenza socio-sanitaria durante la gravidanza; **F)** Controlli in gravidanza e corsi di preparazione al parto; **G)** Assistenza ostetrica post partum anche domiciliare; **H)** Consultorio giovani; **I)** Consulenza contraccettiva e informazione sanitaria su malattie sessualmente trasmissibili; **L)** Consulenza psicologica e sociale; **M)** Consulenza legale stragiudiziale sul diritto di famiglia.

Il contesto sanitario, e in particolare i settori connessi alla gravidanza, al parto e alla cura dei piccoli, costituiscono senza dubbio un utile canale di intervento anche per la sensibilizzazione dei futuri genitori (donne e uomini) rispetto alla scelta di praticare MGF sulle figlie nasciture.

Nei casi in cui donne incinte che appartengono ad etnie a tradizione MGF facciano ricorso ai servizi sanitari (pubblici e privati), gli operatori (medici, ostetriche, infermieri) coinvolgono un mediatore nella loro attività di assistenza medica.

LINEA GUIDA 21

Il mediatore spiega alla coppia immigrata in attesa (o alla donna incinta, se è questa sola a recarsi presso il servizio sanitario) che la presenza di MGF sulla madre aumenta la probabilità di avere problemi durante il parto, sia per lei che per il feto. Informa la coppia o la donna infibulata della possibilità di deinfibulazione. Provvede a segnalare la presenza di MGF al personale sanitario, se lo ritiene opportuno.

Il mediatore informa la coppia sulle conseguenze penali previste dalla Legge italiana per la pratica di MGF.

Nel caso la coppia (o la donna) lo richieda, il mediatore può attivarsi per organizzare incontri specifici con i membri della loro famiglia, per sensibilizzarli in merito alla dannosità delle MGF e alle prescrizioni religiose e legali, e spingerli ad abbandonare questa tradizione.

Ad ogni modo, il mediatore deve evitare di terrorizzare la donna e/o la coppia.

L'intervento del mediatore non si limita all'assistenza a medici e personale sanitario nell'interazione diretta con la donna o la coppia immigrata. Il lavoro del mediatore comincia prima, ed inizia proprio con la preliminare preparazione degli operatori sanitari ad affrontare un colloquio su un tema così delicato.

LINEA GUIDA 22

Il mediatore, prima dell'appuntamento con una donna/coppia immigrata appartenente ad etnia a tradizione MGF, illustra all'operatore sanitario che non ne sia a conoscenza le caratteristiche culturali, tradizionali e fisiologiche delle MGF.

Il mediatore fornisce agli operatori consigli e strumenti utili per gestire il dialogo con la donna, anche per fare emergere eventuali casi di MGF.

Le professionalità con cui interagisce il mediatore nell'ambito dei servizi sanitari e socio-sanitari regionali sono:

- Per i ruoli sanitari: ginecologo, pediatra, medico di base, assistente sanitario, ostetrica, infermieri.
- Per i ruoli psicosociali: assistente sociale, psicologo, sociologo, avvocato.

4.1.2. Servizi sociali comunali

Il Servizio sociale professionale è di competenza del Comune: ha come operatori gli assistenti sociali e, in alcuni casi, si avvale di psicologi consulenti.

Il Servizio sociale è organizzato su base territoriale, comunale o intercomunale. Spesso, per le persone straniere, costituisce un "passaggio obbligato", in quanto, non trovando altri canali specifici di intervento, tendono a portarvi i bisogni relativi all'accoglienza e all'orientamento, esplicitando disorientamento, disinformazione, solitudine.

Per quanto riguarda le possibili problematiche connesse alla donna e alla famiglia in tema di MGF, il Servizio sociale offre le seguenti prestazioni:

- Supporto alla donna in gravidanza in situazione di disagio sociale, economico o abitativo (es. assegnazione di un contributo economico, collocazione della madre in difficoltà in comunità, aiuto nella ricerca di un alloggio di edilizia popolare).
- La tutela del minore, ove esistano situazioni di pregiudizio sociale o educativo, con eventuale segnalazione al Tribunale dei minori qualora se ne ravvisi la necessità.
- Altri interventi a tutela dei minori, anche in collaborazione con il Tribunale dei minori (es. indagini sociali nel caso di minori a rischio; interventi di urgenza su minori in stato di abbandono o a rischio di violenza).
- Colloqui informativi di sostegno a genitori in difficoltà nella gestione dei figli con la finalità di attivare anche le risorse istituzionali e del privato sociale utili alla risoluzione del caso.

L'accertamento o il sospetto di interventi MGF, fuori del contesto sanitario, avviene soprattutto in occasione dei colloqui tra donna e operatore, in quanto la problematica può emergere, più e meno consapevolmente, nell'ambito della richiesta di servizi.

LINEA GUIDA 23

È importante che l'operatore sociale che si trovi in presenza di donne appartenenti ad etnia a tradizione MGF sia assistito da un mediatore esperto in tali tematiche, al fine di riuscire a far emergere l'esistenza di pratiche effettive sulla donna stessa ovvero il rischio per le sue figlie di essere sottoposte a questi interventi.

E' opportuno che i servizi sociali comunali si dotino, tramite anche protocolli e convenzioni, della consulenza di mediatori culturali specializzati in MGF.

4.1.3. Sportelli per immigrati

Gli Sportelli per gli immigrati sono servizi attivati dai Comuni e da altri enti pubblici e privati, al fine di favorire l'integrazione delle persone immigrate nella società italiana.

Il servizio svolge funzione di informazione e consulenza sui temi principali dell'immigrazione: permesso/carta di soggiorno, visti d'ingresso; ricongiungimento familiare; asilo politico; assistenza sanitaria; assunzione e lavoro; corsi di formazione professionale; assistenza legale; riconoscimento del titolo di studio.

LINEA GUIDA 24

Il mediatore fornisce supporto agli sportelli e gli altri centri di assistenza per gli immigrati nel caso di riscontro di casi o di rischio di MGF, a danno di donne e bambine. In particolare, il mediatore attiva la rete locale dei servizi competenti ad intervenire nei casi specifici: servizio sociale, servizio sanitario, servizio socio-sanitario.

Se ne ricorrono i presupposti, segnala il caso all'Autorità giudiziaria, attraverso la Questura o i comandi locali dei Carabinieri o direttamente alla Procura della Repubblica. In queste circostanze, tuttavia, è opportuno attivare contemporaneamente la rete dei servizi locali, al fine di affiancare all'eventuale azione giudiziaria anche un intervento psico-sociale sulla famiglia. È fondamentale, infatti, evitare azioni stigmatizzanti sia verso la famiglia che verso la bambina/ragazza che può non percepirsi come mutilata o vittima, facendola, invece, sentire tale.

4.1.4. Centri Territoriali Permanenti per l'istruzione in età adulta

I Centri Territoriali Permanenti per l'istruzione e la formazione in età adulta (CTP) sono stati istituiti con O.M.455 del 1997, con la funzione di coordinare le offerte di istruzione e formazione programmate sul territorio e destinate alla popolazione adulta, italiana e straniera.

Rispetto al contesto migratorio, i CTP rispondono alle esigenze formative di:

- Adulti immigrati, uomini e donne, occupati e disoccupati, con esigenza di inserimento e integrazione attraverso l'apprendimento della lingua italiana.

- o Giovani stranieri, anche iscritti presso istituti medi superiori, che si rivolgono al CTP per trovare sostegno nello studio della lingua, per l'acquisizione di un titolo di studio di licenza media o per il conseguimento di qualifiche.
- o Adulti, italiani e non, che intendono di migliorare la propria competenza in informatica, nelle lingue straniere, etc.

La presenza di una numerosa componente immigrata, appartenente anche a comunità a tradizione MGF, rende le classi dei Centri di istruzione per adulti un canale importante per proporre interventi di prevenzione e contrasto delle MGF, indirizzati su due direttrici:

- Informazione a donne e uomini immigrati sui possibili danni alla salute fisica e psicologica delle MGF, dell'esistenza di interventi riparatori (es. deinfibulazione) per le donne sottoposte a MGF di tipo III, e sulle conseguenze legali (anche penali) connesse a tali pratiche.
- Sensibilizzazione di donne e uomini immigrati per prevenire che interventi MGF sia praticati sulle loro figlie o altre piccole parenti.

LINEA GUIDA 25

Nell'ambito dei Centri Territoriali Permanenti per la formazione in età adulta e negli altri centri formativi frequentati da immigrati di etnia a tradizione MGF, il mediatore può svolgere un'importante funzione di preparazione del personale docente, che potrà inserire specifici moduli MGF nei programmi formativi dei corsi frequentati da persone di etnia a rischio.

Il mediatore può anche affiancare l'insegnante nel corso dello svolgimento del modulo specifico in cui affrontare il tema delle MGF. L'opportunità della sua presenza va, comunque, attentamente valutata dall'insegnante, di concerto con la Direzione scolastica: l'introduzione di un elemento esterno alla classe potrebbe, infatti, inibire l'apertura alla discussione.

