



## **Le Mutilazioni Genitali Femminili:**

**Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici.**



LOMBARDIA. COSTRUIAMOLA INSIEME.

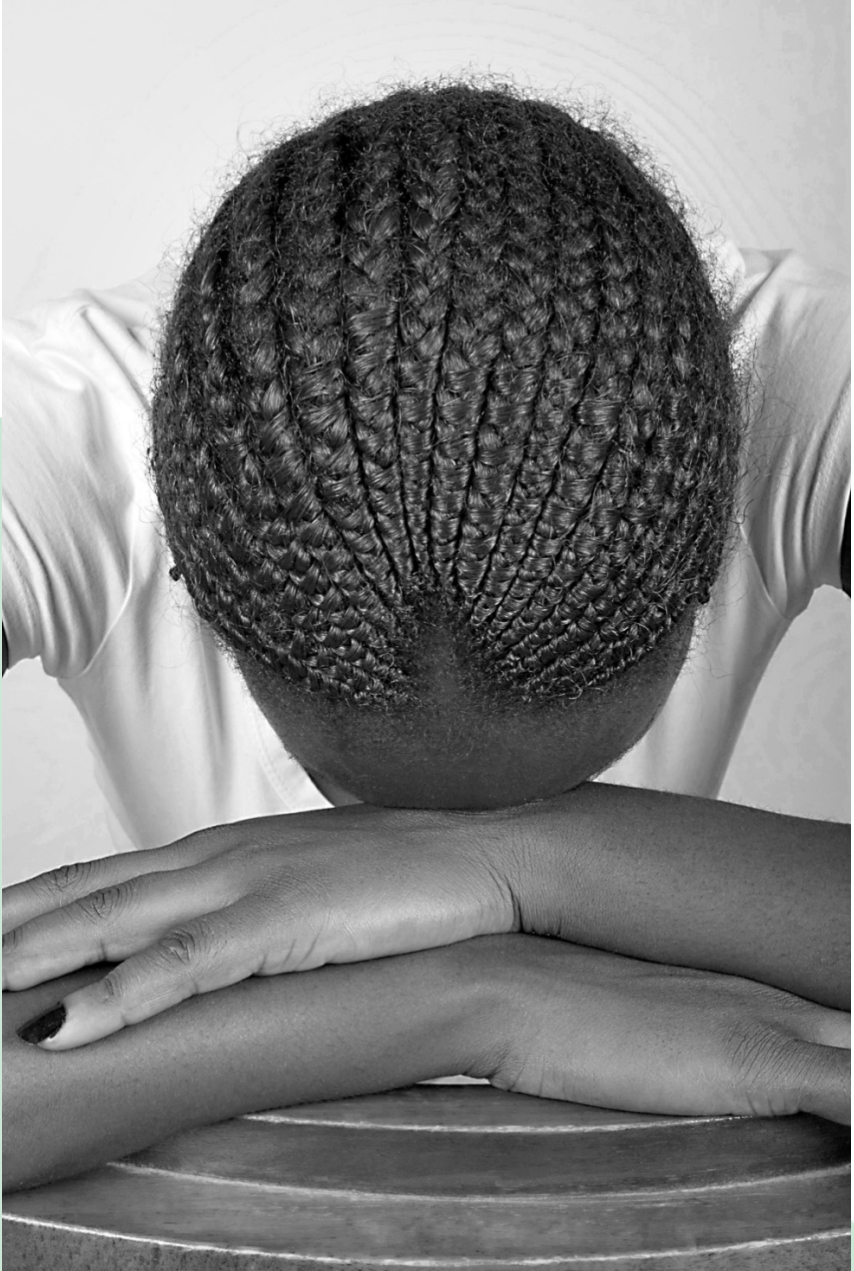


Regione Lombardia  
Sanità

# **Le Mutilazioni Genitali Femminili:**

**Vademecum per operatori sanitari, socio-sanitari e scolastici.**

**Edizione a cura di Anna Re**  
Università IULM Milano



## Presentazione

*Fra i temi dell'integrazione e della cittadinanza l'assistenza sanitaria costituisce, anche alla luce del nuovo PSSR 2010-2014 di Regione Lombardia che propone un nuovo modello di assistenza sintetizzabile con lo slogan "dal curare al prendersi cura", un aspetto di particolare delicatezza e criticità che richiede specifica attenzione e l'elaborazione di percorsi comunicativi sensibili alle tipologie ed alle peculiari esigenze delle comunità che si trasferiscono nel nostro Paese.*

*È evidente infatti che le comunità migranti costituiranno un'utenza sempre maggiore per il Sistema Sanitario Lombardo e presentano fin d'ora peculiarità, non solo di natura strettamente assistenziale, ma anche di tipo sociale e relazionale. Sul piano dell'assistenza sanitaria il tema della comunicazione e dell'interazione efficace con il paziente è considerato di importanza primaria in relazione all'efficacia della cura stessa.*

*In tale contesto si inserisce questo vademecum, rivolto agli operatori di settore, che affronta aspetti culturali, tecnici, legislativi e di comunicazione relativi alla questione delle Mutilazioni genitali femminili.*

*Le linee di indirizzo sono state definite con atto legislativo nel 2006, che indica una serie di azioni, tra cui la formazione del personale coinvolto nella gestione complessiva del problema, e successivamente con l'emanazione delle Linee Guida destinate alle figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono presenti Mutilazioni genitali femminili, con lo scopo di realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche, pubblicate il 25 marzo 2008 in G.U.*

*Il vademecum riprende ed estende i concetti contenuti nelle Linee Guida e le completa inserendo i risultati delle ricerche, promosse dalla Direzione Generale Sanità in collaborazione con Éupolis Lombardia, che riguardano sia aspetti epidemiologici che aspetti più specifici sulle modalità di interazione e comunicazione, fornendo anche linee guida comportamentali, comunicative e organizzative che recepiscono le best practices a livello europeo. Una ulteriore sezione è dedicata al panorama dei servizi e relativi riferimenti offerti dalle strutture sanitarie regionali.*

*Ci auguriamo pertanto che, nello spirito della legge e a completamento delle Linee Guida Nazionali, questo vademecum possa rappresentare un*

*valido ausilio all'attività che quotidianamente gli operatori svolgono per limitare gli effetti o prevenire la pratica delle Mutilazioni genitali femminili. Un ringraziamento va a tutti coloro che hanno collaborato alla stesura ed alla revisione del vademecum, ad Éupolis Lombardia che ne ha curato la pubblicazione e a coloro che hanno coordinato l'attività complessiva del gruppo di lavoro regionale.*

Carlo Lucchina

*Direttore Generale  
Assessorato Sanità – Regione Lombardia*

## Ringraziamenti

La realizzazione del vademecum è frutto di un lavoro congiunto che ha coinvolto numerose professionalità e competenze e che ha visto in prima istanza la partecipazione dei componenti del Gruppo di Approfondimento Tecnico, costituito con atto regionale nel 2008 e coordinato da Giancarlo Fontana e da Lucia Scrabbi, dell'U.O. Programmazione e Sviluppo Piani della Direzione Generale Sanità e per la parte socio-sanitaria da Rossella Petrali e Clara Demarchi della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Un particolare ringraziamento va all'associazione Adir ed in particolare a Maryan Ismail ed alle sue collaboratrici, per il prezioso contributo nella redazione dei capitoli dal 1° al 5° e dei kit informativi.

I coordinatori e collaboratori al progetto si uniscono a Maryan Ismail nel ringraziare:

*“Il Presidente Roberto Formigoni e gli Assessori Luciano Bresciani e Giulio Boscagli, che da sempre sostengono l'impegno dell'Associazione Adir in Lombardia, Europa ed Africa.*

*Un ringraziamento speciale va all'On. Cristiana Muscardini, decisiva nel sostenere il diritto alla tutela dell'integrità delle donne africane, presso l'Unione Europea ed all'On. Renato Farina, sempre al fianco delle donne e delle bambine africane in Lombardia e nel mondo.*

*Saida Ahmed Qacle, per averci permesso di uniformare il vademecum ed i Kit informativi, al progetto Europeo “Idil”, della linea Daphne ed alle esperienze condivise per il progetto Nazionale Aurora “Io No”. Grazie anche a Mauro Zaffaroni, “il nostro pediatra”, precursore di modelli di accoglienza trans-culturali.*

*Alla dott.ssa Graziella Sacchetti vanno i ringraziamenti per aver contribuito alla stesura di questo utile strumento e per essere, da sempre, un prezioso punto di riferimento.*

*A Dounia Ettaib un affettuoso grazie per aver ampliato la nostra esperienza e per il sostegno morale nei momenti difficili.*

*Non possiamo non dedicare i nostri sforzi ed il nostro infinito amore alle bambine africane: il futuro del Mondo.*

*F.to: Ibronke, Cecilia, Zahra, Claudia, Jasmine, Dounia e Susanna”.*

Una parte importante del vademecum riguarda gli aspetti epidemiologici, della comunicazione e le linee guida sulla comunicazione, capitoli dal 6° all'8°, analizzati da ricerche commissionate dalla Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia ad Éupolis Lombardia e, dalla stessa, all'Università Bicocca e all'Università IULM, e che hanno visto il coinvolgimento di Patrizia Farina, coordinatrice della ricerca e docente di demografia, Facoltà

di Scienze statistiche, Università Milano Bicocca e collaboratori (Livia Ortensi assegnista, facoltà di Scienze statistiche, Università Milano Bicocca, ricercatrice settore statistico Fondazione Ismu; Vincenza Garofalo, collaboratrice facoltà di Scienze statistiche, Università Milano Bicocca; Alessio Menonna, ricercatore, settore statistico Fondazione Ismu; Giorgia Papavero, ricercatrice senior Settore Monitoraggio Fondazione Ismu; Daniela Rimassa, collaboratrice facoltà di Scienze statistiche, Università Milano Bicocca) e di Vincenzo Russo, coordinatore della ricerca e docente presso l'Università IULM di Milano Istituto di Consumi e collaboratori (Barbara Ghiringhelli, ricercatrice Università IULM; Sergio Marelli, Segretario Generale FOCSIV; Patrizia Comito, CADR Centro Ambrosiano di Documentazione per le Religioni; Anna Re, Università IULM Istituto di Consumi; Luciana Castelli, Università IULM Istituto di Consumi; Marco Chiappa, Università IULM Istituto di Consumi; Massimo Bustreo, Università IULM Istituto di Consumi; Lorenzo Mosna, Università IULM; Nicolò Stevanato, Università IULM), a cui va un sentito ringraziamento per la completezza ed eccellenza del lavoro svolto. Un ringraziamento va anche a Patrizia Madoni, coordinatrice Progettualità Interculturali dell'ASL Città di Milano, per la redazione del capitolo 9.

Un grazie particolare al Responsabile dei progetti di ricerca Éupolis Lombardia, Alessandro Colombo, e all'assistente al coordinamento, Paolo Vignali.

Il vademecum è destinato a tutti gli operatori che incontrano le tante culture di cui le persone sono portatrici e a tutti coloro che nelle aule di Éupolis Lombardia hanno "viaggiato" nelle differenze, con rispetto e attenzione. Si ringraziano: Carla Castelli, Marina Cassoni, Valeria De Andreis, Miriam Pasinetti, della Struttura Sistema Regionale, che hanno collaborato alla progettazione, e curato l'organizzazione dei tanti percorsi formativi del Programma regionale di sensibilizzazione, informazione e formazione, per prevenire e contrastare le pratiche di mutilazione genitale femminile e sviluppare l'integrazione socio-culturale.

Un doveroso riconoscimento anche ai docenti dei corsi di formazione per gli operatori: Abi Laila Ahmed, Adelaide Ranci, Andrea Pendezzini, Anna Re, Carla Samorè, Claudia Jasmine Marelli, Claudia Parravicini, Daniela Carrillo, Daniela Rimassa, Elena Caneva, Elisa Castiglioni, Elisabetta Ciccirelli, Francesca Ramazzotto, Giorgia Papavero, Giuseppe Banderali, Graziella Sacchetti, Issa ElHamad, Karina Scorzelli Vergara, Letizia Parolari, Livia Ortensi, Maha Anwar, Mara Clementi, Marco Mazzetti, Maria Grazia Colombo, Maria Luisa Cattaneo, Maria Luisa Grossi, Marica Livio, Marilena Vimercati, Marina Dei Cas, Marta Castiglioni, Maryan Ismail, Massimo Daviddi, Mauro Zaffaroni, Olfa Bach Baouab, Paola Bonizzoni, Paola

Codazzi, Patrizia Comito, Patrizia Farina, Patrizia Madoni, Pierfranco Olivani, Renata Leveni, Roberto Bestazza, Rosalia Lombardi, Rosi Spadaro, Sabina Dal Verme, Saida Ahmed, Sara Ronchin, Sonia Pozzi, Teresa Bertotti, Tiziana Frusca; ai tutor: Agnese Reschini, Beatrice Masci, Cristina Gambalunga, Marina Balestra, Paola Bosio, Paola Stefanazzi, Renata Rossi e alla loro responsabile per Studio Dedalo, Rosa Ronzio.

Infine per la DG Sanità Regione Lombardia si ringraziano: Luca Giuseppe Merlino, Maurizio Bersani, Giancarlo Fontana, Lucia Scrabbi, Laura Giuseppina Cappetti.

Un ultimo ringraziamento a Carlo Lucchina, Direttore Generale Sanità della Regione Lombardia, e a Maria Alessandra Massei, dirigente della UO Programmazione e Sviluppo Piani, che hanno voluto e sostenuto la realizzazione di questo vademecum.





# Indice

## Capitolo 1 ..... 13

### Aspetti culturali ed antropologici

*Di I. Adarabioyo e M. Ismail*

- 1.1. Introduzione
- 1.2. Motivi psico-sessuali
- 1.3. Motivi religiosi
- 1.4. Motivi sociologici
- 1.5. Motivi igienici
- 1.6. Motivi estetici
- 1.7. Motivi economici
- 1.8. Cenni di antropologia
- 1.9. Che cosa sono le mutilazioni genitali femminili: Tipologie
- 1.10. Diffusione e tassi di prevalenza delle MGF
- 1.11. Conseguenze sanitarie
  - 1.11.1. Complicazioni immediate
  - 1.11.2. Complicazioni a medio termine
  - 1.11.3. Complicazioni a lungo termine
  - 1.11.4. Complicazioni ostetriche
  - 1.11.5. Complicazioni psicologiche e sessuali

## Capitolo 2 ..... 29

### Prevenzione, sostegno e presa in carico per la cura

*Di C.M. Sirtori, G. Sacchetti, C.J. Marelli e M. Zaffaroni*

- 2.1. Introduzione
- 2.2. Assistenza alla donna portatrice di mutilazioni genitali
  - 2.2.1. Visita ginecologica e gestione prenatale
  - 2.2.2. Assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio
- 2.3. L'assistenza pediatrica
- 2.4. Ruolo dei Servizi Sociali
- 2.5. Ruolo delle Scuole

## Capitolo 3 ..... 41

### Le MGF e gli strumenti internazionali per la protezione dei diritti

*Di M. Ismail e Z. Alasso*

- 3.1. Introduzione
- 3.2. Diritti umani
- 3.3. Diritti delle donne
- 3.4. Diritti del bambino
- 3.5. Convenzioni africane

**Capitolo 4 ..... 47****Aspetti giuridici***Di Z. Alasso, S. Ahmed e S. Tosi*

- 4.1. Introduzione
- 4.2. Legislazione nei Paesi europei  
(Belgio, Francia, Germania, Gran Bretagna, Italia, Norvegia, Olanda, Svezia, Svizzera, Parlamento Europeo e Santa Sede)
- 4.3. Legislazione nei Paesi extra-europei  
(Australia, Canada, Nuova Zelanda, Usa e Yemen)
- 4.4. Legislazione nei Paesi africani  
(Burkina Faso, Costa d'Avorio, Djibuti, Egitto, Etiopia, Eritrea, Ghana, Guinea, Senegal, Sudan, Tanzania e Somalia)
- 4.5. La situazione italiana

**Capitolo 5 ..... 59****Cambiamenti culturali***Di M. Ismail e I. Adarabioyo*

- 5.1. Cosa sta cambiando in Africa, tentativi di superamento  
(Burkina Faso, Egitto, Gambia, Kenya, Mali, Niger, Somalia, Sudan, e Uganda)

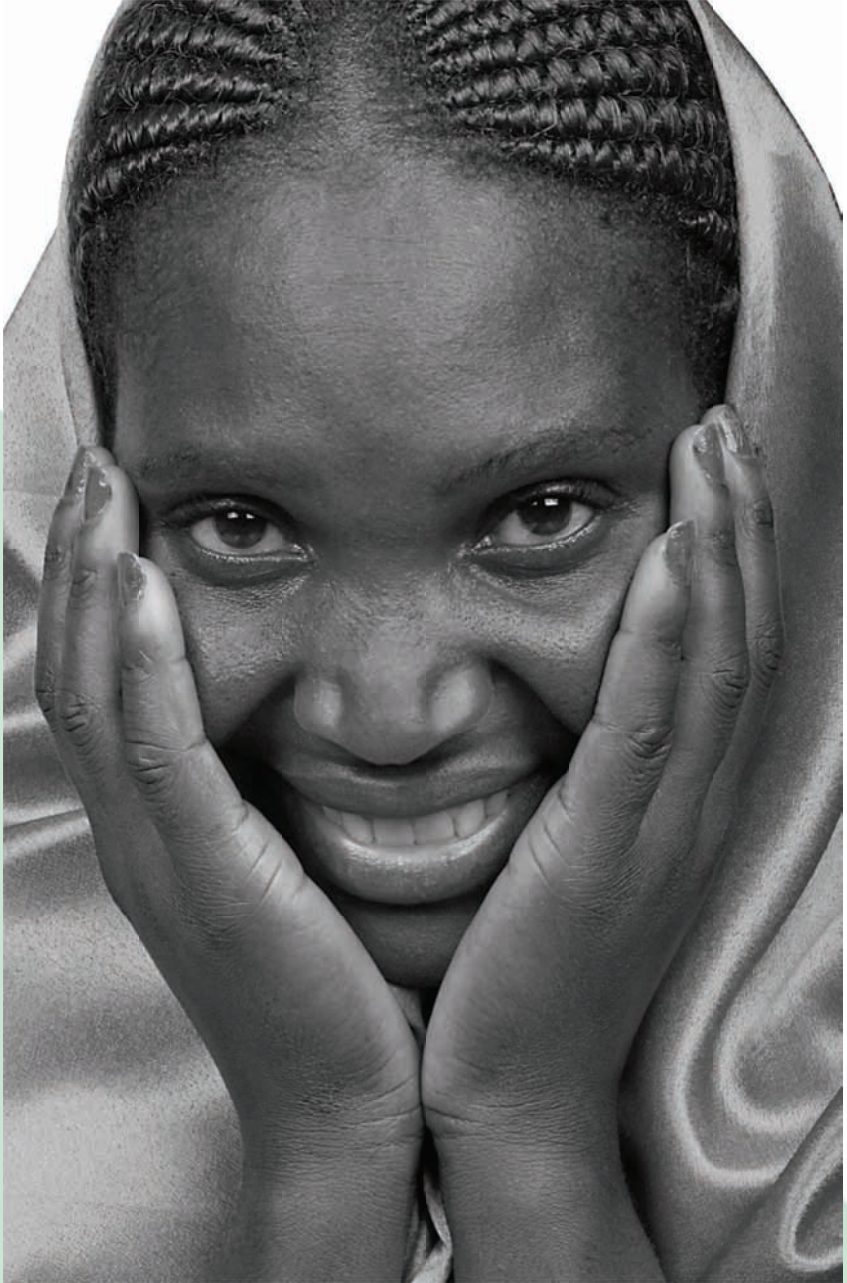
**Capitolo 6 ..... 65****Salute sessuale e mutilazioni genitali femminili in Lombardia: intensità e fattori di rischio***Di P. Farina*

- 6.1. Salute sessuale e riproduttiva
- 6.2. Le mutilazioni genitali femminili in Lombardia
- 6.3. Quale, quando e da chi
- 6.4. Favorevoli o contrarie?
- 6.5. L'importanza delle madri

**Capitolo 7 ..... 83****Comunicazione e MGF***Di A. Re*

- 7.1. Esperienze europee
  - 7.1.1. La comunicazione
  - 7.1.2. Seconda generazione
- 7.2. Esperienze africane
  - 7.2.1. Senegal
  - 7.2.2. Etiopia
- 7.3. Materiale audiovisivo prodotto in Italia e all'estero sulle MGF

<b>Capitolo 8</b> .....	101
<b>La “costruzione” delle linee guida della comunicazione sulle MGF</b>	
<i>Di B. Ghiringhelli</i>	
8.1. Comunicazione e salute	
8.2. Le linee guida	
8.2.1. Linee guida “comunicazione e MGF”	
<b>Capitolo 9</b> .....	115
<b>Linee Guida Ministeriali per le figure professionali che operano con le comunità migranti. Il ruolo degli operatori sanitari, socio-sanitari e dei mediatori linguistico culturali</b>	
<i>Di P. Madoni</i>	
9.1 Centri di Salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini	
9.2 I Consulitori Familiari della Regione Lombardia	
<b>Capitolo 10</b> .....	135
<b>La formazione in Lombardia</b>	
<i>Di A. Re</i>	
<b>Capitolo 11</b> .....	147
Legge n° 7 del 9 gennaio 2006	
<b>Allegati</b> .....	155
<b>Bibliografia</b> .....	159
Bibliografia generale	
Siti web e documenti WHO	
Siti web e documenti Governo Italiano	
Siti web e documenti	
<b>Crediti immagini</b> .....	173



# Capitolo 1

## Aspetti culturali ed antropologici

## 1.1. Introduzione

Le MGF (Mutilazioni genitali femminili) sono pratiche tradizionali di antichissima origine, un tempo simbolo di valori sacri ed inviolabili, con lo scopo principale di attenuare il desiderio sessuale della donna, così da impedire rapporti sessuali prima del matrimonio. Il clitoride è ritenuto infatti, erroneamente, la sede del desiderio sessuale e si crede che la sua rimozione controlli la sessualità femminile, favorendo così la castità prematrimoniale. Le pratiche prevedono la clitoridectomia per diminuire il desiderio sessuale, o l'infibulazione (chiusura parziale o subtotale dei genitali femminili) così da creare una barriera meccanica utile ad assicurare la castità prematrimoniale. Della pratica si rinvengono tracce nell'Antico Egitto, come testimonierebbe l'espressione "circoncisione faraonica" e successivamente nell'Antica Roma, periodo al quale potrebbe essere legata la coniazione del termine infibulazione, da fibula, applicata a giovani schiavi di ambo i sessi, a giovani gladiatori e alle giovani schiave, per impedire loro rapporti sessuali e gravidanze. Di MGF ne parla Erodoto come di una pratica conosciuta tra i Fenici, gli Ittiti, gli Etiopi e gli Egiziani. Menzione viene fatta anche nella letteratura medica antica: un medico greco (Soramus) che la praticava ad Alesseria e a Roma, descrive in modo dettagliato gli strumenti utilizzati, mentre un altro medico (Aetius) descrive le diverse fasi dell'operazione. "Entrambi sostengono che lo scopo era quello di far diminuire il desiderio sessuale" (Bilotti, 1997).

L'età in cui viene eseguito l'intervento varia da stato a stato e da etnia ad etnia, si va dai pochi giorni dopo la nascita fino a poco prima della data del primo parto, con una maggiore frequenza tra i sei e gli undici anni. Recentemente è stato rilevato un abbassamento dell'età delle bambine o ragazze sottoposte a mutilazione, dovuto alla resistenza opposta da alcune minori consapevoli del danno irreversibile, della discriminazione e del non rispetto dei diritti umani fondamentali. Le motivazioni addotte dai sostenitori di questa pratica sono di varia natura: psico-sessuale, religiosa, sociologica, igienica, estetica ed economica.

## 1.2. Motivi psico-sessuali

Le tesi di coloro che sono a favore delle MGF sostengono che il clitoride è un organo aggressivo, pericoloso per l'organo maschile e anche per il bambino durante il parto, che il clitoride può crescere sino a diventare simile al pene maschile ed inoltre nella mitologia di alcune culture africane è radicata l'idea che il bambino, alla nascita, abbia in sé sia l'organo maschile sia quello femminile. Il clitoride è l'elemento maschile della bambina, mentre il prepuzio sarebbe la parte femminile del maschio. Per

questo motivo entrambi devono essere eliminati per stabilire chiaramente il sesso della persona.

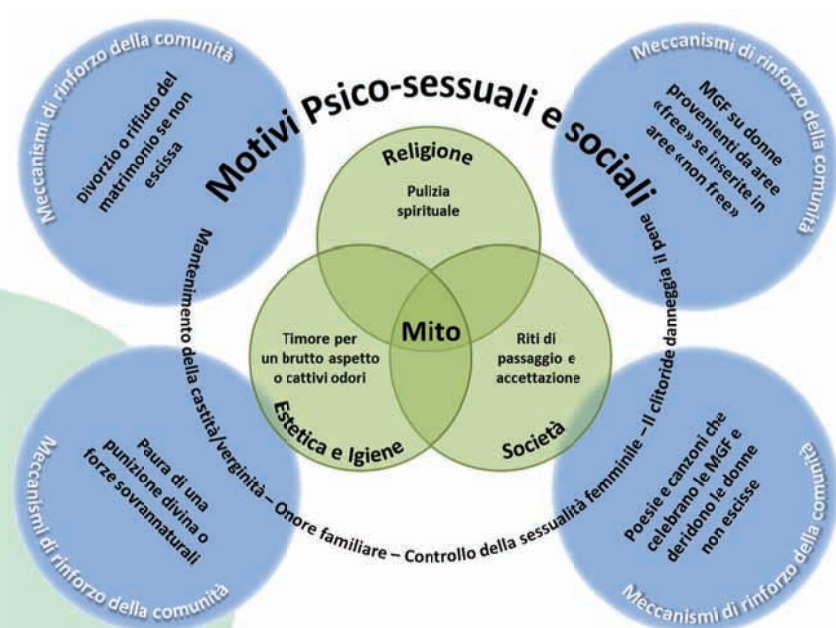


Figura 1

### 1.3. Motivi religiosi

Le MGF sono pratiche preesistenti alle religioni monoteistiche, all'interno di queste singole religioni non esistono norme che impongono tale pratica, ma nella maggioranza dei casi vengono usate per incoraggiarle. L'usanza è erroneamente presentata come una pratica religiosa tipica della fede islamica, mentre è del tutto sconosciuta in vaste zone del mondo islamico. L'Islam inoltre proibisce tutte le forme di amputazioni, tatuaggi e depigmentazioni del corpo umano ed ogni modifica o alterazione sul corpo sono contrarie allo spirito della religione.

### 1.4. Motivi sociologici

In alcune culture la pratica è collegata ai riti d'iniziazione e/o di passaggio all'età adulta. L'evento è accompagnato da cerimonie elaborate con



musiche, danze e canti che indicano alle ragazzine le caratteristiche che una moglie e una madre dovrebbero avere; oppure il rituale prevede semplicemente che si indossino gli abiti e si consumino i cibi delle grandi occasioni. Il rito d'iniziazione ha come primo scopo quello di insegnare alla donna a vincere la paura, a sopportare il dolore fisico o morale senza la minima manifestazione esteriore perché lei è chiamata a "partorire con dolore", come riferito dai Testi Sacri. Oggi questi cerimoniali nella maggior parte delle società non vengono più utilizzati, la pratica è compiuta molto prima del raggiungimento della pubertà o dell'età del matrimonio e, dopo l'evento, il ruolo sociale della bambina non subisce alcun mutamento.

### **1.5. Motivi igienici**

In molte culture africane i genitali femminili esterni vengono considerati come parti impure e sporche e si ritiene che il clitoride emani un odore sgradevole. Infatti, in arabo la circoncisione è detta *tahar*, che significa purezza e pulizia. Tuttavia, non si può considerare igienica una pratica che, in realtà, tende a favorire una serie d'infezioni e complicanze. L'infibulazione ha l'effetto opposto poiché l'urina ed il mestruo, non trovando la loro naturale uscita, provocano disagio ed infezioni.

### **1.6. Motivi estetici**

In alcune comunità africane si pensa che trasformando i genitali esterni femminili in una superficie piana, si ottenga una vulva liscia che contribuisce alla bellezza della donna ed accentua la differenza tra i sessi.

### **1.7. Motivi economici**

L'aspetto economico è quello di cui si parla meno frequentemente. Infatti, non si ammette facilmente che chi fa interventi di clitoridectomia o di infibulazione su bambine o di reinfibulazioni dopo il parto, percepisce ogni volta un compenso. Anche chi prepara la sposa per il primo rapporto sessuale viene lautamente compensata. Le pratiche MGF sono considerate una professione, e a volte rappresentano l'unica fonte di reddito per coloro che le praticano. Quindi si tende ad esercitare una forte pressione sulle donne affinché la tradizione mutilatoria si perpetui. La conversione del lavoro delle "escissore" è uno dei campi di maggior intervento nei percorsi di superamento delle pratiche tradizionali dannose.

## 1.8. Cenni di antropologia

Non si possono comprendere fino in fondo le cause, le ragioni e il senso delle MGF, senza ascriverle ad una dimensione di approccio antropologico corretto, che da un lato richiede un “decentramento culturale” da parte dell’operatore coinvolto, ma che dall’altro, consente di acquisire un metodo di “lettura epistemologica” in grado di offrire un ordine logico e cronologico, un filo conduttore, un riferimento culturale, per la comprensione ampia ed integrata del fenomeno.

*Tutti i tipi di Mutilazioni genitali femminili tradizionali sono “riti di passaggio”* (Van Gennep, 2002).

I riti di passaggio marcano il cambiamento di un individuo da uno status sociale ad un altro (il matrimonio), oppure sottolineano mutamenti che riguardano il ciclo della vita individuale o avvenimenti biologici (nascita, morte, menarca, menopausa).

Il più esemplare dei riti di passaggio è quello di iniziazione, attraverso il quale una persona viene introdotta nella società. Le MGF di tipo tradizionale costituiscono un rituale che si esplica tramite il ferimento della corporeità, con lo scopo di permettere alle bambine di essere incluse ed aggregate ad un determinato gruppo di appartenenza. Poiché le MGF comportano segni indelebili e visivamente riconoscibili, l’aggregazione risulta definitiva e permanente.

Secondo lo schema utilizzato da Van Gennep (2002), un rito è riconosciuto tale per tre importanti caratteristiche:

- la convenzionalità: ritualità che segue un preciso ordine di gesti e atti;
- la ripetitività: il continuo ripetersi all’interno di un tempo definito ciclico;
- l’efficacia: rappresentata dall’avvento di qualcosa che modifica lo status di una persona.

Gli esempi di eventi del ciclo della vita che in tutte le culture vengono gestite tramite pratiche che possono essere classificate come riti di passaggio sono: la nascita, l’iniziazione, il raggiungimento dell’età adulta, il matrimonio, la morte. Van Gennep, durante i suoi studi, osservò la tripartizione degli stadi di tali rituali classificandoli in:

- separazione (fase pre-liminare)
- transizione (fase liminare; *limen* significa confine)
- reintegrazione (fase post-liminare)

Le MGF e tutte le pratiche tradizionali modificanti rispecchiano questa tripartizione rituale. La bambina viene preparata culturalmente ad avvicinarsi al momento dell’intervento che la separerà definitivamente

dalla sua infanzia attraverso un racconto intenso e “positivo” che ha la durata di molti anni (fase pre-liminare). L’intervento rappresenta la fase di transizione (fase liminare) e il rito di inclusione sociale successivo con pieni diritti e doveri di “donna”, rappresenta la reintegrazione nella comunità (fase post-liminare).

Un altro aspetto fondamentale e complementare al rito di passaggio è il controllo patriarcale sulle MGF. È bene ricordare che le escissioni tradizionali sono sotto il diretto controllo delle donne. La figura maschile viene utilizzata come riferimento di onorabilità, “si è figlie onorate”, “si è mogli irreprensibili”, “si è buone madri” se ci si adegua ai modelli sociali tradizionali, legati al nome del maschio di famiglia. La figura femminile più importante e depositaria delle tradizioni è la nonna paterna.

Gli uomini hanno un ruolo marginale, ma ben definito, come riporta il Prof. Ali Nur dell’Università danese di Arhus nel suo intervento “How to change values and attitudes about FGM among societies”: “The root of the problem of women is the man. No woman sincerely wants FGM. It is abuse. It is men who insist on marrying girls who are circumcised” (Nur, 2011). Come personale contributo alla battaglia il Professor Nur ha iniziato in Danimarca una campagna chiamata “Men Against FGM” perché le donne da sole non possono fermare la pratica.

Per meglio comprendere la posizione maschile, bisogna sempre valutare l’influenza e la forza d’intervento della madre. Con un’azione di “matrignaggio”, l’uomo viene educato a volere prendere in moglie solo donne escisse tradizionalmente. È tramite questo processo tutto al femminile, che da vittime si diventa promotrici.

La cultura femminile predominante associa il “valore” della donna all’ “incisione” del suo corpo. Più essa è visibile e profonda, più la minore acquista rispetto e considerazione sociale. La stima e la posizione conquistate rendono le future madri protagoniste e fautrici della ripetitività della pratica mutilatoria tradizionale.

*Chi si oppone viene escluso e stigmatizzato dalla società di appartenenza.*

Ma è anche utile ricordare che, come riporta Van Gennepe, poiché il rito: “È un atto creativo che costruisce la realtà, che produce i mutamenti sociali, ... non che li segue...” ecco che i valori e le attitudini sociali che sono alla base delle MGF, stanno mutando.

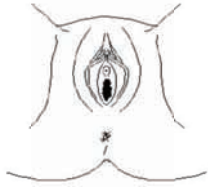
I professionisti che accolgono nel Paese di immigrazione tali realtà sono chiamati a collaborare per sostenere il cambiamento di mentalità e a non supporre pregiudizialmente di trovarsi fronte a “culture cristallizzate”, distanti dalle nostre e quindi non comprensibili.

In realtà chi possiede strumenti di conoscenza appropriati, che si avvale di figure di riferimento efficaci, che è inserito in una rete virtuosa di operatori

e servizi, sa molto bene che affrontare l'argomento, relazionarsi con le famiglie, dialogare con i genitori e prevenire le mutilazioni, oggi è possibile! In Africa da decenni è aperto un grande dibattito culturale che riflette sul "ruolo sociale della donna", sui valori umani da rispettare, sulla tutela delle minori ed infine sul diritto fondamentale dell'integrità fisica e psichica delle bambine coinvolte. Oggi, diversamente dal passato (anche recente), si parla apertamente delle MGF come forma di abuso, violazione dei diritti umani, violenza di genere e non più in termini di "valore" della donna o di cultura di appartenenza.

### **1.9. Che cosa sono le mutilazioni genitali femminili: Tipologie**

Le mutilazioni genitali femminili sono tutte quelle forme di interventi a scopo tradizionale, che rimuovono in forma parziale o totale, o provocano modificazioni agli organi genitali femminili. Esistono diverse modalità traumatiche nell'esecuzione delle mutilazioni dei genitali femminili, che possono interessare la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili. Le MGF presentano diverse varietà di rappresentazioni, di seguito se ne riportano alcuni esempi (Linee guide Ministero della Salute, 2007).



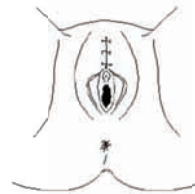
Genitali femminili non modificati



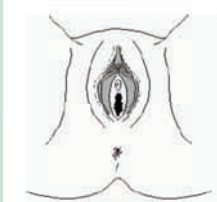
Area di tessuto rimosso  
MGF di I tipo



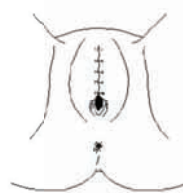
Area di tessuto rimosso  
MGF di II tipo



Aspetto di MGF II tipo con sutura



Area di tessuto rimosso.  
MGF di III tipo



Aspetto del III tipo con sutura

Figura 2

Il Tecnical Working Group della World Health Organization (WHO) nel 2007 ha aggiornato le definizioni del 1995 classificando le MGF in:

	Classificazione WHO 2007	Classificazione WHO 1995
Tipo 1	<p>Rimozione totale o parziale del clitoride e/o del prepuzio (clitoridectomia). Quando è importante distinguere le maggiori varietà di mutilazione di tipo I si propongono le seguenti suddivisioni: <b>Tipo Ia:</b> rimozione del glande o solo del prepuzio; <b>Tipo Ib:</b> rimozione del clitoride con il prepuzio.</p>	<p>Escissione del prepuzio, con o senza escissione di parte o dell'intero clitoride.</p>
Tipo 2	<p>Rimozione totale o parziale del clitoride e delle piccole labbra, con o senza escissione delle grandi labbra (escissione). Quando è importante distinguere le maggiori varietà documentate si propongono le seguenti suddivisioni: <b>Tipo IIa:</b> rimozione delle sole piccole labbra; <b>Tipo IIb:</b> rimozione parziale o totale del clitoride e delle piccole labbra; <b>Tipo IIc:</b> rimozione parziale o totale del clitoride, delle piccole labbra e delle grandi labbra. <i>Nota: In francese il termine "excision" è spesso usato come termine generale per tutti i tipi di mutilazione genitale femminile.</i></p>	<p>Escissione del clitoride con escissione parziale o totale delle piccole labbra.</p>
Tipo 3	<p>Restringimento dell'orifizio vaginale attraverso una chiusura ermetica coprente creata tagliando e avvicinando le piccole e/o le grandi labbra, con o senza escissione del clitoride (infibulazione). Quando è importante distinguere i diversi tipi di infibulazione si propongono le seguenti suddivisioni: <b>Tipo IIIa:</b> rimozione e apposizione delle piccole labbra; <b>Tipo IIIb:</b> rimozione e apposizione delle grandi labbra.</p>	<p>Escissione di parte o di tutti i genitali esterni con cucitura/restringimento dell'apertura vaginale (infibulazione).</p>
Tipo 4	<p>Non classificato: Ogni altra procedura pericolosa per i genitali femminili per ragioni non mediche per esempio puntura, piercing, incisione, abrasione e cauterizzazione.</p>	<p>Puntura, piercing, incisione del clitoride e/o delle labbra, allungamento del clitoride e/o delle labbra, cauterizzazione con bruciatura del clitoride e dei tessuti circostanti, abrasione del tessuto circostante l'orifizio vaginale (tagli ad anguria) o taglio della vagina (tagli gishiri); introduzione di sostanze corrosive o di erbe in vagina per causare restringimento e ogni altra procedura che rientra nella larga definizione di MGF.</p>

Tabella 1 – Tipologie di MGF

### 1.10. Diffusione e tassi di prevalenza delle MGF

Le MGF attualmente sono praticate in 28 Paesi dell'Africa sub-sahariana, oltre che in Egitto anche se dal 1996 esiste una legge che le proibisce. La pratica è conosciuta in Medio Oriente, dove viene effettuata in alcune zone dello Yemen, Oman e Giordania. In misura molto limitata ci sono segnalazioni di MGF anche in alcuni Paesi asiatici, come la Malesia e l'Indonesia ed alcune zone dell'India e Sri Lanka. Secondo una stima dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ci sarebbero in tutto il mondo tra 100 e 140 mila donne e bambine che hanno subito qualche tipo di MGF. Le minori a rischio sarebbero 3 milioni ogni anno. I tassi di prevalenza variano da Paese a Paese e spesso le medie nazionali nascondono variazioni significative all'interno della stessa nazione, con una diffusione irregolare (soprattutto tra le popolazioni che vivono in zone urbane o in campagna o nei villaggi più isolati, ad esempio in Somalia vi è una prevalenza di oltre il 90% mentre in altri Paesi, come il Congo la stima è del 5%).

