



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SIENA

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

MASTER UNIVERSITARIO DI I° LIVELLO IN

**INFERMIERISTICA E OSTETRICIA
LEGALE E FORENSE**

**Salute, diritto e cultura: l'ostetrica legale e forense
nell'approccio alle mutilazioni genitali femminili**

Relatore:

Prof.ssa Lore Lorenzi

Tesi presentata da:

Dott.ssa Ostetrica Elisabetta Uboldi

ANNO ACCADEMICO 2011/2012

Quando si tratta di violenza contro le donne, non esistono paesi “sviluppati”.

Charlotte Bunch,

Center for Women’s Global Leadership

SALUTE, DIRITTO E CULTURA: L'OSTETRICA LEGALE E FORENSE NELL'APPROCCIO ALLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

INTRODUZIONE	pag. 1
CAPITOLO 1: Le mutilazioni genitali femminili	pag. 3
1.1 Origine e tipi di pratiche	pag. 4
1.2 Epidemiologia	pag. 7
1.3 Le conseguenze sulla salute femminile immediate e a lungo termine	pag. 9
CAPITOLO 2: Cultura e diritti umani a confronto	pag. 13
2.1 I diritti violati dalle MGF	pag. 14
2.2 Che cos'è un reato culturalmente motivato	pag. 16
2.3 La proposta del rito alternativo	pag. 19
2.3.1 Il rito alternativo dal punto di vista degli Organismi Internazionali	pag. 23
CAPITOLO 3: La legislazione in tema di MGF	pag. 25
3.1 Le legislazioni europee ed extraeuropee	pag. 25
3.2 La legislazione italiana	pag. 29
3.2.1 Legge n. 7 del 9 Gennaio 2006: "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"	pag. 32
CAPITOLO 4: Il ruolo dell'ostetrica legale e forense nell'assistenza alla donna con MGF	pag. 37
4.1 L'assistenza olistica della donna	pag. 38
4.2 Assistenza alla gravidanza, al travaglio di parto e al puerperio	pag. 42
4.3 Prevenzione della pratica: l'importanza della comunicazione	pag. 45
CONCLUSIONE	pag. 47
BIBLIOGRAFIA	pag. 49
NORMATIVE	pag. 51

INTRODUZIONE

La prima volta in cui sono entrata in contatto con le mutilazioni genitali femminili (MGF) ero una studentessa di Ostetricia al primo anno nel Reparto di Ginecologia. Sapevo che in una stanza si trovava una donna che avrebbe dovuto sottoporsi ad un intervento di deinfibulazione con ricostruzione delle grandi e piccole labbra mediante chirurgia plastica. Per riuscire ad arrivare ad un passo così importante era stata in cura da uno psichiatra per ben dieci anni. Non l'ho mai vista in faccia, in quanto preferiva rimanere chiusa nella sua stanza, con minimi contatti con il personale sanitario per le cure strettamente necessarie.

L'anno dopo, invece, durante una visita ginecologica ad un'ex prostituta proveniente dall'Africa Sub-Sahariana, ho notato che la nostra paziente aveva una strana cicatrice sul prepuzio e le mancava completamente il clitoride, perciò ho chiesto alla ginecologa se si fosse accorta dell'anomalia. A quel punto lei mi ha risposto che la nostra signora aveva subito una mutilazione genitale di II tipo, quando era bambina, nel suo Paese d'origine.

Entrambi gli episodi sono stati per me molto significativi, in quanto sono entrata in contatto con un fenomeno che non avevo mai conosciuto così da vicino e soprattutto che non ero mai riuscita a comprendere fino in fondo. Le domande nella testa erano molte, come donna e anche come ostetrica. Ho deciso però di non lasciarmi andare a giudizi azzardati e poco ragionati e soprattutto ho scelto di informarmi per capire di più i motivi che possono portare diverse culture a distruggere in questo modo non solo il corpo, ma anche la mente delle bambine, future donne.

È importante che l'ostetrica sia *formata* su questo tipo di problematica che con l'immigrazione è già arrivata anche in Italia e che sia in grado di prestare un'assistenza lucida e professionale alla donna, senza essere ostacolata dall'emotività, dalla drammatizzazione e soprattutto dal giudizio.

L'idea di questa tesi nasce dal bisogno di conoscenza di una tradizione devastante che colpisce, secondo le stime, dai 100 ai 140 milioni di donne nel mondo e circa 3 milioni di bambine ogni anno. Solo informandosi e conoscendo si può

tutelare al meglio la salute di queste donne, che sono più a rischio di diversi tipi di patologie proprio a causa dell'operazione che hanno subito.

In Italia è anche stato proposto un intervento ambulatoriale simbolico da eseguire in anestesia locale, per evitare che i genitori possano mandare le figlie nei Paesi d'origine e affidare alle mammane il compito di mutilarle, utilizzando coltelli non sterilizzati o disinfettati, in ambienti insalubri, con un elevato rischio di infezioni e morte per la bambina. La proposta ha sollevato un polverone di critiche, soprattutto da parte delle Associazioni che combattono per sradicare ed eliminare qualsiasi forma di MGF nel mondo. In questa tesi verranno analizzate entrambe le posizioni, in modo da riuscire a comprendere le ragioni per cui due medici ginecologici hanno sentito il bisogno di chiedere alla Regione Toscana il via libera per effettuare gli interventi all'interno del Centro di Riferimento Regionale per la cura e la prevenzione delle complicanze delle MGF, sito presso l'Ospedale Careggi di Firenze.

Non è un fenomeno liquidabile in poche parole e neanche risolvibile con la sola repressione penale. I capitoli successivi tenteranno di spiegare proprio l'origine del fenomeno e la sua diffusione, arrivando anche alla stesura di una legge ad hoc e di Linee Guida da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Ministero della Salute italiano per l'assistenza alle donne che hanno subito una MGF.

Ultimo, ma non meno importante, è anche il capitolo riguardante la prevenzione della pratica, l'importanza della comunicazione con le donne che hanno già subito una mutilazione e sono in attesa di una bambina. È questo il nodo cruciale su cui si deve agire per scongiurare i danni non solo fisici che la mutilazione provoca ed è nella prevenzione che si deve confidare affinché le donne già mutilate non scelgano di sottoporre alla stessa sorte le loro figlie. Ma ovviamente la comunicazione può essere possibile solo stabilendo un legame di fiducia e di rispetto reciproco con la donna che si ha di fronte, evitando giudizi e colpevolizzazioni.

CAPITOLO 1

LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

Prima di addentrarsi nel mondo delle Mutilazioni Genitali Femminili, approfondirne la storia e l'origine, descriverne le varie pratiche ed esporne le conseguenze, è necessario fare un passo indietro e parlare prima di tutto della terminologia¹⁶ utilizzata per definirle.

Prima degli anni '70 il termine impiegato dai Paesi a tradizione non-escissoria per descrivere la pratica era "female circumcision" ovvero "circoncisione femminile". Questo termine fu in seguito abbandonato, per stabilire una distinzione linguistica con la circoncisione maschile, che non ha in alcun modo gli stessi effetti dannosi e demolitori.

L'espressione "mutilazione", utilizzata a partire dagli anni '70, voleva porre l'accento proprio sulla violazione dei diritti delle donne e delle bambine causati da tale pratica e dal 1991 l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandò alle Nazioni Unite di adottare questa espressione.

Negli anni '90 al termine "mutilazione" si associò anche la locuzione "female genital cutting" ovvero "taglio dei genitali femminili", per evitare la stigmatizzazione e il giudizio delle donne che hanno subito tale pratica e delle popolazioni che la tramandano e la esercitano e anche per mitigare il significato negativo del termine "mutilazione".

Per contro, nei Paesi a tradizione escissoria i vocaboli utilizzati per indicare la pratica variano tra villaggio e gruppo etnico, ma hanno sempre significati positivi come "purificazione", "rito" o, in maniera più blanda, "cucitura", niente che si rifaccia quindi alla nostra dicitura "mutilazione". Questo non fa altro che sottolineare l'importanza sociale e il valore positivo nonché spirituale che presso queste popolazioni riveste la MGF.

1.1 Origine e tipi di pratiche

Nonostante l'interesse e i vari studi condotti sul fenomeno, non è possibile affermare con certezza quando e dove è iniziata la tradizione della MGF. Sono però state ipotizzate diverse origini^{4,13,16}: alcuni sostengono che la pratica possa essersi sviluppata nell'antico Egitto, da cui deriverebbe anche il termine di “circoncisione faraonica”, ma è possibile ritrovare delle testimonianze anche nell'antica Roma. La parola *fibula* è infatti di origine latina e sta ad indicare una specie di spilla che veniva applicata sui genitali dei giovani schiavi, di entrambi i sessi, per impedire loro di avere rapporti sessuali.

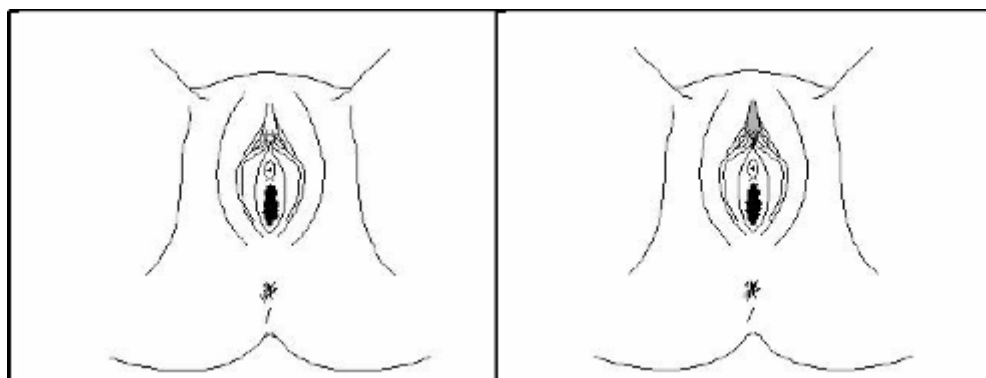
Si è comunque certi che non è stato l'Islam ad introdurre la pratica, in quanto le MGF erano già comparse in Africa ancora prima della sua diffusione. C'è da sottolineare però che la religione islamica ha saputo adattarsi alle tradizioni indigene che tramandano tutt'oggi l'esecuzione delle MGF, tanto che alcuni gruppi etnici che le effettuano ritengono che le stesse siano prescritte dal Corano, quando in realtà non vengono neanche menzionate nel testo sacro.

Nel 2007 l'Organizzazione Mondiale della Sanità¹⁶ ha modificato le tipologie di MGF secondo la classificazione redatta nel 1997, mantenendo le quattro categorie principali, con alcune modificazioni, e inserendo per ognuna dei sottotipi a seconda del tessuto rimosso durante l'intervento. Eccole di seguito elencate:

Tipo I: Parziale o totale rimozione del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia).

Tipo Ia: Rimozione del solo cappuccio clitorideo o del prepuzio.

Tipo Ib: Rimozione del clitoride con il prepuzio.



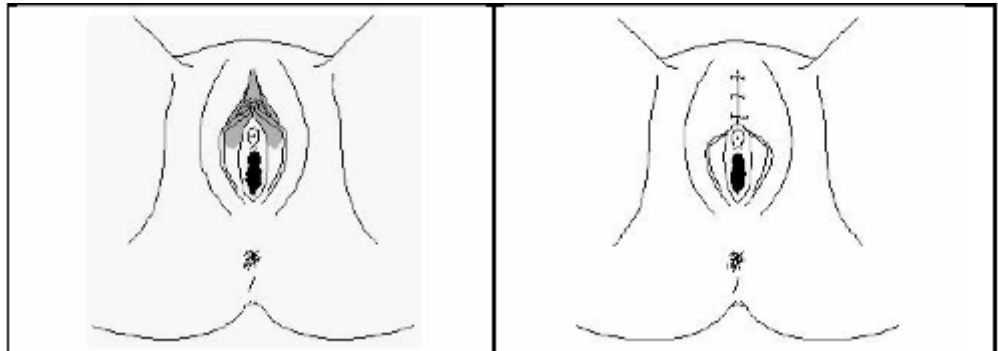
A sinistra genitali femminili normali, a destra il tessuto asportato in grigio.

Tipo II: Parziale o totale rimozione del clitoride e delle piccole labbra, con o senza la rimozione delle grandi labbra (escissione).

Tipo IIa: Rimozione delle sole piccole labbra.

Tipo IIb: Parziale o totale rimozione del clitoride e delle piccole labbra.

Tipo IIc: Parziale o totale rimozione del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra.

