



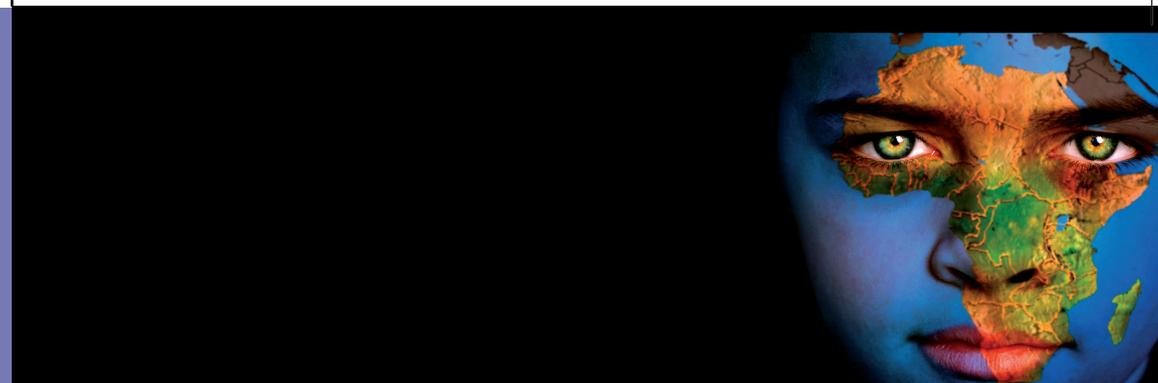
Volume realizzato nell'ambito del progetto DADA-FORM – Diritti e Autonomia per le Donne Africane
Percorsi formativi per la prevenzione ed il contrasto delle mutilazioni genitali femminili

L'Italia è diventata sempre più una nazione multi-etnica: l'integrazione sociale delle persone immigrate passa anche per la capacità di instaurare canali di dialogo interculturale, in grado di stimolare processi di conoscenza e reciproco scambio di valori e sistemi di vita. La convivenza di alcuni di questi aspetti, tuttavia, richiede il supporto specialistico di operatori in grado di *mediare* tra Paese di accoglienza e comunità immigrate. E' il caso della tradizione di mutilare i genitali femminili, in uso presso diverse comunità provenienti dall'Africa e dall'Asia e arrivata anche in Italia con i recenti flussi migratori. Si tratta di pratiche tradizionali non legate ad esigenze terapeutiche, che sono state negli ultimi anni riconosciute illegali in molti Paesi africani, oltre che essere penalmente perseguite in Italia e nei Paesi occidentali, proprio per la loro contrarietà al diritto universale alla salute delle donne e delle bambine.

Il volume offre ai mediatori culturali (e, di riflesso, agli operatori sanitari, sociali, scolastici, etc.) una pratica *guida* per intervenire a supporto dei servizi locali, laddove ci sia il sospetto (o il rischio) di una mutilazione genitale a danno di una donna o bambina, e propone un *manuale* per la formazione specialistica di questi operatori dell'intercultura, con approfondimenti (sanitari, antropologici, legali) diretti a stimolare la capacità di comunicazione in un contesto particolarmente delicato in quanto carico di valori fortemente radicati nella società di origine.

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

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





Rete del Progetto DADA-FORM



Comune di Pescara
Capofila di progetto



Pescara
CittàVicina

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
Focolare 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 -



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

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 della mediazione culturale, per la prevenzione e il contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF).

Rispetto al fenomeno delle MGF, assai importante è il ruolo del mediatore culturale, chiamato a svolgere in maniera consapevole e professionale la propria funzione di ponte tra immigrati e Paese di accoglienza, favorendo così la conoscenza reciproca di culture, valori, tradizioni, diritto e sistemi sociali, in una prospettiva di interscambio e di arricchimento reciproco. Tutto questo assume una rilevanza particolare rispetto alle tradizioni delle MGF, cariche di valori culturali e sociali estranei al mondo occidentale, ma fortemente connotanti il senso di provenienza e appartenenza delle persone immigrate. Conoscere le MGF in tutti i suoi aspetti vuol dire intraprendere la strada per comprendere (che non significa necessariamente condividere) una tradizione viva anche in alcune comunità immigrate in Italia, e avviare un processo di dialogo e scambio, in cui l'imprescindibile valore del legame alla terra di origine della persona immigrata riesce a innestarsi con il principio universale del diritto alla salute di tutte le donne e le bambine. Nessuna stigmatizzazione aprioristica o imposizione legislativa vale a raggiungere efficacemente quest'obiettivo, né nel Paese di origine, né nel mondo occidentale, quanto il dialogo aperto tra tutte le parti e persone coinvolte, ciascuna portatrice, evidentemente, delle proprie ragioni.

Le *Linee Guida per la prevenzione ed il contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili (LG)* sono uno strumento di lavoro a disposizione dei mediatori culturali per affrontare, in collaborazione con i servizi locali (sanitari, sociali, socio-sanitari, scolastici, etc.), pubblici e privati, i casi di MGF che si verificano (o potrebbero verificarsi) nelle comunità di immigrati presenti in Ita-

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

lia. Le LG presentano un quadro generale dei vari aspetti collegati al fenomeno MGF, focalizzando poi l'attenzione sulle modalità di azione del mediatore, rispetto ai diversi contesti in cui può trovarsi ad operare in caso di presa in carico di una bambina, donna, famiglia o comunità immigrata di etnia a tradizione MGF.

La metodologia adottata è diretta a fornire al documento il carattere di massima fruibilità, attraverso un approccio pratico, concreto e di facile visualizzazione. Le principali direttrici di intervento sono espresse in 35 Linee Guida, visualizzate nel testo con tabelle riepilogative, che presentano procedure e consigli di lavoro. Tutte le Linee Guida sono raccolte nel *Quadro sintetico di riepilogo*.

Il *Manuale per la formazione dei mediatori culturali* segue, temporalmente e logicamente, la redazione delle LG, e ne rappresenta il documento di approfondimento tematico, diretto a fornire al mediatore conoscenze approfondite in materia di MGF (nel settore medico, antropologico, legale, etc.), da mettere in campo nel lavoro quotidiano con i servizi locali e le persone immigrate di etnia a tradizione MGF.

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*, organizzati dal Centro Studi Sociali di Scerne di Pineto.

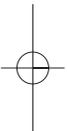
L'interdisciplinarietà degli insegnamenti e l'eterogenea composizione dell'aula (aperta, durante i *Workshop specialistici*, a rappresentanti del mondo socio-sanitario - medici di base, ginecologi, ostetriche, psicologi, operatori dei consultori e dei servizi sociali - e del mondo scolastico, oltre che 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 a cui il mondo occidentale tende a porsi, nella maggior parte dei casi, su un piano di assoluta e acritica incomunicabilità.

Sezione I

*Linee Guida per i mediatori culturali
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
<p>Asportazione parziale o totale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia).</p> <p><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></p>	<p>Asportazione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza asportazione delle grandi labbra (escissione).</p> <p><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></p> <p>Nota: In Francese il termine "excision" è spesso usato come termine generale per tutti i tipi di mutilazione genitale femminile.</p>

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 i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

<p>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).</p> <p><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></p>	<p>Tipo IV Non classificato: tutte le altre pratiche dannose per i genitali femminili condotte per scopi non terapeutici (es. puntura, piercing, incisione, raschiatura, cauterizzazione)</p>
---	---

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 i mediatori culturali 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 i mediatori culturali 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 (Erlach, 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, rimangono 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 i mediatori culturali 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 i mediatori culturali 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 i mediatori culturali 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.

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali 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.

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali 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 i mediatori culturali 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 i mediatori culturali 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 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'infibulazione. A volte è effettuata quando una donna sta per sposarsi, spesso viene

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali 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 i mediatori culturali 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 i mediatori culturali 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 i mediatori culturali 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 società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a*

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 i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 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 consegue la morte, l'omicidio.



2. MGF e mediazione culturale

2.1. La mediazione culturale

Nell'ultimo decennio, la figura del mediatore culturale si è affermata come importante risorsa per favorire l'inserimento socio-culturale delle persone immigrate, soprattutto per la crescente necessità degli operatori dei servizi socio-sanitari, servizi sociali, scuole, servizi pubblici e privati di diversa natura, di comunicare con un'utenza straniera in costante aumento¹.

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

Le funzioni-chiave della mediazione culturale sono:

- **Orientamento e informazione agli utenti**, sul funzionamento dei servizi, sull'iter amministrativo da seguire, sui diversi ruoli professionali presenti, sui diritti e doveri degli utenti e delle istituzioni.

¹ La Regione Abruzzo ha formalmente riconosciuto la qualifica professionale del "Mediatore culturale" nel 2006, con Deliberazione della Giunta regionale del 29.11.2006, n. 1386/P, delineando gli standard formativi per il training di questi operatori dell'interculturalità.

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

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

- Consulenza diretta al singolo immigrato, alle famiglie, alle associazioni di immigrati per aiutarli a muoversi autonomamente nella nuova realtà di vita e di lavoro.
- Collaborazione e supporto con le strutture e i servizi operanti nell'ambito di riferimento.

2.2. La mediazione culturale e le MGF

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

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

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

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

strategie preventive, senza le quali il lavoro sulle MGF fallisce ancor prima di cominciare².

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

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

² Tratto da World Health Organization, *Statement of the WHO director general to the World Health Organizations global commission on women's health*, 12 Aprile 2004, London.

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

LINEA GUIDA

1

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

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

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

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

Il bagaglio di conoscenze e competenze del mediatore comprende³:

- Conoscenza (parlata e scritta) della lingua italiana e di almeno un'altra lingua.
- Tecniche di comunicazione e gestione dei colloqui in ambienti interculturali.

³ Cfr. anche gli *Standard formativi individuati dalla Regione Abruzzo*, adottati con Deliberazione della Giunta del 29.11.2006, n. 1386/P.

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

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

LINEA GUIDA**2**

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

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

Infine, è opportuno chiedersi quali caratteristiche soggettive deve possedere un mediatore culturale per intervenire efficacemente nei casi di MGF. In generale, il mediatore deve essere straniero egli stesso, proveniente dagli stessi Paesi di origine dei migranti, oppure deve conoscere profondamente la cultura e la realtà dei Paesi di ori-

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

gine dei propri assistiti per poter agevolare un vero dialogo fra utenti stranieri e operatori dei servizi.

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

LINEA GUIDA

3

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

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

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

2.4. La questione linguistica e culturale

Il termine **mutilazione**, adottato dall'OMS dopo un lungo dibattito, enfatizza la connotazione negativa del fenomeno MGF, ponendo l'accento sulla crudeltà e la violenza connesse a queste pratiche tradizionali. Non va dimenticato che questa stessa parola così cruda è stata ripresa nel 1990 dalle donne africane dell'IAC (Inter African Committee), un'organizzazione femminile impegnata da oltre 20 anni nella lotta contro le MGF, poiché lo ritengono il termine più adeguato per sensibilizzare e mobilitare le persone in vista della loro eradicazione.

Se è condivisibile la motivazione alla base di tale scelta, tuttavia, al fine di instaurare un dialogo aperto ed efficace con le diverse componenti delle comunità immigrate a tradizione MGF (famiglia, donne, bambine, uomini), **il mediatore deve essere in grado di utilizzare una terminologia più neutra, che non vada a contrastare sin dal-**

3. La mediazione con le famiglie e le comunità immigrate locali a tradizione MGF

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

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

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

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

LINEA GUIDA**8**

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

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

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

LINEA GUIDA**9**

Il mediatore deve far sì che l'operatore che entra in contatto con la famiglia immigrata sia considerato come una fonte di aiuto per tutto il nucleo. Il mediatore non deve far percepire di giudicare e condannare l'uomo/donna o l'anziano/anziana che difende la tradizione MGF; concetti come *mutilazione*, *crudeltà* e *violenza* devono essere trasmessi indirettamente, attraverso la spiegazione dei danni psico-fisici che bambine e donne si portano per tutto il corso della vita.

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

- non parlano mai in pubblico di queste cose e, se lo dovessero fare, utilizzano forme di espressione indirette come le metafore (ad esempio, per dire che la bambina è stata appena infibulata dicono "sta sdraiata a casa");
- non si vogliono interferenze esterne, che in qualche modo possono creare problemi su qualcosa che non solo per loro è un ob-

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

bligo sociale molto vincolante, ma che è anche una questione di onore, personale e familiare;

- potrebbero temere di apparire arretrati e quindi potrebbero provare un sentimento di vergogna che li fa sentire a disagio nei confronti di un occidentale.

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

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

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

Nello specifico:

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

LINEA GUIDA**10**

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

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

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

LINEA GUIDA**11**

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

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

LINEA GUIDA**12**

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

- Le MGF sono una violazione della legge italiana, così come la re-infibulazione. Le conseguenze legali sono serie, dal carcere alla perdita della patria potestà.
- Le donne che non hanno subito interventi di mutilazione/infibulazione sono meno soggette a rischi igienico-sanitari e a malattie.
- Nelle donne che non hanno subito interventi la probabilità di concepimento è maggiore che nelle donne "chiuse" (infibulate).

4. La mediazione con le donne con MGF o a rischio

4.1. I possibili contesti della mediazione

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

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

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

LINEA GUIDA

15

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

L'intervento del mediatore può avvenire in diverse circostanze:

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

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

LINEA GUIDA**16**

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

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

- È il personale dei servizi a cui la donna si rivolge che contatta il mediatore, richiedendo un intervento di tipo linguistico e/o culturale. In questo caso, gli operatori del servizio possono chiedere alla donna se preferisce avere il supporto di un mediatore della propria etnia o di un mediatore appartenente ad altra comunità, nel caso in cui la presenza di un membro della propria fosse motivo di disagio.

LINEA GUIDA**17**

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

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

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

LINEA GUIDA**18**

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

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

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

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

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

damente inciso sulla salute e il benessere proprio e dei familiari. Comprensibilmente, per la donna tutti questi problemi potrebbero avere priorità rispetto ad un'esperienza lontana vissuta nell'infanzia, e magari connessa a sentimenti positivi.