4.2. Il dialogo con la donna

Le donne immigrate, spesso, vivono un sentimento di grande angoscia e umiliazione per le reazioni delle persone (anche professionalmente preparate) alla rivelazione di aver subito MGF (espressioni di orrore, domande inappropriate e offensive, etc.), che le porta a sviluppare un senso di anormalità rispetto al contesto sociale di accoglienza.

Queste reazioni, per lo più connesse alla scarsa conoscenza del fenomeno, possono senza dubbio essere un grave ostacolo per una donna immigrata che cerca aiuto fuori della propria comunità. Compito del mediatore è contribuire a rimuovere questi atteggiamenti negli operatori, consigliando sul modo migliore di rivolgersi alla donna quando si parla di MGF, in particolare nel corso del primo incontro, quando è soprattutto necessario creare un clima di fiducia e rispetto, sia nei confronti del personale che del mediatore stesso.

LINEA GUIDA 26

Nella gestione del colloquio con la donna, il mediatore e gli operatori seguono le seguenti norme di comportamento:

- Iniziare l'incontro discutendo altre problematiche (es. il motivo dell'appuntamento, i bisogni di vita della donna, etc.) e non affrontare in maniera diretta il tema delle MGF, specie nel caso la donna si sia rivolta al servizio per motivi non connessi con tale fenomeno.
- Fare spesso riferimento alla natura confidenziale dell'assistenza offerta.
- Rivelare la conoscenza della tradizione di MGF nel Paese di origine della donna, possibilmente usando la terminologia locale per indicare le MGF.
- Spiegare che le MGF possono causare complicazioni nella gravidanza e nel parto, e come sia, quindi, di grande importanza sapere se la donna è stata circoncisa, per assicurare gli interventi opportuni.
- Evitare di avere reazioni emotive eccessive davanti alla donna.
- Rivolgere domande con termini di valore neutrale facilmente comprensibili dalla donna, come *"sei stata chiusa?"*, *"sei stata circoncisa quando eri bambina?"*.
- Non usare termini come mutilazione, offensivo e alienante per la donna. Cercare di capire come la donna si riferisca alle MGF e adottare la sua terminologia.
- Essere diretti, in quanto le domande indirette possono creare confusione e servono solo a rivelare un malcelato imbarazzo o disagio dell'operatore.
- Se rimane qualche dubbio, formulare domande-chiave, come *"Hai problemi ad urinare?, Quanto tempo impieghi?, Hai dolori pelvici e difficoltà mestruali?"*.
- Non lasciare emergere sentimenti di disgusto, shock, rabbia e pietà. Queste reazioni riflettono i giudizi occidentali di valore e possono causare imbarazzo. Alle donne deve essere fornita un'assistenza culturalmente sensibile e non moralistica, e devono essere trattate con rispetto.
- Mostrare spontaneo interesse per i valori, le credenze e le esperienze di vita della donna. Ascoltare, lasciarsi il tempo per valutare come la donna si senta rispetto alle MGF, e comportarsi di conseguenza. Alcune donne sono molto orgogliose della loro circonscisione, che danno un senso di virtù, bellezza, identità; altre considerano le MGF un'esperienza estremamente negativa e un traumatico attacco al proprio corpo e se ne vergognano.
- Essere consapevoli della condizione sociale della donna e delle sue preoccupazioni attuali. Potrebbero esserci bisogni più urgenti da soddisfare, come ad esempio difficoltà economiche e di inserimento sociale, separazioni familiari, etc. Mostrare attenzione e interesse per la condizione generale della donna, e non solo per le MGF.
- Spiegare chiaramente che le MGF sono illegali e che la legge può essere usata per aiutare la famiglia ad evitare che le figlie subiscano questi interventi.

- Nel caso di intervento medico, non esaminare le MGF, se non c'è un buon motivo per farlo: l'esame dovrebbe essere tenuto come ultima evenienza e sempre con il consenso della donna.

5. LA MEDIAZIONE CON BAMBINE E RAGAZZE SOTTOPOSTE A MGF O A RISCHIO

5.1. I possibili contesti della mediazione

5.1.1. La Scuola

Bambine e ragazze straniere tra i 2 e i 18 anni, immigrate regolarmente o irregolarmente (cd. clandestine) da Paesi con tradizione MGF, di prima o seconda generazione, trascorrono nelle aule scolastiche molte ore della propria giornata: questi luoghi diventano un canale importante per intercettare i potenziali rischi di MGF oppure per intervenire nei casi in cui tali pratiche siano già state attuate.

LINEA GUIDA 27

Conoscere l'organizzazione della Scuola italiana è importante per il mediatore, che deve essere in grado di organizzare e attuare il proprio intervento a seconda dei diversi contesti istituzionali, caratterizzati da alunne di età diverse e da insegnanti e referenti amministrativi differenti.

Nel contesto scolastico, gli interlocutori istituzionali con cui il mediatore interagisce sono:

- **Dirigente Scolastico:** ha la funzione di direzione e coordinamento dell'Istituto.
- **Insegnanti:** sono i responsabili dei processi di apprendimento degli alunni, ma sono anche le persone che, nella scuola, sono a più stretto contatto con gli allievi e meglio di tutti sono in grado di mettere a fuoco comportamenti e problematiche di ciascuno.
- **Altro personale scolastico (personale amministrativo, bidelli, etc.):** diverse figure svolgono funzioni di assistenza per il funzionamento dell'Istituto, dalla segreteria alla pulizia alla vigilanza sugli studenti. La scuola si avvale anche del personale e dei servizi delle ASL per garantire l'assistenza sanitaria agli alunni.

Nella Scuola il mediatore entra in gioco su chiamata della Dirigenza scolastica, qualora un insegnante venga a conoscenza, oppure semplicemente maturi il sospetto, che un'alunna sia a rischio o sia stata sottoposta a MGF.

LINEA GUIDA 28

Nel contesto scolastico, l'intervento del mediatore risulta importante sia nella preparazione dei Dirigenti scolastici e degli insegnanti a trattare il caso di MGF (anche in vista di un eventuale colloquio con la famiglia), sia nell'organizzazione e nella gestione del rapporto tra Scuola e famiglia immigrata.

È compito del mediatore promuovere il coinvolgimento, nel processo di contatto tra la Scuola e la famiglia, anche delle altre istituzioni pubbliche competenti ad

intervenire nei casi specifici (consultori, servizi sociali, pediatra, ginecologo, etc.).

Il mediatore deve far sì che l'intervento della Scuola sia percepito come una fonte di aiuto per la famiglia immigrata, in grado di creare migliori condizioni per l'inserimento nella società ospitante.

Il mediatore (e con esso, tutte le persone partecipanti all'incontro con la famiglia) non deve far percepire un proprio giudizio di condanna delle MGF, evitando di utilizzare parole come *vittima*, *mutilazione*, *crudeltà*, *violenza*: questi concetti devono essere trasmessi indirettamente, attraverso la spiegazione dei danni psico-fisici che le bambine portano per tutto il corso della vita.

Il mediatore deve essere in grado di dare informazioni sulla possibilità di cure e trattamento delle eventuali complicanze.

L'intervento di mediazione è diverso a seconda che la bambina/ragazza sia già stata sottoposta a MGF oppure ci sia il sospetto di un futuro intervento. Il lavoro del mediatore (e del personale competente) deve, inoltre, tener conto anche dell'età della bambina/ragazza, che può variare dai 2 ai 18 anni, e deve tenere il massimo riserbo per proteggerla dalla curiosità morbosa dei compagni e dei loro genitori.

Il primo campanello di allarme è certamente **l'etnia di origine della bambina/ragazza straniera**: l'appartenenza ad una comunità in cui tradizionalmente sono praticate le MGF deve essere un segnale di allerta, per osservare particolari comportamenti e situazioni che possano rivelare la presenza o il rischio di MGF. Questo solo fattore non può costituire un'evidenza assoluta del pericolo di MGF; esso va combinato con altri possibili **indicatori di comportamento**, che consentono al mediatore e al personale di valutare la sussistenza di MGF o il rischio di un intervento sulla bambina:

- i genitori riferiscono che essi o altri parenti porteranno la bambina/ragazza fuori dall'Italia per un lungo periodo;
- la bambina/ragazza può parlare di una lunga vacanza nel Paese di origine o in un altro Paese dove si praticano MGF;
- la bambina/ragazza può confidare all'insegnante (o ad altro personale della scuola) che deve essere sottoposta ad una "pratica speciale" o che attende un'occasione speciale;
- l'insegnante sente riferimenti alle MGF in occasione di conversazioni tra le allieve, durante racconti su cugine, sorelline sottoposte a MGF;
- la bambina/ragazza può chiedere aiuto all'insegnante o ad un altro adulto.