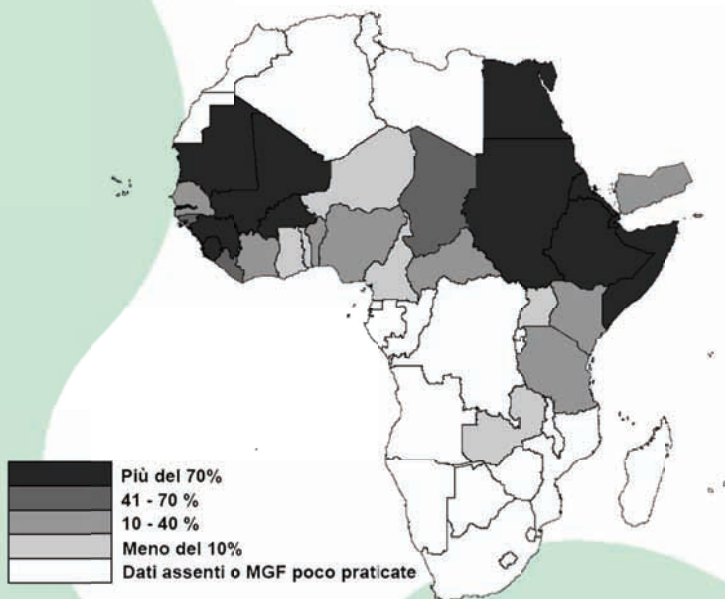


Figura 3 - UNICEF (Ottobre 2010)

Le varie tipologie di MGF sono diffuse in Africa come nella seguente tabella.

Paese	Preval.%	Tipo
Benin	12,9	escissione
Burkina Faso	72	escissione
Camerun	1,4	clitoridectomia e escissione
Rep. Centrafricana	36	clitoridectomia e escissione
Chad	45	escissione e infibulazione
Costa d'Avorio	36,4	escissione
DRC (Congo)	5	escissione
Djibouti	93,1	escissione e infibulazione
Egitto	91	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Eritrea	89	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Etiopia	74,3	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Gambia	75	escissione e infibulazione
Ghana	3,8	escissione
Guinea	95,6	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Guinea Bissau	44,5	clitoridectomia e escissione
Kenya	32	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Liberia	50	escissione
Mali	85,2	clitoridectomia, escissione e infibulazione
Mauritania	71	clitoridectomia e escissione
Niger	2,2	escissione
Nigeria	19	clitoridectomia, escissione, e infibulazione
Senegal	28	escissione
Sierra Leone	75	escissione
Somalia	94	infibulazione
Sudan	90	infibulazione e escissione
Tanzania	14,6	escissione, infibulazione
Togo	5,8	escissione
Uganda	0,6	clitoridectomia e escissione

Tabella 2 - Afrol News Afrol Archives , UN agencies, Amnesty, DHS



---

*La principale fonte dei dati sulla prevalenza e la natura delle MGF è costituita dalla Measure DHS (Demographics and Health Surveys): un programma finanziato dall'Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale (USAID), che fornisce assistenza ai Paesi in via di sviluppo per la raccolta, l'analisi e l'uso dei dati al fine di monitorare i programmi nei settori della popolazione, della sanità e della nutrizione. Le inchieste DHS, integrate da altre indagini UNICEF (MICS), forniscono dati anche disaggregati che permettono di valutare l'incidenza del fenomeno per regioni e province, per gruppi etnici, per età e grado di istruzione.*

*L'emigrazione dall'Africa verso i Paesi industrializzati ha provocato "l'esportazione" delle MGF in altri continenti: America settentrionale, Australia ed Europa. Mancano tuttavia dati certi sulle varie tipologie di MGF "esportate" e sulla loro prevalenza in tali Paesi. Di solito si ricorre ad un calcolo approssimativo, estrapolando il numero delle donne che si suppongono mutilate e delle bambine potenzialmente a rischio dai dati che riguardano la presenza delle donne immigrate provenienti da Paesi a rischio di MGF. Ovviamente tale calcolo non tiene conto dei possibili cambiamenti di orientamento e conseguenti modificazioni di mentalità che il confronto e il métissage con le culture di accoglienza possono aver prodotto.*

---

## **1.11. Conseguenze sanitarie**

Le MGF possono avere serie conseguenze sulla salute fisica e mentale delle bambine e/o donne. I rischi per la salute e le complicanze dipendono dalla gravità della mutilazione, dalle condizioni igieniche, dall'abilità di chi la pratica e dalla resistenza opposta dalla persona durante l'intervento. Le minori che hanno subito la forma più severa delle MGF (l'infibulazione), sono quelle che con maggior probabilità andranno incontro alle complicanze più gravi e durature.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica le complicazioni dovute a tali pratiche in:

### **1.11.1. Complicazioni immediate**

Le complicazioni immediate più frequenti che avvengono soprattutto nel caso delle infibulazioni sono: difficoltà a urinare e ritenzione urinaria, emorragie, infezioni, febbre, shock, setticemia, danno ai tessuti adiacenti la vulva, non cicatrizzazione e tetano. Alcune di queste complicazioni possono avere conseguenze tragiche e condurre alla morte.

### **1.11.2. Complicazioni a medio termine**

Le complicazioni che con maggiore frequenza sopraggiungono sono: infezione pelvica, infezione dell'utero e della vagina, cisti e ascessi vulvari,

cisti da inclusioni, formazioni di cicatrici detraenti o cheloidi, formazioni di neuroma traumatico – alterazione benigna del tessuto nervoso caratterizzata da forte dolorabilità – e vulvovaginiti. Sono frequenti i casi d’anemia o malnutrizione, legati alla difficoltà di un’alimentazione normale: per trauma, per timore e difficoltà nell’espletamento dei bisogni fisiologici.

### **1.11.3. Complicazioni a lungo termine**

Un’infibulazione stretta comporta soprattutto: dispareunia (difficoltà o impossibilità per la penetrazione e dolore durante il rapporto sessuale), dismenorrea (mestruazioni dolorose). Sono frequenti anche i casi di difficoltà della minzione (incapacità a svuotare la vescica e difficoltà ad urinare per i danni all’orifizio uretrale), incontinenza, calcoli vaginali, fistole retto-vaginali, formazione di una falsa vagina, ipersensibilità dell’area genitale ed infertilità. La maggioranza delle donne infibulate/mutilate, a causa della stenosi della vulva e della vagina, ha difficoltà durante il coito vaginale.

### **1.11.4. Complicazioni ostetriche**

In travaglio, le donne infibulate possono avere molte difficoltà causate dall’intervento subito e necessitano di particolare assistenza durante il parto:

- Parto e de-infibulazione. Il tessuto fibroso vulvare non permette la dilatazione necessaria per il normale passaggio del nascituro. Se non si procede alla riapertura dei tessuti, la testa del bambino si ferma nel canale vaginale e la mancanza di ossigeno provoca asfissia a livello cerebrale. In mancanza di una de-infibulazione si riscontrano lacerazioni perineali, uretrali e rettali.
- Quando il travaglio si prolunga per molto tempo e il canale del parto è ostruito, da un lato si può andare incontro a rottura d’utero, con conseguente grave emorragia e possibile morte materna; dall’altro la grave asfissia può portare a morte endouterina fetale o a nascita di un bimbo che rimarrà gravemente handicappato. Sono frequenti anche i casi di emorragie, infezioni delle ferite perineali, periodo espulsivo prolungato, infezione puerperale, fistole vescico-vaginale dovute alla prolungata pressione fetale sulla vescica, esecuzioni di tagli cesarei non necessari, morte per emorragia o sepsi puerperale.

### 1.11.5. Complicazioni psicologiche e sessuali

Le MGF distruggono gran parte o tutte le terminazioni nervose a livello vulvare ritardando o impedendo l'eccitazione ed il successivo orgasmo.

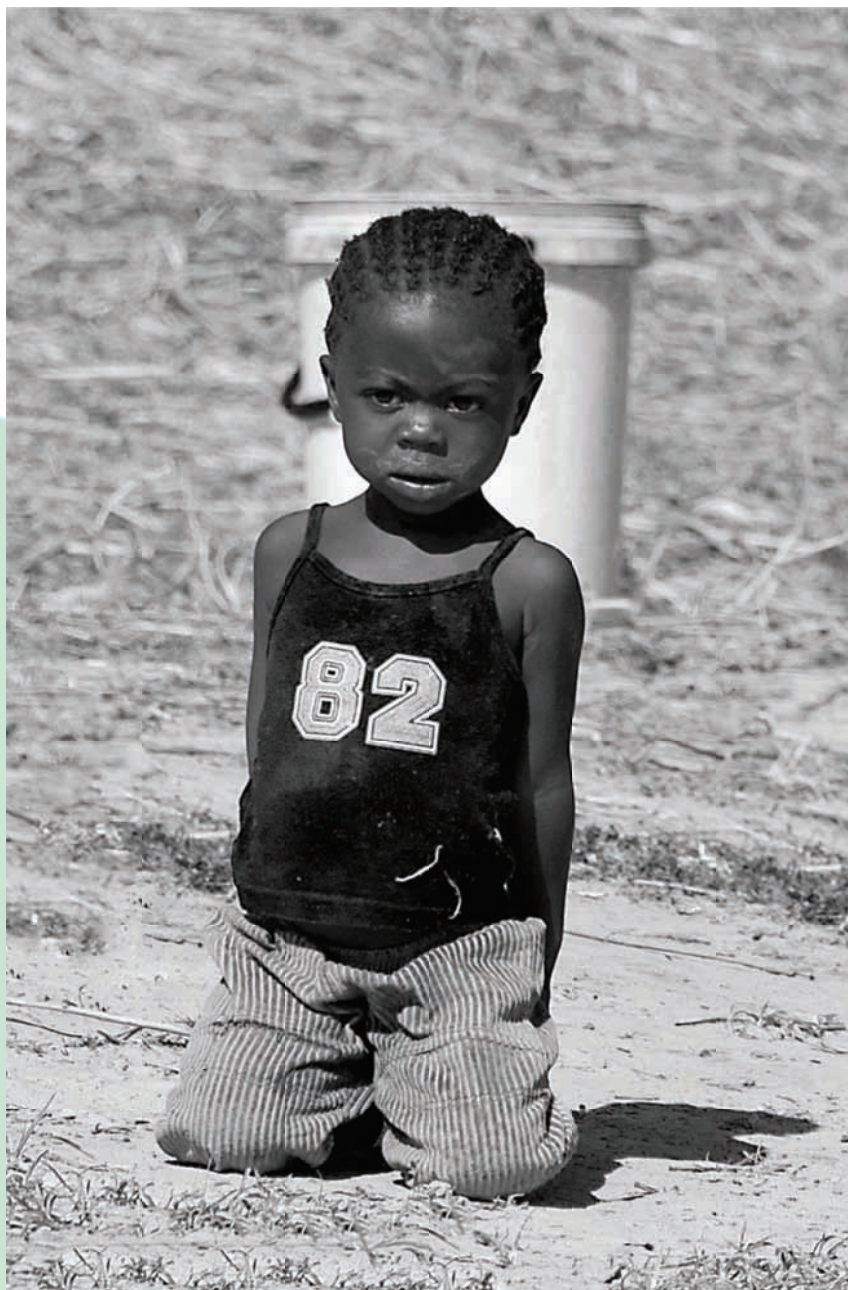
Le implicazioni psicologiche e sessuali sono poco note ma importanti, anche se diverse nel contesto di immigrazione rispetto al contesto tradizionale. La poca letteratura esistente relativa allo studio del contesto tradizionale parla di aspetti altamente valorizzanti e di risvolti positivi di tipo sociale che sostengono l'operanda al momento dell'intervento, se effettuato nei contesti culturali d'origine dove il non essere mutilata comporta una condizione che può portare all'esclusione dalla vita sociale del gruppo. Ma esistono situazioni estreme in cui le donne soffrono per le gravi conseguenze psicosociali legate molto spesso a complicazioni di tipo fisico quali ad esempio incontinenza fecale o urinaria a seguito di prolasso, fistole, infezioni, lacerazioni da coito anale o da parto. In tali circostanze si può arrivare alla separazione dal coniuge, all'emarginazione, al suicidio. Nel contesto di immigrazione possono essere particolarmente a rischio le seconde generazioni.

Le conclusioni degli studi sugli aspetti sessuali delle MGF sono molto controverse e vengono differentemente valutate da chi studia il fenomeno, siano essi ricercatori occidentali, oppure africani. Infatti alcune donne sostengono di riuscire a "compensare" la compromissione di organi esogeni ed avere una vita sessuale soddisfacente; altre invece dichiarano di non essere mai riuscite a provare un orgasmo.

Vengono comunque segnalati episodi di tipo simil-psicotico all'approssimarsi del primo rapporto sessuale, in particolare nei casi di infibulazione in cui l'evento delle nozze è imprescindibilmente legato all'apertura della vulva chiusa, segno tangibile di verginità.

Infine si deve sottolineare che non vi è alcuna tecnica chirurgica capace di rimediare a una clitoridectomia, o di ripristinare la sensibilità erogena dell'apparato mutilato.





## **Capitolo 2**

### **Prevenzione, sostegno e presa in carico per la cura**

## 2.1. Introduzione

Per poter prevenire la pratica delle MGF sulle bambine, è decisivo un intervento che sappia, in primo luogo identificare le minori a rischio e, di conseguenza, poter fare prevenzione con le famiglie.

I presupposti per la realizzazione di “interventi efficaci” potrebbero essere:

- Diffondere una cultura dell'accoglienza per affrontare insieme tutte le soluzioni appropriate. Infatti, più le famiglie si sentono bene accolte ed integrate in terra d'immigrazione, meno sentono la necessità di ricorrere a riti tradizionali per riaffermare la propria identità.
- Aiutare le famiglie a comprendere che essere genitori in terra d'immigrazione comporta, per certi aspetti, l'assunzione di atteggiamenti e costumi diversi da quelli del Paese di origine (ciò non vuol dire venir meno al loro ruolo di genitori) e ricordare che le loro figlie hanno bisogno di avere genitori presenti e partecipi ma, al tempo stesso, hanno la necessità di integrarsi nel Paese di residenza.
- Rendere le famiglie consapevoli che le MGF in terra di immigrazione aggiungono al danno fisico e psicologico anche uno stigma, che può essere motivo di ulteriore emarginazione rispetto alle bambine di pari età, loro compagne di scuola o di giochi.
- Informare che le MGF sono vietate sia dalla legge italiana sia da quelle di alcuni Paesi d'origine. È fondamentale comunicare che in tutto il mondo si stanno producendo dei percorsi di superamento delle pratiche tradizionali dannose effettuate sulle donne e sulle bambine.

Inoltre bisogna ricordare che in terra di migrazione:

- La donna mutilata non vive il meccanismo compensatorio dell'accettazione sociale in cambio della menomazione subita.
- La consapevolezza della sua “diversità” è segnale della propria appartenenza originaria, ma è anche stigma della sua estraneità alla società ospite.
- Dietro le MGF non vi è il gusto sadico di una violenza gratuita, ma un substrato in cui le donne sono immerse: le proprie radici, la propria terra, i propri genitori.
- I toni “truculenti e scandalistici” con cui i mass media trattano a volte della MGF colpevolizzano la donna che ha già subito un trauma e si aggiunge una ferita psicologica ad una ferita fisica.

- Le MGF vanno combattute con fermezza per i danni irreversibili che provocano, ma non vanno stigmatizzate *tout court* le culture di appartenenza né, tanto meno, le donne che le hanno subite.
- Le implicazioni psicologiche sono totalmente differenti in terra di migrazione. Anche la donna adulta mutilata subisce stimoli discordanti con i modelli acquisiti nell'infanzia e può soffrire di crisi d'identità. Viversi "mutilata" per la prima volta nella vita, vedersi additata come "sessualmente handicappata", come vittima di un mondo barbaro e selvaggio (questo purtroppo anche a causa di una cattiva informazione mediatica sul tema), la pone di fronte ad un disagio non indifferente, al quale a tutt'oggi non sono previsti percorsi di supporto psicologico.

## 2.2. Assistenza alla donna portatrice di mutilazioni genitali

L'assistenza alla donna portatrice di mutilazioni genitali è individuata nei seguenti momenti:

- Visita ginecologica e gestione prenatale.
- Assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio.

### 2.2.1. Visita ginecologica e gestione prenatale

Una donna proveniente da Paesi a rischio può presentarsi alla visita medica con sintomi che potrebbero essere possibili conseguenze di MGF quali:

- dolori addominali diffusi;
- dismenorrea persistente;
- infezioni ricorrenti del tratto urinario e genitale;
- difficoltà nei rapporti sessuali.

È importante che il primo impatto con i nostri servizi sanitari, sia ospedalieri sia territoriali, non costituisca un evento drammatico, ma che avvenga all'insegna del rispetto e dell'accoglienza. In questo senso sarebbe necessario:

- Garantire un'adeguata formazione sul tema agli operatori coinvolti al fine di promuovere un atteggiamento di accoglienza, rispetto e accettazione evitando atteggiamenti di sorpresa e curiosità.
- Rendere consapevoli gli operatori che la pratica MGF può far scaturire, a livello emotivo, atteggiamenti di "orrore e indignazione", sottolineando la "diversità" della paziente.
- Eseguire delicate manovre semeiotiche e strumentali, previo consenso e aiutare la donna a percepirsi come "corpo attivo" piuttosto che "passivo".



- Evitare di chiamare altri colleghi o specializzandi durante la visita se non dopo aver avuto il consenso dalla donna stessa.
- Far conoscere le diversità tra la normale anatomia femminile e quella della donna mutilata, secondo i bisogni e i desideri della stessa, illustrando i motivi delle analisi mediche e delle procedure adottate.
- Considerare le MGF una semplice anomalia anatomica, evitando atteggiamenti moralistici o critici;
- Trattare con delicatezza e rispetto un rifiuto ad una richiesta di infibulazione o re-infibulazione dopo il parto evitando motivazioni sminuanti che potrebbero portare la donna a farsi infibulare clandestinamente.
- Utilizzare, se possibile, mediatrici linguistiche e culturali.
- Far conoscere agli operatori il ruolo che i mariti potrebbero avere nel prendere le decisioni in merito.
- Proporre gruppi di auto-aiuto.

Una donna che ha subito una infibulazione dovrebbe essere informata della possibilità di essere *de-infibulata* (“aperta”), spiegando i vantaggi di questa procedura sia per lei, sia per il partner: meno dolore durante le mestruazioni, meno infezioni vaginali e urinarie e anche più facilità nei rapporti sessuali e facilità ad eseguire esami preventivi, come il pap test, che altrimenti sarebbero impediti.

### 2.2.2. Assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio

Per quanto riguarda la modalità del parto è opportuno ricordare che, nella donna portatrice di MGF di I°, II° e III° tipo non vi è indicazione elettiva ed assoluta al taglio cesareo. Di questo sarebbe opportuno parlarne con la coppia già durante la gravidanza.

Occorrerebbe:

- Eseguire il minor numero possibile di esplorazioni vaginali.
- Effettuare, se possibile, una de-infibulazione a 15-20 settimane, in anestesia generale o spinale.
- Al parto, eseguire una episiotomia ventrale sulla cicatrice della infibulazione (de-infibulazione) e, se necessario, fare anche una episiotomia mediana o paramediana.
- Discutere con la paziente e con il marito sulla sutura da effettuare dopo il parto (alla richiesta di essere “richiusa” deve esserne negata la possibilità).

Dopo il parto:

- Suturare separatamente i lembi della episiotomia ventrale.
- Controllare altre lacerazioni perineali e vaginali.
- Fornire informazioni riguardanti il miglioramento di pregressi sintomi alla minzione, durante le mestruazioni e durante i rapporti sessuali.

Assistenza in puerperio:

- Effettuare un'assistenza delicata dei tessuti genitali dando spiegazioni precise alla donna su tutto ciò che viene fatto.
- Se il neonato è femmina, utilizzare la visita di dimissione neonatale quale occasione per mostrare e far conoscere l'aspetto dei genitali esterni di una neonata femmina alla nascita. Nella stessa sede è opportuno affrontare il problema della contraccezione e della prevenzione (es.: Pap test).
- Se si instaura un clima di fiducia con la puerpera, è opportuno proporle la partecipazione a gruppi di educazione alla salute e sessuale, soprattutto a livello territoriale (es.: consultori familiari).
- Ove possibile, attivare "centri dedicati" in cui – accanto a personale sanitario (ginecologi, ostetriche), sociale e psicologico formato sulle tematiche delle MGF – siano presenti mediatrici linguistiche culturali, per affrontare con le famiglie a rischio le tematiche in questione.

### 2.3. L'assistenza pediatrica

Le occasioni in cui il pediatra può entrare in contatto con le MGF sono:

- In ospedale, durante la degenza della puerpera e della neonata, al momento del riconoscimento della figlia; in occasione delle prime visite di controllo. Il pediatra, in occasione del colloquio con i genitori sulla salute della bambina, deve affrontare anche l'argomento delle MGF chiedendo loro le intenzioni al riguardo.
- In ambulatorio del pediatra di libera scelta o nel consultorio, in occasione di una visita di controllo. Nel caso di una bambina proveniente da un "Paese a rischio" (o di una bambina nata in Italia ma con madre o padre immigrati da zone dove esiste la pratica delle MGF), è necessario effettuare un'attenta anamnesi familiare per decidere un'eventuale azione preventiva.
- In caso di visita al Pronto Soccorso di una bambina che presenta segni sospetti quali: anemia da causa sconosciuta, setticemia,

infezione genitale con evidenti lesioni da mutilazione recentemente avvenuta occorre avvertire le autorità giudiziarie.

- In caso di consulenza specialistica, quando una bambina o adolescente proveniente da un Paese a rischio presenta modificazioni comportamentali da causa apparentemente sconosciuta, specialmente a seguito di vacanze passate nel Paese d'origine, è possibile che abbia subito le MGF in occasione del viaggio. Il trauma si può manifestare con ansia, depressione, sogni ricorrenti di oggetti taglienti e/o altri simboli che evocano l'evento mutilatorio, sfiducia nei genitori e negli adulti in genere, accentuazione dei conflitti inter-generazionali, vergogna, imbarazzo, disistima, concezione non valorizzante dell'esser donna, calo improvviso del rendimento scolastico, isolamento dai coetanei, o al contrario, iperattività, esplosioni di rabbia e dolore, paura degli estranei, di essere toccata, terrore delle visite mediche e del personale sanitario, rifiuto dei luoghi di cura.
- Nei casi di visita medica di adolescenti (originarie dei Paesi a rischio) che presentano problemi di dismenorrea, amenorrea e addome acuto. All'età del menarca, in caso di infibulazione, esiste il rischio di ematocolpo. Studi recenti hanno evidenziato che questa fase della vita è attesa con particolare ansia e timore dalle bambine di alcuni Paesi, spesso consapevoli delle conseguenze negative che essa comporta, sottolineandone l'aumento di complicità psicologiche.

Occorre quindi, che il pediatra conosca il problema delle MGF e ne parli con i genitori in modo chiaro e tranquillo. In questa fase di approccio è fondamentale saper trasmettere rispetto dei costumi e della storia personale del nucleo familiare. Il tempo per affrontare l'argomento deve essere sufficiente per approfondire tutti i particolari. La comunicazione, se necessario, deve essere facilitata dalla presenza di un mediatore linguistico- culturale (preferibilmente donna).

Il colloquio può iniziare con la madre, ma deve successivamente coinvolgere anche il padre. In seconda battuta può essere opportuno coinvolgere anche i nonni, laddove presenti, o altri membri autorevoli della comunità etnica di appartenenza.

Il pediatra, prima di affrontare la problematica, deve essere informato sulla complessità dell'argomento, conoscerne le motivazioni e le forme di MGF classificate, i relativi aspetti legali nazionali ed internazionali, deve spiegare chiaramente che la pratica delle MGF in Italia è illegale e fornire materiale informativo sulla legislazione vigente. Importante è anche sapere

esattamente la provenienza del nucleo familiare, perché a seconda dell'origine, si può programmare un percorso di prevenzione specifico.

Deve essere in grado, inoltre, di sviluppare un approccio partecipato e sensibile, che coinvolga i genitori nell'azione di prevenzione e di cambiamento, senza stigmatizzarli e giudicarli.

Il pediatra deve considerare che le MGF sono illegali, dannose, impraticabili, ed essere consapevole di poter assumersi la responsabilità di un intervento preventivo, curativo e riabilitativo.

## 2.4. Ruolo dei Servizi Sociali

In alcuni casi l'operatore di primo contatto è l'assistente sociale. In queste occasioni dovrebbe programmare ed organizzare, possibilmente in collaborazione con una mediatrice linguistico culturale, i seguenti interventi:

- Avviare colloqui con i genitori e successivamente con il nucleo familiare allargato per la ridefinizione delle relazioni inter ed intrafamiliari. È fondamentale informare i genitori dell'esistenza della legge italiana contro le MGF (L.7/2006).
- Favorire i contatti tra famiglie che hanno scelto di non mutilare le figlie e quelle a rischio e indecise sull'argomento.
- Promuovere l'accesso ai servizi territoriali e ai programmi elaborati da ASL ed Enti Locali.

Le raccomandazioni per gli operatori sociali delle linee guida ministeriali sottolineano inoltre alcune questioni che si vanno ad elencare:

- La vicinanza alla vita delle famiglie e delle comunità da parte delle assistenti sociali, il supporto che danno alla tutela della salute dei minori ed all'inserimento scolastico consentono loro di costruire quei legami di fiducia e di confidenza, con ogni famiglia, che possono far emergere anche gli aspetti più celati della propria cultura.
- Le assistenti sociali sono anche il tramite per coinvolgere non solo le donne, ma anche i loro mariti e le comunità in programmi di prevenzione e di tutela della salute che costituiscono il contesto all'interno del quale possono maturare posizioni di abbandono e di contrasto della tradizione delle MGF.

*Il coinvolgimento degli uomini, da parte degli operatori, nel percorso di revisione di valori, norme e tradizioni che governano i rapporti uomo-donna, il ruolo della donna nella famiglia, la figura femminile nella società potrà favorire più efficacemente il cambiamento di comportamento rispetto alle MGF.*

- Pretesti per allacciare rapporti possono essere rappresentati dai momenti di socializzazione che valorizzano una tradizione, una solennità della comunità e che offrono l'occasione per aprire il dialogo, promuovere la conoscenza reciproca, aprire la comunità al mondo esterno.
- Il coinvolgimento della comunità può avvenire più agevolmente attraverso contatti con *leader* riconosciuti (religiosi, persone di successo, anziani), il cui comportamento genera un processo imitativo da parte di altri membri della comunità.
- Importante è l'individuazione, nel contesto locale, di casi di rifiuto della tradizione della MGF, che possono costituire non solo un esempio da imitare, ma un precedente che dà sicurezza rispetto alle scelte che potrebbero essere compiute.

## 2.5. Ruolo delle Scuole

Si suggeriscono buone prassi atte a:

- Acquisire un buon livello di conoscenza delle MGF e delle possibili conseguenze sul comportamento delle bambine.
- Acquisire una conoscenza delle altre culture in modo da stimolare, rafforzare o mantenere comportamenti positivi.
- Introdurre il discorso delle MGF alle famiglie interessate, in occasione dei colloqui individuali, informandoli:
  - sulle complicità negative della pratica MGF
  - sulla legislazione italiana ed internazionale in materia di MGF
  - sui cambiamenti sociali e legislativi dei Paesi d'origine.
- Riferire come esempio storico, l'abolizione di pratiche negative sulle bambine in altri Paesi: quali ad esempio l'antica usanza della fasciatura dei piedini delle bambine cinesi.
- Nel caso in cui la bambina sia già stata sottoposta alla pratica MGF, l'insegnante dovrebbe essere in grado di cogliere eventuali "segnali di allarme" dai comportamenti anomali della minore ed affrontare il problema, per la parte che le compete, facendosi supportare e consigliare da personale esperto.

Come si evidenzia nelle raccomandazioni delle Linee Guida Ministeriali:

- "La bambina o la ragazza potrebbe impiegare molto tempo per urinare; potrebbe non partecipare ad attività di educazione fisica a causa dei dolori provocati dalle cicatrici, potrebbe subire cambiamenti nell'andatura e nei movimenti; la ragazza potrebbe

soffrire di forti dolori mestruali e assentarsi dalle lezioni uno o due giorni al mese e/o presentare cambiamenti dell'umore e del comportamento, potrebbe parlare meno, tendere ad isolarsi, percepire la propria diversità, vivere con disagio la partecipazione ad attività di gruppo. In questi casi è importante attivare nell'ambito scolastico un programma di sostegno psicologico e sanitario.

- A tutte le età le bambine lanciano messaggi per comunicare le proprie sensazioni, le proprie paure, per chiedere aiuto. Messaggi che devono trovare l'orecchio degli adulti attento, pronti a cogliere segnali di denuncia di una situazione di rischio.
- Le alunne appartenenti a comunità con tradizione escissoria potrebbero essere contattate direttamente da un'insegnante, con la quale sia stato stabilito un rapporto privilegiato, per sondare, in colloqui privati, se il tema delle MGF sia un argomento presente nella vita della minore nell'ambito familiare, e in caso affermativo, per affrontare questo argomento con la ragazza, con la famiglia e la comunità.
- In caso di rischio, l'insegnante potrebbe interessare, attraverso il docente referente provinciale per l'educazione alla salute, esperti (psicologi e assistenti sociali operanti nell'ambito scolastico) o strutture specializzate (distretto sanitario, servizi per la promozione della salute in età evolutiva nella comunità, consultori familiari) che possano verificare il rischio, offrire ascolto, ma anche l'assistenza necessaria alla scuola, alle bambine, alle famiglie per innescare un processo culturale di revisione e messa in discussione delle proprie tradizioni in nome della dignità della persona e di diritti universali".

Per tutte le figure professionali coinvolte nelle relazioni con le famiglie immigrate, val bene ricordare il saggio del sociologo algerino Abdelmalek Sayad (2002) che illustra come "l'immigrazione" sia un processo che modifica profondamente le persone. La cultura d'origine si incontra con la cultura predominante e viene sottoposta ad una revisione più o meno profonda ma inevitabile perché si vive "non una semplice vita di lavoratore", ma un "percorso sociale totale".

L'emigrazione delle famiglie, la nascita e crescita delle generazioni successive altrove impongono processi di dissimulazione, aggregazione, fusione ed identificazioni più o meno lente con il tessuto e territorio sociale di accoglienza. In più, le famiglie immigrate perdono la connotazione originaria di "famiglie sociali", per vivere la condizione nuova di "famiglie

coniugali”, perdendo in questo modo tutte le reti di sostegno familiare, clanico e sociale del Paese di provenienza. Gli impegni, le responsabilità e i costi di gestione delle “famiglie coniugali” si aggravano e si moltiplicano sfociando a volte in contraddizioni, crisi e squilibri familiari difficili da superare.

Di fatto l’immigrato viene a trovarsi in una situazione di “doppia assenza”: è assente (perché non ha ruoli decisionali e/o sociali) nel Paese d’origine, è assente (perché non ha ruoli decisionali nelle politiche che lo riguardano) nel Paese che lo ospita.

In alcuni gruppi, ad esempio quello egiziano, per le famiglie che progettano l’emigrazione, nel contratto matrimoniale viene imposta la clausola matrimoniale del “*qawwamum*”, che implica il dovere del marito di prendersi cura “globalmente” della consorte e della prole. In altri termini l’uomo si accolla la responsabilità di risolvere qualsiasi problema familiare, economico, scolastico, sanitario e sociale della moglie e dei figli. Da una parte questa azione rassicura le famiglie d’origine, ma dall’altra impone all’uomo un sovraccarico di ruoli difficilmente conciliabili con gli impegni lavorativi e colloca la donna al di fuori della società di accoglienza.

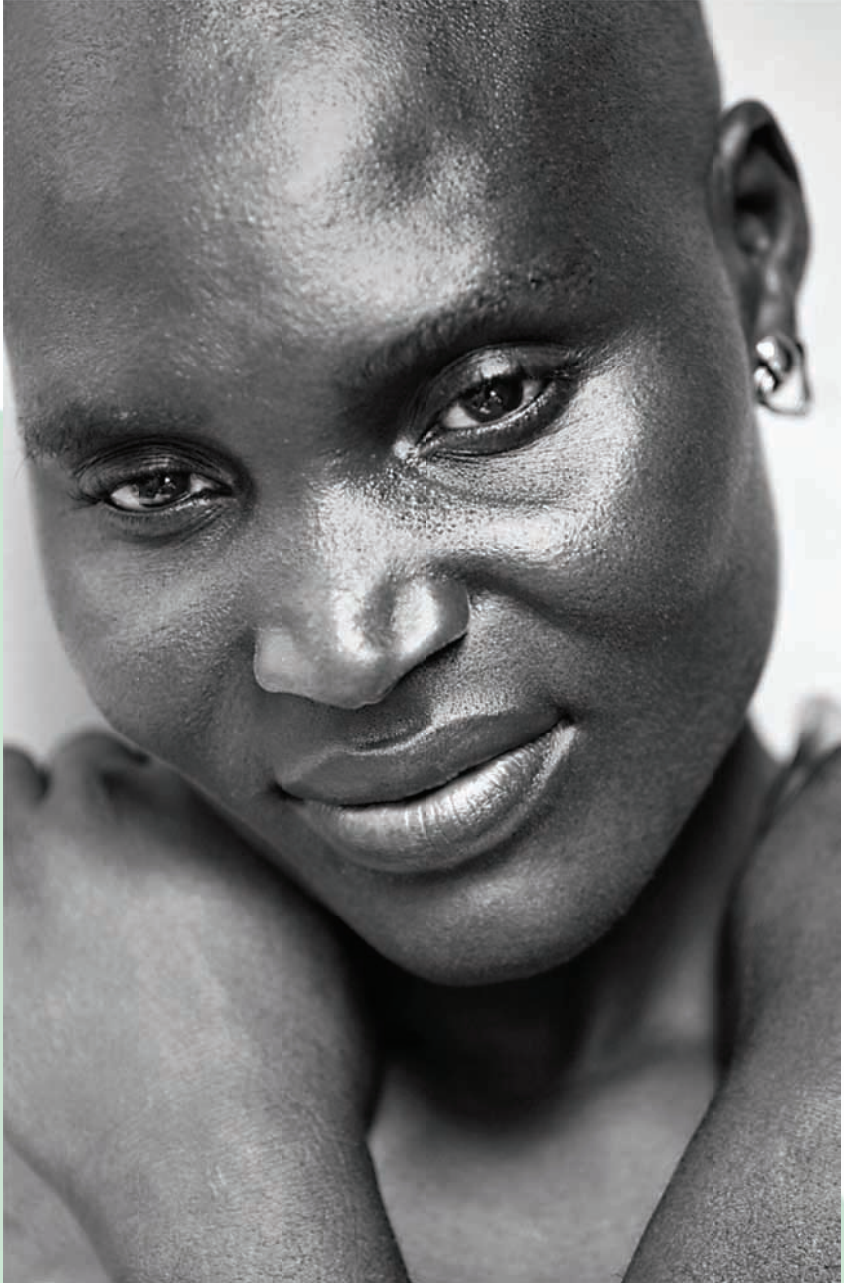
Ma il cambiamento che impone l’emigrazione è anche un fatto positivo, perché si viene immersi in una nuova “dimensione sociale totale”, dove regole, tradizioni e culture diverse riguardano la sfera coniugale in modo pregnante e questo porta a rivedere alcuni valori della propria cultura d’origine.

Esperienze europee (Gran Bretagna, Svezia, Danimarca, Svizzera) ci svelano che l’abbandono delle MGF in un contesto immigratorio sono più veloci, anche in presenza di ostacoli culturali delle comunità e/o della propria famiglia.

Tramite metodologie di *capacity building*, focus group, autopromozione e sistemi similari, le comunità immigrate target vengono stimolate a partecipare attivamente al superamento di consuetudini tradizionali dannose e degradanti per la persona.







## **Capitolo 3**

# **Le MGF e gli strumenti internazionali per la protezione dei diritti**

### 3.1. Introduzione

I documenti internazionali che possono essere presi in considerazione per affrontare, superare e vietare radicalmente la pratica delle MGF sono molteplici.

Per semplificazione vengono suddivisi in tre settori che sono ascrivibili alla:

- Area dei diritti umani
- Area dei diritti delle donne
- Area dei diritti del bambino

### 3.2. Diritti umani

La *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani*, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel Dicembre del 1948, annovera alcuni articoli che costituiscono la base per la condanna e l'abolizione di pratiche non rispettose dell'integrità della persona:

- art. 2: "Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione".
- art. 3: "Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona".
- art. 5: "Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamenti o a punizioni crudeli, inumani o degradanti".
- art. 12: "Nessun individuo potrà essere sottoposto ad interferenze arbitrarie nella sua vita privata, nella sua famiglia, nella sua casa, nella sua corrispondenza, né a lesioni del suo onore e della sua reputazione. Ogni individuo ha diritto di essere tutelato dalla legge contro tali interferenze o lesioni".
- art. 25: "Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute ed il benessere proprio e della sua famiglia (...). La maternità e l'infanzia hanno speciali cure ed assistenza".

