

Le Mutilazioni Genitali Femminili: conoscerle per prevenirle

Ovunque, non c'è che una filosofia che è il vivere stesso. "Necessita saper vivere"

Introduzione

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

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

In Italia, in Europa e in gran parte degli Stati africani le MGF sono vietate e punite come reato. La forte connotazione antropologica delle MGF, radicate in tradizioni secolari,

rappresenta, però, un duro ostacolo da superare, e l'intervento legislativo non è sufficiente per contrastare il fenomeno, né nel Paese di origine, né nel contesto migratorio. Occorre promuovere, a tal fine, l'informazione e la sensibilizzazione tra le comunità a tradizione MGF, sulla violazione dei diritti umani delle donne e delle bambine che costituiscono tali pratiche e sulle loro possibili conseguenze dannose.

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:

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 man-

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

Tab. 1

canza 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 stes-

so Stato, alcune etnie abbiano una forte tradizione di MGF e altre non seguano affatto queste pratiche.

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 (Erlich, 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 aneddotta, casi di

MGF, tra cui Colombia, Repubblica Democratica del Congo, Oman, Perù, Sri Lanka.

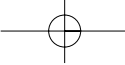
Si tratta di un costume in via di cambiamento in molti dei Paesi coinvolti, grazie all'azione di gruppi di donne in difesa dei propri diritti, tra cui l'Inter-African Committee (IAC), al contrasto dei governi locali, alle campagne di informazione e di opposizione promosse dalle organizzazioni internazionali 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.

Sebbene minoritaria, non man-

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	2000	90.0
(circa 80% del totale della popolazione dell'indagine)		
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).	
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

Tab. 2



cano 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 facilità vincere eventuali resistenze da parte delle bambine. In genere, infatti, sono proprie le bambine le prime a voler essere operate, per la forte pressione esercitata su di loro dal gruppo dei pari, vale a dire dalle loro coetanee.

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

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

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

1.2. La cultura alla base delle MGF

Le MGF hanno un'origine oscura relegata in un passato remoto che

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

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

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

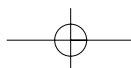
Il *prezzo della sposa* è il compenso che la famiglia dello sposo versa al-

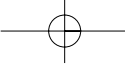
la famiglia della sposa in cambio non di una donna qualsiasi, bensì di una donna illibata, il che vuol dire escissa o infibulata, pena il rinvio della malcapitata alla sua famiglia la prima notte di nozze, e la restituzione alla famiglia dello sposo del compenso versato – sia in bestiame che in denaro – 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





BAMBINO

MGF. Il corpo naturale è infatti considerato impuro, perché è aperto e violabile, ed esposto a una promiscuità che rischia di essere contaminante e motivo di disonore e vergogna non solo per la donna ma per tutta la sua famiglia. E, di fatto, nessun uomo è disposto a sposare una donna non operata, che è così destinata a una vita di sofferenza ed emarginazione.

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

Il matrimonio in Africa è una unione definita da una serie di obblighi contrattuali tra due famiglie, gestita sempre e solo dagli uomini (nonni, padri e fratelli) dei due nuclei familiari. Si tratta di matrimonio combinato, che prescrive, oltre alle MGF e al *bride-price*, anche l'età prematura della sposa, l'età avanzata dello sposo, e l'endogamia, ovvero l'obbligo di scegliere il coniuge all'interno del proprio gruppo sociale. A decidere sono sempre le tre generazioni di maschi, cui spetta il compito di scegliere il coniuge e di negoziare il prezzo della sposa – in bestiame o in denaro – nel corso di transazioni lunghe e estenuanti. Il prezzo della sposa non va però considerato un pagamento vero e proprio, è piuttosto un compenso per il trasferimento di certi diritti sulla donna (sul suo lavoro, sessualità e fecondità). E sulla sua prole. Tanto è vero che il *bride-price* non segue i circuiti commerciali, ma va a costituire una specie di fondo-cassa della famiglia da reinvestire in un futuro *bride-price* che permetterà ai fratelli della sposa di sposarsi a loro volta, o addirittura al padre di prendersi una nuova moglie in caso di ordinamento poligamico. Poiché le transazioni in occasione di un matrimonio costituiscono le transazioni economiche più importanti nella vita di una persona e di una famiglia, è chiara l'importanza e la legittimazione sociale di cui godono le MGF e la riluttanza a elimi-

narle da parte della popolazione.