Ogni bambina/ragazza con madre, sorelle o parenti sottoposte a MGF, deve essere considerata a rischio, come pure anche tutte le bambine appartenenti alla famiglia allargata.

LINEA GUIDA 29

In caso di presenza nella scuola di bambine/ragazze immigrate appartenenti ad etnie a tradizione MGF, è opportuno che il Dirigente scolastico contatti un mediatore esperto MGF.

Il mediatore può fornire agli insegnanti (in uno o più incontri formativi) le necessarie conoscenze e competenze per osservare il comportamento dell'allieva, in relazione al pericolo di MGF, ed eventualmente gestire un colloquio con una bambina/ragazza immigrata su questo tema. A questi incontri di preparazione potrebbe essere utile anche la partecipazione di uno psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza, da contattare anche tramite il consultorio familiare locale.

Il mediatore, in collaborazione con la Scuola, può organizzare incontri informativi con la famiglia della bambina, anche per valutare l'effettivo rischio di MGF.

Al fine di reperire il mediatore specifico, il responsabile scolastico può rivolgersi ai servizi locali per l'immigrazione e/o richiedere agli enti competenti (Comuni, Province) elenchi e registri di mediatori esperti di MGF a seguito di specifica attività formativa.

In caso ci sia il sospetto che possano essere effettuati interventi MGF, l'azione deve essere diretta a dare immediata protezione e supporto alla bambina/ragazza, e ad evitare che la MGF sia realizzata.

LINEA GUIDA 30

Nel caso di sospetto di un possibile rischio di intervento MGF su una bambina/ragazza della scuola (es. su segnalazione di uno o più insegnanti), la Dirigenza scolastica convoca senza indugio un Consiglio di classe ristretto (a cui non partecipano genitori e studenti) e si attiva per coinvolgere con urgenza un mediatore culturale (ed eventualmente i competenti servizi del territorio), per avviare un programma di azione diretto con la famiglia. Nel caso di scuola primaria, il Dirigente scolastico convoca e informa il docente unico della classe frequentata dall'allieva di etnia a tradizione MGF.

Il Consiglio di classe può individuare tra i suoi membri un *referente MGF* (che può anche coincidere con il Coordinatore della classe) che svolge la funzione di punto di coordinamento con i servizi del territorio e il mediatore, per tutti gli interventi che riguardano la scuola. Nella scuola primaria, la funzione di *referente MGF* può essere svolta dal docente unico della classe della bambina.

In particolare, la Scuola potrà convocare i genitori e, con l'aiuto del mediatore, illustrare i problemi fisici e psichici che le MGF possono comportare alla figlia e le conseguenze legali per i familiari che richiedono l'intervento.

LINEA GUIDA 31

Il mediatore deve far sì che il colloquio non sia vissuto dai genitori come un atto di accusa, che potrebbe generare una chiusura al dialogo e pregiudicare l'efficacia dell'intervento.

Il colloquio va impostato come un'informativa alla famiglia sulle possibili conseguenze delle MGF, rendendo anche noto, se ritenuto opportuno nella specifica situazione, che la Scuola (e in particolare il Dirigente scolastico e gli insegnanti) è comunque tenuta alla segnalazione all'Autorità giudiziaria, nel caso di riscontro sulla bambina di problematiche legate a sospetti interventi MGF effettuati in Italia.

In un'ottica di intervento *ex post*, altri segnali, connessi al comportamento della bambina/ragazza, possono costituire un'utile indice di evidenza per rivelare che l'allieva sia portatrice di MGF:

- o la bimba/ragazza può passare lungo tempo fuori dalla classe per problemi durante la minzione o per problemi legati alle mestruazioni, se è stata sottoposta a MGF di tipo III;
- o si verificano prolungate assenze dalla scuola o dai centri abitualmente frequentati in caso di MGF di tipo III;
- o un'assenza prolungata dalla scuola con evidenti cambiamenti di comportamento riscontrati dopo il rientro;
- o una bambina/ragazza può chiedere di essere esonerata dalle lezioni di educazione fisica senza certificazione del proprio medico generico. In questo caso è bene approfondire le reali ragioni della richiesta di esonero che potrebbero essere non legate alla MGF.

In caso di sospetta MGF, la Scuola coinvolge al più presto la rete dei servizi locali e un mediatore culturale, per attivare un intervento diretto a dare immediata protezione e supporto alla bambina/ragazza, tenendo conto del fatto che la piccola potrebbe non manifestare, al momento, i segni e le conseguenze dannose dell'intervento (che, tra l'altro, potrebbe anche non manifestarsi mai, nel caso delle mutilazioni meno invasive).

LINEA GUIDA 32

In caso ci sia il sospetto che un'allieva sia stata sottoposta a MGF, l'insegnante si rivolge senza indugio alla Direzione scolastica, che convoca subito il Consiglio di

classe (a cui non partecipano genitori e studenti) e verifica se analoghi segnali indicatori di interventi MGF siano stati rilevati anche da altri insegnanti. È opportuno che il Consiglio di classe richieda l'intervento di un mediatore culturale esperto di MGF e promuova l'attivazione dei servizi socio-sanitari del territorio. Nel caso di scuola primaria, il Dirigente scolastico convoca e informa il docente unico della classe frequentata dall'allieva di etnia a tradizione MGF.

Il Consiglio di classe può individuare tra i suoi membri un *referente MGF* (che può anche coincidere con il Coordinatore della classe), che svolge la funzione di punto di coordinamento con i servizi del territorio e il mediatore, per tutti gli interventi che riguardano la scuola. Nella scuola primaria, la funzione di *referente MGF* può essere svolta dal docente unico della classe della bambina.

Compito del mediatore è fare in modo che gli insegnanti siano attenti alle necessità emotive e psicologiche della bambina/ragazza, che può o potrebbe in futuro risentire delle conseguenze negative della pratica MGF, come estraniamento, depressione, etc. Questa sintomatologia potrebbe essere aggravata dalla stigmatizzazione che può avvertire intorno a se stessa. Si raccomanda quindi accurata attenzione ai suoi sentimenti per non unire danno al danno.

Il mediatore esperto di MGF può collaborare con la Scuola nell'organizzazione di uno o più incontri con gli insegnanti e il personale scolastico (optando, anche a seconda delle dimensioni della Scuola, tra il coinvolgimento di tutto l'organico ovvero solo degli operatori direttamente interessati), per fornire maggiori informazioni sul fenomeno MGF e sulle principali modalità di gestione del colloquio con una bambina/ragazza immigrata su questo tema. A questi incontri di preparazione potrebbe essere utile anche la partecipazione di uno psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza, da contattare anche tramite il consultorio familiare locale.

Ma la pratica di MGF è anche un reato, punito dall'articolo 583-bis del codice penale, e come tale il personale scolastico competente è tenuto alla segnalazione dei possibili casi di MGF sulle proprie studentesse. L'intervento della Magistratura e delle Forze dell'Ordine deve, tuttavia, essere integrato con l'attivazione della rete dei servizi del territorio, e in particolare dei servizi socio-sanitari e di mediazione culturale, al fine di affiancare all'eventuale azione giudiziaria anche un intervento psico-sociale e di mediazione sulla famiglia. È fondamentale, infatti, evitare azioni stigmatizzanti sia verso la famiglia che verso la bambina/ragazza che può non percepirsi come mutilata o vittima, facendola, invece, sentire tale. Un intervento esclusivamente repressivo può, inoltre, indurre il nucleo familiare al ritiro dalla scuola dell'alunna, con ulteriori danni per la sua crescita personale e integrazione sociale.

5.1.2. I servizi socio-sanitari

Rispetto alle MGF, l'età delle bambine e delle ragazze è un fattore fondamentale per individuare le modalità di intervento più opportune, sia in chiave di prevenzione che di

cura. Nella maggior parte dei casi, infatti, il contatto con i servizi sanitari e sociali avviene su iniziativa e con la partecipazione di uno o entrambi i genitori (o di altro membro della famiglia).

L'accertamento o il sospetto di casi di MGF può conseguire sia da una richiesta diretta di intervento da parte della madre e/o della famiglia per risolvere problemi e complicità derivanti da MGF già subite dalla bimba/ragazza, sia dalla "scoperta" da parte degli operatori in occasione di altre prestazioni (visita pediatrica, visita generica, colloquio con il personale del consultorio e con i servizi sociali professionali, etc.).

LINEA GUIDA 33

Nel caso di riscontro o rischio di una MGF su una bambina/ragazza nell'ambito dell'erogazione di servizi sanitari e/o sociali, gli operatori responsabili devono al più presto coinvolgere un mediatore esperto in materia.

Il mediatore attiva la rete dei servizi del territorio, per contrastare tutte le possibili conseguenze (sanitarie, psicologiche, etc.) sulla bambina/ragazza, nel caso di intervento MGF già effettuato. Il personale responsabile è tenuto per legge a segnalare il caso all'Autorità giudiziaria, utilizzando tuttavia la massima attenzione per non inficiare l'intervento psico-sociale e di mediazione.

