

Rete del Progetto DADA-FORM



Comune di Pescara
Capofila di progetto



REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo
Assessorato alle Politiche della Salute



Provincia dell'Aquila
Assessorato Politiche Sociali



Provincia di Teramo
Assessorato Politiche Sociali



Comune di Chieti
Assessorato Politiche Sociali



Centro Studi Sociali
Foculare Maria Regina



Caritas Diocesana
Pescara-Penne



Ministero dell'Istruzione
Centro Territoriale Permanente
per la formazione e l'istruzione in età adulta
di Pescara



Associazione Culturale
Abissinia - ACA -

ALIS

Associazione Lavoratori
Immigrati Senegalesi - ALIS -

CENA

Comunità Eritrea Nell'Abruzzo
- CENA -

La prevenzione ed il contrasto delle mutilazioni genitali femminili nella scuola

a cura di
Gabriele Di Marcantonio

Le Linee Guida e il Manuale sono stati realizzati dal seguente Gruppo di lavoro:

Comitato Scientifico

Vittoria D'Incecco, *Assessore alle Politiche Sociali, Comune di Pescara, Presidente*
Gabriele Di Marcantonio, *Coordinatore Comitato Scientifico, Centro Studi Sociali*
Yosef Abrehet, *Mediatrice culturale, Comunità Eritrea Nell'Abruzzo (CENA)*
Cesarina Bavecchi, *Responsabile Ufficio Progetti sociali, Comune di Pescara*
Andrea Bollini, *Direttore scientifico Centro Studi Sociali, Scerne di Pineto*
Rosetta Ciarrocchi, *Funzionario Ufficio Pubblica Istruzione, Provincia di Teramo*
Marzia Colabianchi, *Funzionario Provincia dell'Aquila*
Fortunato Deleo, *Mediatore culturale, Associazione Culturale Abissinia (ACA)*
Sene Maguette Fancouna, *Mediatrice culturale, Associazione Lavoratori Immigrati Senegalesi (ALIS)*
Selamawit Mulugueta Misigna, *Mediatrice culturale, Comunità Eritrea Nell'Abruzzo (CENA)*
Teresa Nannarone, *Assessore alle Politiche Sociali, Provincia dell'Aquila*
Gaye Ndiaga, *Mediatore culturale, Associazione Lavoratori Immigrati Senegalesi (ALIS)*
Ndeye Nor Ndiaye, *Mediatrice culturale, Associazione Lavoratori Immigrati Senegalesi (ALIS)*
Ercole Vincenzo Orsini, *Coordinatore Formazione MGF, Centro Studi Sociali*
Don Marco Pagnello, *Direttore Caritas Diocesana Penne - Pescara*
Franca Pierdomenico, *Direzione Politiche della Salute, Regione Abruzzo*
Elisabetta Raspa, *Dirigente Assessorato alle Politiche Sociali, Comune di Chieti*
Simona Sasso, *Centro Territoriale Permanente per la formazione e l'istruzione in età adulta, Pescara*
Mirta Sciocchetti, *Ginecologa, Vice Sindaco Comune di Chieti*
Rahel Seium, *Mediatrice culturale, Comunità Eritrea Nell'Abruzzo (CENA)*
Teresa Taricani, *Operatore legale Caritas Diocesana Penne - Pescara*

Supervisione delle linee guida

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

Avv. Francesco Di Pietro, *avvocato, esperto in diritto dell'immigrazione*

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*

Il Manuale è dedicato 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 scientifico a cura del
Centro Studi Sociali dell'Associazione Focolare Maria Regina**

Introduzione

Il presente volume è il frutto di quasi due anni di lavoro, svolto dalla Rete territoriale attivata nella Regione Abruzzo nell'ambito del progetto DADA-FORM (promosso dal Comune di Pescara, e finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità). Tutti i membri della Rete (Enti pubblici, organizzazioni no-profit, associazioni di immigrati) hanno preso parte al Comitato Scientifico, che ha elaborato e redatto le *Linee guida di intervento e il Manuale per la formazione, destinati agli operatori scolastici, per la prevenzione ed il contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)*.

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 antropologiche, 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 osta-

Il mediatore culturale specializzato nella prevenzione e nel contrasto delle mutilazioni genitali femminili

colo 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 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 le 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 ed 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, gli insegnanti e il personale non docente 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.

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 *Quadro sinottico di riepilogo*.

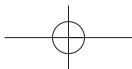
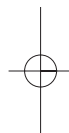
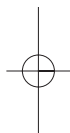
Il *Manuale per la formazione degli operatori scolastici* segue, temporalmente e logicamente, l'elaborazione delle *Linee Guida di intervento per la prevenzione ed il contrasto delle MGF*, e ne costituisce uno strumento di approfondimento tematico sui principali aspetti (in campo medico, antropologico, legale) connessi a questo fenomeno e sulle

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

problematiche che esso solleva in Italia, come Paese di accoglienza. Il *Manuale* raccoglie i preziosi contributi degli esperti, di rilievo nazionale ed internazionale, sul tema delle MGF, intervenuti come docenti al *Corso Regionale di perfezionamento per mediatori culturali "Prevenzione e contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili"* e ai *Workshop specialistici*, organizzato dal Centro Studi Sociali di Scerne di Pineto.

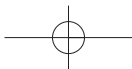
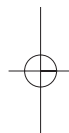
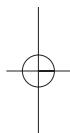
L'interdisciplinarietà degli insegnamenti e l'eterogenea composizione dell'aula (aperta, durante i Workshop specialistici, a rappresentanti del mondo socio-sanitario - medici di base, ginecologi, ostetriche, psicologi, operatori dei consultori e dei servizi sociali - e del mondo scolastico, oltre che a mediatori appartenenti a diverse etnie) hanno permesso di sistematizzare una serie di contenuti diretti, sì, a fornire conoscenze e competenze ai mediatori, ma anche a proporre un sistema di lavoro e collaborazione proiettato verso una reale dimensione interculturale.

Significativo, e importante, è che tale approccio sia adottato su una materia dalla forte connotazione culturale come le MGF, rispetto alle quali il mondo occidentale si pone, di solito, su un piano di acritica incomunicabilità.



Sezione I

Linee Guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF



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	Tipo II
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>	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> Nota: In Francese il termine "excision" è spesso usato come termine generale per tutti i tipi di mutilazione genitale femminile.

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

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Tipo III Restringimento dell'orifizio vaginale attraverso una chiusura ermetica co-prente 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 accrescono la mancanza di elasticità della vulva e sono causa di ulteriore danno per la donna. La reinfibulazione a volte viene richiesta dal marito o dalla donna stessa al momento del parto.

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

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

²Cfr. Precedente nota 1.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 (Erich, 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. È 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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

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"*.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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:

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

[illegible]

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 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 sol-

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

lecitando 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.

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

segue >>>>>>>>>>>>>>>>>>>

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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:

- quantità di tessuto asportata e quindi gravità della mutilazione subita;
- modalità con cui la MGF è stata eseguita (uso di strumentario non sterile o uso di strumentario chirurgico monouso);
- 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);
- 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. È 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

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

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

Le più frequenti complicanze tardive sono:

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

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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). È 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

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 anatomo-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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 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'in-

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

terdizione 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*

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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; 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'accredito. 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*

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

6 Luglio 2005).

1.5.3. Risarcimento del danno biologico

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

1.5.4. Potestà dei genitori

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

1.5.5. La legislazione nei Paesi europei

In tutti i Paesi europei, le MGF sono perseguibili a livello penale. Nei vari Stati, il fenomeno delle MGF è stato però 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.

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 (hard labour). 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.

[illegible]

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

segue >>>>>>>>>>>>>>>>>>>

Stato	Normativa
Norvegia	Esiste una legge specifica del 1995 che proibisce le MGF, con sanzioni pecuniarie o con la detenzione fino a tre anni. È 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 Female genital mutilation Act del 2003 prevede che “ <i>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</i> ”. 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.

[illegible]

[illegible]

Stato	Normativa
Spagna	Una legge del 2005 introduce apposite norme per perseguire extraterritorialmente la pratica delle MGF.
Svezia	È stato il primo Paese europeo ad emanare, nel 1982, una legge ad hoc, che puniva 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 era di dieci anni. Tale legge fu modificata nel 1998 e nel 1999, con l'introduzione dell'ulteriore divieto della reinfibulazione post partum e della previsione della punizione di chi ha effettuato le MGF in altro Paese dove sono illegali. È ritenuto colpevole anche chi ha, in qualche modo, partecipato al fatto.
Svizzera	Le MGF sono punite come lesioni corporali gravi.

Anche in molti Paesi a tradizione MGF sono state approvate leggi che vietano tali pratiche, 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. In-

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

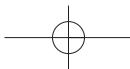
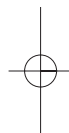
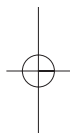
La tabella illustra le principali disposizioni in materia nei Paesi con forte tradizione MGF¹¹:

[illegible]

¹¹ Cfr. precedente nota 6.

Stato	Normativa
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	È 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.
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.

Stato	Normativa
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; la legge è stata rivista in modo meno restrittivo nel 2003.
Tanzania	L'Art. 169 del Codice Penale proibisce le MGF su minori di diciotto anni.
Togo	La Legge n. 16/1998 prevede sanzioni per chiunque pratichi MGF.
Uganda	La Costituzione del 1995 proibisce ogni legge, cultura, costume o tradizione contrari alla dignità della persona, al benessere o all'interesse delle donne o che ne compromettono lo status.



2. 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. È 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 medico di base**, il ginecologo, l'assistente sanitario. **In particolare, il rapporto con il pediatra o il medico di base che segue i bambini è particolarmente indicato in tali situazioni.**

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

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

che sia culturalmente sensibile e completa. 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 cominciare¹.

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,

¹Tratto 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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 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 MIUR¹ 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)² 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.

¹ *Gli alunni stranieri nel sistema scolastico italiano, 2007/08*, MIUR, 22 luglio 2008.

² 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".

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 disagregato 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	0,3
Etiopia	1.000	0,17
Eritrea	839	0,15
Somalia	547	0,1
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 sco-

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

lastici, 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. È 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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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'alleva. 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 legge³), 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

³ Cfr. Testo Unico sulla privacy, D. lgs. n. 196/2003, art. 4.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

marzo 1998, n. 112⁴, limitatamente ai dati indispensabili all'erogazione del servizio;

- 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;
- 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.

⁴ 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).

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Oltre al personale docente, il direttore didattico può ritenere opportuno estendere l'azione di informazione e formazione sulle MGF anche al personale ATA (in particolare, i collaboratori scolastici – ex bidelli). Il coinvolgimento dei collaboratori scolastici, in particolare, potrebbe rivelarsi importante per il rilevamento di quei segnali e comportamenti delle alunne indicativi di possibili MGF, specie nelle scuole dell'infanzia ed elementari, quando le bambine sono, spesso, accompagnate in bagno proprio da questo personale. È evidente che, in questi casi, bisogna fare attenzione a tutelare la privacy della bambina, al cui rispetto è tenuto anche il collaboratore scolastico e tutto il personale ATA.

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'intercettazione 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:

- i genitori riferiscono che essi o altri parenti porteranno la bambina/ragazza fuori dall'Italia per un lungo periodo;
- la bambina/ragazza può parlare di una lunga vacanza nel Paese di origine o in un altro Paese dove si praticano MGF;
- la bambina/ragazza può confidare all'insegnante (o ad altro personale della scuola) che deve essere sottoposta ad una “pratica speciale” o che l'attende un'occasione speciale;

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

- l'insegnante sente riferimenti alle MGF in occasione di conversazioni tra le allieve durante racconti su cugine, sorelline sottoposte a MGF;
- la bambina/ragazza può chiedere aiuto all'insegnante o ad un altro adulto.

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

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.

[illegible]

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

segue >>>>>>>>>>>>>>>>>>

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

- 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;
 - si verificano prolungate assenze dalla scuola o dai centri abitualmente frequentati in caso di MGF di tipo III;
 - un'assenza prolungata dalla scuola con evidenti cambiamenti di comportamento riscontrati dopo il rientro;
 - 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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 negative 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

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 que-

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

sta, 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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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).

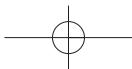
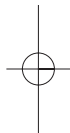
In questi casi, è opportuno attuare un intervento mirato sugli uomini (mariti e fratelli), che diventano destinatari di specifiche azioni di assistenza e consulenza: essi generalmente si dimostrano collaborativi quando la realtà viene loro chiaramente spiegata.

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 a tradizione 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

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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, oltretutto 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 multiethniche, 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 inop-

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

portuno 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. È 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 i temi di cultura generale, nell'ambito dei quali spesso rientra la trattazione delle problematiche e degli eventuali conflitti che possono crearsi nelle società multietniche.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 ammini-

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

strative 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.

[illegible]

[illegible]

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

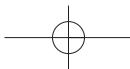
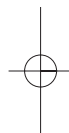
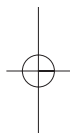
LINEA GUIDA 27

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.



ic

LINEA GUIDA 1

CO

ne

LINEA GUIDA 2

ast

LINEA GUIDA 3

C

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

LINEA GUIDA 3

[illegible]

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.

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 inse-

[illegible]

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

LINEA GUIDA 4

segue >>>>>>>>>>>>>>>>>>>

gnanti in riferimento a possibili MGF sulla bambina/ragazza, relazione 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

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

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle 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.

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.

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.

[illegible]

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

LINEA GUIDA 9

[illegible]

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.

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

§ 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 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.

§ 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).

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

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.

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

[illegible]

pre

LINEA GUIDA

15

[illegible]

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.

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.

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

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.

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.

[illegible]

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

20

[illegible]

- 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.

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 parenti.

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. È 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

[illegible]

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

22

[illegible]

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.

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 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 *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

[illegible]

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

LINEA GUIDA

23

segue >>>>>>>>>>>>>>>>>>>

e no): ur 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.

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.

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.

SEZIONE I - Linee guida per operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

§ 4.2

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.

§ 4.2

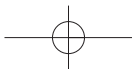
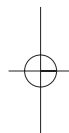
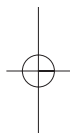
LINEA GUIDA 27

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 interessati, cui può partecipare anche un mediatore culturale.

§ 4.2

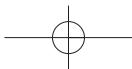
LINEA GUIDA 28

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.



Sezione II

Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF



1. Antropologia delle mutilazioni genitali femminili

*Prof. Carla Pasquinelli, Docente di Antropologia Culturale,
Facoltà Scienze Politiche, Università L'Orientale, Napoli.*

Un complesso sistema economico/simbolico

Mutilazioni dei genitali femminili (MGF) è un nome che non piace alle donne africane per la sua forte connotazione negativa, quasi fosse uno stigma, il segno di una menomazione che fa pensare a dei corpi imperfetti. Mutilati appunto, mentre per loro sono tutt'altro, sono corpi che corrispondono a un ideale canone estetico di bellezza, tuttora molto apprezzato nelle proprie comunità. Un nome che fa sentire a disagio anche noi, per la sua decisa impronta etnocentrica *"che reinventa il corpo dell'immigrata come alterità mostruosa rispetto allo schema corporeo occidentale"* (Cenci, Manganelli, 2000, p. 15) per farne un corpo-stigma che funziona da confine simbolico tra "noi" e "loro. Una forma di inferiorizzazione delle altre che viene immediatamente percepita dalle donne africane che reagiscono difendendosi con l'aggressività o con il silenzio. Finché una volta una somala mi ha detto: *"non mi piace come la chiamate voi, sembra che nella nostra cultura ci sia qualcosa che non va e invece non è vero. Sembra che i nostri genitori abbiano fatto una cosa cattiva, che ci abbiano fatto del male. Quando sento 'mutilazione sessuale' mi arrabbio, c'è un giudizio, io non mi sento mutilata"*.

Eppure sono state proprio loro, le donne africane, a decidere di chiamare così tutte quelle pratiche tradizionali, diffuse in larga parte dell'Africa, in cui si ha l'asportazione e/o l'alterazione di una parte dell'apparato genitale esterno della donna. È stato infatti nel 1990 al III Congresso dell'Inter African Committee, un'organizza-

zione femminile impegnata da 20 anni nella lotta contro le MGF, che si è optato per una parola così cruda come mutilazione. Una parola che ha funzionato e funziona tuttora da campanello di allarme per segnalare come in quei corpi ci sia qualcosa che non va, ma che proprio per questo è finito per diventare un tabù, un nome difficile da pronunciare. E infatti non è così che le chiamano in Africa. Ogni donna preferisce il nome tramandato dalla propria cultura, i nomi tradizionali, come le somale che la chiamano “la cucitura”, oppure più semplicemente usano il termine circoncisione. Una parola impropria, che le assimila a un intervento molto meno mutilante, come la circoncisione maschile, con il risultato di occultarne il carattere demolitore accreditandone una immagine più familiare e rassicurante.

Destini incarnati nei corpi

Le MGF sono soprattutto una usanza africana, dato che i casi extra-africani sono ritenuti dagli esperti di importazione recente, a seguito dei processi migratori. Sono diffuse lungo tutta la fascia dell'Africa sub-sahariana con una impennata a nord che risale dal Corno d'Africa fino al Mediterraneo attraverso il Sudan e l'Egitto. L'infibulazione è soprattutto concentrata nell'Africa orientale mentre l'escissione è diffusa nei paesi dell'Africa centro-occidentale. Sono presenti in 28 paesi coinvolgendo un territorio vasto ed eterogeneo popolato da etnie con lingue, culture e religioni diverse, che hanno in comune uno stesso sistema economico-simbolico, su cui ritorneremo in maniera più dettagliata in seguito. Dato il loro carattere sociale, si applicano a tutte le donne di un determinato gruppo etnico e si svolgono secondo tempi e periodicità stabilite. In genere le bambine vengono operate in una determinata stagione o mese dell'anno secondo scadenze periodiche, che variano da una etnia all'altra. Anche l'età in cui vengono fatti gli interventi cambia a seconda delle etnie e del tipo di mutilazione.