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

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

Le 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 nel-

l'immigrazione, diventa ancora più vincolante il bisogno di quei corpi di donne che sono vissute come il deposito muto di un'appartenenza collettiva insostituibile.

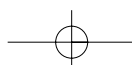
Nell'immigrazione acquista particolare rilevanza il ruolo che svolgono le MGF per la tutela e la legittimazione dell'identità etnica.

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 sollecitando scelte che non avrebbero mai pensato di dovere affrontare. Ma meno di quanto ci aspetteremmo o di quanto noi, come società di accoglienza, potremmo aiutare a compiere se riuscissimo ad avere una maggiore disponibilità all'ascolto, che parta da una conoscenza più informata sui contesti sociali e culturali alla base delle MGF.

La tabella 3 sintetizza alcune delle motivazioni più diffuse tra le etnie che praticano MGF⁵ e le relative argomentazioni che possono essere addotte per favorire la rinuncia a questa tradizione.

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



BAMBINO

<i>Motivazioni tradizionali a sostegno delle MGF</i>	<i>Argomentazioni contrarie</i>
Le MGF sono pratiche semplici, che non comportano nessun rischio sulla salute.	Le MGF sono veri e propri interventi chirurgici ginecologici. Le operazioni ginecologiche non eseguite in ospedale e da un ginecologo (o un chirurgo) sono interventi a rischio per la salute e per la vita.
Le MGF sono dettate dalla religione, in particolare dall'Islam.	Le pratiche di MGF sono pre-esistenti alle religioni monoteiste e non sono tipiche della religione islamica. L'Islam proibisce tutte le forme di amputazione, i tatuaggi e le depigmentazioni del corpo umano. Qualsiasi modifica o alterazione del corpo è contraria allo spirito della religione. Nessuna SURA del Corano prevede la mutilazione genitale femminile.
L'infibulazione è indispensabile per preservare la verginità.	L'infibulazione può essere ripristinata dopo i rapporti sessuali, con la pratica della reinfibulazione quindi, non è legata alla preservazione della verginità.
Le MGF intensificano il desiderio sessuale del marito.	Questa è una credenza culturale diffusa in Paesi dove si crede che il piacere sessuale dell'uomo sia accresciuto da una vagina resa artificialmente più stretta in realtà ci sono studi in corso in cui gli uomini delle culture a tradizione escissoria preferiscono il sesso con donne con i genitali intatti pur sposando donne con i genitali mutilati. È importante che gli uomini siano responsabili della salute delle loro bambine, sorelle, madri, mogli e amiche, riconoscendo che le MGF sono dannose, illegali e contro la religione e imparando che il piacere sessuale personale può essere accresciuto se è condiviso da una partner non sofferente.
Le MGF favoriscono l'igiene delle donne.	Le MGF sono causa di un gran numero di infezioni genitali e urinarie.
Le MGF favoriscono la fecondità delle donne	Le MGF possono essere causa di sterilità e di problemi al sistema riproduttivo.
Le MGF sono estetiche	La salute di donne e bambine va tutelata. La salute è un bene prezioso, più importante di quello che viene considerato estetico. Il concetto di bellezza poi cambia nel tempo e con l'età, anche nella stessa cultura. L'ideale di bellezza femminile con i suoi valori estetici deve corrispondere anche ad un ideale di salute. Tutti quei valori estetici non legati alla mutilazione e quindi non dannosi possono essere esaltati e valorizzati (profumi, colori, atteggiamenti, ecc.) nel contrasto alla mutilazione.