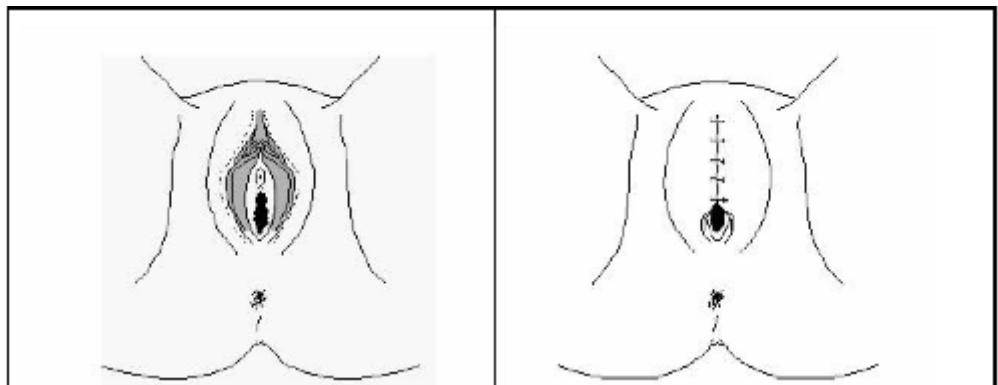


A sinistra il tessuto asportato in grigio, a destra come appaiono i genitali.

Tipo III: Restringimento dell'orifizio vaginale ottenuto attraverso la cucitura delle piccole e/o delle grandi labbra, con o senza la rimozione del clitoride (infibulazione).

Tipo IIIa: Rimozione e cucitura delle piccole labbra.

Tipo IIIb: Rimozione e cucitura delle grandi labbra.



A sinistra il tessuto asportato in grigio, a destra come appaiono i genitali.

Tipo IV: Non classificato: Tutti gli interventi dannosi effettuati sui genitali femminili senza ragioni terapeutiche, come ad esempio la puntura, la perforazione, l'incisione, lo sfregamento e la cauterizzazione.

Le motivazioni per cui le MGF vengono praticate sono diverse tra le varie etnie, ma possono essere suddivise in quattro gruppi principali^{4,13,16,17}:

- ❖ **Motivi socio-culturali:** si ritiene che se il clitoride non viene rimosso, la bambina non potrà mai diventare una donna, in quanto il sesso biologico non è sufficiente per indicare l'appartenenza sociale ad un genere rispetto che ad un altro e la MGF è considerata un rito di passaggio all'età adulta, spesso accompagnato da cerimonie e feste; si pensa anche che grazie alla mutilazione si possa assicurare la verginità delle giovani ragazze, in modo che siano adatte al matrimonio, infatti le ragazze che non vogliono sottoporsi alla pratica vengono rifiutate dalla comunità di appartenenza, con serio pericolo per la loro incolumità.
- ❖ **Motivi igienici ed estetici:** alcuni ritengono che i genitali esterni femminili appaiano brutti e sporchi e che crescano a dismisura se non vengono rimossi con la mutilazione.
- ❖ **Motivi spirituali e religiosi:** si reputa che rimuovere i genitali esterni serva a purificare spiritualmente la bambina e che sia perciò richiesto dalla religione.
- ❖ **Motivi psicosessuali:** si sostiene che le ragazze non mutilate abbiano una vita sessuale promiscua e un desiderio sessuale incontrollato, perciò la MGF viene praticata per ridurre il desiderio sessuale della donna e prevenire divorzi e infedeltà coniugali; inoltre si pensa che l'introito vaginale molto ristretto possa aumentare il piacere sessuale dell'uomo e che la mutilazione risolva i problemi di infertilità.

Anche l'età¹³ in cui la mutilazione viene praticata è diversa a seconda delle etnie: ad esempio, in Egitto quasi il 90% delle bambine viene escissa tra i 5 e i 14 anni, in Etiopia, Mali e Mauritania il 60% delle bambine subisce la MGF prima di compiere i 5 anni. Nello Yemen fino al 76% delle bambine viene mutilata nelle prime settimane di vita. Anche all'interno dello stesso Stato ci possono essere variazioni: se si considera il Sudan, in Sud Darfur almeno il 75% delle bambine subisce la MGF tra i 9 e i 10 anni di età, mentre nel Kassala, il 75% delle bambine era già stata escissa tra i 4 e i 5 anni.

Il tipo^{13,17} di MGF praticata varia da Stato a Stato e da regione a regione, anche se l'ottenimento di un dato di questo tipo è molto difficile, in quanto non sempre le intervistate capiscono il significato della domanda relativa al tipo MGF subito. La clitoridectomia viene praticata insieme all'escissione in Camerun, Repubblica Centrafricana, Egitto, Eritrea, Etiopia, Guinea e Guinea-Bissau, Kenya, Mali, Mauritania e Nigeria. L'infibulazione viene invece praticata in Ciad, Egitto, Eritrea, Etiopia, Guinea, Kenya, Mali, Nigeria, Somalia e Sudan. Tutti i Paesi indicati praticano la sola escissione a seconda delle regioni e dei gruppi etnici.

Nella stragrande maggioranza dei casi gli interventi sono eseguiti dai membri più anziani della comunità, di solito donne, praticanti tradizionali, che non hanno una formazione medica, in condizioni igieniche precarie, utilizzando strumenti quali cocci di bottiglia o lame di rasoi. L'Egitto rappresenta un'eccezione in quanto nel 61% dei casi la MGF è eseguita da personale medico, così com'è stato riscontrato in Sudan (36%) e Kenya (34%).

1.2 Epidemiologia

Le mutilazioni genitali femminili non sono un fenomeno facilmente indagabile, visto il grandissimo numero oscuro che si cela dietro la pratica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che sono comprese tra i 100 e i 140 milioni le donne che nel mondo hanno subito una qualche forma di MGF e che almeno 3 milioni di bambine ogni anno siano a rischio di esservi sottoposte.

La prevalenza è definita come la percentuale di donne di età tra i 15 e i 49 anni che hanno subito una qualche forma di MGF nel corso della propria vita. La tabella sottostante riassume i dati OMS 2008¹⁶, l'asterisco indica che il dato è stato reperito da studi locali e subnazionali:

Paese	Anno	Prevalenza stimata di MGF nelle donne tra i 15 e i 49 anni (%)
Benin	2001	16,8

Burkina Faso	2005	72,5
Cameroon	2004	1,4
Repubblica Centrafricana	2005	25,7
Chad	2004	44,9
Costa d'Avorio	2005	41,7
Djibouti	2006	93,1
Egitto	2005	95,8
Eritrea	2002	88,7
Etiopia	2005	74,3
Gambia	2005	78,3
Ghana	2005	3,8
Guinea	2005	95,6
Guinea-Bissau	2005	44,5
Kenya	2003	32,2
Liberia*		45,0
Mali	2001	91,6
Mauritania	2001	71,3
Niger	2006	2,2
Nigeria	2003	19,0
Repubblica Unita di Tanzania	2004	14,6
Senegal	2005	28,2
Sierra Leone	2005	94,0
Somalia	2005	97,9
Nord del Sudan (approssimativamente l'80% dell'intera popolazione)	2000	90,0
Togo	2005	5,8
Uganda	2006	0,6
Yemen	1997	22,6

Le MGF sono state osservate anche nei seguenti Paesi, in cui però non è possibile ad oggi ottenere delle stime:

- ❖ India
- ❖ Indonesia
- ❖ Iraq
- ❖ Israele
- ❖ Malaysia
- ❖ Emirati Arabi Uniti

Ci sono anche testimonianze di MGF provenienti da Colombia, Repubblica Democratica del Congo, Oman, Perù e Sri Lanka. I Paesi in cui le MGF sono praticate solo dai migranti non sono stati inclusi nella lista.

Le stime italiane del fenomeno MGF sono reperibili all'interno delle Linee Guida ministeriali¹⁰ del 2006. Per poter eseguire il calcolo, è stata presa in considerazione la presenza sul territorio italiano di donne straniere titolari di permesso di soggiorno valido al 31 luglio 2006 provenienti da Paesi a tradizione escissoria. Si è quindi stimato che sul territorio nazionale risiedano 93809 donne con un qualche tipo di mutilazione genitale. I dati sono sicuramente approssimativi e parziali, soprattutto se si pensa all'immigrazione clandestina presente nel nostro Paese, che non permette quindi di analizzare appieno il fenomeno.

1.3 Le conseguenze sulla salute femminile immediate e a lungo termine

Le mutilazioni genitali femminili sono altamente dannose per il benessere psico-fisico delle bambine che le subiscono e i rischi per la salute aumentano con il crescere della gravità dell'intervento effettuato^{16,17}.

Si possono suddividere le conseguenze in due categorie principali, ovvero quelle immediate, che si manifestano durante e nei primissimi giorni dopo l'intervento e quelle a lungo termine, che causano l'insorgenza di patologie croniche a carico dell'apparto genitale femminile e numerosi altri disturbi.

Le conseguenze immediate in seguito a MGF di Tipo I, II e III sono le seguenti:

- ❖ Dolore intenso: causato dal taglio di tessuti estremamente innervati e sensibili. Nel tipo III, i tessuti rimossi sono molto più estesi e quindi la procedura ha una durata maggiore, rendendo il dolore ancora più intenso.
- ❖ Shock: causato sia dal dolore che dall'emorragia.
- ❖ Eccessivo sanguinamento: la zona che si va a incidere è estremamente vascolarizzata e questo può causare emorragie anche mortali.
- ❖ Infezioni: causate dall'utilizzo di strumenti contaminati, utilizzati per bambine diverse, e anche pericolo di sovrainfezione batterica della ferita durante il periodo di guarigione.
- ❖ HIV: compreso nelle infezioni, il virus dell'HIV è facilmente trasmissibile da una bambina ad un'altra utilizzando gli stessi strumenti e non sterilizzandoli.
- ❖ Ritenzione urinaria: spesso le bambine si rifiutano di urinare subito dopo la mutilazione poiché l'urina, defluendo sui tessuti ancora non cicatrizzati, causa un bruciore intenso.
- ❖ Fratture ossee o lussazioni: dovute alla forza esercitata per tenere ferma la bambina durante l'intervento.
- ❖ Morte: causata da emorragie, infezioni come il tetano, shock.
- ❖ Conseguenze psicologiche: il dolore e l'uso della forza fisica possono traumatizzare la bambina che subisce la pratica, tanto che si può avere l'insorgenza di un disturbo acuto da stress.
- ❖ Fusione non intenzionale delle labbra: a volte le MGF di Tipo II possono apparire come MGF di Tipo III a causa della fusione tra i lembi di labbra tagliati, durante la cicatrizzazione.
- ❖ Mutilazione genitale ripetuta: è frequente nella MGF di Tipo III, in quanto se la ferita si infetta, spesso la bambina viene riaperta e ricucita.

Le conseguenze a lungo termine associabili a tutti e tre i tipi di MGF sono le seguenti:

- ❖ Dolore: si può sviluppare una sindrome da dolore cronico in quanto le terminazioni nervose tagliate rimangono scoperte e quindi il tessuto è più sensibile.
- ❖ Infezioni: si possono avere cisti dermoidi, ascessi, ulcere genitali, infezioni croniche pelviche, infezioni del tratto urinario che possono risalire al rene e dare insufficienza renale che può portare a morte.
- ❖ Cheloidi: formazione di eccessivo tessuto cicatriziale dovuto a una mancata sutura o a un errato procedimento di sutura.
- ❖ Infezioni del tratto genitale e MST: aumento delle infezioni del tratto genitale, compresa l'esposizione a malattie sessualmente trasmesse dovuta al sanguinamento che si produce durante i rapporti sessuali.
- ❖ HIV: aumenta il rischio di trasmissione del virus, in quanto la riapertura delle ferite durante i rapporti sessuali causa sanguinamenti anche profusi.
- ❖ Scarsa qualità della vita sessuale: la rimozione e il danneggiamento dei tessuti genitali, specialmente del clitoride, può portare a problemi sessuali quali una diminuzione del piacere sessuale e dolore durante i rapporti. Anche i ricordi traumatici dell'intervento possono portare a una repulsione verso qualsiasi tipo di contatto sessuale.
- ❖ Complicanze durante il travaglio e il parto: aumenta l'incidenza di taglio cesareo, emorragia post-partum, lacerazioni di terzo e quarto grado, utilizzo dell'episiotomia, formazione di fistole, travaglio prolungato o ostruito, rottura d'utero.
- ❖ Complicanze per il feto/neonato: aumento del tasso di morte perinatale e ridotto Apgar nei neonati da madre con MGF. La gravità delle complicanze aumenta nelle MGF di Tipo III.
- ❖ Conseguenze psicologiche: paura del contatto sessuale, sindrome da stress post-traumatico, ansia, depressione e perdita della memoria. Anche se la pratica ha un importante significato culturale, questo non protegge dalle sequele psichiche.