Le MGF sono vissute dalle donne come un destino a cui è impossibile sottrarsi. Un destino che si è incarnato nei loro corpi attraverso interventi che ne hanno alterato la morfologia e le funzioni, mettendone spesso a rischio la vita. Ma non sono certo l'unico caso di interventi in-

validanti praticati sul corpo femminile, soprattutto nelle società tradizionali, dove il controllo della sessualità è stato spesso esercitato tramite forme sofisticate di assoggettamento della donna a violenze efferate. Come i piedi fasciati delle cinesi, un'usanza diffusa in vari strati sociali, a cui pose fine Mao nel 1949. Oppure il collare delle donne giraffa birmane, composto da 25 a 30 cerchi in ottone del peso di alcuni chili, che vengono infilati alle bambine sin da piccole e aumentati via via che crescono in modo da allungarne il collo, rendendolo rigido e fragilissimo. O i dischi labiali usati dalle donne di alcune popolazioni del Sudan, che vengono inseriti all'interno del labbro dopo avervi praticato una incisione e poi sostituiti con dischi di dimensioni sempre più grandi. Sembra che entrambi questi interventi, considerati ornamentali, risultino ancora oggi utilissimi nelle strategie matrimoniali per la scelta del coniuge.

Potremmo continuare a elencare le innumerevoli manipolazioni del corpo femminile che non hanno risparmiato nemmeno le donne europee, i cui corpi sono stati imprigionati per un paio di secoli in busti rigidi e strettissimi, che, accentuandone in maniera vezzosa il punto vita, ne comprimevano e deformavano il costato, fino a farle morire prematuramente di tisi. Ma ha più senso chiedersi che cosa hanno di comune usanze così diverse. Secondo France Borel, autrice di un libro intitolato *Le vêtement incarné*, queste metamorfosi del corpo derivano tutte dallo scandalo che suscita il corpo naturale, per quella sua minacciosa e inerme nudità. Il corpo umano è accettabile solo se viene in qualche modo sottratto alla sua naturalità, *“solo se viene coperto di segni, se è decorato, vestito (non fosse altro che da una cintura), tatuato, mutilato, il corpo dimostra la sua umanità”* (Borel, p. 17), che di fatto coincide con quella particolare umanità del gruppo a cui esso appartiene. Come mai poi ogni società si concentri su una zona privilegiata del corpo piuttosto di un'altra, sul collo, o sul piede, o su altro ancora, resta un mistero che ci rimanda a quello che Bourdieu ha chiamato il *dispotismo culturale*.

La consegna del silenzio

Le MGF hanno un'origine oscura relegata in un passato remoto che alcuni fanno risalire ai faraoni, mentre per altri si estenderebbe fino al-

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

l'antica Roma, un'origine resa ancora più oscura dal silenzio che le ha sempre circondate e che ha contribuito a farne un argomento tabù per le genti africane ma anche a proteggerle dalla curiosità indiscreta di noi occidentali.

Dietro questo silenzio ci sono molte cose: c'è un mondo di donne chiuso su se stesso, un mondo di interni, sospeso tra l'attesa e il timore di tagliare via una parte del corpo delle proprie bambine nel corso di cerimonie di cui per secoli le madri sono state le grandi registe, e c'è un mondo esterno, un mondo di uomini che si mantiene estraneo e distante, ma che ha fondato le proprie strategie di potere sul controllo della sessualità femminile. A tenere insieme e a dare coerenza a entrambi questi due mondi così distanti tra loro c'è una pratica cruenta che stringe in una morsa tutta la fascia dell'Africa subsahariana, e che costituisce l'espressione simbolica di un complesso sistema economico e sociale di strategie matrimoniali diffuso in maniera capillare in tutta l'area, su cui ci soffermeremo in maniera più esplicita e dettagliata in seguito.

In questo silenzio rientra anche la tacita complicità dell'Occidente che con il colonialismo prima e poi con le politiche allo sviluppo ha preferito in maniere diverse ignorare le MGF, trincerandosi dietro una forma di rispetto, per altro inusuale, delle tradizioni locali. Una consegna del silenzio che persino gli etnologi – questi addetti ai lavori sui costumi altrui – non sono stati in grado di rompere. A suggellare tale silenzio è poi venuto in anni più recenti il rifiuto a parlarne da parte delle dirette interessate. È rimasta famosa la posizione assunta dalle donne africane alla Conferenza di Copenhagen del 1980 dove si sono sottratte alle pressioni delle femministe americane che insistevano per inserire la questione delle MGF nella agenda politica della Conferenza, respingendo tale iniziativa come una ingerenza indebita nelle loro vite e nelle loro scelte politiche.

Poi qualcosa è cambiato. Non saprei bene dire né quando né come il muro di omertà e di indifferenza che le ha relegate per secoli fuori dalla storia ha cominciato a incrinarsi. Da qualche anno a questa parte il silenzio ha lasciato il posto a una proliferazione di iniziative, che stanno trasformando le MGF in una nuova questione sociale legata al rispetto dei diritti umani e alla salvaguardia della salute di donne e bambine.

Questa fuoriuscita dal cono d'ombra è il precipitato di anni di campagne di sensibilizzazione promosse dai vari organismi internazionali e da alcune Ong, ma è anche il risultato di provvedimenti legislativi che sono stati presi da alcuni governi locali. Le MGF sono ormai vietate in molti paesi africani, tra cui Costa d'Avorio, Egitto, Etiopia, Ghana, Senegal, Sudan, Togo e altri ancora, ma si tratta di provvedimenti restati su carta, che nessuno rispetta e che soprattutto nessuno fa rispettare, dal momento che la norma consuetudinaria è molto più vincolante delle leggi dello stato. Nonostante che siano serviti a poco o a nulla, hanno contribuito a dare una diversa percezione di una usanza, che resta tuttora fortemente sentita dalle popolazioni interessate. Il fatto che vi siano delle leggi e dunque che le MGF siano configurate come un reato ha comunque favorito un implicito riconoscimento di un problema di cui fino a pochissimi anni fa era non solo impossibile parlare ma nemmeno riconoscerne l'esistenza.

In un'ottica più generale sono tutti segnali che fanno pensare come anche questa pratica arcaica e segreta sia ormai entrata nell'area dei processi di cambiamento, in concomitanza con alcuni eventi drammatici che stanno mutando la vita e la fisionomia di molte popolazioni africane, quali la guerra, l'emigrazione con le sue logiche diasporiche e l'espansione del fondamentalismo islamico.

Un'origine incerta

Se non è facile ricostruire l'origine delle MGF, data la varietà delle loro forme e la diffusione in una zona così ampia del continente africano, non mancano però le ipotesi, che cercano di accreditarne una determinata filiazione. Secondo alcune, la escissione risale all'antico Egitto, ma la si ritrova anche a Roma, dove era praticata sulle schiave ed appare legata ad aspetti patrimoniali del corpo femminile. Sempre a Roma troviamo l'infibulazione – un termine d'origine latina - solo che inizialmente designava un'operazione esclusivamente maschile. Si trattava di una specie di spilla – *fibula* – che veniva applicata ai genitali dei giovani schiavi per impedire loro di avere rapporti sessuali. Ma il centro della diffusione dell'infibulazione femminile sembra che sia stato l'Egitto faraonico – come attesterebbe la denominazione di “circoncisione faraonica”.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Comunque allo stato attuale l'origine delle MGF sembra destinata, come si è già accennato, a restare indeterminata. L'unica cosa certa è che non è stato l'Islam a introdurre in Africa. Si tratta infatti di usanze animiste profondamente radicate nelle società locali, 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.

L'attribuzione che spesso viene fatta all'Islam dell'origine delle MGF in Africa è probabilmente dovuta alla facilità con cui si è saputo adattare al tessuto tradizionale conformandosi al modo di vita locale. Con il tempo l'identificazione con la tradizione indigena si è rafforzata al punto da fare dell'Islam il maggiore responsabile della loro diffusione al di fuori dell'Africa, in particolare in Indonesia e Malesia. A differenza dell'Islam che, pur non essendone stato all'origine delle MGF, ha contribuito a perpetuarle e a diffonderle, le chiese cristiane le hanno invece combattute o almeno contrastate, venendosi spesso a trovare in aperto conflitto con le popolazioni locali. Il caso più clamoroso resta la ribellione del 1929 delle donne di Kikuyu (Kenya) nei confronti dei missionari che avevano proibito di fare l'escissione. Questo diverso atteggiamento delle due religioni si riflette anche nella percentuale di donne che si sottopongono alla MGF nei due contesti. Le cifre parlano chiaro: in area cristiana – dove predomina la clitoridectomia e l'escissione - le percentuali oscillano tra il 20 e il 50%, mentre in area islamica – dove l'infibulazione è di rigore - si toccano punte che vanno dall'80 al 100%.

Oggi questa stretta identificazione dell'Islam con le culture tradizionali sta diventando un problema. C'è una parte dell'Islam, tra cui il clero fondamentalista, che cerca di prendere le distanze dagli interventi più distruttivi – come l'escissione e l'infibulazione – adoperandosi a rinviare al mittente, ossia alla cultura tribale, la sua pesante eredità. Nel Corano non c'è infatti traccia della circoncisione femminile, che pertanto va condannata perché è *“fondata solo su tradizioni popolari contrarie alla salute fisica e psichica della donna, la cui sessualità è ammessa dal Corano”*. A sostenerlo sulle pagine del popolare quotidiano egiziano Al Ahram nel gennaio 2005 è stato un autorevole studioso islamico come Salim Al Awaa, che conclude con un'affermazione molto importante

per il futuro delle donne africane, secondo cui le MGF possono essere evitate anche dal punto di vista della legge islamica.

La costruzione dell'identità di genere

Quello dell'origine è comunque un falso problema perché rimuove più che aiutare a capire le ragioni della loro presenza autorizzando l'idea di una sopravvivenza arcaica. Nonostante la loro origine remota, 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 fintanto 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, in luogo di venire ricondotte all'interno del contesto sociale che conferisce senso ad esse e all'agire di quanti le praticano. Il loro profondo radicamento nel corpo stesso della società è dovuto a una complessa costellazione di fattori che pur variando da un'etnia all'altra presentano alcuni tratti comuni. Si tratta del ruolo fondamentale che tale tipo di pratiche tradizionali ha nella costruzione dell'identità di genere, nella formazione dell'appartenenza etnica, e nelle strategie matrimoniali. Per pratiche tradizionali si intende quegli atti abituali, di uso comune, che sono stati trasmessi dalla generazione passata e che con molta probabilità saranno passati a quella successiva. Con le MGF siamo nell'ambito dei riti di passaggio, un tipo di pratiche tradizionali che controllano e regolamentano i mutamenti di status, di ruolo e di età delle persone, di cui scandiscono le varie fasi del ciclo della vita, inserendole in un percorso ordinato che soddisfa i loro bisogni di identità e di riconoscimento. In particolare, le MGF costituiscono una componente fondamentale dei riti di iniziazione, 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. A questo provvedono i riti che trasformano l'appartenenza sessuale ascritta in uno status acquisito, ricattando il destino biologico legato al sesso per trasformarlo in un'essenza sociale: la donna.

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 comincia 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. Nel fare questo le MGF, sottraggono il corpo della donna all'ambivalenza dei suoi significati per iscriverlo nei modelli culturali che sono stati costruiti dalla tradizione, riuscendo nel contempo ad occultare la costruzione culturale dell'appartenenza di genere. Le MGF sono, infatti, “un marcatore sessuale”, non solo perché incidono sui corpi la loro identità di genere, ma perché asportando la parte “maschile” dei genitali, il clitoride, assimilato a un piccolo pene, naturalizzano la differenza tra i sessi e cancellano 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 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 e emarginazione.

Rappresentazioni locali e stereotipi occidentali

La circoncisione femminile è una di quelle consuetudini sedimentatesi nel tempo e iscritte nella memoria collettiva che governano in maniera irriflessa le opinioni delle persone. Pertanto, non è semplice capire l'idea che ne hanno le protagoniste. Alla domanda sul perché si continui a fare la circoncisione danno tutte una stessa risposta: “*Perché si è sempre fatto così*”. Una risposta drastica ed elusiva che ricorre all'autorità della tradizione per evitare un argomento scomodo di cui è tabù parlare in pubblico. Si tratta di credenze, opinioni, idee correnti che variano a seconda delle tradizioni locali e il tipo di intervento praticato, ma che oscillano tutte tra due parametri complementari: l'idea che il sesso femminile sia pericoloso e che la MGF sia una sorta di prevenzione o di rimedio rispetto ai rischi che ne possono derivare. Rischi quasi sempre estremi.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Per i Bambarà la clitoride è velenosa e può uccidere il partner se il suo pene viene a contatto con essa durante il rapporto sessuale, mentre nel Burkina Faso si crede che abbia il potere di rendere l'uomo impotente. In Nigeria, i pericoli sono altri, non meno catastrofici; si ritiene, infatti, che se il bambino durante il parto urta la testa nella clitoride verrà decapitato o comunque ferito a morte. La clitoride è vista dunque come un organo aggressivo che rappresenta una minaccia non solo per mariti e figli maschi, ma estende la sua forza malefica alla donna stessa, rendendola sterile o impedendone la fecondazione, come credono i tagouana della Costa d'Avorio. A ovviare a questi e a molti altri inconvenienti provvede la MGF, che con l'escissione della clitoride elimina l'organo ritenuto il maggiore responsabile di tutti i guai.

I vantaggi attribuiti alla MGF possono essere classificati secondo sei diverse tipologie: sessuale, estetica, igienica, medica, religiosa e sociale. Tutte ad alta densità simbolica, con una serie di impliciti rimandi dall'una all'altra, che nel loro insieme costituiscono un corpus organico di credenze che fa della circoncisione il mezzo migliore per preservare e garantire la purezza, la bellezza, la salute, il valore sociale delle ragazze, mediante la creazione di un ostacolo che ne impedisca i rapporti prematrimoniali. Un ostacolo che rinvia a rappresentazioni, modalità e obiettivi diversi a seconda del tipo di intervento. Mentre l'infibulazione è ritenuta svolgere un'azione profilattica soprattutto nei confronti degli uomini rendendo molto difficile la penetrazione, l'escissione di un organo così sensibile come la clitoride è invece ritenuto un modo per proteggere la donna da se stessa, a causa della natura ingovernabile del sesso femminile, un sesso vorace e promiscuo, affetto da calore e appetiti insaziabili che va in qualche modo domato. In tutte le società in cui è presente, la pratica della MGF è accompagnata da una serie di stereotipi negativi sulla sessualità femminile, che sono tra le motivazioni sostenute con più convinzione per continuare a farla. Le prime ad esserne convinte sono proprio le donne.

Ma se l'escissione ha una funzione di repressione, l'infibulazione ha soprattutto una funzione di prevenzione. Non a caso è una pratica diffusa soprattutto tra le popolazioni nomadi dove l'infibulazione costituisce l'unico rimedio al rischio di brutti incontri per le ragazze che trascorrono la maggior parte della giornata da sole al pascolo con gli animali. Per la famiglia, ma soprattutto per le madri, chiudere tutto è conside-

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

rato il modo più sicuro per mettere al riparo le proprie figlie e prevenire così il pericolo di violenze e stupri.

È noto come un simile intervento renda per la donna assai doloroso, almeno nei primi tempi, il rapporto sessuale, ma di questo non c'è traccia nel repertorio di credenze popolari sull'infibulazione. La sofferenza e il dolore restano un fatto privato. Al suo posto c'è un luogo comune, di segno opposto, che, vero o falso che sia, appare particolarmente efferato perché costituisce l'altra faccia della medaglia, l'altra faccia del dolore. Se l'infibulazione diminuisce la sensibilità erotica delle donne, si dice che all'uomo provochi proprio il contrario e che per lui una vagina infibulata sia come un afrodisiaco, un modo infallibile per aumentarne il piacere. Non è un caso se tra le varie forme di intervento sui genitali femminili l'infibulazione sia quella che accende di più la fantasia. Non tanto quella locale, quanto l'immaginario occidentale per quell'artificio tenebroso racchiuso nel segreto dei corpi, un piacere proibito, erede dello sguardo spossessante del colonialismo.

In realtà, il gioco è più complesso di questa rozza visione occidentalista. Non si tratta di un rapporto efferato dove il piacere dell'uomo si basa sulla sofferenza della donna, bensì di un sottile gioco di potere dove la donna è la prima ad essere fiera di questa sua capacità di dare piacere. Come è stato messo ben in luce molti anni fa da Janice Boddy *"le donne non vogliono ostacolare il proprio piacere sessuale quanto piuttosto accrescere la propria femminilità"*. Tutto il contrario della visione stereotipata di noi occidentali, che continuiamo a credere che l'infibulazione comprometta in maniera irrimediabile la sessualità femminile. Uno stereotipo duro a morire che offende le donne africane e che, stando a ricerche recenti, non corrisponde alla realtà delle donne circoncise, di cui ha preso atto anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che nel rapporto del 1998 ha concluso che se è vero che *"le MGF interferiscono in qualche modo con la risposta sessuale femminile, non necessariamente aboliscono la possibilità di sentire piacere e l'orgasmo"*.

Una performance rituale

Si è visto come le MGF acquistino il loro significato all'interno dei riti di iniziazione, di cui costituiscono l'evento centrale; può anche suc-

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

cedere che in alcuni casi locali o in area urbana, l'elemento cerimoniale sia ridotto al minimo e costituiscano esse stesse la performance rituale.

Ogni operazione si svolge secondo una sequenza fortemente ritualizzata che si ripete immutata da madre a figlia. Tutto accade in un luogo appartato e in un'ora cerimoniale, con un'operatrice che viene da fuori ed è gestita nel segreto di una comunità femminile che, ad operazione avvenuta, si apre e accoglie l'intera comunità o il vicinato, se siamo in città, per festeggiare e riconoscere pubblicamente il nuovo status di donna, quasi sempre accompagnato da doni con forte carica simbolica nei colori e nelle forme.