Tab. 3

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 MGF**⁶ 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.

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 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 cau-

sa di **cistiti** frequenti che rendono la minzione dolorosa.

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

In gravidanza, nelle donne infibulate vi è difficoltà dei controlli ginecologici. Le infezioni urinarie e vaginali possono compromettere l'andamento della gravidanza stessa (aborti, rottura prematura del sacco amniotico, parto prematuro).

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 morbilità 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'infibulazio-

ne. A volte è effettuata quando una donna sta per sposarsi, spesso viene richiesta subito dopo il matrimonio, ma di frequente viene eseguita al momento del parto. La deinfibulazione, come indispensabile atto medico-chirurgico viene effettuata per vari motivi: diminuzione dei dolori mestruali; diminuzione del dolore durante i rapporti sessuali; diminuzione delle infezioni del tratto urinario; possibilità di effettuare un esame ginecologico, il PAP test ed altri esami strumentali che richiedono l'accesso vaginale come l'ecografia trans-vaginale, l'isteroscopia etc.; minori complicazioni durante la gravidanza e il parto; valutazione della posizione del bambino durante il travaglio; riduzione del ricorso al taglio cesareo; possibilità di scelta tra i diversi metodi anticoncezionali (per esempio spirale, anello trans-vaginale).

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

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

la famiglia con la conseguente difficoltà di costruire relazioni affettive persino con i propri figli.

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

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

1.5. La legislazione sulle MGF

1.5.1 La Legislazione italiana

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

La Legge n. 7/2006 ha introdotto nel codice penale l'Articolo 583-

bis "*Pratiche di mutilazione genitale femminile*"⁸, che punisce con la reclusione da 4 a 12 anni chiunque (cittadino italiano o straniero), in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili (mutilazione intesa quale *clitoridectomia, escissione, infibulazione* e qualsiasi altra pratica che provochi effetti dello stesso tipo).

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

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

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

Nel caso di *condanna nei confronti di un medico* o un altro esercente la professione sanitaria, è prevista la pena accessoria dell'interdizione dalla professione da 3 a 10 an-

ni; e la sentenza di condanna viene comunicata all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Art. 583 ter codice penale)⁹.

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

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

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

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

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

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

1.5.2. Espulsione e rischio MGF

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

1.5.3 Risarcimento del danno biologico

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

1.5.4. Potestà dei genitori

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

1.5.5. La legislazione nei Paesi europei

In tutti i Paesi europei, le MGF sono perseguibili a livello pensale. Nei vari Stati, il fenomeno delle MGF è stato però diversamente affrontato, in quanto alcuni hanno un reato specifico di MGF; in altri, invece, la giurisprudenza lo fa rientrare in fattispecie di reato diverse, quali le lesioni gravi e gravissime; il tentato omicidio e, quando ne consegue la morte, l'omicidio.

La tabella 4 presenta le disposizioni normative in materia di MGF applicate in alcuni Paesi europei.

1.5.6. La legislazione nei Paesi a tradizione MGF

Anche in molti Paesi a tradizione MGF sono state approvate leggi che vietano tali pratiche tradizionali, che però trovano grandi difficoltà nella loro attuazione. In realtà sono state varate solo dietro pressione degli organismi internazionali (OMS, Unicef, Amnesty International, ecc.), limitandosi a introdurre