Infine, è importante considerare alcune conseguenze negative che si presentano più frequentemente in caso di MGF di Tipo III:

- ❖ Interventi post-MGF: ad ogni rapporto l'infibulazione viene riaperta dal marito per permettere la penetrazione e successivamente richiusa (reinfibulazione). Così accade anche dopo ogni parto.
- ❖ Problemi urinari e mestruali: a causa del ridotto orifizio che viene lasciato dopo l'infibulazione, sia l'urina che il sangue mestruale riescono difficilmente a fuoriuscire, ristagnando dietro la cicatrice. Il sangue mestruale può accumularsi all'interno della vagina e successivamente dell'utero dando luogo a ematocolpo e ematometra, che possono a loro volta causare gravi infezioni.
- ❖ Rapporti sessuali dolorosi: il rapporto sessuale è molto difficoltoso in quanto la cicatrice ricopre quasi completamente l'introito vaginale e la stessa manovra di riapertura viene eseguita senza alcun tipo di anestesia.
- ❖ Infertilità: l'aumento del rischio di infezioni porta anche ad un aumento dell'infertilità, causato soprattutto da malattie infiammatorie pelviche che danneggiano irreparabilmente gli organi genitali interni.

CAPITOLO 2

CULTURA E DIRITTI UMANI A CONFRONTO

Secondo la definizione dell'antropologo Edward Tylor nel 1871, la cultura è *quell'insieme complesso che include la conoscenza, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume e qualsiasi altra capacità o abitudine acquisita dall'uomo in quanto membro di una società* (tratto dal saggio "Primitive Culture"). La cultura non è insita nell'essere umano fin dalla nascita, ma viene acquisita durante la sua crescita in un determinato ambiente culturale. La cultura non è un "frutto puro" ma si mescola e si contamina con le altre culture presenti sul pianeta, tanto da non essere un sistema originario ed immutabile, ma al contrario è costituita da processi mutevoli, dinamici e instabili.

Nemmeno i diritti umani² sono scevri da un retaggio culturale importante e in trasformazione, in quanto il loro riconoscimento, che a noi oggi sembra scontato, non lo era secoli e secoli fa per i nostri antenati.

I diritti umani sono quei diritti dei quali ogni essere umano è titolare solo per il fatto di appartenere all'umanità, indipendentemente dalla loro codificazione in un sistema legale nazionale, poiché nessun governo può disconoscere quei diritti. I diritti umani sono basati sul principio fondamentale che tutte le persone possiedono un'innata dignità umana e che hanno uguali titoli di godimento di tali diritti senza differenze di sesso, razza, colore, lingua, nazionalità, età, classe, ideologia o religione. I diritti umani non dipendono dalle leggi, ma dalla stessa appartenenza alla specie umana. Un'umanità composta da uomini e donne, diversi nel corpo e nell'identità, ma eguali nei diritti.

Le mutilazioni genitali femminili rappresentano uno dei più grandi scontri tra questi due mondi inscindibili, ma allo stesso tempo in contrapposizione: la cultura, le tradizioni e i diritti inviolabili della persona, riconosciuti come tali da moltissime Dichiarazioni e Convenzioni europee ed internazionali.

Cercheremo ora di arrivare al nocciolo della questione.

2.1 I diritti violati dalle MGF

Le MGF di qualsiasi tipo sono state riconosciute^{7,10,16} come una pratica dannosa per la salute e una violazione dei diritti umani delle donne e delle bambine codificati da diverse Dichiarazioni, Convenzioni e Carte internazionali. Ecco le principali:

- ❖ Dichiarazione di Ginevra dei diritti del fanciullo (1924)
- ❖ Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948)
- ❖ Convenzione europea sulla protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali (1950)
- ❖ Convenzione relativa allo status dei rifugiati (1954)
- ❖ Patto internazionale sui diritti civili e politici (1966) e protocolli aggiuntivi (1971)
- ❖ Convenzione americana sui diritti umani (1969)
- ❖ Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione delle donne (1979)
- ❖ Convenzione sull'eliminazione di tutte le discriminazioni contro le donne (1981)
- ❖ Carta africana dei diritti umani e dei popoli (1981)
- ❖ Convenzione ONU sui diritti del fanciullo (1989)
- ❖ Convenzione ONU contro la tortura e altri trattamenti disumani e degradanti (1989)
- ❖ Carta africana sui diritti e il benessere del fanciullo (1990)
- ❖ Dichiarazione dell'Assemblea Generale dell'ONU sull'eliminazione della violenza contro le donne (1993)
- ❖ Raccomandazione sull'uguaglianza dell'uomo e della donna nel matrimonio e nella famiglia (1994)
- ❖ Dichiarazione di Pechino e piattaforma d'azione alla quarta conferenza mondiale sulle donne (1995)
- ❖ Protocolli aggiuntivi alla Carta africana sui diritti dell'uomo e dei popoli sui diritti delle donne in Africa – Protocollo di Maputo (2003)

Queste sono solo alcune delle moltissime forme di tutela internazionali a favore dei diritti delle donne e delle bambine, ma purtroppo non sono abbastanza per sradicare una tradizione consolidata ormai da moltissimi secoli.

È bene quindi soffermarsi ad analizzare quali sono i diritti elementari^{7,13,16} violati dalle MGF:

- ❖ Diritto alla salute: diritto di ogni essere umano a vivere in condizioni tali da godere di buona salute e diritto all'assistenza sanitaria, spesso insufficiente nei Paesi dove le MGF vengono praticate.
- ❖ Diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della persona: le MGF minano tutti e tre questi diritti fondamentali, in quanto vengono praticate su bambine costrette o comunque indotte dalla comunità di appartenenza, senza alcun riguardo per la loro incolumità fisica o psichica; poiché alcuni interventi possono portare alla morte della bambina o della donna e del nascituro durante il parto anche il diritto alla vita risulta essere violato.
- ❖ Diritto a non essere soggetto a trattamenti crudeli e degradanti: la tortura rappresenta ogni azione che intenzionalmente causa ad una persona pene gravi o sofferenze, fisiche e mentali, per motivi di discriminazione. Le MGF rientrano sotto questo profilo in quanto causano gravissime sofferenze alle bambine e sono praticate in ragione di una cultura discriminatoria nei confronti del sesso femminile.
- ❖ Diritto all'integrità fisica e sessuale: le MGF, andando ad asportare parti di tessuto genitale, ledono irreparabilmente l'integrità fisica della donna, pregiudicandone anche la vita sessuale e riproduttiva.
- ❖ Diritto alla riproduzione: le MGF, soprattutto quelle di Tipo II e III, possono portare a problemi di infertilità e causare l'insorgenza di patologie durante la gravidanza e il parto, con serie complicanze sia per la madre che per il nascituro.
- ❖ Diritto a vivere liberi dalla violenza sessuale: l'OMS rubrica le MGF al di sotto del macrocapitolo della violenza sessuale, in quanto si tratta di atti violenti coinvolgenti la sfera sessuale delle bambine.

- ❖ Diritto all'istruzione: le MGF sono anche causa di abbandono scolastico da parte delle bambine, per i problemi di salute ad esse correlati; si registrano infatti casi di assenteismo dalla scuola, scarsa concentrazione e rendimento; nelle culture dove la bambina dopo l'intervento è considerata adulta, viene ritirata dalla scuola per permetterle il matrimonio.

2.2 Che cos'è un reato culturalmente motivato

Il dibattito tra cultura e diritto⁶ si fa sentire ancor di più quando una persona proveniente da un Paese con un certo tipo di cultura e tradizione compie gesti ed azioni ritenuti reati nel Paese in cui immigra. Per questo tipo di crimini esiste un nome coniato ad hoc ovvero "reato culturalmente motivato" che definisce *un comportamento realizzato da un soggetto appartenente ad un gruppo culturale di minoranza, che è considerato reato dall'ordinamento giuridico del gruppo culturale di maggioranza. Questo stesso comportamento tuttavia, all'interno del gruppo culturale del soggetto agente è connotato, o accettato come comportamento normale, o approvato, o addirittura incoraggiato o imposto* (definizione tratta da "Immigrazione e reati culturalmente motivati" di Fabio Basile)⁶.

Le MGF rientrano a pieno titolo sotto questa tipologia di reati, poiché ritroviamo una situazione di conflitto tra una norma giuridica che vieta espressamente e punisce tale pratica e una norma culturale che invece la impone e addirittura stigmatizza le bambine che non vi si sono sottoposte.

Esistono due tipi di atteggiamenti giuridici opposti nei confronti dei reati culturalmente motivati che possiamo distinguere nel modello *assimilazionista-integrazionista* alla francese e il *modello multiculturalista* all'inglese.

Il primo modello prevede una sorta di assoluta uguaglianza formale dello Stato di fronte alle differenze culturali. In questo caso, quindi, la cultura di appartenenza non assume alcuna rilevanza giuridica: nel privato l'individuo è libero di seguire le proprie tradizioni, ma queste non devono emergere nella sfera pubblica. Perciò davanti a reati che hanno basi culturali si applica sempre il diritto comune, a riprova della neutralità e laicità dello Stato.

Il secondo modello invece si fonda sul riconoscimento delle diversità culturali, così che l'appartenenza ad un gruppo etnico può costituire il presupposto di un trattamento giuridico differenziato. Questo modello impone la tutela delle minoranze, al fine di preservare una certa armonia razziale e un trattamento paritario con la maggioranza.

L'Italia non aderisce a nessuno dei due modelli precedentemente esposti, in quanto nel nostro Paese la politica nei confronti dell'immigrazione cambia con i governi. Si può però riportare che l'art. 42 del Testo Unico sull'immigrazione vieta ogni discriminazione diretta o indiretta a danno degli immigrati e riconosce importanza alla conoscenza e alla valorizzazione delle espressioni culturali. La Carta dei valori della cittadinanza e dell'integrazione prevede l'accoglienza e la regolazione del fenomeno migratorio in un quadro di pluralismo culturale e religioso.

Nonostante questo, possiamo ritrovare anche delle Leggi atte a reprimere pratiche tradizionali non riconosciute all'interno del nostro Paese, basti pensare all'introduzione del nuovo reato di mutilazione degli organi genitali femminili all'art. 583-bis del codice penale. Va anche considerata la quota di immigrazione clandestina presente in Italia, nei confronti della quale lo Stato non riconosce alcun tipo di integrazione, ma anzi la vieta e prevede anche l'espulsione dell'immigrato clandestino qualora identificato.

In una visione più ampia, c'è anche da considerare la posizione dell'Unione Europea nei confronti dell'immigrazione e delle diversità culturali. Anche l'UE prevede con diversi trattati l'integrazione, l'uguaglianza, il rispetto per la dignità umana e vieta ogni forma di discriminazione basata sul sesso, la razza, l'etnia, la religione, le convinzioni personali, l'età o l'orientamento sessuale. Nell'art. 22 della Carta dei diritti fondamentali si legge che *l'Unione rispetta la diversità culturale religiosa e linguistica*.

Soffermandosi ora sul lato pratico della questione è importante analizzare alcuni casi italiani^{6,7,12} sul tema MGF, entrambi precedenti l'emanazione della Legge 7/06 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile".

Il primo caso risale al 1997, Tribunale di Torino: due genitori nigeriani sono stati imputati di lesioni personali gravissime per aver sottoposto la propria figlia di

sei mesi ad un intervento di asportazione parziale delle piccole labbra e del clitoride. Il Tribunale ha però provveduto ad archiviare le indagini, in quanto i genitori avrebbero sottoposto la figlia a *pratiche di mutilazione genitale pienamente accettate dalle tradizioni locali (e parrebbe, dalle leggi) del loro Paese*.

Il secondo è invece del Tribunale di Milano nel 1999: un immigrato egiziano è stato denunciato dalla moglie italiana per aver sottoposto la figlia di 10 anni ad un intervento di infibulazione durante una vacanza in Egitto. L'uomo, imputato per lesioni personali gravi, è stato condannato a due anni di reclusione con concessione della sospensione condizionale della pena e non menzione della sentenza.

In entrambi i casi, i Giudici sono stati indulgenti rispetto alla gravità del reato commesso su due soggetti minori. Non è quindi facile, neanche per il diritto, confrontarsi con temi così delicati e complessi, tanto che negli Stati Uniti è stata ideata una nuova locuzione per indicare la possibilità di permettere un trattamento giuridico differenziato per chi si macchia di un reato culturalmente motivato. Questo tipo di comportamento prende il nome di *cultural defense*⁶.

Si tratta di una strategia difensiva che permetterebbe all'imputato di ottenere l'assoluzione o una pena più mite, in ragione della sua appartenenza ad una determinata cultura. Alcuni non si dichiarano d'accordo con questo tipo di approccio, mentre altri ritengono che rappresenti una soluzione al problema dei reati su base culturale.