LINEA GUIDA

19

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

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

4.1.1. I servizi sanitari pubblici e privati

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

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

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

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

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

Anche agli stranieri irregolari (cioè privi di permesso di soggiorno), attraverso la tessera/codice "STP" (straniero temporaneamente pre-

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

sente), rilasciabile dalle Aziende Sanitarie, sono assicurate, nei presidi pubblici e privati accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali (cioè prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato ma che potrebbero determinare maggiore danno alla salute e rischi per la vita), quelle urgenti per malattia e infortunio, e quelle di medicina preventiva. Sono garantiti in particolare: la tutela della gravidanza e della maternità, nonché la salute del minore; le vaccinazioni e gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive. A parte l'obbligo di referto in capo al medico, lo straniero irregolare che accede alle strutture sanitarie non può essere segnalato all'Autorità di P.S. Quindi lo straniero irregolare può tranquillamente recarsi presso la struttura sanitaria senza rischio di essere segnalato ai fini dell'espulsione.

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

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

LINEA GUIDA**20**

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

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

4.1.2. Servizi sociali comunali

Il Servizio sociale professionale è di competenza del Comune: ha come operatori gli assistenti sociali e, in alcuni casi, si avvale di psicologi consulenti. Il Servizio sociale è organizzato su base territoriale, comunale o intercomunale. Spesso, per le persone straniere, costituisce un “passaggio obbligato”, in quanto, non trovando altri canali specifici di intervento, tendono a portarvi i bisogni relativi all'accoglienza e all'orientamento, esplicando disorientamento, disinformazione, solitudine.

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

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

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

LINEA GUIDA

23

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

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

4.1.3. Sportelli per immigrati

Gli Sportelli per gli immigrati sono servizi attivati dai Comuni e da altri enti pubblici e privati, al fine di favorire l'integrazione delle persone immigrate nella società italiana. Il servizio svolge funzione di informazione e consulenza sui temi principali dell'immigrazione: permesso/carta di soggiorno, visti d'ingresso; ricongiungimento familiare; asilo politico; assistenza sanitaria; assunzione e lavoro; corsi di formazione professionale; assistenza legale; riconoscimento del titolo di studio.

LINEA GUIDA

24

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

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

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

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

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

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

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

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

LINEA GUIDA**25**

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

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

5. La mediazione con bambine e ragazze sottoposte a MGF o a rischio

5.1. I possibili contesti della mediazione

5.1.1. La Scuola

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

LINEA GUIDA

27

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

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

- **Dirigente Scolastico:** ha la funzione di direzione e coordinamento dell'Istituto.
- **Insegnanti:** sono i responsabili dei processi di apprendimento degli alunni, ma sono anche le persone che, nella scuola, sono a più stretto contatto con gli allievi e meglio di tutti sono in grado di mettere a fuoco comportamenti e problematiche di ciascuno.
- **Altro personale scolastico (personale amministrativo, colla-**

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

boratori scolastici, etc.): diverse figure svolgono funzioni di assistenza per il funzionamento dell'Istituto, dalla segreteria alla pulizia alla vigilanza sugli studenti. La scuola si avvale anche del personale e dei servizi delle ASL per garantire l'assistenza sanitaria agli alunni. Nella Scuola il mediatore entra in gioco su chiamata della Dirigenza scolastica, qualora un insegnante venga a conoscenza, oppure semplicemente maturi il sospetto, che un'alunna sia a rischio o sia stata sottoposta a MGF.

LINEA GUIDA

28

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

È compito del mediatore promuovere il coinvolgimento, nel processo di contatto tra la Scuola e la famiglia, anche delle altre istituzioni pubbliche competenti ad intervenire nei casi specifici (consultori, servizi sociali, pediatra, ginecologo, etc.).

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

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

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

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

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

LINEA GUIDA

31

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

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

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

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

LINEA GUIDA

32

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

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

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

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

Ma la pratica di MGF è anche un reato, punito dall'articolo 583-bis del codice penale, e come tale il personale scolastico competente è tenuto alla segnalazione dei possibili casi di MGF sulle proprie stu-

LINEA GUIDA**34**

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

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

5.2. Il dialogo con la bambina/ragazza

Il colloquio con la bambina/ragazza è un aspetto assai delicato dell'intervento del mediatore, sia in chiave di prevenzione di una MGF che di cura delle conseguenze per un intervento effettivamente avvenuto. L'età della bambina/ragazza, la sua sensibilità, il basso livello di consapevolezza rispetto alla dannosità di MGF (spesso presentata dalla famiglia come un'occasione di festa), il legame con i genitori e la famiglia, la forte pressione sociale da parte delle coetanee della stessa comunità, sono tutti fattori che devono indirizzare il dialogo su binari di grande attenzione. La bambina deve poter completare un sano sviluppo psicologico, non deve essere privata della sua identità e della sua fiducia di base, trattandola da “povera vittima” senza speranza. Un elemento fondamentale di cui tener conto nel colloquio con le bambine/ragazze immigrate è che è assolutamente necessario evitare reazioni 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 una pericolosa barriera al dialogo tra operatori e bambina/ragazza. È

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

compito del mediatore culturale contribuire a rimuovere questi atteggiamenti, consigliando sul modo migliore di esprimersi quando si parla di MGF, in particolare nel corso del primo incontro, quando è soprattutto necessario creare un clima di fiducia e rispetto.

LINEA GUIDA

35

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

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

6. Quadro sinottico di riepilogo delle Linee Guida

§ 2.2

LINEA GUIDA 1

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

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

§ 2.3

LINEA GUIDA 2

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

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

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

§ 3.1

LINEA GUIDA 8

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

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

§ 3.1

LINEA GUIDA 9

Il mediatore deve far sì che l'operatore che entra in contatto con la famiglia immigrata sia considerato come una fonte di aiuto per tutto il nucleo. Il mediatore non deve far percepire di giudicare e condannare l'uomo/donna o l'anziano/anziana che difende la tradizione MGF; concetti come *mutolazione*, *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.

§ 3.1

LINEA GUIDA 10

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

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

§ 3.1

LINEA GUIDA 11

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

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

§ 4.1**LINEA GUIDA 18**

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

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

§ 4.1**LINEA GUIDA 19**

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

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

§ 4.1.1**LINEA GUIDA 20**

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

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

§ 4.1.1

LINEA GUIDA 21

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

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

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

§ 4.1.1

LINEA GUIDA 22

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

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

§ 4.1.2

LINEA GUIDA 23

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

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

§ 5.1.2**LINEA GUIDA 33**

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

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

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

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

§ 5.1.3**LINEA GUIDA 34**

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

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

SEZIONE I - Linee guida per i mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

§ 5.2

LINEA GUIDA 35

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

Creare opportunità per l'apertura al dialogo della bambina/ragazza.

Utilizzare un linguaggio semplice e fare domande dirette, con termini di valore neutrale facilmente comprensibili.

Utilizzare una terminologia che le bambine/ragazze possono comprendere.

Evitare di avere reazioni emotive eccessive davanti alla bambina/ragazza.

Tener conto che le bambine/ragazze possono non considerare le MGF come una violenza, ma che anzi sono spesso proprio loro a volerle fare, a causa delle pressioni cui le sottopongono le coetanee che l'hanno già fatto.

Essere sensibili al fatto che la bambina/ragazza è leale con i genitori e che, quindi, è restia a riferire di situazioni interne all'ambito familiare.

Lasciare alla bambina/ragazza il tempo di parlare.

Assumere adeguate informazioni circa l'urgenza della situazione, nel caso la bambina/ragazza sia a rischio di essere sottoposta a MGF.

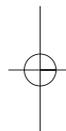
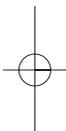
Trasmettere alla bambina/ragazza il messaggio che può rivolgersi al mediatore operatore quando vuole.

Favorire un clima di reciproca fiducia, evitando atteggiamenti di superiorità culturale lasciando trasparire giudizi.

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

Sezione II

Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF



1. Antropologia delle mutilazioni genitali femminili

1.1 Antropologia delle Mutilazioni dei Genitali Femminili (MGF)

*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

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

dell'apparato genitale esterno della donna. È stato infatti nel 1990 al III Congresso dell'Inter African Committee, un'organizzazione 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 assomiglia 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-

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 dei mediatori culturali 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 dei mediatori culturali 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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 dei mediatori culturali 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 dei mediatori culturali 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 dei mediatori culturali 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 dei mediatori culturali 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 dattità 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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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-

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 dei mediatori culturali 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

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 dei mediatori culturali 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 ubiquie

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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 circoncese 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 dei mediatori culturali 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

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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-

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 dei mediatori culturali 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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

– 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 morbilità 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 dei mediatori culturali 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 anatomico-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. E' 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

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 complicanze 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.

2.2. Trattamento e cura delle MGF. La deinfibulazione

*Dott. Omar Abdulcadir, Ginecologo,
Responsabile del Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione
e Cura delle Complicanze legate alla Mutilazione dei Genitali Femminili,
Ospedale Careggi, Firenze.*

I mediatori culturali che lavorano a contatto di donne portatrici di MGF, oltre a conoscere le conseguenze dannose provocate dalla pratica, devono anche sapere che la maggior parte di queste patologie (cisti, infezioni, dolori mestruali, rapporti sessuali dolorosi o impossibili, fistole vescico e retto vaginali, etc.) possono essere trattate adeguatamente. Devono, quindi, essere in grado di collaborare con gli operatori sanitari, favorendo l'avvio dei casi di MGF alle strutture preposte alla loro cura, contribuendo così, con l'informazione competente, alla promozione della salute psicofisica della donna interessata. Dei risvolti positivi beneficeranno non solo la singola paziente, ma anche tutta la sua famiglia e comunità d'appartenenza.

Tra gli interventi terapeutici il più importante è l'intervento di **deinfibulazione** per le donne infibulate. La deinfibulazione è un atto chirurgico ripartivo, che permette la riapertura dei lembi della cicatrice che occlude la parte della vulva chiamata vestibolo, in modo da esporre l'ostio vaginale e lo sbocco del meato urinario; inoltre permette di ricostruire, per quanto possibile, l'anatomia dei genitali esterni e, per chi lo desidera, permette di liberare la parte di clitoride nascosta sotto la cicatrice.

Una deinfibulazione deve essere consigliata per rendere possibili le visite ginecologiche (controlli in gravidanza, esecuzione di Pap test,

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

ecografia transvaginale ecc.), per permettere alla donna di partorire per via naturale, per trattare le infezioni vaginali e vescicali, per svuotare eventuali cisti da ritenzione della cicatrice, per svuotare un ematocolpo, infine per risolvere problematiche psicosessuali come penetrazione impossibile e rapporti dolorosi.

Le tecniche utilizzate per la deinfibulazione dipendono dalla struttura in cui l'operazione viene eseguita; si può usare il laser o, più frequentemente, il bisturi o le forbici. Entrambi gli interventi sono ambulatoriali e dovrebbero essere eseguiti in strutture di secondo livello; può essere utilizzata l'anestesia generale, oppure l'anestesia locale, come al *Centro di Riferimento per la prevenzione e la cura delle complicanze delle MGF di Careggi, Firenze*; sarebbe comunque auspicabile far scegliere alla paziente.

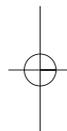
Molte delle informazioni che precedono l'intervento saranno date alla donna durante l'iter preoperatorio, ma è bene che anche il mediatore formato in MGF sia a conoscenza di alcune cose fondamentali. La giovane donna infibulata che non ha mai avuto rapporti, il suo futuro marito e i suoi genitori, se sono a conoscenza della decisione della donna di farsi "riaprire", devono essere rassicurati che durante l'intervento sarà posta la massima attenzione a non ledere l'imene e a spiegare che *la verginità fisica non è la cucitura artificiale dell'ingresso vaginale*, ma la presenza dell'imene intatto, che comunque, in rari casi, potrebbe anche mancare. Un dialogo aperto potrà servire a informare la componente maschile (padri, mariti, fratelli) che le pratiche escissorie sono illegali in tutto il mondo e, spesso, anche nel Paese in cui vengono praticate, sono contro la religione, sono dannose e anche ingiuste. È importante che gli interlocutori capiscano che i valori positivi che loro attribuiscono alla MGF (legati al senso di purezza, castità, bellezza) sono valori che comunque non vengono lesi dalla eradicazione della mutilazione e vanno responsabilizzati alla cura dell'integrità delle loro figlie; i giovani uomini andrebbero anche aiutati a non ritenere più l'infibulazione una dote indispensabile nella scelta di una compagna. In tutto questo importante lavoro di mediazione va evitato qualsiasi atteggiamento di superiorità o di critica. Il mediatore aiuterà il medico che informa la donna a dare tutte le spiegazioni e le informazioni, spiegando come apparirà la vulva dopo l'operazione, rassicurandola sui risultati, spiegandole che, se lei non desidera essere completamente

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

“aperta”, il taglio potrà arrestarsi subito al di sopra dello sbocco uretrale, giusto quel tanto da permettere una minzione normale e l’inserimento del catetere durante il parto e che si cercherà di ricostruire parzialmente una parvenza di “labbra” a protezione dell’ingresso vaginale. Subito dopo l’intervento la donna deve sapere che è importante la massima igiene e che, per impedire che i margini della ferita si risaldino insieme durante il processo di guarigione, deve divaricare i bordi della ferita tutti i giorni usando un po’ di crema anestetica e antibiotica.

È importante suggerire alla donna di urinare con i genitali immersi in una bacinella piena di acqua tiepida, eventualmente disinfettata, per non sentire il bruciore urente che ha già patito al momento dell’infibulazione. La donna deve essere informata che dopo la deinfibulazione cambierà il suo modo di urinare; infatti, il getto continuo e veloce a cui non è abituata potrebbe spaventarla. Anche il flusso mestruale sarà più agevole e, se non è più vergine, potrà fare le visite ginecologiche, il PAP test, potrà avere rapporti sessuali meno dolorosi. Molte donne hanno riferito che dopo l’operazione si sono sentite un po’ strane e hanno dovuto accettare questa nuova immagine dei genitali, ma con il tempo hanno acquistato consapevolezza dei benefici ottenuti.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF



3. Le mutilazioni genitali femminili: quadro legislativo e normativo

3.1. MGF: profili giuridici

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 distacco 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 fisico"¹.

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 femmi-*

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

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

nile (in G.U. 18 gennaio 2006, n. 14, ed in vigore dal 2 febbraio 2006), dopo quattro anni di *gestazione parlamentare*², introduce: *A*) 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.

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 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; *Stranieri in Italia*, 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

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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*

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. 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 perfetibile*, 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 maggiorenne 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

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali 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 bam-

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.

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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

bina), 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 risulta 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.

