



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

Linee Guida per Operatori scolastici 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	3.0	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	6
1.1. Definizione del fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili.....	6
1.2. La cultura alla base delle MGF.....	9
1.3. Le MGF in Italia.....	13
1.4. Le conseguenze sulla salute delle bambine e delle donne	14
1.5. La legislazione sulle MGF	17
1.5.1. La Legislazione italiana.....	17
1.5.2. Espulsione e rischio MGF	19
1.5.3. Risarcimento del danno biologico	19
1.5.4. Potestà dei genitori	19
1.5.5. La legislazione nei Paesi europei	19
1.5.6. La legislazione nei Paesi a tradizione MGF.....	21
2. La rete dei Servizi locali di intervento in caso o rischio di MGF sulle bambine	23
2.1. I servizi sanitari.....	23
2.2. I servizi sociali	23
2.3. La mediazione linguistico-culturale	24
2.4. La Magistratura e le Forze dell'ordine	24
3. Il mondo della scuola e le MGF	26
3.1. Scuola, immigrazione e MGF: il quadro di riferimento.....	26
3.2. Il ruolo della Dirigenza scolastica	27
3.3. Il ruolo degli insegnanti.....	32
3.4. Il dialogo con la bambina/ragazza	35
3.5. Il dialogo con i genitori e la famiglia	37
4. L'istruzione per gli adulti immigrati e le MGF	41
4.1. I Centri Territoriali Permanenti per l'istruzione e la formazione in età adulta	41
4.2. L'intervento di contrasto alle MGF nei Centri per l'istruzione per gli adulti	42
5. Quadro sinottico di riepilogo delle Linee Guida.....	46
Bibliografia.....	55

INTRODUZIONE

Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) sono una tradizione appartenente a diverse popolazioni dell'Africa e ad alcune realtà dell'Asia, che consistono nell'intervenire (in vari modi) sugli organi genitali di bambine e ragazze (solitamente, non oltre il periodo dell'adolescenza) per finalità non terapeutiche, ma per motivazioni sociologiche e culturali diverse per ciascuna etnia. Alcuni di questi interventi (per la loro invasività e per i mezzi rudimentali utilizzati) mettono a rischio la vita delle bambine; tutti sono, comunque, dolorosi e possono causare problemi fisiologici e psicologici per l'intera vita delle donne.

Con l'intensificarsi dei flussi migratori, in Italia si riscontra la presenza di usi e costumi prima sconosciuti, introdotti e proseguiti dalle comunità immigrate come elemento di forte connotazione e identificazione culturale. Anche le MGF rientrano in questo fenomeno, e, come alcuni recenti episodi di cronaca fanno pensare, continuano ad essere praticate clandestinamente anche su bambine immigrate, appartenenti ad etnia a tradizione MGF, che vivono nel nostro Paese.

In Italia, in Europa e in gran parte degli Stati africani le MGF sono vietate e punite come reato. La forte connotazione antropologica delle MGF, radicate in tradizioni secolari, rappresenta, però, un duro ostacolo da superare, e l'intervento legislativo non è sufficiente per contrastare il fenomeno, né nel Paese di origine, né nel contesto migratorio. Occorre promuovere, a tal fine, l'informazione e la sensibilizzazione tra le comunità a tradizione MGF, sulla violazione dei diritti umani delle donne e delle bambine che costituiscono tali pratiche e sulle loro possibili conseguenze dannose.

In Italia, la Scuola è un importante contesto di integrazione sociale sia per le bambine immigrate che per le loro famiglie. Proprio questo ruolo può essere un'utile leva per la sensibilizzazione dei genitori e delle comunità immigrate, principali custodi dei valori della tradizione. Anche il mondo dell'istruzione per adulti, molto frequentato dalle persone immigrate, può essere un canale per raggiungere donne e uomini di etnia a tradizione MGF.

Oltre all'azione informativa e preventiva, il mondo della scuola, e in particolare gli insegnanti, possono svolgere una funzione altrettanto importante per l'intercettazione di alunne sottoposte a MGF o a rischio.

Per assolvere questo compito, la Scuola deve avere a disposizione adeguati strumenti di intervento. Le *Linee Guida per operatori scolastici per la prevenzione e il contrasto delle mutilazioni genitali femminili* sono uno strumento di lavoro per affrontare eventuali casi di MGF, in collaborazione con i servizi locali (sanitari, sociali, socio-sanitari, scolastici, etc.), pubblici e privati; forniscono, in particolare, conoscenze, competenze e direttrici di intervento che la Direzione scolastica e gli insegnanti 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, 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 gli operatori dei servizi devono acquisire.

Il Capitolo 2 descrive il contesto dei servizi pubblici territoriali competenti ad intervenire in caso di MGF, con i quali il mondo della scuola deve essere in grado di dialogare e interagire.

Il Capitolo 3 è dedicato alla descrizione dei modelli organizzativi e delle procedure di intervento che la Dirigenza scolastica e gli insegnanti possono adottare in materia di MGF.

Il Capitolo 4 è specificamente diretto a delineare strumenti e metodologie di azione nel campo delle MGF, nel contesto dei centri di istruzione per gli adulti immigrati.

Tutte le principali modalità di intervento sono espresse in **28 Linee Guida**, visualizzate nel testo con tabelle riepilogative, che presentano **procedure, direttive e consigli di lavoro**.

Tutte le Linee Guida sono raccolte nel Capitolo 5. Il *Quadro sinottico di riepilogo* rappresenta un agile strumento a disposizione degli operatori scolastici: 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 Restrignimento 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.

accregono 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:

- o **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.
- o **Mestruazioni irregolari e dolorose (dismenorrea).**
- o **Infezioni continue, croniche e recidivanti della vagina e degli organi interni della riproduzione.**
- o **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.
- o **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.
- o **Cicatrici voluminose sulla vulva (cheloidi):** queste rare formazioni restringono l'orifizio vaginale, causando l'impossibilità di avere rapporti sessuali.
- o **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).
- o **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 pensale. Nei vari Stati, il fenomeno delle MGF è stato però differentemente 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 pratici 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. LA RETE DEI SERVIZI LOCALI DI INTERVENTO IN CASO O RISCHIO DI MGF SULLE BAMBINE

2.1. I servizi sanitari

Il mondo sanitario costituisce il contesto in cui la fenomenologia delle MGF si manifesta più di frequente. 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" della mutilazione da parte degli operatori in occasione di altre prestazioni (visita pediatrica, controllo ginecologico, colloquio con il personale del consultorio e con i servizi sociali professionali, etc.).

Il sistema sanitario locale costituisce, quindi, un supporto fondamentale per tutte le istituzioni del territorio potenzialmente coinvolte in materia di MGF. E' necessario che tra Scuola e Sanità si instaurino canali di dialogo e collaborazione, per assicurare la reciproca informazione sugli specifici casi di MGF e creare adeguati strumenti di pronto intervento e di prevenzione.

Le professionalità sanitarie con cui le Istituzioni scolastiche interagiscono nel caso di MGF sono il pediatra, il ginecologo, il medico di base, l'assistente sanitario.

Negli interventi in caso di MGF, i **consultori familiari** possono svolgere un ruolo importante, offrendo un'assistenza socio-sanitaria integrata, attraverso un'equipe 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. Per gli interventi psico-sociali realizzati nell'ambito dei consultori familiari, gli interlocutori sono l'assistente sociale, lo psicologo, il sociologo, l'avvocato.

2.2. I servizi sociali

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

Per quanto riguarda le minori immigrate e le problematiche connesse alle MGF, il Servizio sociale offre le seguenti prestazioni:

- Tutela del minore, ove esistano situazioni di pregiudizio sociale o educativo, con eventuale segnalazione alla Procura presso il Tribunale dei minori, qualora se ne ravvisi la necessità.
- Indagini sociali nel caso di minori a rischio e interventi di urgenza su minori in stato di abbandono o a rischio di violenza, anche in collaborazione con il Tribunale dei minori.
- 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.

2.3. La mediazione linguistico-culturale

I comportamenti umani hanno sempre, alla propria origine, un significato e svolgono una funzione sociale, anche quando 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 di tutti gli operatori per contrastare le 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'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 cominciare¹².