BAMBINO

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 pericolose maltrattamento di minori lesioni corporali gravi, tra cui vi sono quelle comportanti la perdita della capacità di generare morte come conseguenza di lesioni corporali. Inoltre, in base alla legge sull'immigrazione, chi esegue o fa eseguire MGF, può essere espulso.
Norvegia	Esiste una legge specifica del 1995 che proibisce le MGF, con sanzioni pecuniarie o con la detenzione fino a tre anni. E' prevista la detenzione sino a sei anni se la condotta ha come conseguenze: una malattia l'incapacità lavorativa superiore a due settimane un incurabile difetto o lesione. La detenzione sarà sino a otto anni, se conseguenze sono la morte o una lesione grave al fisico od alla salute della donna. Il consenso della persona offesa non costituisce scriminante. Colui che aiuta o incoraggia un terzo nella pratica di MGF sarà punito nella stessa misura di colui che ha effettivamente compiuto la pratica. La legge norvegese si applica in Norvegia ed all'estero quindi il cittadino norvegese (o anche il semplice residente in Norvegia) che ha eseguito una pratica di MGF all'estero, non è esente da sanzione penale.
Regno Unito	Il Female genital mutilation Act del 2003, prevede che "a person is guilty of an offence if he excises, infibulates or otherwise mutilates the whole or any part of a girl's labia majora, labia minora or clitoris". La ragazza è equiparata alla donna. La condotta è penalmente rilevante se la donna è cittadina o residente nel Regno Unito. Non è reato eseguire, ad opera di persone autorizzate, un'operazione chirurgica su una ragazza, necessaria per la sua salute fisica o mentale od un'operazione chirurgica su una ragazza che si trova sul punto di partorire, o ha appena partorito, per esigenze connesse con il parto o con la nascita. Le persone autorizzate sono, in relazione al primo tipo di operazioni chirurgiche, i medici professionisti abilitati mentre, in relazione al secondo tipo di operazioni chirurgiche, oltre a questi, anche le ostetriche abilitate o una persona che sta seguendo un corso di formazione per diventare medico professionista od ostetrica. Al fine di stabilire se l'operazione chirurgica è neces
Spagna	Una legge del 2005 introduce apposite norme per perseguire extraterritorialmente la pratica delle MGF.
Svezia	E' stato il primo Paese europeo ad emanare, nel 1982, una legge ad hoc, che vietava l'escissione femminile, anche in presenza del consenso, con la reclusione non superiore a quattro anni. Nel caso di pericolo di morte della donna, la reclusione è di dieci anni. Tale legge fu modificata nel 1998 e nel 1999, con l'introduzione dell'ulteriore divieto della reinfibulazione post partum e della previsione della punizione di chi ha effettuato le MGF in altro Paese dove sono illegali. E' ritenuto colpevole anche chi ha, in qualche modo, partecipato al fatto.
Svizzera	Le MGF sono punite come lesioni corporali gravi.

Tab. 4

re provvedimenti legislativi senza un effettivo impegno dei Governi per farli rispettare, nonostante le dichiarazioni ufficiali di condanna, e le campagne promosse per sradicarle, che nella maggioranza dei casi servono solo a drenare altri fondi da quegli stessi organismi internazionali. La maggior parte delle bambine ha continuato a essere mutilata, mentre la maggioranza della popolazione ignora perfino l'esistenza di tali leggi.

Questo comportamento che a

noi può apparire paradossale si inserisce in un quadro normativo che è caratterizzato dalla vita parallela di due ordinamenti diversi: quello formale-nazionale e quello consuetudinario-locale. Nel caso delle MGF prevale il diritto consuetudinario, che è legittimato dalla tradizione, mentre le leggi servono a poco. Infatti, da un lato, il carattere di obbligatorietà sociale acquisito dalle MGF rende veramente difficile criminalizzarle, dato che la norma consuetudinaria è

più cogente di qualsiasi legge dello Stato; dall'altro, la sanzione dovuta alla trasgressione della norma consuetudinaria è più pesante di quella che eventualmente segue la trasgressione della norma ufficiale, trattandosi di una sanzione che equivale a una emarginazione a vita, dato che nessun uomo è disposto a sposare una donna che non ha subito una qualche forma di MGF.