Il mediatore si fa carico anche di supportare la donna o la coppia che si rivolge ai servizi per impedire che altri membri della famiglia o della comunità effettuino interventi MGF sulla loro bambina. In questo caso, il mediatore potrebbe rivolgersi alle competenti Autorità Giudiziarie, anche per finalità dissuasive, per impedire che l'intervento sia attuato.

In tutti i casi, il mediatore attiva anche la procedura per la sensibilizzazione e l'informazione della famiglia, per prevenire l'intervento MGF in caso di rischio, o per impedire che la stessa pratica sia effettuata in danno di altre figlie e parenti.

5.1.3. Altri contesti

Altri contesti in cui può emergere una casistica di MGF o il rischio di casi di MGF afferiscono a tutte le situazioni di vita quotidiana della bambina/ragazza immigrata, dalle attività sportive (piscina, palestra, etc.) a quelle ricreative (centri ludici, centri di aggregazione giovanile, etc.) a quelle religiose.

Pur essendo settori non "istituzionali" di intervento, è opportuno che il mediatore sia in grado di intervenire anche in questi contesti, laddove si riscontrino situazioni connesse alle MGF. L'intercettazione di questi casi e il coinvolgimento del mediatore richiede, in questi settori, un lavoro preliminare del mediatore di sensibilizzazione e informazione verso le strutture frequentate da bambine e ragazze potenzialmente a rischio.

LINEA GUIDA 34

Nei contesti non “istituzionali” di intervento (es. piscine, palestre, centri di aggregazione giovanile, centri ludici, etc.), il mediatore può intraprendere iniziative dirette ad informare il personale delle strutture frequentate da bambine/ragazze potenzialmente a rischio, laddove conosciuti o individuabili.

Il mediatore diventa il punto di riferimento del centro, in grado di coinvolgere, in caso di sospetto di MGF o di un possibile rischio, i servizi del territorio competenti ad intervenire (servizi sociali, sanitari e scolastici, Forze dell’ordine, etc.).

5.2. *Il dialogo con la bambina/ragazza*

Il colloquio con la bambina/ragazza è un aspetto assai delicato dell’intervento del mediatore, sia in chiave di prevenzione di una MGF che di cura delle conseguenze per un intervento effettivamente avvenuto.

L’età della bambina/ragazza, la sua sensibilità, il basso livello di consapevolezza rispetto alla dannosità di MGF (spesso presentata dalla famiglia come un’occasione di festa), il legame con i genitori e la famiglia, la forte pressione sociale da parte delle coetanee della stessa comunità, sono tutti fattori che devono indirizzare il dialogo su binari di grande attenzione. La bambina deve poter completare un sano sviluppo psicologico, non deve essere privata della sua identità e della sua fiducia di base, trattandola da “povera vittima” senza speranza.

Un elemento fondamentale di cui tener conto nel colloquio con le bambine/ragazze immigrate è che è assolutamente necessario evitare reazioni anormali quando si parla di MGF (espressioni di orrore, domande inappropriate e offensive, etc.), in quanto potrebbero portare la piccola interlocutrice a sviluppare un senso di anormalità rispetto al contesto sociale di accoglienza.

Queste reazioni, per lo più connesse alla scarsa conoscenza del fenomeno, possono essere di grave danno psicologico e rappresentare una pericolosa barriera al dialogo tra operatori e bambina/ragazza. È compito del mediatore culturale contribuire a rimuovere questi atteggiamenti, consigliando sul modo migliore di esprimersi quando si parla di MGF, in particolare nel corso del primo incontro, quando è soprattutto necessario creare un clima di fiducia e rispetto.

LINEA GUIDA 35

Nella gestione del colloquio con la bambina/ragazza, il mediatore e gli operatori si adoperano per:

- Creare opportunità per l’apertura al dialogo della bambina/ragazza.
- Utilizzare un linguaggio semplice e fare domande dirette, con termini di valore neutrale facilmente comprensibili.

- Utilizzare una terminologia che le bambine/ragazze possono comprendere.
- Evitare di avere reazioni emotive eccessive davanti alla bambina/ragazza.
- Tener conto che le bambine/ragazze possono non considerare le MGF come una violenza, ma che anzi sono spesso proprio loro a volerle fare, a causa delle pressioni cui le sottopongono le coetanee che l'hanno già fatto.
- Essere sensibili al fatto che la bambina/ragazza è leale con i genitori e che, quindi, è restia a riferire di situazioni interne all'ambito familiare.
- Lasciare alla bambina/ragazza il tempo di parlare.
- Assumere adeguate informazioni circa l'urgenza della situazione, nel caso la bambina/ragazza sia a rischio di essere sottoposta a MGF.
- Trasmettere alla bambina/ragazza il messaggio che può rivolgersi al mediatore/operatore quando vuole.
- Favorire un clima di reciproca fiducia, evitando atteggiamenti di superiorità culturale lasciando trasparire giudizi.

Sarebbe opportuna, durante il colloquio, anche l'assistenza di uno psicologo infantile preparato in MGF.

6. QUADRO SINOTTICO DI RIEPILOGO DELLE LINEE GUIDA

§ 2.2	LINEA GUIDA 1 Il ruolo del mediatore è di farsi tramite tra la cultura a tradizione MGF e la cultura occidentale, agendo su due livelli interconnessi: - <i>Azione di informazione e sensibilizzazione nei confronti di persone appartenenti alla cultura occidentale:</i> l'intervento è diretto alla comprensione della funzione che svolge una istituzione come le MGF, tramandata di generazione in generazione all'interno di un determinato contesto sociale che è quello di società patriarcali caratterizzate dalla interdipendenza tra MGF e "prezzo della sposa". Solo così è possibile iniziare a capire come una madre possa sentirsi obbligata a scegliere di sottoporre le proprie figlie ad interventi MGF. - <i>Azione di informazione e sensibilizzazione verso tutte le componenti delle comunità immigrate,</i> dalle donne alle bimbe agli uomini alle associazioni, al fine di illustrare i danni delle MGF per la salute fisica e psicologica delle donne, e le conseguenze legali per chi le pratica.
§ 2.3	LINEA GUIDA 2 Prima di avviare un intervento in materia di MGF, il mediatore approfondisce i seguenti campi di conoscenza: - Fenomenologia delle MGF (tipologia, tassi di prevalenza). - Origini, motivazioni, funzioni e contesto sociale delle MGF, anche in relazione alle diverse etnie a rischio presenti sul territorio. - Conseguenza sulla salute e la psiche di donne e bambine sottoposte a MGF. - Possibilità di cura e riabilitazione presso Centri adeguati. - Legislazione sulle MGF in Italia, in Europa e nei Paesi di origine.
§ 2.3	LINEA GUIDA 3 Nella mediazione in casi di MGF, è preferibile che l'intervento sia attuato da una MEDIATRICE CULTURALE; un'esperienza personale e/o familiare di MGF può aiutare ad aprire il dialogo. Queste caratteristiche soggettive contribuiscono senza dubbio a mettere la donna a proprio agio, pur affrontando argomenti particolarmente intimi, delicati e di cui non vi è abitudine a parlare. Tuttavia un mediatore esperto in MGF può intervenire in qualsiasi contesto, in quanto è in grado di operare conoscendo accuratamente il fenomeno e le modalità di intervento.
§ 2.4	LINEA GUIDA 4

	Il mediatore, almeno nei primi approcci con la donna e/o i membri della comunità immigrata, utilizza termini che non esprimono disvalore culturale per le MGF, come: <i>modificazioni etniche dei genitali femminili; interventi di modificazione dei genitali femminili; circoncisione</i>. Evita, inoltre, l'utilizzo di espressioni come: <i>vittima di MGF; subire MGF; violenza, crudeltà</i>. Il mediatore deve avere una disponibilità all'ascolto verso i propri interlocutori, e cercare di adottare, se possibile, la terminologia da essi utilizzata per riferirsi alle MGF durante i colloqui.
§ 2.4	LINEA GUIDA 5 Il mediatore deve conoscere le motivazioni più diffuse a supporto delle MGF ed essere in grado di discuterle con argomentazioni convincenti.
§ 3.1	LINEA GUIDA 6 La famiglia immigrata proveniente da Paesi a rischio può essere "avvicinata" in diversi modi: - <i>attraverso azioni per la sensibilizzazione</i> delle comunità immigrate sulla prevenzione e il contrasto delle MGF; - <i>attraverso interventi diretti</i>, effettuati da operatori istituzionali (sociali, sanitari, scolastici, giudiziari, etc.) a seguito del riscontro di situazioni di rischio o di casi concreti di MGF. E' opportuno che il mediatore non agisca autonomamente rispetto agli operatori istituzionali competenti, anche nel caso sia a conoscenza di nuclei familiari in cui si praticano le MGF. Questo vuol dire che, qualora il mediatore abbia una conoscenza personale di casi reali o potenziali di MGF, il suo approccio alla famiglia in cui si riscontra il problema deve avvenire in collaborazione con i competenti organi istituzionali (servizi sociali, sanitari, magistratura), allertati dallo stesso mediatore. Il mediatore promuove, pertanto, il lavoro di rete con i servizi sociali e i servizi sanitari (ginecologi, pediatri, etc.) e socio-sanitari (consultorio) del territorio, per supportare le bambine o le donne nella cura dei danni connessi alle MGF e per sensibilizzare la famiglia ad abbandonare questa tradizione. Nel caso il mediatore che operi in ambito pubblico abbia notizia di famiglia in cui donne e bambine siano state sottoposte a MGF in Italia, è tenuto alla segnalazione del fatto alle competenti Autorità giudiziarie. La denuncia può essere presentata alla Questura o alle stazioni locali dei Carabinieri, o direttamente presso la Procura della Repubblica. Anche in caso di rischio concreto e prossimo del verificarsi di interventi MGF, il mediatore si attiva con le Forze dell'Ordine per prevenire il reato. In queste circostanze, tuttavia, è opportuno attivare contemporaneamente la rete dei servizi locali, al fine di affiancare all'eventuale azione giudiziaria anche un intervento psico-sociale