La casistica è molto ampia ma pur variando enormemente a seconda del tipo di mutilazione, dell'età delle iniziande, e delle abitudini e le tradizioni locali, si svolge secondo una sequenza rituale scandita dalle tre fasi cerimoniali di separazione, margine e aggregazione, che caratterizzano ogni rito di passaggio.

La prima fase è quella di separazione, quando all'alba le bambine da operare vengono portate via da casa e riunite in un luogo lontano da sguardi indiscreti dove avverrà l'operazione. La seconda fase è quella liminale, un periodo di tempo sospeso tra la sofferenza dovuta all'operazione e la cicatrizzazione delle ferite, che le bambine trascorrono sdraiate per terra con le gambe fasciate in un luogo appartato lontano dalla vita di famiglia in attesa della guarigione. La terza e ultima fase è quella di aggregazione, quando vengono reinserite nella comunità in festa e colmate di doni per celebrare il loro ingresso nel mondo femminile.

Ovunque è lo stesso scenario variopinto di donne, di madri, di praticanti, di sorelle, di zie, di nonne, di vicine, e di bambine eccitate di diventare finalmente come le altre, delle donne. Eccitate ma anche impaurite di fronte a quel coltello o quella forbice che le permetterà di accedere al mondo femminile, solo distruggendo le manifestazioni più appariscenti della loro femminilità. C'è infatti una forte pressione sociale da parte delle coetanee, e lo spettro di una emarginazione senza possibilità di riscatto nei confronti di chi vi si sottrae, che vale sia per le madri che per le figlie. Qui è in gioco la coppia puro/impuro sostenuta da un'etica fondata sul sentimento della vergogna, che sommate costituiscono un terribile deterrente. Su questa stessa lunghezza

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

d'onda sono le spiegazioni locali, che in genere si basano su alcuni stereotipi riconducibili tutti alla necessità di controllare e di limitare la sessualità femminile, sentita come qualcosa di ingovernabile e di minaccioso.

Sono qui in gioco due relazioni importanti: quella tra i sessi e quella tra le generazioni, in particolare tra madri e figlie, cui i riti di iniziazione danno una visibilità estrema e drammatica. Quest'ultima è molto più ambigua e controversa di quella tra i sessi che può essere ricondotta a una relazione asimmetrica di dominio, su cui torneremo più avanti. Nella relazione tra madre e figlie convergono antagonismi e pulsioni distruttive che vengono condensate, espresse e neutralizzate nel breve arco di tempo della performance rituale. Sia dal punto di vista delle figlie che trovano nel rito la legittimazione al proprio senso di colpa di volere occupare il posto delle madri, sia dal punto di vista delle madri che "tradiscono" la fiducia delle figlie trasformandosi in carnefici ed esprimendo così la propria invidia verso la loro capacità riproduttiva, per poi una volta compiuto il "passaggio" dimenticare tutto, torture e sofferenze comprese. A rito finito, solo i corpi ne manterranno il ricordo nella forma di una cicatrice delegata a rappresentare il segno della propria appartenenza.

Il prezzo della sposa

Ma da dove viene l'efficacia simbolica delle MGF? Da cosa dipende questo loro potere di conferire senso all'agire degli attori sociali legittimandone appartenenze e identità?

Queste domande sono destinate a rimanere senza risposta fintanto che le MGF continueranno ad essere affrontate isolatamente, così come viene fatto abitualmente da molta letteratura specialistica ma anche dai documenti e dalle politiche delle organizzazioni internazionali e delle persone di buona volontà che si spendono per la loro eradicazione. Trattate come meri fenomeni culturali tali pratiche si presentano opache e indecifrabili, come del resto ci appaiono sempre nella loro arbitraria datità i fatti culturali, e in particolare le usanze, e le credenze degli altri. Per poterne capire di più dobbiamo situarle 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 (MGF) e l'obbligo altrettanto vincolante di offrire in occasione delle nozze il "prezzo della sposa" (*bride-price*).

Si è visto come le MGF siano diffuse su un territorio vasto ed eterogeneo popolato da etnie con lingue, culture e religioni diverse, e come non siano pertanto imputabili né a una particolare etnia, né a una particolare cultura e nemmeno a una particolare religione. La loro diffusione fa pensare piuttosto a qualcosa di trasversale, a un tratto comune che sta al di qua di etnie, religioni e culture. E l'unico tratto comune, che è presente in tutti quei 28 Paesi e i centinaia di gruppi etnici dove sono stabilmente insediate, è il cosiddetto "prezzo della sposa" (*bride-price*), l'insieme dei beni che la famiglia dello sposo cede alla famiglia della sposa in occasione di un matrimonio.

Il matrimonio in Africa è una unione definita da una serie di obblighi contrattuali tra due famiglie, all'interno delle quali le persone che detengono il potere decisionale sono gli uomini e precisamente gli anziani (i nonni), gli adulti (i padri) ed i giovani (i fratelli), cui spetta anche la scelta del coniuge, dato che si tratta sempre di matrimoni combinati dai parenti. Raramente è una libera scelta della coppia, e nel caso lo sia, l'assenso al matrimonio dipende dal benessere dei due gruppi familiari, a cui spetta pure il compito di negoziare il prezzo della sposa da versare come compenso alla famiglia della sposa per risarcirla della perdita di una donna e dei suoi servizi. Ma, nonostante le trattative che vengono fatte tra le due parti circa l'ammontare e le modalità del pagamento, non si tratta di una transazione commerciale. È piuttosto un dono che viene dato in cambio della fertilità della donna e dei suoi servizi.

Il prezzo della sposa (*bride-price*) è dunque il compenso che la famiglia dello sposo versa alla famiglia della sposa in cambio di una donna in moglie. Ma attenzione, in cambio non di una donna qualsiasi, bensì di una donna illibata, intatta, vergine, ovvero operata. Possibilmente chiusa, e ben chiusa nel caso di somale, eritree o etiopi, oppure escissa a dovere in modo da scoraggiarne desideri e rapporti prematrimoniali - tutte condizioni indispensabili per lo scambio matrimo-

niale pena il rinvio della malcapitata alla sua famiglia di origine 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.

Due facce di una stessa medaglia

Dal momento che il prezzo della sposa è il compenso che viene dato in cambio della purezza della donna, risulta a questo punto 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. Tanto è vero che nel caso di un matrimonio per ratto – l'equivalente di quello che era in Sicilia fino agli anni '70 del Novecento il matrimonio riparatore dopo la fuitina – non viene pagato il prezzo della sposa, dal momento che è ormai sfumato il valore sociale della donna, non più assicurato dalla MGF, in seguito si presume dell'avvenuto rapporto sessuale. Dunque senza MGF niente prezzo della sposa. Spesso il ratto diventa la soluzione per i meno abbienti, che ricorrono a questo tipo di matrimonio ogni volta che la famiglia dello sposo non è in grado di affrontarne i costi. E dunque senza prezzo della sposa niente MGF, nel senso che viene meno il loro valore sociale quale fondamento dello scambio matrimoniale.

Il prezzo della sposa è l'altra faccia delle MGF. È ciò che dà senso e coerenza a due mondi così distanti tra loro: un mondo di donne chiuso su se stesso che riproduce di madre in figlia inquietanti metamorfosi del corpo femminile, e un mondo di uomini che su quei corpi ha fondato le proprie strategie di dominio. Le MGF non sono altro che una componente fondamentale del matrimonio in Africa, dove contribuiscono a regolare la gestione delle risorse e la rete complessa degli scambi matrimoniali e delle relazioni sociali.

Ma vediamo che ne è del prezzo della sposa, una volta che è stato acquisito. Benché il suo ammontare e la sua composizione - un tempo in bestiame oggi anche in denaro - siano fissati dal costume, che varia da un'etnia all'altra e dipendano generalmente dallo status sociale delle due parti contraenti, il prezzo della sposa è l'esito di negoziazioni lunghe e complesse. Tanto che in molte società le transazioni

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

in occasione di un matrimonio sono le più importanti nella vita di una persona. Nonostante che non si tratti di una transazione economica vera e propria, il prezzo della sposa rappresenta, infatti, una risorsa di vitale importanza per ogni famiglia, non solo a livello patrimoniale ma soprattutto perché costituisce una specie di fondo cassa che permetterà ai fratelli della sposa di sposarsi a loro volta. Se non addirittura allo stesso padre che potrà così procurarsi una seconda o terza moglie.

Il prezzo della sposa non segue infatti i circuiti di scambio commerciali ma è inserito in un circuito a parte che potremmo definire cerimoniale. In altre parole non viene speso per acquistare merci e beni che circolano sul mercato, ma transita da una famiglia all'altra, venendo ogni volta compensato con una sposa all'interno del sistema di scambi matrimoniali. In questo contesto ogni donna che nasce diventa per il proprio gruppo familiare una risorsa fondamentale che deve arrivare al matrimonio nelle condizioni migliori, ovvero pura. Ma a questo provvedono, come si è appena visto, le MGF che costituiscono secondo le credenze locali il mezzo più sicuro per proteggerne la verginità. Una forma di controllo del corpo femminile che ha lo scopo di predisporre la ragazza per lo scambio matrimoniale, in modo tale che ogni gruppo familiare possa contare su di esse. Non solo per regolare la gestione delle risorse ma anche per gestire la rete complessa degli scambi e delle relazioni sociali, dato che il matrimonio di una figlia non è solo un mezzo per procurarsi un fondo patrimoniale ma è soprattutto un modo di acquisire utili relazioni di parentela.

Le MGF nei contesti migratori

Ma che ne è delle MGF in un contesto di immigrazione? Quali sono le reazioni delle donne immigrate nel momento in cui entrano in contatto con altri corpi e altre abitudini? E come reagisce la società di accoglienza di fronte a usanze non sempre facili da capire?

In una situazione come quella dell'immigrazione, dove riconoscimento e senso di appartenenza sono a rischio e devono essere continuamente confermati e reinventati, le MGF sembrano avere un ruolo importante nei processi di tutela e di legittimazione dell'identità etnica. Tanto da assumere spesso il carattere di una sfida culturale dagli esiti

imprevedibili. Molto dipenderà anche dalle politiche sociali adottate nei confronti delle immigrate, soprattutto a livello locale, ma fino a un certo punto. Comunque sia, vivere in una società diversa dalla propria è un'esperienza che nostro malgrado ci trasforma o in un senso o nell'altro, e, per quanti sforzi o difese si possa cercare di mettere tra sé e il nuovo contesto, tra i propri ricordi e un presente sradicato, non si passa indenni attraverso l'emigrazione. Nonostante che molte delle donne immigrate cerchino di restringere al massimo i contatti e le relazioni con una società che non conoscono e che le spaventa, questa società finisce prima o poi per catturarne l'attenzione, per imporre confronti e sollecitare delle scelte che non avrebbero mai pensato di dover affrontare.

Non sempre però succede così, non sempre il cambiamento va nella direzione che ci si saremmo aspettate, molto spesso sortisce esiti opposti, nel senso che l'incontro con una realtà diversa, invece di stimolare un processo di trasformazione, può provocare una chiusura all'interno della propria cultura, che viene vissuta come un rifugio per sottrarsi alla contaminazione e al contatto con modelli e valori estranei e come tali pericolosi. In questo rapporto conflittuale con il contesto di accoglienza, le MGF svolgono un ruolo molto importante, perché trasformano il corpo di ogni donna in un confine etnico, che scoraggia da entrambe le parti ogni possibile forma di integrazione e che anzi rafforza il senso di appartenenza e l'attaccamento alla propria etnia e alla propria nazione.

Corpi come confini

Le MGF sono anche la porta di accesso alla propria comunità, sono un rituale di ingresso, come lo è ad esempio il battesimo per i cristiani, e come tali costituiscono un punto di non ritorno, che separa chi è dentro da chi sta fuori. Qualcosa che vale per tutti i membri di una comunità, uomini e donne, anche se vigono modalità di accesso distinte. Nelle società africane non sono solo i corpi femminili a essere segnati o mutilati, ma anche quelli dei giovani maschi che soprattutto in passato erano sottoposti a degli interventi cruenti e dolorosi. Per entrambi si tratta di segni lasciati dall'ordine culturale sui corpi, "ferite simboliche", attraverso cui ogni gruppo scrive il proprio nome sui

corpi, imprimendovi un marchio che li trasforma così in portatori della propria cultura. Un marchio di appartenenza ma anche di subordinazione, che vincola gli individui a una identità collettiva e nello stesso tempo li rende oggetto di una strategia di disciplinamento, secondo dispositivi diversi nei confronti dei due sessi.

In particolare, le MGF rappresentano quel “confine etnico”, che segna dall'interno l'appartenenza comunitaria riconvertendola in una espressione biologica, che ne cancella il carattere artificioso e le condizioni della sua produzione. Una forma di “endoassegnazione”, che contribuisce a segnare i confini del “noi”, inteso sia come comunità locale, sia in forma allargata, come quella “comunità immaginata”, che è la nazione¹, destinata con i processi di cambiamento innestati dall'emigrazione a contare sempre di più. È attraverso la mutilazione dei propri genitali che ogni donna si riconosce ed è riconosciuta come membro della propria comunità. Non sottoporsi a tali pratiche significa condannarsi all'emarginazione e alla ripulsa e quindi a una perdita secca di quella insostituibile risorsa simbolica che è l'appartenenza e il riconoscimento comunitario.

Questo carattere di confine etnico emerge e trova conferma anche nella diffusa tendenza a osservare l'endogamia, che è l'abitudine, ma più spesso l'obbligo a scegliere il coniuge all'interno del proprio gruppo di appartenenza, locale o nazionale che sia. Un'usanza tipica delle società tradizionali di cui è restata traccia da noi in quel proverbio claustrofobico, che è “moglie e buoi dei paesi tuoi”, ormai spazzata via dalla modernità. Mentre per quanto riguarda quell'area del mondo l'endogamia appare invece destinata a rafforzarsi con la modernità. Nell'emigrazione assume infatti particolare rilevanza il ruolo delle MGF nella tutela e la legittimazione dell'identità etnica. In mancanza di forme di identità stanziali di riferimento diventa ancora più vincolante il bisogno di quei corpi di donne che sono vissute come il deposito muto di un'appartenenza collettiva insostituibile. Da cui deriva il carattere di sfida culturale che esse possono facilmente assumere in una situazione di immigrazione dove identità e senso di appartenenza

¹ Non è un caso se Jomo Kenyatta, artefice dell'indipendenza del Kenia e padre fondatore della nazione, abbia fatto della circoncisione femminile uno dei cavalli di battaglia della sua politica nazionalista (Aldeeb Abu-Sahlieh, 362).

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

sono a rischio e devono continuamente essere confermate e reinventate.

È qui in questi grovigli di appartenenze comunitarie e asimmetrie di genere che si dispiega e si costruisce la relazione tra i sessi. Una relazione di dominio fondata una forma di disciplinamento del corpo femminile, attraverso cui viene perseguita una strategia di assoggettamento delle donne, secondo procedure che non sono riconducibili a una mera forma di esteriorità, a qualcosa che li condiziona dall'esterno. È piuttosto una costruzione dall'interno che ne addestra i corpi secondo schemi di docilità e ne predispone la confisca da parte di un mondo di uomini che si mantiene estraneo e distante, e che su questa estraneità fonda le proprie strategie di potere. Il loro potere non si esercita su una repressione degli istinti, su meccanismi di coercizione basati su una relazione di dominio del tipo comando/obbedienza, che per essere efficace deve essere esercitata quotidianamente, ma si iscrive nei corpi delle donne mutilandoli e li disciplina una volta per tutte, nel momento stesso in cui li produce. Memoria incarnata della comunità che ha trasformato le donne in portatrici di un complesso sistema economico e simbolico attraverso cui ogni gruppo etnico può riconoscersi e riconfermarsi nel tempo.

Persone ubiquue

Le cicatrici lasciate dalle MGF svolgono un ruolo importante nel conservare la memoria di un gruppo sociale, che si trasmette attraverso i corpi delle donne. Tale memoria incorporata e trasfigurata in natura fa delle donne le custodi discrete di un'identità collettiva che passa così da una generazione all'altra. Sono i loro corpi, corpi confiscati dai simboli di un'affiliazione comunitaria, a costituire il legame fattuale tra presente e passato e a mantenerlo nel tempo. Anche il velo risponde a questo stesso bisogno di suggellare il proprio corpo, che funziona così da confine simbolico, come si è visto ad esempio in Francia, dove la scelta delle ragazze islamiche di andare a scuola con il velo continua a suscitare polemiche e scandalo nella laica società civile francese. Ma nel caso delle MGF la cosa è ancora più radicale, dal momento che sono i corpi stessi delle donne a rappresentare simbolicamente un confine inviolabile, tanto più potente quanto più segreto.

In questo modo il contatto con una società occidentale in luogo di indebolire, come ci aspetteremmo, tradizioni e appartenenze a un mondo ormai lontano molto spesso può finire per rafforzarle. Ma forse quel mondo non è poi così lontano come può sembrare a prima vista. Oggi sono molto cambiati i modi di vivere l'esperienza dell'emigrazione, tanto che ormai si preferisce parlare di "transemigrazione". L'immigrante non è più una persona che sta per sempre e in maniera continuata nel luogo di approdo in cui si è venuto a stabilire, ma mantiene un rapporto ininterrotto e regolare con la propria società di partenza. Questo attaccamento è sempre meno un ricordo sepolto nel cuore che trova sfogo nella nostalgia e nel rimpianto, ed è invece sempre di più un rapporto quotidiano ed effettivo con la propria gente rimasta in Africa, con cui viene mantenuto un contatto regolare attraverso una complessa rete di comunicazioni: un biglietto aereo low cost, la telefonia, una TV satellitare, relazioni commerciali, e traffici di varia natura fatti di doni, di scambi, di merci, e altro.