Un ruolo importante è svolto dalla mediazione linguistico-culturale: il **mediatore esperto di MGF** diventa il 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.

In materia di MGF, tutte le Istituzioni e i servizi del territorio devono essere coadiuvati dal lavoro di un mediatore culturale esperto. Il mediatore svolge una duplice funzione:

- *Collaborazione e sostegno nei confronti di strutture e servizi* (scolastici, sanitari, sociali) di riferimento del territorio, sia attraverso la preparazione del personale coinvolto direttamente in casi di MGF (informativa sul fenomeno, indicazioni per gestire il colloquio e interagire con l'utente, etc.) che con l'assistenza diretta nei casi specifici (organizzazione degli incontri, dialogo preliminare con l'utente, interpretariato, etc.).
- *Consulenza alle diverse componenti del contesto migratorio* (persone, famiglie, comunità, associazioni), e *intervento diretto con ciascuna componente nei casi specifici*.

2.4. La Magistratura e le Forze dell'ordine

Con la Legge n. 7/2006, è stato introdotto nel codice penale italiano l'articolo 583-bis, che sanziona il reato di "*pratiche di mutilazione genitale femminile*".

In riferimento al contesto scolastico, va anzitutto sottolineato come gli operatori che rivestono un ruolo di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio (Dirigente scolastico e insegnanti) siano tenuti a segnalare alla Procura o all'Autorità di Pubblica sicurezza (Questura, Carabinieri, etc.) i casi di sospetto intervento MGF su un'allieva.

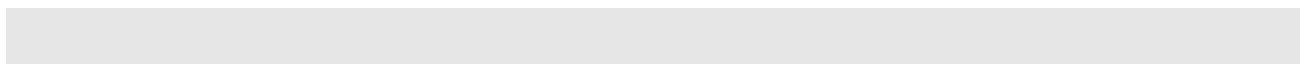
Questo significa che, in caso ci sia il sospetto che una bambina che frequenta l'istituto scolastico sia stata appena sottoposta a MGF, in Italia o all'estero, i responsabili scolastici

¹²Tratto da World Health Organization, *Statement of the WHO director general to the World Health Organizations global commission on women's health*, 12 april. 1994, London.

hanno l'obbligo di segnalare il fatto alle Forze dell'ordine (Questura o stazioni locali dei Carabinieri) o direttamente alla Procura della Repubblica, che potranno procedere agli accertamenti del caso. In queste circostanze, tuttavia, è opportuno attivare contemporaneamente la rete dei servizi locali e coinvolgere anche un mediatore e i servizi socio-sanitari, 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 non si percepisce 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.

Ma la Magistratura e le Forze dell'ordine possono svolgere anche una funzione importante in chiave di sensibilizzazione e di informazione delle famiglie e delle comunità immigrate sulla dannosità e sulle conseguenze legali connesse alle MGF.

In tale ottica, può essere utile coinvolgere rappresentanti della Procura della Repubblica o della Polizia giudiziaria in occasione degli incontri con i genitori e famiglie immigrate di bambine a rischio di MGF, in modo da spiegare chiaramente quali sono le pratiche vietate dalla legge e quali le conseguenze. È necessario, però, fare molta attenzione al fatto che questo tipo di intervento non sia percepito come autoritario e intimidatorio dagli immigrati: esso deve essere adeguatamente inserito nella strategia di dialogo e comunicazione, integrato con i contributi dei servizi sociali e sanitari e del mediatore culturale.



3. IL MONDO DELLA SCUOLA E LE MGF

3.1. Scuola, immigrazione e MGF: il quadro di riferimento

Numeri e dati diffusi dal MIUR¹³ nel *Rapporto 2008 sulla presenza di stranieri nella scuola italiana*, costituiscono la migliore evidenza di come la Scuola rappresenti, nel contesto della lotta alle MGF, un fondamentale campo di azione.

Nell'anno scolastico 2007/08, gli **alunni con cittadinanza non italiana** (immigrati regolari o irregolari)¹⁴ presenti nel sistema scolastico nazionale rappresentano il 6,4% del totale degli studenti, corrispondente a **574.133 unità**.

Rispetto al totale degli alunni stranieri in Italia (non considerando, quindi, il Paese di provenienza, né il sesso degli studenti), risulta che il 7,7% frequenta la scuola primaria, il 7,3% la secondaria di 1° grado, il 6,7% le scuole dell'infanzia e solo il 4,3% le scuole superiori. Tra questi ultimi, la maggior parte è concentrata negli istituti professionali, dove rappresentano l'8,7% del totale degli iscritti, mentre negli istituti tecnici raggiungono il 4,8% e nei licei sono appena l'1'4%.

Interessanti anche i dati sugli immigrati di *seconda generazione*, quelli cioè che non sono immigrati personalmente ma i cui genitori si sono trasferiti nel nostro Paese. I figli di immigrati nati in Italia costituiscono il 35% degli alunni stranieri, corrispondenti, per ora, al 2,2% di tutti gli studenti. Naturalmente la loro maggiore concentrazione si rileva tra i bambini della scuola dell'infanzia e della scuola primaria, dove rappresentano rispettivamente il 71,2% e il 41,1% degli stranieri iscritti. La percentuale dei nati in Italia scende al 17,8% nella secondaria di 1° grado e al 6,8% nella superiore.

La tabella illustra i dati sulla presenza nel sistema scolastico italiano di alunni stranieri (non è disponibile il dato disaggregato per sesso) provenienti da Paesi ad alta prevalenza di MGF, nell'Anno Scolastico 2007-2008:

Stato di cittadinanza	Valore assoluto	% sul totale alunni immigrati
Egitto	8.220	1,43
Ghana	7.729	1,35
Nigeria	6.007	1,05
Senegal	5.020	0,87
Costa d'Avorio	3.266	0,57
Burkina Faso (Alto Volta)	1.720	0,30
Etiopia	1.000	0,17
Eritrea	839	0,15
Somalia	547	0,10

¹³ *Gli alunni stranieri nel sistema scolastico italiano, 2007/08*, MIUR, 22 luglio 2008.

¹⁴ L'articolo 45 del Decreto n. 394/99, infatti, apre le porte della scuola a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, i quali "hanno diritto all'istruzione indipendentemente dalla regolarità della posizione in ordine al loro soggiorno, nelle forme e nei modi previsti per i cittadini italiani. Essi sono soggetti all'obbligo scolastico secondo le disposizioni vigenti".

Togo	444	0,08
Guinea	379	0,07
Benin (Dahomey)	331	0,06
Kenia	228	0,04
Niger	208	0,04
Mauritania	200	0,03
Sudan	166	0,03
Sierra Leone	127	0,02
Guinea-Bissau	117	0,02
Mali	120	0,02
Gambia	102	0,02
Repubblica Unita di Tanzania	89	0,02
Liberia	56	0,01
Uganda	44	0,01

Bambine e ragazze straniere tra i 5 e i 18 anni (e anche le bimbe con età inferiore, se consideriamo le istituzioni pre-scolastiche) trascorrono nelle aule scolastiche molte ore della loro giornata. Gli operatori scolastici, e in particolare *dirigenti e insegnanti*, possono svolgere un ruolo importante per contrastare le MGF: il contatto quotidiano con le alunne è un punto di osservazione privilegiato per individuare i possibili segnali connessi alle pratiche di MGF.

Elemento chiave per svolgere questa funzione è la conoscenza del fenomeno delle MGF.

LINEA GUIDA 1

Il mondo della scuola deve essere consapevole che le MGF possono riguardare anche bambine e ragazze immigrate che frequentano le aule degli Istituti italiani. A tal fine, è auspicabile prevedere nel nostro sistema scolastico, di ogni ordine e grado (pubblico e privato), un'informativa generale sul fenomeno delle MGF (tipologia di interventi, etnie a rischio, principali conseguenze sulla salute e la psicologia delle bambine/ragazze). Questa informativa dovrebbe essere diffusa a tutti gli operatori delle Scuole, tramite circolare o altro idoneo strumento.

3.2. Il ruolo della Dirigenza scolastica

Sapere se nell'Istituto scolastico ci sono bambine/ragazze che potrebbero avere MGF o che potrebbero essere in futuro sottoposte ad un intervento è il primo passo per attivare la rete di intervento dei servizi locali, per impedire che il rischio si concretizzi o per rimediare alle possibili conseguenze di interventi già effettuati.