Le motivazioni addotte dalla prima fazione sono chiaramente riguardanti l'uguaglianza degli individui di fronte alla legge penale, poiché questi imputati sarebbero sottoposti a norme diverse da quelle applicate al resto della popolazione e anche la vittima non sarebbe equamente tutelata. Un altro tipo di critica è la violazione del principio sull'uguaglianza di genere: in questo modo si tutelerebbero culture patriarcali e maschiliste, mettendo in serio pregiudizio il diritto delle vittime-donne di essere sottoposte ad un'eguale protezione da parte della legge. Inoltre, alcuni sottolineano l'impossibilità di conoscere con esattezza i contenuti di una certa cultura e di definire il grado di adesione del singolo individuo alla propria, in quanto il fenomeno migratorio porta i soggetti ad adattarsi e ad integrarsi in modo diverso con la cultura che li accoglie. Anche la funzione di prevenzione della legge penale verrebbe meno, poiché si incoraggerebbero tutti gli appartenenti ad una certa cultura

a comportarsi allo stesso modo, senza temere la reazione dell'ordinamento penale. Un ultimo, ma non meno importante argomento a sfavore della *cultural defense* rappresenta il rafforzamento e la diffusione di stereotipi negativi sui gruppi di minoranza che verrebbero in questo modo ghettizzati e discriminati, inibendone il processo di integrazione con la nuova società di appartenenza.

Chi invece sostiene questo tipo di approccio ritiene che il riconoscimento di un'attenuante culturale conferirebbe maggiori garanzie agli imputati appartenenti a culture di minoranza. La *cultural defense* dovrebbe quindi essere riconosciuta all'interno di tutti i tribunali per permettere un'applicazione uguale della Legge nei confronti degli immigrati. Un altro argomento concerne la possibilità di evitare il ricorso alla tradizionale *criminal defense*, richiedendo che l'imputato venga ritenuto incapace di intendere e di volere nel momento in cui ha commesso il reato: questo sarebbe offensivo e discriminatorio nei confronti della cultura di origine, in quanto l'adesione ad essa verrebbe giudicata come patologica. In relazione alla parità di trattamento di fronte alla legge penale, i sostenitori della *cultural defense* ritengono che il principio di uguaglianza imporrebbe di trattare in modo diverso i diversi. Sul problema dell'impossibilità di conoscere appieno un certo tipo di cultura, questa fazione risponde che non spetta al penalista indagare su certe questioni, ma il suo compito è rielaborare le conoscenze dell'antropologia e della sociologia in modo da predisporre un concetto di cultura che sia penalmente rilevante e valutabile dal Giudice.

2.3 La proposta del rito alternativo

In Italia nel 2003 un ginecologo somalo di nome Abdulcadir Omar Hussen e sua moglie, anch'ella ginecologa, Lucrezia Catania hanno proposto di effettuare ambulatorialmente un rito alternativo⁸ alle MGF da proporre a quei genitori che volevano a tutti i costi infibulare le proprie figlie, come prescritto dalla tradizione. Entrambi lavorano all'interno del Centro di riferimento regionale per la prevenzione e la cura delle complicanze legate alle mutilazioni genitali femminili, presso l'Ospedale Careggi di Firenze. Tra il loro lavoro rientra sia la prevenzione delle pratiche mediante l'informazione alle famiglie di immigrati a tradizione escissoria,

sia la cura dei problemi legati all'infibulazione, praticando anche l'intervento di deinfibulazione alle donne che ne fanno richiesta.

È proprio da questo Centro che è arrivata la proposta di un rito alternativo simbolico che potesse evitare le conseguenze drammatiche della mutilazione, pur conservando la tradizione. Il rito prevede la puntura del clitoride della bambina per farne fuoriuscire delle gocce di sangue simboliche, con l'utilizzo di una crema anestetica. La bambina non sentirebbe quindi alcun dolore e sarebbe al riparo dalle conseguenze drammatiche della mutilazione, qualora venisse riportata in patria per poterla eseguire.

La polemica che ne è scaturita è stata devastante, in quanto molti, pur senza conoscere minimamente l'argomento, si sono sentiti in dovere di dire la propria. Le critiche sono state moltissime, alcune ragionate, altre invece d'impronta sostanzialmente demagogica. In questo capitolo verranno prese in considerazione solo le critiche che hanno una base scientifica, etica, deontologica e giuridica, oltre chiaramente alle motivazioni addotte dai proponenti.

Nel 2003 il Dott. Hussen e la Dott.ssa Catania hanno redatto un documento⁹, che hanno poi sottoposto al Comitato Etico Locale dell'Azienda U.S.L. 10 di Firenze, in cui elencavano i motivi principali della loro proposta. Sono partiti dallo spiegare l'importanza della MGF come rito di iniziazione all'età adulta nelle culture a tradizione escissoria. Si legge che *anche se in Occidente non condividiamo e rifiutiamo inorriditi questi concetti, dobbiamo essere consapevoli che, per queste popolazioni, la MGF è un vero e proprio rito di iniziazione, di fondamentale importanza e [...] comporta dolore, sangue e pericolo di vita. Una bambina che lo ha superato conquista l'onore che viene tributato agli eroi, imprime nella memoria e nel corpo non solo la grande sofferenza, ma anche il sigillo della propria acquisita identità e si riempie dell'orgoglio di appartenere al proprio gruppo culturale.*

La lettera prosegue cercando di porre l'attenzione sulla donna immigrata in Occidente da un Paese a tradizione escissoria e leggiamo che *se vogliamo davvero aiutare queste donne a non infliggere alle loro figlie lo stesso crudele rito già patito da loro stesse, dobbiamo [...] capire bene il loro punto di vista e [...] cercare di convincerle che non occorre accettare quell'inutile sofferenza per essere rispettate e per raggiungere un'identità femminile.*

Le conclusioni che ne vengono tratte sono quindi le seguenti: [...] *non dobbiamo dimenticare che in queste culture conta moltissimo la volontà dei genitori, dei nonni, dei parenti anche lontani, non solo per il rispetto dovuto all'autorità degli anziani, ma anche per la necessità di mantenere la propria identità [...]. Non ci sarebbe alcun pericolo di complicanze e la puntura guarirebbe nel giro di qualche ora. Tale forma di sunna potrebbe essere praticata a bambine abbastanza grandi da esprimere una propria volontà (10 anni?), oppure a bambine più piccole sulla base della richiesta di entrambi i genitori. Quindi, considerando che la necessità di avere un rito è molto sentita, che è alto il rischio che le bambine, in mancanza di un'alternativa, vengano portate altrove per essere infibulate [...] siamo giunti, gradualmente, a considerare la possibilità di praticare, a chi ne faccia richiesta, una forma lievissima, puramente rituale, di sunna, consistente nella semplice puntura del prepuzio in modo da far sgorgare poche gocce di sangue. Quel giorno potrebbe diventare per la bambina un giorno speciale, con la festa, i regali, le visite dei parenti, ma senza la parte drammatica della sofferenza e della paura, pur mantenendo, attraverso quelle poche gocce di sangue, il significato di una prova importante.*

Ovviamente entrambi ribadiscono che la pratica delle MGF deve sparire e che questa proposta è un compromesso utile secondo una politica di dialogo interculturale, soprattutto in considerazione che ormai da tempo in ospedale è permessa la circoncisione maschile non terapeutica, nei confronti della quale la *sunna lievissima* (altro nome del rito alternativo) è cosa da poco. Lo stesso Comitato Etico Locale ha dato parere favorevole all'introduzione del rito simbolico e anche i rappresentanti delle comunità africane a tradizione escissoria in Italia.

Tra le critiche giunte da più parti nei confronti di questa proposta, si ritrova anche quella dell'Associazione Nosotras⁹ che riunisce donne immigrate e non e ha lo scopo di promuovere l'autodeterminazione di tutte le donne e realizzare spazi di comunicazione tra donne di diverse culture. L'Associazione ritiene che la proposta avanzata dal Centro rischi di compromettere il difficile percorso di abbandono delle MGF, *che ha trovato espressione sia in provvedimenti legislativi dedicati al problema, sia in iniziative e progetti di associazioni femminili locali [...] miranti a creare una consapevolezza diffusa non soltanto sulle conseguenze sanitarie, ma*

anche sulle radici culturali e simboliche che legittimano presso le popolazioni il perpetuarsi di questi riti, come si legge in una lettera indirizzata alla Regione Toscana. Inoltre, si ribadisce che l'OMS considera anche la puntura del clitoride una forma di MGF e critica fortemente la decisione di aver sottoposto la questione ai rappresentanti delle comunità africane, tutti uomini, senza aver interpellato le donne.

L'Associazione reputa che la proposta di praticare la sunna lievissima a bambine che abbiano compiuto i 10 anni e che possano esprimere una propria volontà sia ridicola, poiché le bambine non sono in grado di esprimere una libera volontà visti i condizionamenti provenienti dalla famiglia di origine. Un'altra critica riguarda proprio la simbologia del rito, in quanto le donne vengono mutilate per sancire non solo l'appartenenza al genere femminile, ma anche la loro inferiorità rispetto al genere maschile, controllandone il corpo e la sfera sessuale. La donna è degna di sposarsi solo se ancora vergine, "chiusa" e sottomessa, altrimenti perde completamente il proprio valore di donna: conservare il rito simbolico sarebbe un modo per avvallare i motivi discriminatori per cui viene praticata la MGF.

In alcuni Stati le MGF vengono praticate sulle neonate: non è quindi veritiera per queste popolazioni l'ipotesi che siano un rito di passaggio all'età adulta; anche il termine sunna è stato criticato, in quanto rimanda a un dettame religioso islamico, quando invece è ormai risaputo che la MGF non è prescritta dal Corano e viene anche praticata da popolazioni con credenze ebraiche o cristiane.

L'argomento della riduzione del danno viene criticato aspramente da Laila Abi Ahmed, attualmente presidente di Nosotras e di origini somale proprio come il Dott. Hussien, nel libro "Il corpo dei simboli"⁹, poiché ridurre il danno significa *attuare una strategia di intervento su persone adulte che possono dare il consenso e che soprattutto hanno già un danno. Non è questo il caso delle bambine che non hanno scelto di mettere in pericolo i loro corpi e che sono sane.*

Continua la presidentessa: *L'infibulazione è un mezzo per controllare la sessualità femminile e per determinare la posizione subordinata delle donne. Per questo non è neanche pensabile che le MGF possano essere sostituite da una pratica che a esse allude – come si è visto – ma che non mutila visibilmente il corpo. Come si può pensare che basti un certificato rilasciato dall'ospedale, se il corpo non presenta segni? Quando la bambina a cui è stata praticata la "soft" tornerà in Africa*

dai parenti con un documento dell'avvenuto intervento, sarà ben accolta? La nonna, la zia o chi per lei, vedrà la sua clitoride intatta e non le piacerà.

Com'è possibile capire in queste poche righe, non è di certo facile attribuire ragione o torto a una fazione rispetto che ad un'altra, ma è comunque importante conoscere entrambe le posizioni per farsi una propria opinione che sia ragionata e non guidata dal razzismo nei confronti di culture completamente diverse dalla nostra.

2.3.1 Il rito alternativo secondo il punto di vista degli Organismi Internazionali

Una pubblicazione OMS risalente al 2008¹⁶ si pronuncia proprio riguardo la possibilità per il personale sanitario di eseguire le MGF all'interno di strutture ospedaliere, con un documento dal titolo "Eliminating Female Genital Mutilation". Ricordiamo che l'OMS ritiene la puntura della clitoride una mutilazione genitale di Tipo IV. In questo testo possiamo leggere che i professionisti sanitari che praticano MGF violano i diritti umani di donne e bambine e vanno contro il principio etico fondamentale di "non nuocere".

Da quanto riportato dall'OMS, l'opinione diffusa di ridurre il rischio con interventi eseguiti da personale sanitario non sarebbe supportata da evidenze scientifiche, in quanto le procedure hanno comunque lo stesso grado di invasività e la medicalizzazione non riduce le complicanze a lungo termine delle MGF. Non ci sono nemmeno evidenze che la medicalizzazione sia un primo passo per arrivare all'abbandono della pratica.

L'OMS rincara la dose sostenendo invece che i rischi associati alla medicalizzazione sono ancora maggiori, poiché in questo modo si legittima la pratica e si porta le persone a credere che abbia risvolti positivi per la salute delle donne e delle bambine, in quanto accettata e praticata anche da parte di medici, la cui autorità e rispetto nella società non sono da sottovalutare.

Dello stesso parere sono anche la Confederazione Internazionale delle Ostetriche, la Federazione Internazionale dei Ginecologi e degli Ostetrici e il Consiglio Internazionale degli Infermieri.