La Dichiarazione ha costituito la base per la formulazione di due convenzioni delle Nazioni Unite (NU):

- La *Convenzione Internazionale per l'Eliminazione di Tutte le Forme di Discriminazione*, stilata dalle NU nel 1969, art.5, ove ci si sofferma sul diritto alla sicurezza ed alla protezione della persona da parte di gruppi o di Istituzioni.
- La *Convenzione Internazionale sui Diritti Politici e Religiosi* (1976) e la *Convenzione Internazionale sui Diritti Culturali, Sociali ed Economici* (1976), che contengono articoli riguardanti la

protezione di genere e il divieto di infliggere trattamenti inumani e crudeli, in particolare per i bambini e i giovani.

Il 7 Dicembre del 2000, a Nizza, è stata proclamata la *Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea*. Nel primo capitolo, l'art. 3 intitolato "Diritto all'Integrità della Persona", recita al punto 1 che: "ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica".

### 3.3. Diritti delle donne

- Il documento più importante sui diritti delle donne è la *Convenzione sull'Eliminazione di tutte le Forme di Discriminazione contro le Donne*, approvato dall'Unione Europea nel 1981.
  - L'art. 2 sollecita di abolire o modificare le leggi esistenti, le regole, i costumi e le pratiche che costituiscono una discriminazione nei confronti delle donne.
  - L'art. 5 obbliga gli Stati firmatari a prendere "tutte le misure appropriate per modificare i modelli di comportamento socio-culturale degli uomini e delle donne per giungere alla eliminazione dei pregiudizi e delle pratiche consuetudinarie o di altro genere che siano basate sulla convinzione della inferiorità o della superiorità dell'uno o dell'altro sesso o sull'idea di ruoli stereotipati degli uomini e delle donne".
- La *Dichiarazione di Vienna* (giugno 1993) al paragrafo 18 - parte I afferma che: "I diritti umani delle donne e delle bambine sono una parte inalienabile, integrale e indivisibile dei diritti umani universali".
- La *Dichiarazione finale della Conferenza su Popolazione e Sviluppo* (Cairo, 1994) in cui si richiede ai Governi "di abolire le MGF laddove esistono e di dare sostegno alle ONG ed alle istituzioni religiose che lottano per eliminare queste pratiche".
- Il *Programma d'Azione della IV Conferenza dell'ONU sulle Donne* (Pechino, 1995) prevede di "Eliminare la discriminazione nei confronti delle bambine nei settori della salute e della nutrizione".
- La *Dichiarazione congiunta OMS, UNICEF ed UNFPA* del 1997, in cui si condannano le mutilazioni dei genitali femminili in quanto "Violazione di diritti umani fondamentali, quali il diritto ad ottenere il più alto livello possibile di salute fisica e mentale e del diritto alla sicurezza della persona".

### 3.4. Diritti del bambino

- La *Dichiarazione dei Diritti del Bambino*, adottata nel 1959, afferma che “Ogni bambino deve avere la possibilità di crescere in modo sano ed in normali condizioni di libertà e dignità. Ogni bambino dovrebbe ricevere adeguate cure mediche e protezione contro qualsiasi forma di crudeltà”.
- La *Convenzione Internazionale dei Diritti dell’Infanzia*, approvata dalle NU nel 1990, all’art. 24 recita: “Gli Stati devono prendere tutte le misure efficaci ed appropriate per abolire le pratiche tradizionali che possono risultare pregiudizievoli alla salute dei minori”.
- La *Convenzione sull’Eliminazione di tutte le Forme di Discriminazione contro le Donne (CEDOW)* approvata dall’Unione Europea nel 1981. In particolare, l’art. 2 sollecita la presa di misure appropriate, anche legislative e “raccomanda di abolire o di modificare le leggi esistenti, le regole, i costumi e le pratiche che costituiscono discriminazione nei confronti delle donne”.

### 3.5. Convenzioni africane

- *Certificato Africano sui Diritti Umani delle Persone* del 1986, all’art. 4 tratta dell’integrità della persona, all’art. 5 della dignità umana, all’art. 16 del diritto alla salute, all’art. 18 della protezione dei diritti delle donne e dei bambini.
- *Carta Africana dei Diritti Umani e dei Popoli* (1981), all’art. 4 si afferma che: “Gli esseri umani sono inviolabili. Ogni essere umano dovrebbe avere diritto al rispetto per la sua vita e per l’integrità della sua persona. Nessuno può essere arbitrariamente privato di questo diritto”.
- *Protocollo Aggiuntivo Carta Africana dei Diritti Umani e dei Popoli* – Maputo 10/12 (luglio 2003). Il Protocollo Aggiuntivo (o Protocollo di Maputo) è l’unico strumento specifico dei diritti delle donne in Africa, così come la CEDOW, lo è a livello mondiale. È entrato in vigore il 25 novembre del 2005. Gli artt. 2, 5, 6 e 19 riguardano espressamente le misure da mettere in atto per l’eliminazione delle MGF e delle pratiche tradizionali dannose. Si afferma che le MGF sono una violazione dei diritti umani.
- *Dichiarazione di Addis Abeba sulla Violenza contro le Donne derivata dalle Pratiche Tradizionali*. In questo documento le MGF sono definite come una violazione della maggior parte dei diritti umani universalmente riconosciuti, inclusi: il diritto alla vita, alla

protezione contro i trattamenti crudeli, inumani e degradanti, il diritto all'auto determinazione, il diritto all'integrità fisica e psicologica, il diritto alla salute e il diritto alla protezione contro le discriminazioni.

- *Carta dei Diritti e del Benessere dei Bambini Africani*. L'art. 21 dedicato a: protezioni dalle pratiche sociali e culturali negative, al comma 1) afferma: "Gli Stati firmatari della presente Carta devono prendere tutte le misure appropriate per abolire le pratiche consuetudinarie, sociali e culturali, dannose per il benessere, la crescita normale e lo sviluppo del/della bambino/a ed in particolare verso:
  - i costumi e le pratiche pregiudizievoli per la salute e la vita del bambino/a;
  - i costumi e le pratiche discriminatorie per il/la bambino/a sulla base del sesso o di altre cause".
  - L'art. 5 sottolinea che: "Ogni individuo dovrebbe avere diritto al pieno rispetto della sua persona ed al riconoscimento del suo status legale. Qualsiasi forma di sfruttamento o di degradazione di un essere umano, in particolare la riduzione in schiavitù, la tratta ai fini di riduzione in schiavitù, la tortura, le punizioni ed i trattamenti inumani o degradanti, devono essere puniti". L'art. 6 evidenzia inoltre che: "Ogni individuo dovrebbe avere il diritto alla libertà personale ed alla sicurezza".



## Capitolo 4

### Aspetti giuridici



## 4.1. Introduzione

Le legislazioni contro le MGF devono essere sempre tenute presenti dagli operatori coinvolti, quali: infermieri, medici, ostetriche, operatori dei servizi materno-infantili, sociali, familiari e dell'istruzione.

Ma il solo approccio legislativo al fenomeno delle MGF mostra chiaramente i limiti del sistema giuridico se non sostenuto da interventi collettivi che possano accelerare il cambiamento di mentalità ed attitudini consuetudinarie nelle popolazioni portatrici di tali pratiche.

Le leggi emanate in Occidente e nel resto del Mondo vengono distinte in misure di tipo amministrativo, penale, civile e familiare o relative all'immigrazione. Oppure vengono emanate in forma di leggi specifiche od estensioni di leggi aspecifiche riguardanti, in generale, la tutela della persona.

La legislazione in materia è stata opportunamente raggruppata come segue:

- Legislazione nei Paesi europei
- Legislazione nei Paesi occidentali extra-europei
- Legislazione nei Paesi africani

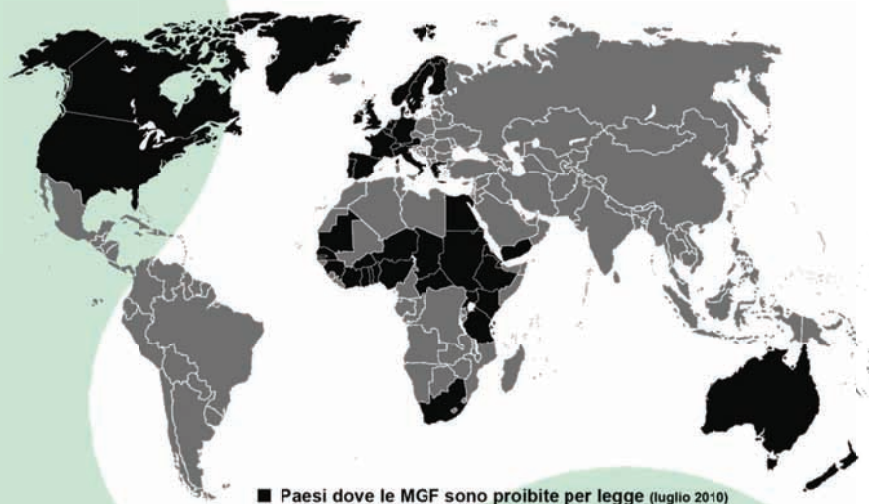


Figura 1

## 4.2. Legislazione nei Paesi europei

Tranne che per la Svezia, la Gran Bretagna, la Norvegia e l'Italia per gli altri Paesi europei non esistono leggi specifiche in materia di MGF. In questi Stati si fa riferimento alla legislazione generale vigente, che considera le mutilazioni sessuali femminili come abusi sui minori o violenza fisica (ovvero lesioni gravi o gravissime).

### Belgio

Nella legge penale vigente, il 4 Luglio del 1998, è stato esplicitamente incluso il divieto della pratica della mutilazione genitale femminile.

### Francia

Non è in vigore una legislazione apposita in materia, ma si ritiene applicabile a tale pratica l'art. 312 del Codice Penale così come è stato sostenuto dalla Corte Costituzionale (sentenza del 20 agosto 1983).

L'art. 312 precisa che: "Chiunque eserciti violenza o grave aggressione nei confronti di un minore al di sotto dei 15 anni è punibile con la reclusione a 10 anni, se dalla violenza risulta una mutilazione, l'amputazione di un arto, la perdita di un occhio o di altri parti del corpo, oppure se ne deriva accidentalmente la morte, la pena è aumentata fino ai 20 anni".

Inoltre il decreto del 26 giugno 1979 del Consiglio dell'Ordine di Deontologia Medica, stabilisce che "Nessuna mutilazione può essere praticata senza motivi terapeutici validi, se non dopo l'informazione alle interessate e con il loro consenso".

Dal 1991 in poi, le MGF sono riconosciute come persecuzione e, quindi, le donne a rischio possono chiedere asilo, ai sensi della Convenzione di Ginevra (sentenza 17/9/91, Corte d'Appello di Parigi).

### Germania

I paragrafi 223 (violazione dell'integrità fisica), 224 (violazione grave con coltelli o strumenti pericolosi) e 226 (ferita grave: perdita di un arto o di un membro, menomazione a lungo termine o permanente potrebbero includere le MGF). Anche se non le si nomina espressamente, una riforma del Codice Penale ha integrato il paragrafo 226 aggiungendovi "la perdita della capacità di procreare", ma non vengono nominate le mutilazioni genitali femminili in modo specifico.

### Gran Bretagna

L'Atto di Proibizione delle MGF è entrato in vigore nel 1986.

L'art. 1 considera reati:

- l'escissione, l'infibulazione o le pratiche di asportazione parziale o totale della clitoride e delle grandi e piccole labbra;
- l'aiuto o il sostegno da parte di qualsiasi persona ad effettuare tali procedure.

La pena massima prevista è di 5 anni di carcere, eccetto i casi in cui l'intervento non venga effettuato per motivi terapeutici. A tale legge è seguita la Children Act del 1989, che permette l'allontanamento del minore dalla famiglia, qualora tale misura costituisca l'unica alternativa per la protezione della bambina. La Children Act, inoltre, consente alla Corte di predisporre il divieto all'espatrio della minore a rischio.

### **Italia**

Dal 2006, è in vigore, la legge del 9 gennaio 2006, n. 7, specifica contro le MGF.

### **Norvegia**

Anche questo Stato ha promulgato una legge specifica sulle MGF, che è entrata in vigore il 1° gennaio del 1998.

Essa prevede che: "Chiunque esegua intenzionalmente un intervento sugli organi genitali di una donna, provocando danni o una trasformazione permanente delle parti, è punibile con la reclusione per un periodo che va dai 3 agli 8 anni, a seconda della gravità del danno".

### **Olanda**

Non esiste una legge apposita. Tuttavia le MGF sono proibite dall'art. 11 della Costituzione olandese che stabilisce: "Ogni persona ha diritto all'integrità fisica, all'autodeterminazione e alla libertà dalla violenza fisica perpetuata da altri". Ogni intervento che non sia dettato da una necessità terapeutica è considerato come una violenza e di conseguenza regolato secondo il Diritto Penale. L'ambiente medico e le organizzazioni femminili africane si sono opposti ad una proposta governativa che intendeva autorizzare interventi sui genitali femminili in forma simbolica e "leggera"!

### **Svezia**

La Svezia è stato il primo Paese occidentale ad aver adottato, nel 1982, una legge che proibisce specificatamente le MGF "Atto di proibizione delle MGF". Si riportano i due articoli di pertinenza:

- "Le operazioni sugli organi genitali femminili volte a produrre danni o cambiamenti permanenti, non sono ammissibili, indipendentemente dal consenso o meno dato dalla vittima".

- “Chiunque contravviene all’art.1 è passabile di arresto e di condanna a 4 anni di reclusione. Se il crimine ha comportato un pericolo per la vita, o una grave infermità, o si è svolto con un comportamento particolarmente incauto, vi è aggravante, che comporta un inasprimento della condanna da 2 a 10 anni di carcere. Tentativi o cospirazioni o fallimenti nel predisporre l’intervento devono essere considerati come azioni criminali in accordo con la sezione 23 del Codice Penale”.

A supporto della legge sono in vigore anche: l’Atto del Servizio Sociale (SOL) e l’Atto relativo al Benessere dei Minori (LVL, 1990:52).

Tali regolamenti completano il quadro per l’assistenza sociale rivolto ai cittadini (anche minori) maltrattati. Secondo la legge svedese, le MGF costituiscono abuso mentale e fisico per il minore. In particolare, secondo l’art. 71 del SOL, chiunque venga a conoscenza dell’abuso su un minorenne da parte della famiglia, deve avvertire il Ministero per il Benessere Sociale. Questo obbligo, che travalica le regole del segreto professionale, vale anche per il personale sanitario, che a fronte di casi di MGF, in fieri od espletato, ha l’obbligo di denunciare l’atto agli organi di Polizia. Successivamente saranno i servizi sociali che inizieranno le indagini conoscitive, che coinvolgeranno l’intero gruppo familiare, con lo scopo di tutelare e sostenere il minore. In questa fase risulta fondamentale il supporto del mediatore linguistico culturale, capace e sensibile alla problematica. Recentemente la Svezia ha adottato un regolamento specifico per vietare ai medici la re-infibulazione.

### **Svizzera**

Secondo l’art. 122 del Codice Penale, le MGF sono contrarie all’integrità fisica e di conseguenza sono ritenute una violazione dei diritti umani, quindi sono puniti come lesioni corporali gravi.

### **Parlamento Europeo**

Il 24 Marzo 2009, a Strasburgo, il Parlamento Europeo approva la Relazione dell’On. Cristiana Muscardini, Europarlamentare italiana, sulla lotta contro le Mutilazioni Sessuali Femminili praticate nell’UE: “Il Parlamento condanna ‘fermamente’ le MGF come ‘violazione dei diritti umani fondamentali’ e ‘pesante attentato all’integrità psicofisica’ delle donne e delle bambine che le subiscono. Il Parlamento sollecita quindi l’elaborazione di una chiara strategia globale e dei piani d’azione nell’intento di ‘bandire le MGF nell’Unione Europea’ e, attraverso meccanismi giuridici, amministrativi, preventivi, educativi e sociali, consentire alle vittime reali e potenziali di ottenere una valida protezione.

Esorta poi a respingere la pratica della ‘puntura alternativa’ ed ogni tipo di medicalizzazione, proposte come soluzione di mediazione tra la circoncisione del clitoride e il rispetto di tradizioni identitarie, ‘poiché ciò significherebbe soltanto giustificare e accettare la pratica della mutilazione genitale’ nel territorio dell’UE”.

### **Santa Sede**

Durante la tappa di Yaoundè (Camerun), Papa Benedetto XVI ha consegnato ai vescovi il documento “*Instrumentum Laboris*”, per “la riconciliazione, la giustizia e la pace” preparato dalla Chiesa africana che cita espressamente la condanna contro: “le guerre etniche, il traffico d’armi e di esseri umani, le violenze contro le donne e le mutilazioni dei genitali femminili” (19 marzo 2009).

## **4.3. Legislazione nei Paesi extra-europei**

### **Australia**

Tra il 1994 ed il 1997 sei degli otto stati e territori dell’Australia hanno adottato leggi specifiche che proibiscono le mutilazioni sessuali femminili. La *Queen’s Law Reform Commission* del ’96 considera mistificatrice e fuorviante la definizione di pratica tradizionale e raccomanda di valutarla come semplice mutilazione.

### **Canada**

Le MGF sono perseguite da numerosi riferimenti del Codice Penale sulla violenza fisica. Il Codice Penale è stato rivisto in modo da stabilire che il reato di “lesioni aggravate” si applica anche ad azioni volte a “praticare l’escissione, l’infibulazione o la mutilazione, intera o parziale, delle grandi labbra, delle piccole labbra o del clitoride di una persona, fatto salvo il caso di comprovate necessità mediche”.

È interdetta la re-infibulazione dopo il parto. Dal ’93 in Canada è in vigore un provvedimento che consente alle donne di chiedere asilo per motivi di persecuzione *on the basic gender*, cioè legata all’appartenenza di genere. Per ottenere l’asilo le donne devono provare di non essere tutelate da queste pratiche nel loro Paese d’origine.

### **Nuova Zelanda**

Il *Crimes Amendment Act* è stato modificato per vietare ogni atto che comporta la mutilazione dei genitali femminili, per il quale è comminata una pena fino ai 7 anni di carcere.

**Usa**

In 15 stati si prevede la punizione con il carcere fino a 5 anni e/o una multa per chiunque abbia praticato una qualche forma di MGF. Il Tribunale Amministrativo d'Appello, la più alta autorità giudiziaria sull'immigrazione, nel 1996 ha riconosciuto le MGF come una forma di persecuzione, basata sull'appartenenza di genere. Pertanto le donne che provengono da Paesi a tradizione mutilatoria possono richiedere ed ottenere l'asilo politico.

**Yemen**

Anche in Yemen è stata istituita una legge contro le MGF.

**4.4. Legislazione nei Paesi africani**

Vengono elencati i Paesi africani dotati di legislazioni ad hoc:

**Burkina Faso**

Il Codice Penale, dal 1996, prevede sanzioni penali che variano dai 6 mesi fino a tre anni, per chi viola l'integrità dei genitali femminili.

**Costa d'Avorio**

Dal 1998 chiunque commetta forme di menomazione sessuale è punito con il carcere da 1 a 5 anni, nonché multato.

**Djibuti**

Il Governo nel 1995 ha emanato una legge del Codice Penale per punire le MGF, fino ai 5 anni di reclusione.

**Egitto**

Dal 1996, si proibiscono le mutilazioni dei genitali femminili a scopo non terapeutico. La pena prevede fino ai 3 anni di reclusione.

**Etiopia**

La Nuova Costituzione del 1994 stabilisce che lo Stato deve proteggere le donne dagli usi e costumi nocivi e dannosi alla salute delle stesse. Quindi leggi, pratiche e consuetudini che opprimono le donne e ne ledono l'integrità fisica e mentale sono proibite.

**Eritrea**

Dal mese di aprile del 2007, è in vigore una legge nazionale che proibisce le mutilazioni sessuali femminili a scopo tradizionale. La legge prevede severe sanzioni penali.

**Ghana**

La sezione 69° del Codice Penale decreta che: “chiunque esegua qualsiasi forma di MGF, è punito fino a 3 anni di reclusione”.

**Guinea**

La Costituzione locale contiene uno specifico articolo che prevede il diritto all'integrità fisica e condanna tutte le forme di interventi dannosi sulle persone.

**Senegal**

È in vigore dal 1998 una legge, voluta dalle associazioni femminili, che proibisce le MGF e le penalizza con la reclusione da 6 mesi a 5 anni, a seconda del danno.

**Sudan**

La prima legge che proibiva le mutilazioni sessuali fu promulgata nel lontano 1946 e viene prevista una pena di 5 anni.

**Tanzania**

Dal luglio del 1998 è in vigore una legge specifica che proibisce l'escissione femminile sulle minori di anni 18.

**Somalia**

Va inoltre segnalato che alla fine degli anni '70, grazie all'impegno dell'Organizzazione Nazionale delle Donne Somale, venne istituita una commissione per sradicare la pratica dell'infibulazione. Tale commissione ebbe il compito di elaborare una proposta di legge che non poté entrare in vigore a causa dello scoppio della guerra civile. Rimane il fatto che in quel caso è stata davvero encomiabile la volontà di testimoniare un cambiamento radicale di una cultura profondamente condivisa dalla società somala. Recentemente una regione della Somalia, il Putland, ha istituito una legge contro le MGF.

Le MGF sono inoltre proibite in Benin, Kenya, Mauretania, Niger, Nigeria, Sud Africa, Togo, Chad, Uganda e nella Repubblica Centrafricana (dati luglio 2010).

#### 4.5. La situazione italiana

In Italia si hanno notizie di due sentenze penali, di una denuncia e di un caso ancora in dibattimento.

- Milano, 1996: una madre italiana denuncia il marito egiziano perché di ritorno dalla visita ai parenti in Egitto, la signora si accorse che la figlia aveva subito un'escissione e il figlio era stato circonciso. La vicenda processuale si è chiusa con una richiesta di patteggiamento (due anni di reclusione), senza proscioglimento e con la qualificazione dell'intervento subito dalla minore quale lesione personale gravissima (artt. 582 e 583 c.p.).
- Torino, 1997: una pronuncia del Tribunale per i Minorenni (TdM) di Torino sul caso di due genitori nigeriani che avevano sottoposto all'escissione, in un ospedale della Nigeria, la propria figlia. La bimba venne ricoverata a Torino per una complicanza. Intervenne il TdM che all'inizio allontanò la bimba dai genitori e dispose un'indagine sulla famiglia, avvalendosi di una mediatrice culturale. La mediatrice ebbe modo di spiegare l'importanza dell'escissione nella cultura Edo a cui appartenevano i genitori e quindi la loro decisione di rispettare un valore culturale. L'indagine rivelò la relazione positiva dei familiari, ovvero che la bambina era stata operata in una clinica nigeriana in ambiente sicuro e che era stata ben seguita dai genitori durante la sua degenza presso l'ospedale torinese. Il TdM ritenne di dover riaffidare la bimba ai genitori anche se sotto sorveglianza dei servizi sociali. Parallelamente il Tribunale ordinario archiviò il caso.
- Firenze, 2004: la proposta dell'Ospedale Careggi di medicalizzare la "puntura alternativa" (o *sunna* rituale), quale percorso alternativo meramente simbolico all'infibulazione fu approvato in prima istanza dal comitato bioetico della Regione Toscana. Tale decisione attivò l'Associazione Nosotras di Firenze che, grazie all'intervento delle socie somale Leila Abi e Ghenni Adam, favorì un movimentato dibattito pubblico che ebbe come risultato l'accelerazione dell'attuale legge nazionale sulle MGF. Successivamente la Regione Toscana bocciò la proposta.
- È ancora in corso l'iter di un caso di escissione effettuata da una "mammana" nigeriana a Padova. Il Tribunale di Padova non ha ancora emesso sentenza. Sarebbe la prima del dopo la legge n. 7/2006.



Per quanto riguarda le campagne di informazione e di sensibilizzazione, rivolte alle comunità target, vi è ancora molto da fare. Oltre a quella diretta del Ministero delle Pari Opportunità, si segnala il progetto Aurora coordinato da una Associazione di Torino e finanziata dal Dipartimento Pari Opportunità, che ha prodotto lo spot “Nessuno Escluso”, utilizzato dalle Reti Televisive Nazionali, come campagna di sensibilizzazione.

Un altro fronte sembra aprirsi: mentre, giustamente, la condanna delle MGF è chiara ed inequivocabile, i recenti trend di chirurgia estetica sui genitali femminili prendono sempre più spazio. Dal 2010 a Rimini si promuove un concorso di bellezza che premia le donne che si sono sottoposte a vaginoplastica. In diversi siti web sono presenti immagini di labioplastica e rimozione del prepuzio del clitoride. Anche se i chirurghi titolari sostengono che la maggior parte delle pazienti richiede questo tipo di chirurgia per motivi estetici, da più parte ci si chiede se la chirurgia estetica genitale non siano un altro aspetto di procedure di mutilazione genitale femminile.

Le indicazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità annoverano gli interventi di chirurgia estetica genitale (*vagina restyling*), non a scopi terapeutici, come MGF di IV tipo.

Sarebbe utile una attenta riflessione sulla accettazione sociale di quest’ultima frontiera di modello di bellezza, perché se le donne africane adulte decidessero, attraverso queste procedure, di continuare ad incidere il proprio corpo per identificarsi nelle culture d’origine, tutti gli sforzi di cambiamento di mentalità e di attitudini verrebbero di fatto rese vane!





# Capitolo 5

## Cambiamenti Culturali

## 5.1. Cosa sta cambiando in Africa, tentativi di superamento

Da alcuni decenni, in Africa, si stanno mettendo in atto una serie di esperienze “di buone pratiche” e di ricerca di soluzioni locali alternative alle infibulazioni e alle escissioni degli organi sessuali femminili, che hanno lo scopo di stimolare la consapevolezza della totale inutilità di pratiche arcaiche e crudeli.

Un tempo simbolo di valori sacri ed inviolabili, oggi le MGF vengono messe sempre più in discussione e si cerca di abbandonarle, sia attraverso riti alternativi che cercano di ridurre le complicità, sia attraverso la medicalizzazione dell'intervento in modo da attenuare le incisioni sui genitali.

Tutte le iniziative di tutela delle minori godono di una cassa di risonanza notevole per il coinvolgimento dei sistemi di comunicazione (radio, televisione, stampa ed internet), di svariate espressioni artistiche (cinema, musica, pittura, poesia e teatro), nonché dell'approvazione e la partecipazione dei Governi e della società civile. In altri termini le comunità africane, attraverso il lavoro tenace, intelligente e discreto delle donne, stanno apportando modifiche strutturali profonde che coinvolgono aspetti più ampi, tra cui quello di ridisegnare il loro ruolo tradizionale. Anche due dei più gravi problemi che affliggono il continente africano, cioè le guerre (con gli esodi che ne conseguono) e l'AIDS, concorrono a realizzare velocemente l'abbandono delle pratiche rituali dannose per la salute della donna.

Sono quindi in atto esperienze empiriche in alcuni Paesi che si vanno ad illustrare:

### **Burkina Faso**

Parte da Ouagadougou il percorso per una moratoria mondiale contro le MGF. Al termine dell'evento “Dal Cairo a Ouagadougou: verso un divieto universale delle mutilazioni genitali femminili (MGF)”, che si è svolta nel mese di novembre del 2009, si è adottato per consenso la *Dichiarazione finale* che è stata presentata nel 2010 alle Nazioni Unite. Il convegno è stato organizzato dall'ONG “Non c'è Pace Senza Giustizia” ed il governo del Burkina Faso, con il sostegno della Cooperazione Italiana, in collaborazione con l'Onu.

### **Egitto**

È nel villaggio di Sindibis, alle porte del Cairo, che si registra la più grande ed importante esperienza di “buona prassi” di tutto il continente africano. Dal 2003 è in atto il progetto “FREE FGM VILLAGE”, che monitora la

crescita, la salute e l'integrità fisica di tutte le bambine nate in quel periodo. Come riferito dalla sezione egiziana dell'Inter African Committee, alla fine del 2010 i "villaggi virtuosi", sono passati a essere 28.

### **Gambia**

L'Associazione per la Promozione delle Ragazze e per il Progresso della Condizione delle Donne da qualche anno organizza cerimonie d'iniziazione alternative "senza taglio".

### **Kenya**

Nel distretto di Meru vengono organizzati momenti di formazione sanitaria per madri e figlie, dove vengono discusse ed illustrate (anche attraverso la visione di supporti video), le complicanze e le sofferenze che comportano le MGF. A questi incontri partecipano anche i padri, in modo da renderli consapevoli della crudeltà della tradizione e coinvolgerli attivamente nei progetti di superamento. Quindi non più "affare di donne", ma "affare umano". Al termine dei corsi si organizzano cerimonie collettive dove le giovani ricevono il cosiddetto "libro della saggezza", preparato dai genitori.

### **Mali**

Anche in questo Paese da anni si propongono passaggi alternativi per i riti di iniziazione femminili. Uno dei più efficaci è il simbolico "taglio del pallone di banano", che sostituisce l'escissione del clitoride delle ragazze.

### **Niger**

Nel 2009 dieci villaggi del Niger occidentale hanno deciso di porre fine alle mutilazioni genitali femminili chiamando a raccolta tutti gli abitanti della regione del Tillabery, per interrompere una pratica che mette a repentaglio la vita delle giovani donne.

### **Somalia**

Fin dai primi anni '90, nella città di Merka, sita nella parte meridionale della Somalia, è stata avviata una campagna di superamento delle MGF, tramite una forma di puntura clitoridea (piccola incisione simbolica sul clitoride) e attraverso una campagna di sensibilizzazione sulle famiglie. A Kismayo, situata anch'essa nel sud della Somalia, vi opera un'associazione femminile che ha messo in atto strategie prioritarie quali l'istruzione delle bambine e programmi di salute rivolte alle donne ed alle famiglie. Tali programmi includono temi come le complicanze derivate dalle MGF e la necessità di preservare l'integrità fisica delle donne per diminuire i danni provocati dalle mutilazioni sessuali. I cicli di intervento sanitario sono

sostenuti e condivisi con le autorità religiose locali. Infine ad Erigavo, città del nord della Somalia, si registrano i primi risultati di bambine non mutilate o sottoposte a puntura clitoridea, dopo anni di interventi multipli che hanno compreso, religione, sanità, istruzione e diritti all'integrità. Anche se afflitta da due decenni di guerre e divisioni sociali, il dibattito sulla questione MGF è vivo e acceso.

### **Sudan**

Nel 2008, il Sudan ha assunto una strategia nazionale per abbandonare tali pratiche entro una generazione.

### **Uganda**

Fin dal 1995 è in atto un progetto itinerante che riguarda l'eliminazione delle MGF che coinvolge gli anziani e i capi delle comunità rurali. I responsabili individuati svolgono cerimonie alternative per le diverse fasce di età con offerte di doni simboliche che sottolineano i vari passaggi dei periodi delle bambine e delle ragazze.

Infine "buone prassi" sperimentate in molti Paesi sono i progetti che coinvolgono figure ritenute ostacolanti come le "ex escissore", le nonne e gli uomini.







**Capitolo 6**  
**Salute sessuale e mutilazioni genitali femminili in Lombardia: intensità e fattori di rischio**

## 6.1. Salute sessuale e riproduttiva

Il concetto di salute sessuale e riproduttiva cui si fa oggi riferimento è stato formalizzato alla Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo tenutasi al Cairo nel 1994 nella seguente definizione: *“stato di completo benessere fisico, mentale e sociale correlato con il sistema riproduttivo e le sue funzioni”*.

La salute sessuale è ivi considerata parte integrante della salute riproduttiva e la cura di quest’ultima legata alla cura della sessualità, il che implica che gli individui vanno assistiti sia nell’espletamento delle loro funzioni riproduttive (includendo cura e prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili), sia nel miglioramento delle condizioni di vita e delle relazioni personali. Gli ambiti interessati, pertanto, sono quelli della contraccezione, della maternità, dell’interruzione volontaria di gravidanza, ma anche delle mutilazioni genitali femminili.

A rafforzamento della complessa definizione del 1994, la conferenza del Cairo aveva individuato puntualmente anche i seguenti diritti riproduttivi: raggiungimento di più elevati standard di salute sessuale – indi accesso a servizi sanitari specializzati in materia di tutela della salute riproduttiva e sessuale –; reperire, ricevere e trasmettere informazioni corrette sulla sessualità; educazione sessuale; rispetto dell’integrità fisica; scelta del partner; scelta se avere o non avere rapporti sessuali; relazioni e rapporti sessuali consensuali; contrarre matrimoni consensuali; decidere se, e quando, avere figli; vivere una vita sessuale sicura e soddisfacente.

Va qui sottolineato come il pieno godimento di tali diritti sia ancora oggi globalmente più difficile per le donne di quanto non lo sia per gli uomini, in virtù sia di fattori biologici, sia di disuguaglianze legate al genere: prova ne sia il fatto che per le donne in età riproduttiva e in età adulta le prime due cause di morte – contagio da Hiv/Aids e mortalità materna – hanno entrambe a che fare con la sfera della sessualità.

Al proposito va sottolineato il fatto che nel 2000 l’Assemblea generale dell’ONU assume come prioritario il tema della salute sessuale e riproduttiva e include il miglioramento della salute materna fra gli otto Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals, Mdgs). Nel 2005 afferma che la salute riproduttiva è un presupposto fondamentale per il raggiungimento di tutti gli Mdgs, in particolare del numero 5, che da questo momento viene articolato nei seguenti obiettivi:

- *Target A*, Riduzione della mortalità materna di  $\frac{3}{4}$  rispetto al 1990;
- *Target B*, Accesso universale alla salute riproduttiva.

Ad oggi i risultati sono modesti e molto resta da fare visto che, a fronte di un'aspettativa di riduzione della mortalità materna del 75%, nel periodo 1990-2005 la contrazione è stata solo del 5%.

D'altronde molte delle istanze legate alla salute, in particolare alla salute sessuale e riproduttiva, hanno strettamente a che fare con la natura delle relazioni uomo-donna e pertanto l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva è raggiungibile solo perseguendo quello più globale e incluso tra gli 8 Mdgs – della parità tra i generi. In altri termini, il sistema sanitario può essere preparato a dare risposte mirate alle istanze specifiche e peculiari che la salute femminile pone rispetto a quella maschile se viene mantenuta la prospettiva di genere dalla fase di ricerca fino alla programmazione degli interventi politici.

## **6.2. Le mutilazioni genitali femminili in Lombardia**

La prevalenza delle mutilazioni genitali femminili fra le donne straniere è stata spesso stimata attribuendo la stessa proporzione calcolata nei Paesi di provenienza, ma l'utilizzo di questa metodologia non prende in considerazione l'effetto selettivo della migrazione. L'esito di questa sottovalutazione si sostanzia generalmente in una sovrastima del fenomeno. Questo sembra ripresentarsi anche in Lombardia poiché le donne di molte delle nazionalità presenti son molto meno portatrici di mutilazioni rispetto a quelle rimaste nei Paesi di origine.

In valore assoluto le immigrate in età feconda portatrici di mutilazioni genitali femminili in Lombardia al primo luglio 2010, sono 20.000. A queste sono da aggiungere altre tremila giovani di età inferiore ai 15 anni. Ciò significa che in Lombardia meno di una donna immigrata in età feconda ogni venti è stata sottoposta a mutilazione, un quinto è concentrato tra le africane presenti, pari a 23mila unità se si attuassero le annunciate intenzioni di perpetuazione della pratica rispetto alle minori di 15 anni.

La prospettiva di diminuzione dell'incidenza del fenomeno nel quadro lombardo in futuro è molto forte, visto che i dati di otto delle nove nazioni campionate dall'indagine – eccettuata solo la Nigeria – sono in diminuzione – complessivamente il 20% che sale al 30% fra le giovani di età inferiore a 15 – sia rispetto a quelli delle più recenti indagini Dhs al Paese di origine, sia a quelli "proiettati" sulle popolazioni femminili presenti nel 2008 in Lombardia se avessero mantenuto le stesse probabilità di MGF del Paese d'origine.

Paese	15-49enni con MGF	15-49enni con MGF con = proporzione paese di origine	0-14enni con MGF	Totale 0-49enni con MGF	0-14enni a forte rischio MGF
Egitto	11.555	15.670	605	12.160	1.005
Nigeria	3.085	445	285	3.370	225
Eritrea	1.160	1.480	170	1.335	40
Burkina Faso	850	970	80	930	25
Costa d'Avorio	805	1.530	45	850	55
Etiopia	530	680	45	570	..
Senegal	525	2.185	..	525	25
Somalia	405	410	30	440	40
Sierra Leone	220	160	..	225	..
Benin	165	45	40	210	30
Ghana	160	220	..	160	..
Kenya	75	85	..	80	..
Altri	375	735	95	470	60
<b>Totale</b>	<b>19.920</b>	<b>24.625</b>	<b>1.410</b>	<b>21.330</b>	<b>1.515</b>

Tabella 1 – Stime campionarie delle principali dimensioni quantitative del fenomeno MGF in Lombardia al 1° luglio 2010. Arrotondamenti a 5 unità

	15-49enni	% su totale africane 15-49enni	% su totale straniere 15-49enni
Africane con MGF	19.920	20,9	4,7
Totale africane	95.495		
Totale straniere	419.705		
	0-14enni	% su totale africane 0-14enni	% su totale straniere 0-14enni
Africane con MGF	1.410	4,9	1,3
Africane a forte rischio MGF	1.515	5,3	1,4
Totale africane	28.690		
Totale straniere	105.285		
	0-49enni	% su totale africane 0-49enni	% su totale straniere 0-49enni
Africane con MGF	21.330	17,2	4,1
Africane a forte rischio MGF	1.515	1,2	0,3
Totale africane	124.185		
Totale straniere	524.990		

Tabella 2 – Stime campionarie delle principali incidenze del fenomeno MGF in Lombardia al 1° luglio 2010. (Arrotondamenti a 5 unità)

La riduzione fra alcune provenienze è davvero eclatante. Il collettivo femminile adulto senegalese si è ridotto di ben  $\frac{3}{4}$ , incidendo solo per meno del 7%. Ciò si deve principalmente al fatto che la grande maggioranza del flusso senegalese in Lombardia è d'origine *wolof*, etnia che generalmente non pratica mutilazioni genitali femminili. Fra le donne provenienti dalla

Costa d'Avorio, le MGF si sono ridotte delle metà, incidendo oggi in Lombardia per meno del 22%. Le ivoriane fanno capo ad una pluralità di etnie e provenienze e tra le quali il fenomeno MGF è ancora particolarmente diffuso solamente nei gruppi islamici *malinkè* e *diola*. Anche il Ghana segna una discreta diminuzione d'incidenza del fenomeno, ma il margine assoluto di decremento è inferiore, poiché parte già da un livello minimo fra tutte le nazionalità esaminate. L'Egitto, predominante in Lombardia per valore assoluto di presenza della pratica con 11,6mila donne in età feconda coinvolte sulle 19,9mila complessive, è al quarto posto per decrescita relativa con  $\frac{1}{4}$  in meno tra l'ipotesi di incidenza del 96% nel 2008 in patria e quella del 71% nel 2010 in Lombardia. Etiopia ed Eritrea diminuiscono la pratica di poco più di  $\frac{1}{5}$ , con diminuzioni relative superiori alla media di quanto registrato dal complesso delle cittadinanze africane presenti in Lombardia al 1° luglio 2010.