Invece di indebolire, come accadeva una volta, il rapporto con la propria comunità di origine, le nuove migrazioni diasporiche lo rafforzano, rendendo le persone meno disposte a lasciarsi integrare negli Stati di accoglienza. E nel contempo contribuiscono a formare soggetti ibridi, meticcianti, multilocali che hanno la "capacità di essere 'qui' e 'là' contemporaneamente", in maniera tale da potere partecipare in tempo reale alle decisioni e alla vita della propria comunità di origine. Soprattutto in una materia così delicata e importante come le MGF "è sempre in Africa che si decide". Non solo per la pressione dei familiari che richiedono insistentemente se le bambine siano state circoncidute e, se non lo sono ancora, fanno in modo che ciò avvenga al più presto magari con un viaggio in Africa. Ma soprattutto a livello dell'immaginario, un immaginario ossessivamente concentrato su quello che la propria gente potrà pensare o dire se un giorno decideranno di rimpatriare. È questo pensiero che spinge molte madri dubbiose a decidere di operare le proprie figlie per il timore che vengano emarginate una volta ritornate in Africa. Molto dipende però dal progetto di vita, che non è sempre chiaro perché se la scelta è invece quella di restare e di stabilirsi qua, allora infibulare la propria figlia in una società come la nostra significherebbe esporla al rischio di farne a sua volta un'emarginata.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Media, politiche pubbliche e diritto penale

Tra i tanti usi e costumi “esotici” con cui ci ha messo a contatto l’immigrazione, quello che ha scatenato le reazioni più allarmate sono state, oltre al velo islamico, proprio le MGF. Un argomento di cui la maggioranza degli italiani poco o niente sapeva fino a quando non se le sono improvvisamente ritrovate in casa nel 1997, quando una signora milanese denunciò il marito egiziano che, in occasione di una vacanza nel Paese di origine, aveva fatto circoncidere la figlia di 10 anni e che per questo reato è stato poi condannato a due anni di reclusione con il patteggiamento della pena. Da allora, delle MGF si sono impadroniti i media che ne hanno dato una immagine minacciosa quanto disinformata per raggiungere l’apice nel 2004 con il caso di Firenze, a seguito della proposta fatta da un medico somalo dell’Ospedale di Careggi, il Dottor Omar Abdulcadir, di eliminare l’infibulazione sostituendola con un rito simbolico. Una proposta che dopo essere stata approvata da ben due Comitati di bioetica (locale e regionale) è stata poi bocciata dai media e dalle donne di tutti i partiti dell’arco costituzionale (da Alleanza nazionale a Rifondazione comunista), poiché se era vero che salvava il corpo delle bambine, risparmiando loro una morte atroce o una vita di tribolazioni, questo fu comunque considerato secondario rispetto al fatto che non le liberava dalla soggezione simbolica e dal controllo maschile della loro sessualità.

Fino ad oggi né i media né le istituzioni sono stati in grado di darne un quadro che ne evidenziasse la complessità. Non sempre chi ne parla sembra essere, infatti, a conoscenza della natura delle MGF e nemmeno delle dimensioni che ha assunto il fenomeno in Italia: quasi sempre vengono diffuse cifre gonfiate sulle bambine a rischio nel nostro Paese, raramente ci imbattiamo nel tono giusto, e in molti casi a prevalere è una sindrome da intervento umanitario, che urta la sensibilità delle donne immigrate. Mentre nelle cronache dei giornali e nei dibattiti televisivi le MGF vengono descritte come una pratica barbara che la rende un facile bersaglio della intolleranza razzista pronta a cogliere ogni occasione per denunciare l’incompatibilità degli immigrati con il nostro sistema di vita.

La presenza in Italia di donne, che sono state sottoposte a una qualche forma di mutilazione dei propri genitali, si configura di fatto come una

nuova questione sociale che richiede l'adozione di disposizioni specifiche sul piano di politiche pubbliche dirette a fronteggiare tale fenomeno. Questa specificità è emersa in primo luogo a livello delle strutture sanitarie che si sono trovate a far fronte a un'emergenza, dovuta al tipo di richieste, di patologie e di terapie per le quali il nostro personale medico e paramedico appare scarsamente attrezzato non solo dal punto di vista sanitario ma anche culturale. Ancora più complessa è la questione che si profila sul piano dei diritti di cittadinanza, dove a essere in gioco è il precario equilibrio tra tutela della persona e rispetto delle differenze culturali. Le MGF ci pongono infatti di fronte a una situazione estrema, a un conflitto normativo fondato sull'impossibilità di riuscire a rispettare contemporaneamente i diritti umani di una persona e la sua appartenenza a una cultura che prevede tra i suoi codici la possibilità di attentare all'integrità fisica dei suoi membri.

Il problema è infatti come riuscire a destreggiarsi tra questi due diversi imperativi in una situazione che vede di fatto la norma consuetudinaria del Paese di origine essere più vincolante delle norme e delle leggi del paese di accoglienza. Sul piano giudiziario ci sono due possibilità per dirimere una materia così complessa: creare una figura autonoma di reato come hanno fatto Gran Bretagna, Norvegia e Svezia – e da tre anni l'Italia con la promulgazione della legge 7/2006 - oppure ricondurre le MGF ad altre fattispecie di reato già presenti nel codice penale del Paese ospitante. Ma, al contrario da quanto ci aspetteremmo, è successo che laddove esiste una figura autonoma di reato non risulta che sia mai stata applicata, mentre l'unico Paese europeo in cui sono stati celebrati alcuni processi, risoltisi spesso con condanne lievi, è la Francia dove non esiste una figura autonoma di reato. Ci troviamo qui di fronte a due diverse maniere molto pragmatiche di venire a patti con una situazione di conflitto normativo del tipo muro contro muro, che appare difficilmente negoziabile sul piano meramente giuridico - "*criminalizzare senza perseguire*" versus "*perseguire senza criminalizzare*" - ben sapendo che per le comunità immigrate la sanzione dovuta alla trasgressione della norma consuetudinaria – che equivale a una emarginazione a vita - è sentita come ben più pesante della condanna da parte della legge dello Stato ospitante.

Per quanto riguarda l'Italia, se da una parte l'approvazione della legge 7/2006 può rafforzare il potenziale simbolico della proibizione, dal-

l'altra potrebbe però contribuire all'isolamento delle immigrate rispetto alla comunità di accoglienza. Tanto più che, una volta varata la legge, è venuto meno da parte del Governo ogni impegno sostenuto da adeguate misure sul piano della prevenzione sociale, che aveva indotto il precedente governo alla istituzione di un'apposita commissione interministeriale. E nemmeno è stata accolta, per mancanza di copertura finanziaria, la richiesta del Parlamento europeo di *"riconoscere il diritto di asilo e lo status di rifugiato alle donne alle donne che hanno il coraggio di opporsi alle famiglie e ai gruppi sociali di appartenenza"*.

Autoritarismo patriarcale e diritti umani

La sola sponda che appare al momento in grado di offrire una via di uscita è quella di tentare la via dell'universalismo per sfuggire alla trappola congiunta dell'etnocentrismo e del relativismo. Non un universalismo astratto, né un'idea filosofica forte, bensì quello pragmatico dei diritti umani che secondo Paul Rabinow rappresentano in questo momento l'unico "contro-discorso laico" che permette di esprimersi a tutte le richieste di libertà delle culture locali. Uno dei pochi strumenti per ribellarsi all'autoritarismo patriarcale e istituzionale da parte dei soggetti più svantaggiati come le donne e in particolare le donne dei Paesi di quello che un tempo si chiamava Terzo Mondo. Purché si eviti quella sorta di ottocentesca pedagogia sociale che è stata forgiata sulla difesa diritti umani puntando tutto sull'informazione e l'educazione su cui hanno clamorosamente fallito le organizzazioni internazionali, che, in vent'anni di impegno per eradicare le MGF, non solo non hanno ottenuto risultati di una qualche consistenza e durata, ma hanno visto aumentare il numero delle donne operate da 120 a 130 milioni, mentre il numero delle bambine a rischio è cresciuto passando da due a tre milioni l'anno, secondo i dati forniti dall'ultimo rapporto UNICEF.

Se, senza dubbio, informazione e programmi educativi possono fare molto, non sono però certamente in grado di eliminare un *habitus* così radicato e diffuso nel corpo sociale. Tanto è vero che le campagne contro le MGF promosse da organismi internazionali, ONG e governi locali hanno avuto degli effetti positivi nei confronti di alcune

elite, ma non hanno esercitato alcuna presa sui ceti popolari e le popolazioni rurali.

Questo tipo di policy nasce da una interpretazione del cambiamento che affida illuministicamente allo sviluppo dell'educazione e all'innalzamento del livello culturale la trasformazione delle società. Ma non è solo l'erede di un'ottocentesca pedagogia sociale che ignora le maniere complesse e contraddittorie attraverso cui cambiano le società, e soprattutto di come si trasformano contesti quali quello africano che sono sottoposti a spinte divergenti, dove ogni innovazione si trova a dover fronteggiare l'inerzia di un tessuto tradizionale radicato da sempre nei comportamenti e nelle abitudini delle persone. È anche l'effetto di una concezione molto limitata della funzione che le MGF hanno nel sistema complessivo dei rapporti economici e sociali di tali società.

Un fatto sociale totale

Le MGF non sono una mera pratica culturale ma sono molto di più. Sono un "fatto sociale totale", per riprendere questa felice espressione di Marcel Mauss, piuttosto desueta ma dotata tuttora di grande efficacia euristica. In altre parole, le MGF costituiscono quel particolare tratto (o aspetto) sociale che ha la prerogativa di coinvolgere una pluralità di tratti in cui si articola la società, e che in questo caso si chiamano prezzo della sposa, poligamia, matrimonio combinato, età prematura della sposa e tutto quel che segue. Sono il perno di una struttura economica-simbolica fondata su un sistema complesso di strategie matrimoniali che caratterizza il tessuto sociale di gran parte delle società africane, che hanno investito sulle MGF per il loro potere di disciplinare corpi, vincolare comportamenti e assoggettare persone.

È da qui che si deve ricominciare se vogliamo davvero sradicarle: da un sistema di dominio che stringe in una morsa l'Africa sub-sahariana e dalle istituzioni che contribuiscono a perpetuarlo. A meno che non si voglia continuare a rimuovere un problema, che non si è in grado di affrontare, rubricandolo, in assenza di conoscenze e politiche adeguate, nell'accogliente famiglia degli interventi "umanitari".

Va comunque riconosciuto alle Organizzazioni internazionali e le ONG

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

che si sono prodigate nella battaglia contro le MGF il grande merito di averle fatte conoscere, riuscendo a sensibilizzare l'Occidente e a dare la speranza a milioni di donne di una vita meno travagliata. Da un punto di vista politico la loro scelta di informare e formare appare però inadeguata non solo per gli alti tassi altissimi di analfabetismo (dal 45% all'80%) ma anche per le reali condizioni di esistenza i cui vivono quei 130 milioni di donne da convincere assieme alle rispettive famiglie allargate, sparse su territori sterminati, privi di strade e lontani centinaia di chilometri da centri urbani, che non hanno mai frequentato una scuola, né fatto una telefonata e nemmeno visto un televisore in vita loro. E soprattutto appare utopistico pensare che basti *"spiegare loro che è sbagliato e basta"*, come proponeva Emma Bonino su La Stampa (23, gennaio, 2004), convinta di poter arrivare in tal modo alla *"eliminazione delle mutilazioni entro quindici anni"* (Il foglio 23 gennaio 2004). Non è certo così che si può fare fronte all'inerzia di abitudini millenarie regolate da un complesso meccanismo di potere economico-simbolico fondato sul prezzo della sposa, di cui le MGF sono solo la punta dell'iceberg. Continuare a rubricarle e trattarle come una "pratica culturale" decontestualizzata isolandola come mera violenza misogina equivale a rinunciare in partenza a ogni realistica possibilità di eradicarle, limitandosi a spostare il problema sul piano simbolico, in luogo di misurarsi con la parte sommersa dell'iceberg, ovvero con un sistema patriarcale di dominio e di controllo della riproduzione sociale.

Tipo II: Rimozione totale o parziale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra (escissione).

*Quando è importante distinguere le maggiori varietà documentate si propongono le seguenti suddivisioni: **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.*

Nota: In Francese il termine "excision" è spesso usato come termine generale per tutti i tipi di mutilazione genitale femminile.

segue >>>>>>>>>>>>>>>>>>>

Tipo III: Escissione di parte o di tutti i genitali esterni con cucitura/restringimento dell'apertura vaginale (infibulazione).

Removal of clitoris, part or all of labia minora, with a bringing together of the labia majora to cover the urethra and most of the vaginal opening.

[illegible]

- 116

- condizioni di salute della bambina preesistenti alla MGF, vale a dire se è sana o malnutrita e/o già malata.

Devono essere distinte le **complicanze** che compaiono subito dopo l'operazione di MGF (**immediate o a breve termine**) e quelle che affliggono la donna con MGF per tutta la vita e che devono essere trattate (**tardive**).

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 dal taglio dei genitali che all'emorragia.

L'**emorragia** è la più comune conseguenza della MGF tipo I-II-III, può essere lieve o media, e prolungata per giorni, portando la piccola paziente ad uno stato di anemia; può essere massiccia fino a provocare la morte.

Le **infezioni** della ferita sono molto comuni, causate spesso dalla mancanza di condizioni igieniche e di antibiotici.

Il **dolore è insopportabile** e dura per diversi giorni, viene esacerbato dal contatto con l'urina e, per questo, le bambine si rifiutano di urinare con conseguente **ritenzione urinaria**. Spesso, in questi casi, la ferita viene riaperta per permettere la fuoriuscita dell'urina e poi viene risuturata con ulteriore sofferenza.

Nel caso di utilizzo di attrezzi non sterili c'è anche il rischio di contagiare la bambina con il **tetano**, procurandone la morte. L'uso continuo dello stesso strumento per operare molte bambine provoca, nelle zone dove tali malattie sono diffuse, la trasmissione di **HIV** e di **epatiti**.

Le **complicanze tardive** sono di vario tipo e di varia gravità. 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 con MGF non collega certi disturbi alla mutilazione subita**. Anche quando la donna dice di non aver mai sofferto di alcuna complicanza, approfondendo l'indagine medica emergono dei disturbi che non vengono percepiti come tali perché lei pensa che siano "cose normali" da donne e non complicanze della MGF. Solo con il tempo e con una diversa consapevolezza sulla salute acquisita dopo essere stata curata (per esempio una donna infi-

bulata dopo la deinfibulazione) la paziente conquista un benessere fisico che non credeva potesse riguardare una donna. Molte pazienti inoltre, quando sanno o sospettano che il proprio malessere può essere una conseguenza della MGF, si vergognano di parlarne perché hanno paura di essere giudicate da chi ascolta.

Le più frequenti complicanze tardive sono:

- **Difficoltà ad urinare:** dovuta all'ostruzione dell'apertura urinaria o al danneggiamento del canale da dove fuoriesce l'urina. La minzione, nella donna infibulata, richiede un tempo lunghissimo prima che la vescica si svuoti completamente, a volte anche 20 minuti. Questo è causa di **cistiti** frequenti che rendono la minzione dolorosa.
- **Mestruazioni irregolari e dolorose (dismenorrea):** sebbene sia una complicanza frequente, non è però una complicanza specifica delle MGF.
- **Infezioni della vagina e degli organi pelvici,** specialmente nelle donne infibulate dopo i primi rapporti sessuali.
- **Cisti da ritenzione** nella cicatrice della mutilazione che si formano per l'inclusione nella cicatrice stessa di pezzetti di pelle e ghiandole sebacee che continuano a produrre sebo. Con il tempo la ciste cresce fino ad assumere dimensioni notevoli e va asportata chirurgicamente.
- **Difficoltà ad avere figli (infertilità e sterilità):** la maggior parte delle volte dovute alle infezioni, che possono provocare danni irreparabili agli organi della riproduzione e soprattutto alle tube. Anche questa complicanza non è specifica delle MGF.
- **Cicatrici voluminose sulla vulva (cheloidi):** queste rare formazioni restringono l'orifizio vaginale, causando l'impossibilità di avere rapporti sessuali.
- **Difficoltà di uscita del sangue mestruale** nelle donne infibulate vergini. In alcuni casi è necessario incidere la cicatrice per farlo defluire e per togliere i coaguli stipati in vagina (ematocolpo) e a volte anche nell'utero (ematometra).
- **Dolori durante i rapporti sessuali (dispareunia) e paura del rapporto sessuale:** sono praticamente una conseguenza inevitabile. La penetrazione dell'organo sessuale maschile risulta dolorosa per entrambi, difficile e a volte impossibile, e abbastanza spesso bi-

sogna praticare un intervento chirurgico riparativo come la deinfibulazione nella donna infibulata per permettere un rapporto penetrativo normale.

- **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 della cicatrice (deinfibulazione intrapartum) e all'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, uretrali e rettali e a **perforazioni o lesioni tra la vagina e la vescica o tra la vagina e il retto (fistole)**. Le fistole sono rare in Occidente per il frequente ricorso, in questi casi, al taglio cesareo, ma sono frequentissime nei Paesi d'origine. In tali casi può accadere che le feci e le urine possono uscire dalla vagina e sono causa spesso di abbandono da parte del coniuge, di emarginazione, di suicidio. Un'ulteriore possibile complicazione dove il parto avviene in contesti non sanitari è rappresentata dalla rottura dell'utero, complicazione temibile sia in termini di morbidità e mortalità 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.

Altre **complicanze** sono quelle **psicologiche e sessuali**. Le più importanti **difficoltà psicologiche** sorgono soprattutto nell'esperienza dell'emigrazione, con il confronto, sia per le giovani che per le donne adulte, con i modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile occidentali.