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*.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Entrambe le fattispecie sono costruite quali **reati di danno**: l'evento dannoso è, in riferimento al comma 1, la *mutolazione degli organi genitali*; in riferimento al comma 2, l'evento sono le *lesioni agli organi genitali 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 *mutolazione 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 san-

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

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

zionati 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*.

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 nulla 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

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

ed inevitabile, infatti, si impone la domanda in merito alla natura di queste lesioni *diverse* agli organi genitali, posto che sembrano non potervisi essere ricomprese le mutilazioni (già espressamente previste dal comma precedente) e che, in quanto *lesioni... 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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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. mamma) 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.

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 essere 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 dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Però, è plausibile che un non sanitario si *rappresenti* le finalità terapeutiche, 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

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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

vari organismi scientifici. "Il *British College of Obstetricians and Gynaecologists* 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*".

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

*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, 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".

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 dei mediatori culturali 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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 derivatone⁴⁴.

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 dei mediatori culturali 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 dei mediatori culturali 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 verifici, non sembra possibile invocare la normativa in questione. In altre parole, nel caso del-

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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).

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

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 dei mediatori culturali 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

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

3.2. Le mutilazioni genitali femminili e l'Islam

*Dott.ssa Deborah Scolart, Ricercatore,
Facoltà di Giurisprudenza, Università Tor Vergata, Roma.*

Introduzione: le teorie sulle origini del fenomeno e la rilevanza religiosa.

Diffuse in misura consistente in almeno 28 Paesi (Benin, Burkina Faso, Camerun, Ciad, Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Repubblica Centro Africana, Repubblica Democratica del Congo, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tanzania, Togo, Uganda), con percentuali oscillanti dal 20 al 98% della popolazione femminile sottoposta a intervento, le mutilazioni genitali femminili sono state a lungo ritenute un fatto antropologico da studiare come "fenomeno" appartenente a culture a noi estranee e quindi, sostanzialmente, come "fatto innocuo", da conoscere, certo, ma non da temere. Sebbene la diffusione geografica delle MGF operi a favore di una loro identificazione con l'Islam (in quanto presenti in molte aree ove la religione musulmana è maggioritaria), questa è frutto di un fraintendimento e non ha alcun fondamento religioso e/o giuridico, essendo l'affermazione del fenomeno di gran lunga anteriore alla nascita dell'Islam⁵⁶.

⁵⁶ Il rapporto di Amnesty International, *A Human Rights Information Pack, 1998*, disponibile sul sito Internet di A.I. (www.amnesty.org), e il sito <http://www.stopfgmc.org> mi hanno fornito le principali informazioni relative alla diffusione del fenomeno nelle aree sopra indicate. Dei Paesi in esame, sono a prevalente popolazione musulmana solo Gibuti, Egitto, Gambia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Somalia, Sudan settentrionale; a titolo di esempio, in Senegal, a fronte di un 85% di musulmani, solo il 20% delle donne risulta aver subito l'escissione. Al contrario, in Etiopia, ove il 90% della popolazione femminile ha subito clitoridectomia ed escissione (e anche l'infibulazione nelle zone confinanti con Sudan e Somalia), la religione più praticata è quella cristiana copta monofisita. Dai dati raccolti da A.I. si deve perciò trarre la conseguenza che le mutilazioni genitali sono una realtà trasversale alla religione: esse rappresentano un carattere sociale di un gruppo, ammantato di dignità religiosa (di volta in volta cristiana, musulmana o ebraica) legittimatrice, ma sostanzialmente da essa indipendente.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Del resto, le teorie che cercano di spiegare le origini di queste pratiche prescindono dall'elemento religioso per sottolineare il più delle volte profili diversi. Vengono così messi in evidenza l'enorme valore sociale attribuito alla verginità in molte comunità e il conseguente ricorso alle MGF come strumento per preservare la donna dalle nefaste conseguenze del desiderio sessuale (il quale è sovente considerato come il frutto della "naturale" tendenza alla sregolatezza sessuale *tipica* della donna); il "migliore aspetto estetico" degli organi genitali femminili mutilati rispetto a quelli intatti⁵⁷; la riduzione del rischio di essere aggredite da animali predatori attratti dallo stimolo olfattivo particolarmente intenso nelle donne non mutilate; il valore rituale della mutilazione come momento di passaggio dall'età infantile alla pubertà (in questo dunque assimilate a pratiche analoghe effettuate sui genitali dei giovani maschi in alcune comunità di indios, nonché a quei riti di modificazione del corpo sia maschile sia femminile diffusi tra quasi tutti i gruppi indigeni autoctoni del pianeta)⁵⁸.

Se resta problematico identificare con certezza la "motivazione principale" del fenomeno, non meglio vanno le cose quando si tenta di dargli un nome. Sembra infatti che forme diverse di mutilazione fossero note

⁵⁷ Oltre all'aspetto "estetico" dei genitali femminili, rileva di frequente il loro essere considerati, per un motivo o per l'altro, come il "male": ecco allora che la clitoride viene, di volta in volta, vista come sporca, assomigliante al pene maschile, causa dell'impotenza maschile, espressione del diavolo, contenitore di veleni che uccidono il feto alla nascita. Cfr. BARSTOW, *Female Genital Mutilation*, cit., p. 505 per un breve riassunto delle diverse giustificazioni addotte dai sostenitori.

⁵⁸ La bibliografia sulle origini del fenomeno, sui suoi aspetti antropologici, culturali, sociologici e religiosi è amplissima. Si citano qui di seguito: CHESSLER A.J., *Justifying the Unjustifiable: Rite v. Wrong*, in *Buffalo Law Review*, Vol. 45, 1997, pp. 555 ss.; GRASSIVARO VALLO P. – VIVIAN F., *The Origin of Infibulation in Somalia: an Ethological Hypothesis*, in *Ethology and Sociobiology*, Vol. 13, 1992, pp. 253-265; WORSELEY A., *Infibulation and Female Circumcision: a Study of a Little-known Custom*, in *Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 45, 1938, pp. 686-691; PIETERS G. - LOWENFELS A.B., *Infibulation in the Horn of Africa*, in *New York State Journal of Medicine*, April 1977, pp. 729-731; LIGHTFOOT-KLEIN H., *The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan*, in *The Journal of Sex Research*, Vol. 26, n. 3, Aug. 1989, pp. 375-392. Maggiori riferimenti bibliografici in ALDEEB ABU-SAHLIEH S., *Circoncisione maschile – Circoncisione femminile. Débat religieux, médical, social et juridique*, L'Harmattan, Paris 2001.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

già nell'antico Egitto⁵⁹, in epoca Romana (da cui il termine “infibulazione”, derivante dalla *fibula* che veniva applicata alle schiave – e secondo alcuni, anche alle mogli- per evitare i rapporti sessuali illeciti in assenza del padrone/marito)⁶⁰, tra i Fenici e tra gli Ittiti; cenni relativi alla pratica si troverebbero anche nell'Antico Testamento⁶¹. Non va infine dimenticato che le mutilazioni genitali femminili, seppur in percentuali diverse e limitatamente ad alcuni gruppi etnici, risultano note anche in Paesi come Arabia Saudita⁶², Yemen, Bahrain, Pakistan,

⁵⁹ È singolare, e sembra dimostrare una sorta di “rifiuto di paternità” della pratica, che in Egitto l'infibulazione sia nota come “circoncisione sudanese”, mentre in Sudan viene detta “circoncisione faraonica”.

⁶⁰ Ma sui rapporti tra Roma e la pratica della circoncisione diffusa nelle province medio-orientali, e sul divieto imposto da Adriano nel 129/130, cfr. MAROTTA V., *Politica imperiale e culture periferiche nel mondo romano: il problema della circoncisione*, in *Index*, vol. XII, 1982/84, pp. 405-446. L'A. richiama nel testo le testimonianze di Erodoto e Strabone relative alla ‘recisione’ delle donne in Egitto, dalle quali emerge una concezione del rito quale propedeutico sia al conseguimento della purità culturale, sia al matrimonio e alla vita nella comunità.

⁶¹ Si tratta della nota vicenda della gelosia di Sara, moglie di Abramo, per la schiava Agar, che aveva dato ad Abramo un figlio, Ismaele. In Genesi 16,5-7 si fa riferimento al fatto che Sara “maltrattò” Agar costringendola a fuggire; in seguito, su questa base si sarebbe costruita la leggenda secondo cui Agar fuggì perché sottoposta ad escissione da parte di Sara; cfr. ALDEEB ABU-SAHLIEH S., *Circoncision masculine – Circoncision féminine*, cit., p. 97; RISPLER-CHAIM V., *Islamic Medical Ethics in the Twentieth Century*, Leiden, 1993, p. 85

⁶² In realtà il problema della diffusione geografica delle diverse forme di MGF è tra i più dibattuti perché, se non esistono dubbi in merito al coinvolgimento dei citati paesi africani, maggiori perplessità emergono rispetto ad altre aree geografiche, mancando, riguardo a numerosi Stati, studi antropologici e statistici precisi e concordanti. Barstow, ad esempio, segnala (indicando gli autori di riferimento), come tra i paesi in cui le MGF risultano molto diffuse rientrano anche l'Australia, l'Indonesia, la Malesia e l'Oman; esse sono praticate, ma non su vasta scala, in Brasile, India, Messico, Perù e Russia, mentre sarebbero del tutto sconosciute in Iran, Iraq, Giordania, Libia, Pakistan, Arabia Saudita, Siria, Tunisia, Turchia e Yemen; cfr. BARSTOW D.G., *Female Genital Mutilation: the Penultimate Gender Abuse*, in *Child Abuse & Neglect*, 1999, Vol. 23, n. 5, pp. 501-510. Al di là del dato statistico, ambiguo, si può sostenere con una certa fondatezza che nei tre Paesi maggiormente noti per il loro rigore nell'applicazione delle regole religiose e giuridiche islamiche (cioè Arabia Saudita, Iran e Pakistan) le MGF sono un fatto, se non ignoto, certamente residuale, il che deporrrebbe a favore di un loro più concreto impegno nella promozione di campagne volte all'eradicazione della pratica.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Bangladesh, Indonesia, Perù, Messico, Brasile, Stati Uniti, ecc.; gli studi antropologici si sono tuttavia concentrati, per la maggior parte, sul continente africano, area dove le MGF hanno carattere endemico. Con riferimento agli aspetti più propriamente religiosi, gli attivisti per l'abolizione delle MGF accusano sovente i capi spirituali delle diverse comunità non solo di non ostacolare la pratica, ma addirittura di raccomandarla e di osteggiare le campagne volte alla sua eliminazione⁶³. Questo atteggiamento è particolarmente curioso in ambito islamico: l'enorme diffusione delle MGF nei paesi a maggioranza musulmana si scontra infatti con il silenzio del Corano in merito sia alla circoncisione maschile sia a quella femminile⁶⁴.

I sostenitori delle MGF, gravemente ostacolati dall'impossibilità di rivolgersi al Corano, fanno inevitabilmente riferimento ad alcune tradizioni del Profeta, peraltro non da tutti ritenute autentiche⁶⁵.

⁶³ Il "lassismo" dei religiosi in merito alle MGF trova una notevole eccezione tra i Testimoni di Geova, che le hanno a più riprese condannate; cfr. Watchtower Bible & Tract Society: *Female circumcision. Why?*, in *Awake*, n. 67, 22 giugno 1985, pp. 24-27; Id., *Millions are suffering. Can they be helped?*, in *Awake*, n. 74, 8 aprile 1993, pp. 20-23.

⁶⁴ A proposito della difficoltà di trovare una giustificazione religiosa della circoncisione maschile e femminile in ambito ebraico, cristiano e musulmano, si veda l'approfondito studio di ALDEEB ABU-SAHLEH S., *Circoncisione maschile – Circoncisione femminile*, cit., pp. 35-190, e dello stesso autore: *To Mutilate in the Name of Jehovah or Allah: Legitimization of Male and Female Circumcision*, in *Medicine and Law*, 1994, 13, pp. 575-622; Id., *Jehovah, his Cousin Allah, and Sexual Mutilations*, in DENNISTON G.C. – HODGES F.M. – MILOS F.S., *Male and Female Circumcision: Medical, Legal, and Ethical Considerations in Pediatric Practice*, New York – Parigi, 1999, pp. 41-62 e, ibidem, *Muslims' Genitalia in the Hands of the Clergy: Religious Arguments about Male and Female Circumcision*, pp. 131-171.

⁶⁵ Il Corano è, come noto, non solo il testo sacro dell'Islam in quanto religione, ma è altresì la fonte primaria del diritto musulmano, diritto dunque di origine divina. In sé testo completo e definitivo, la sua lettura viene integrata e chiarita dalla Sunna, cioè dalle tradizioni relative al modo di comportarsi del Profeta Muhammad in determinate circostanze, a cui viene dato rilievo in quanto condotta ispirata dalla divinità. Anche la Sunna è fonte del diritto, il quale si evolve grazie agli strumenti interpretativi dell'*igma* (o consenso dei dottori della legge) e del *qiyas* (o ragionamento analogico). Le tradizioni del Profeta sono ritenute autentiche quando il racconto si fonda su una catena di trasmettitori ineccepibili ed esatti, collegati gli uni agli altri senza soluzione di continuità: queste tradizioni (diversamente da quelle dette "mediocri" e da quelle dette

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Secondo queste tradizioni, il Profeta, nel rivolgersi a Umm 'Atiyya, una donna che praticava l'escissione, avrebbe detto: “*se tagli, non esagerare, perché così rendi più radioso il volto ed è più piacevole per il marito*”; altri riportano invece questa frase: “*taglia leggermente e non esagerare perché è più piacevole per la donna e migliore per il marito*”. In una diversa circostanza Muhammad avrebbe detto: “*la circoncisione è sunna (cioè “tradizionale”) per l'uomo e makruma (cioè “meritoria”) per la donna*”⁶⁶.

La lingua araba conosce due termini diversi per riferirsi alla circoncisione: *khafd* è, propriamente, l'escissione femminile, mentre *khitan*, circoncisione, è usato indifferentemente per i maschi e per le femmine (in questo secondo caso indica la piccola incisione della clitoride con fuoriuscita di sette gocce di sangue)⁶⁷.