In definitiva, a parte il Ghana dove il fenomeno è ormai residuale, gli altri Paesi fin qui esaminati oscillano dai 25 punti percentuali in meno per l'Egitto, che partiva dal livello più elevato, ai 20-21 per Costa d'Avorio e Senegal e ai 16-18 per Etiopia ed Eritrea.

Per Burkina Faso e Somalia si manifestano differenziali negativi più bassi. In Burkina Faso sono in corso eccezionali campagne di sensibilizzazione sul tema delle mutilazioni genitali femminili, fatto che potrebbe spiegare la riduzione a meno di dieci punti percentuali dei differenziali d'incidenza del fenomeno tra contesto lombardo e contesto locale. La riduzione di pochi decimi fra le somale invece è spiegabile con l'eccentricità della migrazione, poco conforme alle tradizionali spinte a migrare di popolazione selezionata in partenza. Si tenga conto poi del fatto che il campionamento delle somale ha portato al contatto con molte più donne appena arrivate in Italia piuttosto che con le più rare presenti da maggior tempo, anche se le riponderazioni finali per fasce di età hanno mitigato l'effetto anagrafico.

Paese	% 15-49enni con MGF in Lombardia	% 15-49enni con MGF al Paese di origine
Egitto	70,7	95,8
Nigeria	74,3	10,8
Eritrea	67,5	86,0
Burkina Faso	64,5	73,6
Costa d'Avorio	21,7	41,2
Etiopia	56,5	72,7
Senegal	6,7	27,7
Somalia	87,1	87,7
Ghana	3,4	4,7

Tabella 3 – Stime campionarie e proiezioni delle principali incidenze di MGF in Lombardia al 1° luglio 2010

Costituisce un caso a sé la compagine nigeriana, fra cui le MGF sono superiori a quelle stimate in patria. Le MGF in questo Paese stanno riducendosi molto velocemente – la percentuale media fra le 15-49enni in Nigeria era del 19,0% secondo l'ultima indagine Dhs – ma la controtendenza in territorio lombardo si spiega col fatto che ben  $\frac{2}{3}$  delle immigrate nigeriane presenti nella nostra regione proviene dal piccolo Stato di etnia Edo con capitale Benin City che, nonostante il contesto urbano, è ancora caratterizzata da un insieme di fortissime tradizioni e consuetudini fra cui anche l'accettazione e la perpetuazione della pratica delle MGF. Il processo selettivo della migrazione in questo caso agisce a favore delle mutilazioni: più di una nigeriana su tre ha già praticato MGF ad almeno una delle proprie figlie, contro l'estremo opposto di percentuali quasi nulle per senegalesi, ghanesi e ivoriane e una prevalenza inferiore a un ventesimo tra le immigrate africane nel loro complesso e di poco superiore a  $\frac{1}{3}$  tra quelle coinvolte dal fenomeno MGF. Come vedremo, le Edo di Benin City e le nigeriane in generale si collocano anche al primo posto per ciò che riguarda le prospettive d'azione futura: per oltre  $\frac{1}{3}$  delle nigeriane si è riscontrata o ipotizzata l'intenzione di perpetuare la pratica tra le eventuali figlie future oppure già in vita ma non ancora coinvolte dal fenomeno MGF.

	Edo Benin City	Altre etnie	Totale Nigeria
V. % 15-49enni con MGF	87,1	49,1	74,3
V. % 0-14enni con MGF	41,2	18,1	32,3
V. % 0-14enni a forte rischio MGF (tra quelle senza MGF)	46,7	21,2	37,3

Tabella 4 – Stime campionarie delle principali incidenze di MGF relative alle etnie nigeriane in Lombardia al 1° luglio 2010

La scarsa presenza in Lombardia di alcuni gruppi ha indotto a una stima con differente procedura, senza tuttavia che questo potesse influire sulla prevalenza totale. Ad esempio, il Camerun conta poco più di 800 presenze femminili in età feconda in Lombardia e una quota di prevalenza del fenomeno in patria nel 2008 nell'ordine dell'1%; segue il Togo, con circa 500 unità e un'incidenza di MGF in Lombardia inferiore al 10%, e infine Guinea e Kenya, cui risultano sì associati tassi di prevalenza che interesserebbero circa una donna su quattro, ma entrambi con presenze complessive di poco superiori alle 300 unità ciascuna in Regione Lombardia. Si deve poi tener conto del fatto che per determinare la quota di MGF si sono considerate positivamente sia la quota di risposte affermative, sia quelle di "non sa", "non dichiara". I "non sa" sono stati mediamente nell'ordine dello 0,7% delle risposte alle domande sulla propria eventuale circoncisione, con punte superiori al 4% tra le nigeriane e le etiopi; i "non dichiara" in risposta alla medesima domanda hanno inciso mediamente per lo 0,6%, con quote massime comunque complessivamente di poco superiori al singolo punto percentuale per le cittadine del Burkina Faso, dell'Egitto, della Somalia e dell'Eritrea. In definitiva, il fenomeno delle MGF tra le immigrate in Lombardia può essere riferito per tre quarti alle egiziane, poi alle nigeriane. Su un totale di oltre 16mila presenti di tale nazionalità in età feconda, sono quasi 12mila le donne egiziane circoncise, pari da sole al 58% delle immigrate della stessa fascia d'età con MGF in Lombardia al 1° luglio 2010. Le nigeriane in età feconda con MGF sono invece più di 3500, comprese le minori di 15 anni.

### **6.3. Quale, quando e da chi**

L'intensità della pratica mutilatoria appena descritta riguarda prevalentemente le forme meno invasive di modificazione anche se quella più grave – l'infibulazione – è decisamente elevata fra le donne somale e, in subordine, etiopi ed eritree.



Origine	Asportazione clitoride	Escissione allargata	Infibulazione	Altro	Non sa/ non dice	Totale
Costa d'Avorio	67,0	18,3	4,9	4,9	4,9	100,0
Burkina Faso	90,1	0,0	0,0	0,0	9,9	100,0
Egitto	60,0	1,8	0,6	0,0	37,6	100,0
Etiopia	10,7	13,6	9,4	0,0	66,4	100,0
Nigeria	72,8	0,0	0,0	0,0	27,2	100,0
Senegal	85,4	0,0	0,0	0,0	14,6	100,0
Somalia	6,1	33,6	30,0	19,3	11,0	100,0
Eritrea	81,6	5,3	7,1	0,0	6,1	100,0
<b>Classe età</b>						
15-24	63,7	2,1	1,9	1,0	31,3	100,0
25-39	62,9	3,7	1,6	0,7	31,2	100,0
40-49 anni	61,7	2,2	2,1	0,1	33,9	100,0
<b>Totale</b>	<b>62,7</b>	<b>3,2</b>	<b>1,7</b>	<b>0,6</b>	<b>31,8</b>	<b>100,0</b>

Tabella 5 – Tipo di mutilazione subita per Paese di origine e classe età

Poco meno di  $\frac{1}{3}$  delle donne non sa a quale tipo di mutilazione sia stata sottoposta, forse perché non si sono mai poste il tema della classificazione, senz'altro perché l'intervento è praticato soprattutto nei primi anni di vita (l'82% delle donne colloca l'evento durante l'infanzia, spesso non sapendo precisamente a che età), quindi le donne oggi adulte possono non sapere della tipologia mutilatoria loro riservata. Va detto tuttavia, che non è rara la mutilazione in adolescenza, soprattutto dove la pratica è un rito di passaggio allo stato adulto.

Per quanto riguarda il luogo dell'intervento e la persona preposta a farlo, la quasi totalità delle donne mutilate presenti in Lombardia ha subito l'intervento nel Paese di origine o in un altro Stato africano (Costa d'Avorio) indifferentemente dall'epoca di arrivo o dalla nascita in Italia, elemento questo rilevante perché sottrae al dibattito la supposizione non suffragata che esista in Lombardia una rete clandestina finalizzata alla mutilazione delle bambine. L'intervento è stato effettuato soprattutto da personale non specializzato, in condizioni igieniche precarie e con strumenti rudimentali. In Egitto, Nigeria, Somalia e fra le generazioni più giovani è decisamente più presente il personale sanitario e quindi l'intervento in condizioni salubri.

	Circoncisore tradizionale	Personale sanitario	Non sa/ non ricorda	Totale
Costa D'Avorio	100,0			100,0
Burkina Faso	93,7	4,3	2,0	100,0
Egitto	40,7	56,4	2,9	100,0
Etiopia	100,0	0,0	0,0	100,0
Nigeria	79,5	10,4	10,1	100,0
Senegal	100,0	0,0	0,0	100,0
Somalia	48,2	38,0	13,7	100,0
Eritrea	72,7	0,0	27,3	100,0
<b>Classe età</b>				
15-24	47,1	45,0	7,9	100,0
25-39	55,7	40,7	3,6	100,0
40-49 anni	69,6	22,3	8,0	100,0
<b>Epoca di arrivo</b>				
Nata in Italia	34,7	54,8	10,5	100,0
Arrivo dopo il 2006	55,9	39,2	4,9	100,0
<b>Totale</b>	<b>57,7</b>	<b>37,3</b>	<b>5,0</b>	<b>100,0</b>

Tabella 6 – Chi ha eseguito la mutilazione per Paese di origine, classe d'età ed epoca di arrivo

Origine	Dolori mestruali	Difficoltà a urinare
Costa D'Avorio	39,9	3,6
Burkina Faso	21,8	-
Egitto	3,7	3,4
Etiopia	4,3	-
Nigeria	1,8	-
Senegal	29,2	
Somalia	70,6	55,8
Eritrea	17,5	11,4
<b>Classe età</b>		
15-24	7,8	5,0
25-39	8,2	3,3
40-49 anni	9,7	4,4
<b>Totale</b>	<b>8,4</b>	<b>3,8</b>

Tabella 7 – Effetti conseguenti la mutilazione per origine e classe d'età. Valori percentuali

Per non poche donne immigrate la mutilazione è percepita dolorosamente non solo e non tanto in riferimento al ciclo mestruale o alle difficoltà ad urinare, quanto piuttosto alle complicazioni al momento del travaglio, del parto e durante i rapporti sessuali. Una particolare difficoltà è espressa dalle donne somale che, d'altronde, sono più spesso portatrici di infibulazione. I dolori nei rapporti sessuali sono riconosciuti indifferentemente a tutte le età, quelli psicologici soprattutto dalle più

adulte. Burkinabè ed etiopi esprimono sempre una condizione di disagio che tuttavia non sono certe di poter ricondurre alla mutilazione.

Nonostante i disagi, solo il 3% delle donne si è sottoposto a interventi di ricostruzione e fra queste prevalgono le somale e le eritree, costrette da motivi di salute e più adulte che giovani, comprensibilmente se si riconosce che gli effetti collaterali negativi si acuiscono con l'avanzare dell'età. Il 95% delle intervistate non si è mai sottoposta a interventi finalizzati alla ricostruzione, il restante 5% non è in grado o non intende dirlo.

Difficoltà travaglio/parto		Dolore nei rapporti sessuali		Disturbi di natura psicologica	
Sì	Non sa	Sì	Non sa	Sì	Non sa
2,0	11,9	10,3	10,4	17,5	10,0
Somalia, 40-49enni	Burkina Faso, Etiopia, 40-49enni	Costa d'Avorio, Senegal, Somalia Tutte le età	Burkina Faso, Etiopia, 40-49enni	Egitto, Somalia, 40-49enni	Burkina Faso, Etiopia Tutte le età

Tabella 8 – Soggetti con maggiori complicanze da mutilazione (origine e classe d'età)

#### 6.4. Favorevoli o contrarie?

Poiché le donne portatrici di mutilazione sono state sottoposte all'intervento durante l'infanzia la stima della prevalenza appena descritta è una condizione che non può essere ricondotta alla volontà delle migranti, troppo piccole per avere voce in capitolo. Lo è invece l'opinione sulla continuazione della pratica, soprattutto in funzione del destino delle seconde generazioni.

Al proposito l'indagine ci conferma che l'essere migranti riduce il favore verso il mantenimento della pratica mutilatoria. Infatti, solo 11 donne ogni 100 provenienti da Paesi a forte tradizione mutilatoria sono favorevoli alla prosecuzione, e solo un terzo di queste si esprime senza porre condizioni; le altre, invece, dichiarano che andrebbe fatta in sicurezza – in ambiente sterile e con personale competente – e dovrebbe essere meno invasiva, fino ad assumere le sembianze di rito simbolico.

Se  $\frac{3}{4}$  del campione afferma che la pratica mutilatoria non deve continuare, un gruppo di dimensioni non irrilevanti non ha le idee chiare: l'incertezza di queste donne mette a rischio la generazione successiva ed è dunque proprio su queste donne che dovrebbero moltiplicarsi gli sforzi di prevenzione.

Opinione sulla continuazione	V. %
Sì	4,0
Sì, ma solo se meno aggressiva	3,4
Sì, ma solo se praticata in ospedale in anestesia	3,5
Sì, ma sostituita da interventi simbolici	0,8
<b>Totale sì</b>	<b>11,6</b>
No, deve terminare	75,0
Non sa	11,2
Non lo dichiara	2,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Tabella 9 – Opinione sulla continuazione della pratica mutilatoria

La provenienza disarticola il dato generale in modo netto: si esprimono a favore del mantenimento della pratica mutilatoria solo le donne egiziane, nigeriane e somale, queste ultime però disponibili quasi solo a condizione che si trasformi in un rito simbolico. Etiopi, eritree e senegalesi mostrano al contrario una più significativa opposizione alla continuazione della pratica.

	Sì	Sì, ma solo se è meno aggressiva	Sì, se praticata in ospedale con anestesia	Sì, sostituita da interventi simbolici	No, deve terminare	Non sa	Totale
Costa d'Avorio		2,1	2,1		83,5	12,3	100,0
Burkina Faso		3,1		0,9	85,8	10,2	100,0
Egitto	1,9	6,2	4,8	0,9	73,7	12,4	100,0
Etiopia					97,8	2,2	100,0
Nigeria	23,2	5,8	12,8		43,4	15,5	100,0
Senegal				0,9	94,2	5,0	100,0
Somalia	1,0		2,2	15,9	59,7	23,7	100,0
Eritrea			2,3	2,4	86,6	8,5	100,0

Tabella 10 – Opinione sulla continuazione della pratica mutilatoria per origine delle donne

Età, arrivo o nascita in Italia, esperienza personale e livello di scolarità concorrono significativamente a modulare l'intensità della volontà di prosecuzione.

Circa  $\frac{3}{4}$  delle donne giunte in Italia nel corso dell'ultimo quinquennio esprime un parere sfavorevole alle mutilazioni, mentre quelle nate in Italia in nessun caso condividono l'idea della prosecuzione, nemmeno se attenuata da circostanze favorevoli.

Le donne più giovani sono meno inclini a preservare la tradizione, benché le differenze con le generazioni più adulte non siano eclatanti. Le giovani inoltre mostrano un certo grado di incertezza, probabilmente ascrivibile

alla complessità e alla conflittualità nella trasmissione dei valori dalla prima alla seconda generazione.

Per quanto concerne l'esperienza personale, le donne mutilate sono decisamente più propense al mantenimento rispetto a quelle che non l'hanno subita, il che sembra rinforzare l'ipotesi che un'azione preventiva possa innestare un processo virtuoso di riduzione della pratica nel nostro Paese.

Il livello di scolarità è pure efficace nella riduzione del consenso: le donne più istruite sono meno propense ad accettare le mutilazioni rispetto alle altre e ben 20 punti percentuali dividono il consenso alla pratica delle MGF delle donne che hanno rapporti meno paritari da quelle più autonome nelle relazioni di coppia, queste ultime più a favore dell'interruzione.

	Si	Si se è meno aggressiva	Si se praticata in ospedale	Si sostituita da interventi simbolici	No, deve terminare	Non sa Non dice	Totale
<b>Classe d'età</b>							
15-24	2,4	3,0	2,3	0,4	78,0	13,9	100,0
40-49	1,2	2,3	5,3	0,9	75,4	14,9	100,0
<b>Arrivo in Italia</b>							
Nata in Italia					86,9	13,1	100,0
Dopo il 2005	4,2	6,1	4,3	1,0	71,9	12,5	100,0
<b>Esperienza personale</b>							
Mutilata	7,1	6,7	7,0	1,3	65,4	12,3	100,0
Non mutilata	1,5	0,4	0,7		83,6	13,5	100,0
<b>Istruzione</b>							
Bassa	8,6	3,1	2,7	1,1	69,3	15,3	100,0
Elevata	2,3	3,1	2,5	0,9	79,4	11,8	100,0
<b>Autonomia</b>							
Rapporti non paritari	5,2	8,9	8,1	1,3	61,5	14,9	100,0
Rapporti più paritari	4,4	2,2	1,0	0,2	81,3	10,9	100,0

Tabella 11 – Opinione sulla continuazione della pratica mutilatoria per alcune caratteristiche delle donne (modalità estreme, valori percentuali)

Se è di grande interesse la diversificazione del favore rispetto ad alcune caratteristiche delle donne, non meno significativi sono i motivi adottati in entrambi i casi. Le qualificazioni del consenso e del dissenso sono state costruite chiedendo alle donne di indicare i due motivi più importanti per cui fosse benefico mantenere la pratica così come abbandonarla.

Ebbene, il 40% delle donne intervistate nega che ci possano essere benefici nelle mutilazioni. Fra quelle che si esprimono a favore dominano motivi

riconducibili alla sfera “pubblica” conforme alla domanda del contesto sociale di riferimento quali il rispetto della tradizione, la preservazione della verginità, l’approvazione della famiglia e l’approvazione religiosa (insieme raggiungono poco più dell’80% del favore).

Beneficio	V. %	
	Sul totale	Sui benefici
Rispetto della tradizione	16,9	32,9
Preserva verginità e protegge da rapporti prematrimoniali	7,8	15,1
Approvazione della famiglia	6,6	12,8
Accettazione/riconoscimento sociale	5,3	10,3
Pulizia/igiene	5,2	10,0
Approvazione religiosa	4,6	9,0
Migliori prospettive matrimoniali	3,4	6,7
Maggior piacere sessuale per l’uomo	1,5	2,9
Nessun beneficio	40,2	
Non sa/non dichiara	8,6	
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	

Tabella 12 – Benefici derivanti dalla mutilazione (due motivi congiunti)

Chi invece ritiene che sia benefico non avere mutilazione adduce a motivi privati e individuali e attinenti gli aspetti fisiologici – il dolore e la riduzione del piacere sessuale – o condizionate dal contesto in cui vivono, come il vantaggio di evitare l’imbarazzo alle visite ginecologiche e al parto e la possibilità di sentirsi più simili alle coetanee italiane.

Beneficio	V. %	
	Sul totale	Sui benefici
Maggiore piacere sessuale per la donna	24,9	29,6
Evitare il dolore	24,8	29,4
Minori problemi medico-ginecologici	12,8	15,2
Maggior piacere sessuale per gli uomini	9,8	11,7
Non avrebbero imbarazzo durante le visite e il parto	6,1	7,3
Sentirsi più simili alle coetanee italiane	5,0	5,9
Altro	0,8	0,9
Nessun beneficio	3,8	
Non sa o non dichiara	12,1	
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	

Tabella 13 – Benefici derivanti dalla non mutilazione (due motivi congiunti)

In definitiva, mentre i benefici adottati a favore della prosecuzione della pratica sono conformistici quelli del “no” sono ben radicati nelle istanze individuali di benessere. Questo aspetto cruciale è accompagnato dal fatto che fra le donne nate in Italia oltre l’80% non ravvisa alcun beneficio nella mutilazione genitale e sono blande anche sui motivi connessi

all'accettazione sociale, mentre le donne da poco in Italia argomentano un po' su tutto, con maggior favore per le ragioni che difendono la tradizione. Un secondo risultato eclatante riguarda l'importanza del contesto di emigrazione. La somiglianza alle coetanee italiane e la riduzione dell'imbarazzo al parto o alla visita ginecologica insieme raggiungono il 21% fra le più giovani, valore 3 volte più alto di chi è appena giunto in Italia. In altri termini, l'essere nata e almeno in parte socializzata in Italia, e l'essere di seconda generazione, sembra avere un effetto mitigante sul favore nei confronti delle MGF che, in prospettiva, prefigura una progressiva riduzione dell'intensità fra le donne presenti in Italia e future cittadine italiane.

Benefici del Sì	Classe d'età		Arrivo in Italia	
	15-24	40-49	Nata in Italia	Dal 2006
Nessun beneficio	51,9	43,2	84,4	32,1
Rispetto della tradizione	15,3	12,0	1,4	21,0
Preserva verginità e protegge dai rapporti prematrimoniali	6,9	10,0	2,1	10,7
Approvazione della famiglia	6,6	6,6	1,4	7,3
Accettazione sociale	3,5	5,6	0,4	6,3
Pulizia/igiene	4,5	4,4	0,0	5,8
Approvazione religiosa	1,6	2,6	0,0	4,3
Migliori prospettive matrimoniali	1,5	3,7	0,0	3,9
Maggior piacere sessuale per l'uomo	1,1	2,3	0,9	0,1
Non sa/non dichiara	7,1	9,6	9,5	8,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Benefici del No</b>				
Evitare il dolore	22,8	25,6	24,7	22,8
Maggior piacere sessuale per la donna	21,4	23,5	19,9	27,9
Minori problemi medico-ginecologici	14,6	12,4	19,6	11,9
Maggior piacere sessuale per gli uomini	7,4	8,7	2,9	13,6
Non avrebbero imbarazzo durante visite e parto	6,0	6,0	10,1	5,8
Nessun beneficio	4,4	4,6		
Sentirsi più simili alle coetanee italiane	8,1	4,3	11,3	1,7
Altro	0,9	1,0	3,7	4,6
Non sa o non dichiara	14,5	14,0	7,7	11,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tabella 14 – Benefici derivanti dalla mutilazione e dalla non mutilazione per età ed epoca di arrivo (% donne appartenenti a ciascuna categoria)

Come è stato più volte sottolineato, la dimensione culturale, rappresentata in questa indagine dal luogo di provenienza, determina ancora una volta marcate differenze: le donne di nazionalità egiziana, nigeriana e somala – Paesi ad altissima prevalenza – credono meno delle altre nel fatto che le

mutilazioni non diano benefici e, al contrario, si esprimono le donne senegalesi, Paese a bassa mutilazione. Il rispetto della tradizione e l'approvazione della famiglia sono i benefici più indicati da tutte, ma soprattutto da una donna ogni tre fra le egiziane e le somale. Se si aggiunge il riconoscimento sociale, pure non poco indicato, sembra di poter intravedere una scelta molto dettata dal contesto sociale e familiare più che da benefici personali. In questo senso, il mutamento delle famiglie transnazionali e il differente contesto sociale potrebbero favorire l'accelerazione dell'abbandono della pratica.

### **6.5. L'importanza delle madri**

Un'opinione favorevole o contraria delle donne al mantenimento della pratica mutilatoria condiziona ovviamente il trattamento riservato dalle madri alle figlie. Guardiamo allora le opinioni o i comportamenti delle donne in riferimento alle intenzioni nei confronti della propria prole. Ben l'80% delle donne presenti in Lombardia non ha intenzione di mutilare le figlie, l'8 % è favorevole mentre l'area dell'incertezza è intorno agli 11 punti percentuali.

La provenienza qualifica ulteriormente la modesta intenzione di proseguire questa pratica, come si può vedere dalla Tabella 16, ma ancor più interessanti risultano generazione di appartenenza ed epoca di arrivo in Italia. Riguardo alla generazione di appartenenza, le statistiche non mostrano una relazione chiara fra abbandono della pratica e succedersi delle generazioni, il che potrebbe essere imputato alla larghezza della classe d'età presa a riferimento. Riguardo all'epoca di arrivo, invece, viene confermata la direzione già altrove evidenziata, cioè che le donne nate in Italia maturano una forte opposizione alla pratica e, al contrario, quelle socializzate nel Paese di origine e giunte in Italia in anni molto recenti mantengono una significativa percentuale di donne favorevoli.



Provenienza	Si	No	Non sa	Non dichiarata	Totale
Nigeria	31,5	62,7	5,8		100,0
Egitto	12,8	75,5	9,2	2,5	100,0
Costa d'Avorio		94,1	4,8	1,1	100,0
Burkina Faso		93,0	7,0		100,0
Etiopia		100,0			100,0
Senegal		98,4		1,6	100,0
Somalia	5,2	64,9	23,2	6,7	100,0
Eritrea	2,3	84,9	5,9	7,0	100,0
<b>Classe d'età</b>					<b>0,0</b>
15-24	8,3	80,6	5,6	5,6	100,0
25-39	9,4	78,5	6,0	6,0	100,0
40-49	6,1	87,8	2,0	4,1	100,0
<b>Anzianità di permanenza</b>					
Nata in Italia		94,4		5,6	100,0
Dal 2006	13,5	74,3	8,1	4,1	100,0

Tabella 15 – Disponibilità delle donne nei confronti della mutilazione delle proprie figlie secondo alcuni caratteri

Guardiamo infine quanto l'esperienza personale, cioè l'essere stata mutilata, incide sulla propensione delle donne a mutilare le proprie figlie o ad averne l'intenzione combinando anche altre caratteristiche.

		Condizione madre	Intenzione sulle figlie	
			Mutilare	Non mutilare
Totale	Totale	Mutilata	21	79
		Non mutilata	0	100
Origine	Egitto	Mutilata	22	78
		Non mutilata	0	100
	Nigeria	Mutilata	47	53
		Non mutilata	0	100
Classe età	15-24	Mutilata	33	67
		Non mutilata	0	100
	40-49	Mutilata	15	85
		Non mutilata	0	100
Autonomia	Poco autonome	Mutilata	33	67
		Non mutilata	0	100
	Autonome	Mutilata	16	84
		Non mutilata	0	100
Migrazione	Italia influenza	Mutilata	11	89
		Non mutilata	0	100
	Italia non influenza	Mutilata	22	78
		Non mutilata	0	100

Tabella 16 – Intenzioni delle madri nei confronti delle figlie (%)

Il dato più eclatante di questa classificazione è la totale indisponibilità delle donne non mutilate a sottoporre le figlie a escissione, a conferma del fatto che il maggior fattore di protezione dai rischi di mantenimento di questa

pratica è rappresentato dalla condizione di non offesa delle madri. Altri aspetti sono meno importanti, ma non insignificanti. Solo le donne di origine egiziana e soprattutto nigeriana lo farebbero alle loro figlie, così come le donne poco autonome. La graduatoria delle dimensioni che mettono maggiormente a rischio le bambine pone ai primi due posti l'esperienza personale e l'autonomia rispetto al partner. La probabilità di voler continuare nella pratica escissoria aumenta di dieci volte se le donne sono a loro volta mutilate, mentre l'autonomia di decisione e di azione la riduce alquanto. Va detto però che altre caratteristiche individuali quali istruzione, lavoro, generazione di appartenenza, che nei Paesi di origine sono importanti nel determinare la propensione ad abbandonare la pratica mutilatoria, in emigrazione non hanno effetti rilevanti. Questo è probabilmente dovuto all'effetto selettivo della migrazione che rende quella all'estero più omogenea almeno rispetto a queste caratteristiche di quanto non sia quella rimasta al Paese di origine.



# Capitolo 7

## Comunicazione e MGF

Rispetto al tema della comunicazione e sensibilizzazione, esistono molte iniziative e lavori che testimoniano la volontà di sradicare la pratica in tutto il mondo. L'esperienza di "testimoni privilegiati", ossia soggetti che per caratteristiche personali, competenze professionali, esperienze di vita o lavorative, ruoli ed incarichi ricoperti attualmente o in passato, è particolarmente preziosa. Accanto alle esperienze di esperti è centrale l'analisi della vasta produzione audiovisiva sul tema, che ci restituisce un panorama di indagine e di azione sul tema.

I contenuti che seguono e quello del capitolo 8 sono una sintesi di parte dei risultati del progetto finanziato da Regione Lombardia e affidato a Università IULM Milano, FOCSIV e CADR dal titolo: "Modelli e modalità di interazione e comunicazione in una società multiculturale. L'informazione sanitaria alle comunità migranti" (2011).

### **7.1. Esperienze europee**

Con riferimento al tema delle mutilazioni genitali femminili, sono stati individuati alcuni soggetti del mondo della ricerca, dell'accademia, delle istituzioni e del settore socio-sanitario che per le attività svolte sul campo o per meriti professionali, personali o di ricerca, sono da considerare degli "esperti" sul tema.

In linea generale, dall'approfondimento sui lavori degli esperti stranieri individuati, emerge con chiarezza che i fattori più correlati con le pratiche di mutilazione genitale femminile sono il livello di alfabetizzazione e di istruzione.

Le credenze popolari giocano un ruolo fondamentale nella vita della popolazione, che molto spesso non ha gli strumenti per affrontare questo tipo di problematica. Nella maggioranza dei casi è infatti la comunità stessa ad imporre la pratica della mutilazione al fine di ottenere un riconoscimento ed un valore all'interno di essa; molte volte si parla di accettazione della donna, di passaggio dall'età adolescenziale a quella adulta o di una necessità fisica al fine di limitare al massimo il desiderio sessuale della donna sposata o in età da matrimonio; più raramente compaiono argomentazioni di carattere igienico-sanitario.

Dagli studi effettuati, appare con evidenza che spesso la collettività non è in possesso di una reale percezione delle conseguenze della mutilazione, che avvengono non solo a livello psico-fisico sulle donne mutilate, ma anche su un piano legale laddove tale pratica sia messa in atto in Paesi dove è vietata dalla legge.

I risultati degli studi presi in esame hanno come approdo comune la consapevolezza che esista una urgente necessità di utilizzare degli

strumenti per istruire, insegnare, educare, informare e comunicare con la popolazione dove viene svolta la pratica della mutilazione genitale femminile.

Fra tutti gli esperti selezionati nel panorama internazionale, sono stati individuati quei testimoni privilegiati che, oltre ad aver apportato un contributo conoscitivo importante sul tema delle mutilazioni genitali femminili, hanno potuto testimoniare un'esperienza diretta, dove operano attualmente e in modo attivo nella risposta al problema.

In particolare, nel tentativo di individuare e definire modalità di comunicazione efficaci da utilizzare con pazienti che hanno subito le mutilazioni genitali femminili e/o famiglie che potrebbero decidere di praticarle alle proprie figlie, è stato possibile attivare un contatto diretto con due realtà europee (attraverso l'incontro con la dott.ssa Fabienne Jäger, pediatra, tre le autrici delle Linee Guida Svizzere sulle MGF e la dott.ssa Sarah Creighton, ginecologa, responsabile dell'ambulatorio per le MGF presso il UCL hospital di Londra), ritenute interessanti per i progetti di comunicazione intrapresi dal momento che lavorano in contesti culturalmente differenti, ma al contempo analoghi per certi aspetti a quello italiano. Di seguito ciò che è emerso dagli incontri.

### **7.1.1. La comunicazione**

Parlando di comunicazione è necessaria una premessa. Sono due gli aspetti che devono essere presi in considerazione: 1) come trattare le pazienti che vengono in ambulatorio; 2) come portarle in ambulatorio.

Le donne in genere si sottopongono ad una visita specialistica perché sono in gravidanza, oppure mandate da medici di famiglia perché hanno problemi o difficoltà nei rapporti sessuali (certi medici di famiglia o che lavorano in piccoli ospedali non hanno mai visitato donne che hanno subito le MGF, sono scioccati e reagiscono in modo che mette in difficoltà ed in imbarazzo le pazienti), perché vogliono essere de-infibulate (questo accade soprattutto tra le giovani). Se si vuole attivare un ambulatorio, un centro per il trattamento e la prevenzione della MGF, è importante farlo conoscere, fornendo informazioni su ciò che viene offerto, attraverso la diffusione di volantini nelle zone a rischio, internet e l'informazione alle organizzazioni che si occupano di questo problema. Brochure, volantini, manifesti vanno tradotti nelle lingue delle etnie interessate.

La chiave della comunicazione è il rispetto, e in genere le donne si aprono, e raccontano. Nel contesto di una visita medica, se ci si mostra neutri, non giudicanti si riesce ad entrare in rapporto molto stretto con queste pazienti. Raccontano la loro situazione, le loro paure, alcune mamme dicono che devono praticare le MGF alle figlie perché se tornassero in

Africa le ragazze potrebbero avere problemi nelle comunità. Allora non bisogna far sentire le pazienti in colpa, non bisogna spaventarle. Nonostante la cautela a un certo punto si devono illustrare i severi problemi sanitari connessi alla pratica. Bisogna poi mostrare sicurezza: offrire spiegazioni chiare su cosa si deve fare. Di solito si scopre che una donna è mutilata quando è in gravidanza o quando soffre per qualche problema fisico, altrimenti queste donne difficilmente fanno visite di controllo come le donne europee.

È sconsigliabile usare l'espressione "mutilazioni genitali femminili" o il termine "mutilazioni" perché hanno una connotazione negativa, e molte donne non sanno cosa vogliono dire. Bisogna stare attenti a non utilizzare un linguaggio peggiorativo ed usare una terminologia che sia comprensibile per le donne o che sia neutra. Si possono usare espressioni quali "pratica", "tradizione", "operazione", "sei stata tagliata". Per relazionarsi al meglio con le donne si può chiedere loro come chiamano la pratica e poi utilizzare il termine indicato dalla paziente. Ogni Paese, ogni cultura ha le sue parole, per cui si rischia sempre di sbagliare. C'è la parola "suma", che ha un'ampia diffusione, ma ha una connotazione religiosa e quindi va evitata.

Il problema da trattare è complicato per cui è necessario semplificare i concetti: le donne non conoscono bene l'anatomia umana. Si possono usare disegni e fotografie che illustrino attraverso schemi semplificati l'apparato femminile.

Spesso le donne raccontano storie fantasiose perché hanno informazioni sbagliate. Per esempio, le pazienti possono riferire che le MGF aumentano la fertilità, che sono fonte di bellezza e pulizia, che sono necessarie se ci si vuole sposare, che si fanno per motivi religiosi. Alcune donne dicono che non conoscono le ragioni per cui si esegue la pratica, ma che si deve fare. Per allinearsi al loro modo di pensare, si possono utilizzare delle storie di altre donne mutilate (*case history*) per spiegare gli effetti negativi delle MGF.

Certe volte si rende necessario il supporto di mediatori culturali, non è la cosa migliore, ma in alcuni casi non vi sono alternative. È meglio usare un professionista che conosce la terminologia, non conosce personalmente le pazienti e non fa parte della comunità di riferimento della paziente perché la donna potrebbe sentirsi limitata, spaventa e non dire tutta la verità. I mediatori dovrebbero essere professionisti, donne, reclutate dall'ente.

Può capitare che le pazienti portino i figli come interpreti, anche in questo caso, non è una situazione ideale, perché si chiede a dei ragazzi anche molto giovani di trattare dei temi estremamente delicati e spesso imbarazzanti per le madri (accudimento invertito).

Certe volte le pazienti si presentano alla visita con i mariti/compagni, più spesso quando si tratta di donne in gravidanza. Durante la visita è opportuno chiedere alla donna di decidere se l'uomo può rimanere nella stanza. Il ruolo degli uomini può essere utile per l'educazione della coppia, perché si può spiegare che le MGF sono contro la legge, e illustrare i problemi sanitari e psicologici in cui si può incorrere. In certi casi le donne non hanno mai parlato con il marito di questo problema, per cui la sua presenza può complicare l'andamento dell'incontro. Può essere utile d'altra parte condividere con gli uomini alcune informazioni, perché spesso sono loro a convincere le donne a far mutilare le bambine. L'ideale è avere un incontro preliminare con uomo e donna, una parte centrale senza uomo, e una finale con entrambi.

È improbabile che la presenza del marito possa essere uno strumento per portare informazioni contro la pratica nelle comunità. Per questo ci sono altri strumenti, come incontri e conferenze presso le comunità in cui trattare la questione da molti punti di vista.

Le regole d'oro della comunicazione:

- Sapere molto bene di cosa si sta parlando: essere preparati.
- Essere neutri e rispettosi, delicati.
- Mostrarsi a proprio agio con quello di cui si sta parlando.
- Non giudicare, non accusare, non stigmatizzare.
- Ascoltare.
- Limitare il numero di persone che assistono alla visita.
- Fare attenzione al linguaggio non-verbale: non bisogna avere espressioni spaventate, stupite, che possono mettere in imbarazzo e umiliare le donne.
- Le campagne di comunicazione non devono essere scioccanti, devono cercare di adattarsi alla riservatezza con cui le donne mutilate si relazionano alla pratica. Il problema non è solo cosa si comunica, ma anche come si comunica.

### **7.1.2. Seconda generazione**

È difficile dire cosa possa succedere alle bambine a rischio. In Europa le MGF sono illegali e lo è anche portare le bambine fuori dal Paese per praticarle. Non sappiamo con certezza cosa succeda, però non capita spesso di vedere bambine che hanno complicazioni dovute alle MGF, per cui si può supporre che le bambine vengano portate all'estero per la pratica, subiscano pratiche meno invasive e che sia effettivamente esiguo il



numero di bambine-immigrate che vengono mutilate. Può capitare invece di relazionarsi con giovani donne che vogliono essere de-infibulate.