Alcune donne vivono un senso di umiliazione, di impotenza e di inibizione che accompagnano perennemente la loro vita, altre riferiscono

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 alle problematiche sessuali dobbiamo chiarire che fino a poco tempo fa gli studi sulle conseguenze ad esse connesse sono stati spesso contraddittori e non basati sulla conoscenza anatomo-fisiologica della normale risposta sessuale femminile. Studi recenti correlati alla fisiologia e all'anatomia degli organi del piacere sessuale dimostrano che le strutture della risposta orgasmica e la parte interna del clitoride, del vestibolo vulvare e dell'uretra rimangono intatte in tutti i tipi di MGF; infatti, sarebbe impossibile "sradicare" l'intero clitoride senza provocare lesioni fatali e la morte della bambina.

Nessuno è in grado di riferire quanti di questi casi mortali avvengono nei Paesi in cui è diffusa la MGF. Ricerche confermano che molte donne con MGF, anche severe, continuano ad avere piacere sessuale e orgasmo. In caso di disfunzioni non bisogna quindi presumere di averne identificato la causa sicura nella MGF senza indagare l'attuale situazione della paziente. È probabile che sia una donna con un problema sessuale esattamente come una donna con genitali integri, che necessita di diagnosi e trattamento adeguati 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.

Concludiamo dicendo che il mediatore culturale non è un medico (come anche tutti gli altri operatori non sanitari) e quindi non avrà

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

possibilità di constatare e diagnosticare direttamente una determinata patologia a meno che non ne venga informato dalla paziente stessa. Ma grazie alla sua conoscenza e competenza anche in materia di complicità da MGF sarà in grado di consigliare o di inviare una paziente con MGF alle strutture competenti come consultori, ospedali, ginecologi, pediatri, urologi, inoltre può svolgere il fondamentale compito di informare le famiglie e le donne con cui verrà a contatto di tutte quelle patologie possibili che affliggerebbero le loro bambine in caso di MGF.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

3. Le mutilazioni genitali femminili: quadro legislativo e normativo

*Avv. Francesco Di Pietro, Avvocato,
Foro di Perugia, esperto di Diritto dell'Immigrazione.*

Cenni storici

La circoncisione era prevista e disciplinata già nella legislazione romana. Esattamente, *“essa, nel diritto romano classico, pur se praticata su uno schiavo, fu incriminata ed assimilata - dal punto di vista del trattamento penale - alla castrazione”*. La sanzione prevista era sostanzialmente quella sancita per l'omicidio, cioè la pena capitale. Sul finire dell'epoca classica e l'inizio di quella postclassica, si assistette ad un progressivo distaccamento della fattispecie della circoncisione da quella dell'omicidio a cui era pur sempre connessa, trasformandosi in autonoma figura di reato. Il Digesto giustiniano, da parte sua, fissava quale principio generale l'indisponibile integrità della persona nel proprio essere fisico¹.

La legge n. 7/2006 ed il reato di Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 583 bis c.p.)

La legge 9 gennaio 2006, n. 7 recante *Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile* (in G.U. 18 gennaio 2006, n. 14, ed in vigore dal 2 febbraio 2006), dopo quattro anni di *gestazione parlamentare*², introduce: A)

¹ CASSANO G., PATRUNO F., *Mutilazioni genitali femminili*, in *Famiglia e diritto*, 2007, 2, 179.

² La legge trae origine dal d.d.l. AS 414 di iniziativa parlamentare, presentato il 9 luglio 2001 dal senatore Giuseppe Consolo (Alleanza nazionale) e poi approvato in

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

disposizioni sanzionatorie penali (art. 6) ed amministrative (art. 8); *B*) norme a carattere preventivo (quali la promozione di attività volte alla prevenzione ed all'assistenza alle vittime); *C*) l'acquisizione di dati (art. 2); *D*) la predisposizione di campagne informative rivolte agli immigrati provenienti dai Paesi in cui sono effettuate le MGF (al momento del rilascio del visto presso i consolati italiani ed al loro arrivo alle frontiere italiane); *E*) la promozione di iniziative di sensibilizzazione; *F*) l'organizzazione di corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza; la promozione di programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo; la promozione del monitoraggio dei casi di MGF presso le strutture sanitarie (art. 3); piani di formazione per personale sanitario (art. 4); l'istituzione di un numero verde (art. 5); la previsione di programmi di cooperazione internazionale.

Si tratta di forme di pubblicizzazione del divieto legislativo, connesse all'esigenza di evitare dubbi in merito alla possibilità di invocare l'art. 5 codice penale (in seguito, "c.p.") sull'ignoranza inevitabile della legge penale³.

La Legge 7/2006 ha introdotto nel c.p. due nuove fattispecie penali (art. 583 *bis* c.p.), destinate ad occupare l'ambito applicativo sinora proprio del reato di lesioni personali⁴.

testo unificato che ha assorbito le altre proposte legislative presentate alla Camera (d.d.l. n. 150, 3282, 3967, 4204, 3884, di diversi deputati di partiti di centrodestra).

³ CASSANO G., PATRUNO F., *op. cit.*, 179.

⁴ Si ha notizia (Cfr. Ansa, 4 aprile 2006, www.ansa.it; *Stranieriinitalia*, www.stranieriinitalia.it, alla pagina: <http://www.stranieriinitalia.it/news/mutilazioni5apr2006.htm>) del primo arresto, a Calmiero (Verona), in applicazione della legge 7/2006. La polizia ha arrestato una donna nigeriana di 43 anni, residente a Verona, per tentata mutilazione degli organi genitali di una neonata di appena 14 giorni. Gli inquirenti seguivano da giorni la donna, già sospettata di praticare infibulazioni a domicilio e quando l'hanno vista entrare nell'abitazione dei genitori della bambina (anche loro di origine nigeriana, e che avevano chiesto il suo intervento per eseguire l'operazione) con una borsa sospetta hanno deciso di intervenire. Tutto era pronto per l'intervento. La piccola era già stata denudata e i genitori la tenevano ferma mentre la donna prendeva dalla sua borsa gli attrezzi per intervenire. La borsa conteneva forbici chirurgiche, flaconi di sostanza anestetizzante e di antibiotico, garze e olii emollienti. Le indagini hanno accertato che pochi giorni prima la stessa nigeriana, che secondo la ricostruzione della polizia praticava per 300 euro sia circoncisioni che clitoridectomie,

Prima di tale legge, l'unica forma di *repressione penale* passava per gli artt. 582 e 583 c.p., in tema di lesioni personali (*gravi* in caso di pericolo per la vita; e *gravissime* in caso di malattia insanabile)⁵. L'introduzione di una norma incriminatrice *ad hoc* è dovuta, a detta dei proponenti la legge, alla intollerabilità delle condotte di mutilazione ed alla inadeguatezza delle norme *generali* in tema di lesioni personali: **l'intenzione del legislatore** è quella di fornire una risposta efficace al fenomeno delle MGF.

La legge n. 7/2006 si apre (art. 1) con una enunciazione delle finalità (*prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di MGF quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine*), e con un **richiamo** espresso agli artt. 2, 3 e 32 della Costituzione italiana, ed alla *Dichiarazione* ed al *Programma*

aveva eseguito un intervento di questo tipo su un'altra piccola di due mesi. Anche i genitori della bambina sono stati denunciati. arresto, a Calmiero (Verona), in applicazione della legge 7/2006. La polizia ha arrestato una donna nigeriana di 43 anni, residente a Verona, per tentata mutilazione degli organi genitali di una neonata di appena 14 giorni. Gli inquirenti seguivano da giorni la donna, già sospettata di praticare infibulazioni a domicilio e quando l'hanno vista entrare nell'abitazione dei genitori della bambina (anche loro di origine nigeriana, e che avevano chiesto il suo intervento per eseguire l'operazione) con una borsa sospetta hanno deciso di intervenire. Tutto era pronto per l'intervento. La piccola era già stata denudata e i genitori la tenevano ferma mentre la donna prendeva dalla sua borsa gli attrezzi per intervenire. La borsa conteneva forbici chirurgiche, flaconi di sostanza anestetizzante e di antibiotico, garze e olii emollienti. Le indagini hanno accertato che pochi giorni prima la stessa nigeriana, che secondo la ricostruzione della polizia praticava per 300 euro sia circoncisioni che clitoridectomie, aveva eseguito un intervento di questo tipo su un'altra piccola di due mesi. Anche i genitori della bambina sono stati denunciati.

⁵ Secondo AMATO G., *L'introduzione in Italia di un apposito reato è una innovazione opportuna ma perfettibile*, in Guida al diritto – Il Sole 24ore, 5, 2006, p. 28, l'art. 583 bis c.p. colma invece una lacuna normativa. Infatti, in caso di donne maggiorenti consenzienti alle MGF, non si poteva fare applicazione degli artt. 582 e 583 c.p., in quanto quest'ultime disposizioni presuppongono il dissenso. La pratica di MGF, verso donne adulte e consenzienti, sarebbe una situazione analoga alla sterilizzazione volontaria. Ma, il reato di *procurata impotenza alla procreazione* (art. 552 c.p.) è stato abrogato dalla legge 22/5/1978, n. 194, e ne è derivata l'*abolitio criminis*, con inapplicabilità dell'art. 583, comma 2, n. 3, c.p., in quanto richiede il dissenso della persona offesa. Allo stesso modo, gli artt. 582 e 583 c.p. non possono applicarsi alla situazione simile di MGF verso donna consenziente.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

di azione approvato alla *Quarta Conferenza ONU sulle donne*, a Pechino nel settembre 1995.

Passando all'esame del nuovo art. 583 bis c.p., si osserva innanzitutto che, dalla **collocazione sistematica** (subito dopo l'art. 583 c.p. sulle circostanze aggravanti delle lesioni personali dolose) si intende qualificare le MGF come una particolare forma di lesione personale aggravata.

Sono due le fattispecie penali contenute nel nuovo art. 583 bis c.p.: il delitto di **mutilazioni genitali** e quello di **lesioni genitali**.

Il primo comma contiene il **delitto di mutilazioni genitali**. Viene punito con la reclusione da quattro a dodici anni, *chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili*.

Invece, il secondo comma è il **delitto di lesioni genitali**, e prevede la reclusione da tre a sette anni per *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*.

Quest'ultima è una figura autonoma di reato, diversa da quella di cui al primo comma. A tale conclusione si giunge considerando l'esistenza del dolo specifico, la diversa oggettività e l'esistenza di autonomi elementi circostanziali⁶. Qui vi rientrano, pertanto, *"tutti i tipi di aggressione agli organi genitali femminili esterni produttivi di una malattia nel corpo e nella mente, purché non consistenti in una mutilazione, totale o parziale degli stessi"*⁷.

In entrambe le fattispecie, il **reo** è *chiunque*: si tratta di un reato comune, che può essere commesso da un cittadino italiano o da uno straniero. La **vittima** è una persona di sesso femminile (donna o bambina), posto che si parla di mutilazione e lesione degli organi genitali femminili.

L'**oggetto materiale** su cui ricade l'azione delittuosa (comune ad entrambe le fattispecie) sono gli *organi genitali femminili*. *"Come ri-*

⁶ Vanzan A., Miazzi L., *Modificazioni genitali: tradizioni culturali, strategie di contrasto e nuove norme penali*, in *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, 1, 2006, p. 27.

⁷ Basile F., *Il commento (alla Legge n. 7-2006)*, in *Diritto Penale e Processo*, 6, 2006, p. 687.

sulta dalla letteratura medica, sono tali le gonadi (o ovaie); le vie genitali, ossia le tube uterine (o trombe di Falloppio), l'utero e la vagina; i genitali esterni (anche detti vulva o pudendo muliebre"⁸. Ma, se nel significato letterale, la locuzione richiama tutti i citati organi, un'interpretazione restrittiva di scopo dell'art. 583 bis c.p., permette di riferirsi ai soli organi *esterni*, quali: monte di Venere; grandi labbra; piccole labbra; clitoride; vestibolo della vagina; bulbi del vestibolo; ghiandole vestibolari ed imene⁹. Sono esclusi, invece, le gonadi e le vie genitali interne. A tale conclusione, si giunge anche dalla comparazione giuridica: la legislazione di altri Paesi precisa che oggetto materiale sono gli organi genitali femminili esterni; altri precisano, maggiormente, che si deve trattare di clitoride, piccole labbra e grandi labbra. Inoltre, i tipi di MGF conosciute dal mondo scientifico hanno tutte ad oggetto gli organi genitali esterni.

Se poi si pensa al fatto che, sul piano culturale ed antropologico, le MGF sono uno strumento di limitazione del piacere sessuale femminile, poiché sono gli organi genitali femminili esterni (riccamente innervati e quindi sensibili) a provocare il piacere, ne consegue che sono solo questi l'oggetto materiale. Viceversa, gli organi genitali interni svolgono solo una funzione procreativa e questa non vuole, sempre sul piano culturale, essere eliminata dalle pratiche: anzi lo scopo di esse è proprio quello di favorire la procreazione¹⁰.

Bene giuridico tutelato è l'integrità psico-fisica della donna e, in senso più ampio, il suo diritto alla salute (visto l'espresso richiamo all'art. 32 Cost., contenuto nell'art. 1 della legge 7/2006); inoltre, visto che le MGF sono uno strumento di controllo esterno sul corpo e sulla sessualità della donna, oggetto di tutela è anche la dignità personale. Entrambe le fattispecie sono costruite quali **reati di danno**: l'evento dannoso è, in riferimento al comma 1, la *mutilazione degli organi genitali*; in riferimento al comma 2, l'evento sono le *lesioni agli organi ge-*

⁸ Basile F., *op. cit.*, p. 686.

⁹ Circa l'imene, si specifica che secondo la dottrina relativa all'art. 583 c.p., la sua rottura non è lesione gravissima per perdita dell'uso di un organo, in quanto non svolgendo una funzione biologica specifica, non è organo in senso giuridico. Cfr. *ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*.

nitali femminili diverse da quelle indicate al primo comma, da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente.

La **condotta** incriminata consiste nel *cagionare* (comma 1) e nel *provocare* (comma 2) l'evento descritto. Il reato è a forma libera.

La fattispecie di cui al comma 1 contiene l'**elemento descrittivo** di *mutilazione degli organi genitali femminili*; e, al secondo periodo, precisa che si intendono come tali, *la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo*. All'interno di tale definizione, solo il termine *clitoridectomia* ha una compiuta valenza descrittiva; per i termini di *escissione* ed *infibulazione* occorre fare riferimento alla quadripartizione delle MGF effettuata dall'OMS.

Circa la clausola finale di genere *qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo*, sulla scorta di una valutazione di similarità con i termini *clitoridectomia, escissione e infibulazione*, è possibile ricondurre ad essa qualsiasi altra pratica che cagioni la mutilazione, quali l'ablazione, l'asportazione, la resezione, il distacco totale o parziale di uno o più organi genitali esterni (es. ablazione delle piccole labbra; asportazione del prepuzio clitorideo; raschiatura delle grandi labbra; distacco di altri tessuti del vestibolo vaginale).

Le due fattispecie incriminatrici si dovevano **distinguere** tra loro, secondo le iniziali intenzioni dei relatori¹¹, a seconda della gravità della pratica di MGF: per cui, le condotte di clitoridectomia, escissione ed infibulazione, dovevano essere punite con le più gravi previsioni sanzionatorie di cui al primo comma; invece, le altre forme meno gravi (il quarto tipo di MGF) sarebbero dovute rientrare nell'ambito applicativo residuale del comma 2.

Ma tale volontà non si è coerentemente tradotta in norma. Infatti, la *lettera legis* non descrive un'incriminazione delle prime tre forme più gravi, nel comma 1; e delle altre forme meno gravi, nel comma 2. Al contrario, tutti i quattro tipi di MGF individuati dall'OMS sono sanzionati al comma 1; in cui, dopo l'elencazione nominativa delle tre forme di mutilazione, si annette l'espressione *qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo*.

¹¹ Cfr. Camera dei Deputati, Atti Parlamentari, Commissioni riunite II Giustizia e XII Affari sociali, seduta del 12 febbraio 2004, Resoconto, pp. 6 ss.

Secondo una dottrina, con tale dicitura si persegue il fine “*di punire le condotte che determinano la menomazione diversamente, come ad esempio attraverso l'impiego di farmaci o con pratiche oggi ignote*”¹². Quindi, anche le MGF del quarto tipo (le forme più lievi) ricadono nell'ambito applicativo del primo comma. Ma la conseguenza di tale *sciatteria legislativa*¹³ consiste nel rendere incerta la distinzione tra le due fattispecie, e, principalmente, nel rendere quasi nullo la sfera di applicazione del comma 2¹⁴.

¹² VANZAN A., MIAZZI L., *op. cit.*, p. 27.

¹³ Così per NATALINI A., *Mai più ferite tribali al corpo delle donne*, in *Diritto e Giustizia*, 5, 2006, p. 101.

¹⁴ CESQUI E., *Le mutilazioni genitali femminili e la legge*, in *Questione giustizia*, 4, 2005, p. 755. L'autore commenta il d.d.l. S414/B.