	sulla famiglia. È fondamentale, infatti, evitare azioni stigmatizzanti sia verso la famiglia che verso la bambina/ragazza che può non percepirsi come mutilata o vittima, facendola, invece, sentire tale.
§ 3.1	LINEA GUIDA 7 Il mediatore è l'interprete dei valori e delle tradizioni della famiglia rispetto al contesto sociale e culturale di accoglienza. Come tale, deve favorire il rapporto tra istituzioni e famiglie, anche nel tentativo di far emergere l'atteggiamento nei confronti delle mutilazioni genitali.
§ 3.1	LINEA GUIDA 8 Nel caso si percepiscano segnali di ostilità e chiusura dei componenti della famiglia verso l'intervento esterno, il mediatore può promuovere e organizzare incontri dei servizi competenti con i soli uomini e/o anziani, non richiedendo la presenza della/e donna/e. In un secondo momento, quando il clima degli incontri sarà incanalato su binari di comunicazione costruttivi, è opportuno spingere la/e donna/e ad intervenire, per esprimere le proprie opinioni in merito alle MGF, favorendo lo scambio di idee con gli altri membri della famiglia.
§ 3.1	LINEA GUIDA 9 Il mediatore deve far sì che l'operatore che entra in contatto con la famiglia immigrata sia considerato come una fonte di aiuto per tutto il nucleo. Il mediatore non deve far percepire di giudicare e condannare l'uomo/donna o l'anziano/anziana che difende la tradizione MGF; concetti come <i>mutilazione, crudeltà e violenza</i> devono essere trasmessi indirettamente, attraverso la spiegazione dei danni psico-fisici che bambine e donne si portano per tutto il corso della vita.
§ 3.1	LINEA GUIDA 10 Nel caso di comunità locali ristrette, è opportuno utilizzare un mediatore appartenente ad altre etnie comunità locali (della stessa o di altre etnie), per non compromettere in partenza l'apertura della famiglia al dialogo. Se la comunità è ampia e articolata, è preferibile impiegare un mediatore appartenente alla medesima comunità.
§ 3.1	LINEA GUIDA 11 Almeno nella prima fase di contatto con gli uomini della famiglia, è preferibile utilizzare un mediatore uomo: è più facile che riesca ad aprire un dialogo con altri uomini, rispetto ad una mediatrice.

§ 3.1	LINEA GUIDA 12 Spiegare a uomini e anziani, ma anche a gruppi di donne ed anziane, in modo chiaro e preciso che: - Le MGF sono una violazione della legge italiana, così come la re-infibulazione. Le conseguenze legali sono serie, dal carcere alla perdita della patria potestà. - Le donne che non hanno subito interventi di mutilazione/infibulazione sono meno soggette a rischi igienico-sanitari e a malattie. - Nelle donne che non hanno subito interventi la probabilità di concepimento è maggiore che nelle donne “chiuse” (infibulate). - Le gravidanze delle donne che non hanno subito interventi sono meno rischiose e problematiche, sia per i nascituri che per le partorienti, con la riduzione sensibile del pericolo di morte per entrambi.
§ 3.2	LINEA GUIDA 13 Per avviare un intervento con la comunità immigrata, è opportuno che il mediatore individui i capi carismatici della comunità locale, compresi i capi religiosi, e inizi con loro il lavoro di sensibilizzazione e informazione. La collaborazione di questi esponenti sarà importante per trasmettere con forza i messaggi di abbandono della tradizione MGF agli altri immigrati della comunità.
§ 3.2	LINEA GUIDA 14 Le iniziative di sensibilizzazione e informazione verso la comunità locale di immigrati prevedono incontri pubblici per illustrare i danni collegati alle MGF e le conseguenze legali in Italia, sia per chi effettua che per chi consente tali pratiche. A seconda dell’etnia e della coesione interna tra i membri delle comunità, il mediatore decide se organizzare più incontri con pochi partecipanti, oppure incontri aperti senza limiti di partecipanti. Nell’approccio con la comunità di immigrati, il mediatore deve tener presente che parlare in pubblico di MGF può risultare volgare e offensivo per l’immigrato. Il mediatore deve riuscire a contemperare la necessità di un alto livello di attenzione rispetto alle MGF e un atteggiamento realistico e informato rispetto alle conseguenze, alle dimensioni e alla diffusione del fenomeno. Le esagerazioni possono far presumere all’ascoltatore la volontà di strumentalizzare una tradizione a danno degli immigrati, rischiando di accentuare un atteggiamento di scetticismo e chiusura.

§ 4.1	LINEA GUIDA 15 Il Mediatore deve conoscere bene la tipologia, l'organizzazione e le modalità di accesso e funzionamento dei servizi pubblici e privati del territorio che possono supportare la donna immigrata in caso di MGF.
§ 4.1	LINEA GUIDA 16 È opportuno che il mediatore che <i>invia</i> ai servizi continui a seguire il percorso della donna anche una volta individuati gli interlocutori istituzionali competenti cui rivolgersi, in quanto il rapporto di fiducia già instaurato è un vantaggio per l'efficacia degli interventi. Nel caso il mediatore non sia sufficientemente preparato sul tema delle MGF, dovrebbe coinvolgere, in via diretta o indiretta, colleghi specializzati e/o con esperienza in materia, rivolgendosi anche alle associazioni locali di immigrati appartenenti ad etnie a tradizione MGF.
§ 4.1	LINEA GUIDA 17 I servizi sociali, sanitari e socio-sanitari per gli immigrati del territorio dovrebbero avere a disposizione un team di mediatori culturali competenti ad affrontare le problematiche connesse alle MGF. Tale disponibilità può attuarsi sia inserendo nell'organico dei servizi uno o più mediatori, sia con modalità a chiamata, in caso di necessità. Per garantire continuità alle azioni, è auspicabile che gli enti locali e le Aziende ASL assicurino specifici servizi permanenti di mediazione culturale.
§ 4.1	LINEA GUIDA 18 Se è la donna a rivolgersi ai servizi locali per affrontare il proprio caso MGF, questa consapevolezza costituisce un positivo punto di partenza per prevenire che nella famiglia le bambine siano sottoposte a questi interventi. Nel caso in cui la richiesta di aiuto della donna non abbia l'appoggio della famiglia, è necessario che il mediatore, insieme agli operatori, avvii la procedura di intervento con i familiari, al fine di sensibilizzarli ad abbandonare la tradizione. Se invece la MGF emerge in maniera occasionale nell'erogazione del servizio, e quindi non vi è in partenza un atteggiamento di allontanamento dalla tradizione, è necessario attivare la procedura di intervento per prevenire le MGF sulle bambine e per sensibilizzare il nucleo familiare sulle sue conseguenze dannose.
§ 4.1	LINEA GUIDA 19 Nel colloquio, il mediatore deve lasciare spazio alla donna per parlare dell'esperienza migratoria, delle sofferenze, delle perdite, dei sentimenti