Gli insegnanti nelle aree a rischio dovrebbero essere invitati dalle istituzioni governative a monitorare le bambine a rischio con particolare attenzione e a riferire alla polizia se hanno il dubbio che possano aver subito delle mutilazioni. Va anche detto che le famiglie stanno cambiando le tipologie di MGF, favorendo quelle meno invasive che causano minori problemi ed è quindi più difficile intercettare chi è stato sottoposto alla pratica.

Le MGF continuano ad essere praticate perché considerate un'importata tratto distintivo da un punto di vista culturale. Molte coppie dicono che non praticheranno le MGF alle figlie, altre, forse più sinceramente, dicono che se la famiglia potrà rimanere in Europa le MGF non saranno praticate, ma se si dovesse tornare in Africa potrebbe essere un problema per le bambine non essere state mutilate.

Le donne infibulate che vivono in Europa tendono a non voler far eseguire le MGF alle figlie, ma dipende molto dalla comunità di appartenenza sul suolo di immigrazione e dalla pressione che essa esercita sugli individui. Certe comunità sono ancora molto tradizionali e conservatrici, e le MGF possono essere uno strumento per mantenere fedeltà alla propria cultura. Può essere pertanto utile attivare delle forme di sensibilizzazione all'interno delle comunità.

D'altra parte non tutti i migranti si uniscono ad una comunità quando si trasferiscono in un Paese straniero. Gli individui che non hanno una stretta relazione con una comunità possono avere due reazioni diverse: 1) diventare degli estremisti, perché isolati, e quindi alla ricerca con tutte le forze di mantenere le proprie tradizioni; 2) integrarsi alla nuova cultura ed abbandonare la pratica.

## **7.2. Esperienze africane**

Le difficoltà comunicative riscontrate nel mondo sanitario tra operatore e utente straniero e l'insufficienza informativa rilevata tra gli stranieri rispetto ai servizi sanitari e alle possibili scelte di salute in generale e nello specifico nei casi di pratiche tradizionali quali le mutilazioni genitali femminili richiedono la ricerca di nuove modalità di comunicazione e di relazione. L'analisi di alcuni progetti e soluzioni di comunicazione (comunicazione sociale ed educazione alla comunicazione sanitaria interculturale) disponibili nei Paesi dove tale pratica esiste e nei quali sono in fase di implementazione progettazioni orientate al suo contrasto, può rappresentare una grande opportunità.

Molte donne appartenenti a società nelle quali l'intervento mutilatorio è tuttora praticato e che nell'ambito delle proprie società operano attivamente per scoraggiare la pratica ritengono che la condanna pubblica, che comporta un giudizio negativo di osservatori esterni (cioè tutti coloro che non appartengono al gruppo in cui la pratica esiste) di rituali tradizionali africani come la clitoridectomia e l'infibulazione possa essere dannosa e non aiutare ad eliminare la pratica. Meglio rivolgersi a chi è coinvolto direttamente, le donne, e attraverso e con loro cercare di attuare il cambiamento. Per Rogaia M. Abusharaf (2000, p. 17): "L'ascolto attento delle donne ci aiuta a riconoscerle come attrici politiche che forgianno le proprie comunità di resistenza. E ci aiuta anche ad apprendere come e quando offrire un sostegno strategico che sia bene accolto dalle donne che lottano contro tali tradizioni in senso alla propria stessa cultura". Ricordando sempre che comprendere la logica che sottende alle pratiche non significa affatto giustificare, approvare o scusare tali pratiche, al contrario significa poter individuare strade migliori e soprattutto più efficaci.

Con tale scopo sono state svolte alcune missioni in Africa. Di seguito si riportano i risultati degli incontri in Senegal ed Etiopia.

### 7.2.1. Senegal

In occasione del World Social Forum tenutosi a Dakar (Senegal) dal 6 all'11 febbraio 2011 una delegazione si è recata nella capitale per raccogliere informazioni, contatti e documenti e per aprire relazioni con interlocutori privilegiati. Le visite hanno portato ad intervistare alcuni rappresentanti di FAFS (FEDERATION DES ASSOCIATIONS FEMININES DU SENEGAL), un'organizzazione non governativa senegalese per lo sviluppo dell'Africa nata nel 1977. Ad oggi raggruppa oltre 400 associazioni di ogni regione del Senegal, con una media di 35 membri per ciascuna associazione. Altra importante organizzazione di riferimento è Tostan International. Tostan è un ente non governativo che tenta di migliorare le condizioni delle comunità africane favorendo e incentivando uno sviluppo sostenibile e una trasformazione sociale positiva basata sul rispetto dei diritti umani. Fin dal 1991 Tostan ha diffuso i suoi progetti di educazione effettuati secondo un proprio approccio olistico. I progetti durano circa 30 mesi ciascuno e sono stati avviati in migliaia di comunità in 10 Paesi africani: Burkina Faso, Djibouti, Gambia, Guinea, Guinea Bissau, Mali, Mauritania, Senegal, Somalia e Sudan. "Tostan" nella lingua *Wolof* dell'Africa occidentale significa "sbocciare".

Tostan è anche la ONG che più si è occupata di mutilazioni genitali femminili in Africa. Nel 1997 un gruppo di donne del villaggio di

Malicounda Bambara in Senegal dichiarò di fronte a una ventina di giornalisti la propria decisione di fermare la pratica delle mutilazioni genitali femminili, una tradizione antichissima, sempre mantenuta nel loro villaggio. Queste donne avevano partecipato a un progetto-base educativo di Tostan e la conoscenza che avevano acquisito nei gruppi di lavoro a proposito dei diritti umani e della salute le aveva condotte a prendere tale decisione. Ad oggi, 2011, 5.221 comunità in sei Paesi (Senegal 4.623, Guinea 364, Gambia 99, Burkina Faso 23, Somalia 34, Mauritania 78) hanno abbandonato le mutilazioni genitali femminili come le donne di Malicounda Bambara. Sebbene l'abbandono delle pratiche legate alle MGF non fosse uno degli obiettivi principali di Tostan, l'organizzazione è diventata un vero punto di riferimento a riguardo, e questo probabilmente grazie alla metodologia utilizzata da Tostan basata sul dialogo, la discussione di gruppo, la riflessione guidata sui temi dei diritti umani, della salute, dell'accesso al voto, delle condizioni generali e di base di vita dignitosa.

Dal punto di vista metodologico Tostan assume un approccio che parte dal rispetto delle opinioni dei membri di un villaggio, dando loro l'occasione di confrontarsi su tali temi e arrivando loro stessi alle proprie conclusioni e, dove possibile, autonomamente al cambiamento. Tutto ciò avviene grazie alla guida di un gruppo di esperti formatori e mediatori locali capaci, oltre che di parlare le principali lingue delle tribù coinvolte, di gestire le dinamiche di gruppo in modo da favorire l'espressione di tutte le opinioni. Questi percorsi vengono attuati partendo dal tema del diritto umano alla salute e alla libertà dalla violenza. Così facendo, il gruppo, che per questo è seduto in cerchio, com'è loro abitudine, di modo che tutti possano parlare e ascoltarsi, arriva autonomamente a produrre pensieri come "parliamo di diritti, di violenza... forse le pratiche che conosco fatte alle donne sono una violenza? Non rispettano i loro diritti alla salute?" e così facendo inizia una discussione sul tema e sulla responsabilità che tutti condividono e che tutti devono garantire all'interno della comunità in cui vivono. Parlando di salute i partecipanti vengono messi a conoscenza dei rischi immediati e a medio-lungo termine legati alle pratiche, "tradizioni", "usanze", "abitudini di pratiche fatte alle donne". Non vengono utilizzati termini come "violenze", "escissioni", "infibulazione" o simili. Anche per Tostan, infatti, il tema delle MGF deve essere affrontato con un'attenzione particolare rivolta al linguaggio. Si invita inoltre all'utilizzo di immagini che permettano a chiunque di descrivere un'esperienza, un fatto, un pensiero e un'occasione per riflettere insieme su questi temi.

Tostan non critica, né mette in discussione le tradizioni dei villaggi e dei popoli che incontra, né tantomeno offende le credenze, bensì mette i

villaggi in condizione di decidere sulle *best practices* da seguire: Tostan intende educare le persone, e saranno poi l'educazione e la presa di coscienza a permettere di cambiare i comportamenti. Ma è un percorso lungo, che non si risolve dall'oggi al domani. I progetti, come già accennato, si sviluppano in un arco di tempo di 2/3 anni e coinvolgono una quindicina di professionisti.

Tostan dà molto valore al ruolo della comunità nella scelta di abbandonare la pratica. Le MGF sono legate al matrimonio, all'immagine della moglie vergine, al valore della donna per il marito e per la comunità, pertanto l'abbandono delle pratiche delle escissioni è associata a una decisione che si determina nei gruppi di appartenenza. Una volta che un gruppo ha abbandonato le MGF, l'informazione passa rapidamente ai villaggi vicini, che, per imitazione, decidono anche loro di abbandonare tali pratiche, seguendo coloro che ritengono aver scelto una strada sensata per il rispetto dei diritti umani. E così facendo, il cambiamento del comportamento si estende a macchia d'olio, lentamente anche in villaggi che non hanno partecipato ai programmi educativi di Tostan. Va detto che purtroppo non sempre la strada conduce alla meta desiderata e alcune volte si ricade nella pratica.

### **7.2.2. Etiopia**

Dal 20 al 25 agosto 2011 una delegazione si è recata in Etiopia per incontrare i professionisti in loco impegnati in progetti sanitari e sociali per donne con problemi di fistola e AIDS, nella quasi totalità sottoposte da bambine a MGF. Sono state effettuate interviste al personale sanitario impegnato nei progetti e si sono visitate le strutture e gli ospedali locali.

In Etiopia sono stati incontrati dei membri di CVM (una ONG federata alla FOCSIV) che lavora a stretto contatto e in collaborazione con le comunità, per realizzare attività di informazione e formazione sul tema dell'HIV/AIDS ed interventi di supporto ai gruppi più vulnerabili della società.

AIDS e mutilazioni genitali femminili rappresentano entrambi dei casi di stigmatizzazione del malato (o della vittima di MGF): l'AIDS, al pari delle pratiche mutilatorie, riguarda una dimensione molto personale del paziente, richiedendo come problema sanitario una serie di attenzioni e comportamenti riguardanti anche la sfera delle relazioni e dei rapporti personali affettivi e sessuali, non ultimo perché la quasi totalità delle donne beneficiarie dei progetti sono donne che hanno subito la pratica mutilatoria nell'infanzia. L'incontro con personale altamente qualificato che da anni opera a contrasto di tale discriminazione è stato utile al fine di cogliere alcuni suggerimenti in ordine alla comunicazione sul tema delle mutilazioni genitali femminili.

La comunicazione e la sensibilizzazione partono da percorsi di conoscenza avviati con l'attivazione di gruppi di discussione sulle specifiche problematiche sanitarie, molte delle quali generalmente nascoste dalla comunità. Il metodo utilizzato dal CVM si basa sulla "formazione di formatori", in questo caso di formatrici, che possano agire in un network di animatrici a livello di comunità locali. Si formano le persone per arrivare alle comunità, soprattutto su temi delicati e sensibili come la malattia e le "harmful traditional practices". A tale proposito, le intervistate intercettano anche l'attività di sensibilizzazione svolta sul tema dei matrimoni precoci (*early marriages*), pratica che coinvolge moltissime bambine. Come già emerso nella missione in Senegal, anche in questo caso il punto di partenza individuato per introdurre tali discorsi è la violazione dei diritti delle donne introducendo questa tematica nelle comunità, così come nelle scuole. È proprio in tali occasioni e progettualità ampie relative ai diritti delle donne e delle bambine, alla prevenzione a malattie quali l'AIDS, che sembra potersi introdurre la questione della prevenzione delle MGF.

Nello stato dell'Oromia, a circa 100 km da Addis Abeba, è stato visitato l'Adama General Hospital and Medical College, una struttura privata all'avanguardia, un ospedale appena inaugurato completo di tutti i reparti e con macchinari moderni e innovativi.

Sono stati incontrati il dott. Enrico Bossi, Medical Director dell'Ospedale (già responsabile del Servizio di Traumatologia e Chirurgia d'Urgenza del policlinico di Milano e prof. di Chirurgia all'Università Statale di Milano) e da 4 medici della struttura, il dott. Mesfin Nigusse, il dott. Mohammed Adem, il dott. Kuma Feyisa, il dott. Girma Kibretcon, con i quali ci si è confrontati sui temi della comunicazione e sensibilizzazione rispetto alle problematiche sanitarie con riferimento particolare alla pratica delle mutilazioni genitali femminili, e al rapporto medico-paziente.

È emersa l'importanza della comunicazione e del porsi in una situazione di "parità": fondamentale è l'atteggiamento non discriminatorio né colpevolizzante che bisogna tenere nell'approccio con una realtà difficile e distante da noi.

Localmente la causa principale della pratica risiede nel controllo della sessualità femminile, se ne confermano le drammatiche conseguenze a livello fisico e psicologico anche per le donne autoctone. Non solo la pratica ancora esiste, ma uno dei problemi oggi maggiormente riscontrati dai medici è l'utilizzo di strumenti inadatti ("*unsafe instruments*") per effettuare la mutilazione.

È da rilevare l'utilizzo delle parole "*cutting*" o "*female circumcision*" al posto di "*mutilation*": come già evidenziato in altre testimonianze o

interviste. Si ritiene necessario l'uso di sinonimi che non implicino una connotazione così negativa quanto il termine "mutilazione". I medici intervistati ricordano che nel Paese la legge vieta le mutilazioni genitali femminili, ma sottolineano come in realtà la norma venga ampiamente disattesa. C'è un conflitto evidente tra la legge e la prassi, poiché la tradizione, seppur nascosta, continua, pertanto il lavoro che il governo è tenuto a fare, in termini di sensibilizzazione e persecuzione della pratica che viola la legge, è molto difficile e soprattutto delicato.

I medici incontrati sottolineano l'importanza della comunicazione e della formazione quali elementi fondamentali per la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, così come il miglioramento dei servizi sociali e sanitari e soprattutto l'educazione, su cui viene posto un accento particolare. Conoscere e tollerare una tradizione non significa essere d'accordo, bisogna combattere la prosecuzione di pratiche tanto dannose, ma è necessario essere "as much tolerant as we can!" I medici incontrati concludono fiduciosi: "we need time", e l'eradicazione delle mutilazioni genitali femminili avverrà.

Il Fistula Hospital fondato dalla dott.ssa Catherine Hamlin e da suo marito Reginald nel 1974 è uno dei pochissimi ospedali al mondo dedicato esclusivamente al trattamento della fistola ostetrica e delle sue conseguenze, ed alla sensibilizzazione per la sua prevenzione.

Per la cura, ma soprattutto per la prevenzione della fistola, anche la dott.ssa Hamlin mette l'accento sul valore dell'educazione e dell'informazione, le uniche risorse in grado di abbattere una malattia come la fistola ostetrica, che si può prevenire soltanto con la conoscenza dei rischi che comporta e con la fiducia in un sistema forse meno tradizionale, ma attento ai diritti della donna ed al mantenimento di una vita sana all'interno della propria comunità. Ed è su tale aspetto che ci si confronta con la dott.ssa Hamlin in merito alla pratica delle mutilazioni genitali femminili, il cui contrasto e la cui prevenzione prevede un percorso molto simile a quello della fistola, che può prevedersi anche correlato.

Le regole d'oro della comunicazione:

- Un punto di partenza per introdurre il tema può essere la questione dei diritti delle donne, del diritto umano alla salute e alla libertà dalla violenza attraverso il dialogo, la discussione di gruppo, la riflessione guidata.
- Altro punto di partenza: parlare con le pazienti di MGF partendo da altri problemi sanitari riportati (AIDS, fistola ostetrica).

- È possibile che le pazienti non siano a conoscenza dell'illegalità della pratica e pertanto è bene mantenere un approccio relazionale e comunicativo non accusatorio.
- Utilizzare immagini e vignette e comunicazione mediatica sul tema (video educativi, programmi televisivi e cartellonistica).
- Usare la doppia lingua nelle campagne sanitarie nazionali (lingua etnia locale e inglese).
- Fare riferimento a *case history*, esempi di altre donne e storie per formare e informare sulla pratica e le sue conseguenze.
- Valorizzare ed incrementare i percorsi educativi (scolastici e di comunità): formatori di formatori.
- Sottolineare che le MGF non hanno nulla a che vedere con la religione.
- Utilizzare termini quali "tradizioni", "usanze", "costumi", "abitudini di pratiche fatte alle donne" e non "violenze", "mutilazioni", "escissioni", "infibulazione" o simili.
- Ricordare che l'abbandono della pratica "coinvolge necessariamente una presa di consapevolezza di pratiche sociali interne ai gruppi di appartenenza": parlare alla comunità.
- Non criticare, né mettere in discussione le tradizioni dei villaggi, né offendere le credenze, ma mettere i villaggi in condizione di decidere sulle *best practices* da seguire. Rispettare le opinioni dei membri di un villaggio, dando loro l'occasione di confrontarsi su tali temi, arrivando loro stessi alle proprie conclusioni e dove possibile autonomamente al cambiamento.
- Essere "as much tolerant as we can!"
- Ma..."we need time" .....

### 7.3. Materiale audiovisivo prodotto in Italia e all'estero sulle MGF

La produzione di audiovisivi in Italia e all'estero sul tema è vasta e variegata. Accanto a film e documentari, troviamo numerosi spot realizzati all'interno delle diverse campagne di sensibilizzazione, denuncia e informazione. Completano la produzione audiovisiva format televisivi, sia giornalistici che d'intrattenimento, cui vanno aggiunti i contributi realizzati per il web. Al di là del fatto che si tratti di un tema drammatico e assai complesso, quindi, tutti gli strumenti e tutti i format tipici dell'audiovisivo

sono di volta in volta stati utilizzati per raggiungere, con obiettivi differenti, pubblici differenti.

Internet, attraverso soprattutto il sito Youtube ([www.youtube.com](http://www.youtube.com)), si dimostra da un lato un eccellente strumento di diffusione e divulgazione dei prodotti audiovisivi realizzati indipendentemente dal loro format di riferimento, e dall'altro una sorta di banca dati online di quanto è stato realizzato nel mondo sul tema. A scapito della sua incompletezza, dovuta da un lato a problemi di tipo tecnico come la qualità delle immagini, l'accessibilità linguistica e tecnica, la difficile fruibilità sul web di video di lunga durata – inconvenienti solo parzialmente risolti spezzando in più parti le produzioni caricate – e dall'altro a problemi di tipo legale, Youtube permette di paragonare e mettere a confronto fra loro le produzioni audiovisive realizzate nei diversi Paesi, cogliendone peculiarità dovute ai differenti tipi di target di riferimento, all'anno di produzione, ai diversi obiettivi con cui sono state realizzate e alle differenze socioculturali del modo di fare informazione e intrattenimento tra Paese e Paese.

Essendo la produzione audiovisiva realizzata sulla tematica delle mutilazioni genitali femminili multiforme e differenziata una ricerca affidata alle sole mediateche istituzionali e universitarie sarebbe limitata, e difficilmente avrebbe permesso di reperire materiale quale quello degli spot o dei programmi d'intrattenimento televisivi.

Per questa ragione il reperimento del materiale recensito è stato effettuato consultando sia le videoteche di biblioteche e università, sia attraverso la lettura di pubblicazioni a tema che talvolta fanno riferimento alla produzione audiovisiva, sia monitorando direttamente i siti di canali televisivi – principalmente italiani, statunitensi e inglesi – sia campagne di sensibilizzazione.

A vario titolo e con diversi usi, la maggior parte dei contributi audiovisivi sulle MGF può entrare a far parte di una campagna di sensibilizzazione e informazione sul tema delle mutilazioni genitali femminili.

Per quanto riguarda invece il materiale audiovisivo recensito, si riporta qui di seguito una selezione mirata di quanto potrebbe essere riproposto a seconda dei contesti.

- *Moolaadé* (2004), regia di Ousmane Sembene, 57° Festival di Cannes, Senegal, 124 minuti, sottotitoli in italiano.

In un villaggio del Burkina Faso, una donna – Collè – protegge quattro bambine dal rito dell'infibulazione invocando il diritto di asilo (il *moolaadé*) che, per tradizione, impedisce a chiunque di violare l'uscio della casa dove le bambine e la donna si sono rifugiate. Ne nasce una lotta interna al villaggio: mentre Collè



verrà frustata per convincerla a ritirare il *moolaadé*, la madre di una delle bambine recupererà la figlia di nascosto sottoponendola al rito dell'infibulazione. La morte della bambina porterà alla ribellione delle donne del villaggio e del figlio del capo, che sposerà la figlia di Collè, ovvero una ragazza non infibulata.

Film ideale per cineforum e dibattiti. Il fatto che sia sottotitolato in italiano e non doppiato lo rende adatto solo a un pubblico interessato ad approfondire l'argomento. Per utilizzarlo su più vasta scala andrebbe doppiato.

- *A cruel ritual* (1991), regia di Louise Panton, BBC, UK, 40 minuti, lingua inglese.

Nel documentario alcune ragazze somale raccontano la loro esperienza e descrivono il significato che le MGF hanno nella loro cultura. Ne nasce un attento confronto con la giornalista che spiega come in Occidente tale pratica sia bandita. Un esempio di confronto rispettoso e didattico, senza immagini violente. È un video adatto alle scuole e alla programmazione televisiva. Anche in questo caso si pone la necessità del doppiaggio in lingua italiana per il suo utilizzo. Il 21 agosto 2009 è stato mandato in onda dalla BBC rimaneggiato con il titolo *FGM women Africa mutilation circumcision*.

- *L'iniziazione: il viaggio di Ousman* (1999), regia di Ilaria Freccia, RAI, Mali, 45 minuti, lingua italiana.

Nel Mali il 90% della popolazione femminile è soggetta a un rito iniziatico che prevede la pratica di mutilazioni genitali. Il documentario illustra la campagna di sensibilizzazione contro tale usanza da parte del giovane ginecologo Ousman. Al montaggio narrativo (non privo di immagini a forte impatto emotivo, non adatte a un pubblico inferiore ai 14 anni) si affiancano interviste e testimonianze che offrono uno spaccato completo delle problematiche che rendono la battaglia contro le mutilazioni genitali femminili difficile ma quanto mai urgente. Il tutto nel pieno rispetto della religione islamica e dei suoi fondamenti.

Potrebbe esserne proposta la visione all'interno del palinsesto televisivo, anche sulle emittenti locali, meglio se accompagnato da un dibattito in studio sul tema.

- *On Their Own (Reham's Story)* (2001), lingua inglese.  
Reham è una giovane donna musulmana che ha frequentato le scuole occidentali e che nel 2001 frequentava la American University del Cairo. Quando ha raggiunto l'età adeguata, sua madre ha insistito perché lei fosse circonscisa. Nonostante la resistenza del padre, Reham alla fine fu circonscisa in un ospedale, in anestesia generale. In questo documentario, Reham racconta la storia della sua circonscisione e come ha maturato la consapevolezza circa la nocività della pratica. Reham ora lavora in campagne anti-circonscisione e si impegna a diffondere la consapevolezza sul fatto che la mutilazione genitale femminile sia dannosa, pericolosa, e non prescritta dal Corano.  
Dal momento che la mutilazione per Reham non è avvenuta in tenera età e dal momento che la ragazza ha sempre frequentato scuole occidentali, questo documentario si presta ad un target di ragazze che frequenta le scuole superiori in Italia e che rischia di essere sottoposta a mutilazione. Le motivazioni contro le mutilazioni genitali che il documentario elenca, infatti, potranno essere utili alle ragazze qualora in famiglia qualcuno tentasse di convincerle a sottoporsi a un intervento di quel tipo. Anche in questo caso il document andrebbe doppiato in italiano.
- *Un mondo a colori* (2009), Puntata: "Una tradizione da spezzare", di Valeria Coiante, Alberto Isopi, Emilio Casalini, Rai Educational, 33 minuti, lingua italiana.  
Insieme alla spiegazione della pratica e delle sue radici tradizionali, la puntata descrive anche la situazione italiana, i centri a cui rivolgersi per essere aiutati e cosa prevede la legge.
- *Vanguard* (17 giugno 2009), Current TV – Canale 130 di Sky, Milano, 40 minuti, lingua italiana.  
Reportage televisivo con interviste a medici e donne che hanno subito l'infibulazione. Le testimonianze sono state raccolte a Milano, tra donne e medici che vivono stabilmente nel nostro Paese e svolgono opera di sensibilizzazione contro le mutilazioni genitali femminili in Italia.  
*Un mondo a colori* e *Vanguard* sono due prodotti televisivi che potrebbero essere riproposti sui canali italiani, anche locali. Non sono prodotti adatti alle scuole perché trattando esclusivamente di MGF correrebbero il rischio di emarginare le ragazze della classe che potrebbero aver subito mutilazioni.

- *Against Infibulation and Female Genital Mutilation* (2009), 1'07'', lingua inglese.

Spot grafico contro le mutilazioni genitali femminili. Potrebbe essere utilizzato in apertura di dibattiti, convegni, approfondimenti, e caricato su siti internet dedicati al tema. Per poter essere visto in televisione andrebbe tradotto in italiano e possibilmente accorciato leggermente.





## **Capitolo 8**

# **La “costruzione” delle linee guida della comunicazione sulle MGF**

Il corpo spesso è la cartina di tornasole della situazione psichica e sociale: è il *testimone* di una realtà e la *memoria* di una condizione.

Il corpo è un *corpo persona*, o meglio, una persona corporea con un suo vissuto che ne rappresenta l'identità sociale, psichica e di pensiero. È solo considerando il corpo come corpo persona che tutti, ma soprattutto il personale sanitario, possono comprendere il giusto modo di relazionarsi con esso.

Il corpo è un'entità biologica individualizzata che testimonia la concreta esistenza della sinergia del pensiero e della vita, ma è anche un prodotto storico-culturale che propone tale sinergia in maniera diversa secondo i tempi e i contesti culturali; ne consegue che anche la salute e la malattia sono intese in modo diverso in tempi e luoghi differenti (Tortolici, Stievano, 2006, pp. 55 - 57).

### **8.1. Comunicazione e salute**

Oggi il concetto di salute è sempre più centrale per la nostra società e la comunicazione assume un ruolo sempre più importante in ambito sanitario.

Se è fin dal XIX secolo che la diffusione di alcune malattie prevalentemente di tipo infettivo è stata tematizzata quale problema sociale e fatta oggetto di campagne di controllo, igiene e vaccinazione condotte sulla popolazione, gradualmente un ruolo crescente è stato riconosciuto alle campagne di informazione volte a migliorare la consapevolezza dei cittadini in ordine a problemi di tipo sanitario. Al controllo diretto dei comportamenti sanitari, tipico del primo approccio si è affiancato un modello di influenza indiretta che prevede di stimolare l'assunzione di responsabilità da parte degli individui e delle famiglie in ordine al mantenimento della propria condizione di salute. Nel tempo poi, anche la tipologia e l'ampiezza dei problemi sanitari ritenuti di interesse sociale si è ampliato e diversificato, arrivando a comprendere fenomeni quali l'alcolismo, la dipendenza da droghe, recentemente l'alimentazione e, riferendoci a contesti occidentali sempre più pluri-etnici e interculturali, alcune problematiche mai conosciute precedentemente in quanto tradizionali di altre culture, quali le MGF.

Contemporaneamente lo sviluppo delle nuove tecnologie ha permesso che la diffusione dell'informazione assumesse un ruolo sempre più centrale nell'ambito delle strategie di prevenzione sanitaria ed oggi la comunicazione sulla salute si sviluppa in una serie di spazi mediali estremamente eterogenei per contenuti e modalità espressive – dalla cartellonistica prevalentemente usata per le grandi campagne sanitarie

(ancora fortemente impiegata ad esempio nei Paesi del Sud del mondo), alle riviste dedicate ai temi della salute per arrivare ai molteplici e diversificati programmi televisivi.

Oltre all'incremento della quantità e alla crescente eterogeneità delle pratiche comunicative, negli anni si è registrata la moltiplicazione delle fonti di informazione e degli operatori/realità impegnati ad erogare interventi comunicativi tesi a modificare il comportamento della popolazione o di uno specifico target in ordine alla realtà sanitaria. Molteplicità che ha comportato il modificarsi dei messaggi che oggi solo in parte si configurano, come invece prevalentemente in passato, in senso etico-normativo, configurandosi anche come strumento di tutela e di protezione di soggetti che altrimenti cadrebbero inevitabilmente in comportamenti a rischio. Particolarmente significativo l'esempio delle diverse associazioni sorte per la prevenzione e lotta nei confronti di malattie quali AIDS o tumori.

A un'informazione a carattere istituzionale, mirata principalmente al controllo e al disciplinamento del paziente, rivolta in modo indiscriminato alla generalità della popolazione, si è affiancata e in certi casi è subentrata una comunicazione orientata a pubblici diversi che vi accedono secondo modalità differenti in base alle rispettive caratteristiche, tra cui grado di interesse, coinvolgimento e istruzione.

Questo accesso all'informazione garantisce alla persona di partecipare in modo attivo e consapevole alla gestione della propria salute. Da qui il carattere di centralità assunto oggi dalla comunicazione relativa a determinati temi, tra cui quello oggetto della nostra ricerca, ruotando, attorno a questo aspetto la possibilità della persona, prima ancora che del paziente, di scegliere tra un comportamento e un altro.

Come il ruolo dei mass media nella comunicazione della salute si è modificato e ampliato nel corso degli ultimi decenni, anche il livello della comunicazione tra medico e paziente ha conosciuto importanti trasformazioni nel tempo in base non solo alle teorie sviluppatesi, ma anche alla trasformazione delle società e del concetto di salute e malattia. Nello specifico, il tema della relazione come comunicazione tra medico e paziente è stato oggetto di studi anche sofisticati in quanto parte del processo di costruzione culturale della malattia. Di volta in volta tematizzato come comunicazione unidirezionale, forma di dominio e controllo sociale da parte della medicina nei confronti del paziente, fino ad un più recente approccio di origine antropologica. Quest'ultimo mira ad analizzare la comunicazione tra medico e paziente in termini di narrazioni cliniche, definite come le storie create dai medici, per e con i pazienti, per descrivere il corso di una malattia e la progressione delle attività



terapeutiche collocando il rapporto tra medico e paziente entro un più ampio scenario sociale e culturale, questo approccio vuole mettere in evidenza soprattutto il fatto che le narrazioni cliniche siano una forma di comunicazione “non solo tra medici e pazienti, ma anche attraverso diversi siti locali e globali che producono conoscenza biomedica e tecnologie terapeutiche”(Del Vecchio Good, Good, 2000, p. 246). In questo senso, il medico diviene una sorta di *snodo* comunicativo che cerca di guidare il paziente attraverso messaggi che arrivano dai mass media o dalla cerchia interpersonale, dalle diverse figure sanitarie che il paziente incontra nel corso della propria carriera (infermieri, altri medici o specialisti, anestesisti, farmacisti) e attraverso immagini (es. campagne di prevenzione) altrimenti di difficile lettura e interpretazione.

Di questo nuovo approccio alla comunicazione tra medico e paziente Del Vecchio Good e Good (2000, p. 248) sintetizzano dicendo che “le conversazioni tra medici e pazienti e le narrazioni cliniche che costruiscono mediano un complesso insieme di relazioni sociali, culturali, economiche e biotecniche”.

Su tale questione, il pluralismo culturale divenuto realtà nella società contemporanea è andato a definire un’ulteriore necessità, quella dell’acquisizione di competenze nell’ambito delle relazioni e della comunicazione interculturale. Come sostiene Hofstede (1991), uno dei compiti della comunicazione interculturale sarebbe quello di permettere l’acquisizione di

*Consapevolezza, conoscenza e abilità. Tutto comincia con la consapevolezza: il riconoscere che ciascuno porta con sé un particolare software mentale che deriva dal modo in cui è cresciuto, e che coloro che sono cresciuti in altre condizioni hanno, per le stesse ottime ragioni, un diverso software mentale. (...) Poi dovrebbe venire la conoscenza: se dobbiamo interagire con altre culture, dobbiamo imparare come sono queste culture, quali sono i loro simboli, i loro eroi, i loro riti (...). L’abilità di comunicare tra culture deriva dalla consapevolezza, dalla conoscenza e dall’esperienza personale (Hofstede 1991, pp. 230-231).*

## 8.2. Le linee guida

Essere capaci di lavorare con pazienti di origini diverse è essenziale in una Regione quale la Lombardia, dove si registrano una diversità socioculturale e linguistica importante. È necessario pertanto che gli operatori del mondo sanitario acquisiscano delle competenze cliniche transculturali (CCT) definibili quale insieme di comportamenti, conoscenze e saper fare che permettono a un professionista della salute di elargire delle cure di qualità

a pazienti di origini diverse. Oltre alla presa di coscienza indispensabile per mettere in atto un processo di cambiamento (saper essere), i contenuti delle CCT sono di ordine teorico (sapere) e comunicativo (saper fare). Rispetto a quest'ultimo punto diverse le sollecitazioni e le proposte rilevate empiricamente nell'ambito di ricerche sull'implementazione di politiche di salute inclusive delle popolazioni immigrate e di servizi *migrant friendly* che orientano verso servizi/interventi che puntano sull'efficace comunicazione. Perfettamente in linea con questa impostazione sono anche le Linee Guida emanate dal Ministero della Salute e destinate "alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche" che includono quali raccomandazioni *l'acquisizione, da parte del personale sanitario, di conoscenze sulle caratteristiche socio-culturali delle MGF; la costruzione di un rapporto medico-paziente disteso e di fiducia con grande cura della comunicazione interpersonale; l'utilizzo di interpreti e/o mediatrici culturali per facilitare la comprensione delle raccomandazioni terapeutiche.*

Da qui l'importanza della stesura di linee guida sulla comunicazione in tema di MGF.

### **8.2.1. Linee guida "comunicazione e MGF"**

Sulla base delle indicazioni emerse nel percorso di ricerca dall'analisi dei documenti e dei dati raccolti e sulla base delle esperienze visitate e dei suggerimenti degli esperti italiani e stranieri interpellati, sono state definite delle sintetiche ma operative raccomandazioni di ordine comunicativo rivolte in particolare agli operatori socio-sanitari.

Tali raccomandazioni sono espresse nelle seguenti linee guida.

#### **Conoscere i numeri del fenomeno e le sue caratteristiche in ambito territoriale**

L'approfondimento della conoscenza dei dati relativi alla presenza nel territorio e all'accesso nella propria struttura sanitaria di donne, ragazze, bambine sottoposte alla pratica o rientranti nella popolazione a rischio risulta essere il primo passo per una buona accoglienza e gestione del fenomeno presso le strutture sanitarie territoriali. Fondamentale in tal senso le attività e gli studi regionali di raccolta dati. Tale conoscenza sarà funzionale alla formazione e all'aggiornamento del personale sanitario in merito alla relazione e alla presa in carico di persone appartenenti alle

comunità presenti – nazionali, etniche, religiose – ma anche alla predisposizione del servizio di mediazione o della rete di mediatori linguistico culturali delle aree e comunità maggiormente rappresentate così come alla programmazione di altri interventi in ambito comunicativo (es. produzione materiale in lingua). A tal fine è raccomandabile l'uso di strumenti epidemiologici multilingue che possano raccogliere informazioni sulla storia migratoria dei soggetti e sulle differenze di salute presenti nella popolazione di riferimento.

**Conoscere bene ciò di cui si sta parlando. Conoscere bene la pratica, la legge, le prassi e i protocolli da seguire.**

Se il medico ha le necessarie informazioni culturali e scientifiche sulle MGF, l'impostazione di un rapporto medico-paziente disteso e di fiducia evita reticenze, imbarazzi e curiosità. Importante è la conoscenza dei vari tipi di MGF, delle implicazioni fisiche e psicologiche che comportano così come delle problematiche relazionali di ordine familiare e sociale ad esso collegate. Fondamentale è anche la conoscenza della legislazione italiana sul tema (legge n. 7 del 9 gennaio 2006) e delle linee guida (art. 4 legge n.7 del 2006) del Ministero della Salute destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di MGF per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tale pratica.

**La cultura di appartenenza condiziona come le persone parlano e si relazionano con gli altri.**

Le somiglianze e le differenze attraverso cui le persone intendono le situazioni comunicative dipendono dalla cultura di appartenenza che condiziona come le persone parlano e si relazionano con gli altri. Caratteristica qualificante della comunicazione interculturale è pertanto quella di avvenire tra persone che appartengono a culture diverse e che, indipendente dal luogo fisico in cui si trovano, possono conservare le regole e i valori del luogo culturale da cui provengono. Per questo tale tipo di relazione comunicativa richiede una formazione e delle abilità specifiche affinché le differenze legate alla diversa appartenenza culturale non si pongano quale ostacolo all'esito positivo dello scambio comunicativo. In tal senso è necessario considerare che l'argomento si pone quale elevato fattore di rischio nell'ambito della comunicazione interculturale in ambito sanitario poiché gli interlocutori possono dimenticare che i valori che sottostanno a tale argomento possono non essere condivisi nella varie culture. O al contrario convinti che l'argomento sia condannato e non

accettato, e questo è il caso delle MGF, gli interlocutori possono rinunciare a parlarne, non facilitando in tal caso la comprensione degli avvenimenti e l'avvio di percorsi di cura, riabilitazione e prevenzione.

Può anche manifestarsi barriera alla relazione una erronea attribuzione di ruolo. In ogni cultura lo status sociale, quello riconosciuto ai diversi componenti la famiglia ma anche quello riconosciuto al medico o all'infermiere, viene attribuito e mantenuto secondo valori e regole proprie. In alcune culture l'età è un fattore di status, così come l'essere maschio, a volte il prestigio di status non è attribuito ma riconosciuto sul campo a seguito dei propri meriti, ad esempio lo status può essere riconosciuto per il fatto che si è medico anche se si è donna. I ruoli e le gerarchie sono necessariamente da identificare e riconoscere per l'impostazione di una corretta comunicazione. Sia sapere come muoversi nell'ambito delle relazioni familiari del nostro interlocutore, sia sapere se si è o meno riconosciuti nel proprio ruolo dagli interlocutori sono aspetti chiave per l'impostazione di una corretta relazione e di una buona comunicazione.