Secondo TURILAZZI E., NERI M., *Luci e ombre nella legge in tema di mutilazioni genitali femminili: una visione di insieme medico-legale*, in *Riv. It. Medicina legale*, 2006, 2, 286, “Ciò che si punisce con l'art. 583-bis (comma 1) non sembra essere assimilabile ad una generica lesione personale, quanto piuttosto ad una lesione personale indotta attraverso particolari modalità che la legge specifica e, cioè, la clitoridectomia, l'escissione e l'infibulazione, quasi a configurare un reato a forma vincolata. La clitoridectomia, la infibulazione e la escissione non rappresentano, infatti, esse stesse l'evento dannoso concretizzato in capo alla donna, ma le modalità di una condotta produttiva di un evento finale e, cioè, della mutilazione dei genitali femminili. Lo stesso comma prevede, però, anche *qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo*, riconducendo il reato al cagionare una mutilazione degli organi genitali, con una previsione caratteristica dei reati cosiddetti di evento, dei reati, cioè, a forma libera, indipendenti dalle modalità con le quali tali lesioni sono provocate. In definitiva, sembrerebbero rientrare nella fattispecie qui prevista tutte quelle pratiche produttive di una qualche mutilazione dei genitali femminili; ridondante e solo a scopi esemplificativi sembra allora essere l'esplicito richiamo della norma alla clitoridectomia, alla escissione ed, infine, alla infibulazione, soprattutto ove si rammenti che nella già citata definizione di mutilazione genitale femminile fornita dalla WHO si individua come mutilazioni genitali femminili, oltre a quattro tipi ben specificati, ogni altra procedura che rientri nella definizione data precedentemente. Anche il comma successivo secondo cui *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* solleva qualche dubbio interpretativo. Immediata ed inevitabile, infatti, si impone la domanda in merito alla natura di queste lesioni diverse agli organi genitali, posto che sembrano non potersi essere ricomprese le mutilazioni (già espressamente previste dal comma precedente) e che, in quanto le-

La dottrina volta a ricostruire l'ambito applicativo del comma 2, ritiene che la distinzione tra i due reati è rappresentata dall'effetto provocato, che si sostanzia nella *mutilazione* dell'organo genitale femminile: pertanto, le pratiche che implicano la rimozione totale o parziale dei genitali femminili rientrano nell'ambito del comma 1, e non vi rientrano invece quelle che provocano lesione senza mutilazione (sanzionate invece dal comma 2)¹⁵. Tali sarebbero le MGF del quarto tipo, nonché la produzione di una piccola escoriazione del clitoride per far stillare alcune gocce di sangue; previa verifica dell'“effettivo innesco di un processo morboso, produttivo di una riduzione apprezzabile di funzionalità degli organi interessati”¹⁶.

In entrambe le fattispecie è presente la *clausola negativa* di **assenza di esigenze terapeutiche**, per cui il soggetto attivo è punito solo se compie il fatto, appunto, in assenza di esigenze terapeutiche. Quindi, argomentando *a contrario*, ad escludere la sussistenza del fatto tipico è un effettivo e riscontrato stato patologico della donna, per la cui terapia è necessaria l'esecuzione di operazioni astrattamente illecite ai sensi dell'art. 583 bis c.p.¹⁷.

sioni... da cui derivi una malattia nel corpo o nella mente già possono integralmente ricadere nell'offesa alla integrità fisica o psichica prevista e sanzionata dagli artt. 582 e 583 c.p.”

¹⁵ AMATO G., *op. cit.*, pp. 23-24. Esempi di lesione senza mutilazione sono: la cauterizzazione del clitoride; l'introduzione nella vagina di sostanze allo scopo di restringerla; il *piercing* o l'incisione del clitoride o delle labbra; l'incisione della vagina.

¹⁶ BASILE F., *op. cit.*, p. 687.

¹⁷ Secondo NATALINI A., *op. cit.*, p. 101, un esempio è il cambiamento di sesso. Ma, anche senza la clausola *in assenza di esigenze terapeutiche*, l'operazione di cambiamento di sesso non avrebbe egualmente integrato l'art. 583 bis c.p., in quanto espressamente prevista e disciplinata dalla legge 14 aprile 1982, n. 164 (*Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso*). La legge australiana e quella neozelandese contengono l'espressa precisazione che non costituiscono reato le operazioni chirurgiche di cambiamento del sesso.

Al riguardo, dalla comparazione giuridica si trae che non costituisce reato eseguire un'operazione chirurgica su una ragazza, necessaria per la sua salute fisica o mentale; od un'operazione chirurgica su una ragazza sul punto di partorire, o che ha appena partorito, per esigenze connesse al parto o alla nascita.

È da chiedersi se l'*esigenza terapeutica* di cui all'art. 583 bis c.p. possa riguardare la salute mentale della donna, e comprendere anche i casi in cui la stessa voglia es-

Tale clausola pone problemi in sede di accertamento del dolo: è infatti necessaria, in capo al reo, la consapevolezza dell'assenza di esigenze terapeutiche. Ma quest'ultime devono essere valutate dal giudice sulla scorta delle valide acquisizioni della scienza medica italiana. Qualora, però, tali acquisizioni divergano da quelle possedute da chi ha effettuato la MGF (spesso questi è convinto che l'operazione è utile alla salute psico-fisica della donna), questi agisce ritenendo presenti le dette esigenze terapeutiche: assenti sul piano oggettivo del fatto tipico, ma presenti sul piano soggettivo della rappresentazione¹⁸. È una difficoltà probatoria del dolo.

Secondo una diversa dottrina¹⁹, invece, l'onere probatorio del dolo (in capo all'accusa) è facilmente assolvibile quando l'intervento è effettuato da un non sanitario (es. una cd. mammana) ed in condizioni igieniche precarie: è evidente l'insussistenza di un fine terapeutico perseguito o perseguibile. Nel caso di sanitario, il dolo si ravvisa nell'incompatibilità degli interventi demolitivi con le finalità terapeutiche. Però, è plausibile che un non sanitario si *rappresenti* le finalità tera-

sere sottoposta a MGF, per non essere oggetto dell'isolamento e del discredito che la propria comunità riserva alle donne non infibulate. Il danno della persona non mutilata derivante dall'isolamento sociale potrebbe essere infatti maggiore del danno dell'operazione (cfr. PITCH TAMAR, *Il trattamento giuridico delle mutilazioni genitali femminili*, in *Questione giustizia*, 3, 2001, p. 506).

Una simile interpretazione svuoterebbe, però, di contenuto e di significato la nuova norma. Tanto più che le leggi di altri Paesi ritengono che per valutare la salute mentale della donna, è irrilevante che lei stessa od un'altra persona, ritengano che la mutilazione sia obbligatoria in forza di un dato costume o rituale: forse sarebbe stata opportuna una precisazione del genere all'interno della nuova norma. Secondo PAGANELLI M., VENTURA F., *Una nuova fattispecie delittuosa: le mutilazioni genitali femminili*, in *Rassegna italiana di criminologia*, 3-4, 2004, p. 466, nelle MGF non vi è mai nulla di effettivamente terapeutico, anzi esse determinano solamente un grave danno per la salute della donna e, in alcuni casi, un pericolo di vita. Secondo AMATO G., *op. cit.*, p. 23, non sono volti a soddisfare una esigenza terapeutica le finalità di purificazione, iniziazione nell'età adulta, ecc.: l'esigenza terapeutica rilevante può ravvisarsi solo in un intervento, praticato da un sanitario, volto a curare una determinata alterazione organica od un disturbo funzionale del corpo o della mente.

¹⁸ BASILE F., *op. cit.*, p. 687. In assenza della consapevolezza, l'autore sarà egualmente punito ex artt. 582 e 583 c.p.

¹⁹ AMATO G., *op. cit.*, p. 23.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

peutiche, sebbene insussistenti di fatto. Tale rappresentazione sarà assente, visto la diversa istruzione e formazione, per un sanitario.

Particolari problemi sono posti dalla riconducibilità al reato in esame della cd. **deinfibulazione**, cioè la rimozione, totale o parziale, della sutura delle grandi labbra della donna infibulata, con conseguente riapertura, totale o parziale, del canale vaginale. Tale operazione viene effettuata spesso prima del matrimonio; o per consentire il primo amplesso; o in vista o durante il parto. Secondo la dottrina, anche se pure la *deinfibulazione* rientra nel complessivo rituale delle MGF, quale strumento di controllo della sessualità femminile, non integra la fattispecie di cui all'art. 583 *bis* c.p. in quanto praticata per *esigenze terapeutiche*: serve a ripristinare le funzioni sessuali della donna. È esclusa la tipicità del fatto²⁰.

Conclusioni diverse sono, invece, per la **reinfibulazione**. Questa consiste nell'effettuare una nuova sutura dei lobi vulvari in una donna prima infibulata e poi deinfibulata (spesso al fine di partorire). Poiché non si produce alcuna mutilazione (si interviene su un corpo già mutilato), non è integrato il reato di mutilazione di cui al comma 1, bensì quello di lesione di cui al comma 2, *“giacché essa, rispetto alla fase anteriore della deinfibulazione (in cui la donna ha i genitali esterni mutilati, ma il canale vaginale non suturato), produce una riduzione apprezzabile di funzionalità degli organi genitali esterni a causa della nuova restrizione del canale vaginale, con conseguente difficoltà, tra l'altro, all'amplesso sessuale, alla minzione, al flusso del sangue mestruale”*²¹. Sul punto si registrano anche precise prese di posizione da parte di vari organismi scientifici. “Il *British College of Obstetricians and Gy-*

²⁰ BASILE F., *op. cit.*, p. 688. Nello stesso senso: TURILAZZI E., NERI M., *op. cit.*, 286, che ulteriormente osservano che “la defibulazione, che sottende numerose e precise indicazioni mediche, vieppiù avvalorate da vastissima letteratura ad hoc, rappresenta una pratica consolidata che, preceduta da adeguato *counselling*, non deve e non può prescindere dalla garanzia fondamentale di un corretto rapporto operatore sanitario-paziente e, cioè, da una adeguata opera informativa della donna stessa circa le modalità dell'intervento chirurgico e, soprattutto, sui cambiamenti di alcuni aspetti e della qualità, in generale, della vita”.

²¹ *Ibidem*. Nello stesso senso: AMATO G., *op. cit.*, pp. 23-24. La questione lascia un eccessivo spazio all'interpretazione del giudice (inevitabilmente dipendente da CTU medica). Sul punto anche: CASSANO G., PATRUNO F., *op. cit.*, 179.

naecologists raccomanda che *surgery can be performed for purposes connected with labour or birth, but that it is illegal to repair the labia intentionally in such a way that intercourse is difficult or impossible. According to these recommendations, surgery may be performed for mental health reasons, but not as a matter of custom or ritual*". Posto che la reinfibulazione è sicuramente *medically harmful*, valgono per essa le medesime obiezioni, sul piano della fattibilità e liceità, della mutilazione genitale iniziale; si tratta, in altri termini, di *medically unnecessary, socially contrived procedure which should not be given respectability by medicalization*"²².

Il **tentativo** è configurabile²³. Al riguardo, però, si impongono alcune precisazioni. Infatti, se una condotta è tesa a realizzare una *mutilazione* degli organi genitali femminili, con le pratiche di cui al comma 1, si arresta alla fase del tentativo e provoca alla donna *lesioni*, nei termini di cui al comma 2, si applica, qualora sussista anche il dolo specifico di menomare le funzioni sessuali, il comma 2 e non il combinato del comma 1 e dell'art. 56 c.p.²⁴. Nel comma 2 rientrano sia le condotte lesive che non si sono sostanziate in mutilazione, sia le mutilazioni *incompiute*, cioè tentate, che hanno cagionato solo lesioni.

Esiste, però, anche un residuale spazio del tentativo del delitto di cui al comma 1: quando la condotta univoca ed idonea non ha in concreto provocato lesioni agli organi genitali femminili, da cui sia derivata una malattia nel corpo o nella mente. Tale tentativo di mutilazione sarà astrattamente punito con pene più elevate (otto anni, nel massimo) della lesione consumata (sette anni): il che lascia un po' perplessi.

Anche il delitto di cui al comma 2 è configurabile nella forma tentata, relativamente alle condotte rimaste *incompiute* inequivocamente e univocamente dirette a provocare solo lesioni, e non mutilazioni.

²² TURILAZZI E., NERI M., *op. cit.*, 286.

²³ Il reato è configurabile nella forma tentata, "trattandosi di reati ad evento naturalistico distaccato dalla condotta". Cfr. NATALINI A., *op. cit.*, p. 101.

²⁴ AMATO G., *op. cit.*, p. 25. "Il legislatore, con la previsione del comma 2 dell'articolo 583-bis del Cp, con lo scopo evidente di evitare il rischio di possibili spazi di impunità, ha finito, forse inconsapevolmente, (anche) con l'anticipare la soglia della punibilità, *sub specie* di reato consumato, a condotte che, diversamente, avrebbero integrato, semmai, solo il tentativo dell'attività di *mutilazione*".

L'**elemento soggettivo** è, nella fattispecie di cui al comma 1, il dolo generico: rappresentazione e volontà della mutilazione.

Mentre, nella fattispecie di cui al comma 2, è il dolo specifico; infatti oltre alla generica rappresentazione e volontà dell'evento dannoso (una malattia nel corpo o nella mente), è richiesto l'ulteriore fine di menomare le funzioni sessuali.

Tale elemento finalistico determina la differenza tra il delitto in esame e quello di lesioni personali (altrimenti perseguibili a querela di parte ex art. 582 c.p.)²⁵.

Secondo la dottrina, la previsione del dolo specifico comporta diversi problemi e difficoltà di interpretazione per la corretta applicazione della norma. In primo luogo, il fine deve essere solo perseguito, ma non deve verificarsi naturalisticamente, altrimenti ci sarebbe una effettiva mutilazione e si ricadrebbe nella più grave ipotesi di cui al comma 1²⁶. Tale finalità è, poi, di difficile dimostrazione e ricostruzione nell'analisi dello specifico processo volitivo del soggetto, specie quando la mutilazione non avviene²⁷.

Inoltre, il fine di menomare le funzioni sessuali può nascondere delle insidie dal momento che la condizione psicologica nella quale si trova l'agente è del tutto peculiare e soprattutto manca assolutamente del fine di ledere l'altra persona: questi non ha il fine di ledere, anzi in realtà ha il fine di curare e sanare, nella convinzione di esaltare la femminilità ed incrementare la fertilità²⁸. E "benché tali motivazioni non siano né scientificamente fondate, né comunque accettabili all'interno del contesto ordinamentale, la loro presenza nella sfera soggettiva dell'agente è sufficiente a far escludere che egli abbia agito *al fine di menomare le funzioni sessuali*, con conseguente inapplicabilità del delitto in parola"²⁹

"In particolare, non è chiaro se sia punibile anche la sunna rituale (abrasione della clitoride con fuoriuscita di alcune gocce di sangue)

²⁵ VANZAN A., MIAZZI L., *op. cit.*, p. 28.

²⁶ NATALINI A., *op. cit.*, p. 101. "Il dolo specifico, dunque, qui svolge un ruolo differenziale, assai discutibile e asfittico".

²⁷ CESQUI E., *op. cit.*, p. 755.

²⁸ DI STEFANO B., *Mutilazioni dei genitali femminili tra offesa dei diritti umani e rispetto delle differenze culturali*, in *Gli stranieri*, 3, 2004.

²⁹ BASILE F., *op. cit.*, p. 690. Saranno comunque applicabili gli artt. 582 e 583 c.p.

e le pratiche che non alterano la funzionalità della clitoride (assimilabili alla circoncisione maschile): dal punto di vista oggettivo queste pratiche sembrano rientrare nella previsione della legge (e qui vi è disparità di trattamento con la circoncisione maschile); ma il fine specifico sembra essere assente considerato che l'operazione ha significato rituale, religioso, culturale”³⁰.

Ma, a ben vedere, considerazioni simili possono essere fatte anche per il dolo generico: *“sebbene l'ignoranza della legge penale non venga scusata, come sancito dall'art. 5 c.p., risulta problematico applicare una fattispecie di reato alle operatrici che non solo non comprendono a fondo quello che stanno facendo, ma che, al contrario, reputano l'intervento una cosa necessaria, giusta per il bene di chi vi si sottopone e necessaria per avere una vita normale”³¹.*

³⁰ VANZAN A., MIAZZI L., *op. cit.*, p. 28. “Anche ad esse potrebbe essere applicato il parere del Comitato nazionale di bioetica del 25.9.1998 relativo alla circoncisione maschile, che secondo il Comitato va *intesa quale particolare manifestazione del patrimonio fideistico-rituale e ricondotta alle forme di esercizio del culto garantite dall'art. 19 Cost., che, nel lasciare ai consociati piena libertà di espressione e di scelta in campo religioso, si limita a vietare soltanto eventuali pratiche rituali contrarie al buon costume*”. Si veda al riguardo: *La circoncisione profili bioetici*. Parere del Comitato nazionale per la bioetica del 25/9/1998, pubblicato sul sito del Governo: [www.governo.it](http://www.governo.it/bioetica/testi/250998.html), alla pag.: <http://www.governo.it/bioetica/testi/250998.html>

³¹ DI STEFANO B., *op. cit.* Nello stesso senso: Pitch Tamar, *op. cit.*, p. 506, per cui “i genitori che effettuano le mutilazioni sulle figlie non solo non pensano di far male: sono convinti di agire per il bene delle figlie. Questa convinzione è sorretta d'altra parte da elementi di fatto, documentati da etnologi e antropologi: le ragazze non mutilate rischiano l'isolamento dalla loro comunità, non possono trovare marito, non sono considerate veramente donne”. Si veda inoltre: MORRONE A., *Usanza che crea danni fisici e psicologici*, in Guida al Diritto – Il Sole 24 ore, 5, 2006, p. 34. Si tratta, più in generale, del difficile rapporto tra colpevolezza e *reati culturalmente orientati*, che in altri Paesi viene affrontato con la predisposizioni di istituti atti a calibrare la punizione all'effettivo grado di responsabilità dell'agente. Si pensi all'*errore di diritto culturalmente condizionato* di cui all'art. 15 c.p. peruviano del 1991; si pensi alle *cultural defenses* del diritto anglosassone (Gran Bretagna e Stati Uniti), per cui la commissione di taluni illeciti penali se *culturalmente motivata*, può a seconda dei casi, comportare l'esclusione o la diminuzione della responsabilità penale. Attraverso le *cultural defenses* è stato possibile assolvere dai delitti di cui agli artt. 582 ss. e 571 c.p. italiano, taluni genitori immigrati che, in ragione del loro patrimonio culturale, avevano cagionato ai figli *cicatrici ornamentali*, ovvero avevano usato mezzi di correzione in linea di principio non consentiti nello Stato di accoglienza. Nel sistema penale italiano sono

Inoltre, lo straniero che vive in un Paese africano o asiatico dove le MGF non sono reato (ed anche laddove siano vietate, si tratta di *reati artificiali* e non *naturali*) e non ha (né può avere) la minima conoscenza della normativa italiana in materia, oppure lo straniero che da un tale Paese è appena giunto in Italia, versano sicuramente in una situazione di ignoranza-inevitabile per *non colpevole carenza di socializzazione* (Corte cost., sent. 364/1988)³².