LINEA GUIDA 2

È opportuno che le Direzioni scolastiche realizzino un costante monitoraggio dei propri iscritti, al fine di individuare la presenza di alunne immigrate (con cittadinanza italiana e non) appartenenti ad etnie a tradizione MGF. E' auspicabile, quindi, che presso tutte le scuole siano disponibili le tabelle con i tassi di prevalenza per Paese delle MGF, insieme ad ogni altra informazione utile.

Se lo screening degli iscritti rivela la presenza di alunne appartenenti ad etnia a tradizione MGF, la Dirigenza procede ad informare al più presto il Consiglio della classe frequentata dalla bambina/ragazza (o il docente unico, nelle classi di scuola primaria), e ad avviare un'azione di preparazione degli insegnanti per supportare, se necessario, l'allieva. In particolare, l'insegnante dovrebbe essere in grado di riconoscere i possibili segnali di pericolo o di esistenza di MGF, e di affrontare adeguatamente un dialogo su questi temi con la bambina/ragazza.

È necessario, comunque, fare attenzione al rispetto del diritto alla privacy della bambina/ragazza e della sua famiglia (si ricorda che l'origine etnica e le informazioni sulla salute delle persone rientrano tra le informazioni sensibili, e come tali tutelate dalla legge¹⁵), specie nei confronti degli altri studenti e dei loro genitori. È importante, quindi, che l'informativa sia circoscritta ai soli operatori scolastici a stretto contatto con la bambina/ragazza.

Il Decreto ministeriale 7 dicembre 2006 n. 305 (*Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari trattati e delle relative operazioni effettuate dal Ministero della pubblica istruzione, in attuazione degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali"*) prevede che i dati sensibili (individuati dallo stesso regolamento) siano *"trattati previa verifica della loro pertinenza, completezza e indispensabilità rispetto alle finalità perseguite nei singoli casi, specie quando la raccolta non avvenga presso l'interessato"*. Il Decreto, in riferimento alle attività propedeutiche all'avvio dell'anno scolastico, stabilisce che i dati sensibili (forniti dagli alunni e dalle famiglie ai fini della frequenza dei corsi di studio nelle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado, ivi compresi convitti, educandati e scuole speciali) relativi alle origini razziali ed etniche, possono essere trattati *"per favorire l'integrazione degli alunni con cittadinanza non italiana"*.

Circa le operazioni aventi ad oggetto tali dati sensibili, è possibile la comunicazione ai seguenti soggetti per le seguenti finalità:

- agli Enti Locali per la fornitura dei servizi ai sensi del D. Lgs. 31 marzo 1998, n. 112¹⁶, limitatamente ai dati indispensabili all'erogazione del servizio;

¹⁵ Cfr. Testo Unico sulla privacy, D. lgs. n. 196/2003, art. 4.

¹⁶ D.Lgs. n. 112/1998, Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del Capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59 (G.U. della Repubblica italiana - n. 92 del 21/04/1998).

- o ai gestori pubblici e privati dei servizi di assistenza agli alunni e di supporto all'attività scolastica, ai sensi delle leggi regionali sul diritto allo studio, limitatamente ai dati indispensabili all'erogazione del servizio;
- o alle AUSL e agli Enti Locali per il funzionamento dei Gruppi di Lavoro Handicap di istituto e per la predisposizione e verifica del Piano Educativo Individualizzato, ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Altre operazioni possibili sui detti dati sono: registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, blocco, cancellazione e distruzione.

LINEA GUIDA 3

La Dirigenza scolastica provvede a convocare senza indugio il Consiglio di classe per informare gli insegnanti che una loro allieva appartiene ad etnia a tradizione MGF, e attivarne la collaborazione per l'osservazione della situazione in classe, in relazione ai possibili indicatori di MGF o di rischio. Nel caso di scuola primaria, il Dirigente scolastico convoca e informa il docente unico della classe frequentata dall'allieva di etnia a tradizione MGF.

È opportuno che la Dirigenza realizzi azioni specifiche per la preparazione degli insegnanti (e, se opportuno, degli altri operatori), che devono essere supportati con conoscenze, competenze e strumenti operativi adeguati ad affrontare le problematiche connesse alle MGF.

La Dirigenza scolastica deve comunque garantire il diritto alla privacy e alla tutela di dati sensibili della bambina/ragazza e della sua famiglia. A tal fine, alle riunioni del Consiglio di classe in cui si tratta la problematica delle MGF non partecipano i rappresentanti dei genitori e, se previsto, degli studenti.

Per un più efficace coordinamento dell'intervento, il Coordinatore della classe (in genere, l'insegnante con più ore di didattica) o il docente unico, nella scuola primaria, può essere individuato come *referente MGF*.

LINEA GUIDA 4

Il Coordinatore della Classe (o altro insegnante incaricato) può svolgere la funzione di *referente MGF* nell'ambito del Consiglio di classe. Questa funzione può essere anche svolta dal Responsabile della Commissione Salute dell'Istituto scolastico, se presente. Nella scuola primaria, la funzione di *referente MGF* può essere svolta dal docente unico della classe della bambina.

In ogni caso, il *referente MGF* dovrebbe essere un soggetto con una preparazione specifica, anche di base, in materia di MGF. A tal fine, può essere utile frequentare,

se disponibili, corsi di aggiornamento *ad hoc* e avere accesso a materiale formativo qualificato (es. manuale per la formazione degli operatori scolastici).

La Direzione scolastica può informarsi sulla disponibilità di corsi e strumenti formativi, rivolgendosi agli enti pubblici locali che si occupano di immigrazione (es. assessorato alle politiche sociali, sportelli immigrazione, etc.) e di salute (in particolare, consultori familiari e reparti di ginecologia e pediatria degli ospedali), e alle associazioni di immigrati presenti sul territorio.

Il *referente MGF* raccoglie le informazioni e le indicazioni degli insegnanti in riferimento a possibili MGF sulla bambina/ragazza, relaziona in caso di novità il Consiglio di classe, collabora con la Dirigenza scolastica per predisporre e attuare strategie di intervento, funge da punto di raccordo tra Scuola, mediatore culturale e servizi locali, se coinvolti.

Un supporto indispensabile per la Scuola è il **mediatore culturale esperto di MGF**: oltre a svolgere attività di interpretariato, il mediatore rappresenta un utile collaboratore per elaborare una strategia preventiva, per intervenire direttamente con bambine/ragazze con MGF, e per coinvolgere la rete dei servizi locali competenti.

LINEA GUIDA 5

Se la Scuola è frequentata da bambine/ragazze immigrate di etnie a tradizione MGF, è opportuno che il Dirigente scolastico contatti un mediatore esperto MGF.

Il mediatore può contribuire a fornire al personale scolastico le conoscenze e le competenze per osservare segnali di eventuali casi o rischi di MGF. La Scuola e il mediatore possono collaborare per avviare un programma di azione diretto con la famiglia della studentessa, organizzando anche incontri informativi, per valutare l'effettivo rischio di MGF e per prevenire futuri interventi.

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.

L'intervento istituzionale dei servizi sanitari e sociali è modulato sulle specificità del caso concreto. I servizi sanitari (pediatra, ginecologo, etc.) e socio-sanitari (consultori familiari) intervengono in maniera diretta e prioritaria nel caso una bambina sia effettivamente portatrice di una MGF; in questi casi, i servizi sociali possono svolgere un'importante funzione di supporto, specie nei rapporti con la famiglia, nel caso questa presenti condizioni di vita problematiche. In un intervento di tipo preventivo, invece, il lavoro in tempi brevi sulla famiglia è lo strumento principale per proteggere la bambina/ragazza. In questo caso, attori principali saranno il servizio sociale e i Consultori familiari.

LINEA GUIDA 6

La Dirigenza scolastica deve conoscere quali sono i servizi di riferimento sul territorio per intervenire in caso ci sia il sospetto che un'allieva sia stata sottoposta ad intervento MGF o ci sia il rischio di un intervento futuro.

Il mediatore culturale può supportare il responsabile scolastico nell'individuazione dei servizi locali da coinvolgere nell'intervento.