Da qui la centralità per l'operatore di riconoscere le situazioni sociali e le relazioni di ruolo, insieme alla capacità di capire significati ed elementi distintivi di una data cultura. A tal fine l'operatore sanitario dovrà poter fare riferimento anche ad altre figure che possano facilitarlo in questa situazione quali interpreti e mediatori linguistico culturali.

### **Acquisire competenze nell'ambito delle relazioni e della comunicazione interculturale**

Il primo aspetto da curare nell'incontro tra paziente e professionista sanitario dovrebbe essere quello della comunicazione interpersonale. Nei casi di MGF, la problematica specifica e la varietà delle situazioni linguistiche, culturali e religiose proprio degli interlocutori che si possono incontrare definiscono l'ulteriore necessità dell'acquisizione di competenze nell'ambito delle relazioni e della comunicazione interculturale.

La specificità transculturale di questa tappa, indispensabile nella relazione medico-paziente sta nel possibile dialogo (consultazione alla presenza di un interprete/mediatore), nell'identificazione del modello esplicativo della malattia da parte del paziente, nella negoziazione del piano di trattamento e del follow-up, nella gestione dei conflitti indotti dai punti di vista diversi e nella determinazione dei risultati attesi da ciascuno. Tale percorso dovrebbe essere realizzato attraverso la formazione del personale sanitario. È necessario potenziare e investire sulla formazione e l'aggiornamento: dei medici di base, dei pediatri di libera scelta, del personale sanitario degli ospedali e delle aziende sanitarie locali sulla

pratica, sulle strategie comunicative e relazionali, sulle risorse presenti nel territorio per trovare sostegno e accompagnamento.

### **Non definire a priori il proprio interlocutore**

Condizione fondamentale per l'instaurarsi di una buona relazione è il considerare le peculiarità (background culturale, educativo, le condizioni di vita, il genere e l'età, la storia migratoria) del singolo soggetto – donna, uomo, bambina, coppia genitoriale – all'interno dell'eterogeneità del gruppo di appartenenza. È pertanto raccomandabile raccogliere informazioni generali non solo sulla cultura di origine ma anche sulla persona e sulla famiglia con cui si sta parlando.

### **Verificare le conoscenze degli utenti e fornirle in caso di carenza**

Nei casi di donne sottoposte alla pratica mutilatoria o in situazione di rischio, di fondamentale importanza è la verifica rispetto alla conoscenza, da parte dei nostri interlocutori di quelle informazioni che servono affinché vi sia totale comprensione della situazione in ordine sia alle tematiche di salute sia legali. Occorre avere presente che molti interlocutori potrebbero non sapere dell'illegalità della pratica, né conoscere le conseguenze della stessa così come i propri diritti e la possibilità di ricevere sostegno.

Solo l'accesso all'informazione garantisce alla persona di partecipare in modo attivo e consapevole alla gestione della propria salute. Attorno a questo aspetto ruota la possibilità della persona, prima ancora che del paziente, di scegliere tra un comportamento e un altro, tra opzioni terapeutiche, di gestire il proprio corpo e le proprie appartenenze, emergendo temi in cui gli aspetti medici si presentano sempre più inestricabilmente connessi con questioni etiche, politiche, religiose.

### **Prestare attenzione agli aspetti non verbali della comunicazione**

Non solo il rapporto verbale ma anche gli aspetti non verbali della comunicazione e il contatto fisico costituiscono elementi chiave nella definizione della fiducia che sta alla base del rapporto tra l'operatore sanitario e il suo interlocutore.

Moltissimi sono gli aspetti della comunicazione non verbale che intervengono nella definizione e nella natura delle relazioni interculturali. Tali caratteristiche, come ad esempio i gesti, lo sguardo, la postura del corpo, le espressioni delle emozioni, i saluti, così come il tono di voce, il silenzio, rivestono un ruolo essenziale nella comunicazione interculturale perché sono specifici di ogni cultura, mentre erroneamente spesso li si ritiene universali, naturali, condivisi.

L'importanza del prestare attenzione alla comunicazione corporea e al linguaggio non verbale si ritrova, infatti, nel suo essere fortemente situazionale e ampiamente inconsapevole essendo acquisito durante il processo di crescita.

L'erronea convinzione dell'universalità di tali gesti rende elevato il rischio di incidenti comunicativi e di interpretazione sbagliate dei messaggi che comunicano.

Soluzione a tale rischio è il rinforzo della consapevolezza delle possibili differenze al fine di non ricorrere a letture e giudizi immediati sull'altro.

Altrettanto importante è il riuscire a controllare la propria comunicazione non verbale, le proprie posizioni ed emozioni attraverso espressioni scioccate, stupite, incuriosite.

### **Utilizzare nella comunicazione materiali bilingue, immagini e *case history***

Le strategie di comunicazione dovrebbero utilizzare mezzi, canali ed approcci differenti in base alla necessità della specifica situazione. È comunque bene disporre di mezzi diversificati da materiali scritti a materiale iconografico (immagini, vignette) per facilitare la comunicazione nei diversi casi considerando anche la specificità dell'interlocutore, che di volta in volta può essere donna, bambina, genitore. Raccomandabile è l'utilizzo di *case history*, esempi di altre donne e storie per formare e informare sulla pratica e le sue conseguenze. Per favorire che il momento informativo sia anche un momento di integrazione, è raccomandabile l'utilizzo di materiali bilingue.

### **Favorire una comunicazione capace di andare oltre al lato esclusivamente sanitario ma capace anche di trattare il tema dei diritti e delle opportunità**

La decisione se usare l'italiano o le lingue madri dei migranti deve essere valutata caso per caso, basandosi sulle priorità e sul momento avendo ben presente che i risultati da raggiungere sono: la comprensione da parte delle donne degli obiettivi degli interventi sanitari, di cura e preventivi; l'acquisizione di consapevolezza in merito all'illegalità della pratica; la comprensione della possibilità di essere aiutati nel concretizzare scelte altre rispetto alla riproduzione della pratica sulle bambine; la creazione di contesti e circostanze in cui le pazienti possano esprimersi liberamente e siano messe in grado di interagire.

**Ricordarsi che il piano legislativo non è sufficiente, seppur necessario, per il venire meno della pratica e che diversi sono i motivi a sostegno o a contrasto delle singole scelte di riproduzione della pratica nella migrazione**

Il fatto che alcuni Paesi di origine si siano dotati di leggi nazionali rispetto al contrasto e alla condanna della pratica, non vuol dire che chi proviene da tale area non è sottoposto a MGF così come non rassicura sul fatto che le bambine non ne siano a rischio. Al contempo indagini sulla popolazione a rischio di mutilazione genitale femminile in emigrazione, tra cui la ricerca IRER (oggi Éupolis Lombardia)effettuata nel territorio lombardo, ben delinea i cambiamenti di atteggiamento verso la pratica nella migrazione confermando che il passaggio in emigrazione riduce il favore nei confronti della pratica mutilatoria. In particolare le donne più giovani sono meno inclini a preservare la tradizione; le donne mutilate sono più propense al mantenimento della pratica rispetto a quelle che non l'hanno subita; le donne più istruite sono meno propense ad accettare le mutilazioni rispetto alle altre; le donne nate o almeno in parte socializzate in Italia (la cosiddetta seconda generazione) sono perlopiù contrarie alla pratica. Si conferma inoltre che l'avere un'opinione favorevole o contraria al mantenimento della pratica mutilatoria condiziona il trattamento riservato alle figlie e anche in tal caso l'esperienza personale risulta essere fondamentale: le donne non mutilate sono totalmente indisponibili a sottoporre le figlie a mutilazione a conferma del fatto che il maggior fattore di protezione da questa pratica è proprio la condizione non offesa delle donne.

Per non cadere in incidenti relazionali e comunicativi interculturali è bene non generalizzare quanto si sa in merito alle specifiche realtà culturali e nazionali. Nell'incontro con le donne, le bambine o i genitori risulta pertanto fondamentale considerare oltre che la nazionalità di origine anche le diverse, singole situazioni tra prima e seconda generazione, status sociale, anno di arrivo in Italia, storia della migrazione ed esperienza personale.

### **Alimentare il confronto e lo scambio di conoscenze e incrementare la diffusione e il trasferimento di buone pratiche in ambito comunicativo e relazionale**

Importante è il confronto regionale, ma anche nazionale e internazionale, con professionisti e servizi che hanno esperienza di lavoro nell'ambito della riabilitazione, cura e prevenzione delle MGF, prestando attenzione per uno scambio non solo sugli aspetti peculiarmente sanitari ma anche relazionali che in tali circostanze risultano essere particolarmente importanti nel permettere l'instaurarsi del rapporto di fiducia e pertanto della possibilità dello specifico percorso.

Da ricordare:

- Necessità di individuazione del profilo della popolazione nei confronti della quale si orienta il processo di cura e di prevenzione che va a costituire la popolazione verso la quale è orientata la comunicazione
- Conoscere bene ciò di cui si sta parlando. Conoscere bene la pratica, la legge, le prassi e i protocolli da seguire
- Riflettere sugli stereotipi a sfondo religioso e/o culturale che possono impedire un atteggiamento professionale oggettivo e non-giudicante
- Avvertenza e verifica della possibile non conoscenza dell'illegalità della pratica e pertanto utilizzo di un approccio relazionale e comunicativo non accusatorio
- Accertare la capacità del nostro interlocutore di comprendere ed esprimersi in italiano
- Ricordarsi di non usare termini tecnici, ma usare parole e concetti semplici
- Privilegiare l'utilizzo di strumenti comunicativi in doppia lingua (italiano e lingua straniera) e l'uso di immagini
- Abituarsi all'uso di *case history* per formare e informare sulla pratica e le sue conseguenze
- Prestare attenzione alla comunicazione non verbale e alle differenze interculturali legate alla lingua (tono e intonazione, velocità, ecc.)
- Raccogliere sempre il feedback circa quanto si è voluto dire, non valutare la comprensione basandosi solo su risposte quali Sì o No. Verificare la comprensione sia a livello dei contenuti che della relazione, riservandosi la possibilità di fare domande per agevolare la comunicazione e migliorare la propria comprensione.
- Ricordarsi che le barriere della comunicazione interculturale possono riguardare sia ciò che ci attendiamo dal nostro interlocutore, sia quello che pensiamo che l'altro si aspetti da noi. Le differenze riguardano le credenze, la visione del mondo, i valori; la dimensione affettiva e quella comportamentale
- Curare e fare attenzione al contesto nel quale si svolge la comunicazione per agevolare l'interlocutore (donna, uomo, bambina, coppia genitoriale) e farlo sentire il più possibile a



proprio agio creando un clima il più possibile adatto all'ascolto

- Stare attenti nel toccare la persona poiché in alcune culture questo può provocare, anche se azione svolta in un contesto sanitario, estremo disagio e mal comprensione
- Prestare attenzione alle dinamiche culturali relative alla combinazione operatore/utente e non dimenticare che in diverse culture uomini e donne si aspettano di essere trattati diversamente (ad esempio parlando di alcuni disturbi o di alcuni argomenti solo con donne o solo con uomini o accettando di essere visitati da operatori dello stesso genere)
- Prestare attenzione al momento delicato della visita. È opportuno limitare il numero di persone che assistono alla visita. L'approccio clinico e psicologico ad una donna che ha avuto esperienze di MGF dovrebbe essere effettuato preferibilmente da operatori di sesso femminile (ginecologhe, infermiere, ostetriche, psicologhe). Ove ciò non è possibile l'operatore sanitario di sesso maschile dovrebbe essere sempre assistito ed operare alla presenza di una o più collaboratrici di sesso femminile.
- Avvalersi degli aiuti dati da interpreti e da mediatori linguistici quando se ne rileva la necessità tenendo presente la sensibilità delle donne rispetto alla presenza di mediatrici della stessa appartenenza
- Imparare ad essere neutri e rispettosi. Non stigmatizzare.
- Saper valutare di caso in caso il coinvolgimento del coniuge e dei genitori sentendo sempre la posizione del nostro interlocutore. In caso emerga la domanda di aiuto da parte di una donna rispetto alla volontà dei familiari e dell'altro genitore di effettuare la pratica sulla bambina, così come la domanda di aiuto di una ragazza minorenne che teme di essere sottoposta alla pratica, muoversi con delicatezza e certezza per fare in modo che la vittima non venga rimpatriata dai parenti per anticipare ogni eventuale intervento esterno a ostacolo della loro decisione
- Prepararsi a lavorare non solo in termini di cura ma anche di prevenzione e contrasto della pratica. Per esempio nel caso di una nascita è importante essere in grado di impostare una riflessione con i genitori sui diritti delle donne e delle bambine, per prevenire il ricorso alle MGF

- Sensibilizzare la propria struttura – ad organizzare eventi di formazione e di aggiornamento per il personale sanitario sul tema MGF e – a promuovere campagne che utilizzino un approccio transculturale orientate al tema delle MGF



## **Capitolo 9**

**Linee Guida Ministeriali per le figure professionali che operano con le comunità migranti. Il ruolo degli operatori sanitari, socio-sanitari e dei mediatori linguistico culturali**

Negli ultimi tempi stiamo assistendo ad un aumento di donne che migrano verso l'Italia a causa di guerre e carestie da Paesi in cui la pratica delle mutilazioni genitali femminili è diffusa.

Per questo motivo appare necessario che gli operatori dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali siano a conoscenza del fenomeno e sappiano trattarlo da un punto di vista culturale, sociale, antropologico e sanitario. La presenza di un personale socio-sanitario in grado di far fronte ai bisogni di queste donne si rivela sempre più indispensabile. La comunità ospitante, infatti, svolge un ruolo fondamentale nel processo di integrazione e di trasformazione culturale che gli immigrati attuano.

I processi di integrazione portano a sentirsi parte integrante del tessuto in cui si vive e implicano non solo la possibilità di accesso ai servizi, ma anche la partecipazione attiva alla vita del luogo e l'allacciamento di relazioni umane significative sul territorio basate sull'accettazione e il riconoscimento reciproco.

Naturalmente i contesti più piccoli facilitano il rapporto con strutture, servizi e istituzioni, le relazioni risultano più immediate meno anonime rispetto ai grandi agglomerati urbani o metropolitani. Gli operatori, quindi, diventano riferimenti stabili e autorevoli particolarmente nelle realtà cittadine e metropolitane dove solitamente il numero di immigrati è più alto, ma dove maggiormente esistono problemi di parcellizzazione degli interventi, dove le reti sociali sono difficili da riconoscere, dove quindi gli individui faticano ad identificare una appartenenza. Queste fatiche sono particolarmente sentite nel momento della formazione della famiglia, quando i fondamentali culturali emergono con forza, e quando proprio i fondamenti culturali sono fortemente messi in crisi dal contatto con le strutture sanitarie ed educative del Paese ospitante. La principale difficoltà legata alla stabilizzazione della scelta migratoria è costituita dal fatto che la famiglia migrante vive un confronto ed una discrepanza tra due concezioni del mondo, due modalità di identificazione, due modi di concepire il legame familiare, due modi di concepire le relazioni di coppia e il ruolo genitoriale.

Per questo motivo, agli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari devono essere garantiti percorsi di formazione affinché possano affinare strumenti che consentono di instaurare relazioni di cura in grado di modularsi sui temi interculturali e di sostenere ed implementare le capacità di ogni utente-paziente con cui si rapportano.

In linea con tali presupposti, subito dopo l'emanazione della legge che contrasta le pratiche escissorie, sono state sviluppate le Linee Guida Ministeriali che recitano: "Ogni bambina, ogni donna è portatrice di un diritto alla salute, all'integrità della propria persona, al di là di ogni

tradizione e convenzione...”. Le Linee Guida ritengono, inoltre, necessario “...Conoscere le tradizioni nella loro giusta dimensione. Evitare stigmatizzazioni e/o criminalizzazioni... Predisporre il terreno al dialogo, all’accoglienza di chi di queste pratiche è stato vittima, di chi in merito a queste pratiche si trova a decidere in contrasto con la propria coscienza, con la propria comunità...” questo perché “...più è elevato il processo di integrazione, più elevata è la propensione ad abbandonare pratiche tradizionali...” è opportuno quindi “...fare in modo che gli operatori sanitari e sociali siano in grado di contrastare la pratica di MGF sul territorio sottraendo a questo destino le bambine...”.

Per ottemperare alle indicazioni contenute nelle linee guida, il Ministero delle pari Opportunità ha previsto che in ogni Regione fossero predisposti percorsi formativi con lo scopo di sensibilizzare al fenomeno gli operatori sanitari, sociali ed educativi.

La Regione Lombardia ha fatto sue queste indicazioni proponendo una serie di percorsi formativi nel corso degli ultimi tre anni, corsi mirati e diversificati, proprio per definire e far fronte ai bisogni sanitari e psicologici delle donne e delle ragazze che sono state sottoposte a mutilazione genitale, per facilitare la comprensione delle basi culturali, legali ed etiche che determinano questa pratica e sviluppare una buona capacità di prevenire possibili reiterazioni di tali pratiche.

I percorsi formativi sono stati proposti a pediatri, medici di base, insegnanti, volontari e operatori sanitari e psico-sociali dei servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali di ASL, enti locali e Punti nascita ospedalieri.

Tutte le categorie hanno risposto con molto interesse ed hanno partecipato numerosissime, a tal punto che si sono andate a realizzare le proposte in tutte le province lombarde con il proposito di costituire una rete capace di dialogare tra loro utilizzando linguaggi comuni e facendo riferimento ad approcci comuni.

La scelta di coinvolgere gli operatori che vengono a contatto con la famiglia e che intervengono in occasione della formazione della famiglia è dovuto al fatto che l’ “evento nascita” è il momento su cui puntare per prendere in carico le famiglie straniere che si avvicinano ai servizi sanitari e socio-sanitari, in quanto è il periodo in cui la famiglia è più ricettiva e flessibile di fronte alle proposte innovative ed è una fase in cui i servizi e gli operatori possono instaurare una relazione significativa per tempi prolungati. La gravidanza, la nascita e le fasi di sviluppo del bambino prevedono di stabilire una relazione continuativa con ginecologi, pediatri, ostetriche, infermiere pediatriche, assistenti sanitari.

La cura e l’allevamento del bambino sono i fondamenti di ogni società. Ogni genitore si sente responsabilizzato e condivide l’impegno di garantire

le scelte migliori per il proprio figlio con la famiglia allargata e, in alcune società, anche con l'intera comunità, pensiamo ad esempio ai villaggi dell'Africa subsahariana. Nel processo di migrazione i punti di riferimento culturali e sociali vengono meno, le funzioni genitoriali sono messe in discussione: i genitori cercano di interpretare e decodificare i messaggi proposti dalle culture educative e sanitarie del Paese di migrazione.

In questa fase è opportuno che gli operatori sanitari e socio-sanitari possano proporre percorsi di accompagnamento con un'azione di affiancamento simile a quello promosso dalle famiglie di origine e dalla comunità di appartenenza, diventano quindi un sostegno alle competenze dei genitori migranti, indebolite dalla migrazione. Il momento della formazione della famiglia risulta uno dei momenti principali dell'integrazione. In occasione della nascita, la famiglia si trova a dover gestire il proprio radicamento in un'altra nazione, in un contesto culturale lontano dai propri riferimenti, a dover integrare modi differenti di concepire non solo l'evento in sé ma anche l'educazione dei figli e le modalità di allevarli. La gravidanza, il parto e il puerperio sono passaggi delicati che, se vissuti in estrema solitudine, possono rappresentare momenti di grande vulnerabilità.

In particolar modo, una gravidanza in una situazione di migrazione, quando i significati culturali e le competenze materne non sono sostenuti dalla propria rete sociale e culturale di appartenenza, può diventare un momento di difficoltà per tutto il nucleo.

In queste fasi così delicate è importante destinare una maggiore attenzione agli eventi fornendo un accompagnamento e prevedere un potenziamento delle attività legate al percorso nascita, anche al fine di attivare una efficace prevenzione di possibili disturbi nella relazione mamma-bambino.

La Direzione Generale Famiglia di Regione Lombardia ha individuato questa fase di trasformazione come uno dei momenti a cui dedicare maggiormente le risorse del territorio al fine di creare connessioni tra i Dipartimenti materno-infantili e i consultori familiari. Con la DGR 11130 del 3 febbraio 2010 ha sancito la costituzione di Tavoli Interaziendali per l'integrazione ospedale – territorio in ambito materno-infantile.

“Il potenziamento delle attività consultori ali” risulta essere obiettivo strategico in quanto “rappresenta una opportunità importante per rilanciare una cultura integrata di coordinamento tra i servizi a erogazione diretta e uno stringente coinvolgimento della Rete dell'Welfare sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale di tutti i soggetti a vario titolo chiamati a contribuire all'aiuto alla vita e al benessere della famiglia. In coerenza con le finalità previste dai provvedimenti regionali, ossia il sostegno alla

maternità ed in particolar modo le situazioni più fragili e vulnerabili che necessitano di interventi mirati, si ritiene che lo sviluppo delle iniziative di integrazione territorio-ospedale debba riferirsi elettivamente alla prevenzione del disagio in ambito materno-infantile, in un'ottica promozionale del benessere, secondo gli orientamenti dell' OMS...".

"...Tale integrazione fra i rispettivi servizi dell'area materno-infantile è finalizzata a sviluppare un modello culturale, organizzativo ed operativo di continuità assistenziale, attraverso l'implementazione di una rete di reale sostegno alla genitorialità, con un orientamento integrato e globale che va dal costituirsi della coppia, al progetto generativo, alla gravidanza, alla nascita, alla relazione precoce mamma-bambino, all'assunzione delle responsabilità genitoriali...".

"...Le attività promosse dovranno pertanto riguardare peculiarmente tutti i temi del percorso nascita, in una logica di processo metodologicamente integrato e complesso: dalla tutela della gravidanza, al puerperio, al rapporto madre-padre-bambino e ai processi di accudimento, alla promozione dell'allattamento al seno, al sostegno della genitorialità. Gli interventi che si attivano sin dal concepimento e dalla nascita si pongono come preziosa, precoce occasione di promozione della salute fisica, affettiva e mentale... Il confronto con la complessità sottesa ad ogni espressione di disagio e/o richiesta di aiuto rendono evidente come un maggior sviluppo dei servizi concepiti come possibile ambito relazionale, simmetria, pariteticità e reciprocità con gli utenti possano innescare *empowerment* e responsabilità nei destinatari degli interventi e negli operatori stessi, favorendo un incontro di reale sinergia e complementarità...".

Questi sono i motivi per cui tutti i professionisti e tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali dell'area materno-infantile sono individuati come testimonial privilegiati per la sensibilizzazione affinché si possano promuovere azioni di prevenzione delle mutilazioni genitali femminili.

Gli operatori sanitari hanno una funzione fondamentale per quanto riguarda la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili e nella presa in carico delle donne che hanno subito tale pratica. Le donne e le famiglie li incontrano quando si rivolgono alle strutture sanitarie con richieste legate a contraccezione, gravidanza, vaccinazioni e bilanci di salute dei bambini o quando si rivolgono al proprio medico e/o pediatra di famiglia. In queste occasioni gli operatori sanitari possono sviluppare un dialogo che, se è supportato da una relazione di fiducia, può prevedere di affrontare anche il tema mutilazioni genitali in chiave preventiva. Grazie al rispetto con cui sono guardati, gli operatori possono parlarne e informare le famiglie sulle



ricadute che tali pratiche hanno sulla salute globale delle donne proprio partendo da temi relativi alla cura del bambino. Introdurre elementi di educazione alla salute per quanto riguarda la cura dei propri figli crea le basi per porgere informazioni oggettive avulse da elementi di giudizio, ma supportate da evidenze sul reale danno che le mutilazioni provocano. Non ultimo possono informare sulle conseguenze legali cui si può andare incontro qualora tali pratiche venissero attuate anche nel paese di origine.

Si deve considerare che la cultura è dinamica, attraverso l'ascolto, l'accoglienza, l'assenza di giudizio, la conoscenza del fenomeno e dei significati che l'accompagnano si possono orientare le decisioni dei genitori e insieme trovare le soluzioni migliori per il benessere del proprio bambino. Gli operatori diventano punti di riferimento solo se riescono ad instaurare rapporti di fiducia sapendo che le famiglie che impongono tali pratiche alle loro figlie non intendono provocare qualcosa di lesivo.

Il processo di integrazione comporta sempre maggiori interrogativi sulle pratiche di escissione per quanto riguarda le conseguenze nel campo della salute e dei diritti della donna proprio anche alla luce dei cambiamenti culturali e legislativi in atto nei Paesi di provenienza.

Chi ha subito mutilazioni genitali conosce i rischi sanitari, in particolar modo per quanto riguarda la salute riproduttiva, e non vuole che questi rischi possano ripetersi nel caso delle proprie figlie.

“Il ruolo della mediatrice culturale, come quello dell'assistente sociale, dovrebbe favorire il rapporto tra istituzioni e famiglie, anche nel tentativo di far emergere l'atteggiamento nei confronti delle MGF...”.

“...La MLC e l'assistente sociale possono svolgere un capillare lavoro di promozione dei servizi sociali e sanitari sul territorio, al fine di promuovere corretti comportamenti a tutela della donna e delle bambine... Dovrebbero favorire il rapporto tra istituzioni e famiglie, anche nel tentativo di far emergere l'atteggiamento nei confronti delle mutilazioni genitali...”. (Linee Guida Ministeriali)

L'attività di promozione della salute deve essere offerta a tutti modulando l'azione in relazione alla dimensione fisica, psicologica, relazionale, culturale, sociale, etica ed antropologica.

Si possono formulare percorsi che vedono l'utilizzo di metodologie basate sull'offerta attiva, basate cioè su un processo comunicativo con cui si sfruttano tutti i potenziali momenti di contatto con la popolazione da quelli istituzionali, formali a quelli informali, con modalità di trasmissione delle informazioni tarate sulle caratteristiche delle persone o dei gruppi che si vogliono coinvolgere. Tale offerta ha lo scopo di aumentare la consapevolezza e la capacità di trasformare le informazioni in competenze

specifiche per attivare processi decisionali autonomi e consapevoli. L'offerta attiva coincide e avvia il processo di *empowerment*.

Si vogliono formulare proposte che riescano a raggiungere gli immigrati e in generale tutte le popolazioni a maggior rischio di eventi negativi, anche al di fuori delle strutture istituzionali classiche andando nei luoghi in cui queste popolazioni si incontrano.

È necessario "...lavorare con le comunità di appartenenza, utilizzando persone autorevoli e testimoni privilegiati, informando rispetto alle nuove legislazioni dei Paesi di origine, in modo di creare connessioni, di recepire e discutere i cambiamenti culturali che stanno avvenendo anche nei Paesi di origine rispetto a questo tema...". (Linee Guida Ministeriali)

In effetti un contributo importante per realizzare iniziative mirate può essere fornito dalle stesse comunità di immigrati per segnalare gli eventuali problemi di comunicazione dovuti a differenze culturali e per trasmettere correttamente le informazioni necessarie a garantire l'uguaglianza al diritto alla salute.

Uno strumento elettivo nel lavoro con le comunità di immigrati è la mediazione linguistico-culturale. Il mediatore fin dalle prime esperienze è un interprete, un traduttore, lavora sulla trasformazione dei codici linguistici con una duplice finalità: per far comprendere la regola del servizio e affinché l'utente possa esprimere correttamente il proprio bisogno. Se si verificano queste due prerogative si riesce a assicurare che vengano compresi e soddisfatti i bisogni degli utenti. Infatti, l'elemento più critico del rapporto tra personale sanitario e pazienti immigrati è la lingua perché rende difficile la comunicazione per entrambe le parti.

Ma il processo che attiva la mediazione linguistico-culturale non si limita all'aspetto della traduzione. Le domande che i migranti portano ai servizi spesso sono complesse, molteplici e nascondono una necessità di presa in carico a largo raggio perché riguardano una molteplicità di aspetti interconnessi tra loro (bisogni sanitari, sociali, relazionali, professionali ecc.). Un intervento di mediazione consente l'emersione dei vari piani e risposte competenti da parte dei professionisti dei servizi. Offrendo uno spazio di ascolto, attenzione alla comunicazione, riconoscimento e interazione consapevole, la mediazione promuove la partecipazione attiva dei soggetti coinvolti siano singoli, siano comunità ed attiva un processo di *empowerment*, di valorizzazione delle risorse soggettive, di riattivazione delle capacità comunicative delle parti, di graduale autonomia delle decisioni.

Il processo che attiva la mediazione dovrebbe aprire la possibilità di partecipazione da parte degli immigrati, presupposto per una azione di prevenzione e di diffusione di informazioni capaci di rendere più

consapevoli gli utenti su reali possibilità di accesso alla salute e la capacità di scelta di comportamenti corretti in ambito sanitario.

Promuove scambio, incontro, dialogo, contribuendo a demolire recinti ed aprire passaggi capaci di rendere più flessibile l'identità culturale, contribuendo a formulare molteplici appartenenze e contrastare una rigida ed esclusiva appartenenza. La mediazione attiva un processo di trasformazione sociale grazie a relazioni di reciprocità tramite cui avviene la costruzione di significati. In questa ottica appare interessante contemplare l'azione dei mediatori non solo nei servizi, a fianco degli operatori, ma anche nelle comunità locali, nei luoghi frequentati da autoctoni e immigrati per facilitare uno scambio proficuo depotenziando possibili conflittualità.

Per quanto riguarda la tematica delle mutilazioni genitali femminili, è evidente che i mediatori siano un fondamentale agente di cambiamento per la trasformazione culturale intorno a questa pratica. Il ruolo e il compito del mediatore come agente del riconoscimento della storia e dei riferimenti culturali risulta una risorsa potente nella trasformazione di significati legati a pratiche tradizionali. Per questo motivo le linee guida ministeriali affidano ai mediatori un competente e autorevole ruolo per avvicinare e diffondere una cultura della prevenzione a fianco di figure che hanno il compito di lavorare con le comunità quali sono le assistenti sociali. La mediazione, infatti, è un concetto ampio, non è una prerogativa ad appannaggio delle mediatrici ma è insito nella maggior parte delle figure professionali educative e sociali. Saper mediare, interrogarsi, sospendere i giudizi, riflettere sul modo di proporre cambiamenti e trasformazioni culturali non può non essere trasversale a tutti i componenti delle equipe che intervengono sul campo.

In questo importante compito sono chiamati in causa i servizi sociali degli enti locali e i servizi consultoriali. Come già segnalato, un servizio che risulta fortemente implicato in questo processo di promozione della salute e in cui è possibile proporre formule di *empowerment* è il Consultorio familiare. Il Consultorio è un servizio a sostegno della famiglia, della coppia e della donna. Svolge attività programmate ed eroga prestazioni in un'ottica multidisciplinare. Nei servizi consultoriali sono presenti ginecologi, psicologi, assistenti sociali, ostetriche, infermiere, assistenti sanitarie, mediatrici linguistico culturali ed anche avvocati esperti in diritto di famiglia. La presenza di queste figure professionali consente una visione olistica delle tematiche relative alla maternità, contraccezione, menopausa, affidamento e adozione, relazioni di coppia, relazioni genitoriali, infanzia e adolescenza.

La tutela della salute della donna e del bambino, della coppia e della famiglia realizzata mediante specifici interventi di promozione della salute costituisce un impegno di valenza strategica per i sistemi sociosanitari, in funzione della ricaduta positiva sulla qualità del benessere psicofisico della popolazione generale, attuale e futura: i Consultori Familiari rappresentano un esempio importante di questo impegno.

Il Consultorio rappresenta un servizio innovativo, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e integrazione socio-sanitaria presenti anche nella legge di riforma sanitaria. Con l'istituzione del Consultorio si è voluto manifestare la volontà di creare un servizio multidisciplinare di base, capace di occuparsi di tutte le problematiche relative al "sistema famiglia".

Nel tempo, grazie all'introduzione di progetti preventivi sperimentali di sostegno alla genitorialità, lo sguardo degli operatori si è gradualmente allargato all'uomo, alla coppia e alla famiglia, mantenendo comunque costante nel tempo la capacità di fornire alla persona un approccio globale e multidisciplinare.

Per questo motivo si può sostenere che i Consultori possono essere considerati sistemi sanitari del futuro, volti a tutelare e promuovere la salute pubblica, in quanto capaci di attivare un processo di *empowerment* della persona e quindi capaci di trattare il tema delle mutilazioni genitali femminili grazie alla loro caratteristica di flessibilità, di interdisciplinarietà e di radicamento sul territorio.

Pur sapendo che allo stato attuale risulta difficile prefigurare servizi con maggiori disponibilità di risorse, è possibile, invece, valorizzare le risorse esistenti e ragionare su un "riorientamento" di questi servizi affinché possano offrire attività capaci di avere un impatto sulla popolazione in termini di efficacia delle proposte che producono salute, ad un ripensamento dell'organizzazione sulla base delle esigenze della potenziale utenza.

Riorientamento che implica anche una mutazione dei mandati individuali e di servizio in relazione alle trasformazioni istituzionali e sociali in atto. Trasformazioni che coinvolgono la percezione dell'identità personale e professionale degli operatori che stanno operando e che si stanno interrogando su come "interpretare" il loro ruolo. Queste riflessioni ci portano a pensare che forse è necessario un ripensamento critico basato su nuove chiavi di lettura che consenta una migliore e maggiore capacità di mettere in discussione, di ascoltare attivamente ed empaticamente ed essere "mediatori" interni ai servizi stessi, preziosi ponti tra colleghi, dirigenti e utenti.

Le culture non sono affatto chiuse, ma passano attraverso processi di trasformazione e adattamento. Le trasformazioni mosse dalle dinamiche sociali inducono cambiamenti e il contatto con altre culture può influenzare l'evoluzione degli individui, degli operatori e dei servizi.

Cultura e identità sono processi in divenire, non sono monoliti, immutabili ma continuamente aggiornabili e permeabili alle influenze. Alle volte i cambiamenti repentini e le trasformazioni sociali troppo veloci destabilizzano l'identità individuale e disorientano nel ruolo professionale. In questi momenti è necessario essere capaci di riconoscere la propria identità e di comprendere come si sta modificando, avere una consapevolezza che non vi è un punto di arrivo stabile, ma siamo sempre in divenire, quando in modo più lento quando in modo più veloce.

Questo non vuol dire che non sia importante sapere chi si è e chi stiamo diventando ma significa non accontentarsi di etichette preconfezionate e affrontare la propria esistenza consapevoli di essere sempre 'in una condizione di ricerca.

In particolar modo, quando lavoriamo con l'altro di altra cultura, appare necessario trovare uno spazio che sta in mezzo, che si colloca nel terreno dell'incontro e del dialogo in una dimensione sostenibile.

Per sostenere il carico delle situazioni complesse si fa affidamento sulla condivisione delle linee di intervento: il primo interlocutore è il gruppo di lavoro, l'equipe a cui l'operatore appartiene. In assenza di attività di supervisione, l'equipe, i colleghi con cui si lavora sono le risorse cui fare affidamento per avere un riscontro e un confronto sul proprio operato ed anche sull'indirizzo da seguire rispetto a determinate aree di intervento complesse.

Tematiche come quelle delle mutilazioni risuonano in modo molto potente a livello emotivo, è quindi opportuno non affrontare in solitudine i dubbi, gli interrogativi che si pongono. Condividere significa dividere il carico emotivo, il carico di responsabilità, significa anche non sentirsi soli nel momento delle decisioni. Questo non vuole dire che ogni professionista non sia capace di essere autonomo o non sappia trovare soluzioni a problematiche complesse. Ma è pur vero che in alcuni casi è necessario non sentirsi soli, sentirsi supportati di fronte a problematiche difficili da trattare per superare la sensazione di paralisi che la tematica suscita.

Gli interventi che presentano una elevata complessità dovrebbero poter essere governati anche attraverso l'attivazione di altri "partner" attraverso la proposta di un lavoro in rete. La rete non va confusa con la presenza sul territorio di servizi e istituzioni socio-sanitarie e assistenziali, la rete non coincide solo con la rete istituzionale di servizi territoriali. Per rete si intendono tutte le opportunità di relazioni che gravitano intorno ai

cittadini. Bisogna necessariamente prevedere il coinvolgimento di tutte le figure professionali, familiari, di volontariato o amicali che possono essere di sostegno all'intervento, intervento in cui il professionista deve tenere saldamente la regia.

Lavorare in rete significa riuscire a catalizzare tutte le risorse in modo da favorire l'incontro dei bisogni con le risorse reperibili. Infatti la valorizzazione e l'ottimizzazione delle risorse rappresenta una scelta necessaria soprattutto a causa della scarsità di mezzi economici, ma facilita la possibilità di produrre effetti di coesione, solidarietà ed *empowerment* delle persone e delle strutture che ne fanno parte.

In sintesi si può sostenere che un'alleanza tra servizi e tra servizi-utenti-comunità crei un circolo virtuoso capace di trasformare le difficoltà e di rafforzare le identità di ogni attore in campo. Infatti quanto più le identità sono composite e rimangono in relazione tra loro, tanto più riescono a incontrarsi su terreni di mediazione. In questo modo si sviluppano sinergie positive che consentono di trattare e trasformare anche temi molto complessi.

La situazione attuale necessita di un impegno e di una assunzione di responsabilità di tutte le parti in gioco per far fronte alle difficoltà che quotidianamente si presentano e che dovremo affrontare in futuro.

L'impegno con cui sono stati realizzati i percorsi formativi promossi da Regione e la capillarità della proposta porta a sostenere che gli operatori sanitari e socio-sanitari territoriali e ospedalieri presenti in Lombardia hanno affinato le competenze per poter lavorare sul tema delle mutilazioni genitali femminili e sono in grado di avvicinarsi all'argomento con la capacità di fornire risposte adeguate alle richieste individuali e comunitarie.

### **9.1. Centri di Salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini**

Presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo e l'Azienda Ospedaliera San Paolo è in funzione un servizio dedicato alle famiglie immigrate. Tale servizio è gestito oltre che dalle due Aziende ospedaliere anche da una Cooperativa del privato sociale, la Cooperativa Crinali, che si occupa di formazione, ricerca e cooperazione tra donne.