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

Stato	Normativa
Benin	In vigore la legge 3 marzo 2003 sulla repressione di pratiche di MGF.
Burkina Faso	Il nuovo Art. 380 del Codice Penale, emendato nel 1996, prevede sanzioni per chiunque violi o tenti di violare l'integrità fisica degli organi genitali femminili e sanzioni più gravi in caso di morte.
Camerun	Manca una specifica legge: gli artt. 277-281 del codice penale possono essere usati anche nei casi di MGF.
Ciad	La legge n. 6/PR/2002, concernete la promozione della salute, prevede anche la proibizione delle MGF.
Costa D'Avorio	Nel 1998 è stata approvata una legge che definisce e punisce la violazione dei genitali femminili.
Egitto	Nel 1996 il Ministro della Sanità proibisce le MGF. Una sentenza del Consiglio di Stato (dicembre 1997) vieta tali pratiche anche in presenza del consenso della giovane e dei suoi genitori.
Eritrea	Una Legge del 31 marzo 2007 punisce chiunque richiama, partecipi o promuove interventi MGF.
Etiopia	La Costituzione del 1994 stabilisce che lo Stato deve proteggere le donne da pratiche e costumi nocivi, che, pertanto, sono proibiti.
Ghana	La Costituzione del 1992 proibisce tutte le pratiche che ledono il benessere fisico e mentale della persona, comprese le pratiche tradizionali. Il Codice Penale condanna esplicitamente le MGF.
Gibuti	Nel 1995 è stato emendato il Codice Penale che, all'art. 333, punisce chi pratica le MGF.
Guinea	E' in vigore la legge n. 2005/2006 sulla proibizione delle MGF.
Kenya	Il Chief Act del 1982 sancisce l'illegittimità della pratica e punisce chi ne è responsabile. Il Children Act n. 8 del 2001 contiene inoltre un'esplicita condanna delle MGF.
Mali	Legge n. 02-44 del 24 giugno 2002 sulla salute riproduttiva proibisce le MGF mentre l'ordinanza 04-019 incorpora il Protocollo di Maputo nella legge.
Mauritania	Ordinanza n. 2005-015 e capitolo II art. 12 del Codice penale, che proibisce le MGF nei minori.
Niger	Legge n. 2003-025 che ha emendato il codice penale criminalizzando ogni forma di MGF.
Nigeria	Non c'è una legge federale, ma molti stati hanno adottato leggi specifiche di proibizione delle MGF.
Rep. Centro Africana	Nel 1996 il Presidente ha emanato una ordinanza che proibisce le MGF.
Rep. dem. del Congo	Manca una specifica legge, ma gli artt. 46-48 del Cod. Penale possono essere utilizzati anche per le MGF.
Senegal	Il Codice Penale, rivisto nel gennaio 1990, all'art. 299 proibisce le MGF.
Sudan	Nel 1946 è stata approvata una legge che proibiva l'infibulazione dal 1976, la legge è stata rivista in modo meno restrittivo.
Tanzania	L'Art. 169 del Codice Penale proibisce le MGF su minori di diciotto anni.
Togo	La Legge n. 16/1998 prevede sanzioni per chiunque pratici MGF.
Uganda	La Costituzione del 1995 proibisce ogni legge, cultura, costume o tradizione contrari alla dignità della persona, al benessere o all'interesse delle donne o che ne compromettono lo status.

Tab. 5

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 ginecologo, il medico di base, l'assistente sanitario.

Negli interventi in caso di MGF, i **consultori familiari** possono svol-

gere un ruolo importante, offrendo un'assistenza socio-sanitaria integrata, attraverso un'equipe multidisciplinare in grado di assicurare la presa in carico globale dell'utente, con competenze in campo sanitario, sociale e psicologico, in un'ottica di prevenzione, individuazione ed eliminazione delle cause di disagio e malessere. Per gli interventi psico-sociali realizzati nell'ambito dei consultori familiari, gli interlocutori sono l'assistente sociale, lo psicologo, il sociologo, l'avvocato.

2.2. I servizi sociali

Il servizio sociale professionale è di competenza del Comune: ha come operatori gli assistenti sociali

e, in alcuni casi, si avvale di psicologi consulenti.