I giuristi delle scuole sunnite si riferiscono alla circoncisione femminile qualificandola in quattro modi diversi: secondo i malikiti essa è *ma-*

“deboli”) hanno un valore decisivo per la risoluzione delle questioni; sul punto cfr. SANTILLANA D., *Istituzioni di diritto musulmano malikita*, Roma, 1926, pp. 40-44.

L'insieme di queste fonti dà vita ad un sistema giuridico-religioso universalmente noto come *shari'a*; nel mondo arabo islamico contemporaneo la *shari'a*, lungi dall'essere un relitto storico, assurge al rango di fonte del diritto, espressamente richiamata dalla Carte costituzionali o dai codici civili e commerciali (cfr., ad es., l'art. 1 del codice civile egiziano del 1948 e l'art. 2 della Costituzione egiziana, come modificato nel 1980). Per una prima introduzione al diritto musulmano, cfr. CASTRO F., *Diritto musulmano e dei paesi musulmani*, in *Enc. Giur.*, Vol. XI, e la ricca bibliografia ivi indicata; Id., *Il modello islamico*, Torino, 2007; cfr. anche SCHACHT J., *Introduction to Islamic Law*, Oxford, 1964.

⁶⁶ I passi citati sono tratti da ALDEEB ABU SAHLIEH S., *Circoncision masculine - Circoncision féminine*, cit., pp. 155-157. *Sunna* può qui indicare sia una “tradizione” del Profeta avente carattere obbligatorio, sia un semplice “costume sociale” privo di tale obbligatorietà; su questa duplice valenza si fonda parte dei dibattiti dottrinari di cui si fa cenno nel testo, insieme alla circostanza che le quattro figlie di Maometto non furono circoncise, o almeno non ve n'è prova nei testi.

⁶⁷ Cfr. s.v. *khitan*, in *Encyclopédie de l'Islam*, 2^{ème} ed. (E.I.²), Leiden, 1986, vol. V, pp. 20-23; *khafd*, in E.I.², vol. IV, pp. 946-947. In particolare, *khafd* ha, nella lingua araba, tra gli altri anche il significato di ‘abbassare’, ‘umiliare’; in questo senso, la parola esprime l'uso della circoncisione femminile come modo per ridurre la concupiscenza della donna e sottometterla meglio. Va comunque segnalato che il termine popolare arabo per indicare la circoncisione sia maschile che femminile è *tahara*, purificazione; cfr. s.v. *tahara*, in E.I.², vol. X, 1998, pp. 106-107.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

kruma li-l-nisà, cioè costituisce un atto di buona volontà per le donne, e ne aumenta la dignità; tuttavia, non è un peccato non praticarla. Per gli hanbaliti la circoncisione è *sunna*, una buona pratica sostenuta dal Profeta e che, pur non essendo obbligatoria, deve ritenersi fortemente incoraggiata. Ad avviso degli shafi'iti essa è *wajib*, obbligatoria per maschi e femmine mentre per gli hanafiti è *jàiz*, permessa o “neutrale” secondo la *shari'a*, ma comunque decisamente non obbligatoria⁶⁸.

Il passo di al-Nawawī⁶⁹ che riportiamo di seguito, in realtà non chiarissimo, è interessante perché dimostra la mancanza di una posizione univoca dei giuristi sulla necessità della circoncisione, a cui fa da corollario la difficoltà nel “qualificare” secondo le categorie del *fiqh*⁷⁰ la condotta in esame. Al Nawawī così descrive il problema: “*la circoncisione è obbligatoria (wajib) secondo gli shafi'iti e alcuni altri dottori; è un'obbligazione tradizionale (sunna) per la maggioranza dei dottori e per i malikiti. Inoltre, secondo gli shafi'iti è obbligatoria sia per le donne che per gli uomini. Per quanto riguarda gli uomini, è obbligatorio recidere la pelle che copre il glande, in modo che questo sia messo interamente a nudo. Per quanto riguarda le donne, è obbligatorio tagliare una piccola parte della pelle nella parte più alta dei ge-*

⁶⁸ Cfr. RISPLER-CHAIM V., *Islamic Medical Ethics, cit.*, p. 85 s. Non mancano del resto discordanze all'interno di una stessa scuola: ad esempio, il giurista hanafita Ibn-Mawdud al-Musili (m. 1284), pur accettando la qualificazione di *sunna* e *makrūma* rispettivamente per la circoncisione maschile e femminile, riteneva che, qualora gli abitanti di un luogo avessero unanimemente deciso di abbandonare questa pratica, l'imam avrebbe potuto dichiarare loro “guerra” in quanto essa costituisce parte dei rituali dell'Islam e della sua specificità. Cfr. ALDEEB ABU SAHLIEH S., *Circoncision masculine - Circoncision féminine, cit.*, p. 169.

⁶⁹ Il passo è illustrato da WENSINCK A.J., s.v., *Khitan, cit.* Al-Nawawī (1233-1277) era un giurista di scuola shafi'ita, grande conoscitore della c.d. “scienza delle tradizioni” e assai rigido nel valutare la valenza delle raccolte.

⁷⁰ Si è in precedenza accennato che *shari'a* è la legge religiosa islamica stabilita dalla divinità e conosciuta dall'uomo per mezzo della rivelazione; essa guida il comportamento dell'uomo sia verso Dio sia verso gli altri uomini. Il concetto di *fiqh* (peculiare dell'Islam) si sviluppa nell'ambito della *shari'a*: infatti, secondo la definizione del giurista malikita Ibn Khaldun, *fiqh* è la conoscenza della quintuplice partizione sciaraitica delle azioni del *mukallaf* (cioè il musulmano tenuto all'adempimento dei suoi obblighi religiosi) nel senso di atto obbligatorio, proibito, consigliato, sconsigliato, libero. Sul rapporto tra *fiqh* e *shari'a* cfr. D'EMILIA A., *Scritti di diritto islamico*, a cura di Castro F., Roma, 1976, pp. 1-76.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

nitali. Il punto di vista sano (sahih) all'interno della nostra scuola, supportato dalla maggior parte dei nostri amici, è che la circoncisione è permessa ma non obbligatoria nella giovinezza; secondo un'altra opinione il wali [curatore] è obbligato a far circoncidere i giovani prima che abbiano raggiunto la maggior età. Secondo un punto di vista particolare, è proibito far circoncidere il bambino prima che abbia compiuto i dieci anni. Nella nostra opinione il punto di vista sano è che la circoncisione è mustahabb (raccomandabile) il settimo giorno successivo alla nascita. Inoltre, sulla questione se per il 'settimo giorno' si debba contare o meno il giorno della nascita esistono due diverse opinioni".

Dal brano riportato emerge come per gli shafi'iti la circoncisione femminile sia obbligatoria, così come lo è quella maschile; i malikiti la ritengono invece un'obbligazione tradizionale. Si può supporre che la scuola shafi'ita si riferisca esclusivamente alla circoncisione più lieve (il tipo 1 nella classificazione dell'OMS), in quanto non viene fatto riferimento all'asportazione della clitoride e tanto meno a interventi più invasivi, ma solo alla rimozione di un piccolo lembo di pelle.

È inoltre affermato il principio per cui l'intervento andrebbe effettuato in gioventù; tuttavia, fissato il limite massimo della maggiore età, non c'è accordo sul minimo, che, infatti, oscilla da 7 giorni dopo la nascita a non prima del compimento del decimo anno. Come si vede, rimangono ampi spazi per l'operatività delle consuetudini locali nella definizione sia dei limiti temporali sia delle concrete modalità della circoncisione.

La tutela normativa nei Paesi di maggior diffusione

Il quadro normativo dei Paesi in cui sono maggiormente diffuse le mutilazioni genitali è disomogeneo: dei 28 Paesi presi in considerazione da Amnesty International, e precedentemente indicati, ben 21 non hanno alcuna disposizione normativa che proibisca, più o meno espressamente, tali pratiche, e questo nonostante in quasi tutti esistano forti movimenti d'opinione ad esse contrari e gruppi di azione per la difesa dei diritti umani⁷¹. Nei Paesi che si sono dotati di una nor-

⁷¹ La sezione *World news* del *NOCIRC Annual Report*, Spring 1999 segnala l'approvazione in Senegal nel 1999 di una legge intesa a proibire le MGF la quale pre-

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

mativa *ad hoc* la situazione non è molto migliore: in Burkina Faso il 70% delle donne risulta aver subito l'escissione, nonostante una recente legge la proibisca⁷², punendo con la reclusione da 6 mesi a 3 anni il colpevole nell'ipotesi in cui la vittima sopravviva, mentre in caso di decesso la pena è aggravata e la reclusione va da 5 a 10 anni; inoltre, il "Comitato Nazionale per la lotta all'escissione" sostiene dal 1990 programmi educativi volti all'eliminazione delle MGF.

La Repubblica del Benin ha adottato nel 2003 la legge 2003-03 finalizzata alla repressione delle pratiche mutilatorie nel paese. L'art. 3 definisce come mutilazioni genitali "l'ablazione parziale o totale degli organi genitali esterni delle persone di sesso femminile, e/o tutte le altre operazioni concernenti detti organi"; il secondo comma esclude dall'operatività della norma gli interventi chirurgici motivati da necessità terapeutiche. La condotta è punita con la reclusione da 6 mesi a 3 anni, ma se la vittima è una minorenni è previsto un aggravamento di pena (reclusione da 3 a 5 anni); in caso di decesso, il colpevole è condannato ai lavori forzati da 5 a 20 anni.

Nella Repubblica Centro Africana, una legge del 1966 proibisce le mutilazioni genitali e il Governo ha varato una serie di misure per l'attuazione della legge. Tuttavia, la percentuale di donne vittime della clitoridectomia e dell'escissione è ancora attestata intorno al 50%.

In Ghana, la pratica dell'escissione persiste nonostante l'art 26 comma 2 della costituzione proibisca tutte le pratiche consuetudinarie disumane o che offendono l'integrità psico-fisica della persona e l'art. 69A del codice penale vieti espressamente le MGF punendole con la multa e la reclusione⁷³ (del resto applicata in soli due casi dall'entrata in vigore del codice, nel 1994).

vede la reclusione in carcere fino a 5 anni per il colpevole; nel 1998 in Togo la Commissione parlamentare per i diritti umani avrebbe approvato una legge contro le MGF sul presupposto che esse incidono sull'integrità fisica delle donne e non possono essere giustificate né da motivi culturali, né da motivi religiosi.

⁷² Le mutilazioni genitali femminili sono definite come la violazione dell'integrità fisica degli organi genitali femminili, sia attraverso l'ablazione totale, sia a mezzo di escissione, infibulazione, desensibilizzazione o in altro modo.

⁷³ La legge punisce con la reclusione non inferiore nel minimo a 3 anni chiunque escida, infibuli o altrimenti mutili tutto o parte delle piccole e grandi labbra e il clitoride di un'altra persona.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

In Guinea l'art. 265 del codice penale definisce illegali le MGF; tuttavia sono diffuse tutte e tre le forme di MGF, in percentuali consistenti e senza distinzioni di etnie, regioni o religioni. La Corte Suprema ha pertanto deciso di collaborare con il "Co-ordinating Body on Traditional Practices Affecting the Health of Woman and Children" per proporre una modifica alla Carta costituzionale che espressamente proibisca le MGF. Un importante intervento del legislatore si è avuto con la legge 2000/010/AN che disciplina la salute riproduttiva: il suo articolo 13, fatte salve le disposizioni del codice penale, ribadisce la rilevanza penale di "tutte le forme di mutilazione genitale femminile"; nello stesso senso si era già indirizzato il codice deontologico del 1996, il cui art. 40 vieta interventi mutilatori non giustificati da gravi ragioni mediche.

In Sudan i primi tentativi di eliminazione delle MGF risalgono alla seconda metà del '900, quando il Paese fu il primo Stato africano a dichiararle illegali: il codice penale del 1925⁷⁴ (modificato nel 1946) proibiva l'infibulazione, e permetteva la sola circoncisione *sunna*. In seguito all'indipendenza, nel 1957 venne mantenuto in vigore il codice, e conservata la stessa disposizione. Tuttavia, benché nel 1991 il governo si sia impegnato a combattere le MGF, il nuovo codice penale del 1993, (frutto della spinta verso l'islamizzazione che ha interessato l'intero ordinamento sudanese) tace in proposito, sollevando non poche perplessità in merito allo *status* effettivo della questione.

In Gibuti, Paese in cui ben il 95% delle ragazze risulta essere infibulata, l'art. 333 del codice penale del 1994 ha dichiarato l'illegittimità delle MGF⁷⁵.

⁷⁴ Islamizzato a partire dal X sec., il Sudan non fece mai parte dell'Impero ottomano, ma fu soggetto al controllo del sultanato di Dar Fur dal XVI al XIX secolo; il paese vide l'applicazione del diritto musulmano in materia penale sino alla promulgazione del codice del 1899, applicato progressivamente a tutte le province. Il codice penale del 1899 si ispirava largamente al codice penale indiano del 1860, il quale realizzava un compromesso tra il diritto musulmano (applicato in tutta l'India in materia penale) e i principi della *common law* introdotti dai colonizzatori britannici; il codice indiano ebbe un significativo successo e fu preso a modello per la codificazione penale di Pakistan, Ceylon, Burma, Malesia, Singapore nonché dei Paesi del Golfo dove più consistente fu l'influenza britannica. Nel 1925 il governo sudanese promulgò un nuovo codice, che però non incise in misura rilevante sui principi che avevano ispirato la precedente versione.

⁷⁵ "Le violenze che danno luogo a una mutilazione genitale" sono punite con la reclusione non inferiore a 5 anni.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

In Eritrea la legge del 20 marzo 2007 vieta le pratiche mutilatorie, punite con la reclusione da 2 a 3 anni; in caso di decesso della vittima si ha un aggravamento della pena (da 5 a 10 anni); la legge prende in considerazione anche il comportamento di chi (genitori, parenti, tutori) abbia richiesto la mutilazione, incriminando tale condotta e punendola con la reclusione da 6 mesi a 1 anno. Si tratta di una scelta normativa piuttosto innovativa, ma purtroppo non condivisa da altri ordinamenti giuridici.

Più complessa è la realtà egiziana. In questo Paese esiste da anni un acceso dibattito in merito alla legittimità o meno delle MGF, che vede schierati su fronti opposti il *mufti* ufficiale dell'Università islamica di al-Azhar e i modernisti guidati dal Ministero della Sanità. Si è visto *supra* come non sia possibile trovare un fondamento religioso e giuridico delle MGF nel Corano e come dalle parole del Profeta risulti, al più, consentita la sola circoncisione (*khitan*) e non le forme più invasive; tuttavia, una certa confusione terminologica intorno ai vocaboli impiegati per definire i diversi tipi di mutilazione genitale fa sì che ricadano nella generale tolleranza per la circoncisione anche l'escissione e l'infibulazione.