La Scuola si avvale anche del personale e dei servizi delle ASL per garantire l'assistenza sanitaria agli alunni. Proprio in occasione delle visite mediche periodiche che si effettuano negli Istituti, è possibile rilevare possibili segnali di intervento o di rischio MGF.

LINEA GUIDA 7

La Direzione scolastica informa il personale sanitario che collabora periodicamente con la Scuola della presenza di una o più allieve appartenenti ad etnia a tradizione MGF. Supporta il personale sanitario nell'acquisire conoscenze in materia, e, se necessario, lo affianca durante la visita alla bambina/ragazza con un mediatore culturale esperto di MGF.

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.

LINEA GUIDA 8

Il Dirigente scolastico e gli insegnanti, in qualità di pubblici ufficiali, sono tenuti a segnalare alle Autorità giudiziaria e di Polizia le circostanze e le notizie relative a possibili casi di MGF sulle allieve della propria Scuola. In questi casi, tuttavia, è opportuno coinvolgere anche un mediatore e i servizi socio-sanitari del territorio. 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.

3.3. Il ruolo degli insegnanti

Gli 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.

Proprio questa condizione li rende attori importanti nell'intercettamento dei casi di MGF tra le proprie alunne e/o degli eventuali rischi che queste possono correre.

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 è un segnale di allerta, per l'osservazione di 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, ma va combinato con altri **indicatori di comportamento**.

In un'ottica di prevenzione, i comportamenti "spia" di un rischio MGF sono:

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

In caso di sospetto del rischio MGF, l'intervento deve essere diretto ad evitare che le MGF siano effettuate, e deve avvenire nel più breve tempo possibile. In questa fase, è importante il confronto tra gli insegnanti che sono a contatto con l'allieva, al fine di verificare se quanto registrato da uno (o più) di essi sia effettivamente un campanello di allarme.

Il confronto informale tra gli insegnanti (scambio di idee e informazioni) è utile per concentrare l'attenzione su specifici indicatori, ma è altrettanto importante attivare quanto prima gli organismi scolastici competenti (dirigenza, consiglio di classe, da cui sono esclusi i genitori e rappresentanti degli alunni) per valutare l'opportunità di mettere in moto la rete locale di intervento, coinvolgendo un mediatore culturale e i servizi del territorio.

LINEA GUIDA 9

È opportuno che l'insegnante abbia le conoscenze e le competenze per individuare i segnali del rischio che una propria alunna possa essere sottoposta a MGF.

Nel caso di sospetto di un possibile rischio di intervento MGF su una bambina/ragazza della scuola, l'insegnante si rivolge senza indugio alla Direzione scolastica, che convoca quanto prima (fatta eccezione per le classi di scuola elementare con docente unico) il Consiglio di classe ristretto (**senza la presenza dei rappresentanti di genitori e alunni**) e verifica se analoghi segnali indicatori di pericolo di MGF siano stati rilevati anche dagli altri insegnanti. È opportuno che la Dirigenza scolastica contatti un mediatore culturale esperto di MGF. Se ritenuto necessario, la Dirigenza scolastica richiede il coinvolgimento dei servizi socio-sanitari del territorio.

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 elementare, il *referente MGF* può coincidere con il docente unico della classe.

Nell'ottica di prevenzione, il mediatore e la Scuola promuovono un programma di azione con la famiglia. In questa fase, la collaborazione con il servizio sociale comunale e i consultori familiari può essere di grande utilità, anche per affrontare altre problematiche connesse all'integrazione sociale o a particolari fabbisogni (sociali, economici, sanitari, etc.) della famiglia.

La Scuola può convocare i genitori e, in collaborazione con il mediatore, illustrare le conseguenze dannose delle MGF per la salute della figlia e, se ritenuto opportuno, le misure legali previste in Italia per i familiari che richiedono l'intervento.

LINEA GUIDA 10

L'incontro 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 evidenze legate a sospetti interventi MGF.

È opportuno che all'incontro sia presente anche l'insegnante (o gli insegnanti) dell'allieva: è la persona che conosce i genitori e a cui viene riconosciuta (più o meno direttamente) una funzione importante nella vita della bambina/ragazza. In una materia particolarmente delicata come le MGF, creare un canale di fiducia tra i diversi interlocutori è tanto importante quanto difficile.

L'incontro non deve assolutamente essere impostato come un atto di accusa alla

famiglia, che potrebbe generare una chiusura al dialogo e pregiudicare l'efficacia dell'intervento.

In un'ottica di *intervento ex post*, i principali segnali connessi al comportamento della bambina/ragazza, per rivelare l'esistenza di MGF, sono:

- 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, l'intervento deve essere 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 11

È opportuno che l'insegnante sappia riconoscere i comportamenti sintomatici della presenza di MGF su una propria alunna.

La presenza di MGF richiede un intervento mirato per curare eventuali danni già verificatisi ed evitare ulteriori conseguenze sulla salute e sulla psiche della bambina/ragazza.

Nel caso si sospetti che una bambina/ragazza sia stata sottoposta a MGF, l'insegnante si rivolge quanto prima alla Direzione scolastica, che convoca (fatta eccezione per le classi di scuola elementare con docente unico) il Consiglio di classe ristretto (**senza la presenza dei rappresentanti di genitori e alunni**) e verifica se analoghi segnali indicatori di pericolo di MGF siano stati rilevati anche dagli 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.

Il Consiglio di classe può individuare tra i suoi membri un *referente MGF*, 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 elementare, il *referente MGF* può coincidere con il docente unico della classe.

Il ruolo dei servizi sanitari (pediatri, ginecologi) e socio-sanitari (i consultori familiari) è quello della immediata presa in carico della bambina/ragazza, per affrontare gli eventuali danni fisici e le conseguenze psicologiche che l'intervento MGF può comportare a breve, medio e lungo termine. La collaborazione dei genitori in questa fase sarebbe senza dubbio un importante contributo per rendere più semplice e meno traumatica la situazione per la bambina/ragazza, che, comunque, non deve mai essere trattata con pietà, da mutilata o, peggio, come vittima della barbarie familiare.

LINEA GUIDA 12

Nel caso di sospetto di MGF su una bambina/ragazza della Scuola, è importante:

- contattare un mediatore culturale esperto di MGF;
- coinvolgere al più presto i servizi sanitari e socio-sanitari del territorio, per diagnosticare (e intervenire, se necessario) danni e conseguenze dell'intervento subito, e organizzare uno o più incontri per sensibilizzare e informare i genitori, al fine di garantire alla bambina/ragazza l'appoggio della famiglia in una fase delicata della sua vita ed evitare che altri casi di MGF si verifichino nello stesso contesto (su altre figlie o parenti prossime).

3.4. *Il dialogo con la bambina/ragazza*

Il colloquio con la bambina/ragazza è un aspetto assai delicato, sia in chiave di prevenzione di una MGF che di cura delle eventuali conseguenze per un intervento subito. L'età della bambina/ragazza, la sua sensibilità, il basso livello di consapevolezza rispetto alla tradizione 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.

LINEA GUIDA 13

Il personale scolastico, e in particolare gli insegnanti, devono essere attenti alle necessità emotive e psicologiche della bambina/ragazza, che può o potrebbe in futuro risentire delle conseguenze negative della MGF, come estraniamento, depressione, etc. 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.

Anche in questo caso, l'assistenza all'insegnante e al personale scolastico di un mediatore esperto in MGF riveste un ruolo cruciale, sia dal punto di vista linguistico che culturale. Sarebbe opportuna anche l'assistenza di uno psicologo infantile preparato in MGF.

LINEA GUIDA 14

Il mediatore esperto di MGF collabora 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.

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 scolastici 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 15

Nella gestione del colloquio con la bambina/ragazza, gli insegnanti 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.

3.5. *Il dialogo con i genitori e la famiglia*

Un'efficace strategia di contrasto delle MGF su donne e bambine immigrate richiede un intervento diretto e mirato sulla famiglia. È questa, 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).

L'intervento familiare mira a coinvolgere direttamente gli **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.

Anche il mondo della Scuola può contribuire ad aprire canali di dialogo con questi nuclei familiari: tra i servizi del territorio, l'istituzione scolastica è probabilmente quella che è più direttamente percepita come importante strumento di integrazione sociale ed è un servizio diretto alla crescita e al benessere dei figli. Facendo leva su questi fattori, la Scuola può effettivamente rappresentare il terreno privilegiato per sensibilizzare e informare i genitori sui pericoli derivanti dalle MGF.