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

- Tutela del minore, ove esistano situazioni di pregiudizio sociale o educativo, con eventuale segnalazione alla Procura presso il Tribunale dei minori, qualora se ne ravvisi la necessità.
- Indagini sociali nel caso di minori a rischio e interventi di urgenza su minori in stato di abbandono o a rischio di violenza, anche in collaborazione con il Tribunale dei minori.
- Colloqui informativi di sostegno a genitori in difficoltà nella gestione dei figli con la finalità di attivare anche le risorse istituzionali e del privato sociale utili alla risoluzione del caso.

2.3. La mediazione linguistico-culturale

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

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

Questo evidentemente non significa accettare le MGF, ma senza tale approccio non è possibile attuare un'assistenza a donne e bambine che sia culturalmente sensibile e completo. Non solo; ma questa apertura mentale costituisce anche la base per pensare a strategie pre-

ventive, senza le quali il lavoro sulle MGF fallisce ancor prima di cominciare¹².

Un ruolo importante è svolto dalla mediazione linguistico-culturale: il **mediatore esperto di MGF** diventa il ponte tra immigrati e Paese di accoglienza, favorendo così la conoscenza reciproca di culture, valori, tradizioni, diritto e sistemi sociali, in una prospettiva di interscambio e di arricchimento reciproco.

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

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

2.4. La Magistratura e le Forze dell'ordine

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

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

di sospetto intervento MGF su un'allieva.

Questo significa che, in caso di 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.

2.5. La Scuola

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.

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

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

Nel caso si sospetti che una bambina/ragazza sia stata sottoposta a MGF, l'insegnante si rivolge quanto prima alla Direzione scolastica, che convoca (fatta eccezione per le classi di scuola elementare con docente unico) il Consiglio di classe ristretto (senza la presenza dei rappresentanti di genitori e alunni) e verifica se analoghi segnali indicatori di pericolo di MGF siano stati rilevati anche dagli altri insegnanti. È opportuno che il Consiglio di classe richieda l'intervento di un mediatore culturale esperto di MGF e promuova l'attivazione dei servizi socio-sanitari del territorio.

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

Il testo completo di queste Linee Guida è consultabile sul sito: www.mgfabruzzo.it

BIBLIOGRAFIA

- AHMADU F., 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: 2000, 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., *Female circumcision in Indonesia: extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights*. Jakarta, Population Council, 2004.
- CATANIA L., HUSSEN A.O., *Ferite per sempre. Le mutilazioni dei genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo*. Derive Approdi, Roma 2005.
- CENCI C., MANGANELLI S., *La costruzione sociale del corpo dell'immigrata: le rappresentazioni delle Mgf nella stampa e nella letteratura specialistica* in: C. Pasquinelli, a cura, *Antropologia delle Mutilazioni dei genitali femminili. Una ricerca in Italia*, Aidos, Roma 2000, pp. 15-27.
- CIMINELLI M.L., *Le "ragioni culturali" delle mutilazioni genitali femminili: note critiche sulla definizione di Mgf dell'OMS/WHO*, «La Ricerca Folklorica», 2002, 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, Milano 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 Milano.
- DORKENOO E., 1994, *Cutting the Rose. Female Genital Mutilation The practice and its Prevention*, Minority Rights Publications, London.
- ERLICH M., *La femme blessée. Essai sur les mutilations sexuelles féminines*, L'Harmattan, Paris 1986.
- ERLICH M., *La mutilation*, Paris, PUF 1990.
- EVANS-PRITCHARD E.E., 1931 *An alternative term for "bride-price"*, «Man», n. 31, pp. 36-39.
- FACCHI A., *I diritti nell'Europa multiculturale. Pluralismo normativo e immigrazione*, Laterza, Bari 2001.
- FUNGHI F. GIUNTA (a cura di), *Medicina, bioetica e diritto. I problemi e la loro dimensione normativa*, ETS, Pisa.
- FUSASCHI M., *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Feltrinelli, Milano 2003.
- GHADIALY R., Update on female genital mutilation in India. *Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter*, January-March 1992.
- GOODY J.R., TAMBIAH S. J., *Bridewealth and Dowry*, London, Canbridge University Press; trad. it. *Ricchezza della sposa e dote*, FrancoAngeli, Milano 1973.
- GRASSIVARO GALLO P., *La circoncisione femminile in Somalia: una ricerca sul campo*, FrancoAngeli, Milano 1986.
- GRASSIVARO GALLO P., *Figlie d'Africa mutilate: indagini epidemiologiche sull'escissione in Italia*, L'Harmattan Italia, Torino 1998.
- GRUENBAUM E., *The female circumcision controversy: an anthropological perspective*, University of Pennsylvania Press, Pittsburgh 2001.
- GRUENBAUM E., *Sexuality Issues in the Movement to Abolish Female Genital Cutting in Sudan*, «Medical Anthropology Quarterly», 2006, vol. 20, n. 1, pp. 121-138.
- HASSAN S.S., *La donna mutilata: la mutilazione genitale femminile: l'infibulazione*, Loggia de' Lanzi, Firenze 1996.
- HOSKEN F.P., 1993, *The Hosken Report: genital and sexual mutilation of females*, Women's International Network News, New York 1996.
- HUSSEN A.O., CATANIA L., *Deinfibulazione terapeutica*, «Il Ginecologo Rivista di Ostetricia e Ginecologia», vol.1, n. 2, giugno 2006 pp. 72-78.