I **limiti edittali** delle due fattispecie riprendono quelli del delitto di lesioni personali dolose aggravate. Infatti, il comma 1 contempla la stessa pena massima (dodici anni di reclusione) previsto dall'art. 583, comma 2, c.p. per le lesioni gravissime; mentre il comma 2 prevede gli stessi limiti minimi e massimi (da tre a sette anni di reclusione) previsti dall'art. 583, comma 1, c.p. per le lesioni gravi.

Per quanto riguarda le **circostanze**, il comma 2, secondo capoverso, prevede una circostanza **attenuante** ad effetto speciale, per cui *la pena è diminuita fino a due terzi se la lesione è di lieve entità*. Dalla collocazione sistematica della circostanza, ne deriva che la stessa si applica solo alla fattispecie di cui al comma 2, e non anche a quella di cui al comma 1. Inoltre, le circostanze aggravanti di cui al comma 3, sono espressamente riferite ad entrambe le fattispecie: quindi, il mancato espresso riferimento al comma 1 di questa attenuante significa che essa attiene solo al delitto di cui al comma 2. Il comma 1 parla, poi, di *mutilazioni*; l'attenuante in discorso fa invece riferimento a *lesioni di lieve entità*: è diverso il dato terminologico (*mutilazioni / lesioni*)³³; ed è difficile immaginare una mutilazione di lieve entità.

assenti sia le *cultural defenses*, sia ogni strumento pensato con riferimento ai reati culturalmente orientati. È però possibile utilizzare le norme sull'errore di diritto (così come *riscritto* dalla Corte costituzionale, sent. 364/1988); sulle circostanze attenuanti generiche (art. 62 *bis* c.p.); e sul potere discrezionale del giudice (artt. 132 ss. c.p.). Cfr. BERNARDI A., *Minoranze culturali e diritto penale*, in *Diritto penale e processo*, 10, 2005, pp. 1194, 1196, 1200.

³² BASILE F., *op. cit.*, p. 690. Nello stesso senso: AMATO G., *op. cit.*, pp. 21-22, il quale auspica una adeguata pubblicità al divieto legislativo.

³³ VANZAN A., MIAZZI L., *op. cit.*, p. 278. Nello stesso senso: AMATO G., *op. cit.*, p. 26, per l'attenuante non è neanche applicabile all'ipotesi residuale di tentativo ex artt. 56 e 583 *bis* comma 1, c.p., ma sarebbe applicabile "ai fatti di mutilazione *incompiuta* (*ergo*, meramente tentata) che si siano risolti nell'aver procurato alla vittima solo lesioni personali".

L'attenuante in commento *"trova il suo parametro di riferimento esclusivamente nella significativa oggettività della lesione provocata, non entrando nell'ambito di apprezzamento del giudice né i profili soggettivi afferenti la persona del reo (in primo luogo, le motivazioni che possono averlo ispirato), né comunque le circostanze del fatto nella sua globalità. (...) Un utile parametro di riferimento, per l'apprezzamento eventuale della lievità della lesione, non può che trovarsi nel disposto degli articoli 582 e 583 del Cp, laddove alla durata e alle conseguenze della lesione si attribuisce diversificato rilievo ai fini della procedibilità e del trattamento sanzionatorio"*³⁴.

Il comma 3 contempla due circostanze **aggravanti** (aumento della pena di un terzo) per l'ipotesi in cui *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*.

Circa la prima, per la relativa addebitabilità è necessario dimostrare la conoscenza o conoscibilità, ex art. 59 comma 2 c.p., da parte del reo della minore età. Circa la seconda, il *lucro* si riconnette ad un vantaggio economico apprezzabile perseguito dal reo (farsi pagare l'intervento). È molto probabile che, nella prassi applicativa, la fattispecie aggravata sarà quella più ricorrente, visto che le MGF sono più frequentemente commesse nei confronti di minori.

Sul versante del **bilanciamento** delle circostanze, è importante osservare che, anteriormente all'introduzione del nuovo art. 583 bis c.p., quando un fatto di MGF si sussumeva sotto l'art. 583 c.p. (lesioni personali aggravate), un'aggravante poteva soccombere di fronte ad una attenuante³⁵ ritenuta dal giudice prevalente ex art. 69 c.p.: ciò rendeva applicabili le più lievi sanzioni previste per la fattispecie non circostanziata di cui all'art. 582 c.p. Adesso, la natura autonoma del nuovo

³⁴ AMATO G., *op. cit.*, p. 26.

³⁵ Poteva rilevare una circostanza attenuante generica (art. 62 bis c.p.), o la circostanza attenuante comune dell'*aver agito per motivi di particolare valore morale o sociale* (art. 62, n. 1, c.p.), viste le motivazioni culturali sottese alle MGF; anche se, in riferimento a tale attenuante, la giurisprudenza *"valuta l'eventuale apprezzabilità del movente in base agli atteggiamento etico-sociali prevalenti, e non già (come suggerito dalla prevalente dottrina) in base a quelli propri dell'ambiente di appartenenza del reo"*. Cfr. BERNARDI A., *op. cit.*, p. 1200. Nello stesso senso: AMATO G., *op. cit.*, p. 26.

reato non consente l'operatività di tale meccanismo. Riducendo l'efficacia delle circostanze attenuanti, si riduce il potere del giudice di adeguare la pena all'entità del fatto.

Alle fattispecie in discorso, possono accedere le **cause di giustificazione del consenso dell'avente diritto** (art. 50 c.p.) e dell'**esercizio di un diritto** (art. 51 c.p.).

Per quanto concerne la prima, si evidenzia che la norma corrispondente all'attuale art. 583 *bis* c.p. presente nel testo originario del d.d.l., conteneva l'inciso *anche con il consenso della vittima*. Nel testo definitivamente approvato tale inciso non compare, in quanto si ritenne, in sede di lavori preparatori, che i diritti offesi fossero comunque indisponibile e, quindi, esso era superfluo e fuorviante. Ma tale volontà dei compilatori non emerge dal testo dell'art. 583 *bis* c.p., né risulta condivisibile. Infatti, i diritti offesi (integrità fisica; salute; dignità) sono *diritti individuali relativamente disponibili* nei limiti di cui all'art. 5 c.c.

Quindi, per valutare l'operatività dell'art. 51 c.p., occorre fare riferimento all'art. 5 c.c.³⁶.

³⁶ Il ricorso all'art. 5 c.c. è ampiamente esaminato da TURILAZZI E., NERI M., *op. cit.*, per cui "considerato infatti che nella pratica delle mutilazioni genitali femminili entrano in gioco valori e motivazioni (di carattere sociale, culturale, economico, antropologico) che, seppure per noi incomprensibili ed inaccettabili, sono profondamente radicati in certe culture giungendo a rappresentare il segno della appartenenza ad una comunità (è attraverso le mutilazioni dei propri genitali che ogni donna si riconosce ed è riconosciuta come membro della propria comunità. Non sottoporsi a tali pratiche significa condannarsi all'emarginazione e alla ripulsa e quindi a una perdita secca di quella insostituibile risorsa simbolica che è l'appartenenza e il riconoscimento comunitario) si potrebbe ipotizzare un presunto diritto della donna a far valere la propria identità, non solo sessuale, ma anche personale. Non peregrina appare, allora, la ipotesi di due diritti configgenti: il diritto alla integrità psico-fisica (indubbiamente lesa dalle mutilazioni genitali) ed il diritto a svolgere un ruolo attivo e socialmente apprezzato nelle formazioni sociali ove si realizza la propria vita quotidiana (diritto tutelato costituzionalmente, al pari del diritto alla salute). Ed allora, occorre rifarsi al significato che il requisito della legittimità del consenso è andato via via assumendo. L'art. 5 c.c. deve, oramai, essere attentamente riletto alla luce della più recente dottrina giuridica che ha aperto un serrato dibattito sul valore del divieto, imposto proprio da questo articolo, in merito agli atti di disposizione del proprio corpo. Come autorevolmente segnalato in una recente monografia dedicata a questa specifica tematica, si va profilando il sostanziale svuotamento di significato della norma. Il ridimensionamento

In relazione al delitto di mutilazione (comma 1), tali condotte comportano sempre una diminuzione permanente dell'integrità fisica della donna, quindi vietate dall'art. 5 c.c.: per esse non opera la scriminante in discorso.

Rispetto, invece, al delitto di lesione (comma 2), si ritiene che alcune pratiche producono una diminuzione non permanente dell'integrità fisica e degli altri diritti tutelati (ad es. le pratiche di forare, trapassare,

della portata della norma codicistica relativa alla integrità psicofisica corrisponde, del resto, ad un mutamento profondo della chiave di lettura e di interpretazione dei principi di libertà e di dignità, così come ridisegnati anche da recenti documenti internazionali, e traspare anche nella considerazione del legislatore che mostra di non ritenere più tale bene (la integrità psico-fisica del soggetto) come un bene da garantire sempre e comunque, specie laddove vengono in rilievo preminenti interessi di rango costituzionale, quali la salute, la dignità, la libertà di determinarsi rispetto alla propria sfera corporea, la solidarietà. In definitiva, si osserva come la norma codicistica del 1942 appaia oramai desueta e superata da disposizioni legislative diverse che si ispirano a principi e valori rispetto ai quali il parametro della conservazione della integrità fisica viene riconsiderato a vantaggio di interessi della persona di rango prevalente (l'identità, la salute, la solidarietà). Ed allora, e provocatoriamente, non peregrina appare l'ipotesi di situazioni in cui, in assenza di una dizione esplicita sulla inoperatività del consenso nel dettato della norma, vengano a confliggere un eventuale diritto che la donna intenda far valere (alla identità personale, sessuale, ecc.) ed un diritto diverso (quello alla integrità psico-fisica). Non crediamo che sarà del tutto improbabile il verificarsi di scenari in cui il consenso prestato da una donna adulta alla propria mutilazione (e soprattutto, per le motivazioni che sono già state ripercorse, alla reinfibulazione dopo il parto) sarà, se non accolto, perlomeno preso in considerazione come esercizio del proprio diritto di svolgere un ruolo attivo e socialmente apprezzato nelle formazioni sociali ove si realizza la propria vita quotidiana (diritto tutelato costituzionalmente, al pari del diritto alla salute), con la potenzialità di assumere un valore preponderante rispetto al diritto all'integrità fisica.

Per queste motivazioni, sarebbe forse stato preferibile mantenere nel testo definitivo, un chiaro ed esplicito riferimento alla assoluta ed inconfutabile inoperatività del consenso della donna alle pratiche di mutilazione genitale. A parte le direttive etiche e deontologiche che vietano al medico di porre in essere trattamenti incompatibili con la legittimità dello status professionale (*neminem laedere*), non può non valere il principio costituzionale della limitazione di efficacia degli atti di volontà del cittadino diretti ad autorizzare in un senso o nell'altro la operatività medica (a meno che non intervenga un disposto legislativo conforme ai principi fondanti della dignità-libertà della persona), senza contare, in ogni modo, che il medico è lo strumento fondamentale cui è confidata la tutela della salute che, comunque la si intenda, non è mai soddisfatta da trattamenti estranei ad ogni concetto di terapia".

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

incidere, tendere il clitoride e le labbra; l'introduzione di sostanze corrosive nella vagina per causarne il restringimento). Né tali condotte sembrano contrarie alla legge (diversa da quella penale), all'ordine pubblico o al buon costume. Non opera, quindi, il divieto di cui all'art. 5 c.c., e potrà accedere la scriminante di cui all'art. 51 c.p.³⁷.

Ma, a questo punto, si apre il problema di chi può validamente prestare il consenso, in quanto quasi sempre le MGF sono praticate su bambine anche di pochi mesi (senza capacità naturale necessaria per esprimere il consenso). In tali casi, il consenso può essere prestato dai genitori e dai rappresentanti legali. Ma entro quali limiti essi possono decidere per interventi *non utili* alla salute altrui? Non è questa la sede per un approfondimento simile.

Riguardo la scriminante di cui all'art. 51 c.p., il diritto richiamato dalla norma penale di parte generale potrebbe consistere nel diritto di libertà religiosa; nel diritto scaturente da consuetudine; nel diritto previsto da ordinamento straniero.

Circa la libertà religiosa, l'art. 19 Cost. si estende anche al diritto di istruire ed educare i figli minori secondo la propria religione. Ma riguardo le MGF, nessuna confessione le prescrive obbligatoriamente; ed anche qualora lo fossero, l'esercizio della libertà di religione non può comportare il sacrificio di diritti costituzionali di rango superiore (integrità fisica, salute, dignità). Non scrimina, quindi, il combinato degli artt. 51 c.p. e 19 Cost.

Per quanto concerne l'esercizio di un diritto nascente da norma consuetudinaria, quale sarebbe quella che prevede le MGF, si deve previamente valutare se sia una consuetudine *giuridica*. Tale è la ripetizione costante ed uniforme di un comportamento da parte di una collettività di consociati, accompagnato dalla convinzione della sua legittimità (*opinio iuris ac necessitatis*). Ma tale elemento psicologico dell'*opinio* manca nel caso di MGF praticate in Paesi (o da persone provenienti da Paesi) in cui sono espressamente vietate per legge. Inoltre, anche se fosse una *consuetudine giuridica*, secondo una dottrina può scriminare solo quella richiamata, in funzione integrativa, da una legge: non è il caso delle MGF³⁸.

³⁷ BASILE F., *op. cit.*, pp. 689-690.

³⁸ *Ibidem*, p. 689.

In ultimo, nel caso di diritto previsto da ordinamento straniero il quale non vieta ufficialmente le MGF e le prevede quali obbligatorie in forza di consuetudine, si ritiene che le norme di altri ordinamenti possano attribuire diritti scriminanti ex art. 51 c.p. solo se si tratti di norme recepite ex art. 10 Cost. nel nostro ordinamento, ma non è il caso delle consuetudini sulle MGF³⁹.

Si è già detto che, date le difficoltà che si possono incontrare nel sottoporre bambine, ragazze e donne a tale pratica nel contesto migratorio, spesso vengono effettuati viaggi nel paese d'origine con l'unico scopo di far escindere o infibulare la donna. Avendo riscontrato la diffusione a macchia d'olio di questo *escamotage* si è cercato, per quanto possibile, di punire anche la condotta di chi deliberatamente, per sfuggire ai divieti del paese ospitante, torna nel proprio con il fine di far operare figlie o congiunte.

Il legislatore ha quindi introdotto la disposizione di cui al comma 4, art. 583 bis c.p.: *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.*

Tale clausola di chiusura (*punito a richiesta del Ministro della giustizia*) si riferisce solo all'ultimo caso menzionato del fatto commesso in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia⁴⁰.

Ovviamente, il fatto deve essere commesso integralmente all'estero (sia la condotta, sia l'evento dannoso), altrimenti il reato si considera come avvenuto in Italia ex art. 6, comma 2 c.p.

Problemi interpretativi sono originati dal riferimento, quale soggetto attivo o passivo, allo *straniero residente in Italia*, cioè allo straniero che, ai sensi dell'art. 42 c.c., ha la dimora abituale in un comune italiano. In-

³⁹ *Ibidem*. Si veda sul punto: GAROFOLI R., *Manuale di diritto penale – Parte generale*, 2005, pp. 343-344.

⁴⁰ BASILE F., *op. cit.*, p. 691; AMATO G., *op. cit.*, pp. 27-28. La formulazione letterale della condizione di procedibilità (*in tal caso*), posta dopo l'elencazione delle diverse ipotesi di reato commesse all'estero e previste come punibili, sembra limitarsi solo all'ultima di queste: fatto commesso in danno di cittadino italiano o di straniero residente.

nanzitutto, dal tenore letterale della norma, sembrerebbero punibili anche i fatti precedenti all'assunzione della residenza in Italia⁴¹. Inoltre, la giurisprudenza ritiene che la residenza sia costituita da un elemento fattuale consistente nel fissare la propria sede nel Paese, e da un elemento soggettivo consistente nell'attribuire stabilità a tale sede: non è necessaria l'iscrizione al registro anagrafico comunale (legge n. 1228/1954). Ma se manca tale iscrizione (si pensi allo straniero irregolare), sarà più difficile provare la sua effettiva residenza. In più, il comma 4 non dà rilievo all'attualità della presenza nel territorio italiano: da ciò difficoltà sia per individuare il colpevole (solo pochi Paesi in cui vengono praticate le MGF hanno concluso accordi di cooperazione giudiziaria con l'Italia), sia per instaurare validamente un processo. Il reato in discorso è procedibile d'ufficio (art. 50 c.p.p.); Autorità giudiziaria competente è il Tribunale monocratico (art. 33 ter c.p.p.); sono consentite le misure cautelari personali (artt 280 e 287 c.p.p.) e l'arresto facoltativo in flagranza (art. 381 c.p.p.).