Il servizio offre assistenza alle donne immigrate nel loro percorso riproduttivo – gravidanza, interruzione volontaria di gravidanza, sterilità, problemi ginecologici – e ai neonati fino al primo anno di vita. I centri sono aperti tre mezzogiornate alla settimana, le operatrici che operano sono donne e di varie professionalità: l'équipe è formata da una ginecologa, una

pediatra, un'ostetrica, un'assistente sociale, una psicologa e da un gruppo di mediatrici linguistico culturali, provenienti da vari Paesi (Egitto, Marocco, Algeria, Cina, Centro Sud America, Filippine, Albania, Romania).

L'obiettivo di tale progetto è quello di facilitare le famiglie immigrate nell'accesso ai servizi materno-infantili del territorio milanese e anche di aiutare gli operatori dei Servizi a soddisfare la richiesta sanitaria di una utenza, peraltro sempre più numerosa, che parla un'altra lingua, spesso a noi sconosciuta, e che proviene da culture molte volte distanti dalla nostra per tradizioni e significati rituali.

Il Centro è a libero accesso: la donna o la famiglia immigrata che vi accede viene accolta da una operatrice e dalla mediatrice culturale; la visita o la prestazione sanitaria viene eseguita se urgente, altrimenti viene fissato un ulteriore appuntamento.

Si tratta di un luogo di cura per le problematiche di ambito materno-infantile, nel quale è centrale l'attenzione ad un approccio complessivo alla persona e non solo ai suoi problemi di carattere sanitario. Il disagio o le problematiche di tipo fisico che le pazienti migranti esprimono sono infatti spesso strettamente intrecciati con problemi di ordine psicologico o sociale che non è possibile non affrontare. Per questo è presente un'équipe multiprofessionale che comprende sia figure di carattere medico sanitario, sia figure di carattere psicosociale

Vengono gestite attività di ascolto e accompagnamento, sia individuale, sia di gruppo, rivolte a neomamme e donne presenti nei reparti di ostetricia e ginecologia, con particolare attenzione alle donne migranti: una psicologa svolge colloqui con l'obiettivo di prevenire il malessere e le forme più gravi di depressione post partum; un'ostetrica gestisce gruppi di accompagnamento alla nascita; una psicologa gestisce incontri di gruppo volti ad una riflessione sulla maternità responsabile, la contraccezione, le gravidanze indesiderate. In ciascuna delle attività descritte sono presenti mediatrici linguistico culturali.

I due Centri trattano, con personale specializzato, anche i casi di donne che hanno mutilazioni genitali femminili: le accompagnano nei percorsi di cura e nelle fasi del percorso nascita, in tutti i passaggi collegati alla gravidanza e al puerperio.

I due Centri sono collegati ai Consultori Familiari del territorio milanese – dove sono presenti le mediatrici linguistico culturali – con l'intento di costruire una rete di invio per i problemi del post parto, dopo l'interruzione volontaria di gravidanza e per i problemi di contraccezione e di prevenzione ginecologica.

**Azienda Ospedaliera S. Carlo Borromeo:**

lunedì e giovedì mattina dalle ore 9 alle ore 12,30

martedì pomeriggio dalle ore 13.30 alle ore 17

tel. 02.4022.2486

**Azienda Ospedaliera S. Paolo:**

martedì e venerdì mattina dalle ore 9 alle ore 12.30

giovedì pomeriggio dalle ore 13.30 alle ore 17

tel. 02.8918.1040

**9.2. I Consulitori Familiari della Regione Lombardia**

Si elencano inoltre di seguito i Consulitori Familiari di Regione Lombardia:

**ASL Bergamo**

Bergamo - Via Borgo Palazzo, 130 - Tel. 035.2270641

Seriate - Via Paderno, 40 - Tel. 035.3235061

Dalmine - Via Betelli, 2 - Tel. 035.378141

Zanica - Via Serio, 1/a - Tel. 035.4245543

Grumello del Monte - Via Nembrini, 1 - Tel. 035.8356340

Lovere - P.le Bonomelli, 8 - Tel. 035.4349628

Sarnico - Via Liberta, 37 - Tel. 035.910222

Trescore - Via Mazzini, 13 - Tel. 035.955425

Gazzaniga - Via Manzoni, 98 - Tel. 035.714142

Alzano Lombardo - Via Ribolla, 3 - Tel. 035.4285210

Clusone - Via A. Maj, 2 - Tel. 034.689033

Vilminore - Palazzo Pretorio - Tel. 034.651018

Villa D'Almè - Via F.lli Calvi - Tel. 035.636237

Sant' Omobono Terme - Via Vittorio Veneto, 131/A - Tel. 035.636237

Piazza Brembana - Via Monte Sole, 2 - Tel. 0345.81724

Ponte San Pietro - Via Caironi, 6 - Tel. 035.603200

Calusco D'Adda - Via Locatelli, 265 - Tel. 035.4389420

Treviglio - Viale Piave, 43 - Tel. 0363.44382

Romano di Lombardia - Via Mario Cavagnari, 5 - Tel. 0363.919226

**ASL Brescia**

Brescia - Vicolo Rizzardo, 28 - Tel. 030.296561

Brescia - Via Baracca, 33 - Tel. 030.38397.03.17.34.31

Brescia - Viale Duca degli Abruzzi, 13 - Tel. 030.3838.807.812.804

Brescia - Via Paganini, 1 - Tel. 030.3838.097.099.103

Gussago - Via Richiedei, 8/B - Tel. 030.2499.911.923



Travagliato - Via Raffaello, 24 - Tel. 030.2499.900.949.941  
Rezzato - Via F.lli Kennedy, 115 - Tel. 030.2499.811.835  
Flero - Via Mazzini, 15 - Tel. 030.2499885  
Castenedolo - Via Matteotti, 9 - Tel. 030.2499811  
Borgosatollo - Via Romanino, 29 - Tel. 030.2499.801.802.806  
Chiari - P.zza Martiri della Libertà, 25 - Tel. 030.7007.060.057.068  
Rovato - Via Lombardia, angolo Via Poffe - Tel. 030.7007.204.207.205  
Manerbio - Via Solferino, 55 - Tel. 030.9661.334.331.336  
Ghedi - P.zza Donatori di Sangue - Tel. 030.9661.347.346.345  
Leno - P.zza Donatori di Sangue - Tel. 030.9078461  
Pralboino - Via Gambara, 14/C - Tel. 030.9661.304.305  
Montichiari - Via Falcone, 18 - Tel. 030.9661.217.222.214  
Calvisano - Via Canossi, 5 - Tel. 030.9661.356.359.357  
Salò - Via Fantoni, 93 - Tel. 0365.296611  
Desenzano - c/o Complesso "Le Vele", Edificio n. 5 Via Adua, 4 - Tel. 030.9148711

### **ASL Como**

Como - Via Gramsci, 4 - Tel. 031.370347/8  
Como - Via Castelnuovo, 1 - Tel. 031.370683  
Dongo - Via Gentile 11 - Tel. 0344.973536- 50  
Cantù - Viale Madonna, 10 - Tel. 031.706595  
Menaggio - Via Diaz, 12 - Tel. 0344.369105  
Erba - Via Verdi, 2 - Ponte Lambro - Tel. 031.6337935  
Mariano Comense - Via Villa, 5 - Tel. 031.755222  
Olgiate Comasco - Vai Roma, 61 - Tel. 031.999471  
Fino Mornasco - Via Trieste, 5 - Tel. 031.883011

### **ASL Cremona**

Cremona - Vicolo Maurino, 12 - Tel. 0372 497798/791  
Soresina - Via Monti, 12 - Tel. 0374 342085  
Crema - Via Manini, 21 - Tel. 0373 218225/211  
Casalmaggiore - Via Azzo Porzio, 73 - Tel. 0375 284161

### **ASL Lecco**

LECCO - Via G. Tubi, 43 - Tel. 0341.482611  
Bellano - Via Papa Giovanni XXIII, 2 - Tel. 0341.822115  
Calolziocorte - Via Bergamo, 8/10 - Tel. 0341.635013/14  
Casatenovo - Via Monteregio, 15 - Tel. 039.9231209  
Cernusco Bombardone - Via Spluga, 49 - Tel. 039.5916515  
Costa Masnada - Via Papa Giovanni XXIII, 2 - Tel. 031.3589514/15

Galbiate - Via 1° Maggio, 3 - Tel. 0341.242415  
Introbio - Località Sceregalli - Tel. 0341.983323  
Mandello del Lario - Via degli Alpini, 1 - Tel. 0341.739412  
Oggiono - Via Bachelet, 7 - Tel. 0341.269741  
Olgiate Molgora - Via Aldo Moro, 8/10 - Tel. 039.9919917  
Olginate - Via Cantù, 3 - Tel. 0341.653015  
Valmadrera - Via Casnedi, 4 - Tel. 0341 204660

### **ASL Lodi**

Lodi - Piazza Ospitale, 10 - Tel. 0371 5874543  
Codogno - Via Pietrasanta, 3 - Tel. 0377 9255904  
S. Angelo Lodigiano - Villa Cortese, Largo Santa Maria, 10 - Tel. 0371 5873299

### **ASL Milano**

Milano:

Via Aldini, 72 - Tel. 02.8578. 8236  
Via Cherasco, 5 - Tel. 02.8578. 8235  
Via Brivio, 2 - Tel. 02.8578. 8233  
Largo De Benedetti, 1 - Tel. 02.8578. 8232  
Via Val di Bondo 11 - Tel. 02.8578. 8234  
Via Faravelli, 31 - Tel. 02.8578. 8237  
Via Ricordi, 1 - Tel. 02.8578. 8348  
Via Sant' Erlembardo, 4 - Tel. 02.8578. 8350  
Largo Volontari del Sangue, 3 - Tel. 02.8578. 8352  
Via Oglio, 18 - Tel. 02.8578. 8427  
Via Boifava, 25 - Tel. 02.8578. 8428  
Via Fantoli, 7 - Tel. 02.8578. 8430  
Via Remo La Valle, 7 - Tel. 02.8578. 8530  
Via Masaniello, 23 - Tel. 02.8578. 8532  
Via Monreale, 13 - Tel. 02.8578. 8535  
Via Della Ferrera, 14 - Tel. 02.8578. 8534  
Corso Italia, 52 - Tel. 02.8578. 8119-8120  
Via Conca del Naviglio, 45 - Tel. 02.8578. 8121  
Sesto San Giovanni - Via C. Marx, 195 - Tel. 02.8578.4060  
Sesto San Giovanni - Via Gramsci, 32 - Tel. 02.8578.9530  
Cologno Monzese - Via Boccaccio, 12 - Tel. 02.8578.4550  
Ciniselto Balsamo - Via Terenghi, 2 - Tel. 02.8578.3378  
Ciniselto Balsamo - Via Friuli, 2 - Tel. 02.8578.4420  
Ciniselto Balsamo - Via Cinque Giornate - Tel. 02.8578.4392  
Cormano - Via dell'Innovazione, 1 - Tel. 02.8578.6020

Bresso - Via Dante Alighieri, 2 – Tel. 02.8578.6650  
Cusano Milanino - Via Ginestra, 1 – Tel. 02.85784595

### **ASL Milano 1**

Abbiategrasso - Via De Amicis, 1 - Tel. 02.9426601  
Arluno - Via Deportati di Mathausen - Tel. 02.90379074  
Bollate - Via Matteotti - Tel. 02.49510306  
Busto Garolfo - Via XXIV Maggio, 17 - Tel. 0331.566162  
Castano Primo - Via Moroni, 12 - Tel. 0331.888729  
Cesano Boscone - Via Vespucci, 7 - Tel. 02.48617725  
Corsico - Via Diaz, 49 - Tel. 02.48617754  
Cuggiono - Via Rossetti - Tel. 02.97242416  
Garbagnate Milanese - Via Matteotti, 66 - Tel. 02.99444815  
Legnano - Via Colli di Sant'Erasmus, 29 - Tel. 0331.547205  
Magenta - Viale Lombardia, 1 - Tel. 02.97973520  
Paderno Dugnano - Via Repubblica, 16 - Tel. 02.49510388  
Parabiago - Via 11 Febbraio, 31 - Tel. 0331.449638  
Rho - Via Zara 10 - Tel. 02.93180779  
Settimo Milanese - Via Libertà, 33 - Tel. 02.33500655  
Trezzano sul Naviglio - Via Buonarroti, 1 - Tel. 02.48617510

### **ASL Milano 2**

Paullo - Via Mazzini, 17/19 - Tel. 02.98115241  
Peschiera Borromeo - Via Matteotti, 25 (per appuntamenti telefonare alla sede di Paullo)  
Melegnano - Via Pertini, 1 - Tel. 02.98032720  
San Donato Milanese - Via Sergnano, 2 - Tel. 02.98115953  
San Giuliano Milanese - Via Cavour, 15 - Tel. 02.98115622  
Piolto - Via Moro, 22 - Tel. 02.92654019  
Segrate - Via Amendola, 3 - Tel. 02.92654907  
Vimodrone - Via Battisti, 27 (per appuntamenti telefonare alla sede di Segrate)  
Cassina de' Pecchi - Via Mazzini, 26 (per appuntamenti contattare la segreteria di Cernusco sul Naviglio)  
Cernusco sul Naviglio - Via Turati, 4 - Tel. 02.92654454  
Gorgonzola - Via Don Gnocchi, 2 (per appuntamenti contattare la segreteria di Cernusco sul Naviglio)  
Cassano d'Adda - Via Di Vona, 41 (per appuntamenti contattare la segreteria di Melzo)  
Melzo - Via Mantova, 10 - Tel. 02.92654857

Rinasco - Via Matteotti, 32/34 (per appuntamenti contattare la segreteria di Pieve Emanuele)

Lacchiarella - Via Molise, 1 (per appuntamenti contattare la segreteria di Pieve Emanuele)

Pieve Emanuele - Piazza Puccini, 4 - Tel. 02.98456611

Opera - Via Allende (per appuntamenti contattare la segreteria di Rozzano)

Rozzano - Via Glicini - Tel. 02.82456115

### **ASL Monza Brianza**

Monza - Via Boito, 2 - Tel. 039.2384450

Monza - Via De Amicis, 17 - Tel. 039.2384609

Brugherio - Viale Lombardia, 270 - Tel. 039.2897404

Consultorio di Villasanta - Piazzetta Erba, 12 - Tel. 039.2325420

Desio - Via U. Foscolo, 24/26 - Tel. 0362.483206

Cesano Maderno - Via San Carlo, 2 - Tel. 0362.483716

Limbiate - Via Monte Grappa, 40 - Tel. 02.99456735

Nova Milanese - Via Giussani, 11 - Tel. 0362.366774

Seregno - Via Stefano da Seregno, 102 - Tel. 0362.483558-69

Giussano - Via Fermi, 1 - Tel. 0362.332173 - 0362.852036

Lentate sul Severo - Via Garibaldi, 37 - Tel. 0362.566867/71

Meda - Via Roma, 2 - Tel. 0362.345014/12

Severo - Via Martiri D'Ungheria, 30 - Tel. 0362.645107/10

### **ASL Mantova**

Mantova - Via dei Toscani, 1 - Tel. 0376.334582

Asola - Via Mazzini, 48 - Tel. 0376.334016/334019

Bozzolo - Via Bonoldi, 75 - Tel. 0376.909226

Castelgoffredo - Via G. Rossa, 1 - Tel. 0376.779573

Castellucchio - P.za Casotti, 30 - Tel. 0376.438014

Castiglione delle Siviere - Via Garibaldi, 16 - Tel. 0376.861779

Goito - Strada Statale Goitese, 313 - Tel. 0376.689914

Lunetta - Via Valle d'Aosta - Tel. 0376.334811

Poggio Rusco - Via Massarani, 1 - Tel. 0376.331386

Ostiglia - Via Belfanti, 1 - Tel. 0386.302020

Roncoferraro - L.go Nuvolari, 1 - Tel. 0376.334822

Roverbella - Via Soferino, 14 - Tel. 0376.693428

Suzzara - Via Marangoni, 4/a - Tel. 0376.331458

Suzzara - Via Cadorna, 2 - Tel. 0376.331458

Viadana - Largo De Gasperi, 7 - Tel. 0376.789745

Virgilio - Via Falcone, 1 - Tel. 0376.283833

**ASL Pavia**

Pavia - V.le Indipendenza, 5 - Tel. 0382.431555 - 432487

Cava Manara - P.zza V. Emanuele II, 7 - Contattare la sede di Pavia - Tel. 0382.431555/432487

Certosa di Pavia - C.so Partigiani, 53 - Contattare la sede di Pavia - Tel. 0382.431555 - 432487

Corteolona - Via Longobardi, 3 - Contattare la sede di Pavia - Tel. 0382.431555/432487

Vidigulfo - Via Marconi, 20 - Contattare la sede di Pavia - Tel. 0382.431555/432487

Voghera - V.le Repubblica, 88 - Tel. 0383.695217/695286/695538

Broni - Via Montebello, 47/A - Contattare la sede di Voghera - Tel. 0383.695217/695286/695538

Casteggio - Via Torta, 2 - Contattare la sede di Voghera - Tel. 0383.695217/695286/695538

S. Maria della Versa - Via Crispi, 88 - Contattare la sede di Voghera - Tel. 0383.695217/695286/695538

Vigevano - V.le Montegrappa, 5 - Tel. 0381.333510/333819/333813

Mortara - Via Fagnani, 5 - Contattare la sede di Vigevano - Tel. 0381.333510/333819/333813

Robbio - Via Mortara, 5 - Contattare la sede di Vigevano - Tel. 0381.333510/333819/333813

Sannazzaro De' Burgundi - P.zza Palestro, 1 - Contattare la sede di Vigevano - Tel. 0381.333510 - 333819 - 333813

**ASL Sondrio**

Sondrio - Via N. Sauro, 38 - Tel. 0342.555736

Bormio - Vicolo del Ginnasio, 3 - Tel. 0342.900215

Chiavenna - Via Cereria, 4 - Tel. 0343.67317

Morbegno - Via Stelvio, 59 - Tel. 0342.643232

Tirano - Via Pedrotti, 9 - Tel. 0342.707315

Livigno - Tel. 0342.970.033

**ASL Varese**

Varese - Via O. Rossi, 9 Pad. Biffi - Tel. 0332.277493

Arcisate - Via Metteotti, 20 - Tel. 0332.476337

Busto Arsizio - presso Ospedale di Busto Arsizio - Tel. 0331.684362

Fagnano Olona - Piazza Gramsci, 1 - Tel. 0331.611094

Gallarate - Via Leonardo da Vinci, 1 - Tel. 0331.718311

Gazzada Schianno - Via Roma, 18 - Tel. 0332.877023

Laveno - Via Ceretti, 8 - Tel. 0332.625329/361

Luino - Via XXV Aprile, 31 - Tel. 0332.539342  
Malnate - Piazza Libertà, 1 - Tel. 0332.428983  
Saronno - Via Tommaseo, 14 - Tel. 02.9620326  
Sesto Calende - Via Montrucco, 10 - Tel. 0331.913473  
Somma Lombardo - Via Fuser, 1 - Tel. 0331.751008  
Tradate - Via Gradisca, 7 - Tel. 0331.815142

**ASL Vallecamonica – Sebino**

Darfo Boario Terme - Via Barbolini, 2 - Tel. 0364.540212  
Breno - c/o sede ASL - Via Nissolina, 2 - Tel. 0364.329408  
Edolo - c/o ospedale - Piazza Donatori di Sangue, 1 - Tel. 0364.772505



# Capitolo 10

## La formazione in Lombardia



A seguito del mandato derivato dalla legge 7/2006 e dai fondi specifici assegnati dal Ministero della Salute, per l'attuazione di quanto previsto dalla legge stessa, è stato costituito un Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale presso la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia. Il gruppo, composto da professionisti e coadiuvato da funzionari regionali che si occupano a vario titolo delle tematiche legate alla migrazione, ivi comprese la pratiche di mutilazioni genitali femminili, ha elaborato proposte da adottare sul territorio regionale.

La Direzione Generale Sanità ha dato ad Éupolis Lombardia mandato biennale di realizzare l'intero Programma regionale di sensibilizzazione, informazione e formazione, per prevenire e contrastare le pratiche di mutilazione genitale femminile e sviluppare l'integrazione socio-culturale.

La realizzazione del programma formativo ha richiesto la progettazione di un impianto didattico complesso, per cogliere le esigenze di apprendimento e scambio degli operatori sanitari, socio-sanitari, dei medici di medicina generale e dei pediatri, ma anche dei professionisti della scuola e degli operatori del volontariato.

Per la realizzazione dei percorsi formativi, Éupolis Lombardia ha coordinato un gruppo di progetto multi professionale, composto dai professionisti del gruppo tecnico regionale, a cui ha affiancato esperti di progettazione formativa e conduttori esperti di metodologie didattiche.

Ciò ha consentito un'offerta formativa differenziata, monitorata continuamente dal punto di vista dell'efficacia didattica e rivolta in modo capillare a tutto il territorio regionale. Esempifichiamo il percorso formativo di primo livello e quello di secondo livello.

**Primo livello: Conoscere le differenze culturali e crescere nell'integrazione. Percorso formativo di sensibilizzazione del personale sanitario, socio-sanitario per contrastare le mutilazioni genitali femminili.**

Il percorso ha portato gli operatori a:

- conoscere la dimensione del fenomeno della migrazione sul territorio lombardo;
- acquisire la conoscenza di base di che cosa sono le mutilazioni genitali femminili con riferimento a:
  - aspetti sanitari
  - aspetti antropologici
  - aspetti sociologici
- conoscere la normativa italiana e straniera in merito.

Il percorso formativo si è svolto in 4 giornate ed è stato rivolto agli operatori psicosociali e operatori sanitari dei servizi territoriali, alle mediatrici linguistiche e culturali, agli operatori dei servizi sociali dei Comuni, agli operatori sanitari dei Dipartimenti materni e infantili delle strutture ospedaliere, agli operatori appartenenti ad associazioni di volontariato che si occupano di assistenza sanitaria agli immigrati.

Da un punto di vista metodologico le giornate hanno alternato relazioni e lavori in sottogruppo per focalizzare gli apprendimenti e concettualizzare gli elementi di trasferibilità.

**Secondo livello. Conoscere le differenze culturali e crescere nell'integrazione: modelli comunicativi e processi di costruzione di una rete territoriale integrata. Percorso formativo di secondo livello per operatori sanitari, sociali e socio-sanitari.**

Il corso ha voluto riprendere e approfondire alcune delle tematiche affrontate nei corsi di base, costruire un laboratorio di esperienze al fine di migliorare le competenze dei partecipanti, progettare o potenziare nei loro servizi attività di informazione sanitaria alle comunità di immigrati e di prevenzione sia delle mutilazioni genitali femminili, sia più in generale, delle malattie, favorendo l'integrazione culturale per un'assistenza multietnica.

Gli obiettivi specifici del percorso di formazione sono stati:

- approfondire le modalità nell'accesso e nell'utilizzo dei nostri servizi socio-sanitari da parte delle varie comunità;
- approfondire il tema della genitorialità in terra di migrazione e le dinamiche di integrazione nelle seconde generazioni;
- stimolare alla riflessione e alla comprensione di un cambiamento culturale in atto per meglio gestire l'esperienza quotidiana, partendo dalla ricerca d'aula e dal confronto sulle esperienze dei partecipanti;
- migliorare le modalità di comunicazione sulle mutilazioni genitali femminili e sulla informazione sanitaria alle comunità migranti;
- sviluppare percorsi che definiscono ambiti di interventi istituzionali e ambiti di sussidiarietà per favorire la costruzione di reti territoriali tra servizi sanitari, servizi sociali, privato sociale.

Il corso è stato rivolto agli operatori sanitari, sociali e socio-sanitari che avevano già partecipato ad una delle edizioni del corso di primo livello "Conoscere le differenze culturali e crescere nell'integrazione" svoltesi nel 2010-2011, a coloro che hanno realizzato progetti HPH (Health Promoting

Hospitals and Health Services) nell'area interculturalità e ad operatori che si occupano di servizi per gli immigrati. Di seguito si riporta una elaborazione dei dati sulla tipologia e partecipazione ai corsi.

Tipologia corso	Edizioni
Corso base I° livello Operatori Sanitari	24
Corsi II° livello	12
Corsi per MMG e Pediatri	11
Corsi Operatori Scuola	5
Corsi Operatori sociali	4
Corsi Volontari	2
<b>Totale</b>	<b>58</b>

Tipologia corso	Allievi
Corso base I° livello O. Sanitari	620
Corsi Volontari	19
Corsi per MMG e Pediatri	252
Corsi Operatori sociali	52
Corsi Operatori Scuola	41
Corsi II° livello	297
<b>Totale</b>	<b>1281</b>

Tipologia corso	Giornate
Corso base I° livello O. Sanitari	88
Corsi Volontari	2
Corsi per MMG e Pediatri	11
Corsi Operatori Sociali	12
Corsi Operatori Scuola	5
Corsi II° livello	24
<b>Totale</b>	<b>142</b>

Anno/Tipologia corso	Edizioni
<b>2010</b>	<b>19</b>
Corso base I° livello O. Sanitari	16
Corsi per MMG e Pediatri	3
<b>2011</b>	<b>39</b>
Corso base I° livello O. Sanitari	8
Corsi Volontari	2
Corsi per MMG e pediatri	8
Corsi Operatori sociali	4
Corsi Operatori Scuola	5
Corsi II° livello	12
<b>Totale</b>	<b>58</b>

<b>Anno/ Tipologia corso/Provincia</b>	<b>Allievi</b>	<b>Edizioni</b>	<b>Giornate</b>
<b>2010</b>	<b>457</b>	<b>19</b>	<b>59</b>
<b>Corso base I° livello O. Sanitari</b>	<b>405</b>	<b>16</b>	<b>56</b>
BG	30	1	3
BS	26	1	4
CO	20	1	3
CR	25	1	4
LC	24	1	4
MI	200	8	27
PV	26	1	4
VA	54	2	7
<b>Corsi per MMG e pediatri</b>	<b>52</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
BS	16	1	1
MI	36	2	2
<b>2011</b>	<b>824</b>	<b>39</b>	<b>83</b>
<b>Corso base I° livello O. Sanitari</b>	<b>215</b>	<b>8</b>	<b>32</b>
MI	215	8	32
<b>Corsi Volontari</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
BS	10	1	1
MI	9	1	1
<b>Corsi per MMG e Pediatri</b>	<b>200</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
BG	25	1	1
CR	15	1	1
LC	25	1	1
LO	18	1	1
MB	31	1	1
MN	57	1	1
PV	14	1	1
VA	15	1	1
<b>Corsi Operatori sociali</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
CO	19	1	3
CR	11	1	3
MI	22	2	6
<b>Corsi Operatori Scuola</b>	<b>41</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
CR	10	1	1
LO	3	1	1
MB	11	1	1
MN	7	1	1
PV	10	1	1
<b>Corsi II° livello</b>	<b>297</b>	<b>12</b>	<b>24</b>
MI	297	12	24
<b>Totale</b>	<b>1281</b>	<b>58</b>	<b>142</b>

Ente di provenienza	Partecipanti		
	I° Livello	II° Livello	Totale
A.O. BERGAMO	18	9	27
A.O. BOLOGNINI SERIATE	12	11	23
A.O. BRESCIA	2	2	4
A.O. BUSTO ARSIZIO	9	1	10
A.O. CREMA	7	1	8
A.O. CREMONA	7	5	12
A.O. DESENZANO DEL GARDA	6	2	8
A.O. DESIO E VIMERCATE	6	3	9
A.O. FBF MILANO	24	18	42
A.O. GALLARATE		1	1
A.O. ICP MILANO	22	9	31
A.O. LEGNANO	6	3	9
A.O. LODI	10	8	18
A.O. MACCHI VARESE	3	3	6
A.O. MANTOVA	11	4	15
A.O. MANZONI LECCO	4		4
A.O. MELEGNANO	13	8	21
A.O. MELLINO MELLINI CHIARI	7	5	12
A.O. NIGUARDA CA' GRANDA MILANO	4	1	5
A.O. PAVIA	13	10	23
A.O. S.ANTONIO ABATE DI GALLARATE	9	4	13
A.O. SACCO MILANO	4		4
A.O. SALVINI GARBAGNATE MIL.SE	6	5	11
A.O. SAN CARLO MILANO	5	2	7
A.O. SAN GERARDO MONZA	3	5	8
A.O. SAN PAOLO MILANO	3	3	6
A.O. SANT'ANNA COMO	7	1	8
A.O. TREVIGLIO - CARAVAGGIO	8	2	10
A.O. VALTELLINA E VALCHIAVENNA	8	5	13
ASL BERGAMO	50	16	66
ASL BRESCIA	28	1	29
ASL COMO	6	4	10
ASL CREMONA	25	5	30
ASL LECCO	35	5	40
ASL LODI	26	2	28
ASL MANTOVA	69	3	72
ASL MILANO 1	27	12	39
ASL MILANO 2	13	7	20
ASL MILANO CITTA'	176	66	242
ASL MONZA BRIANZA	3		3
ASL MONZA E BRIANZA	35	3	38
ASL PAVIA	21	7	28
ASL SONDRIO	6	1	7
ASL VALLECAMONICA E SEBINO	5	6	11
ASL VARESE	75	14	89
<b>Totale parziale</b>	<b>837</b>	<b>283</b>	<b>1120</b>

Ente di provenienza	Partecipanti		
	I° Livello	II° Livello	Totale
COMUNI	41		41
CONSORZI COOPERATIVE ONLUS	38	1	39
IRCCS "EUGENIO MEDEA" BOSISIO PARINI		3	3
IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE	14	5	19
IRCCS ISTITUTO TUMORI MILANO	2	1	3
IRCSS OSPEDALE SAN RAFFAELE	2		2
ISTITUTO SCOLASTICO	43		43
O. SACRA FAMIGLIA ERBA	3	3	6
ALTRO	4	1	5
<b>Totale parziale</b>	<b>147</b>	<b>14</b>	<b>161</b>
<b>Totale</b>	<b>984</b>	<b>297</b>	<b>1281</b>

Qualifica	Donne			Uomini			Tot.
	2010	2011	Tot.	2010	2011	Tot.	
ASSISTENTE SANITARIO	33	24	57	1	1	2	59
ASSISTENTE SOCIALE	31	68	99	1	7	8	107
INFERMIERA/E	110	112	222	1	3	4	226
COORD. INFERMIERISTICO	11	26	37	1		1	38
OSTETRICA/O	93	159	252	2	2	4	256
DIRIGENTE MEDICO	23	40	63	3	13	16	79
MEDICO SPEC.OSTETRICIA GIN.	27	32	59	2	2	4	63
MEDICO SPEC. PEDIATRIA	21	11	32	1	4	5	37
MMG	20	62	82	11	55	66	148
PEDIATRA DI FAMIGLIA	24	65	89	2	15	17	106
DIRIGENTE PSICOLOGA/O	5	3	8	1		1	9
PSICOLOGA/O	24	36	60	1		1	61
DOCENTE	2	39	41		4	4	45
MEDIATRICE CULTURALE		5	5				5
VOLONTARIO		16	16		3	3	19
ALTRO	4	11	15				15
AMMINISTRATIVA/O	2	6	8				8
<b>Totale</b>	<b>430</b>	<b>715</b>	<b>1145</b>	<b>27</b>	<b>109</b>	<b>136</b>	<b>1281</b>

A.O.	ASSISTENTE SOCIALE	INFERMIERA/E	COORD. INFERMIERISTICO	OSTETRICA/O	DIRIGENTE MEDICO	MEDICO SPEC. OST.: GINECOLOGIA	MEDICO SPEC. PEDIATRIA	DIRIGENTE PSICOLOGA/O	PSICOLOGA/O	AMMINISTRATIVA/O	ALTRO	Totale
BERGAMO	12	4	8	2				1				27
BOLOGNINI SERIATE			22			1						23
BRESCIA	4											4
BUSTO ARSIZIO		1	4	2	1			2				10
CREMA	2	1	3	1	1							8
CREMONA	1	3	2	2				2		2		12
DESENZANO DEL GARDA	3		3	1	1							8
DESIO E VIMERCATE		2	5	2								9
FBF MILANO	22	8	4	1			2	2		3		42
GALLARATE	1											1
ICP MILANO	2	10	4	12	1	1			1			31
LEGNANO				9								9
LODI				17					1			18
MACCHI VARESE	2		1	1	1			2				6
MANTOVA	1		11			3						15
MANZONI LECCO			3	1								4
MELEGNANO	7	2	6	5	1							21
MELLINO MELLINI	2		3	4	2	1						12
NIGUARDA MI			3	2								5
PAVIA	4	3	5	2	3	6						23
GALLARATE	10	2	1									13
SACCO MILANO	1		1	2								4
GARBAGNATE MIL.SE	1	1	4	1	2	2						11
S. CARLO MILANO	1		5				1					7
S.GERARDO MONZA	1	1	5	1								8
SAN PAOLO MILANO	6											6
SANT'ANNA COMO	1		6							1		8
TREVIGLIO	3		6	1								10
VALTELLINA E VALCH.			8	4				1				13
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>87</b>	<b>28</b>	<b>157</b>	<b>13</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>368</b>

ENTE	ASSISTENTE SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	INFERMIERA/E	COORD. INFERMIERISTICO	OSTETRICA/O	DIRIGENTE MEDICO	MEDICO SPEC. OSTETRICA GIN.	MEDICO SPEC. PEDIATRIA	MMG	PEDIATRA DI FAMIGLIA	DIRIGENTE PSICOLOGA/O	PSICOLOGA/O	DOCENTE	ALTRO	Totale
ASL BERGAMO	6	3	7	2	6	10			10	14	7			1	66
ASL BRESCIA		3	1		3	2	1		9	6	1	3			29
ASL COMO	1		4		2						3				10
ASL CREMONA	3				7	2			6	10	2				30
ASL LECCO			4		1	5			12	17	1				40
ASL LODI	2	1			3				13	6	2	1			28
ASL MANTOVA	2	1	1		8	4			45	11					72
ASL MILANO 1	1	4	11	1	9	2	5			1	2	2	2	1	39
ASL MILANO 2	1		4		3		2	3		1	1	5			20
ASL MILANO CITTA'	33	13	71	2	21	18	20	15	19	17	13				242
ASL MONZA BRIANZA		1					1					1			3
ASL MONZA E BRIANZA			4		2	2			19	11					38
ASL PAVIA		2				11			9	4	2				28
ASL SONDRIO	2	1	1		1		2								7
ASL VALLECAMONICA E SEBINO		1	2		5						2			1	11
ASL VARESE	4	11	19	1	9	7	3		6	9	3	12	1	4	89
<b>Totale</b>	<b>55</b>	<b>41</b>	<b>129</b>	<b>6</b>	<b>80</b>	<b>63</b>	<b>34</b>	<b>18</b>	<b>148</b>	<b>106</b>	<b>5</b>	<b>53</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>752</b>



ENTE	ASSISTENTE SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	INFERMIERA/E	COORD. INFERMIERISTICO	OSTETRICA/O	DIRIGENTE MEDICO	MEDICO SPEC.PEDIATRIA	PSICOLOGA/O	DOCENTE	MEDIATRICE CULTURALE	VOLONTARIO	ALTRO	AMMINISTRATIVA/O	Totale
COMUNI	3	36						1	1	1				41
CONSORZI COOPERATIVE ONLUS		12	1		3	2	1		1		17	2		39
IRCCS EUGENIO MEDEA BOSIO P.			2										1	3
IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAG.			5	1	13									19
IRCCS ISTITUTO TUMORI MILANO		3												3
IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE					2									2
ISTITUTO SCOLASTICO								1	37	4	1			43
O. SACRA FAMIGLIA ERBA			3	1	1								1	6
ALTRO	1	1	2	2	1	1					1			5
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>52</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>38</b>	<b>5</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>161</b>

Si ringrazia Miriam Pasinetti di Éupolis Lombardia per aver fornito i dati.





**Capitolo 11**  
**Legge n° 7 del 9 gennaio 2006**

Legge 9 gennaio 2006, n. 7

## **“Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”**

Publicata nella Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 Gennaio 2006

---

### **Art.1**

#### *Finalità*

1. In attuazione degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione e di quanto sancito dalla Dichiarazione e dal Programma di azione adottati a Pechino il 15 Settembre 1995 nella quarta Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sulle donne, la presente legge detta le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine.

### **Art.2**

#### *Attività di Promozione e Coordinamento*

1. La Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità promuove e sostiene, nell'ambito degli ordinari stanziamenti di bilancio, il coordinamento delle attività svolte dai Ministeri competenti dirette alla prevenzione, all'assistenza alle vittime e all'eliminazione delle pratiche di mutilazione genitale femminile.

2. Ai fini dello svolgimento delle attività di cui al comma 1, la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità acquisisce dati e informazioni, a livello nazionale e internazionale, sull'attività svolta per la prevenzione e la repressione e sulle strategie di contrasto programmate o realizzate da altri Stati.

### Art.3

#### *Campagne Informative*

1. Allo scopo di prevenire e contrastare le pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale, il Ministero per le pari opportunità, d'intesa con i Ministri della salute, dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del lavoro e delle politiche sociali, degli affari esteri e dell'interno e con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, predispone appositi programmi diretti a:

- a) predisporre campagne informative rivolti agli immigrati dai Paesi in cui sono effettuate le pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale, al momento della concessione del visto presso i consolati italiani e del loro arrivo alle frontiere italiane, dirette a diffondere la conoscenza dei diritti fondamentali della persona, in particolare delle donne e delle bambine, e del divieto vigente in Italia delle pratiche di mutilazione genitale femminile;
- b) promuovere iniziative di sensibilizzazione, con la partecipazione delle organizzazioni di volontariato, delle organizzazioni non profit, delle strutture sanitarie, in particolare dei centri riconosciuti di eccellenza dall'Organizzazione mondiale della sanità, e con le comunità di immigrati provenienti dai Paesi dove sono praticate le mutilazioni genitali femminili per sviluppare l'integrazione socio-culturale nel rispetto dei diritti fondamentali della persona, in particolare delle donne e delle bambine;
- c) organizzare corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza, finalizzati ad una corretta preparazione al parto;
- d) promuovere appositi programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo, anche avvalendosi di figure di riconosciuta esperienza nel campo della mediazione culturale, per aiutarli a prevenire le mutilazioni genitali femminili, con il coinvolgimento dei genitori delle bambine e dei bambini immigrati, e per diffondere in classe la conoscenza dei diritti delle donne e delle bambine;
- e) promuovere presso le strutture sanitarie e i servizi sociali il monitoraggio dei casi pregressi già noti e rilevanti localmente.

2. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa di 2 milioni di euro annui a partire dall'anno 2005.

#### **Art. 4**

##### *Formazione del Personale Sanitario*

1. Il Ministro della salute, sentiti i Ministri dell'istruzione, dell'università e della ricerca e per le pari opportunità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di cui all'art. 583-bis del codice penale, per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.
2. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa di 2,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2005.

#### **Art. 5**

##### *Istituzione di un Numero Verde*

1. È istituito, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso il Ministero dell'interno, un numero verde finalizzato a ricevere segnalazione da parte di chiunque venga a conoscenza della effettuazione, sul territorio italiano, delle pratiche di cui all'articolo 583-bis del codice penale, nonché a fornire informazioni sulle organizzazioni di volontariato e sulle strutture sanitarie che operano presso le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate tali pratiche.
2. Per l'attuazione del presente articolo è autorizzata la spesa di 0,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2005.

#### **Art. 6**

##### *Pratiche di Mutilazione degli Organi Genitali Femminili*

Dopo l'articolo 583 del codice penale sono inseriti i seguenti:

**Art. 583-bis. - (Pratiche di mutilazioni 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 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.

*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”.

All'articolo 604 del codice penale, al primo periodo, le parole: “da cittadino straniero” sono sostituite dalle seguenti “dallo straniero” e, al secondo periodo, le parole “il cittadino straniero” sono sostituite dalle seguenti “lo straniero”.

## **Art. 7**

### *Programmi di Cooperazione Internazionale*

1. Nell'ambito dei programmi di cooperazione allo sviluppo condotti dal Ministero degli affari esteri e in particolare nei programmi finalizzati alla promozione dei diritti delle donne, in Paesi dove, anche in presenza di norme nazionali di divieto, continuano ad essere praticate mutilazioni genitali femminili, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per lo Stato, sono previsti, in accordo con i Governi interessati, presso le popolazioni locali, progetti di formazione e informazione diretti a scoraggiare tali pratiche nonché a creare centri antiviolenza che possano eventualmente dare accoglienza alle giovani che intendano sottrarsi a tali pratiche



ovvero alle donne che intendano sottrarvi le proprie figlie o le proprie parenti in età minore.

#### **Art. 8**

##### *Modifiche al Decreto Legislativo 8 Giugno 2001, N.231*

1. Dopo l'articolo 25-quarter del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, è inserito il seguente:

*“Art. 25- quarter. 1. – (Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili).*

1. In relazione alla commissione dei delitti di cui all'articolo 583 – bis del codice penale si applicano all'ente, nella cui struttura è commesso il delitto, la sanzione pecuniaria da 300 a 700 quote e le sanzioni interdittive previste dall'articolo 9, comma 2, per una durata non inferiore ad un anno. Nel caso in cui si tratti di un ente privato accreditato è altresì revocato l'accreditamento.

2. Se l'ente o una sua unità organizzativa viene stabilmente utilizzato allo scopo unico o prevalente di consentire o agevolare la commissione dei delitti indicati al comma 1, si applica la sanzione dell'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 16, comma 3”.

#### **Art. 9**

##### *Copertura Finanziaria*

1. Agli oneri derivanti dagli articoli 3, comma 2, 4, comma 2, e 5, comma 2, pari a 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2005, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2005-2007, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente “Fondo Speciale” dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2005, allo scopo parzialmente utilizzando, quanto a euro 5.000.000 per l'anno 2005, a euro 769.000 per l'anno 2006 e a euro 1.769.000 a decorrere dell'anno 2007, l'accantonamento relativo al Ministero della salute, quanto a euro 4.231.000 per l'anno 2006, l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e quanto a euro 3.231.000 a decorrere dall'anno 2007, l'accantonamento relativo al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica Italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 9 gennaio 2006

CIAMPI

Berlusconi, Presidente del Consiglio dei  
Ministri

Visto, il Guardasigilli: Castelli

#### LAVORI PREPARATORI

*Senato della Repubblica (atto n. 414):*

Presentato dal sen. Consolo il 9 luglio 2001.

Assegnato alla 2ª commissione (Giustizia), in sede referente, il 24 luglio 2001, con pareri delle commissioni 1ª, 3ª, 12ª, speciale in materia di infanzia e minori e straordinari per la tutela e la promozione dei diritti umani.

Esaminato dalla 2ª commissione, in sede referente, il 1º agosto 2001; il 26 novembre 2002; il 5 e 12 febbraio 2003.

Assegnato nuovamente alla 2ª commissione (Giustizia), in sede deliberante, il 4 marzo 2003.

Esaminato dalla 2ª commissione, in sede deliberante, il 19 marzo 2003 e approvato l'8 aprile 2003.

Camera dei deputati (atto n. 3884):

Assegnato alla II commissione (Giustizia), in sede referente, il 16 aprile 2003, con pareri delle commissioni I e XII.

Esaminato II commissione il 17 giugno 2003; l'8 luglio 2003; il 17 settembre 2003; 1º-8 e 23 ottobre 2003; l'11 novembre 2003.

Nuovamente assegnato alle commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali) in sede referente il 2 dicembre 2003.

Esaminato dalle commissioni riunite II e XII, in sede referente, il 10 dicembre 2003; 21 gennaio 2004, 4, 11, 12 e 24 febbraio 2004; 10, 17, 23 e 25 marzo 2004.

Esaminato in aula il 29 marzo 2004; il 28 e 29 aprile 2004 ed approvato con modificazioni in un testo unificato con gli atti numeri C. 150 (Ce' ed altri), C. 3282 (Conti); C. 3867 (Conti); C. 4204 (Di Virgilio e Palumbo) il 4 maggio 2004.

*Senato della Repubblica (atto n. 414/B):*

Assegnato alle commissioni riunite 1ª (Affari costituzionali) e 2ª (Giustizia), in sede referente, l'11 maggio 2004, con parere delle commissioni 3ª, 5ª, 7ª, 12ª, commissione speciale in materia di infanzia e minori e parlamentare per le questioni regionali.

Esaminato dalle commissioni riunite 1ª e 2ª, in sede referente, il 1º-22 luglio 2004; 5 e 11 maggio 2005.

Esaminato in aula il 19 e 24 maggio 2005 e approvato con modificazioni il 6 luglio 2005.

Camera dei deputati (atto n. 150-3282-3867-3884-4204/B):

Assegnato alle commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali), in sede referente, il 12 luglio 2005, con il parere delle commissioni I e V.

Esaminato dalle commissioni riunite II e XII, in sede referente, il 21 e 27 luglio 2005; il 15 e 22 settembre 2005.

Esaminato in aula il 26 settembre 2005 ed approvato con modificazioni il 20 dicembre 2005.

Senato della Repubblica (atto n. 414/D):

Assegnato alla 2ª commissione (Giustizia), in sede deliberante, il 21 dicembre 2005 con parere delle commissioni 1ª, 3ª, 5ª, 7ª e 12ª.

Esaminato dalla 2ª commissione in sede deliberante ed approvato il 22 dicembre 2005.



# Allegati

Country	Term used for FGM	Language
CHAD – the Ngama Sara subgroup	Bagne	
	Gadja	
GAMBIA	Niaka	Mandinka
	Kuyango	Mandinka
	Musolula Karoola	Mandinka
GUINEA-BISSAU	Fanadu di Mindjer	Kriolu
EGYPT	Thara	Arabic
	Khitan	Arabic
	Khifad	Arabic
ETHIOPIA	Megrez	Amharic
	Absum	Harrari
ERITREA	Mekhnishab	Tigreña
IRAN	Xatna	Farsi
KENYA	Kutairi	Swahili
	Kutairi was ichana	Swahili
NIGERIA	Ibi/Ugwu	Igbo
	didabe fun omobirin/ ila kiko fun omobirin	Yoruba
SIERRA LEONE	Sunna	Soussou
	Bondo	Temenee
	Bondo/Sonde	Mendee
	Bondo	Mandinka
	Bondo	Limba
SOMALIA	Gudiniin	Somali
	Halalays	Somali
	Qodiin	Somali
SUDAN	Khifad	Arabic
	Tahoor	Arabic
TURKEY	Kadin Sunneti	Turkish

Alcune terminologie locali usate per le MGF



Rischi per la salute conseguenti alle MGF



# Bibliografia





## Bibliografia generale

- Abdalla Raqiya H.D. (1982), *Sister in Affliction: Circumcision and Infibulation of Women in Africa*, Zed Books, London
- Abdelmalek S. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano
- Abusharaf R.M. (2000), "Female circumcision goes beyond feminism", *Anthropology News*, 41:17-18
- Adam T. et al, (2010), "Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries", *Bull World Health Organ*, 88: 281-28
- Adinma J.I.B., Agbdi A.O. (1999), "Practice and perception of female genital mutilation among Nigerian Igbo Woman", *Journal of obstetrics and Gynecology*, vol.19 n. 01: 44-48
- Ahmed L. (1993), *Women and Gender in Islam: Historical Roots of Modern Debate*, Yale University Press, New Heaven
- Aime M. (2004), *Eccessi di culture*, Einaudi, Torino
- Allam M.F., et al. (2001), "Factors associated with condoning of female genital mutilation among university students", *Public Health*, 115: 350-355
- Ambrosini M. (2005), *Sociologia delle migrazioni*, Il Mulino, Bologna
- Asekun-Olarinmoye E.O., Amusan O.A. (2008), "The impact of health education on attitudes towards female genital mutilation in a rural Nigerian community", *The European Journal of contraception and reproductive health care*, September 13(3): 289-297
- Ashtenacra Crabtree S., Husain F., Spalek B. (2010), *Lavorare con gli utenti musulmani. Manuale per gli operatori dei servizi sociali e sanitari*, Erikson, Trento
- Aslam N. (2006), *Mappe per amanti smarriti*, Feltrinelli, Milano
- Barstrow D. G. (1999), "Female Genital Mutilation: the penultimate gender abuse", in *Child Abuse & Neglect*, Vol. 23, No. 5: 501-510
- Berry W.B. et al. (1994), "La ricerca dei problemi nelle diverse culture", *Psicologia transculturale. Teoria, ricerca, applicazioni*, Guerini Studio, Milano
- Bertolini R., Bombardi S., Manfredini M. (2009), *Assistenza Infermieristica e Ostetrica Transculturale. Teoria, metodologia, applicazioni*, Hoepli, Milano
- Bestetti G. (a cura di) (2000), *Sguardi a confronto. Mediatrici culturali, operatrici dell'area materno-infantile, donne immigrate*, Franco Angeli, Milano
- Bikoo M. (2007), "Female genital mutilation: classification and management", *Nursing Standard*, N° 415
- Bilotti E. (1997), "La pratica della mutilazione genitale femminile", *Mediterranean Review*, n. 3, 1997
- Boddy J. (1997), "Womb as oasis: The symbolic context of pharaonic circumcision in rural northern Sudan", in *The Gender/Sexuality Reader*, (a cura di) Lancaster R., De Leonardo M., Routledge, New York
- Brenneis D., Macaulay R. (a cura di) (1996), *The matrix of language: Contemporary linguistic anthropology*, Westview Press, Boulder
- Carabini C., De Rosa D., Zarella C. (a cura di) (2011), *Voci di donne migranti*, Ediesse, Roma
- Carillo D., Pasini N. (2009), *Migrazioni Generi Famiglie. Pratiche di escissione e dinamiche di cambiamento in alcuni contesti regionali*, Franco Angeli, Milano
- Cassano G., Patruno F. (2003), "Mutilazioni genitali, circoncisioni e ordinamento giuridico italiano", *Diritto e giustizia*, 9: 91
- Castiglioni Marta (a cura di) (2011), *Identità e corpo migrante. Marchi sessuali femminili*, Guerini e Associati, Milano
- Chelala C. (1998), "Egypt takes decisive stance against female genital mutilation", *The Lancet*, Vol. 351, January 10

- Cito G., Petraglia F. (2007), "Perché le donne accettano le Mutilazioni genitali femminili", *Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia*, Vol. LXXXIII, 83° Congresso Nazionale, SIGO - Napoli, 14 - 17 ottobre
- Dandash K.F., Amany, Refaat A.H., Eyada M. (2001), "Female genital mutilation. A Descriptive Study", *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27:453-458
- Del Missier G. (2000), "Le mutilazioni genitali femminili", *Medicina e morale*, 6: 1098-1100
- Di Santo p., Cavallo T., Di Cesare S. (Studio Come s.r.l.) (maggio 2010), *Healthy Inclusion – Abstract Ricerca, Progetto Europeo Healthy Inclusion – Sviluppo di buone prassi per l'integrazione socio-culturale negli interventi e nei servizi di promozione alla salute. La valorizzazione delle differenze per l'inclusione dei cittadini migranti: verso servizi socio-sanitari competenti e accoglienti*
- Dossier "All'incrocio delle culture" in *Rivista per le Medical Humanities*, numero 17, anno 5, gennaio-marzo 2011 (Trimestrale edito dall'Ente Ospedaliero Cantonale del Canton Ticino)
- Elmusharaf S., Elhadi N., Almroth L. (2006), "Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study", *BMJ*, 333 (7559):124
- Favali L. (2002), "Le mutilazioni del corpo: tra relativismo e universalismo. Oltre i diritti fondamentali?", *Rivista critica del diritto privato*, 1: 106
- Ferrario F. (1999), *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*, Carocci, Roma
- Folgheraiter F. (2002), *L'utente che non c'è. Il lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*, Erikson, Trento
- Fusaschi M. (2003), *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*, Bollati Boringhieri, Torino
- Fusaschi M. (2011), *Quando il corpo è delle altre. Retoriche della pietà e umanitarismo-spettacolo*, Bollati Boringhieri, Torino
- Geraci S., Marceca M. (2000), "Il profilo di salute dell'immigrato", in Geraci S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Regione Veneto, Padova
- Giacalone F. (2006), *Bismillah. Saperi e pratiche del corpo nella tradizione marocchina*, Gramma Edizioni, Perugia
- Good Byron J. (2006), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino
- Hofstede G. (1980), *Culture's Consequences: International Differences in work-related values*, Sage, Beverly Hills, California
- Hofstede G. (1991), *Cultures and Organizations: Software of the Mind*, McGraw-Hill England, London
- Hohlfeld P., Thierfelder C., Jäger F. (2005), "Mutilations génitales féminines. Recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé", in *Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri*, 86, 16, pp. 961-969
- IDIL (2001), *Salvare le diversità, non la sofferenza. Le mutilazioni genitali femminili. Linee guida per gli operatori*
- Igwegbe A.O., Egbuon I. (2000), "The prevalence and practice of female genital mutilation in Newji, Nigeria. The impact of female education", *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 20, No. 5: 520-522
- Inter African Committee – Annual Activity Report 2009- IAC, Geneva
- Jaeder F., Cafilisch M., Hohlfeld P. (2009), "Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians", *Eur J Pediatr*, 168: 27-33
- Johansen B.E.R. (2002), "Pain as a counterpoint to culture: Toward an Analysis of Pain Associated with Infibulation among Somali Immigrants in Norway", in *Medical Anthropology Quarterly*, 16(3)

- Johansen R.E.B. (2006), "Care for infibulated women giving birth in Norway" in *An anthropological analysis of health workers' management of a medically and culturally unfamiliar issue*, *Medical Anthropology Quarterly* 20(4): 516-44
- Johnsotter S. (2003), *FGM in Sweden*, *EC Daphne Project*, International Centre for Reproductive Health, Ghent University, Belgium
- Kane J. (2005), "Pratiche tradizionali nocive", *Gli opuscoli di Daphne: tematiche ed esperienze della lotta alla violenza contro i bambini, giovani e donne*
- Kaplan-Marcusan A. et al. (2010), "Female genital mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of migrants families", *BMC Public Health*, 10: 193: 1-9
- Khady K. (2005), *Mutilata*, Cairo, Milano
- Kun K.E. (1997), "Female genital mutilation: the potential for increased risk of HIV infection", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 59: 153-155
- Leve E., Powell R.A., Nienhuis G., Claeys P., Temmerman M. (2006), "Health care in Europe for women with genital mutilation", *Health Care Women Int.*, Apr., 27 (4):362-78
- Leye E. et al. (2007), "Analysis of the implementation of laws with regards genital mutilation in Europe", *Crime, Law and Social Change*, Volume 47, Number 1: 1-31
- Leye E., Sabbe A. (2009), "Overview of legislation in the European Union to address female genital mutilation: challenges and recommendation for the implementation of laws", *Expert Group Meeting on good practices in legislation to address harmful practices against women United Nations Conference Centre Addis Ababa*, Ethiopia
- Livermore L., Monteiro R., Rymer J. (2007), "Attitudes and awareness of female genital mutilation. A questionnaire-based study in a Kenyan Hospital", *Journal of obstetrics & gynecology*, November, 27(8): 816-818
- Maalouf A. (2004), *Origini*, Bompiani, Milano.
- Maalouf A. (1999), *L'identità*, Bompiani, Milano
- Mazzetti M. (2003), *Il dialogo transculturale*, Carocci Faber, Roma
- Maglio A., Senghor A., Kiriga A. (2010), "Gender quality in rural education: Best Practices and Lessons Learned" from Senegal and Kenya, paper N° 04 del convegno *The E4 Engendering Empowerment: Education and Equality conferences, United Nations Girls' Education Initiative (UNGEI)*, Dakar, Senegal, 17-20 May
- Maguire L. (1994), *Il lavoro sociale di rete. L'operatore sociale come mobilizzatore e coordinatore delle risorse informali della comunità*, Erikson, Trento
- Mazzetti M., Livio M. (a cura di) (2000), *Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili*, Franco Angeli, Milano
- Morris K. (2006), "Feature Issues on female genital mutilation/cutting, progress and parallels", *The Lancet*, 368: S64-S66
- Morrone A., Sannella A. (2007), "Salute, immigrazione e mediazione culturale", in *Studi emigrazione*, n. 165, pp. 141-153
- Mura G., Cipriani R. (a cura di) (2009), *Corpo e religione*, Città Nuova, Roma
- Muscardini C. (2009), "Stop alle mutilazioni genitali femminili", [www.stopfgm.it](http://www.stopfgm.it), Parlamento italiano (2006), "Disposizione concernente la prevenzione e il divieto della pratica di mutilazioni genitali femminile", *Gazzetta Ufficiale*, n.14 del 18 gennaio
- Nour N.M., Michels K.B., Bryant A.E. (2006), "Deinfibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function", *J Obstet Gynecol*, Jul., 108 (1): 55-60
- Pasini N. (a cura di) (2007), *Mutilazioni genitali femminili: riflessioni teoriche e pratiche. Il caso della Regione Lombardia. Rapporto 2006. Milano Fondazione Ismu. Regione Lombardia. Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multiethnicità*
- Reding V., "European gender equality strategy must actively engage women" (2007), Amnesty international Ireland, End FGM European Campaign

- Regione Emilia Romagna, Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei servizi sanitari, Consulitori Familiari, Le Mutilazioni genitali femminili nella popolazione immigrata, Raccomandazioni per i professionisti, dic. 2000- febb. 2001
- Regione Toscana, Progetto ASL3 di Pistoia in collaborazione dell'Associazione Nostrostras, Profilo informativo del fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili, 2006
- Remotti F. (1996), *Contro l'identità*, Laterza, Roma-Bari
- Rizzardi G. (2007), *L'Islam: il linguaggio della morale e della spiritualità*, Edizioni Glossa, Milano
- Rouzi A.A, Alihadali E.A., Amarin Z.O., Abduljabbar H.S. (2001), "The use of intrapartum deinfibulation in women with female genital mutilation", *BJOG*, Sep., 108 (9), 949-51
- Rovelli N. (2009), "Le ferite simboliche sul corpo femminile. Le mutilazioni genitali femminili (MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI) vs l'episiotomia", in *Siryò*, rivista on-line di ricerca, formazione, informazione della disciplina ostetrica, anno III, vol. IV
- Sala R., Manara D. (2001), "Nurses and request for female genital mutilation: cultural rights versus human rights" *Nursing ethics*, 8 (3): 247-258
- Saraceno C. (2001), *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna
- Sayed G.H. et al. (1996), "The practice of female genital mutilation in Upper Egypt", in *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 55: 285-291
- Scaparro F., Pellegrino V. (2001), *Il coraggio di mediare. Contesti, teorie e pratiche di risoluzioni alternative di controversie*, Guerini e Associati, Milano
- Schultz E.A., Lavanda R.H. (2010), *Antropologia culturale*, Zanichelli, Bologna
- Sheehan E.A. (1997), "Victorian clitoridectomy: Isaac Baker Brown and his harmless operative procedure", in *The Gender/Sexuality reader*, (a cura di) Lancaster R., De Leonardo M., Routledge, New York
- Silvermann D. (2008), *Manuale di ricerca sociale e qualitativa*, Carocci, Roma
- Sirad S. H. (1997), *Sette gocce di sangue. Due donne somale*, La Luna Edizioni, Palermo
- Sclavi M. (1996), "L'arte di narrare e l'emergere di una rappresentazione interculturale del mondo", in *Animazione sociale*, n. 99, pp. 50-57
- Studd J., Schwenkhaugen A. (2009), "The historical response to female sexuality", *Maturitas* 63: 107-111
- Szymanski T. (2004), "Fighting Forced Marriages", in *World Press Review*, Vol. 51, Issue 1, pp. 31-31
- Taylor V. (2003), "Female genital mutilation: cultural practice or child abuse?", *Ethics and laws*, vol. 15 n.1 February: 31-33
- Tortolici B. C., Stievano A. (2006), *Antropologia e nursing. Due mondi che si incontrano*, Carocci, Roma
- Toubia N. (1988), *Women of the Arab World*, Zed Press, London
- Touzenis K. (2005), "Female genital mutilation. A case of showing how socio-cultural obstacles hinder the enforcement of women's right", *Jura Gentium. Journal of Philosophy of International Law and Global Politics*, Vol.1
- UNFPA (2008), *Rapporto sullo stato della popolazione nel mondo*
- Van Dijk T.A. (1998), *Ideology*, Sage, London
- Van Dijk T.A. (2003), *Ideologia y discurso*, Ariel, Barcelona
- Van Gennep A. (2002), *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri, Torino
- Villano P., Riccio B. (2008), *Culture e mediazioni*, Il Mulino, Bologna
- Waris D. (1988), *Fiore del Deserto: storia di una donna*, Garzanti, Milano
- White Horn J., Ayonrinde O., Maingay S. (2002), "Female genital mutilation: cultural and psychological implications", *Sexual and Relationship therapy*, vol.17 n.2: 161-170
- Widstrand C. G. (1965), "Female Infibulation", *Studia Ethnographica Upsaliensia*, XX
- Zaffaroni M., Livio M., Controllo I. (2005), "Mutilazioni genitali Femminili", in *Il bambino immigrato. Attualità e prospettive*, Editeam Gruppo Editoriale, Cento (FE), vol. II.

Zani B. (1998), "La comunicazione interpersonale", in Emiliani F. e Zani B. (a cura di), *Elementi di psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna, pp. 185-231

Zuanelli Sonino E. (1981), *La competenza comunicativa*, Bollati Borengieri, Torino

## Siti web e documenti WHO

---

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO\\_RHR\\_11.18\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.18_eng.pdf)

*WHO: An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM): Progress report. 2011 (ENG)*

Studies indicate that the practice of FGM has changed in a number of ways. Most encouragingly, the practice is declining. This can be observed when looking at data from countries in which at least two surveys are available, showing that the prevalence has reduced in a number of countries.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO\\_RHR\\_11.16\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.16_eng.pdf)

*WHO: Sociocultural motivations for female genital mutilation: matrimonial strategies, family motivations and religious justifications among the AI Pulaar and the Soninké in the River Senegal Valley. 2011 (ENG)*

The prevalence of female genital mutilation (FGM) among the AI Pulaar and the Soninké of the Senegal River area is estimated to lie between 80 and 100%. In these two communities FGM is mainly practiced on girls aged 0–2 years, so as to avoid the girls' potential refusal. The practice is planned and carried out by women, but receives tacit support from the men in the community. More specifically this study aims to document matrimonial strategies within the context of intracaste and intraethnic endogamy as well as the locally perceived importance of virginity. The study seeks to examine family incentives, to understand the cultural context of the practice of FGM and to identify the diverging interpretations of religious texts that encourage FGM.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO\\_RHR\\_11.17\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.17_eng.pdf)

*WHO: Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries Research summary. 2011 (ENG)*

A seminal study by WHO from 2006 (1) documented for the first time that female genital mutilation (FGM) is associated with increased risk for birth complications, affecting both mother and child. The risk increased commensurate with the severity of the procedure.

Building on these prior estimates of obstetric risks linked to FGM, a study was conducted estimating the cost to the health system of obstetric complications due to female genital mutilation in the same six African countries (Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal and Sudan) in which the original study was carried out.

*WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet, 367:1835- 1841.*

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68805-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68805-3/abstract)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

WHO: *Female genital mutilation*. February 2010

Fact sheet N°241 (ENG)

<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/09-064808.pdf>

WHO: *Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries*

*Article - Bulletin of the World Health Organization*. 2010 (ENG)

A study to estimate the economic costs of FGM was carried out in 2008. The study used the findings from the WHO study on the association between the different types of FGM and obstetric outcome and examined three issues: (1) estimating the medical costs associated with FGM; (2) building a model to estimate the economic costs to the communities due to FGM, using a DALY burden of disease methodology; and (3) estimating the cost-effectiveness of a hypothetical intervention that lowers the incidence of FGM by 10%.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.17\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.17_eng.pdf)

WHO: *Men's and women's perceptions of the relationship between female genital mutilation and women's sexuality in three communities in Egypt: Social science policy brief*. 2010 (ENG)

The practice of female genital mutilation (FGM) is still widespread in Egypt, with 91% prevalence in 2008 (Demographic Health Survey (DHS)). The limited reduction in spite of many years of campaigns against the practice indicate a limited understanding of factors influencing decision making. Particularly there is limited understanding of sexual concerns influencing the continuation or abandonment of FGM.

This study was therefore designed to understand and document local concepts and experiences of sexuality among Egyptian women in relation to FGM, and to investigate the links between FGM and marriage ability, gender roles and sexual pleasure.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who\\_rhr\\_10.12\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf)

WHO: *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators*. 2010 (ENG)

A working group on sexual health indicators was organized in September 2007 to elaborate indicators on sexual health and healthy sexuality, sexual violence and female genital mutilation. This document summarizes the discussions of the working group and includes a list of the indicators proposed.

This document should be considered an annex to the document National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health. Conceptual and practical considerations and related indicators.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.16\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.16_eng.pdf)

WHO: *Dynamics of decision-making and change in the practice of female genital mutilation in the Gambia and Senegal: Social science policy brief*. 2010 (ENG)

Decades of programming efforts aimed at eliminating female genital mutilation (FGM) have yielded varied and, in general, limited results. Reviews point to limits in the understanding of

the process of decision making and change in the practice of FGM, and call for theoretical models to understand better how and why interventions cause change.

This WHO-supported study was developed to improve the understanding of the dynamics of decision-making, and to assess the correspondence of these dynamics to theories of behaviour change. Improved theoretical, methodological and empirical insights can assist in the design, implementation, and evaluation of increasingly effective programmes aimed at ending FGM.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_10.9\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_eng.pdf)

*WHO: Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. 2010* (ENG)

UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, MWIA, WCPA, WMA

This global strategy against medicalization of female genital mutilation (FGM) has been developed in collaboration with key stakeholders, including UN organizations and health-care professional bodies, national governments and NGOs. The strategy is intended for a broad audience of policy-makers in governments, parliamentarians, international agencies, professional associations, community leaders, religious leaders, NGOs and other institutions.

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/index.html>

*WHO: Eliminating female genital mutilation. An interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. 2008* (ENG)

This Statement is a call to all States, international and national organizations, civil society and communities to uphold the rights of girls and women. It also calls on those bodies and communities to develop, strengthen, and support specific and concrete actions directed towards ending female genital mutilation.

<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/WP39/WP39.pdf>

*Numbers of women circumcised in Africa: the production of a total. Authors: P. Stanley Yoder and Shane Khan and Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA. 2008* (ENG)

This report was written in response to a request from the World Health Organization's Division of Family & Community Health, Department of Reproductive Health & Research, Gender, Reproductive Rights, Sexual Health & Adolescence team (FCH/RHR/GRR) to produce an estimate of the number of women in Africa who have been circumcised, or have undergone female genital cutting (FGC).

The World Health Organization (WHO), the United Nations Population Fund UNFPA), the United Nations Children's Fund (UNICEF), the United States Agency for International Development, UNFPA, UNICEF, (USAID), and various NGOs have provided estimates of the "number of women and girls worldwide" who have undergone FGC, but those estimates vary widely and do not include information on how the numbers were obtained. Given the limitations of the data on FGC in some African countries, the team at Macro agreed to provide a number, but a number for women 15 years old and older, not one for "women and girls worldwide." In order to provide a methodological context for that number, we have also

written a brief report about how the numbers were produced for each country. Readers could then judge for themselves if the calculations seemed reasonable. In countries where FGC data are available from a national survey with a representative sample of women, most often from a Demographic and Health Survey (DHS), the calculations are straightforward. Where such data are lacking, the calculations involve a series of assumptions related to the various estimates available and the ethnic composition of the population.

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/platform\\_action\\_fgm\\_ita.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/platform_action_fgm_ita.pdf)

*WHO: Platform for Action towards the abandonment of female genital mutilation/cutting (FGM/C). A matter of gender equality. 2008* (ITA)

The Donors Working Group on FGM/C (DWG) has, since 2001, brought together key governmental and intergovernmental organizations and foundations committed to supporting the abandonment of FGM/C. Thanks to the sharing and systematic analysis of experiences, we have reached a consensus on a common programmatic approach to support the abandonment of the practice and make a major difference for girls and women worldwide. This Platform for Action summarizes its elements. With relatively modest support and expanded partnerships for the application of this approach, FGM/C can be reduced significantly in the coming decade.

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/effect\\_of\\_fgm\\_on\\_childbirth\\_africa.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/effect_of_fgm_on_childbirth_africa.pdf)

*WHO: Effects of female genital mutilation on childbirth in Africa: Policy brief. 2008* (ENG)

Background

Reliable evidence regarding the effect of female genital mutilation on obstetric outcome is scarce. Furthermore, most previous studies on this issue were small and not based on the most solid research methods, particularly with regard to perinatal outcomes. WHO therefore coordinated a study in hospitals in 2001–2003 of the ways in which different types of female genital mutilation affect birth outcomes.

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fgm-obstetric-study-en.pdf>

*WHO: Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. 2006* (ENG)

Reliable evidence about the effect of female genital mutilation (FGM) on obstetric outcome is scarce. This study examines the effect of different types of FGM on obstetric outcome. It found that women with FGM are significantly more likely than those without FGM to have adverse obstetric outcomes. Risks seem to be greater with more extensive FGM.

<http://www.who.int/hrp/publications/progress72.pdf>

*WHO: Female genital mutilation—new knowledge spurs optimism: Progress newsletter No. 72. 2006* (ENG)

Table of contents

New knowledge spurs optimism

A factual overview of female genital mutilation



New, solid evidence of obstetric problems after female genital mutilation

HRP pinpoints research needed to halt female genital mutilation

Related link

The terminology and the main types of female genital mutilation was revised in 2008 and has been included in the statement below.

*Eliminating female genital mutilation: an interagency statement. Interagency statement. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO 2008*

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_FCH\\_GWH\\_01.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.3.pdf)

*WHO: Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery: A teacher's guide. 2001 (ENG)*

This guide is intended for use primarily by the teachers of nurses and midwives who are providing basic, post-basic or in-service training to prospective nurses and midwives. Its four modules will also be of use to those responsible for educating and training medical students, clinical officers, public health officers, and other health-care providers.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_FCH\\_GWH\\_01.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.4.pdf)

*WHO: Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery: A student's guide. 2001 (ENG)*

This manual is for use by students to help them acquire knowledge and skills needed to prevent female genital mutilation (FGM), and to provide health care to girls and women with FGM complications. The manual provides strategies for involving individuals, families, communities, and political leaders in the prevention of FGM. It prepares students to manage clients with FGM during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, by providing a step-by-step guide to assessment, counselling, referral and the opening of type III FGM.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_FCH\\_GWH\\_01.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.5.pdf)

*WHO: Female genital mutilation: the prevention and the management of the health complications. Policy guidelines for nurses and midwives. 2001 (ENG)*

Intended for use primarily by those responsible for developing policies and directing the working practices of nurses, midwives and other frontline health-care providers, these guidelines aim to promote and strengthen the case against the medicalization of female genital mutilation and support and protect nurses, midwives and other health personnel in adhering to WHO guidelines not to close an opened-up infibulation.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_FCH\\_GWH\\_01.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.2.pdf)

*WHO: Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation: Report of a WHO technical consultation. 2001 (ENG)*

This document outlines the major health complications of female genital mutilation (FGM) associated with pregnancy, childbirth and the postpartum period and defines the essential package of care required to manage and/or prevent these complications in settings where

resources are limited. It discusses service barriers and other problems in providing this essential package of care and makes recommendations on how they may be overcome. Also discussed are research and training needs in relation to the management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of FGM.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_FCH\\_WMH\\_00.5\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_WMH_00.5_eng.pdf)

*WHO: Female genital mutilation: a handbook for frontline workers. 2000* (ENG)

The purpose of this handbook is to share with readers the key findings of the research projects. The aim is to increase the effectiveness of prevention campaigns at all levels by increasing understanding of the practice, and by identifying what does and does not work in the field and why. The handbook is intended primarily for non-governmental organizations (NGOs) committed to the elimination of FGM, and for others working at the frontline with communities that practice it, for example health service personnel. But it should be of interest, also, to those responsible for policy-making in this field at national and international levels.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_FCH\\_WMH\\_00.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_WMH_00.2.pdf)

*WHO: A Systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth. 2000* (ENG)

The immediate aim of the systematic review is to identify primary data on health complications of FGM, with particular emphasis on sequelae in childbirth, including psychosexual outcomes.

The longer-term aim of the systematic review is to use this information for a number of purposes, including identification of outcome measures of complications of FGM for studies to quantify the risk attributable to FGM at each stage in the life cycle; identification of country-specific and ethnic group-specific outcome measures of FGM that can be used to provide focus to optimise health-care provision of such complications; and identification of sites worldwide where opportunities exist for research into the health sequelae of FGM.

[http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_CHS\\_WMH\\_99.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CHS_WMH_99.5.pdf)

*WHO: Female genital mutilation: programmes to date: what works and what doesn't. A review. 1999* (ENG)

To document the current status of and trends in FGM programming, and to identify crucial elements that need to be prioritized for future support, WHO commissioned the Program for Appropriate Technology in Health (PATH) to undertake a review of FGM programmes in countries in the WHO African and Eastern Mediterranean Regions.

This review is designed to serve as a programming tool and/or a baseline for monitoring the evolution of FGM elimination efforts. It is also designed to serve as a programming tool for donors and policy-makers trying to understand FGM and behaviour change, and nongovernmental groups implementing anti-FGM programmes. Governments and countries are confronted with complex and culturally entrenched beliefs on FGM, referred to in the review as "the mental map".

## Siti web e documenti Governo italiano

---

<http://www.pariopportunita.gov.it/>

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità

<http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/numeri-di-pubblica-utilita-sezione/1297-800-300-558-contro-le-mutilazioni-genitali-femminili>

800 300 558 - Contro le Mutilazioni Genitali Femminili, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità

<http://www.salute.gov.it/>

Ministero della Salute

[http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Rapporti\\_ufficiali/MGF\\_min\\_salute\\_07.pdf](http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Rapporti_ufficiali/MGF_min_salute_07.pdf)

*Linee guida per realizzare attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile. 2007 (ITA)*

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_768\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_768_allegato.pdf)

*Ricognizione sui servizi offerti a livello regionale a donne e bambine sottoposte a pratiche di mutilazione genitale femminile (MGF). 2007 (ITA)*

## Siti web e documenti

---

<http://www.fco.gov.uk/en/travel-and-living-abroad/when-things-go-wrong/fgm/>

*Multi-Agency Practice Guidelines: Female Genital Mutilation. UK 2011 (ENG)*

<http://www.fgmnationalgroup.org>

<http://www.forwarduk.org.uk/key-issues/fgm>

*The Foundation for Women's Health, Research and Development - FORWARD - is an African Diaspora women's campaign and support charity (registered in the UK).*

We exist to advance sexual and reproductive health and rights as central to the wellbeing of African women and girls. We work with individuals, communities and organisations to transform harmful practices and improve the quality of life of vulnerable girls and women.

<http://www.fgmnationalgroup.org>

*FGM National Clinical Group*

Conceived in 2007, the FGM National Clinical Group are a UK-based registered charity dedicated to working with women who have been affected by FGM and other related difficulties.

Completely independent and unfunded, we are committed to improving the lives of women and their daughters who are at risk of FGM via coordinated clinical networks and research. As a multidisciplinary group of healthcare professionals, advisors and academia, we have previously hosted two thematic conferences and in 2010, launched a FGM resource film intended for specialists in the associated disciplines.





## Crediti immagini

Copertina .....	© Anna Re
Pagina 2 .....	© poco_bw-Fotolia.com
Pagina 12 .....	© poco_bw-Fotolia.com
Pagina 28 .....	© Anna Re
Pagina 40 .....	© poco_bw-Fotolia.com
Pagina 46 .....	© STUDIO 1ONE-Fotolia.com
Pagina 58 .....	© Anna Re
Pagina 64 .....	© lu-photo-Fotolia.com
Pagina 82 .....	Collage © Anna Re
Pagina 100 .....	© poco_bw-Fotolia.com
Pagina 114 .....	© poco_bw-Fotolia.com
Pagina 134 .....	© poco_bw-Fotolia.com
Pagina 146 .....	© poco_bw-Fotolia.com
Pagina 154 .....	© Anna Re
Pagina 158 .....	© Anna Re
Pagina 172 .....	© forcdan- Fotolia.com



*La pubblicazione è finanziata con i fondi  
del Ministero della Salute  
previsti dalla Legge 9 gennaio 2006, n°7  
“Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto  
Delle pratiche di mutilazione genitale femminile”*



**Éupolis**lombardia

Istituto superiore per la ricerca,  
la statistica e la formazione