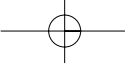
- ISA A.R., SHUIB R., OTHMAN M.S., *The practice of female circumcision among Muslims in Kelantan, Malaysia*. *Reproductive Health Matters* 1999, 7:137-144.
- JOHNSDOTTER S., *Mutilazioni genitali femminili tra le donne immigrate nei paesi occidentali: le stime a rischio sono attendibili?*, in: A.Morrone, P.Vulpiani (a cura di), 2004.
- Corpi e simboli. Immigrazione sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa*, Armando, Roma, pp. 67-83.
- KENYATTA J., *Facing Mount Kenya*, London, Secker and Warburg, Vintage Books; trad. it. 1977, *La montagna dello splendore*, Jaca Book, Milano 1938.
- KISAAYE E., *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*, Zed Books, London 2002.
- KOUYATE CARVALHO D'ALVARENGA H., *L'excisione*, «Présence Africaine», 1999, n. 160, pp. 109-116.
- KVELLO A., SAYED L., *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 2002.
- LAMBELET COLEMAN D., *The Seattle Compromise: Multicultural sensitivity and Americanization*, «Duke Law Journal», 1998, 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*, FrancoAngeli, Milano 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., *Corpi e simboli, Immigrazione, sessualità e mutilazioni genitali femminili in Europa*, Armando, Roma 2004.
- NATIONAL COMMITTEE ON TRADITIONAL PRACTICES OF ETHIOPIA, *Baseline Survey in Harmful Traditional Practices in Ethiopia*, NCTPE, Adis Abeba 1998.
- NUSSBAUM M., *Double Moral Standards? A response to Yael Tamir 's Hands off Clitoridectomy*, «Boston Review», 1996, vol. 21, n. 5.
- OBBERMEYER C.M., *Female Genital Surgeries; The Known and the Unknown, and the Unknowable*, «Medical Anthropology Quarterly», 1999, XIII, n. 1, pp. 76-106.
- OBBERMEYER C.M., *The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence*, «Culture, Health & Sexuality», 2005, n. 7 (5), pp. 443-461.
- PASQUINELLI C., *Il posto della tradizione*, in: AA.VV. *Modernizzazione?*, FrancoAngeli, Milano 1988, pp. 70-86.
- PASQUINELLI C., (a cura di), *Antropologia delle Mutilazioni dei genitali femminili. Una ricerca in Italia*, Aidos, Roma 2000.
- PASQUINELLI C., *Donne africane in Italia. Mutilazioni dei genitali femminili, identità di genere e appartenenza etnica*, «Questione giustizia», 2001, n. 3, pp. 487-501.
- PASQUINELLI C., *Identità di genere e prezzo della sposa*, «La ricerca flokoric», 2001, n. 44, pp. 5-21.
- PASQUINELLI C., *Infibulazione. Il corpo violato*, Maltemi, Roma 2007.
- PITCH T., *La legge giusta. il trattamento giuridico delle mutilazioni dei genitali femminili*, Aidos, Roma 2000.
- 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., *Transnazionalismo, un punto di vista dall'Africa occidentale*, «Confronto: Riflessioni sui modelli di sviluppo», 1998, a. IV, n. 8, pp. 103-119.
- SHELL-DUNCAN B., HERNLUND Y., a cura, *Female "Circumcision" in Africa*, Lynne Rienner Publishers, London 2000.
- SHELL-DUNCAN B., *The Medicalization of Female "Circumcision": Harm Reduction or Promotion of Dangerous Practice?*, «Social Science and Medicine», 2001, vol. 52, pp. 1013-1028.
- SHWEDER R.A., *When Cltures 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 2005, pp. 181-200.
- SOW F., *Mutilations génitales féminines et droits humains en Afrique*, «Africa Development», 1998, XXIII, nn. 3-4, pp. 13-36.
- SULTAN ABDURAHMAM ISSA M., GRASSIVARO GALLP, P., *1996/20005: dieci anni del rito alternativo di Merka (Somalia); da 'sunna gudnin'a 'gudnin usub' (il rito nuovo)*, in Grassivaro Gallo, Manganosi, a cura, 2006, *Pratiche tradizionali nocive alla salute delle donne*, Padova Unipress 2006.
- TAMIR Y., *Hands off Clitoridectomy*, Boston Review, 1996, 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.