I pareri resi dal Comitato egiziano delle *fatâwa* non fanno distinzioni tra le diverse MGF, e contribuiscono non poco a creare perplessità in merito alla loro qualificazione giuridica. Il 28 maggio 1949 si afferma che abbandonare la circoncisione femminile non costituisce un peccato, ma due anni dopo, il 23 giugno 1951, è ritenuto desiderabile praticare la circoncisione perché essa modera la natura femminile; infine, il 29 gennaio 1981 si afferma che non è possibile abbandonare gli insegnamenti del Profeta Muhammad a favore degli insegnamenti di altri, siano questi pure dei medici, perché la medicina evolve e non è costante mentre, al contrario, gli insegnamenti del Profeta sono sempre validi⁷⁶. Quest'ultima *fatwa* è frutto del pensiero di Giad al-Haqq, precedente *shaykh* di al-Azhar, il quale nel 1994, subito dopo la Conferenza del Cairo su "Demografia e sviluppo", ripetendo quanto già in passato sostenuto, afferma: "se gli abitanti di una regione rifiutano di

⁷⁶ Cfr. ATIGHETCHI D., *La legge islamica e il corpo delle donne*, in *Il Mulino*, anno XLV, n. 367, 1996, pp. 1000 ss.

praticare la circoncisione (*sunna*) maschile e femminile, il Capo dello Stato può loro dichiarare guerra”.

Il conflitto, purtroppo, non è confinato agli ambienti accademici, ma investe in pieno l'apparato legislativo egiziano. Con il decreto presidenziale n. 74/1959 il governo aveva ambigualmente proibito ai medici di praticare l'infibulazione faraonica e l'escissione, lasciando alla loro discrezionalità la decisione in merito a quella parziale (*sunna*); l'intervento non poteva però essere effettuato nelle cliniche facenti capo al Ministero della Sanità. In sostanza, si estromettevano i medici della sanità pubblica, lasciando però il campo libero non solo alle cliniche private, ma anche a levatrici e praticoni; inoltre, ancora una volta la scarsa chiarezza terminologica lasciava ampi margini di manovra in ordine alla determinazione dell'esatto contenuto del divieto.

Un passo avanti si è avuto con il Decreto ministeriale 261 dell'8 luglio 1996: il Ministro Sallam ha così proibito ogni tipo di mutilazione genitale femminile in tutte le strutture pubbliche e private, rendendo la violazione del decreto penalmente perseguibile. Sfortunatamente, nel luglio 1997 il Tribunale Amministrativo del Cairo ha rovesciato il senso del decreto, riautorizzando l'escissione negli ospedali; nella sua decisione, il giudice Abdul Aziz Hammad ha affermato che le MGF sono un tipo di intervento che i dottori hanno il “diritto” di eseguire, senza interferenze da parte di organi ministeriali. Contro questa pronuncia hanno proposto appello il Ministro della Sanità e il Presidente dell'Ordine dei medici egiziano: la decisione della Suprema Corte Amministrativa del dicembre 1997 ha definitivamente vietato ogni forma di mutilazione genitale femminile, restituendo piena efficacia al decreto 261.

Nonostante ciò, le MGF hanno continuato ad essere praticate in Egitto, attirando occasionalmente l'attenzione della stampa. Significativa è stata tuttavia la tragica fine di una ragazzina di 12 anni, operata in una clinica non autorizzata nel sud del Paese e deceduta tra atroci sofferenze. L'opinione pubblica, sconvolta dalla notizia finita su tutti i giornali nazionali, ha sollecitato la ripresa del dibattito politico sulla questione e non è un caso che la nuova legge a tutela dell'infanzia, emanata nel 2008, incrimini (finalmente) le pratiche mutilatorie. La riforma non è stata indolore, scontrandosi in Egitto l'anima conservatrice e i modernisti e ruotando il dibattito attorno alla presunta “islamicità” delle mutilazioni. Il richiamo a pratiche secolari assai diffuse

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

e il timore di dover incarcerare il 90% della popolazione dell'Alto Egitto hanno infatti indotto alcuni politici ed intellettuali a criticare aspramente la riforma, sostenendo inoltre che essa è il frutto di una campagna politica di matrice occidentale volta a destabilizzare l'Egitto intervenendo sulle sue più solide strutture sociali. Nonostante la forte opposizione, la riforma è tuttavia entrata in vigore, supportata, almeno per quanto concerne le MGF, dal sostegno popolare e dal diretto coinvolgimento della consorte del Presidente, sig.ra Mubarak, nelle campagne per la loro eliminazione. Oggi, dunque, l'esecuzione di mutilazioni genitali è punita in Egitto con la reclusione da 3 mesi a 2 anni e una multa da 1000 a 5000 Lire Egiziane; restano salvi gli interventi motivati da gravi ragioni cliniche. Resta da vedere se i cittadini riteranno di avvalersi della norma e come essa verrà interpretata ed applicata dai tribunali.

4. Buone prassi di intervento in materia di MGF

4.1. MGF: prospettive di intervento

Dott. Aldo Morrone, Direttore Generale Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma¹.

Mutilazione genitale femminile nelle comunità di immigrati dei Paesi occidentali

I Paesi in cui la mutilazione genitale femminile non è una pratica tradizionale dovrebbero essere consapevoli che essa potrebbe essere praticata nelle comunità di immigrati o che le donne immigrate che sono state sottoposte a questa procedura nei loro paesi di origine possano avere bisogno di una particolare assistenza medica. Le preoccupazioni principali riguardano le possibili conseguenze psicosociali avverse per le donne e le bambine che si sono trasferite da un paese in cui la mutilazione genitale femminile viene accettata a livello familiare e sociale ad un altro in cui essa è una pratica illegale e viene aborrita dalla comunità. Siccome i gruppi di immigrati che praticano la mutilazione genitale femminile sono emarginati nei Paesi occidentali, le loro necessità possono non essere visibili. Lo Stato dovrebbe stanziare delle risorse per l'educazione dei gruppi di immigrati che praticano la mutilazione e per le ricerche sulle necessità sanitarie delle donne e delle bambine immigrate. Alcune attività sono già state avviate in alcune nazioni occidentali (Australia, Canada, Francia, Svezia, Italia e Regno Unito).

¹Il testo è realizzato in collaborazione con il Dott. Gennaro Franco, Dermatologo, Struttura complessa di Medicina delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, S.Gallicano, Roma.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

La prevenzione della MGF dovrebbe essere integrata con una politica sanitaria nazionale più ampia. Un approccio è quello di fare in modo che un'agenzia funga da legame tra le comunità locali e le agenzie statutarie, per trovare i migliori modi possibili di sviluppare un sistema sensibile per la prevenzione, la protezione delle bambine a rischio di mutilazione genitale e la riabilitazione delle donne e delle bambine che vi sono già state sottoposte. Una rapida indagine può essere intrapresa per studiare la distribuzione del problema e per esaminare i punti di ingresso nella legge sulla cura dei bambini e i sistemi sanitari ed educativi attraverso i quali la prevenzione, può essere rafforzata. L'approccio dovrebbe basarsi sul supporto alle famiglie attraverso consigli e un'opera di persuasione.

Abbandonare una pratica pericolosa senza tradire una cultura

La MGF viene considerata una pratica barbarica inflitta alle donne e alle bambine nei remoti villaggi di paesi stranieri. Non è così.

La dignità della famiglia, la pulizia, la protezione contro la stregoneria, la garanzia di verginità e la fedeltà al marito sono le motivazioni talvolta addotte per l'impiego di questa pratica.

Una delle spiegazioni più frequenti per la pratica della MGF è il costume culturale locale e spesso le donne non sono disposte a cambiare questa abitudine perché viene impiegata da lungo tempo.

Inoltre le persone che impiegano questo tipo di pratica spesso ignorano le reali implicazioni della MGF e i gravi rischi per la salute che essa comporta.

In conseguenza del grande numero di casi di MGF seguiti talvolta da decessi, la pratica è attualmente vietata in alcuni Stati europei (UK, Francia, Svezia, Svizzera) e in alcuni paesi africani (Egitto, Kenia, Senegal). Tuttavia, è importante notare che anche se la FGM è illegale in molti Paesi africani e medio-orientali ogni anno il numero di bambine mutilate non è diminuito poiché i governi di questi Paesi non hanno la possibilità di monitorare l'estensione della pratica.

Le Nazioni Unite, l'UNICEF e il WHO considerano la MGF una violazione dei diritti umani e raccomandano l'eradicazione di questa pratica. Inoltre, molte organizzazioni non governative stanno cercando di fare aumentare la consapevolezza della necessità di eliminare questa pratica.

Cosa può fare la comunità medica

La MGF è un problema con cui i medici occidentali non hanno familiarità. Oltre ad una mancanza di conoscenze cliniche delle procedure della MGF e delle sue complicanze, mancano anche le conoscenze sulle credenze e le tradizioni socioculturali che la sostengono. Ad esempio, in molte comunità dove la MGF è una pratica tradizionale, le donne sono riluttanti a discutere di questioni sessuali con il personale sanitario e la timidezza impedisce loro di parlare di rapporti sessuali dolorosi o dell'incapacità di consumare il matrimonio. Nel Sudan settentrionale, le donne vengono sottoposte ad una procedura di deinfibulazione immediatamente dopo il matrimonio. Questa procedura viene eseguita da una levatrice locale o da una persona che assiste la partoriente e affinché sia più facile consumare il matrimonio. Molte donne somale che vivono nel Regno Unito hanno difficoltà ad ottenere questo tipo di intervento. Gli aspetti psicologici, psicosessuali e culturali della FGM dovrebbero essere inclusi nella formazione degli operatori sanitari che lavorano nelle comunità che praticano la FGM.

È necessario che le autorità europee creino un ambiente che non favorisca l'(ulteriore) emarginazione dei profughi e degli immigrati. Questo significa che essi devono valutare la politica e gli statuti sociali attuali sugli immigrati in questo contesto. Ad esempio, le leggi sull'immigrazione e l'asilo dovrebbero essere valutate in base a come esse colpiscono l'identità della persona e a quali sono i potenziali legami con gli immigrati a favore della MGF. Le donne dovrebbero essere in grado di chiedere asilo politico per proprio conto e non solo come persone dipendenti dagli uomini. È necessario rendere le bambine consapevoli della possibilità di cercare aiuto e rifugio ad esempio attraverso linee telefoniche speciali, servizi sociali e strutture di ricovero per le donne maltrattate che sono fondamentali per le necessità di questa popolazione target.

È responsabilità delle autorità di incontrarsi con le comunità; queste consultazioni possono identificare questioni importanti, che possono essere utilizzate come base per sviluppare una infrastruttura che affronti gli aspetti medici, economici, sociali e legislativi della MGF. Coloro che si occupano degli immigrati e dei profughi devono ricevere

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

informazioni sistematiche sui gruppi che ancora praticano la MGF e sui gruppi che forniscono servizi che si occupano della MGF. Il patrocinio attraverso le autorità dovrebbe sottolineare che è necessario un approccio olistico verso gli immigrati e che anche le donne immigrate hanno dei diritti. Dovrebbero essere stanziati fondi per affrontare più di un aspetto della vita delle donne immigrate.

L'obiettivo del nostro appello è non solo quello di fermare la MGF, ma anche di dare alle donne africane maggiori diritti. Consideriamo la MGF più di un problema sanitario; essa è anche un mezzo per controllare la sessualità femminile. Quindi non combattiamo per l'eradicazione della MGF come tale. Vogliamo invece etichettarla come un comportamento sociale, che si serve del sesso come base. Questo significa che il nostro messaggio non è solo "non praticate la MGF"; puntiamo piuttosto a facilitare un cambiamento sociale. Consideriamo la MGF come una forma di violenza basata sul sesso, benché sia riconosciuto che essa non rappresenta uno sforzo intenzionale e deliberato per infliggere lesioni.

I dermo-venereologi, gli antropologi, gli assistenti sociali, e tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere in grado di andare in questi villaggi e distretti ed informare coloro che praticano la MGF sui pericoli che comporta. Affinché gli sforzi per eliminare questa pratica abbiano successo è necessario agire con grande attenzione e delicatezza, in quanto le credenze culturali hanno un sostegno molto forte.

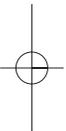
Per eradicare la MGF possono essere attuate le seguenti misure:

- Formare e sensibilizzare i dermo-venereologi, il personale infermieristico e sanitario in Europa poiché i flussi migratori internazionali hanno fatto aumentare il numero delle donne circoncise in Europa.
- Creare programmi di educazione sanitaria per le comunità immigrate allo scopo di eradicare la pratica.
- Scoraggiare, grazie all'intervento degli operatori sanitari, le donne a praticare la MGF sulle loro figlie.
- Focalizzare le campagne di educazione e prevenzione verso diversi gruppi target: adolescenti, profughi, uomini e donne delle comunità interessate, e personale sanitario che lavora con le comunità in cui il rischio di MGF è elevato.
- Gli operatori culturali dovrebbero essere coinvolti nelle attività con le comunità di immigrati. Inoltre, una intensa formazione educativa

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

sulla MGF dovrebbe essere inclusa nei curriculum ufficiali delle ostetriche, infermiere e medici e questo argomento dovrebbe anche essere affrontato con pubblicazioni sulle riviste mediche.

- Una consultazione e interazione tra operatori sanitari e comunità interessate che dovrebbe servire come base per la stesura di linee guida per i dermo-venereologi, i medici e gli operatori sanitari.
- Il coinvolgimento delle persone africane nell'educazione del personale sanitario.



5. Il ruolo del mediatore culturale nel contrasto e nella prevenzione delle MGF

5.1. La mediazione: un metodo efficace nella prevenzione e nel contrasto delle mutilazioni genitali femminili

Diye Ndiaye, antropologa, membro del Consiglio dell'Associazione interculturale di donne Nosotras, Firenze.