	rispetto alla sua vita e condizione attuale. Il mediatore deve promuovere un atteggiamento analogo tra gli operatori dei servizi con cui collabora, facendo comprendere che l'apertura verso la donna è la strada migliore per affrontare il tema delle MGF, e non rappresenta una perdita di tempo.
§ 4.1.1	LINEA GUIDA 20 Il mediatore promuove i servizi sanitari pubblici (dall'assistenza del medico di famiglia all'ospedale) come importante risorsa cui gli immigrati possono ricorrere facilmente e con piena fiducia, per l'economicità delle prestazioni, la competenza del personale, la garanzia della riservatezza al pari di quanto avviene nelle cliniche e nei laboratori privati.
§ 4.1.1	LINEA GUIDA 21 Il mediatore spiega alla coppia immigrata in attesa (o alla donna incinta, se è questa sola a recarsi presso il servizio sanitario) che la presenza di MGF sulla madre aumenta notevolmente la probabilità di avere problemi durante il parto sia per lei che per il feto. Informa la coppia o la donna infibulata della possibilità di deinfibulazione. Provvede a segnalare la presenza di MGF al personale sanitario, se lo ritiene opportuno. Il mediatore informa la coppia sulle conseguenze penali previste dalla Legge italiana per la pratica di MGF. Nel caso la coppia (o la donna) lo richieda, il mediatore può attivarsi per organizzare incontri specifici con i membri della loro famiglia, per sensibilizzarli in merito alla dannosità delle MGF, le prescrizioni religiose e spingerli ad abbandonare questa tradizione.
§ 4.1.1	LINEA GUIDA 22 Il mediatore, prima dell'appuntamento con una donna/coppia immigrata appartenente ad etnia a tradizione MGF, illustra all'operatore sanitario che non ne sia a conoscenza le caratteristiche culturali, tradizionali e fisiologiche delle MGF. Il mediatore fornisce agli operatori consigli e strumenti utili per gestire il dialogo con la donna, anche per fare emergere eventuali casi di MGF.
§ 4.1.2	LINEA GUIDA 23 È importante che l'operatore sociale che si trovi in presenza di donne appartenenti ad etnia a tradizione MGF sia assistito da un mediatore esperto in tali tematiche, al fine di riuscire a far emergere l'esistenza di pratiche effettive sulla donna stessa ovvero il rischio per le sue figlie di essere sottoposte a questi interventi.

	E' opportuno che i servizi sociali comunali si dotino, tramite anche protocolli e convenzioni, della consulenza di mediatori culturali specializzati in MGF.
	LINEA GUIDA 24
§ 4.1.3	Il mediatore fornisce supporto agli sportelli e gli altri centri di assistenza per gli immigrati nel caso di riscontro di casi o di rischio di MGF, a danno di donne e bambine. In particolare, il mediatore attiva la rete locale dei servizi competenti ad intervenire nei casi specifici: servizio sociale, servizio sanitario, servizio socio-sanitario. Se ne ricorrono i presupposti, segnala il caso all'Autorità giudiziaria, attraverso la Questura o i comandi locali dei Carabinieri o direttamente alla Procura della Repubblica. In queste circostanze, tuttavia, è opportuno attivare contemporaneamente la rete dei servizi locali, al fine di affiancare all'eventuale azione giudiziaria anche un intervento psico-sociale sulla famiglia. È fondamentale, infatti, evitare azioni stigmatizzanti sia verso la famiglia che verso la bambina/ragazza che può non percepirsi come mutilata o vittima, facendola, invece, sentire tale.
	LINEA GUIDA 25
§ 4.1.4	Nell'ambito dei Centri Territoriali Permanenti per la formazione in età adulta e negli altri centri formativi frequentati da immigrati di etnia a tradizione MGF, il mediatore può svolgere un'importante funzione di preparazione del personale docente, che potrà inserire specifici moduli MGF nei programmi formativi dei corsi frequentati da persone di etnia a rischio. Il mediatore può anche affiancare l'insegnante nel corso dello svolgimento del modulo specifico in cui affrontare il tema delle MGF. L'opportunità della sua presenza va, comunque, attentamente valutata dall'insegnante, di concerto con la Direzione scolastica: l'introduzione di un elemento esterno alla classe potrebbe, infatti, inibire l'apertura alla discussione.
	LINEA GUIDA 26
§ 4.2	Nella gestione del colloquio con la donna, il mediatore e gli operatori seguono le seguenti norme di comportamento: - Iniziare l'incontro discutendo altre problematiche (es. il motivo dell'appuntamento, i bisogni di vita della donna, etc.) e non affrontare in maniera diretta il tema delle MGF, specie nel caso la donna si sia rivolta al servizio per motivi non connessi con tale fenomeno. - Fare spesso riferimento alla natura confidenziale dell'assistenza offerta. - Rivelare la conoscenza della tradizione di MGF nel Paese di origine della donna, possibilmente usando la terminologia locale per indicare le MGF. - Spiegare che le MGF possono causare complicazioni nella gravidanza e nel

	parto, e come sia, quindi, di grande importanza sapere se la donna è stata circonscisa, per assicurare gli interventi opportuni. - Evitare di avere reazioni emotive eccessive davanti alla donna. - Rivolgere domande con termini di valore neutrale facilmente comprensibili dalla donna, come <i>“sei stata chiusa?”</i>, <i>“sei stata circonscisa quando eri bambina?”</i>. - Non usare termini come mutilazione, offensivo e alienante per la donna. Cercare di capire come la donna si riferisca alle MGF e adottare la sua terminologia. - Essere diretti, in quanto le domande indirette possono creare confusione e servono solo a rivelare un malcelato imbarazzo o disagio dell'operatore. - Se rimane qualche dubbio, formulare domande-chiave, come <i>“Hai problemi ad urinare?, Quanto tempo impieghi?, Hai dolori pelvici e difficoltà mestruali?”</i>. - Non lasciare emergere sentimenti di disgusto, shock, rabbia e pietà. Queste reazioni riflettono i giudizi occidentali di valore e possono causare imbarazzo. Alle donne deve essere fornita un'assistenza culturalmente sensibile e non moralistica, e devono essere trattate con rispetto. - Mostrare spontaneo interesse per i valori, le credenze e le esperienze di vita della donna. Ascoltare, lasciarsi il tempo per valutare come la donna si senta rispetto alle MGF, e comportarsi di conseguenza. Alcune donne sono molto orgogliose della loro circonscisione, che danno un senso di virtù, bellezza, identità; altre considerano le MGF un'esperienza estremamente negativa e un traumatico attacco al proprio corpo e se ne vergognano. - Essere consapevoli della condizione sociale della donna e delle sue preoccupazioni attuali. Potrebbero esserci bisogni più urgenti da soddisfare, come ad esempio difficoltà economiche e di inserimento sociale, separazioni familiari, etc. Mostrare attenzione e interesse per la condizione generale della donna, e non solo per le MGF. - Spiegare chiaramente che le MGF sono illegali e che la legge può essere usata per aiutare la famiglia ad evitare che le figlie subiscano questi interventi. - Nel caso di intervento medico, non esaminare le MGF, se non c'è un buon motivo per farlo: l'esame dovrebbe essere tenuto come ultima evenienza e sempre con il consenso della donna.
§ 5.1.1	LINEA GUIDA 27 Conoscere l'organizzazione della Scuola italiana è importante per il mediatore, che deve essere in grado di organizzare e attuare il proprio intervento a seconda dei diversi contesti istituzionali, caratterizzati da alunne di età diverse e da insegnanti e referenti amministrativi differenti.
§ 5.1.1	LINEA GUIDA 28

	Nel contesto scolastico, l'intervento del mediatore risulta importante sia nella preparazione dei Dirigenti scolastici e degli insegnanti a trattare il caso di MGF (anche in vista di un eventuale colloquio con la famiglia), sia nell'organizzazione e nella gestione del rapporto tra Scuola e famiglia immigrata. È compito del mediatore promuovere il coinvolgimento, nel processo di contatto tra la Scuola e la famiglia, anche delle altre istituzioni pubbliche competenti ad intervenire nei casi specifici (consultori, servizi sociali, pediatra, ginecologo, etc.). Il mediatore deve far sì che l'intervento della Scuola sia percepito come una fonte di aiuto per la famiglia immigrata, in grado di creare migliori condizioni per l'inserimento nella società ospitante. Il mediatore (e con esso, tutte le persone partecipanti all'incontro con la famiglia) non deve far percepire un proprio giudizio di condanna delle MGF, evitando di utilizzare parole come <i>vittima</i>, <i>mutilazione</i>, <i>crudeltà</i>, <i>violenza</i>: questi concetti devono essere trasmessi indirettamente, attraverso la spiegazione dei danni psico-fisici che le bambine portano per tutto il corso della vita. Il mediatore deve essere in grado di dare informazioni sulla possibilità di cure e trattamento delle eventuali complicanze
§ 5.1.1	LINEA GUIDA 29 In caso di presenza nella scuola di bambine/ragazze immigrate appartenenti ad etnie a tradizione MGF, è opportuno che il Dirigente scolastico contatti un mediatore esperto MGF. Il mediatore può fornire agli insegnanti (in uno o più incontri formativi) le necessarie conoscenze e competenze per osservare il comportamento dell'allieva, in relazione al pericolo di MGF, ed eventualmente gestire un colloquio con una bambina/ragazza immigrata su questo tema. A questi incontri di preparazione potrebbe essere utile anche la partecipazione di uno psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza, da contattare anche tramite il consultorio familiare locale. Il mediatore, in collaborazione con la Scuola, può organizzare incontri informativi con la famiglia della bambina, anche per valutare l'effettivo rischio di MGF. Al fine di reperire il mediatore specifico, il responsabile scolastico può rivolgersi ai servizi locali per l'immigrazione e/o richiedere agli enti competenti (Comuni, Province) elenchi e registri di mediatori esperti di MGF a seguito di specifica attività formativa.
§ 5.1.1	LINEA GUIDA 30