L'Unicef¹³ si aggiunge alla lista, con un documento edito nel 2005 dal titolo "Cambiare una concezione sociale dannosa: la pratica della escissione/mutilazione genitale femminile". Nel testo, in cui si fa riferimento alla medicalizzazione della MGF, l'Unicef si pronuncia in questo modo: *La stessa critica si applica alle forme simboliche di E/MGF, come la foratura sotto anestesia della clitoride, che sono state proposte in anni recenti nelle comunità di immigrati nei paesi industrializzati. I difensori di tali "alternative" sostengono che queste riducono i danni per le bambine. Di fatto, un gesto simbolico non offre la garanzia di soddisfare l'aspettativa che la E/MGF comporti la rimozione di parti di carne. Ciò lascia le bambine vulnerabili alla E/MGF "tradizionale" in un momento successivo, per esempio in preparazione del matrimonio. Più sostanzialmente, gli interventi "simbolici" non risolvono il problema della disparità di genere che sostiene la domanda per questa pratica e possono in realtà ostacolare il progresso verso il suo abbandono.*

CAPITOLO 3

LA LEGISLAZIONE IN TEMA DI MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

3.1 Le legislazioni europee ed extraeuropee

In Europa la problematica delle MGF è stata affrontata in modo diverso dai vari Stati: alcuni hanno introdotto un reato specifico, altri hanno invece preferito perseguirlo con le norme già esistenti riguardanti le lesioni personali, il tentato omicidio e, qualora la vittima perdesse la vita, l'omicidio^{7,10}.

Gli Stati che hanno deciso di emanare una legge specifica contro la pratica sono il Belgio, la Svezia, la Norvegia, il Regno Unito e la Spagna. Quelli che invece la perseguono con le norme già esistenti sono l'Olanda, la Germania, la Francia e la Svizzera.

In Belgio nell'anno 2000 è stata emanata una legge per la tutela penale dei minori che contempla anche sanzioni specifiche per chi pratica MGF, indipendentemente dal consenso dell'avente diritto. Prevede la reclusione da tre a cinque anni per chiunque pratica, facilita o promuove una mutilazioni genitale femminile.

La Svezia è stata la prima in Europa a dotarsi di una legge contro le MGF nel 1982, vietandole anche in presenza del consenso e punendo sia chi le cagiona sia chi partecipa al fatto con una pena non superiore a quattro anni di reclusione. Nel 1998 e '99 la legge è stata modificata con l'introduzione del divieto di reinfibulazione post-partum e la previsione di una sanzione anche per chi effettua MGF in altri Paesi dove queste sono illegali.

In Norvegia esiste una legge che trova applicazione sia all'interno dello Stato che all'estero, risalente al 1995: proibisce le MGF sia con pene pecuniarie che con la reclusione fino a tre anni.

Il *Prohibition of Female Circumcision Act* è il documento che nel Regno Unito ha reso illegali le MGF dal 1985 fino al 2003 quando è stata emanata una

nuova legge dal titolo *Female Genital Mutilation Act* che punisce oltre a chi compie la MGF, anche chi aiuta, consiglia o incoraggia una ragazza a sottoporsi alla pratica; inoltre, il *Children Act* del 1989 consente anche di allontanare il minore dalla famiglia qualora si sospetti una violazione della legge di cui sopra e impedire ai genitori di portare il minore all'estero.

La Spagna ha stabilito con la *Ley Organica 11/2003* sanzioni specifiche contro chi pratica le MGF e prevede anche una punizione del reato commesso all'estero.

Focalizzando ora l'attenzione sui Paesi che invece non hanno leggi specifiche, ma fanno rientrare le MGF all'interno delle norme già esistenti nello Stato, troviamo l'Olanda la cui Costituzione stabilisce il diritto all'integrità fisica che non può essere violata in mancanza di ragioni terapeutiche. Nel 1993 le autorità politiche hanno definito le mutilazioni genitali come intollerabili ed inaccettabili, e in seguito nel 1994 sono state redatte delle linee guida per il personale sanitario da parte dell'ispettorato medico.

In Germania si applicano gli articoli del codice penale sulla violenza fisica per perseguire le MGF e in base alla legge sull'immigrazione chi le pratica o le richiede può essere espulso.

La Francia è il Paese in cui si sono verificati diversi casi di MGF, ma non è mai stata emanata una legge specifica, poiché l'art. 312 del codice penale già punisce la violenza compiuta sui minori di anni tredici; peraltro nel 1994 sono stati aggiunti due articoli al codice che puniscono le mutilazioni permanenti eseguite sui minori di anni quattordici con la reclusione fino a quindici anni.

La Svizzera, subito dopo la Svezia, nel 1983 ha qualificato le MGF come lesioni corporali gravi, vietate anche dalla Commissione Centrale di Etica Medica.

Un aggiornamento importante riguarda la Risoluzione del Parlamento Europeo⁵ proprio in materia di MGF votata a maggioranza assoluta il 14/06/2012, con la quale si richiamano gli Stati membri a rispettare gli obblighi internazionali per porre fine alle pratiche di mutilazione dei genitali femminili. Il Parlamento ha ricordato gli impegni assunti dalla Commissione Europea contenuti nella Strategia per l'uguaglianza tra donne e uomini 2010-2015 ed è stata confermata la partecipazione nel finanziamento di progetti per aumentare la sensibilizzazione sulla

tematica e favorire l'abbandono della pratica mutilatoria. Nella Risoluzione si può leggere che la *mutilazione genitale femminile è un abuso irreparabile che intenzionalmente altera o causa danni ai genitali femminili, che è una pratica tradizionale dannosa che non può essere considerata parte di una religione, ma è un atto di violenza contro le donne e le bambine e che costituisce un'espressione di potere diseguale nelle relazioni e una forma di violenza contro le donne, nonché una violazione dei diritti delle bambine.*

Considerando la legislazione dei Paesi extraeuropei non africani^{7,10}, portiamo il caso del Nord America. Gli Stati Uniti puniscono le MGF secondo quanto stabilito dal *Federal Prohibition of Female Genital Mutilation Act* del 1995 che prevede sia la multa sia la reclusione fino a cinque anni quando eseguite su un soggetto minore degli anni 18.

In Canada nel 1997 il codice penale è stato modificato con l'aggiunta di un articolo apposito concernente il reato di mutilazione genitale femminile. È previsto però che il fatto non è punibile quando l'intervento venga praticato da personale qualificato in ragione del beneficio della salute fisica della donna oppure quando eseguito su una donna maggiore di 18 anni con la clausola che non produca lesioni fisiche.

Spostandoci nell'emisfero sud, in Australia le MGF sono ritenute illecite dal lontano 1935 e punite con la reclusione fino a sette anni dal *Criminal Law Consolidation Act* che precisa inoltre che il consenso all'atto è irrilevante e prevede una pena anche per chiunque conduca all'estero una minore di anni 18 per permetterne la mutilazione.

La Nuova Zelanda si è dotata di una legge specifica nel 1999 con l'emanazione del *Crimes Acts*, in cui una sezione è interamente dedicata alle MGF e sanziona chiunque esegua o contribuisca ad effettuare la mutilazione con la reclusione non superiore a sette anni. È anche punita la condotta di aiutare, incitare o consigliare una persona a compiere una MGF al di fuori del territorio nazionale.

Ultima, ma non meno importante, è la posizione adottata dai Paesi africani^{7,10}, in cui la pratica della MGF è nata centinaia di anni fa e ivi instauratasi fino ai giorni

nostri. Nonostante questo, non tutti i Paesi si sono dotati di una legge ad hoc per combattere il fenomeno, ma spesso si limitano a bandire formalmente la pratica oppure a rubricarla al di sotto di altri reati già previsti dalle leggi o considerarla violazione di dettami imposti dalle varie Costituzioni in materia di diritti umani.

I Paesi che ad oggi non hanno ancora emanato una legge specifica sono il Ciad, il Congo, l'Etiopia, la Guinea Bissau, la Liberia, il Madagascar, il Mali, il Kenya, la Mauritania, il Niger, la Sierra Leone, il Sudan, la Somalia, l'Uganda e lo Zimbabwe. In alcuni le pratiche sono più diffuse, come la Somalia o il Kenya, mentre in altri lo sono limitatamente o addirittura non si registrano dei casi, come il Congo o lo Zimbabwe.

Per contro, gli Stati che hanno riconosciuto come reato le MGF sono: il Cameroon, dove esiste un Piano d'azione nazionale contro le mutilazioni già a partire dal 1999 con la condanna da parte del governo nei confronti di queste pratiche; la Costa d'Avorio in cui una legge del 1998 proibisce alcuni atti violenti nei confronti delle donne tra i quali rientrano anche le MGF; il Gibuti in cui esiste un articolo apposito del codice penale già dal 1995 che punisce le MGF con cinque anni di reclusione e una sanzione pecuniaria.

In Egitto le MGF sono proibite dal 1959, ma nel 1994 è stata permessa la medicalizzazione delle pratiche per impedire che venissero eseguite da praticanti tradizionali senza alcuna preparazione medica. Nel 1996 però questa possibilità fu revocata a causa delle critiche internazionali.

In Ghana chiunque causa una mutilazione dei genitali femminili è punito con la reclusione non inferiore ai tre anni secondo il nuovo articolo del codice penale inserito nel 1994. Una legge del 2000 ha vietato gli interventi di MGF anche in Guinea, mentre nel 1999 il Senegal ha approvato una norma istitutiva del reato di MGF prevedendo la reclusione da sei mesi a cinque anni per chiunque violi o tenti di violare l'integrità dei genitali femminili.

Infine sia la Tanzania che il Togo vietano espressamente tutte le forme di MGF sul loro territorio: la prima tramite il *Sexual Offences Special Provisions Act* del 1998 che ha inserito nel codice penale il reato di crudeltà verso i minori, punendo chiunque pratici una MGF con la reclusione dai cinque ai quindici anni; mentre il secondo, con una legge sempre del 1998, prevede il carcere dai due mesi ai cinque

anni più ammenda per chiunque pratica, favorisce o partecipa ad un intervento di MGF.

In ultimo, è importante spendere qualche riga per parlare dello status di rifugiato e del suo riconoscimento⁷, nei Paesi europei ed extraeuropei, alle donne e alle bambine che fuggono dalle loro nazioni per evitare di essere sottoposte a pratiche di MGF.

Lo status di rifugiato è definito dalla Convenzione di Ginevra¹⁵ del 1951 all'articolo 1. Il rifugiato è quindi colui *che [...] temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese; oppure che, non avendo una cittadinanza e trovandosi fuori del Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di siffatti avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra.*

La Corte d'Appello di Parigi nel 1991 riconobbe le MGF come una persecuzione e grazie a questa sentenza l'UNHCR (Agenzia delle Nazioni Unite per i rifugiati) decise di concedere asilo a tutte le donne e le bambine africane a rischio di subire la mutilazione nel proprio Paese d'origine: la direttiva fu accolta da Canada, Stati Uniti, Svezia e Norvegia.

Infatti nel marzo 1994 un Giudice degli Stati Uniti riconobbe lo status di rifugiata, salvandola dall'espulsione, a una donna nigeriana che si opponeva alla mutilazione della figlia. Il Giudice definì la pratica come crudele, dolorosa e pericolosa, reputandola quindi una persecuzione ai sensi della Convenzione di Ginevra e come suggerito dall'UNHCR già nel '91.

3.2 La legislazione italiana

Prima di analizzare la legge emanata in Italia specificatamente contro le MGF, è bene soffermarsi su alcuni articoli già presenti nella nostra Costituzione e nei nostri codici a tutela delle donne e delle bambine contro questa pratica, richiamati proprio nel contesto della nuova normativa^{7,8,10}.

La Costituzione²² ci offre gli articoli 2, 3 e 32. L'art. 2 recita che *la Repubblica riconosce i diritti inviolabili dell'uomo*, nell'art. 3 possiamo leggere che *tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli che [...] impediscono il pieno sviluppo della persona umana*. In queste poche righe già si assapora il rispetto che lo Stato italiano riconosce ad ogni individuo e ai suoi diritti elementari.

L'art. 32 è il caposaldo della tutela della salute, in quanto la riconosce come diritto, e non come semplice interesse, dell'individuo: di fatto viene sancito che *la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività [...]*.

Passando ora al codice civile²², è utile soffermarsi su quanto espresso dall'art. 5, ovvero che *gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume*. Questo articolo è strettamente correlato all'art. 50 del codice penale²⁴ che dispone che *non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, con il consenso della persona che può validamente disporre*. In altre parole, il consenso della persona ad un intervento che causi una menomazione *permanente* alla sua integrità psico-fisica (o a quella della figlia minorenni), in assenza di ragioni terapeutiche, non può essere considerato una scriminante ai sensi dell'art. 50 del c.p., perciò qualunque atto che cagioni effetti di questo tipo deve ritenersi illecito indipendentemente dal consenso prestato.

Il problema nasce per tutte quelle lesioni apportate ai genitali femminili che non causano una menomazione *permanente* dell'integrità psicofisica ex art. 5 c.c., come pungere, traforare e incidere il clitoride. A questo proposito è bene rimandare all'art. 51 del codice penale, il quale prescrive al primo comma che *l'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità, esclude la punibilità*. Anche la questione di chi possa prestare il consenso è complicata, in quanto fino a che punto i genitori o i rappresentanti legali del minore possono acconsentire ad un intervento che non ha alcun tipo di utilità sulla salute del minore in oggetto?