Il problema: a che punto siamo

Le tipologie d'intervento e le metodologie operative di prevenzione e di sensibilizzazione delle MGF che ho scelto di riportare in questa dispensa¹ vengono condotte in tre contesti diversi, distanziati tra loro dal punto di vista geografico ma accomunanti dallo stesso obiettivo, quello di far sì che un giorno non si parli più delle mutilazioni genitali femminili al presente, ma al passato. Come è avvenuto per la pratica cinese del bendaggio dei piedi, un'usanza "dolorosa e debilitante che limitava di molto la mobilità fisica delle donne. Le quattro dita più piccole erano pressate sotto l'avampiede, lasciando libero solo l'alluce. Il dorso del piede e il tallone erano pressati insieme, muovendo l'alluce verso il basso e il tallone in avanti. Le ossa si spezzavano e la pianta del piede formava un ampio arco, creando una profonda fenditura. Di profilo, dava l'effetto di una scarpa col tacco alto" (Steel 2005)².

¹ Si tratta delle metodologie di intervento sviluppate dagli organismi Inter African Committee – I.A.C., Tostan (Senegal), Gams France, Euronet FGM e Associazione Nosotras (Italia).

² Un'anteprima del lavoro di Valerie Steel, americana, storica della cultura ed autrice di *Fetish, moda sesso e potere* da cui è estratto questo passaggio, è consultabile sull'indirizzo internet <http://books.google.it/books>.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Le due pratiche -mutilazioni genitali femminili da una parte, bendaggi dei piedi dall'altra - dannose per la salute delle donne e delle bambine, in effetti, sono rese simili da alcune caratteristiche, come il dolore psicofisico che le donne devono sopportare, la funzione economica svolta all'interno del contesto sociale dato³, la sottomissione della donna verso l'uomo veicolata attraverso tali atti. Nel caso della pratica cinese, c'è voluto del tempo per arrivare all'abbandono totale della stessa, il cui inizio si fa risalire attorno al decimo secolo e la cui cessazione è avvenuta nei primi anni del ventesimo secolo. Nel caso delle MGF, il percorso di contrasto avviato da alcuni anni è certamente ancora lungo e difficile, ed il lavoro da svolgere complesso e non sempre lineare.

Ma, come si usa dire, *Roma non è stata costruita in un solo giorno*. Inizialmente, infatti, i membri più ottimisti del Inter African Committee (IAC), la prima organizzazione intercontinentale ad aver iscritto nel proprio programma la lotta alle MGF, avevano adottato un'Agenda Comune d'Azione per arrivare all'eliminazione delle MGF nel periodo 2003-2010, scadenza rimandata al 2015 in conseguenza di quanto emerso nel corso della settima assemblea dell'Inter African Committee, svoltasi al Cairo (Egitto) nell'ottobre del 2008. Ciò che è davvero importante, tuttavia, è che ci sia una continuità nella lotta per il contrasto delle MGF, e che questa coinvolga una pluralità di soggetti. Ci sono degli obiettivi che non possono essere raggiunti da soli, e questo è certamente il caso della lotta per l'abbandono della pratica delle mutilazioni genitali femminili. Bisogna perciò riconoscere, in primo luogo, il coraggio di coloro che per primi hanno denunciato il fenomeno, ma anche l'audacia di tutte quelle persone che con il loro lavoro sono riuscite a mobilitarne altre, fino a raggiungere quella massa critica che è necessaria per tener fede ad un impegno che deve essere preso collettivamente all'interno di un ambiente sociale che decide di aderire al cambiamento.

³ Entrambe contribuiscono alla costituzione di una dote che consente ai genitori della donna di stipulare un matrimonio vantaggioso per la figlia. Nel caso delle MGF, inoltre, si deve considerare anche l'aspetto economico legato al compenso conseguito dalle donne che praticano l'operazione sulle bambine.

Il lavoro da svolgere deve essere condotto passo per passo, giorno dopo giorno, all'interno di una rete di relazioni ed usando tutti i mezzi di comunicazione disponibili. Pensare tuttavia che oggi, in un mondo dove gli strumenti di comunicazione sono molteplici, lo sradicamento delle pratiche legate alle mutilazioni genitali femminili sia in qualche modo una battaglia già vinta, è una utopia, così come appare semplicistico pensare che queste possano scomparire a seguito della semplice emanazione di leggi specifiche, pur importanti e necessarie.

Due esempi concreti

Allo stesso tempo, bisogna riconoscere che negli ultimi anni alcuni risultati sono stati effettivamente ottenuti, e che in alcuni luoghi esistono già delle situazioni dove le bambine non sono passate sotto i ferri delle *exciseuses* (le operatrici tradizionali che eseguono le MGF), e già questo rappresenta di per sé un passo in avanti incoraggiante. È questo il caso, ad esempio, delle bambine di un villaggio del Gambia, dove le mamme sono state sensibilizzate e seguite da un organismo non governativo locale denominato Bafrow (*Foundation for Research on Women's Health, Productivity and Environment*, fondato all'inizio degli anni Novanta), e dove è stata organizzata una cerimonia durante la quale veniva piantato un albero per ogni bambina accompagnata da una dichiarazione pubblica di abbandono delle MGF. La mamma della bambina doveva impegnarsi ad occuparsi dell'albero, e questo gesto simboleggiava e sostituiva la pratica nefasta. Si tratta di un rito alternativo ideato dalle donne stesse al termine di un percorso di presa di coscienza sui significati e le implicazioni delle MGF. È *alternativo* anche per il simbolo che usa: non il sangue ma gli alberi, i cui frutti, una volta venduti, diventeranno il 'salvadanaio' per l'istruzione delle bambine⁴.

⁴ Cristiana Scoppa dell'Aidos, che ha assistito a questo evento, afferma che l'idea di un rito alternativo di passaggio era stata presa in considerazione da Fatou Waggeh, componente di un'équipe del Gamcotrap (Comitato del Gambia sulle pratiche tradizionali, affiliato all'IAC, Inter-African Committee), formata insieme alle colleghe provenienti da Nigeria, Etiopia e Sudan nell'ambito di un progetto coordinato dall'AIDOS, Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo. Obiettivo della formazione era quello di affinare le capacità di intervento per la prevenzione delle mutilazioni dei genitali fem-

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Sempre a scopo esemplificativo si può aggiungere, al caso africano, quello europeo della Francia, dove secondo Linda Weil-Curiel⁵, avvocato francese e membro della Commissione per l'Abolizione delle Mutilazioni Genitali Femminili (CAMS), dal 1990 non sarebbe stata denunciata ufficialmente nessuna mutilazione sui genitali sulle bambine emigrate in Francia. Secondo quanto riportato dalla stessa Weil-Curiel in occasione di un intervento presso l'Associazione Nosotras, ogni volta che queste ultime devono partire fuori dal Paese ed ogni volta che rientrano dal viaggio, vengono controllate e ricontrollate dai pediatri del PMI (Protection Maternelle et Infantile). In queste occasioni, ai genitori viene rilasciato un documento che testimonia l'integrità della bambina, e si cerca di far capire bene alla mamma, anche con l'aiuto di una mediatrice, che per non aver guai con la giustizia la bambina deve ritornare integra nel territorio francese.

Malgrado ciò porti a far ritenere che oggi esiste una generazione di ragazze non mutilate, Weil-Curiel sostiene che è ancora troppo presto per cantare vittoria, perché negli ultimi anni sono aumentati i casi di matrimoni precoci e forzati, fenomeno particolarmente allarmante per-

minili dei comitati nazionali dell'IAC in questi paesi, utilizzando tutti i possibili approcci e mezzi di comunicazione. Da quella formazione, Fatou Waggeh ha in seguito dato vita a Bafrow e alle sue "Well Woman Clinic" (consultori per la salute riproduttiva). Fatou Waggel giustifica la scelta dell'albero con il fatto che piantare un albero rappresenta una cosa positiva, un segno di vita ed una speranza per il futuro, e che il reddito che si può ricavare dai suoi frutti riconferma la positività dell'impegno assunto. È inoltre un atto educativo, perché ricorda sempre -nelle cure con cui va seguito- l'impegno preso, ed è infatti una testimonianza costante per tutti gli abitanti del villaggio. Una descrizione dettagliata di questo approccio è contenuto nel saggio e nel racconto di Cristiana Scoppa (2004), *My baby tree. Il mio albero bambina*, racconto per parole e immagini in Busoni M., Laurenzi E. (a cura di) *Il corpo dei simboli. Nodi teorici e politici di un dibattito sulle mutilazioni genitali femminili*, SEID, Firenze.

⁵ L'avvocato Linda Weil-Curiel è stata la prima a fare condannare in Francia una *exciseuse*, ed è co-autrice insieme ad Hawa Gréou e Natacha Henry del libro *Exciseuse. L'exciseuse de Paris face à l'avocate qui l'a fait condamner*, City Editions, 2007, Paris. Attraverso un dialogo fra una *exciseuse* di origine maliana (Hawa Gréou) condannata al carcere e l'avvocato che l'aveva accusata e fatta condannare, la stessa Weil-Curiel, viene ripercorsa tutta la storia della donna, dall'arrivo in Francia, alla sua iniziazione al mestiere di *exciseuse*, ai segreti che si nascondono dietro la pratica, al processo ed alla condanna di otto anni, alla presa di coscienza della negatività della pratica, fino a diventare parte attiva nelle iniziative di contrasto al fenomeno.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

ché le ragazze, ancora giovanissime, vengono mandate con l'inganno in vacanza nei Paesi d'origine durante l'estate, per non fare più ritorno in Francia. Una volta in Africa possono così essere sottoposte alla pratica della mutilazione, e trattenute nel Paese anche contro la loro volontà. Per intervenire su questo problema, in Francia si cerca adesso di sensibilizzare le sorelle maggiori e di convincerle ad aiutare le sorelle più piccole chiedendo aiuto alle istituzioni competenti. La denuncia del mancato ritorno delle sorelle dalle vacanze consente infatti a queste di fare pressione presso le ambasciate francesi, visto che le ragazze trattenute hanno generalmente la cittadinanza francese.

Chiunque è in grado di mediare?

L'atto di mediare implica l'esistenza di una persona che si comporta da mediatore, da intermediario, per arrivare ad una intesa, ad un accordo, ad un accomodamento. Chiunque può contribuire, secondo le proprie possibilità, al percorso di sensibilizzazione e di prevenzione avviato nel corso degli ultimi anni a livello internazionale. Un esempio significativo, in tal senso, è costituito dal grande regista e scrittore senegalese Ousmane Sembene, che con il suo film *Moolade* ha fornito un importante input e sostegno a tutti coloro che stanno lavorando per il contrasto della pratica⁶.

Il film è infatti un'opera che tratta di come una donna sia riuscita, inizialmente da sola, in seguito con l'aiuto di altre donne, a salvare alcune bambine, inclusa la sua unica figlia, a sfuggire alla pratica, fornendo loro ospitalità nella propria casa e, facendo ciò, attirando su di sé l'ira di tutto il villaggio, andando contro una tradizione custodita segretamente dalle donne anziane del villaggio e, soprattutto, andando contro l'autorità degli uomini. Si tratta di un lavoro che, grazie anche ad una diffusione che ha raggiunto importanti rassegne internazionali (Festival di Cannes, Fespaco⁷), ha aperto uno spiraglio di speranza per tutti coloro che credono che, un giorno, queste pratiche potranno es-

⁶ Ousmane Sembene è nato a Ziguinchor, in Senegal, il 1° gennaio 1923, ed è deceduto a Dakar il 9 giugno 2007, all'età di 84 anni. *Moolade*, uscito nel 2004, è il suo ultimo film.

⁷ Festival Panafricain du Cinéma et de la Télévision de Ouagadougou, che si svolge ogni due anni in Burkina Faso.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

sere sradicate. Attraverso le sue immagini, Sembene è riuscito a far capire ad un continente ed al mondo intero che anche l'evoluzione di queste società è possibile, e che l'identità e i valori di una comunità si costruiscono continuamente e quotidianamente, passo dopo passo. A tale riguardo, vorrei qui focalizzare la mia riflessione su alcune punti che mi hanno particolarmente colpito a seguito della visione del film-documentario girato da Yacouba Traoré⁸ durante i cinque mesi di riprese del film di Sembene. Particolarmente interessante è la discussione fra regista e attori del film durante i momenti di pausa sull'argomento delle mutilazioni, dove si confrontano opinioni contrastanti per la presenza di interpreti che, pur avendo accettato di prendere parte al film, dichiarano di non essere d'accordo sul contenuto.

Alcuni attori maliani, infatti, ricordano come l'argomento fosse inizialmente trattato dai media in Mali, e di come secondo il loro punto di vista la voce delle donne che combattevano queste pratiche fosse troppo forte, generando frustrazione presso un'opinione pubblica che, in larga parte, sosteneva che la pratica delle MGF fosse un fatto culturale *tout court* e che, per tale motivo, nessuno doveva ritenersi autorizzato ad infangare credenze particolarmente importanti per l'intera società maliana. Un altro attore si sofferma invece sul termine *bilakoro*, che individua le donne "impure" in quanto non sottoposte alla pratica delle mutilazioni, sottolineandone la forte valenza negativa, che si rafforza ulteriormente allorché, in un ambito familiare dove è ammessa la poligamia, una co-moglie si rivolge ad un'altra con tale termine⁹.

⁸ Si tratta del film-documentario *Référemce Sembene. Compléments à la collection Sembene Ousmane*, M3M (La Médiathèque des trois monde), Paris.

⁹ La pretesa "impurità" della donna è infatti ricollegata, in alcuni contesti, non soltanto al fatto di avere le mestruazioni, ma anche alla mancanza dell'escissione del clitoride, tanto che in alcuni casi siano le stesse ragazze non operate e non ancora sposate a supplicare il proprio ambiente familiare di poter subire la stessa sorte delle loro amiche e parenti. Nel caso invece delle donne sposate ma non escisse, queste possono decidere di farsi operare soprattutto per evitare di subire l'affronto dell'umiliazione da parte delle stesse co-mogli, che non perdono l'occasione di rinfacciare appunto la loro "impurità" (Ndiaye D. 2004, Parenañu, "siamo pronte". Etnografia di un'impresa femminile in Senegal, C.I.S.U., Roma).