Il supporto del mediatore culturale svolge anche in questo caso un ruolo importante.

LINEA GUIDA 16

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.

Nel caso l'Istituto scolastico non abbia una specifica esperienza in tema di MGF, è opportuno prevedere uno o più incontri preparatori tra un mediatore esperto e gli operatori scolastici (in particolare, Dirigente scolastico e insegnanti) per affrontare il colloquio con i genitori dell'alunna a rischio MGF. Il mediatore parteciperà attivamente anche al colloquio con i genitori.

LINEA GUIDA 17

Il mediatore, prima dell'appuntamento con i genitori di una bambina/ragazza immigrata appartenente ad etnia a tradizione MGF, illustra agli operatori scolastici che non ne siano a conoscenza le caratteristiche culturali, tradizionali e fisiologiche delle MGF.

Il mediatore fornisce agli operatori consigli e strumenti utili per gestire il dialogo con i genitori, anche per fare emergere altri eventuali casi di MGF in famiglia.

L'intervento nell'ambito familiare deve tener conto del fatto che i genitori potrebbero non essere a proprio agio nel parlare pubblicamente di MGF. Questo perché parlare di ciò che a che fare con la sessualità è tabù per molte comunità immigrate, per le donne ma soprattutto per gli uomini.

Non solo. Ma 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.

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.

Sul punto potrebbe essere utile informare che il silenzio su una MGF già effettuata può aggravare le conseguenze negative sulla salute della donna (sino all'estremo della morte), con possibile aggravio del trattamento sanzionatorio penale. Viceversa, una collaborazione potrà essere positivamente valutata dal Giudice in sede di commisurazione della pena.

Sarebbe anche importante conoscere casi in cui le famiglie hanno scelto di abbandonare la parte cruenta del rituale MGF per coinvolgerle e convincerle a rendere pubblica tale scelta.

LINEA GUIDA 18

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, e non come un intruso invadente in "questioni private".

Per promuovere un rapporto aperto sul tema MGF, l'operatore scolastico non deve far percepire di giudicare e condannare l'uomo/donna che difende la tradizione MGF; concetti come *mutilazioni*, *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 partecipazione della bambina/ragazza agli incontri con i genitori deve essere valutata caso per caso, anche in riferimento alla sua età e alla disponibilità della famiglia a trattare l'argomento di fronte ad una minore.

LINEA GUIDA 19

Almeno nell'approccio iniziale, è opportuno che al colloquio partecipino solo gli operatori istituzionali (Dirigente scolastico, insegnante, mediatore, assistente sociale, psicologo) e i genitori: le possibili situazioni di forte contrasto che potrebbero verificarsi sarebbero motivo di spavento e turbamento per la bambina/ragazza, nonché possibile causa di disagio e paura sia nei confronti della propria famiglia che del mondo della Scuola.

Nel contesto familiare, può anche verificarsi che la madre e il padre abbiano opinioni diverse riguardo alle MGF e al fatto che con la figlia si debba continuare a seguire la tradizione. Quando è la madre della bambina ad essere contraria alla pratica (magari perché essa stessa ne porta i segni e ha compreso la dannosità delle MGF), non è detto che tale sua convinzione salvaguardi la bambina/ragazza dal rito, in Italia o nel Paese di origine, in quanto è la componente maschile (e quella degli anziani e delle anziane) che tradizionalmente assume le decisioni nel nucleo familiare.

È bene considerare questa ipotesi, quando si prepara la strategia di avvicinamento alla famiglia, e saperne cogliere i segnali sin dal primo contatto (es. la madre rimane in silenzio, mentre è il padre a rispondere alle domande; la madre ha un atteggiamento spaventato e di evidente titubanza nell'affrontare l'argomento; i due genitori espongono il proprio punto di vista in maniera opposta).

In questi casi, è opportuno attuare un intervento mirato sugli uomini (mariti e fratelli), che diventano destinatari di specifiche azioni di assistenza e consulenza: essi generalmente si dimostrano collaborativi quando la realtà viene loro chiaramente spiegata.

L'intervento può anche avvenire fuori del contesto scolastico; in tal caso, il coinvolgimento del personale scolastico può non essere necessario, in quanto l'azione riguarderà principalmente il servizio sociale professionale e il mediatore culturale.

LINEA GUIDA 20

Se nel contatto con la famiglia si rileva che è la componente maschile e quella degli anziani e delle anziane ad essere portatrice della volontà di seguire la tradizione MGF sulla bambina/ragazza, il mediatore e il servizio sociale locale promuovono, anche in collaborazione con la Scuola (se opportuno), interventi diretti per 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.

4. L'ISTRUZIONE PER GLI ADULTI IMMIGRATI E LE MGF

Diverse realtà a livello locale offrono possibilità di studio e formazione professionale agli adulti immigrati che si trovano in Italia (Centri territoriali permanenti per l'istruzione e la formazione in età adulta, scuole serali, etc.). Questi contesti, frequentati anche da immigrati di etnia tradizione che praticano MGF, possono rappresentare un'importante opportunità per promuovere l'informazione, l'educazione, la prevenzione e quindi l'abbandono di questa tradizione.

4.1. *I Centri Territoriali Permanenti per l'istruzione e la formazione 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.
- 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.
- Adulti, italiani e non, che intendono migliorare la propria competenza in informatica, nelle lingue straniere, etc.

La qualità, la varietà e la gratuità dei corsi proposti portano molte persone immigrate a frequentare le lezioni, interessate soprattutto ad acquisire la conoscenza della lingua italiana, ma anche a conseguire titoli di studio (particolarmente richiesto il titolo di scuola media) e qualifiche utilizzabili per un miglior inserimento lavorativo e sociale.

LINEA GUIDA 21

La presenza di una numerosa componente immigrata, appartenente anche a comunità a tradizione MGF, rende il contesto 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.

4.2. *L'intervento di contrasto alle MGF nei Centri per l'istruzione per gli adulti*

La frequentazione dei corsi di lingua e di formazione professionale per adulti da parte degli immigrati è per lo più dettata da forti e pressanti esigenze di acquisire conoscenze, competenze e capacità che favoriscano l'integrazione nella società ospitante.

Partendo da questo punto di vista, la trattazione dell'argomento MGF all'interno dei corsi potrebbe essere intesa come una digressione rispetto alle contingenze e alle urgenze della vita quotidiana, oltreché essere, per gli appartenenti a comunità a tradizione MGF, un argomento tabù, soprattutto se da affrontare in pubblico.

Un'altra difficoltà è dovuta al fatto che le classi dei corsi, specie quelli di alfabetizzazione della lingua italiana, sono spesso multietniche, e possono essere composte contemporaneamente da immigrati dall'Africa, dagli Stati dell'Est Europa, dal Sud America, dall'Asia. Parlare di un problema MGF in questi contesti risulta probabilmente inopportuno e di dubbia utilità: potrebbero, infatti, verificarsi situazioni di imbarazzo tra i presenti, di stigmatizzazione, condanna e criminalizzazione di questa tradizione, di palese disgusto, che chiuderebbero ogni possibilità di dialogo sul tema da parte di quegli immigrati (soprattutto africani) interessati dal fenomeno.

LINEA GUIDA 22

La Direzione scolastica dei CTP (e degli altri centri che propongono corsi per l'istruzione degli adulti) monitora la presenza tra gli iscritti ai propri corsi di immigrati di etnia a tradizione MGF. E' auspicabile, quindi, che presso questi Centri siano disponibili le tabelle con i tassi di prevalenza per Paese delle MGF, insieme ad ogni altra informazione utile.

Registrata la presenza in un corso di immigrati appartenenti ad etnia a tradizione MGF, è necessario tarare l'intervento di informazione e sensibilizzazione a seconda dell'effettiva composizione della classe, tenendo conto del fatto che il gruppo degli studenti sia costituito tutto (o quantomeno in grande maggioranza) da immigrati africani (sia di tradizione MGF che non) oppure sia formato da immigrati provenienti da Paesi di continenti diversi (europei, asiatici, africani, sudamericani).