Ritornando all'art. 51 c.p. quale diritto può essere richiamato affinché trovi applicazione la suddetta norma? Alcuni ritengono che si possa menzionare il diritto alla libertà religiosa, come stabilito dall'art. 19 Cost., ma tutti ben sanno che le MGF non sono prescritte da alcuna religione. È inoltre importante sottolineare che i diritti inviolabili riconosciuti all'individuo dalla nostra Costituzione non possono essere sacrificati in nome della libertà religiosa. Questo ci aiuta a capire che neanche l'art. 51 c.p. può essere invocato come scriminante nei confronti di tutte quelle pratiche che non cagionano una menomazione *permanente* dell'integrità fisica, inoltre in Italia non esiste alcuna consuetudine giuridica, poiché non esiste alcuna legge in materia di mutilazione del corpo altrui e le MGF sono praticate da una netta minoranza di soggetti; non solo: la stragrande maggioranza degli italiani le ritiene reati oppure fatti riprovevoli e non condivisibili. Perciò anche la cosiddetta consuetudine è nettamente a sfavore dell'utilizzo di queste pratiche.

Per finire, prima dell'emanazione della legge 7/06 venivano richiamati gli artt. 582 e 583 del codice penale per perseguire le MGF. L'art. 582 punisce *chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente*, mentre l'art. 583 definisce le circostanze aggravanti di tale reato. Nel caso dell'art. 582 s'intende la lesione personale dolosa e si specifica che è procedibile d'ufficio nel caso in cui la durata della malattia superi i venti giorni, altrimenti si rende necessaria la querela della persona offesa o, in caso di minore, del genitore o del tutore legale.

Le circostanze aggravanti elencate all'art. 583 rendono sempre la lesione ex art. 582 c.p. procedibile d'ufficio. Si considera lesione personale grave *se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni e se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo*. La lesione personale è gravissima *se dal fatto deriva una malattia certamente o probabilmente insanabile, la perdita di un senso, la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella e la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso*.

Si può capire come quasi tutte le mutilazioni genitali femminili possono essere considerate lesioni personali quanto meno gravi e quindi procedibili d'ufficio, fatta eccezione per tutti quegli interventi atti a pungere il clitoride per far fuoriuscire delle gocce di sangue che in realtà prevedono una durata della malattia inferiore ai 20 giorni, nella maggior parte dei casi non sono aggravati e sono quindi perseguibili a querela. In questo caso non può essere punito il reato commesso sul soggetto minore, poiché sarebbero i genitori a dover sporgere querela nei confronti dell'operazione effettuata, proprio quei genitori che richiedono l'esecuzione di tale intervento.

Per ovviare alle problematiche di cui sopra e per evidenziare la condanna dello Stato italiano nei confronti delle pratiche mutilatorie, il 9 Gennaio 2006 è stata emanata una legge⁷ che introduce nel codice penale una nuova fattispecie di reato, le *pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili*, ex art. 583-bis. Ora la analizzeremo nel dettaglio.

3.2.1 Legge n. 7 del 9 Gennaio 2006 “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”²³

L'art. 1 enuncia le finalità della normativa consistenti nel *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*, con un richiamo agli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione, già espliciti in precedenza, e anche al piano d'azione adottato a Pechino nel 1995 durante la Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne.

L'art. 2 prevede il coordinamento di attività volte *alla prevenzione, all'assistenza alle vittime e all'eliminazione delle pratiche di mutilazione genitale femminile*, nonché l'acquisizione di dati e informazioni sull'attività svolta. A seguire, l'art. 3 predispone campagne informative da divulgare agli immigrati provenienti dai Paesi a tradizione escissoria nel momento della concessione del visto, la promozione di iniziative di sensibilizzazione sulla tematica, l'organizzazione di corsi di formazione per le donne che hanno subito una MGF e che sono in stato di

gravidanza, la promozione di programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo e il monitoraggio dei casi già noti presso le strutture sanitarie e i servizi sociali.

L'art. 4 si pronuncia in merito agli operatori sanitari e prevede la redazione di linee guida da parte del Ministero della Salute (pubblicate nel 2007) per affrontare nel modo migliore possibile e secondo le evidenze scientifiche la problematica delle MGF. Nell'art. 5 è invece prevista l'istituzione di un numero verde finalizzato a ricevere segnalazioni da parte di chiunque venga a conoscenza dell'effettuazione di pratiche di MGF sul territorio italiano e a fornire informazioni su tutte le organizzazioni e associazioni che operano nei Paesi a tradizione escissoria.

L'art. 6 istituisce il nuovo reato di Pratiche di mutilazione dei genitali femminili, inserendo l'art. 583-bis nel codice penale; il suddetto articolo recita:

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

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

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

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

Il presente articolo è stato collocato proprio al di sotto delle circostanze aggravanti delle lesioni personali (art. 583 c.p.), ciò fa quindi presupporre che le MGF sono considerate alla stregua di una lesione personale aggravata.

Le fattispecie penali inserite nell'articolo sono due⁷: al primo comma ritroviamo il delitto di *mutilazione degli organi genitali femminili*, mentre al secondo comma si definisce il reato di *lesioni agli organi genitali femminili* che provochino una malattia nel corpo o nella mente, con l'intento di causare una menomazione delle funzioni sessuali. In entrambi i casi si sottolinea che il reato sussiste solo se commesso *in assenza* di esigenze terapeutiche.

Il soggetto attivo è chiunque, mentre il soggetto passivo è una persona di sesso femminile, poiché è chiaramente indicata la dicitura *genitali femminili*. Il bene giuridico tutelato è l'integrità psico-fisica della donna, la sua dignità personale e il suo diritto alla salute, come dimostra il richiamo all'art. 32 della Costituzione.

Nel primo comma le mutilazioni vengono descritte secondo la classificazione dell'OMS; ritroviamo perciò la *clitoridectomia*, l'*escissione* e l'*infibulazione* insieme a *qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo* a cui si può ricondurre qualsiasi altro tipo di intervento che comporti l'asportazione di parti di tessuto genitale, come ad esempio la sola resezione del cappuccio clitorideo.

Nel secondo comma, invece, rientrano tutte quelle pratiche classificate dall'OMS come MGF di Tipo IV, ovvero la puntura, la perforazione o l'incisione del clitoride, in quanto non causano la rimozione di parti di tessuto. In realtà, alcuni giuristi considerano anche questo tipo di MGF all'interno del primo comma, ricomprese nella dicitura *qualsiasi altra pratica che produca effetti dello stesso tipo*. Sono però tutti d'accordo nel sostenere che all'interno del secondo comma rientrano sia le mutilazioni tentate, ma non riuscite, sia le condotte lesive che non sono esitate in mutilazione⁷.

Per quanto riguarda invece la deinfibulazione, praticata sia a donne in gravidanza per permettere l'espletamento del parto sia a tutte le donne che ne facciano richiesta, i giuristi sostengono che rientri al di sotto del complessivo rituale delle MGF ma non possa integrare la fattispecie di reato poiché attuata proprio *per* esigenze terapeutiche.

Altro caso è rappresentato dalla reinfibulazione, eseguita in genere dopo un parto per richiudere i lembi di cute riapertisi dopo la fuoriuscita del feto e ripristinare l'infibulazione. Questo tipo di intervento non può essere classificato come mutilazione, perché non prevede l'asportazione di nuovo tessuto genitale, ma causa comunque una lesione agli organi genitali riducendone la funzionalità e pregiudicando la salute della donna, perciò è considerato punibile dalla fattispecie di reato indicato nel secondo comma dell'art. 583-bis⁷.

Il secondo comma prevede anche una circostanza attenuante, ovvero il cagionare una lesione di lieve entità, mentre il terzo comma prevede due circostanze aggravanti definite dalla condotta di attuare una MGF su un soggetto minore e compiere il suddetto reato per fini di lucro⁷.

La procedibilità è chiaramente d'ufficio anche per le lesioni di lieve entità, dunque il pubblico ufficiale, l'incaricato di pubblico servizio e l'esercente una professione sanitaria che vengono a conoscenza di questo tipo di reato o prestano assistenza a bambine appena mutilate o a donne che hanno subito la pratica nell'infanzia sono obbligati a farne debita segnalazione all'Autorità Giudiziaria¹.

Subito dopo l'art. 583-bis è inserito il 583-ter:

Art. 583-ter. (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.

Questo articolo è rivolto solo ed esclusivamente agli esercenti una professione sanitaria, ovvero medici, ostetriche ed infermieri, prevedendo l'interdizione dall'esercizio della professione da tre a dieci anni qualora eseguissero interventi di MGF. La decisione di comunicare la sentenza all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri è sicuramente corretta, ma il legislatore ha dimenticato di citare anche i Collegi di appartenenza delle ostetriche e degli infermieri, in quanto l'Ordine non si occupa di sanzionare i professionisti sanitari non medici.

L'art. 8 della Legge prevede invece delle sanzioni amministrative per l'ente in cui vengono praticate MGF, ovvero l'interdizione dall'esercizio dell'attività, la sospensione o la revoca delle autorizzazioni concesse, il divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione, l'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi e il divieto di pubblicizzare beni o servizi, della durata non inferiore ad un anno, oltre alla sanzione pecuniaria. Si dispone anche la revoca dell'accreditamento alla struttura privata operante nel S.S.N. e l'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività se l'ente viene stabilmente usato per effettuare interventi di MGF.

Infine, anche in Italia, come nei Paesi europei ed extraeuropei, si è discusso sulla possibilità di riconoscere lo status di rifugiato⁷ alle donne in fuga da nazioni a tradizione escissoria. Nel nostro Paese il testo originario della d.d.l. che ha portato alla scrittura della Legge 7/06 prevedeva il riconoscimento dello status di rifugiato per tutte le donne e le bambine a rischio di subire una MGF nei loro Paesi d'origine. Questa parte è stata però cancellata a causa del parere negativo della commissione di bilancio circa la copertura economica.

La normativa vigente non permette quindi di riconoscere asilo né tanto meno di concedere il permesso di soggiorno per motivi di protezione speciale adducendo come motivazione il pericolo di subire una MGF in seguito al ritorno in patria.

A questo punto ci si domanda: se lo Stato Italiano si pone anche l'obiettivo di prevenire la pratica delle MGF con questa nuova legge, come può rimpatriare una donna o una bambina a rischio di subirla?

Si potrebbe fare riferimento all'art. 19 comma 1 del Testo Unico sull'immigrazione che afferma: *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 rinvioato verso un altro Stato nel quale non sia protetto dalla persecuzione.*

Si potrebbe ritenere la MGF una *persecuzione per motivi di sesso*, ma questo non è sancito da nessuna normativa e la questione sarebbe quindi lasciata alla libera interpretazione del Giudice.

CAPITOLO 4

IL RUOLO DELL'OSTETRICA LEGALE E FORENSE NELL'ASSISTENZA ALLA DONNA CON MGF

Il D.M. 740/94²¹ individua il profilo professionale dell'ostetrica, ovvero *l'operatore sanitario che [...] assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato*. Inoltre si prevede che l'ostetrica partecipi *ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità; alla preparazione psicoprofilattica al parto; alla prevenzione e all'assistenza di intervento ginecologici; alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile; ai programmi di assistenza materna e neonatale*.

Già in queste poche righe viene riconosciuta l'importanza dell'ostetrica nell'assistenza olistica della donna, per tutto ciò che concerne la sua salute psico-sessuale e riproduttiva. Le MGF rientrano proprio all'interno delle competenze dell'ostetrica che ha il dovere di prestare un'assistenza personalizzata ed adatta alle esigenze di queste donne, secondo quanto indicato dalle evidenze scientifiche.

Anche il Codice Deontologico²⁰ merita attenzione, poiché prescrive dei comportamenti che devono essere osservati da tutte le ostetriche e che non sono dei semplici suggerimenti, ma delle regole che, qualora non rispettate, possono portare a severe sanzioni da parte del Collegio di appartenenza.

L'art. 1.2 sancisce che *l'ostetrica/o riconosce la centralità della donna, della coppia, del neonato, del bambino, della famiglia e della collettività ed attua interventi adeguati ai bisogni di salute, nell'esercizio delle funzioni di sua competenza per la prevenzione, cura, salvaguardia e recupero della salute individuale e collettiva*. Il tema della *salvaguardia della salute* è di fondamentale importanza per la professionista ostetrica che ha l'obbligo deontologico di tutelarla e prevenire tutti quei comportamenti che possono lederla, come le MGF. L'ostetrica non ha solo il compito di prestare assistenza alla donna che ha già subito una

mutilazione genitale ma ha anche il dovere di attivarsi, insieme ad altre figure professionali, a fini preventivi nei confronti di tutte le bambine a rischio e anche nei confronti di donne in gravidanza che aspettano una bambina.