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Sembene Ousmane ricorda tuttavia, a questi ultimi, che la nozione di *bilakoro* utilizzata in passato e quella utilizzata ai nostri giorni è molto cambiata. Un tempo, infatti, una donna classificata come *bilakoro* veniva messa fuori del villaggio senza più avere il diritto di rientrarvi, mentre oggi si può dare del *bilakoro* a chiunque senza che le conseguenze siano altrettanto gravi. Da ciò discende tuttavia la constatazione che se il concetto usato all'epoca fosse stato davvero così essenziale, nessuno al mondo si sarebbe azzardato a modificarne la valenza e le implicazioni e questo dunque, per Sembene, è il percorso da fare, un percorso cioè attraverso il quale cercare di capire che alcune cose fatte o dette in passato, col tempo, non hanno più ragione di essere.

Sembene Ousmane continua poi chiedendo al collega se lui farebbe obiezioni al figlio qualora un giorno questi volesse sposarsi con una ragazza non mutilata. La risposta è che la questione non lo riguarderebbe, al che Sembene conclude che allora, visto che le donne hanno deciso di non praticarla più questa usanza, lui dovrebbe non intromettersi, e che al contrario dovrebbe cercare di aiutarle invece di condannarle.

L'approccio usato da Sembene Ousmane è fondamentale nella misura in cui lui, uomo anziano, considerato da tutti come "*l'aîné des anciens*", ha promosso una riflessione su questo argomento: proprio la sua figura apporta un valore aggiunto alla discussione perché va a costituire una garanzia morale di decisiva importanza in un contesto dove il perpetuarsi della pratica è custodito da una classe di età adulta. Il fatto che un intellettuale ed *opinion leader* africano così conosciuto e rispettato si sia schierato apertamente ed inequivocabilmente su questo tema, lavorando per sensibilizzare l'intera società e gli uomini in particolar modo, significa che Sembene ha pienamente compreso come il problema vada affrontato proprio con gli uomini, facendo loro comprendere e riconoscere che, in qualche modo, anche loro hanno una parte di responsabilità nella misura in cui il loro atteggiamento, apparentemente sullo sfondo rispetto ad una questione che viene regolata fra donne, tende a proteggere in realtà una pratica nefasta nel nome di una cultura praticamente intoccabile.

E proprio questo ci fa capire come la questione delle MGF, oltre a contenere un fattore economico che si sostanzia in un vantaggio ai geni-

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

tori attraverso la costituzione di una dote che rende più agevole stipulare un matrimonio vantaggioso per la figlia, ed oltre ad una connotazione purificatrice simboleggiata dal rito di passaggio che ne accompagna la pratica, deve essere considerato anche come un “discorso”, secondo quanto dice Bernard Lempert, che ricorda infatti come siano le donne che mutilano, e le mamme che partecipano alla domanda di mutilazione, ma di come si tratti tuttavia di una diretta conseguenza della dominazione maschile: “*Sono gli uomini che tengono il discorso. Si tratta di dominare e di controllare la sessualità femminile. L'escissione è un rito di dominazione praticato dalle donne, richiesto dagli uomini. Le operatrici tradizionali maneggiano lo strumento, e gli uomini il discorso [...] Un potere maschile arcaico cerca così di mantenere le relazioni tra gli uomini e le donne nelle categorie della dominazione e della sottomissione*” (Bernard Lempert 2004)¹⁰.

Alcuni metodi utilizzati per il contrasto delle MGF e l'importanza del lavoro in rete

Negli ultimi venti anni sono stati realizzati progetti e programmi di prevenzione e di sensibilizzazione delle MGF più o meno diffusi in quasi tutti i Paesi africani interessati al fenomeno. Tra gli organismi pionieri che operano per l'eliminazione totale delle MGF e di tutte le pratiche nefaste per la salute delle donne e delle bambine c'è, come già detto, l'Inter African Committee (IAC): nato ventiquattro anni fa (1984) a Dakar, raggruppa 28 Paesi africani (di cui 16 francofoni) e dei comitati affiliati in vari Paesi del mondo, con membri attivi anche in Europa, Canada, Giappone, Nuova Zelanda e USA.

L'efficienza di questo ente è legata all'approccio usato, di tipo olistico, multi-settoriale ed integrato che coinvolge attori e soggetti diversi: medici, ostetriche tradizionali, ex *exciseuses*, giuristi, politici, giornalisti, leader religiosi, studiosi, insegnanti, comunicatori tradizionali, membri delle comunità. E con una particolare attenzione rivolta ai

¹⁰ Lempert B. 2004, *Intégrité du corps et universalité des droits*, in *Mutilations sexuelles féminines. Un autre crime contre l'humanité. Connaître, prévenir, agir*, supplément au Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 188, n°6, séance du 10 juin, Paris.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

giovani, in quanto rappresentano potenzialmente i principali attori del cambiamento per il futuro.

La diversità degli attori coinvolti nei diversi percorsi ed il continuo coinvolgimento delle popolazioni locali ha permesso di poter contribuire in maniera efficace sia sul piano delle conoscenze che sul piano operativo in vari campi, come:

- la salute, dove si ha il coinvolgimento del corpo medico e paramedico coinvolto in attività di informazione sugli effetti dannosi delle MGF sulle persone che ne subiscono le pratiche, e che finiscono per svolgere un ruolo importante nel promuovere presso i loro pazienti determinati comportamenti;
- la riconversione delle *exciseuses*, dove un elemento importante è legato alla formazione ed alla riconversione professionale delle praticanti tradizionali che le porta, una volta sensibilizzate sugli effetti negativi delle MGF, a sostituire tale attività con un altro lavoro generatore di entrate;
- il coinvolgimento delle autorità religiose, in considerazione del ruolo importante che queste occupano all'interno del gruppo sociale e del fatto che il loro punto di vista è fondamentale per l'abbandono della pratica;
- l'apprendimento dei diritti umani, trasmessi con una terminologia che cerca di utilizzare per quanto possibile le lingue locali, anche al fine di non allontanarsi da una diffusione dei valori culturali di base fondata tradizionalmente sulla trasmissione orale.

I metodi usati da IAC sono quasi gli stessi utilizzati da Tostan, organismo fondato in Senegal dal 1991 che ha fra l'altro collaborato con le donne del villaggio di Malicounda Bambara (un luogo vicino a Thiès, a circa 70 km da Dakar) grazie ad un programma di educazione di base appoggiato dall'Unicef e dal governo senegalese al termine del quale le donne hanno deciso di abbandonare la pratica nel febbraio del 1998. Si tratta inoltre di un percorso che ha portato l'Assemblea Nazionale del Senegal a votare, il 13 gennaio 1999, la legge 299 bis, contro la pratica dell'escissione su tutto il territorio del Paese. Il programma Tostan, che è oggi adottato in tanti altri Paesi africani, si basa sull'educazione di base attraverso un metodo partecipativo formulato in modo da rendere le persone che vi prendono parte coscienti dei propri diritti, dal momento che l'obiettivo ultimo

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

dell'organismo è proprio quello di rafforzare la capacità delle comunità per uno sviluppo sostenibile nel rispetto dei diritti umani, diritti insegnati grazie alla traduzione in esempi concreti di concetti astratti. Tostan, una volta trasmessi gli strumenti, lascia che siano le persone stesse a prendere la decisione finale, come è successo con le donne di Malicounda Bambara, che hanno manifestato spontaneamente la loro intenzione di abbandonare la pratica attraverso una dichiarazione pubblica condivisa con i membri di tutti i villaggi vicini.

Gli sforzi portati avanti dalle donne africane, insieme agli organismi locali, vanno di pari passo con il lavoro di prevenzione e di sensibilizzazione realizzato dagli organismi europei citati più sopra. Sia GAMS Francia (Groupe Femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, nato nel 1982 e sezione francese di IAC) che Euronet FGM (rete europea costituita nel 2000, di cui fanno parte 60 organismi femminili) e Associazione Nosotras (associazione di donne, fondato nel 1998 a Firenze), infatti, rimangono costantemente aggiornati sui passi avanti compiuti attraverso il continuo scambio di informazioni, anche attraverso incontri organizzati nei rispettivi Paesi con le varie comunità e le diverse associazioni presenti sul territorio.

Questi scambi sono arricchiti da vari seminari, cui viene sempre invitato qualche esperto dell'IAC in relazione ai vari approcci adottati. Gams Francia, Euronet Fgm e Nosotras hanno in particolare un punto in comune, quello di essere in contatto con una popolazione immigrata proveniente dai Paesi che praticano le mutilazioni genitali femminili, trovandosi in tal modo a doversi coordinare ed a scambiare informazione sulle possibili modalità di lavoro. Attraverso Euronet Fgm e con l'aiuto dei progetti Daphne, tutti i membri sono inoltre tenuti a seguire alcune linee comuni al fine di ottenere risultati rapidi, ed infatti, attraverso uno dei progetti Daphne finanziato dall'UE (il progetto Idil), la rete ha prodotto la prima linea guida sui metodi per combattere le MGF.

Il mediatore/trice culturale e il contrasto delle MGF

Infine, con riferimento alla figura del mediatore/trice culturale ed al ruolo da questa svolto nel contrasto delle MGF, occorre osservare come essa si trovi a dover modificare l'impostazione inizialmente data.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Il mediatore è stato visto fino ad ora, infatti, come colui o colei che “*rimuove, aggiunge e modifica e non agisce solo in un’ottica di tipo compensatorio, colmando vuoti e lacune, ma anche di modificazione e innovazione. Perché elimina gli ostacoli (linguistici, comunicativi, informativi), apporta nuovi saperi, linguistici e informazioni e migliora la prestazione dei servizi, sia in termini quantitativi che qualitativi, infine apre nuove possibilità comunicative creando uno spazio di incontro e di riconoscimento reciproco*” (Favaro 2001)¹¹. In relazione alle problematiche qui prese in esame, tuttavia, il mediatore si trova confrontato ad un compito particolarmente complesso, avendo a che fare con la sessualità femminile legata ad una sfera intima di cui la donna non parla facilmente, perché vincolata da usanze che affondano le proprie radici nella cultura ed in sistemi di valore simbolici molto forti. Dopo aver seguito un percorso formativo sui vari aspetti considerati, il compito del mediatore in questo caso non è quello di prendere delle posizioni, di giudicare, ma di far capire alle persone interessate quali sono tutti i diversi aspetti e le conseguenze legate alla pratica. Sta al mediatore trovare un metodo giusto, un approccio corretto per farsi accettare dalla donna o dalle persone con cui sta interloquendo. È infatti importante stabilire un rapporto di fiducia tra le parti, perché questo tipo di intervento di mediazione non richiede soltanto o principalmente di parlare la stessa lingua, ed è anzi dimostrato che alcune donne preferiscono avere un mediatore che non sia un/una connazionale per potersi lasciare andare.

Visto che il mediatore deve collaborare in stretto contatto con il corpo medico, sta a questi ultimi verificare se le informazioni che vogliono far arrivare all’utente attraverso il mediatore è correttamente percepito dal destinatario finale, e di individuare con lo stesso mediatore le soluzioni più appropriate nel caso in cui il risultato non sia quello atteso. Affinché la mediazione sia pienamente efficace è però necessario che i mediatori/trici culturali siano presenti presso la struttura richiedente fin dal momento della presa in carica del problema da parte della struttura stessa, e fare in modo che tale presenza sia garantita con continuità durante tutto il percorso di assistenza, per permettere anche alla

¹¹ Graziella Favaro (2001), *I Mediatori linguistici e culturali nella scuola*. Quaderni dell’interculturalità n.20, Editrice Missionaria Italiana, Bologna

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

donna di potersi abituare alla figura del mediatore, ciò che appunto riduce sensibilmente, fra gli altri effetti, l'importanza della lingua parlata. È inoltre fondamentale cercare di vedere se il marito può partecipare al percorso intrapreso, cosa non facile ma che qualche volta è possibile utilizzando un approccio in grado di far capire dove si vuole arrivare per migliorare la salute e il benessere della moglie, motivazioni che possono indurre anche gli uomini più recalcitranti a lasciarsi coinvolgere.

Gli uomini spesso affermano che non sono loro a volere questa pratica, e che sono anzi le donne a decidere, in piena autonomia, di seguire le tradizioni. Quando si chiede a queste ultime il loro parere, tuttavia, esse dichiarano che tutte le donne sono sotto la dominazione dei mariti, e che a questi devono obbedire. Il lavoro grosso da fare, forse, sta tutto in questo punto, nel far cioè in modo che ci sia dialogo tra le due parti per far sì che cessino le incomprensioni e che si aprano possibilità per rimettere in discussione affermazioni e pratiche che non hanno più ragioni di essere alimentate.

6. La mediazione culturale quale mezzo di sensibilizzazione delle donne nei confronti delle MGF

6.1. Mediazione culturale e sensibilizzazione nei confronti delle MGF

*Dott Edgard Serrano, Docente di Sociologia,
Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Padova,
membro della Commissione Salute e Immigrazione
del Ministero della Salute*

Nel capitolo riguardante il ruolo dei mediatori culturali, le Linee Guida sulle MGF elaborate dal Ministero della Salute definiscono il mediatore culturale *“una figura con molte sfaccettature che favorisce la comunicazione tra persone appartenenti a culture diverse che parlano lingue diverse; tra persone ed istituzioni che operano con criteri propri della cultura e della mentalità occidentale. L'utilizzo di queste figure [...] deve però essere fatto con discrezione e con la massima professionalità, pena la perdita di fiducia nelle istituzioni e l'allontanamento delle donne interessate.”*

Le Linee Guida stabiliscono esplicitamente che a mediare in tema di MGF debbano essere le *mediatrici* culturali. Se chiamate quindi ad intervenire, le mediatrici culturali devono manifestare una speciale sensibilità - derivante dalla grande conoscenza che possiederà del fenomeno - oltre che rispetto nei confronti delle opinioni delle persone con cui entra in relazione e interessate, eventualmente, dal fenomeno. Oltre a ciò, la discrezionalità (della mediatrice) e la percezione (dell'interessata) sono fattori fondamentali da non sottovalutare. Esse, infatti, entrano spesso in contraddizione durante l'intervento di mediazione in tema di MGF. In altre parole, *“In molti casi vi può essere il timore che una mediatrice appartenente alla stessa comunità [del-*

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

l'interessata], indipendentemente dalla professionalità, possa essere percepita come un'intrusione, un legame con la comunità di origine, un elemento che condiziona il dialogo con le istituzioni."

La *costruzione di fiducia* è perciò uno dei temi di cui la mediazione culturale è chiamata a farsi carico, indipendentemente dell'ambito in cui essa è chiamata ad intervenire ma, a maggior ragione se essa interviene in azioni di sensibilizzazione e/o accompagnamento di situazioni od esperienze riferite alle MGF.