Con gli adeguati strumenti ed accorgimenti, e con un'attenta e differenziata azione informativa, è comunque possibile fare arrivare messaggi a tutte le persone immigrate di etnia a tradizione MGF.

Nel caso di classi composte da immigrati africani, alcuni dei quali provenienti da Paesi dove si praticano le MGF, è possibile cercare di aprire una discussione su questo tema in occasione di una delle lezioni del corso, che spesso ha una durata di diversi mesi. È importante che l'insegnante abbia conoscenze e strumenti adeguati per introdurre e trattare l'argomento, e gestire la discussione in maniera costruttiva, finalizzandola

all'informazione e alla sensibilizzazione di donne e uomini. L'argomento MGF potrebbe essere inserito tra gli argomenti di cultura generale, nell'ambito dei quali spesso rientra la trattazione delle problematiche e degli eventuali conflitti che possono crearsi nelle società multietniche.

LINEA GUIDA 23

Sarebbe opportuno che i Centri di istruzione per adulti avessero a disposizione un modulo formativo standard di *"Educazione ai diritti e alla salute delle donne e delle bambine immigrate"*, da inserire nel programma dei corsi frequentati da immigrati africani appartenenti a comunità a tradizione MGF.

La Direzione scolastica può richiedere alle locali istituzioni pubbliche che si occupano di immigrazione (es. Sportelli immigrati), alle associazioni di immigrati presenti sul territorio o agli Istituti che hanno già avuto esperienza nel settore, la disponibilità di un modello formativo *ad hoc* per affrontare in classe in tema delle MGF.

La Direzione scolastica del Centro di istruzione per adulti concorda con l'insegnante responsabile del corso frequentato da immigrati a tradizione MGF le modalità di inserimento di un modulo formativo sulle MGF.

La durata indicativa del modulo è di 4 ore, con una strutturazione didattica assolutamente flessibile: è compito dell'insegnante ripartire contenuti e ore di lezione nell'arco di una o più giornate.

I contenuti standard del modulo prevedono un'introduzione generale sul fenomeno MGF (tipologie, prevalenze per Paese), la rappresentazione dell'esistenza del fenomeno anche in Italia, l'illustrazione dei danni alla salute fisica e psicologica della donna e della bambina, e delle conseguenze penali per chi effettua e/o consente questi interventi.

L'utilizzo di un modulo formativo *ad hoc* per affrontare il tema delle MGF può essere particolarmente adatto e utile nel caso di classi composte (*in toto* o in assoluta prevalenza) da immigrati dall'Africa (di tradizione MGF e no): pur nell'assoluta varietà etnica e culturale del continente africano, anche le persone di quei popoli che non praticano MGF riescono meglio a rapportarsi ad un argomento cui riescono comunque a riconoscere (anche se non a condividere ed accettare) un valore culturale.

Anche decidere quando inserire il modulo formativo nell'ambito di un corso diventa un importante elemento per il successo dell'azione di sensibilizzazione. In questi contesti didattici, spesso l'insegnante diventa vero e proprio punto di riferimento per la persona immigrata, che si rivolge al docente anche per avere consigli e indicazioni sui diversi aspetti di inserimento nella nuova realtà sociale (questioni amministrative e burocratiche, informazioni in tema di alloggio, servizi pubblici, etc.). L'esperienza insegna che il

rapporto di fiducia e rispetto che può instaurarsi dopo alcuni mesi del corso, consente di trattare in classe anche argomenti propriamente appartenenti alla sfera di vita privata delle persone (es. violenze, sofferenze, problemi coniugali, etc.): le MGF, affrontate nel modo giusto, possono rientrare in questa casistica.

LINEA GUIDA 24

Per l'estrema delicatezza dell'argomento, è opportuno che l'insegnante inserisca il modulo *"Educazione ai diritti e alla salute delle donne e delle bambine immigrate"* nella seconda metà del corso, quando avrà conosciuto adeguatamente i componenti della classe e avrà instaurato un rapporto di fiducia con i frequentanti.

Per l'insegnante, iniziare a parlare di MGF nell'ambito di una lezione didattica e gestire una discussione di classe in merito non è semplice, anche perché, nella maggior parte dei casi, sarà anche la prima volta che lo stesso docente si confronta su questo argomento. L'introduzione del modulo formativo *"Educazione ai diritti e alla salute delle donne e delle bambine immigrate"* dovrebbe essere, quindi, accompagnata da una preliminare preparazione dell'insegnante, anche con il supporto di un mediatore culturale esperto di MGF.

LINEA GUIDA 25

Concordata l'opportunità di adottare il modulo formativo sulle MGF e decise le principali modalità organizzative, è opportuno che la Direzione scolastica si attivi per contattare un mediatore culturale esperto di MGF, rivolgendosi 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.

Il mediatore può assistere l'insegnante nella preliminare fase di informazione sulle MGF e delle principali modalità di gestione dell'argomento nei confronti di donne e uomini che vivono queste pratiche come importante elemento culturale.

Il mediatore può anche affiancare l'insegnante nel corso dello svolgimento del modulo formativo *"Educazione ai diritti e alla salute delle donne e delle bambine immigrate"*; l'opportunità della sua presenza va 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.

Accanto al mediatore culturale, un utile strumento per l'insegnante, sia per acquisire conoscenze sulle MGF che per strutturare operativamente il modulo, è il *manuale per il formatore*.

LINEA GUIDA 26

Un utile supporto all'impostazione del modulo formativo sulle MGF è il *manuale per il formatore*, contenente sia istruzioni al docente per lo svolgimento delle lezioni sull'educazione ai diritti e alla salute per le donne immigrate, sia un kit che raccoglie materiale didattico e informativo sulle MGF.

La Direzione scolastica e l'insegnante possono richiedere tale materiale, se disponibile, ai servizi locali per l'immigrazione e/o alle associazioni di immigrati attive sul territorio.

Nel caso di classi miste, vale a dire di corsi didattici frequentati da immigrati provenienti da continenti e realtà socio-culturali assai differenti, l'introduzione di un modulo *ad hoc* sulle MGF potrebbe risultare uno sforzo inutile per conseguire soddisfacenti risultati di sensibilizzazione sul fenomeno.

LINEA GUIDA 27

Nel caso di classi composte da donne e uomini immigrati provenienti da Paesi e culture assai differenti, comprese persone appartenenti ad etnia a tradizione MGF, è consigliabile realizzare un intervento di informazione e sensibilizzazione fuori dal contesto della classe, attraverso la distribuzione di materiale informativo e l'organizzazione di uno o più incontri tra insegnante e l'immigrato/i interessato/i, cui può partecipare anche un mediatore culturale.

In ogni caso, la persona immigrata, donna o uomo che sia, che sente affrontare un argomento "privato" come le MGF, anche in pubblico, da e dinanzi a persone che, almeno dal loro punto di vista, nulla hanno a che fare con questa importante tradizione, deve sempre percepire che lo si sta facendo non per giudicare e condannare, ma per capire e discutere aspetti e fenomeni sociali e culturali di realtà differenti.

LINEA GUIDA 28

Nel caso una donna immigrata si rivolga privatamente all'insegnante e riveli di essere stata sottoposta a MGF, al fine di essere aiutata personalmente o di trovare supporto per impedire intervento sulle proprie figlie, il docente dovrebbe essere in grado di indirizzare la donna verso i servizi socio-sanitari del territorio competenti ad aiutarla. È opportuno che l'insegnante, di concerto con il Dirigente scolastico, richieda l'assistenza di un mediatore culturale esperto di MGF, se disponibile, e lo metta in diretto contatto con la donna, e attivi la rete dei servizi locali.