NOTE

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

² Cfr. Precedente nota 1.

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*



BAMBINO

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".

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

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.

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)

⁷ G.U. n. 14 del 18 gennaio 2006.

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

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

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

Le disposizioni del presente articolo si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in

danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia. In tal caso, il colpevole è punito a richiesta del Ministro della giustizia.

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.

¹¹ Cfr. precedente nota 5.

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

Testo tratto da *Linee Guida per la Prevenzione ed il Contrasto alle Mutilazioni Genitali Femminili, realizzate dal seguente:*

Comitato Scientifico

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

Gabriele Di Marcantonio, *Coordinatore Comitato, Centro Studi Sociali Cesarina Bavecchi, Responsabile Ufficio Progetti sociali, Comune di Pescara*

Andrea Bollini, *Direttore scientifico Centro Studi Sociali, Scerne di Pineto*
Ercole Vincenzo Orsini, *Coordinatore Formazione MGF, Centro Studi Sociali*

Franca Pierdomenico, *Direzione Sanità, Regione Abruzzo*

Mirta Sciocchetti, *ginecologa, Vice Sindaco Comune di Chieti*

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

Rosetta Ciarrocchi, *Funzionario Ufficio Pubblica Istruzione, Provincia di Teramo*

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

Colabianchi Marzia, *Funzionario Provincia dell'Aquila*

Lina Di Donato, *Funzionario Provincia dell'Aquila*

Marco Pagnello, *Direttore Caritas Diocesana Penne – Pescara*

Teresa Taricani, *Operatore legale Caritas Diocesana Penne – Pescara*

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

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

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

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

Supervisione

Dr.ssa Lucrezia Catania, *ginecologa e sessuologa, Responsabile Ricerca del Centro di riferimento regionale per la prevenzione e la cura delle complicanze legate alle mutilazioni genitali femminili, Ospedale "Careggi", Firenze*
Avv. Francesco Di Pietro, *avvocato, esperto in diritto ed immigrazione*
Prof. Carla Pasquinelli, *antropologa culturale, Università di Napoli "L'Orientale", Facoltà di Scienze Politiche.*

Coordinamento a cura di: Centro Studi Sociali.