L'art. 583 *ter* c.p. (anch'esso introdotto dalla legge 7/2006) prevede una **pena accessoria** per gli esercenti una professione sanitaria (medici chirurghi; ostetrici od infermieri professionali) condannati per taluno dei reati di cui all'art. 583 *bis* c.p., consistente nell'interdizione dalla professione da tre a dieci anni. Tale pena accessoria era già prevista dall'art. 31 c.p., *"ma la previsione speciale si spiega per i più incisivi e gravosi termini di durata (da tre a dieci anni), che non sarebbero raggiungibili applicando la norma comune atteso il combinato disposto degli articoli 30, comma 2, e 37 del codice penale"*⁴². Inoltre, la sentenza di condanna è comunicata all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, per le relative eventuali sanzioni disciplinari; infatti, l'art. 50, comma 2, Codice di deontologia medica, dispone che è *vietato al medico di praticare qualsiasi forma di mutilazione sessuale femminile*⁴³.

⁴¹ NATALINI A., *op. cit.* Ciò determina una situazione di incertezza.

⁴² AMATO G., *op. cit.*, p. 27. La sanzione accessoria *de qua*, non distingue i casi di lieve entità (CASSANO G., PATRUNO F., *op. cit.*, 179).

⁴³ Il Codice di deontologia medica è pubblicato sul sito del Ministero della Salute, www.ministerosalute.it, alla pag.: http://www.ministerosalute.it/ecmimg/C_18_presentazione_5_listafire_file_3_linkfile.pdf

Come accennato, l'art. 8 della legge 7/2006, introduce delle **sanzioni amministrative**. È infatti introdotto un nuovo art. 25 *quater* 1 (*Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili*) al d.lgs 8 giugno 2001, n. 231 (*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*), in base al quale agli enti (quali ospedali o cliniche private) nella cui struttura sono commessi i delitti di cui all'art. 583 *bis* c.p., si applicano la sanzione pecuniaria da 300 a 700 Euro e le seguenti sanzioni interdittive (art. 9, comma 2, d.lgs 231/2001): *A*) l'interdizione dall'esercizio dell'attività; *B*) la sospensione o la revoca delle autorizzazioni, licenze o concessioni funzionali alla commissione dell'illecito; *C*) il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione, salvo che per ottenere le prestazioni di un pubblico servizio; *D*) l'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e l'eventuale revoca di quelli già concessi; *E*) il divieto di pubblicizzare beni o servizi. Tali sanzioni interdittive hanno una durata non inferiore ad un anno.

Si evidenzia che, per fondare la responsabilità, valgono le regole generali dettagliate negli art. 5 ss., d.lgs 231/2001, in particolare quella per cui l'ente può essere chiamato a rispondere solo dei fatti criminosi commessi *nel suo interesse o vantaggio*, e non invece quando il reato li abbia posti in essere *nell'interesse esclusivo proprio o di terzi*: occorrerà accertare, quindi, qual è il rapporto giuridico economico tra questa ed il sanitario e quale sia stata la destinazione del compenso derivato⁴⁴.

Inoltre, nel caso di ente privato accreditato operante nell'ambito del S.S.N. (d.lgs 30/12/1992, n. 502, artt. 8 ss.), è revocato l'accredito.

Se l'ente o una sua unità organizzativa vengono stabilmente utilizzati 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.

⁴⁴ AMATO G., *op. cit.*, pp. 28-29.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Profili civilistici: decadenza della potestà, ordine di allontanamento, risarcimento del danno.

In caso di bambine *a rischio* di essere sottoposte a MGF per volere dei genitori, possono trovare applicazione gli artt. 330 (*decadenza della potestà sui figli*) e 333 c.c. (*condotta del genitore pregiudizievole ai figli*), i quali danno al giudice minorile la facoltà di allontanare le figlie dai genitori, con decadenza della potestà nei casi più gravi, o comunque di adottare *provvedimenti convenienti* quando la condotta di uno o di entrambi i genitori sia pregiudizievole alla figlia⁴⁵.

Più esattamente, si osservava che “*i genitori avessero, nel generale diritto di fornire l'educazione e l'istruzione alla prole secondo i propri orientamenti, anche la facoltà di far infibulare le proprie bambine, ciò in ossequio a loro presunti convincimenti religiosi*”. Questa ricostruzione, tuttavia, non convinceva per la semplice ragione che non si trattava di una pratica necessitata da ragioni profilattiche o terapeutiche della minorenni o, comunque, al fine di evitare un incombente pericolo o grave pregiudizio per la stessa.

Del resto, il diritto del genitore di impartire un'educazione ed allevare il proprio figlio all'osservanza di determinati precetti religiosi incontra un limite invalicabile nello stesso disposto dell'art. 5 c.c. che vieta espressamente gli atti di disposizione del corpo *quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume*. E nessun dubbio poteva sussistere sul fatto che la pratica dell'infibulazione e dell'escissione costituissero vere e proprie mutilazioni e rappresentassero una grave lesione all'integrità fisica della donna che, oltre a privarla della possibilità di trarre piacere dai rapporti sessuali, costituiscono una fonte costante di infezioni e causano problemi medici di vario genere.

Qualora, pertanto, fossero praticati questi interventi mutilativi, da un punto di vista civilistico, tali condotte denunciano un abuso della potestà genitoriale, potestà dei genitori il cui esercizio non dovrebbe mai pregiudicare l'integrità fisica e la salute dei minori (art. 316 c.c.), pena

⁴⁵ “Che non vi siano (ancora) casi di questo genere fa pensare che ad una diffusa ignoranza o indifferenza o difficoltà a inquadrare la questione entro le *condotte pregiudizievoli* ai minori”. Cfr. PITCH TAMAR, *op. cit.*, p. 508.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

la dichiarazione di decadenza da tale potestà, ai sensi dell'art. 330 c.c. ovvero, nei casi di minore gravità, il temporaneo allontanamento del genitore, ai sensi degli artt. 333 e 336 c.c. È fermo, in ogni caso, eventualmente, il risarcimento dei danni patrimoniali e morali ex art. 2059 c.c. sussistendo gli estremi di reato, come si è già detto, e non ultima, per il minore, la dichiarazione dello stato di abbandono ai sensi della legge sull'adozione.

In anni recenti, infine, deve registrarsi pure la l. 5 aprile 2001 n. 154, che, sul modello di analoghe altre esperienze europee, ha introdotto *Misure contro la violenza nelle relazioni familiari*.

Tra le maggiori novità che emergono dal testo normativo vi è la possibilità per il giudice di ordinare, ove la condotta del coniuge o di altro convivente sia causa di grave pregiudizio all'integrità fisica o morale ovvero alla libertà dell'altro coniuge o convivente, la cessazione della stessa condotta e disporre l'allontanamento dalla casa familiare del coniuge o del convivente che abbia tenuto la condotta pregiudizievole, prescrivendogli, eventualmente, ove occorra, di non avvicinarsi ai luoghi abitualmente frequentati dall'istante (art. 342 ter c.c.).

Analogo potere, su richiesta del p.m., è riconosciuto al giudice penale al quale, inoltre, è data possibilità - sempre su istanza del p.m. - di ingiungere all'imputato - cui era rivolto l'ordine di allontanamento - il pagamento di un assegno periodico a favore delle persone conviventi che dovessero rimanere prive di mezzi adeguati (art. 282 bis c.p.p., comma 3).

Questi ordini di protezione del giudice contro gli abusi familiari, peraltro, sono assistiti da una particolare sanzione penale (art. 388 c.p.), a mente dell'art. 6 della l. cit.

La nuova legge contro gli abusi familiari, quindi, potrebbe costituire un ulteriore mezzo di protezione a favore delle donne e delle minorenni che subiscano delle lesioni fisiche da parte di loro conviventi. La normativa, tuttavia, non si applicherebbe, in ipotesi, con riguardo ai parenti non conviventi.

Bisogna, peraltro, annotare che ai fini di un'applicazione della nuova disciplina occorrerà una concreta ed attuale esposizione a pericolo del bene giuridico protetto (cioè del corretto ed armonioso svolgersi delle relazioni familiari). Laddove ciò non si verifichi, non sembra possibile invocare la normativa in questione. In altre parole, nel caso del-

l'infibulazione sembra alquanto difficile supporre un intervento preventivo del giudice diretto ad evitare la mutilazione. Pertanto, dovrebbe richiedersi quanto meno che questa sia già avvenuta o, per lo meno, sia stata manifestata una chiara ed inequivoca volontà di praticare la stessa sulla propria figlia. La tutela, dunque, avrebbe valore soprattutto ex post⁴⁶.

MGF, espulsione e status di rifugiato

Esiste una casistica relativa a 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. Analogamente, vi sono casi di donne o bambine entrate clandestinamente nel territorio di un Paese occidentale, e che, se espulse, verrebbero poi sottoposte a mutilazione nel proprio Paese di provenienza.

Nel marzo del 1994, negli Stati Uniti, un giudice definì le MGF una pratica crudele, dolorosa e pericolosa e salvò dall'espulsione, riconoscendo lo *status* di rifugiato, una donna nigeriana che cercava di evitare la circoncisione alla figlia⁴⁷. In Francia, la Corte d'Appello di Parigi, con sentenza del 17 settembre 1991, riconosceva che le MGF sono una persecuzione ai sensi della Convenzione di Ginevra. Da tale sentenza è derivata la decisione dell'UNHCR di concedere asilo a tutte le donne e bambine africane a rischio di essere mutilate se costrette a tornare nel Paese d'origine. A tale direttiva hanno aderito Canada, Stati Uniti, Svezia e Norvegia⁴⁸.

Per quanto riguarda la situazione italiana, il testo originario del d.d.l. AS 414 (da cui la legge n. 7 del 2006) conteneva un art. 5 il quale prevedeva il pericolo di sottoposizione a MGF come presupposto per il riconoscimento dello *status* di rifugiato (di cui all'art. 1 della Convenzione di Ginevra del 1951) e per la concessione dell'asilo⁴⁹. Ma tale norma è stata espunta con le motivazioni pretestuose consistenti nel parere ne-

⁴⁶ CASSANO G., PATRUNO F., *op. cit.*, 179.

⁴⁷ PAGANELLI M., VENTURA F., *op. cit.*, p. 460; PITCH TAMAR, *op. cit.*, p. 505.

⁴⁸ *Ibidem.*, p. 465; VANZAN A., MIAZZI L., *op. cit.*, p. 30.

⁴⁹ Tutto ciò era in linea con le decisioni dell'UNHCR, con le risoluzioni del Parlamento europeo (del 2001) e con le raccomandazioni del Consiglio d'Europa (del 1998 e del 2001).

gativo della commissione bilancio circa la copertura economica, e nel fatto che già si discuteva un provvedimento generale sul diritto d'asilo⁵⁰. Tutto ciò è da considerare un grave errore, anche perché casi di questo tipo sono stati già affrontati a livello internazionale e risolti in maniera positiva⁵¹.

Quindi, in base alla normativa vigente, il pericolo dell'infibulazione non è né motivo di asilo, né motivo di concessione del permesso di soggiorno per motivi di protezione sociale ex art. 18, d.lgs 25 luglio 1998, n. 286 (T.U. immigrazione), come avviene per le straniere sfruttate a fini di prostituzione: sarebbe stato opportuno inserire nella nuova legge (o nel T.U. immigrazione) tale possibilità⁵².

Infatti, se finalità della legge n. 7/2006 è *prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine* (art. 1), *“non si comprende come si possa respingere alla frontiera o rimpatriare nel suo Paese la donna che si sia allontanata dai Paesi di maggiore diffusione di queste pratiche proprio per sottrarre se stessa o le figlie alle mutilazioni”*⁵³.

⁵⁰ CESQUI E., *op. cit.*, p. 757. Secondo tale autore, la disgraziata sorte di tale norma rivela la cattiva coscienza del legislatore e la matrice razzista e non interculturale del disegno di legge. Tale *animus* di discriminazione si sarebbe disvelato durante il dibattito parlamentare: “si è prima erroneamente ipotizzato che la previsione potesse contraddire la natura *caso per caso* del diritto d'asilo; si è esplicitamente affermato che il *presunto pericolo* dell'infibulazione sarebbe stato usato come scusa per riversare in Italia milioni di donne, che avrebbero poi fatto seguire i loro mariti; si è paventato il pericolo che, alle donne arrivate con il *presunto pericolo* della mutilazione, si sarebbero accodate anche le mogli infedeli per il *presunto pericolo della lapidazione*; infine si è apertamente denunciato il pericolo che l'art. 5 diventasse un modo per aggirare la Bossi Fini”.

Nello stesso senso: VANZAN A., MIAZZI L., *op. cit.*, p. 30.

⁵¹ DI STEFANO B., *op. cit.*

Nonostante la maggior parte dei Paesi del mondo, compresi Stati come l'Etiopia nei quali praticare le MGF è un uso molto diffuso, abbia leggi che condannano ufficialmente chi le pratica, spesso all'interno delle tribù viene ancora imposta come imprescindibile e, quindi, viene eseguita per consuetudine sia su chi si trova ancora nel Paese d'origine sia a chi è emigrato in altri Paesi.

⁵² VANZAN A., MIAZZI L., *op. cit.*, p. 30.

⁵³ *Ibidem*.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Nel 2007 la Commissione territoriale di Gorizia ha riconosciuto lo status di rifugiata ad una cittadina della Repubblica de Togo, proprio per il rischio di essere sottoposta a MGF nel proprio Paese⁵⁴.

Il rischio di essere sottoposte a MGF rileva, però, ai sensi dell'art. 19, comma 1, T.U. immigrazione, in base al quale: *In nessun caso può disporsi l'espulsione o il respingimento verso uno Stato in cui lo straniero possa essere oggetto di persecuzione per motivi di razza, di sesso, di lingua, di cittadinanza, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali o sociali, ovvero possa rischiare di essere rinvitato verso un altro Stato nel quale non sia protetto dalla persecuzione.*

Il rischio di essere sottoposte a MGF può, chiaramente, dirsi *persecuzione per motivi di sesso*.

Di contrario avviso è Cass., sez. I, 23 settembre 2008, n. 24906⁵⁵, per cui la persecuzione in discorso necessita della necessaria personalità della situazione di perseguitata. Nel caso di MGF, la sottoposizione a MGF *"di tutte le donne del paese stesso e cioè una condizione di sudditanza che certamente inaccettabile per ogni coscienza civile, è però priva della necessaria individualità postulata dalla Convenzione di Ginevra 28.7.1951 (oltre che dalla CEDU) perché sia integrato il fumus persecutionis"*. Di conseguenza, la Suprema Corte ha, discutibilmente, ritenuto espellibile la donna (cittadina della Sierra Leone).

⁵⁴ www.meltingpot.org, alla pagina <http://www.meltingpot.org/articolo10522.html>

⁵⁵ In www.personaedanno.it, alla pagina http://www.personaedanno.it/CMS/Data/articoli/files/013617_resource1_orig.pdf

Bibliografia sulle MGF

- 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 di), *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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

- 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, Cambridge 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, pp.121-138
- 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 di), *Corpi e simboli. Immigrazione sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa*, Roma, Armando editore, pp.67-83.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

- 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. Kissakye, 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), *Omskjeriing 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.
- Obermeyer C. M., 1999, *Female Genital Surgeries; The Known and the Un-*

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

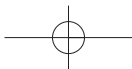
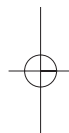
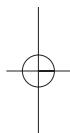
- known, and the Unknowable*, Medical Anthropology Quarterly, XIII, n. 1 pp. 76-106.
- Obermeyer C. M., 2005, *The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence*, Culture, Health & Sexuality, n. 7 (5), pp.443-461.
- Pasquinelli C., 1988, *Il posto della tradizione*, 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 folklorica, n. 44, pp. 5-21.
- Pasquinelli C., 2007, *Infibulazione. Il corpo violato*, Meltemi, 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 University press.

SEZIONE II - Manuale per la formazione degli operatori scolastici per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

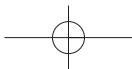
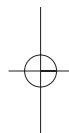
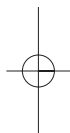


Indice

Introduzione	5
SEZIONE I	9
Linee Guida per i mediatori culturali per la prevenzione e il contrasto delle MGF	
1. Quadro informativo di base sul fenomeno delle MGF	11
1.1. Definizione del fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili	11
1.2. La cultura alla base delle MGF	16
1.3. Le MGF in Italia	22
1.4. Le conseguenze sulla salute delle bambine e delle donne	23
1.5. La legislazione sulle MGF	27
1.5.1. La legislazione italiana	30
1.5.2. Espulsione e rischio MGF	31
1.5.3. Risarcimento del danno biologico	31
1.5.4. Potestà dei genitori	31
1.5.5. La legislazione nei Paesi europei	31
1.5.6. La legislazione nei Paesi a tradizione MGF	34
2. La rete dei Servizi locali di intervento in caso di rischio di MEGF sulle bambine	39
2.1. I servizi sanitari	39
2.2. I servizi sociali	40
2.3. La mediazione linguistico-culturale	40
2.4. La Magistratura e le Forze dell'ordine	41
3. Il mondo della scuola e le MGF	43
3.1. Scuola, immigrazione e MGF: il quadro di riferimento	43
3.2. Il ruolo della Dirigenza scolastica	45
3.3. Il ruolo degli insegnanti	51

Indice

3.4. Il dialogo con la bambina/ragazza	55
3.5. Il dialogo con i genitori e la famiglia	57
4. L'istruzione per gli alunni immigrati e le MGF	63
4.1. I Centri Territoriali Permanenti per l'istruzione e la formazione in età adulta	63
4.2. L'intervento di contrasto alle MGF nei Centri per l'istruzione per gli adulti	64
5. Quadro sinottico di riepilogo delle Linee Guida MGF o a rischio	71
 SEZIONE II	 85
Manuale per la formazione dei Mediatori Culturali per la prevenzione e il contrasto delle MGF	
 1. Antropologia delle mutilazioni genitali femminili	 86
2. Salute e mutilazioni genitali femminili	111
3. Le mutilazioni genitali femminili: quadro legislativo e normativo	123
 Bibliografia sulle MGF	 149



Finito di stampare nel mese di maggio 2009
dalla Rubbettino Industrie Grafiche ed Editoriali
88049 Soveria Mannelli (Catanzaro)