	Nel caso di sospetto di un possibile rischio di intervento MGF su una bambina/ragazza della scuola (es. su segnalazione di uno o più insegnanti), la Dirigenza scolastica convoca senza indugio un Consiglio di classe ristretto (a cui non partecipano genitori e studenti) e si attiva per coinvolgere con urgenza un mediatore culturale (ed eventualmente i competenti servizi del territorio), per avviare un programma di azione diretto con la famiglia. Nel caso di scuola primaria, il Dirigente scolastico convoca e informa il docente unico della classe frequentata dall'allieva di etnia a tradizione MGF. Il Consiglio di classe può individuare tra i suoi membri un <i>referente MGF</i> (che può anche coincidere con il Coordinatore della classe) che svolge la funzione di punto di coordinamento con i servizi del territorio e il mediatore, per tutti gli interventi che riguardano la scuola. Nella scuola primaria, la funzione di <i>referente MGF</i> può essere svolta dal docente unico della classe della bambina.
§ 5.1.1	LINEA GUIDA 31 Il mediatore deve far sì che il colloquio non sia vissuto dai genitori come un atto di accusa, che potrebbe generare una chiusura al dialogo e pregiudicare l'efficacia dell'intervento. Il colloquio va impostato come un'informativa alla famiglia sulle possibili conseguenze delle MGF, rendendo anche noto, se ritenuto opportuno nella specifica situazione, che la Scuola (e in particolare il Dirigente scolastico e gli insegnanti) è comunque tenuta alla segnalazione all'Autorità giudiziaria, nel caso di riscontro sulla bambina di problematiche legate a sospetti interventi MGF effettuati in Italia.
§ 5.1.1	LINEA GUIDA 32 In caso ci sia il sospetto che un'allieva sia stata sottoposta a MGF, l'insegnante si rivolge senza indugio alla Direzione scolastica, che convoca subito il Consiglio di classe (a cui non partecipano genitori e studenti) e verifica se analoghi segnali indicatori di interventi MGF siano stati rilevati anche da altri insegnanti. È opportuno che il Consiglio di classe richieda l'intervento di un mediatore culturale esperto di MGF e promuova l'attivazione dei servizi socio-sanitari del territorio. Nel caso di scuola primaria, il Dirigente scolastico convoca e informa il docente unico della classe frequentata dall'allieva di etnia a tradizione MGF. Il Consiglio di classe può individuare tra i suoi membri un <i>referente MGF</i> (che può anche coincidere con il Coordinatore della classe), che svolge la funzione di punto di coordinamento con i servizi del territorio e il mediatore, per tutti gli interventi che riguardano la scuola. Nella scuola primaria, la funzione di <i>referente MGF</i> può essere svolta dal docente unico della classe della bambina. Compito del mediatore è fare in modo che gli insegnanti siano attenti alle necessità emotive e psicologiche della bambina/ragazza, che può o potrebbe in futuro risentire delle conseguenze negative della pratica MGF, come

	estraniamiento, depressione, etc. Questa sintomatologia potrebbe essere aggravata dalla stigmatizzazione che può avvertire intorno a se stessa. Si raccomanda quindi accurata attenzione ai suoi sentimenti per non unire danno al danno. Il mediatore esperto di MGF può collaborare con la Scuola nell'organizzazione di uno o più incontri con gli insegnanti e il personale scolastico (optando, anche a seconda delle dimensioni della Scuola, tra il coinvolgimento di tutto l'organico ovvero solo degli operatori direttamente interessati), per fornire maggiori informazioni sul fenomeno MGF e sulle principali modalità di gestione del colloquio con una bambina/ragazza immigrata su questo tema. A questi incontri di preparazione potrebbe essere utile anche la partecipazione di uno psicologo dell'infanzia e dell'adolescenza, da contattare anche tramite il consultorio familiare locale.
§ 5.1.2	LINEA GUIDA 33 Nel caso di riscontro o rischio di una MGF su una bambina/ragazza nell'ambito dell'erogazione di servizi sanitari e/o sociali, gli operatori responsabili devono al più presto coinvolgere un mediatore esperto in materia. Il mediatore attiva la rete dei servizi del territorio, per contrastare tutte le possibili conseguenze (sanitarie, psicologiche, etc.) sulla bambina/ragazza, nel caso di intervento MGF già effettuato. Il personale responsabile è tenuto per legge a segnalare il caso all'Autorità giudiziaria, utilizzando tuttavia la massima attenzione per non inficiare l'intervento psico-sociale e di mediazione. Il mediatore si fa carico anche di supportare la donna o la coppia che si rivolge ai servizi per impedire che altri membri della famiglia o della comunità effettuino interventi MGF sulla loro bambina. In questo caso, il mediatore potrebbe rivolgersi alle competenti Autorità Giudiziarie, anche per finalità dissuasive, per impedire che l'intervento sia attuato. In tutti i casi, il mediatore attiva anche la procedura per la sensibilizzazione e l'informazione della famiglia, per prevenire l'intervento MGF in caso di rischio, o per impedire che la stessa pratica sia effettuata in danno di altre figlie e parenti.
§ 5.1.3	LINEA GUIDA 34 Nei contesti non "istituzionali" di intervento (es. piscine, palestre, centri di aggregazione giovanile, centri ludici, etc.), il mediatore può intraprendere iniziative dirette ad informare il personale delle strutture frequentate da bambine/ragazze potenzialmente a rischio, laddove conosciuti o individuabili. Il mediatore diventa il punto di riferimento del centro, in grado di coinvolgere, in caso di sospetto di MGF o di un possibile rischio, i servizi del territorio competenti ad intervenire (servizi sociali, sanitari e scolastici, Forze dell'ordine,

	etc.).
	LINEA GUIDA 35
§ 5.2	Nella gestione del colloquio con la bambina/ragazza, il mediatore e gli operatori si adoperano per: - Creare opportunità per l'apertura al dialogo della bambina/ragazza. - Utilizzare un linguaggio semplice e fare domande dirette, con termini di valore neutrale facilmente comprensibili. - Utilizzare una terminologia che le bambine/ragazze possono comprendere. - Evitare di avere reazioni emotive eccessive davanti alla bambina/ragazza. - Tener conto che le bambine/ragazze possono non considerare le MGF come una violenza, ma che anzi sono spesso proprio loro a volerle fare, a causa delle pressioni cui le sottopongono le coetanee che l'hanno già fatto. - Essere sensibili al fatto che la bambina/ragazza è leale con i genitori e che, quindi, è restia a riferire di situazioni interne all'ambito familiare. - Lasciare alla bambina/ragazza il tempo di parlare. - Assumere adeguate informazioni circa l'urgenza della situazione, nel caso la bambina/ragazza sia a rischio di essere sottoposta a MGF. - Trasmettere alla bambina/ragazza il messaggio che può rivolgersi al mediatore/operatore quando vuole. - Favorire un clima di reciproca fiducia, evitando atteggiamenti di superiorità culturale lasciando trasparire giudizi. Sarebbe opportuna, durante il colloquio, anche l'assistenza di uno psicologo infantile preparato in MGF.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmadu F (2000). Rites and wrongs: an insider/outsider reflects on power and excision In: Shell-Duncan B, Hernlund Y, eds. *Female 'circumcision' in Africa: culture, controversy and change*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner: 283-312.
- Alessi M.L., *Identità e figura del mediatore linguistico-culturale. Strumento di comunicazione interculturale*, Tesi di laurea, Università degli Studi di Catania, Facoltà di Scienze Politiche, Corso di Laurea in Relazioni Pubbliche, A.A. 2006-2007.
- Amadu, Gruenbaum: *Ferite per sempre*, Profilo toscano.
- Asali A, Khamaysi N, Aburabia Y, Letzer S, Halihal B, Sadovsky M (1995). Ritual female genital surgery among Bedouin in Israel. *Archives of Sexual Behavior*, 24:571-575.
- Budiharsana M (2004). *Female circumcision in Indonesia: extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights*. Jakarta, Population Council.
- Catania L, Hussen AO (2005). *Ferite per sempre. Le mutilazioni dei genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo*. Casa editrice, Derive Approdi. Roma.
- Cenci C., Manganelli S., 2000, *La costruzione sociale del corpo dell'immigrata: le rappresentazioni delle Mgf nella stampa e nella letteratura specialistica* in: C. Pasquinelli, a cura, *Antropologia delle Mutilazioni dei genitali femminili. Una ricerca in Italia*, Roma, Aidos, pp. 15-27.
- Ciminelli, M.L., 2002, *Le "ragioni culturali" delle mutilazioni genitali femminili: note critiche sulla definizione di Mgf dell'OMS/WHO*, <La Ricerca Folklorica >, n.46, pp. 39-50.
- Crinali (Associazione di ricerca, cooperazione e formazione interculturale tra donne), *Professione mediatrice culturale – Un'esperienza di formazione nel settore materno infantile*, FrancoAngeli, 2007. Di Pietro F., *Le norme sul divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*, Diritto & Diritti (www.diritto.it).
- Dirie, W. , Miller, C., 1998, *Fiore del deserto: storia di una donna*, Garzanti Editore, Milano.
- Dorkenoo, E., 1994, *Cutting the Rose. Female Genital Mutilation The practice and its Prevention*, London, Minority Rights Publications.
- Erlich, M., 1986, *La femme blessée. Essai sur les mutilations sexuelles féminines*, Paris, L'Harmattan.
- Erlich, M., 1990, *La mutilation*, Paris, PUF.
- Evans-Pritchard E.E., 1931 *An alternative term for "bride-price"*, <Man>, n.31, pp.36-39.
- Facchi A., 2001, *I diritti nell'Europa multiculturale. Pluralismo normativo e immigrazione*, Bari, Laterza.
- Funghi, F. Giunta, a cura, *Medicina, bioetica e diritto. I problemi e la loro dimensione normativa*, Pisa, Edizioni ETS.
- Fusaschi, M. , 2003, *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Milano, Feltrinelli.
- Ghadially R (1992). Update on female genital mutilation in India. *Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter*, January-March.
- Goody, J.R., Tambiah, S. J., 1973, *Bridewealth and Dowry*, London, Canbridge University Press; trad. it. 1981, *Ricchezza della sposa e dote*, Milano, Franco Angeli.
- Grassivaro Gallo, P. 1986, *La circoncisione femminile in Somalia: una ricerca sul campo*, Milano, Franco Angeli.
- Grassivaro Gallo, P., 1998, *Figlie d'Africa mutilate: indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*, L'Harmattan Italia, Torino.