5. QUADRO SINOTTICO DI RIEPILOGO DELLE LINEE GUIDA

§ 3.1	LINEA GUIDA 1 Il mondo della scuola deve essere consapevole che le MGF possono riguardare anche bambine e ragazze immigrate che frequentano le aule degli Istituti italiani. A tal fine, è auspicabile prevedere nel nostro sistema scolastico, di ogni ordine e grado (pubblico e privato), un’informativa generale sul fenomeno delle MGF (tipologia di interventi, etnie a rischio, principali conseguenze sulla salute e la psicologia delle bambine/ragazze). Questa informativa dovrebbe essere diffusa a tutti gli operatori delle Scuole, tramite circolare o altro idoneo strumento.
§ 3.2	LINEA GUIDA 2 È opportuno che le Direzioni scolastiche realizzino un costante monitoraggio dei propri iscritti, al fine di individuare la presenza di alunne immigrate (con cittadinanza italiana e non) appartenenti ad etnie a tradizione MGF. E’ auspicabile, quindi, che presso tutte le scuole siano disponibili le tabelle con i tassi di prevalenza per Paese delle MGF, insieme ad ogni altra informazione utile.
§ 3.2	LINEA GUIDA 3 La Dirigenza scolastica provvede a convocare senza indugio il Consiglio di classe per informare gli insegnanti che una loro allieva appartiene ad etnia a tradizione MGF, e attivarne la collaborazione per l’osservazione della situazione in classe, in relazione ai possibili indicatori di MGF o di rischio. Nel caso di scuola primaria, il Dirigente scolastico convoca e informa il docente unico della classe frequentata dall’allieva di etnia a tradizione MGF. È opportuno che la Dirigenza realizzi azioni specifiche per la preparazione degli insegnanti (e, se opportuno, degli altri operatori), che devono essere supportati con conoscenze, competenze e strumenti operativi adeguati ad affrontare le problematiche connesse alle MGF. La Dirigenza scolastica deve comunque garantire il diritto alla privacy e alla tutela di dati sensibili della bambina/ragazza e della sua famiglia. A tal fine, alle riunioni del Consiglio di classe in cui si tratta la problematica delle MGF non partecipano i rappresentanti dei genitori e, se previsto, degli studenti.
§ 3.2	LINEA GUIDA 4 Il Coordinatore della Classe (o altro insegnante incaricato) può svolgere la funzione di <i>referente MGF</i> nell’ambito del Consiglio di classe. Questa funzione può essere anche svolta dal Responsabile della Commissione Salute dell’Istituto

	scolastico, se presente. Nella scuola primaria, la funzione di <i>referente MGF</i> può essere svolta dal docente unico della classe della bambina. In ogni caso, il <i>referente MGF</i> dovrebbe essere un soggetto con una preparazione specifica, anche di base, in materia di MGF. A tal fine, può essere utile frequentare, se disponibili, corsi di aggiornamento <i>ad hoc</i> e avere accesso a materiale formativo qualificato (es. manuale per la formazione degli operatori scolastici). La Direzione scolastica può informarsi sulla disponibilità di corsi e strumenti formativi, rivolgendosi agli enti pubblici locali che si occupano di immigrazione (es. assessorato alle politiche sociali, sportelli immigrazione, etc.) e di salute (in particolare, consultori familiari e reparti di ginecologia e pediatria degli ospedali), e alle associazioni di immigrati presenti sul territorio. Il <i>referente MGF</i> raccoglie le informazioni e le indicazioni degli insegnanti in riferimento a possibili MGF sulla bambina/ragazza, relaziona in caso di novità il Consiglio di classe, collabora con la Dirigenza scolastica per predisporre e attuare strategie di intervento, funge da punto di raccordo tra Scuola, mediatore culturale e servizi locali, se coinvolti.
	LINEA GUIDA 5
§ 3.2	Se la Scuola è frequentata da bambine/ragazze immigrate di etnie a tradizione MGF, è opportuno che il Dirigente scolastico contatti un mediatore esperto MGF. Il mediatore può contribuire a fornire al personale scolastico le conoscenze e le competenze per osservare segnali di eventuali casi o rischi di MGF. La Scuola e il mediatore possono collaborare per avviare un programma di azione diretto con la famiglia della studentessa, organizzando anche incontri informativi, per valutare l'effettivo rischio di MGF e per prevenire futuri interventi. 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.
	LINEA GUIDA 6
§ 3.2	La Dirigenza scolastica deve conoscere quali sono i servizi di riferimento sul territorio per intervenire in caso ci sia il sospetto che un'allieva sia stata sottoposta ad intervento MGF o ci sia il rischio di un intervento futuro. Il mediatore culturale può supportare il responsabile scolastico nell'individuazione dei servizi locali da coinvolgere nell'intervento.
§ 3.2	LINEA GUIDA 7

	La Direzione scolastica informa il personale sanitario che collabora periodicamente con la Scuola della presenza di una o più allieve appartenenti ad etnia a tradizione MGF. Supporta il personale sanitario nell'acquisire conoscenze in materia, e, se necessario, lo affianca durante la visita alla bambina/ragazza con un mediatore culturale esperto di MGF.
	LINEA GUIDA 8
§ 3.2	Il Dirigente scolastico e gli insegnanti, in qualità di pubblici ufficiali, sono tenuti a segnalare alle Autorità giudiziaria e di Polizia le circostanze e le notizie relative a possibili casi di MGF sulle allieve della propria Scuola. In questi casi, tuttavia, è opportuno coinvolgere anche un mediatore e i servizi socio-sanitari del territorio. 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.
	LINEA GUIDA 9
§ 3.3	È opportuno che l'insegnante abbia le conoscenze e le competenze per individuare i segnali del rischio che una propria alunna possa essere sottoposta a MGF. Nel caso di sospetto di un possibile rischio di intervento MGF su una bambina/ragazza della scuola, l'insegnante si rivolge senza indugio alla Direzione scolastica, che convoca quanto prima (fatta eccezione per le classi di scuola elementare con docente unico) il Consiglio di classe ristretto (senza la presenza dei rappresentanti di genitori e alunni) e verifica se analoghi segnali indicatori di pericolo di MGF siano stati rilevati anche dagli altri insegnanti. È opportuno che la Dirigenza scolastica contatti un mediatore culturale esperto di MGF. Se ritenuto necessario, la Dirigenza scolastica richiede il coinvolgimento dei servizi socio-sanitari del territorio. 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 elementare, il <i>referente MGF</i> può coincidere con il docente unico della classe. Nell'ottica di prevenzione, il mediatore e la Scuola promuovono un programma di azione con la famiglia. In questa fase, la collaborazione con il servizio sociale comunale e i consultori familiari può essere di grande utilità, anche per affrontare altre problematiche connesse all'integrazione sociale o a particolari fabbisogni (sociali, economici, sanitari, etc.) della famiglia.
§ 3.3	LINEA GUIDA 10

	L'incontro 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 evidenze legate a sospetti interventi MGF. È opportuno che all'incontro sia presente anche l'insegnante (o gli insegnanti) dell'allieva: è la persona che conosce i genitori e a cui viene riconosciuta (più o meno direttamente) una funzione importante nella vita della bambina/ragazza. In una materia particolarmente delicata come le MGF, creare un canale di fiducia tra i diversi interlocutori è tanto importante quanto difficile. L'incontro non deve assolutamente essere impostato come un atto di accusa alla famiglia, che potrebbe generare una chiusura al dialogo e pregiudicare l'efficacia dell'intervento.
§ 3.3	LINEA GUIDA 11 È opportuno che l'insegnante sappia riconoscere i comportamenti sintomatici della presenza di MGF su una propria alunna. La presenza di MGF richiede un intervento mirato per curare eventuali danni già verificatisi ed evitare ulteriori conseguenze sulla salute e sulla psiche della bambina/ragazza. Nel caso si sospetti che una bambina/ragazza sia stata sottoposta a MGF, l'insegnante si rivolge quanto prima alla Direzione scolastica, che convoca (fatta eccezione per le classi di scuola elementare con docente unico) il Consiglio di classe ristretto (senza la presenza dei rappresentanti di genitori e alunni) e verifica se analoghi segnali indicatori di pericolo di MGF siano stati rilevato anche dagli 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. Il Consiglio di classe può individuare tra i suoi membri un <i>referente MGF</i>, 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 elementare, il <i>referente MGF</i> può coincidere con il docente unico della classe.
§ 3.3	LINEA GUIDA 12 Nel caso di sospetto di MGF su una bambina/ragazza della Scuola, è importante: - contattare un mediatore culturale esperto di MGF; - coinvolgere al più presto i servizi sanitari e socio-sanitari del territorio, per diagnosticare (e intervenire, se necessario) danni e conseguenze dell'intervento subito, e organizzare uno o più incontri per sensibilizzare e informare i genitori, al fine di garantire alla bambina/ragazza l'appoggio