La costruzione della fiducia rimanda all'esigenza di aiutare la figura del mediatore a dotarsi di efficaci e specifiche strategie comunicative. Partiamo da qui.

Di solito quando siamo chiamati, in quanto mediatori, a disegnare un'azione di comunicazione verso particolari segmenti della popolazione, ci poniamo due domande per orientare i nostri passi successivi:

- a) Cosa vogliamo ottenere con il nostro comunicare? La risposta a questa prima domanda ci aiuta a definire *la finalità* del messaggio che vogliamo far pervenire al segmento di popolazione di cui ci occuperemo. Questa risposta ci introduce alla seconda domanda, vale a dire:
- b) Come possiamo raggiungere tale finalità? Questa domanda –e la sua risposta- ci aiuta invece a definire e disegnare *il contenuto* del messaggio che vogliamo far pervenire.

Queste popolarissime regole del disegno della comunicazione non valgono sempre e comunque, specialmente se il contenuto della comunicazione che desideriamo veicolare è così poco familiare e, soprattutto, molto delicato com'è, appunto, il sensibilizzare per contrastare e prevenire la pratica delle MGF in Italia.

La delicatezza del tema ci può indurre a compiere infelici e/o spiacevoli cortocircuiti comunicativi se non teniamo conto di un insieme di fattori che rimandano all'esigenza di identificare e conoscere, da un lato, le problematiche in cui si trova l'ambiente sanitario italiano con l'arrivo, nel Paese, di donne provenienti da realtà in cui si praticano le MGF; da un altro lato ancora, di preparare professionalmente gli operatori ad accogliere con attenzione le donne che hanno subito modificazioni ai genitali e, infine, all'importanza di compiere un'azione di prevenzione per impedire che le figlie di queste stesse donne possano, a loro volta, essere sottoposte a modificazioni.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

Una strategia comunicativa ad ampio raggio sul tema della MGF e indirizzata alle realtà appena menzionate dovrà per forza partire dal fatto che a fondamento della Costituzione repubblicana c'è il deciso e convinto rifiuto di ogni legittimazione di tradizioni culturali che contrastano con i suoi principi, che attribuiscono scarsa importanza alla dignità della persona o misconoscano le libertà fondamentali delle donne.

In questo senso, l'agente di mediazione dovrebbe essere in grado di "tradurre" e spiegare con un linguaggio immediato e accessibile l'articolo 32 della Costituzione, l'articolo 583-bis del Codice Penale e i contenuti preventivi e sanzionatori della Legge 7/2006 perché – come è stato scritto nelle Linee-Guida – le MGF *"rappresentano una forma di trattamento crudele e degradante nei confronti delle donne e delle bambine."*

Le MGF, infatti, nella misura in cui comportano serie conseguenze sulla salute fisica e psicologica delle bambine e delle donne vittime, rappresentano una grave violazione della loro integrità fisica, psichica e morale e una grave violazione di uno dei diritti umani fondamentali: il diritto alla salute.

In base a quanto sancito dall'OMS e da tanti altri documenti riguardanti i diritti umani e la dignità delle persone, le pratiche di MGF possono essere definite un grave problema di salute pubblica. Esse, infatti, oltre ad essere uno shock psicologico per la persona che le subisce, portano a gravi conseguenze sul versante fisiologico. Le infezioni ai genitali e alle aree circostanti sono una costante. Le pratiche di MGF sono inoltre pericolose non solo perché consistono nella mutilazione di una parte del corpo assolutamente sana, ma anche perché provocano gravi danni sia a breve che a lungo termine.

Gli effetti delle mutilazioni hanno una significativa ricaduta anche sulla salute psicologica della donna a causa della traumaticità dell'intervento e delle limitazioni ad una gratificante vita sessuale. Tra le conseguenze psicologiche immediate, si riscontrano, per esempio, l'ansia prima dell'operazione, il terrore nel momento in cui la bambina viene afferrata dall'anziana del villaggio o dalla zia, il senso di umiliazione e, non poco rilevante, il tradimento da parte dei genitori.

Ecco perché, nell'ambito di una ben costruita e capillare campagna di informazione e di sensibilizzazione sul tema delle MGF, *"è importante far sapere alle persone e alle comunità interessate che in Italia que-*

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

ste pratiche sono proibite, non per una forma di discriminazione nei loro confronti né per una forma di avversione alla loro cultura, ma in nome di principi universali di libertà, di uguaglianza tra uomini e donne, della tutela dell'integrità fisica e psichica dei minori, del rispetto della dignità della persona; principi che in Italia sono diritti di tutti e, quindi, anche delle donne provenienti da Paesi a tradizione escissoria e posti alla base della convivenza."

Dunque, l'azione di informazione/comunicazione in tema di MGF dovrebbe essere improntata secondo il principio del "divulgare e spiegare" o, se si preferisce, "divulgare spiegando" mediante il ricorso ad un linguaggio il più familiare possibile alle persone e/o comunità a cui ci si intende rivolgere, senza per questo perdere l'aspetto di *informazione formativa* che, nel nostro caso e per il tema che qui ci occupa, è vitale.

Ecco alcune indicazioni utili al lavoro di mediazione, improntate secondo il principio del "divulgare spiegando."

Aspetti generali:

- I commenti a proposito delle MGF in relazione alla presenza straniera in Italia non devono mai essere accostati ad aspetti di natura religiosa. Nei Paesi dove esse sono praticate, le MGF sono accettate da credenti di tutte le appartenenze religiose, ma anche da non credenti.
- La condanna delle pratiche di MGF con argomenti che non possano essere capiti o condivisi dai destinatari diretti dell'informazione avrà scarso effetto o potrebbe essere intesa come un tentativo di distruggere le loro tradizioni culturali e, di conseguenza, creare meccanismi di difesa ed eventualmente di isolamento.
- Bisogna evitare che le comunità si sentano costrette o giudicate. Esse devono prendere coscienza dei diritti umani e rendersi conto di come questi diritti si applichino nella vita quotidiana.
- Il fatto che le pratiche di MGF vengano concepite, accettate e giustificate da taluni gruppi di immigrati come parti costitutive di determinate tradizioni culturali non ci deve impedire di sostenere che tali pratiche violano la dignità della persona e i diritti umani universalmente riconosciuti.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

- Sarebbe opportuno pensare ad istituire forme di collaborazione socio-sanitaria con gli Stati dove le pratiche delle MGF sono proibite per Legge, magari attivando anche monitoraggi congiunti sull'evoluzione della situazione, sostegni economici, creazione di partnership, cooperazione, ecc.
- Sviluppare forme di collaborazione (informazione, formazione e diffusione) con istituzioni e/o persone in grado di intervenire nel processo di individuazione di casi di MGF.
- Eventuali interventi o sforzi di informazione/sensibilizzazione circa le pratiche di MGF vanno fatti in senso globale, vale a dire coinvolgendo tutto il nucleo familiare e non soltanto la persona interessata dalla situazione.

Aspetti specifici:

- Promuovere e organizzare campagne di informazione sui contenuti della Legge 7/2006, in particolare, con l'avvicinarsi delle ferie estive e natalizie, per via di eventuali viaggi che possano compiere nuclei familiari verso i loro Paesi di provenienza dove sappiamo che si praticano MGF. Eventualmente, rinforzare l'informazione sulla legge con la consegna di un depliant esplicativo delle conseguenze legali per gli immigrati stranieri residenti in Italia che compiano viaggi verso Paesi dove si praticano le MGF e che portino con loro figli minorenni.
- Attivare programmi di educazione familiare specificatamente studiati per i nuclei familiari di origine straniera e centrati sul tema dell'informazione, prevenzione, riabilitazione ma anche della repressione delle pratiche di MGF.
- Promuovere azioni e iniziative di sostegno alle donne immigrate vittime di MGF senza sensazionalismi (altrimenti si corre il rischio di innescare la loro chiusura, il loro allontanamento e la loro diffidenza).
- Sviluppare forme di collaborazione tra le ASSL e le comunità organizzate di immigrati stranieri provenienti dai Paesi dove si praticano MGF per promuovere incontri formativi/informativi sui contenuti della Legge 7/2006.
- Organizzare programmi di formazione/aggiornamento per gli insegnanti al fine di fornire informazioni alle famiglie straniere residenti

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

provenienti dai Paesi dove si praticano MGF circa i rischi che comporta per la salute delle loro figlie il sottoporle a tali pratiche e le implicazioni legali in Italia che ciò comporterebbe.

- Attivare campagne di informazione (in collaborazione e in coordinamento con servizi sociali comunali, con i sistemi educativi e sanitari locali ma anche con il coinvolgimento dell'associazionismo straniero), rivolte alle comunità di immigrati di origine africana e riguardanti le risorse sociali, sanitarie, educative, di riabilitazione, ecc. attivate nel territorio.

Aspetti riguardanti la prevenzione e riabilitazione:

- Invitare in Italia esperti africani in grado di parlare alla loro connazionali residenti usando argomenti concreti capaci di “convincere” padri e madri immigrati ad abbandonare la pratica delle MGF (padri perché il potere maschile è forte, madri perché sottomesse e convinte che non possono sottrarsi).
- Apertura di ambulatori dove praticare la circoncisione maschile ai figli degli immigrati e, nel contempo, spiegare la differenza tra le due pratiche (altrimenti, si corre il rischio che anche la circoncisione maschile venga espletata a costi altissimi e in privato da medici senza scrupoli e/o, peggio ancora, di nascosto).
- Conquistare la fiducia dei leader naturali delle comunità di immigrati provenienti dai Paesi dove le pratiche di MGF sono diffuse e chiedere loro di aiutarci a raggiungere quelle persone che vorrebbero rompere con tali pratiche, ma che sono impediti da tabù, da convenienze affettivo-familiari o da appartenenza di gruppo.
- Aldilà della riabilitazione fisica, occorre lavorare anche a livello psicologico, soprattutto i quei casi in cui il recupero fisico non è possibile. Il lavoro, quindi, dovrà essere fatto non soltanto con le donne coscienti e desiderose di superare la loro situazione, ma anche con quelle che sono convinte che “così deve essere”.
- In caso di sospetto o individuazione di casi di MGF, evitare di utilizzare familiari o parenti come interpreti delle vittime.
- Il personale medico-sanitario, previamente preparato, dovrebbe avere il dovere di informare le famiglie propense a praticare MGF alle loro figlie circa l'esistenza di complicazioni fisiche e psicologi-

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali per la prevenzione ed il contrasto delle MGF

che. Dovrebbe anche informare che, in base alle normative in vigore in Italia, tale intervento è illegale perché considerato un attentato contro la dignità e l'integrità fisica delle loro figlie.



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 dei mediatori culturali 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 dei mediatori culturali 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*, Adis Abeba, NCTPE.
- Nussbaum M., 1996, *Double Moral Standards? A reponse to Yael Tamir 's Hands off Clitoridectom*, *Boston Review*, vol. 21, n. 5.
- Obermeyer C. M., 1999, *Female Genital Surgeries; The Known and the Un-*

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali 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 Unipress.

SEZIONE II - Manuale per la formazione dei mediatori culturali 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 inter-agency statement (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO)*, 2008.



Indice

Introduzione	5
SEZIONE I	7
Linee Guida per i mediatori culturali per la prevenzione e il contrasto delle MGF	
1. Quadro informativo di base sul fenomeno delle MGF	9
1.1. Definizione del fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili	9
1.2. La cultura alla base delle MGF	14
1.3. Le MGF in Italia	20
1.4. Le conseguenze sulla salute delle bambine e delle donne	21
1.5. La legislazione sulle MGF	25
1.5.1. La legislazione italiana	25
1.5.2. Espulsione e rischio MGF	28
1.5.3. Risarcimento del danno biologico	29
1.5.4. Potestà dei genitori	29
1.5.5. La legislazione nei Paesi europei	29
1.5.6. La legislazione nei Paesi a tradizione MGF	32
2. MGF e mediazione culturale	37
2.1. La mediazione culturale	37
2.2. La mediazione culturale e le MGF	38
2.3. Conoscenze e competenze del mediatore che opera nell'ambito delle MGF	40
2.4. La questione linguistica e culturale	42
3. La mediazione con le famiglie e le comunità immigrate locali a tradizione MGF	45
3.1. L'intervento sulla famiglia	46
3.2. L'intervento sulla comunità locale di immigrati	51

Indice

4. La mediazione con le donne con MGF o a rischio	53
4.1. I possibili contesti della mediazione	53
4.1.1. I servizi sanitari pubblici e privati	56
4.1.2. Servizi sociali comunali	60
4.1.3. Sportelli per immigrati	61
4.1.4. Centri Territoriali Permanenti per la formazione e l'istruzione in età adulta	61
4.2. Il dialogo con la donna	63
5. La mediazione con bambine e ragazze sottoposte a MGF o a rischio	65
5.1. I possibili contesti della mediazione	65
5.1.1. La Scuola	65
5.1.2. I servizi socio-sanitari	71
5.1.3. Altri contesti	72
5.2. Il dialogo con la bambina/ragazza	73
6. Quadro sinottico di riepilogo delle Linee Guida	75
 SEZIONE II	 91
Manuale per la formazione dei Mediatori Culturali per la prevenzione e il contrasto delle MGF	
1. Antropologia delle mutilazioni genitali femminili	93
1.1. Antropologia delle Mutilazioni dei Genitali Femminili (MGF)	93
2. Salute e mutilazioni genitali femminili	117
2.1. Le conseguenze delle MGF sulla salute di donne e bambine	117
2.2. Trattamento e cura delle MGF. La deinfibulazione	127
3. Le mutilazioni genitali femminili: quadro legislativo e normativo	131
3.1. MGF: profili giuridici	131
3.2. Le mutilazioni genitali femminili e l'Islam	157

Indice

4. Buone prassi di intervento in materia di MGF	169
4.1. MGF: prospettive di intervento	169
5. Il ruolo del mediatore culturale nel contrasto e nella prevenzione delle MGF	175
5.1. La mediazione: un metodo efficace nella prevenzione e nel contrasto delle mutilazioni genitali femminili	175
6. La mediazione culturale quale mezzo di sensibilizzazione delle donne nei confronti delle MGF	187
6.1. Mediazione culturale e sensibilizzazione nei confronti delle MGF	187
Bibliografia sulle MGF	195



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