- Gruenbaum E (2001). *The female circumcision controversy: an anthropological perspective*. Pittsburgh, University of Pennsylvania Press.
- Gruenbaum, E., 2006, *Sexuality Issues in the Movement to Abolish Female Genital Cutting in Sudan*, <Medical Anthropology Quarterly>, vol. 20, n. 1, pp121-138
- Hassan, S. S., 1996, *La donna mutilata: la mutilazione genitale femminile: l'infibulazione*, Loggia de' Lanzi, Firenze
- Hosken, F. P., 1993, *The Hosken Report: genital and sexual mutilation of females*, New York, Women's International Network News,
- Hussen, A., O., Catania, L., *Deinfibulazione terapeutica*, Il Ginecologo Rivista di Ostetricia e Ginecologia Vol.1, n. 2, giugno 2006 pp. 72-78.
- Isa AR, Shuib R, Othman MS (1999). *The practice of female circumcision among Muslims in Kelantan, Malaysia*. Reproductive Health Matters, 7:137-144.
- Johnsdotter S., 2004, *Mutilazioni genitali femminili tra le donne immigrate nei paesi occidentali: le stime a rischio sono attendibili?*, in: A. Morrone, P. Vulpiani a cura.
- *Corpi e simboli. Immigrazione sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa*, Roma, Armando editore, pp.67-83.
- Kenyatta, J., 1938, *Facing Mount Kenya*, London, Secker and Warburg, Vintage Books; trad. it. 1977, *La montagna dello splendore*, Milano, Jaca Book.
- Kisaakye, E., 2002, *Women, culture and human rights: female genital mutilation, polygamy and bride price*, in W. Bendek, E. M. Kisaakye, Oberleitner G., a cura, *Human Rights of Women. International Instruments and African Experiences*, London, Zed Books.
- Kouyate Carvalho D'Alvarenga, H., 1999, *L'excisione*, <Présence Africaine>, n. 160, pp. 109-116.
- Kvello A, Sayed L (2002). *Omskjering av kvinner i de forente arabiske emirater—er klitoridektomi i tradisjonell praksis et overgrep mot kvinner? (Concerning female circumcision in the United Arab Emirates: Is clitoridectomy in a traditional context an assault against women?)*. Thesis, Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Lambelet Coleman D., 1998, *The Seattle Compromise: Multicultural sensitivity and Americanization*, <Duke Law Journal>, vol 47, n. 4, pp.717-783.
- Leeds Teaching Hospital, *Female Genital Mutilation – Clinical Guideline*, 2006.
- Luatti L. (a cura di), *Atlante della mediazione linguistico culturale – Nuove mappe per la professione di mediatore*, Franco Angeli, 2006.
- Mancinelli F., *La “Legge Consolo” per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*, Pubblicazioni Centro Studi per la Pace (www.studiperlapace.it), Roma, 2006.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, *Gli alunni stranieri nel sistema scolastico italiano*. 2007/08, 22 luglio 2008.
- Ministero della Salute, *Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie, nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche*, Decreto del Ministero della Salute del 17.12.2008 (G.U. 25.03.2008, n. 71 SO 70).
- Morrone A. e Vulpiani P, 2004, *Corpi e simboli, Immigrazione, sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa*, Roma, Armando editore.
- National Committee on Traditional Practices of Ethiopia, 1998, *Baseline Survey in Harmful Traditional Practices in Ethiopia*, Addis Abeba, NCTPE.
- Nussbaum M., 1996, *Double Moral Standards? A response to Yael Tamir 's Hands off Clitoridectomy*, <Boston Review>, vol. 21, n. 5, pp.???

- Obermeyer C. M., 1999, *Female Genital Surgeries; The Known and the Unknown, and the Unknowable*, < Medical Anthropology Quarterly>, XIII, n. 1 pp. 76-106.
- Obermeyer C. M., 2005, *The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence*, < Culture, Health & Sexuality>, n. 7 (5), pp.443-461.
- Pasquinelli C., 1988, *Il posto della tradizione*, in: AA.VV. *Modernizzazione?*, Milano, Franco Angeli, pp. 70-86.
- Pasquinelli C., a cura, 2000, *Antropologia delle Mutilazioni dei genitali femminili. Una ricerca in Italia*, Roma, Aidos.
- Pasquinelli C., 2001, *Donne africane in Italia. Mutilazioni dei genitali femminili, identità di genere e appartenenza etnica*, <Questione giustizia>, n. 3, pp. 487-501.
- Pasquinelli C., 2001, *Identità di genere e prezzo della sposa*, <La ricerca flokorica>, n. 44, pp. 5-21.
- Pasquinelli C., 2007, *Infibulazione. Il corpo violato*, Maltemi, Roma.
- Pitch T. 2000, *La legge giusta. il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili*, Roma, Aidos.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministero per le Pari Opportunità, *Le mutilazioni genitali femminili: una tradizione insensata e disumana*.
- Provincia di Teramo – Osservatorio immigrazione, *La mediazione culturale: un tentativo di definizione*, www.provincia.teramo.it.
- Riccio, B. 1998, *Transnazionalismo, un punto di vista dall’Africa occidentale*, <Confronto: Riflessioni sui modelli di sviluppo>, a. IV, n. 8, pp. 103-119.
- Shell-Duncan, B., Hernlund, Y., 2000, a cura, *Female “Circumcision” in Africa*, London, Lynne Rienner Publishers.
- Shell-Duncan, B., 2001, *The Medicalization of Female “Circumcision”: Harm Reduction or Promotion of Dangerous Practice?*, <Social Science and Medicine>, vol. 52, pp. 1013-1028.
- Shweder, R.A., 2005, *When Cultures Collide: Which Rights? Whose Tradition of Values?. A Critique of the Global Anti-FGM Campaign*, in C. Eisgruber, A. Sajo, a cura, *Global Justice and the Bulwarks of Localism: Human Rights in Context*, Leiden/Boston, Martinus Nijhoff Publishers, pp. 181-200.
- Sow, F., 1998, *Mutilations génitales féminines et droits humains en Afrique*, <Africa Development>, XXIII, nn. 3-4, pp. 13-36.
- Sultan Abdurahmam Issa M., Grassivaro Gallp, P, 2006, «1996/20005: dieci anni del rito alternativo di Merka (Somalia); da ‘sunna gudnin’ a ‘gudnin usub’ (il rito nuovo)», in Grassivaro Gallo, Manganosi, a cura, 2006, *Pratiche tradizionali nocive alla salute delle donne*, Padova Unipress.
- Tamir, Y., 1996, *Hands off Clitoridectomy*, Boston Review, vol.21, n. 4.
- World Health Organization, *Statement of the WHO director general to the World Health Organizations global commission on women’s health*, 12 April 1994, London.
- World Health Organization, *Eliminating Female genital mutilation – An interagency statement (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO)*, 2008.