	della famiglia in una fase delicata della sua vita ed evitare che altri casi di MGF si verifichino nello stesso contesto (su altre figlie o parenti prossime).
	LINEA GUIDA 13
§ 3.4	Il personale scolastico, e in particolare gli insegnanti, devono essere attenti alle necessità emotive e psicologiche della bambina/ragazza, che può o potrebbe in futuro risentire delle conseguenze negative della MGF, come estraniamento, depressione, etc. 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.
	LINEA GUIDA 14
§ 3.4	Il mediatore esperto di MGF collabora 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.
	LINEA GUIDA 15
§ 3.4	Nella gestione del colloquio con la bambina/ragazza, gli insegnanti 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.
§ 3.5	LINEA GUIDA 16 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.
§ 3.5	LINEA GUIDA 17 Il mediatore, prima dell'appuntamento con i genitori di una bambina/ragazza immigrata appartenente ad etnia a tradizione MGF, illustra agli operatori scolastici che non ne siano a conoscenza le caratteristiche culturali, tradizionali e fisiologiche delle MGF. Il mediatore fornisce agli operatori consigli e strumenti utili per gestire il dialogo con i genitori, anche per fare emergere altri eventuali casi di MGF in famiglia.
§ 3.5	LINEA GUIDA 18 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, e non come un intruso invadente in <i>"questioni private"</i>. Per promuovere un rapporto aperto sul tema MGF, l'operatore scolastico non deve far percepire di giudicare e condannare l'uomo/donna che difende la tradizione MGF; concetti come <i>mutilazioni, 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.
§ 3.5	LINEA GUIDA 19 Almeno nell'approccio iniziale, è opportuno che al colloquio partecipino solo gli operatori istituzionali (Dirigente scolastico, insegnante, mediatore, assistente sociale, psicologo) e i genitori: le possibili situazioni di forte contrasto che potrebbero verificarsi, sarebbero motivo di spavento e turbamento per la bambina/ragazza, nonché possibile causa di disagio e paura sia nei confronti della propria famiglia che del mondo della Scuola.
§ 3.5	LINEA GUIDA 20 Se nel contatto con la famiglia si rileva che è la componente maschile e quella degli anziani e delle anziane ad essere portatrice della volontà di seguire la tradizione MGF sulla bambina/ragazza, il mediatore e il servizio sociale locale

	promuovono, anche in collaborazione con la Scuola (se opportuno), interventi diretti per 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.
	LINEA GUIDA 21
§ 4.1	La presenza di una numerosa componente immigrata, appartenente anche a comunità a tradizione MGF, rende il contesto 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 parenti.
	LINEA GUIDA 22
§ 4.2	La Direzione scolastica dei CTP (e degli altri centri che propongono corsi per l'istruzione degli adulti) monitora la presenza tra gli iscritti ai propri corsi di immigrati di etnia a tradizione MGF. E' auspicabile, quindi, che presso questi Centri siano disponibili le tabelle con i tassi di prevalenza per Paese delle MGF, insieme ad ogni altra informazione utile. Registrata la presenza in un corso di immigrati appartenenti ad etnia a tradizione MGF, è necessario tarare l'intervento di informazione e sensibilizzazione a seconda dell'effettiva composizione della classe, tenendo conto del fatto che il gruppo degli studenti sia costituito tutto (o quantomeno in grande maggioranza) da immigrati africani (sia di tradizione MGF che non) oppure sia formato da immigrati provenienti da Paesi di continenti diversi (europei, asiatici, africani, sudamericani). Con gli adeguati strumenti ed accorgimenti, e con un'attenta e differenziata azione informativa, è comunque possibile fare arrivare messaggi a tutte le

	persone immigrate di etnia a tradizione MGF.
	LINEA GUIDA 23
§ 4.2	Sarebbe opportuno che i Centri di istruzione per adulti avessero a disposizione un modulo formativo standard di <i>“Educazione ai diritti e alla salute delle donne e delle bambine immigrate”</i>, da inserire nel programma dei corsi frequentati da immigrati africani appartenenti a comunità a tradizione MGF. La Direzione scolastica può richiedere alle locali istituzioni pubbliche che si occupano di immigrazione (es. Sportelli immigrati), alle associazioni di immigrati presenti sul territorio o agli Istituti che hanno già avuto esperienza nel settore, la disponibilità di un modello formativo <i>ad hoc</i> per affrontare in classe in tema delle MGF. La Direzione scolastica del Centro di istruzione per adulti concorda con l’insegnante responsabile del corso frequentato da immigrati a tradizione MGF le modalità di inserimento di un modulo formativo sulle MGF. La durata indicativa del modulo è di 4 ore, con una strutturazione didattica assolutamente flessibile: è compito dell’insegnante ripartire contenuti e ore di lezione nell’arco di una o più giornate. I contenuti standard del modulo prevedono un’introduzione generale sul fenomeno MGF (tipologie, prevalenze per Paese), la rappresentazione della presenza del fenomeno anche in Italia, l’illustrazione dei danni alla salute fisica e psicologica della donna e della bambina, e delle conseguenze penali per chi effettua e/o consente questi interventi. L’utilizzo di un modulo formativo <i>ad hoc</i> per affrontare il tema delle MGF può essere particolarmente adatto e utile nel caso di classi composte (<i>in toto</i> o in assoluta prevalenza) da immigrati dall’Africa (di tradizione MGF e no): pur nell’assoluta varietà etnica e culturale del continente africano, anche le persone di quei popoli che non praticano MGF riescono meglio a rapportarsi ad un argomento cui riescono comunque a riconoscere (anche se non a condividere ed accettare) un valore culturale.
§ 4.2	LINEA GUIDA 24
	Per l’estrema delicatezza dell’argomento, è opportuno che l’insegnante inserisca il modulo <i>“Educazione ai diritti e alla salute delle donne e delle bambine immigrate”</i> nella seconda metà del corso, quando avrà conosciuto adeguatamente i componenti della classe e avrà instaurato un rapporto di fiducia con i frequentanti.
§ 4.2	LINEA GUIDA 25
	Concordata l’opportunità di adottare il modulo formativo sulle MGF e decise le principali modalità organizzative, è opportuno che la Direzione scolastica si

	attivi per contattare un mediatore culturale esperto di MGF, rivolgendosi 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. Il mediatore può assistere l'insegnante nella preliminare fase di informazione sulle MGF e delle principali modalità di gestione dell'argomento nei confronti di donne e uomini che vivono queste pratiche come importante elemento culturale. Il mediatore può anche affiancare l'insegnante nel corso dello svolgimento del modulo formativo <i>"Educazione ai diritti e alla salute delle donne e delle bambine immigrate"</i>; l'opportunità della sua presenza va 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	Un utile supporto all'impostazione del modulo formativo sulle MGF è il <i>manuale per il formatore</i>, contenente sia istruzioni al docente per lo svolgimento delle lezioni sull'educazione ai diritti e alla salute per le donne immigrate, sia un kit che raccoglie materiale didattico e informativo sulle MGF. La Direzione scolastica e l'insegnante possono richiedere tale materiale, se disponibile, ai servizi locali per l'immigrazione e/o alle associazioni di immigrati attive sul territorio.
	LINEA GUIDA 27
§ 4.2	Nel caso di classi composte da donne e uomini immigrati provenienti da Paesi e culture assai differenti, comprese persone appartenenti ad etnia a tradizione MGF, è consigliabile realizzare un intervento di informazione e sensibilizzazione fuori dal contesto della classe, attraverso la distribuzione di materiale informativo e l'organizzazione di uno o più incontri tra insegnante e l'immigrato/i interessati, cui può partecipare anche un mediatore culturale.
	LINEA GUIDA 28
§ 4.2	Nel caso una donna immigrata si rivolga privatamente all'insegnante e riveli di essere stata sottoposta a MGF, al fine di essere aiutata personalmente o di trovare supporto per impedire intervento sulle proprie figlie, il docente dovrebbe essere in grado di indirizzare la donna verso i servizi socio-sanitari del territorio competenti ad aiutarla. È opportuno che l'insegnante, di concerto con il Dirigente scolastico, richieda l'assistenza di un mediatore culturale esperto di MGF, se disponibile, e lo metta in diretto contatto con la donna, e attivi la rete dei servizi locali.

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.