L'art. 2.2 prevede che *il comportamento dell'ostetrica/o si fonda sul rispetto dei diritti umani universali, dei principi di etica clinica e dei principi deontologici della professione*. Come illustrato nel Capitolo 2, le MGF violano diversi diritti delle donne e delle bambine, quindi non possono essere praticate dall'ostetrica, anche in ragione del suo compito primario di rispettare i diritti umani ed agire in base ai principi etici e deontologici richiesti dalla professione.

L'art. 3.1 stabilisce che *l'ostetrica/o tutela la dignità e promuove la salute femminile in ogni età, individuando situazioni di fragilità, disagio, privazione e violenza, fornendo adeguato supporto e garantendo la segnalazione alle autorità preposte per quanto di sua competenza*. Questo articolo evoca il problema della violenza nei riguardi del sesso femminile, tra cui rientra a pieno titolo la pratica delle MGF. L'ostetrica ha il dovere non solo di individuare tali di situazioni, ma anche di segnalare i casi procedibili d'ufficio all'Autorità Giudiziaria, come previsto dalle norme esistenti in Italia in materia di denuncia e referto.

4.1 L'assistenza olistica della donna

Sia l'OMS che il Ministero della Salute italiano hanno redatto delle raccomandazioni^{10,18} per gli operatori sanitari che si occupano della salute femminile. In entrambe le linee guida si legge che tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere a conoscenza dei vari tipi di MGF, delle motivazioni per cui vengono praticate, delle loro conseguenze e dovrebbero essere in grado, grazie alla formazione ricevuta, di prestare un'assistenza adeguata e corretta a queste donne, rispondendo a tutti i loro bisogni. Nelle raccomandazioni viene posto l'accento anche sulla prevenzione e la comunicazione non solo con la donna, ma anche con il partner.

Si sottolinea inoltre l'importanza della formazione, per stabilire un rapporto di fiducia con la paziente ed evitare commenti spiacevoli che possono mettere a disagio la donna o la bambina con MGF. L'approccio clinico dovrebbe essere multidisciplinare ed effettuato preferibilmente da soggetti di sesso femminile.

Come riportato nel libro “Ferite per sempre”⁸ scritto dal Dott. Abdulcadir Omar Hussien e dalla Dott.ssa Lucrezia Catania *per la comunicazione tra paziente e operatore è fondamentale la presenza del mediatore linguistico-culturale [...]. All’inizio del nostro lavoro, quando chiedevamo a una somala se aveva subito la mutilazione dei genitali ci sentivamo rispondere sempre di no, salvo poi constatare, durante la visita, l’esistenza di una infibulazione. [...]. Le volte successive abbiamo imparato a usare il termine specifico di «infibulazione o gudnin» oppure abbiamo usato la frase «ti è stata praticata qualche modificazione o operazione nei genitali quando eri piccola? ». È utile spiegare anche che per molte donne infibulate è più comprensibile la richiesta se sono state chiuse o cucite piuttosto che infibulate.*

Spesso le donne si rivolgono ai servizi sanitari per problemi ginecologici causati dalla MGF oppure per le visite in gravidanza. La MGF di tipo III, ovvero l’infibulazione, che prevede la cucitura dei genitali, può portare a veri e propri rischi per la salute della donna e inficiare in modo drammatico la gravidanza, il parto e il puerperio. Per questo le linee guida prevedono che si ricorra a personale specializzato in grado di effettuare interventi di deinfibulazione^{10,18} alle donne che ne facciano richiesta.

La deinfibulazione è *un intervento chirurgico riparativo che si prefigge di creare un ostio vaginale normale e ricostruire, per quanto possibile, una parvenza di piccole labbra a protezione dell’ingresso vaginale.* L’OMS ritiene che questo tipo di intervento debba essere praticato solo da personale sanitario formato e in contesti ospedalieri, a meno che non ci sia un rischio immediato per la donna o il nascituro.

Le indicazioni alla sua esecuzione sono:

- ❖ Ginecologiche: rendere possibile la visita ginecologica e l’esecuzione di esame strumentali, come il pap-test, l’isteroscopia o l’ecografia transvaginale; risolvere le problematiche ginecologiche come infezioni del tratto urogenitale, svuotamento di cisti, svuotamento di ematocolpo; risolvere problematiche psicosessuali, come penetrazioni impossibili o dispareunia.
- ❖ Ostetriche: rendere possibile le visite durante la gravidanza e durante il travaglio di parto; rendere possibile l’espletamento del parto per via

vaginale riducendo il rischio di travaglio prolungato o ostruito e gravi lesioni perineali.

È essenziale, prima di procedere alla riapertura, spiegare con l'ausilio di immagini e schemi corporei come sono i genitali "aperti" di una donna e chiedere alla paziente di indicare fino a che punto vuole essere deinfibulata. Non bisogna dimenticare di chiarire alla donna che dopo l'operazione urinerà in modo molto più veloce e le mestruazioni saranno più abbondanti, in quanto il sangue non ristagnerà più dietro la cicatrice.

L'intervento può essere eseguito con due tipi di modalità: *chirurgia con laser* o *chirurgia a lama fredda*, prestando sempre molta attenzione a non ledere l'imene, in caso di paziente *virgo*.

È consigliata la *chirurgia con laser* qualora ci trovassimo di fronte a un'infibulazione molto serrata con cicatrice spessa, in presenza di cheloidi, in presenza di complicanze locali quali cisti da ritenzione o assenza di residui tissutali con impossibilità di ricostruire una parvenza di labbra. L'intervento si esegue osservando le regole dell'asepsi, con una buona disinfezione del tessuto da incidere e in anestesia locale con carbocaina 2%: si evidenzia la cicatrice lasciata dall'infibulazione inserendo al di sotto di essa un tamponcino a protezione dell'uretra. A questo punto si provvede a tagliare lungo la linea mediana della cicatrice con il raggio laser che assicurerà anche l'emostasi della ferita.

Terminato l'intervento, è importante istruire la paziente sulle norme igieniche da osservare durante il periodo di guarigione. La donna dovrà divaricare giornalmente i bordi della ferita per impedire che si risaldino insieme, utilizzando creme anestetiche e antibiotiche, e dovrà urinare con i genitali immersi in una bacinella di acqua tiepida per non sentire bruciore.

La *chirurgia a lama fredda* è la tecnica più semplice e usata più frequentemente. La preparazione, la disinfezione e l'anestesia sono uguali alla procedura con laser. Si evidenzia la cicatrice con l'ausilio di un piccolo bastoncino o un klemmer o un kocher a seconda delle dimensioni dell'orifizio. Si incide con bisturi, o con le forbici, dal basso verso l'alto lungo la linea mediana fino a oltrepassare di circa 1 cm il meato uretrale. Si suturano i bordi con punti staccati, utilizzando un filo chirurgico in seta 00. La cicatrizzazione avverrà nel giro di una

settimana. Le raccomandazioni igieniche sono uguali a quelle descritte per il primo tipo di intervento.

In entrambe le procedure il follow-up è a una settimana e a un mese.

Nelle foto sottostanti si potrà visualizzare la procedura di deinfibulazione, come riportato dalle Linee Guida dell'OMS¹⁸.

In queste prime due foto si nota la differenza tra una cicatrice sottile (a sinistra), per cui è più indicata la chirurgia a lama fredda e una cicatrice più spessa (a destra), in cui si preferisce adottare l'intervento con laser.



Il procedimento di riapertura prevede sempre l'inserzione di un bastoncino o di un kocher o klemmer al di sotto della cicatrice per sollevarla rispetto all'uretra sottostante, come nella prossima immagine:



L'incisione, sia con bisturi che con laser, porta alla riapertura, come raffigurato di seguito:



4.2 Assistenza alla gravidanza e al parto

Com'è ben noto da studi scientifici, dalle linee guida OMS e del Ministero della Salute^{10,18}, le MGF rappresentano un grave rischio per la salute materno-fetale. Tutti i tipi di MGF sono pericolosi, ma un'attenzione speciale va riservata alle MGF di tipo III e a tutti quei tipi non classificati che costituiscono una barriera meccanica diretta, non solo per l'espletamento del parto, ma anche per le visite necessarie in gravidanza.

Il ridotto orifizio vaginale può essere causa di travaglio prolungato o ostruito; ritenzione urinaria durante il travaglio con gravi danni vescicali; episiotomie ed estese lesioni perineali con formazioni di fistole che possono interessare la vagina, il retto, l'uretra e la vescica; gravi emorragie post-partum in seguito alle lesioni riportate o a rottura d'utero per travaglio ostruito; gravi infezioni post-partum; morte materna e feto-neonatale.

Assistenza alla gravidanza

Le donne con MGF di tipo III richiedono un'eccellente assistenza prenatale¹⁸. Devono essere fornite informazioni adeguate sui rischi e le complicanze associate alla mutilazione e andrebbe discussa l'opportunità di eseguire l'intervento di

deinfibulazione proprio nel primo trimestre di gravidanza, o comunque prima del travaglio di parto. È importante prestare molta attenzione all'esplorazione vaginale poiché le donne possono avere timore ad essere toccate nelle parti intime, dopo il trauma subito a seguito dell'infibulazione. Il consenso deve sempre essere ottenuto prima di procedere a qualsiasi tipo di visita o intervento, anche per creare un rapporto di fiducia con la paziente.

La prima visita è fondamentale per valutare il danno tissutale causato dalla MGF e, nel caso in cui la donna avesse già partorito, è necessario informarsi sull'esito del parto precedente per stimare il rischio di complicazioni. Se la donna è stata reinfibulata la cicatrice presente può essere instabile e il parto può esitare in gravi lacerazioni perineali, proprio per la presenza di tessuto non più elastico ed estensibile.

Se ci si trova di fronte ad un orifizio vaginale molto ristretto, questo deve essere interpretato come un rischio maggiore di complicanze e la donna deve essere informata dell'importanza di partorire in ospedale, in presenza di personale preparato e in grado di affrontare un'emergenza.

Il periodo prenatale permette anche di informare la donna e il partner sulle conseguenze negative delle MGF, cercando di scoraggiare la coppia a praticarle sulle figlie. È anche importante spiegare che al momento del parto la cicatrice verrà riaperta per consentire il passaggio del feto ed evitare complicanze, ma che in seguito non sarà possibile chiedere la reinfibulazione, in quanto nel nostro Paese è illegale, viste le conseguenze negative sulla salute.

Durante il periodo prenatale è necessario prestare attenzione a¹⁸:

- ❖ Infezioni uro-vaginali e pre-eclampsia: le MGF possono causare infezioni uro-vaginali che in gravidanza sono correlate all'aumento di rischio di parto prematuro; in caso di infibulazione, può essere difficile riuscire a ottenere un campione di urina per l'urinocoltura, senza che questo sia contaminato dalle secrezioni vaginali e anche il cateterismo è reso impossibile dalla chiusura dei lembi cutanei: è necessario discutere con la donna la possibilità di deinfibularla. La stessa problematica si presenta per il dosaggio della proteinuria nelle donne con pre-eclampsia o per permetterne la diagnosi.

- ❖ Aborto spontaneo: nel caso in cui la donna avesse un aborto spontaneo e il materiale venisse ritenuto in vagina e in utero a causa dell'infibulazione, si possono generare infezioni ed emorragie anche gravi, per cui si rende necessaria la deinfibulazione e la revisione della cavità uterina.

Assistenza al travaglio di parto

Se la donna non ha mai effettuato una visita in gravidanza e quindi non le è mai stata proposta la deinfibulazione, oppure se l'ha rifiutata e il taglio cesareo non è indicato, si rende necessario eseguire la deinfibulazione durante il travaglio¹⁰. A volte può succedere che la donna arrivi in sala parto già in periodo espulsivo, per cui è indispensabile eseguire una deinfibulazione d'urgenza. Si deve sempre disinfettare ed anestetizzare la zona, con lo stesso anestetico che si utilizza per l'episiotomia, oppure, nel caso non siano reperibili farmaci anestetici, si raccomanda di incidere la cute, con le forbici da episiotomia o con il bisturi, all'acme della contrazione. Si esegue incidendo lungo la linea mediana della cicatrice fino al meato uretrale, procedendo, se necessario, ad episiotomia paramediana destra. Dopo l'espulsione del feto e della placenta, si suturano i lembi di cute a punti staccati per garantire l'emostasi e l'episiotomia viene suturata secondo la tecnica adottata normalmente.

Bisogna spiegare alla donna che la sutura dell'episiotomia non equivale alla reinfibulazione e istruirla sui cambiamenti della minzione e delle lochiazioni, già descritti in precedenza, e su come appariranno ora i suoi genitali.

Assistenza al post-partum e al puerperio

Nel periodo del post-partum, subito dopo l'espulsione del feto, possono presentarsi estese lacerazioni ed emorragie anche letali. Molta importanza riveste il tipo di assistenza prestata e la possibilità di partorire in ospedale, con personale specializzato¹⁸. Le lacerazioni possono riguardare l'uretra e la vescica anteriormente, nonché il retto posteriormente, perciò si rende necessaria la loro sutura e un monitoraggio attento nei giorni successivi, consigliando alla donna una dieta liquida per i primi giorni, di modo che le feci siano morbide.

Nelle zone del mondo dove l'assistenza sanitaria è precaria, la formazione di fistole in seguito a parti distocici causati dalla presenza di MGF è molto elevata.

Un'altra grave complicanza da non sottovalutare sono le sovrainfezioni batteriche delle lesioni riportate: per questo è importante prescrivere alla donna una copertura antibiotica e aumentare il numero di visite di follow-up durante il puerperio una volta che la donna viene dimessa.

4.3 Prevenzione della pratica: l'importanza della comunicazione

L'OMS^{16,17,19} e l'UNICEF^{13,14} hanno redatto dei documenti in cui trattano l'argomento della prevenzione della pratica delle MGF e dell'importanza che questi interventi hanno per favorire il loro abbandono all'interno delle comunità a tradizione escissoria.

Innanzitutto, l'OMS evidenzia come gli operatori sanitari possano svolgere un importante lavoro di prevenzione sia per le loro conoscenze scientifiche che per il rispetto e il riconoscimento di cui godono all'interno delle comunità. Ciò su cui viene posto l'accento è la possibilità di un dialogo tra pari, senza giudizi e colpevolizzazioni, ma cercando invece di comprendere i motivi che portano i genitori a sottoporre le figlie ad una pratica così dannosa per la loro salute.

La salute è il punto focale su cui discutere con le coppie provenienti da Paesi a tradizione escissoria, con l'ausilio di disegni o diagrammi corporei che mostrino i genitali integri. Il medico o l'ostetrica spiegheranno che la vagina non è un tubo aperto, ma un canale virtuale che si "apre" solo per permettere l'ingresso del pene durante il rapporto sessuale o l'uscita del feto durante il parto. È importante anche spiegare che le grandi labbra chiudono e proteggono l'ingresso vaginale, impedendo lo sfregamento delle mucose contro i vestiti e contrastando la risalita di germi che possono causare infezioni e soffermarsi su tutte le altre conseguenze devastanti delle MGF sulla salute femminile. Nel caso in cui si pratici un'infibulazione, la cicatrice impedirà la fuoriuscita dell'urina e del sangue mestruale e questo non farà altro che aumentare il rischio di infezioni che possono pregiudicare anche la fertilità.

Nei programmi di prevenzione attuati nei Paesi a tradizione escissoria, sono previsti incontri di gruppo interattivi, con personale sanitario e figure autorevoli della

comunità, in cui avviene uno scambio di idee tra chi è a favore e chi è contro le MGF, in un'ottica di rispetto reciproco. Questo tipo di approccio prende il nome di *Comunicazione per il cambiamento sociale* e prevede che la decisione di abbandonare la pratica delle MGF sia una scelta collettiva e coordinata appoggiata da tutto il villaggio.

Grazie a questi gruppi chiunque ha la possibilità di esprimere il proprio parere in un contesto di rispetto e privo di giudizio, le cui tematiche si incentrano non solo sui risvolti sanitari, ma anche sul riconoscimento del valore delle donne nella comunità e dei loro diritti.

Le attività educative devono essere sensibili ai valori culturali e religiosi del gruppo e non devono essere in alcun modo offensive e generare reazioni negative nella comunità. Le informazioni date devono essere basate sulle evidenze scientifiche, ma utilizzando termini comprensibili a tutti e con l'ausilio di disegni e schemi corporei. È inoltre indispensabile evitare la parola "mutilazione", ma preferirle termini meno cruenti come "cucitura" oppure utilizzare l'espressione adottata nella lingua locale.

È essenziale coinvolgere sia le donne che le giovani generazioni, più aperte al cambiamento, ed inserire all'interno dei programmi scolastici la tematica delle MGF, non dimenticandosi di tutti quei bambini che non possono frequentare la scuola. L'obiettivo è quello di raggiungere tutti gli strati sociali per favorire l'abbandono della pratica in ogni comunità e fare in modo che l'istruzione possa raggiungere il maggior numero di bambine e di donne possibili. È infatti dimostrato che le figlie di madri con un grado di istruzione più elevato hanno un rischio inferiore di subire la MGF, anche se l'istruzione da sola non è sufficiente a garantire l'abbandono della pratica poiché esistono anche famiglie agiate con un certo livello culturale che decidono comunque di mutilare le proprie figlie.

L'istruzione e il riconoscimento sociale dei diritti delle donne sono alla base dello sradicamento delle MGF.

CONCLUSIONE

Per concludere, vorrei citare un libro che ho letto diversi anni fa e dove per la prima volta ho incontrato la testimonianza di una donna che ha subito una mutilazione genitale. Non è stato molto semplice per me proseguire nella lettura, ma ho avuto modo di conoscere in quelle poche righe una realtà che non pensavo potesse esistere. Ho capito quanto possa essere facile puntare il dito contro certe tradizioni, ma allo stesso tempo mi sono resa conto che tutto ciò va a scapito solo delle donne.

Le MGF vanno combattute ed estirpate, su questo non c'è dubbio, ma non abbiamo nessun diritto di giudicare le donne e le popolazioni che le compiono, perché in questo modo costruiamo un muro che ci impedisce di aprirci al dialogo per aiutare davvero chi le ha già subite ed impedire che la tradizione possa essere ripetuta.

Il giudizio non rientra tra i nostri compiti, bensì l'ascolto empatico, il rispetto dell'altro e la comunicazione dovranno essere dei punti di forza. Non sempre si riuscirà nell'intento, ma si inizierà perlomeno a porre le basi per il cambiamento, nella tutela della salute e dei diritti di tutte le donne.

Il libro³ di cui riporterò uno stralcio si intitola *La schiava bambina* ed è stato scritto da una ragazza di nome Diaryatou, nata nel 1985, originaria della Guinea ed immigrata in Francia nel 2004:

Camminiamo tutte e tre verso la savana, parlando appena. A mano a mano che avanziamo, la vegetazione diventa più fitta, più selvaggia. Loro si fermano. Lì intorno ci sono talmente tanti alberi che non riesco nemmeno a vedere il cielo. Dobbiamo essere ancora molto lontane dal villaggio della donna. Poi la forestiera mi guarda e mi dice: «Bisogna farti l'escissione». Io non conosco quel termine, allora la Nonna me lo spiega: «Bisogna farti l'escissione perché si fa a tutte le bambine. Tua madre mi chiede sempre perché non sei ancora stata escissa, perciò adesso dobbiamo farla. È obbligatoria». È un tono di voce che non ammette replica. Non mi aveva mai parlato in quel modo. Non ho ancora capito che cosa vuol dire "escissione", ma so che stanno per farmela. Non mi muovo più. La signora posa i coltelli per terra. Poi, insieme, mi tolgono il pagnone rosso. La Nonna discosta lo sguardo ma resta vicino a me, allora mi lascio fare. Non mi dibatto. La donna mi fa

sdraiare per terra e mi copre il viso di foglie fresche. In quel momento la Nonna si allontana e io non ho più la forza di alzarmi. Non vedo più niente. È tutto offuscato. Ho paura. Senza dire una parola, la donna si china su di me. Con una mano mi tiene ferma la pancia, con l'altro so che impugna un coltello nero. Sento la lama che mi taglia. Caccio delle urla. Sento il sangue che cola. Mi brucia terribilmente. Resto lì per terra e piango. Non capisco.

Mi chiedo che cosa mi abbia tolto questa donna e perché. Non lo so, non so niente. La Nonna torna da noi e mi rimette il pagnone rosso. Mi accorgo che è fiera di me. «Adesso sei una signorina» dice. Ma io ho l'impressione che quella donna mi abbia rubato qualcosa. E mi brucia.

La Nonna mi sostiene per camminare lungo tutta la via del ritorno. A casa, ci aspettano le donne del villaggio. Si congratulano con me. La Nonna mi guarda e mi dice: «Vedi, tutti sono contenti perché sei diventata signorina! Oggi sei stata escissa. Anche tua madre sarà molto felice».

Soffro ancora e non rispondo nulla, ma le sue parole mi rassicurano un po'.

Mi corico e non mi alzo più per tre settimane. Tre settimane senza muovermi, parlare o giocare. È molto dura. Devo pulirmi il corpo con acqua calda varie volte al giorno. La Nonna mi aiuta, ma ha da fare anche tutto il resto: il lavoro nei campi e gli animali da accudire.

Quando, alla fine, mi sento abbastanza forte per uscire, tutte le donne del villaggio organizzano una festa in mio onore. Quella sera, in via eccezionale, mangiamo la carne insieme al riso con la salsa; non la mangiavo da un anno. Dopo il pasto, comincia la festa. Intorno al fuoco, ci sono solo donne, gli uomini non hanno il diritto di partecipare ai festeggiamenti. Cantiamo e battiamo le mani seguendo il tempo.

La Nonna scrive a mia madre per annunciarle che è andato tutto bene: sono stata escissa, dunque può essere contenta.

BIBLIOGRAFIA

1. ADUSU (a cura di) in collaborazione con AIDOS. *Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti*. 2009.
2. Antonio Cassese. *I diritti umani nel mondo contemporaneo*. Editori Laterza, Roma-Bari, 1999.
3. Diaryatou. *La schiava bambina*. Edizioni PIEMME, Casale Monferrato (AL), 2007.
4. Elizabeth Doggett and Margot Fahnestock. *Policy and advocacy initiatives to support elimination of female genital cutting in Mali*. U.S. Agency for the International Development (USAID), July 2010.
5. European Parliament. *European Parliament resolution on ending female genital mutilation (2012/2684(RSP))*. 12/06/2012.
6. Fabio Basile. *Immigrazione e reati culturalmente motivate. Il diritto penale nelle società multiculturali*. Università degli Studi di Milano, Giuffrè Editore, Milano 2010.
7. Francesco Di Pietro. *Le norme sul divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*. Pdf scaricato dal sito www.diritto.it in data 20/06/2012.
8. Lucrezia Catania e Abdulcadir Omar Hussen. *Ferite per sempre. Le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo*. Derive Approdi, Roma, 2005.
9. Mila Busoni e Elena Laurenzi (a cura di). *Il corpo dei simboli. Nodi teorici e politici di un dibattito sulle mutilazioni genitali femminili*. SEID Editori, Firenze, 2007.
10. Ministero della Salute. *Linee guida destinate alle figure 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. Pdf scaricato dal sito <http://www.salute.gov.it/saluteDonna/paginaInternaMenuSaluteDonna.jsp?id=745&menu=sessuale>, consultato in data 21/06/2012.

11. Paolo Cendon (a cura di). *I diritti della persona. Tutela civile, penale, amministrativa. Volume III*. Utet giuridica, 2005.
12. Stato, Chiese e pluralismo confessionale. Rivista telematica (www.statoechiese.it). *Mutilazioni genitali e tatuaggi ornamentali "a cicatrici" (c.d. scarificazioni)*. Febbraio 2008.
13. UNICEF Centro di ricerca Innocenti. *Cambiare una convenzione sociale dannosa: la pratica della escissione/mutilazione genitale femminile*. Digest Innocenti, 2005.
14. UNICEF IRC. *Verso un quadro programmatico comune per l'abbandono delle MGF/E*. Giugno 2007.
15. Ufficio dell'alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati. *Testo della convenzione del 1951 relativa allo status dei rifugiati*. Pdf scaricato dal sito <http://www.unhcr.it/news/dir/13/convenzione-di-ginevra.html>, consultato in data 12/07/2012.
16. World Health Organization. *Eliminating female genital mutilation. An interagency statement*. Geneva, 2008.
17. World Health Organization. *Female Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery. A Student's Manual*. Geneva, 2001.
18. World Health Organization. *Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation*. Geneva, 2001.
19. World Health Organization. *Un update on WHO's work on female genital mutilation (FGM). Progress report*. Geneva, 2011.

NORMATIVE

20. Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO). *Codice Deontologico dell'Ostetrica/o. Approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 19 Giugno 2010.* Visualizzato su <http://www.fnco.it/codice-deontologico.htm> in data 06/06/2012.
21. Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO). *D.M. 740/94 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o. (G.U. 09-01-1995, n. 6, Serie Generale).* Scaricato da <http://www.fnco.it/downloads/lista-normative-professionali-1.htm> in data 10/07/2012.
22. Giorgio De Nova. *Codice civile e leggi collegate.* Zanichelli, Bologna, 2010.
23. Parlamento Italiano. *Legge 9 Gennaio 2006, n.7 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.14 del 18 Gennaio 2006.* Testo scaricato dal sito www.camera.it/parlam/leggi/060071.htm in data 13/03/2012.
24. Raffaele Marino e Rossana Petrucci (a cura di). *Codice penale e leggi complementari. Editio Minor.* Edizione Giuridiche Simone, Casalnuovo (NA), 2011.